

Paula Bertoluci Alves Pereira

## **O Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar**

**Produto 02 - Revisão bibliográfica sobre atenção domiciliar à pessoa idosa** (Documento técnico, contendo revisão bibliográfica em literatura nacional e internacional na temática da atenção domiciliar à pessoa idosa), parte do Projeto de Mapeamento de Experiências de Excelência no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar em parceria com Ministério da Saúde e OPAS/OMS.

Brasília

2016

**O Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar**

As políticas públicas voltadas à pessoa idosa vem ganhando destaque ao redor do mundo considerando as mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais e a necessidade em construir novas alternativas de cuidado diante dos desafios instalados. Produzir o envelhecimento saudável é um dos objetivos, ao mesmo tempo que tecer novos arranjos àqueles que se encontram em situação de fragilidade também é urgente.

Neste sentido, muitos países vem repensando os seus modelos de cuidado à pessoa idosa e investindo nas ações em saúde realizadas no contexto domiciliar e comunitário, possibilitando prolongar ao máximo a sua permanência no lar. A atenção domiciliar é uma das estratégias principais que possibilita reinventar novos modos de produção de saúde de forma substitutiva e desinstitucionalizada, dando vazão à potência e singularidade do envelhecer. Também traz para a cena o papel do cuidador familiar, elo entre equipe de saúde e idoso e fundamental no cotidiano do cuidar.

Os objetivos específicos deste estudo foram:

- Abordar as mudanças sociodemográficas e epidemiológicas no Brasil, chamando a atenção para o tema da capacidade funcional e sua relação com as doenças crônicas;
- Apresentar experiências internacionais de cuidado à pessoa idosa no contexto domiciliar por meio das políticas de cuidado a longo prazo que vem sendo implantadas há alguns anos;
- Traçar um panorama e os desafios acerca das experiências brasileiras de cuidado à pessoa idosa no contexto domiciliar por meio da atenção básica e serviço de atenção domiciliar;
- Realizar um levantamento sobre os aspectos relacionados ao cuidador familiar da pessoa idosa – ator fundamental para garantir o seu cuidado -, bem como apresentar algumas estratégias a fim de corroborar no debate sobre a construção de políticas brasileiras em prol do cuidador;
- Dar vistas aos desafios e apostas no cuidado à pessoa idosa no contexto domiciliar para os próximos anos.

## **1. Breve panorama sobre o processo de envelhecimento no Brasil:**

Durante os últimos cem anos, o Brasil vivencia uma clara e vertiginosa revolução demográfica com vistas ao crescente envelhecimento populacional, onde considera-se idosa a pessoa com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Até a década de 50, a pirâmide etária brasileira apresentava uma base alargada e o cume estreito, indicando uma grande quantidade de crianças e jovens e poucas pessoas idosas. Esse cenário possui como uma das causas a alta taxa de fecundidade, chegando por vezes a mais de seis filhos por mulher. Em decorrência disso e de outros fatores, as políticas sociais na época eram direcionadas principalmente para jovens, na área da educação e saúde infantil. Nas décadas seguintes observa-se uma grande mudança no perfil populacional que corrobora com a necessidade em se repensar as políticas públicas, bem como tomar como aprendizado o que já vem sendo vivenciado em países que apresentam uma maior quantidade de pessoas idosas em relação às crianças e jovens (IBGE, 2015).

No início do século XX, a expectativa de vida era de 35,2 anos e os idosos representavam 4,0% da população total no país. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que ao longo dos últimos noventa anos, a expectativa de vida aumentou para uma média de 75,72 anos, sendo 72,18 anos para os homens e 79,31 anos para as mulheres em 2016. Em 2030, espera-se que seja uma média de 78,64 anos.

A porcentagem de idosos na população total é de 14,3% em 2015 pela Síntese de Indicadores Sociais (2016) produzida pelo IBGE, o que representa um aumento de 10,01 pontos percentuais em relação ao início do século XX. Estima-se para 2060 que a pessoa idosa represente 33,7% da população brasileira, com aumento acentuado principalmente da faixa de idade acima dos 80 anos. O grupo de idosos de 60 anos ou mais será maior que o de crianças com até 14 anos de idade após 2030, e em 2055 a quantidade de idosos na população total será maior do que a de crianças e jovens com até 29 anos de idade.

As taxas de natalidade, mortalidade e dependência também apresentaram mudanças e indicam essa transição significativa. Nos últimos anos, a taxa bruta de natalidade foi 20,86% em 2000 para 13,87 em 2016. Espera-se que em 2030 ela atinja 10,92%. A taxa bruta de mortalidade também

apresentou queda, sendo 6,67% em 2000 para 6,11% em 2016. No entanto, há uma projeção de aumento desse valor nos próximos anos, com uma previsão de 7,31% para 2030, o que pode ser explicado pelo crescimento da população idosa que, ao mesmo tempo que possui uma maior expectativa de vida, também vivencia o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (IBGE, 2013).

Além dos dados expostos, outros fatores se somam à mudança demográfica, tais como: migração para as áreas urbanas; aumento das doenças crônicas não transmissíveis, que pode levar à dependência funcional; mudança da composição das famílias em núcleos menores; aumento da participação da mulher no mercado de trabalho; avanços na área da ciência e tecnologia com possibilidade de prolongamento da vida; mobilidade entre países, sendo este último um fator pouco presente no Brasil. Há ainda alguns desafios relacionados às singularidades locais, considerando a heterogeneidade de cada região, a desigualdade social e de gênero, e as diferentes percepções sobre a velhice, que tanto podem incentivar a autonomia e inserção social quanto promover exclusão (GIACOMIN & FIRMO, 2015).

Essas transformações nos sinalizam a urgência em se repensar novas formas de organização social e políticas adequadas que sejam condizentes com a sociedade contemporânea. Diante dos dados expostos, haverá uma diminuição gradativa de crianças e jovens, sendo necessário investir em sua educação e formação. Além disso, o tempo da juventude deverá estender-se, realidade já vivenciada pelos países europeus. Isso em função das exigências competitivas do mundo do trabalho e da possível prorrogação da aposentadoria por muitos ainda estarem economicamente ativos nas faixas acima de setenta anos (MINAYO, 2012).

O aumento da população idosa e de sua longevidade também resultará em maior pressão fiscal sobre a previdência social e o sistema público de saúde. Alguns estudos estimam que o tratamento de uma pessoa idosa requer o triplo de recursos financeiros e cuidados, principalmente na população acima de 80 anos e/ou nos últimos dois anos de vida (MINAYO, 2012; VERAS, 2012). Segundo o Relatório de Envelhecimento e Saúde da OMS, esse aumento dos gastos em saúde está mais relacionado às mudanças tecnológicas na área da saúde do que o processo de envelhecimento em si. Também influencia a forma

com a qual cada país molda o seu sistema de saúde e como articula as políticas públicas para a pessoa idosa (OMS, 2015).

Na maior parte dos países que já vivenciam o franco envelhecimento populacional, estão em pauta as discussões acerca de alternativas para o cuidado a longo prazo, bem como ações que promovam o envelhecimento saudável, definido pela OMS, 2015 como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”.

A capacidade funcional é a interação entre o indivíduo e o seu ambiente, mantendo as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (OMS, 2015). O seu déficit refere-se à inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade (ALVES et al, 2007). A capacidade intrínseca se refere ao “composto de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo pode apoiar-se a qualquer momento” (OMS, 2015).

Esses conceitos estão bastantes relacionados ao modelo de classificação da Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF) criado pela OMS, aprovada em maio de 2001 na Assembleia Mundial da Saúde, que tem como base o termo funcionalidade, sendo que ela e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10) se complementam.

A CIF é baseada em uma abordagem biopsicossocial, em que a condição de saúde é vista com base em fatores corporais e sociais. Diferencia-se do modelo biomédico e traz um novo paradigma que possibilita repensar a deficiência e incapacidade considerando que não são determinadas apenas pelo conceito biológico de saúde e doença, mas também influenciadas e fabricadas a partir dos determinantes sociais e dos diferentes contextos ambientais e percepções culturais sobre a deficiência, além da disponibilidade de serviços, recursos e políticas para o seu enfrentamento. (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as DCNT são frequentemente encontradas entre os idosos. A tendência é termos cada vez mais indivíduos idosos, que apesar de viverem mais, também apresentarão DCNT associadas,

sendo um dos principais fatores de risco para o prejuízo da capacidade intrínseca, bem como funcional.

Desde a década de 1970, programas de intervenção de base comunitária que integram promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos vêm sendo implantados em diferentes países com a finalidade de diminuir a morbidade e a mortalidade por DCNT através da redução dos fatores de risco nas comunidades. A primeira iniciativa foi realizada pela Finlândia em 1972, com *North Karelia Project*. A partir daí outros projetos foram implantados nos Estados Unidos, Canadá, Europa, China (PAHO, 2003; DA SILVA, COTTA, ROSA, 2013).

Na América Latina, foi recomendado o *Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmissibles* (CARMEN), por iniciativa da OPAS em 1995, com vistas ao investimento principalmente nas ações realizadas pela atenção primária à saúde, com foco preventivo e de promoção à saúde. No Brasil, as ações iniciaram em 1998 e preveem abordagem integrada e intersetorial por meio da formulação de políticas, ações comunitárias, serviços de cuidados preventivos em saúde para indivíduos com risco de desenvolver DCNT e promoção à saúde para a população em geral (PAHO, 2003; CAPILHEIRA e SANTOS, 2011; DA SILVA, COTTA, ROSA, 2013).

Em 2011 foi realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) um encontro internacional para discussão acerca das DCNT e traçadas algumas estratégias. A resposta brasileira veio através do “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022”, produzido também em 2011, que enfatiza as ações de prevenção e promoção à saúde como primordiais à redução e/ou manejo das DCNT.

O documento baseia-se em quatro principais doenças: cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica e diabetes. No entanto, as condições neuropsiquiátricas e ortopédicas representam um grande desafio e precisam ser contempladas em novas estratégias para o seu manejo e cuidado.

As doenças do aparelho circulatório ainda correspondem ao principal motivo de internação, apesar de ter apresentado leve queda nos últimos anos. As internações por neoplasia vêm aumentando progressivamente, a depender do tipo. Em relação às doenças respiratórias, houve diminuição no número de internações, um dos motivos seria a implantação de políticas para redução do tabagismo, ainda em investigação. As hospitalizações em decorrência do

diabetes vêm se mantendo estáveis, apesar de apresentar grande preocupação pela dificuldade no seu manejo (BRASIL, 2011; SHMIDIT & DUNCAN, 2011).

Algumas das estratégias elencadas como fatores de redução das taxas de DCNT e diminuição de sua incidência são o investimento na atenção básica enquanto ordenadora do cuidado e a atenção domiciliar que pode evitar/abreviar a hospitalização e ser uma alternativa no cuidado de pessoas com maior grau de dependência e vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

As DCNT trazem grande preocupação já que o número de indivíduos com 65 anos ou mais que relata ter pelo menos uma doença crônica chega a ser 79,1% (BRASIL, 2011). O aumento das DCNT está diretamente relacionado a perda da capacidade funcional (ALVES et al, 2007), principalmente em contexto de desigualdade social (KARSH, 2003).

Em um dos estudos do Projeto SABE<sup>1</sup>, foram analisadas a relação entre as DCNT e a capacidade funcional. Foi possível identificar as doenças que possuem influência significativa em relação às atividades de vida diária (AVD's), nessa ordem: doença cardíaca, artropatia, doença pulmonar e hipertensão arterial. Em relação às atividades instrumentais de vida diária (AIVD's), os resultados mostram as mesmas patologias, porém em ordem de significância diferente: doença pulmonar, artropatia, hipertensão arterial e por último a doença cardíaca (ALVES et al, 2007).

Medina et al, 1998, destaca que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa relacionada às AIVD's, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Para as tarefas relacionadas às AVD's, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas, uma parcela menor (10%), requer auxílio.

Outro estudo aponta que as perdas das habilidades funcionais ocorrem primeiro nas AIVD's e depois nas AVD's, com pior desempenho nas instrumentais em idades mais avançadas, o que pode resultar no isolamento domiciliar. Foram identificados outros fatores que também estão associados a essa perda, tais como o aumento da idade e o gênero, com predomínio do

---

<sup>1</sup> O Projeto SABE é o inquérito sobre Saúde, bem-estar e envelhecimento (SABE) e foi coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS). Em seu estudo, incluiu pessoas de 60 anos e mais, residentes no Município de São Paulo, Brasil, entre janeiro de 2000 e março de 2001, com uma amostra de 1.769 idosos.

declínio no sexo feminino. A maioria dos idosos (80,7%) não refere dificuldades para realizar o autocuidado, no entanto 19,2 por cento apresentam limitações relacionadas à sobrevivência e sua qualidade de vida, o que significa que poderá levar à sobrecarga no cuidado familiar e a necessidade de suporte social e de saúde. Entre os idosos que relatam dificuldades, 70,5 por cento o fizeram em uma ou duas atividades e 29 por cento em três ou mais (LEBRÃO & LAURENTI, 2005).

Quanto mais dependente a pessoa idosa for para realizar as atividades de vida diária, maior o grau de fragilidade, necessitando traçar estratégias para o seu cuidado. O conceito de fragilidade está relacionada ao idoso que vive em instituição de longa permanência para idosos (ILPI), encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, viva situações de violência doméstica ou que tenha 75 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006).

Mesmo que o idoso vivencie o declínio de sua capacidade intrínseca, identificar dispositivos que permitam manter a sua capacidade funcional, tais como o acesso à equipamentos específicos (tecnologia assistiva e órteses e próteses, por exemplo), ajuda de outrem para a realização de atividades cotidianas (como os cuidadores), acompanhamento pelas equipes de saúde, entre outros (BATISTA et al, 2011), será de extrema importância para a sua qualidade de vida e de sua família assim como garantir o cuidado longitudinal e com integralidade.

Nesse cenário, muitas experiências vêm sendo implantadas ao longo dos anos com vistas a promover qualidade de vida à pessoa idosa e sua família nas situações em que se vivencia perda da capacidade intrínseca e funcional.

Uma das estratégias é a atenção domiciliar (AD) que vem de encontro com a premissa da OMS/WHO em maximizar a permanência do idoso em seu lar, e um dos pilares para produção de cuidado integral e articulado com a realidade do usuário de sua família, promovendo saúde de modos não hegemônicos e possibilitando reconhecer o idoso e seu cuidador como atores centrais na tessitura e condução compartilhada de seus projetos terapêuticos com as equipes de saúde.



A seguir, serão abordadas experiências internacionais e nacionais do cuidado à pessoa idosa no contexto domiciliar e aspectos acerca do cuidador, trazendo à tona a necessidade em repensarmos algumas políticas.

## **2. Contribuições internacionais das políticas de cuidado à pessoa idosa no contexto domiciliar**

A atenção domiciliar (AD) vem apresentando grande crescimento no mundo e seu desenvolvimento tem ocorrido por vários fatores: investimento de alguns países em políticas públicas que preveem o cuidado em domicílio por meio da desinstitucionalização e busca por novas alternativas para o cuidado, criação de soluções comunitárias e diminuição e restrição do gasto público; mudanças demográficas com o envelhecimento da população e aumento da dependência; mudanças sociais como pequenas unidades familiares, participação no mercado de trabalho feminino e mobilidade entre países; mudanças na epidemiologia, como aumento das doenças crônicas não-transmissíveis; avanços da ciência e inovação técnica na área da saúde e possibilidade de prolongamento da vida; mudanças nas atitudes e expectativas, tais como maior escolha e cuidados individualizados (FEUERWERKER e MERHY, 2008; SILVA, et al, 2010; WHO, 2008).

Ao que indicam alguns estudos, parece ser uma alternativa efetiva para a diminuir custos hospitalares, sem considerar os custos para a família, e pela possibilidade de ofertar um cuidado mais humanizado e acolhedor no ambiente do usuário, além de ser uma modalidade viável e potente do ponto de vista sanitário, social e econômico (COTTA et al, 2002, REHEM e TRAD, 2005; WHO, 2008, 2012).

O lugar em que a atenção domiciliar (AD) ocupa na política pública de cada país como no seu sistema de saúde é variável. Há diferenças em relação ao público-alvo, sendo que muitos estão voltados à assistência de pacientes agudos e idosos, que necessitam de maior intensidade do cuidado, e outros aos cuidados paliativos e atenção a enfermidades degenerativas (COTTA et al, 2001; GONZÁLEZ RAMALLO et al, 2002). Em alguns países, a AD é parte integrante das políticas de cuidados a longo prazo (long-term care) à pessoa idosa, sendo um dos eixos principais para o cuidado longitudinal.

Nas políticas de cuidado a longo prazo, os principais serviços e estratégias que compõem são as instituições de longa permanência ao idoso (ILPI), os serviços de atenção domiciliar e serviços comunitários e as ações voltadas ao cuidador familiar, já que é ele quem assume na maior parte das vezes o cuidado domiciliar. No geral, a responsabilidade pelo cuidado cotidiano do idoso recai sobre a família e uma das diretrizes fundamentais é mantê-lo o maior tempo possível no seu lar, salvo exceções.

A ILPI pode ser considerada como uma moradia coletiva, sendo que a habitação pode ser compartilhada ou individual, e inclui serviços principalmente de enfermagem e auxílio nas atividades de vida diária, com suporte vinte e quatro horas por dia. Muitos estudos apontam que é a alternativa mais cara quando comparada à atenção domiciliar e utilizada de forma racionalizada. Pode contribuir nos casos em que a pessoa idosa encontra-se vulnerável ou com sua rede familiar frágil, porém não é a alternativa prioritária (BETTIO & VERASHCHAGINA, 2010; TAMIYA et al; 2011; NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2016).

De acordo com a necessidade e demanda de cada país, a AD terá diferenças na sua regulamentação; na padronização dos serviços; na forma de financiamento - por meio do seguro social ou tributário, por exemplo; na elegibilidade, podendo compreender diferentes grau de (in)dependência; no acesso a benefícios; na cobertura e acessibilidade aos serviços, sendo mais ou menos restrita; no subsídio total ou parcial pelo governo (BETTIO & VERASHCHAGINA, 2010; GENET et al, 2011; TAMIYA et al; 2011; WHO, 2012; NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2016).

O conceito de atenção domiciliar (AD) é amplo e pode englobar várias estratégias ao redor do mundo como os cuidados de enfermagem, profissionais que compõem a equipe de atenção domiciliar e contratação de profissionais para apoiar o idoso nas atividades instrumentais e básicas de vida diária. Alguns serviços comunitários servem de apoio à AD como as instituições de curta permanência e centro-dia, enquanto estratégia para diminuir a sobrecarga do cuidador familiar e inserir, quando possível, o idoso em atividades que estimulem a sua capacidade funcional e autonomia (BETTIO & VERASHCHAGINA, 2010; TAMIYA et al; 2011; ANSAH et al, 2016; NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2016).

A seguir, serão abordadas algumas experiências internacionais de AD realizadas em contextos sócioeconômicos e culturais distintos e implantadas sob diferentes perspectivas e arranjos. Apostas e desafios serão destacados a fim de promover aprendizado e incrementar a discussão acerca desse modelo de cuidado à pessoa idosa.

O Japão, país com a maior proporção de idosos do mundo, possui uma das políticas com maior cobertura e benefícios a seus idosos, compreendendo serviços como as ILPI's, AD e centro-dia. De acordo com a necessidade de cada um, são ofertados um rol de serviços, com prioridade ao cuidado no contexto domiciliar e/ou as estratégias de centro-dia, onde o idoso é acompanhado por uma equipe em um serviço especializado por um período, mas retorna ao seu domicílio ao final do dia. Um dos destaques é o "gerente de cuidados", profissional que acompanha a família e os idosos e os auxiliam na construção do projeto terapêutico elencando os serviços mais apropriados (TAMIYA et al; 2011). Tal estratégia também é utilizada na Suécia (JÖNSSON et al, 2009).

Em Cingapura, considerando a importância na maximização da permanência do idosos em seu lar, como parte do legado cultural do país e diretriz da OMS, há prioridade no fomento à implantação de novos serviços de atenção domiciliar. O investimento na contratação de mão-de-obra estrangeira ainda é algo em discussão no país para execução de tarefas de cuidado junto ao idoso no domicílio, dada a diminuição da força de trabalho a longo prazo pelas mudanças na demografia mundial (ANSAH et al, 2016).

No Canadá, a AD é ofertada e financiada a depender de cada província, podendo haver diferenças nos critérios de elegibilidade e no rol de serviços e trabalhadores para realizar a assistência. A gama de profissionais a ser disponibilizada pode incluir: enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, apoio a AVD's, como acompanhantes terapêuticos. As ações no contexto domiciliar podem ser voltadas para prevenção e promoção à saúde de idosos, ajudando a manter a independência funcional como reabilitação após hospitalização com equipe especializada (COYTE, 2000). Na atenção primária há algumas ações realizadas por meio de visitas domiciliares pela equipe de saúde (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2011).

Na América Latina, países com a maior proporção de idosos como Uruguai e Chile implantaram nos últimos anos políticas públicas de cuidado a

longo prazo voltadas à pessoa idosa com dependência funcional, com base nas experiências existentes. Apesar de haver diferenças na forma de financiamento e alguns desafios a serem vencidos, ambos têm como prerrogativa a ampliação dos serviços de AD e os centros-dia para acolhimento do idoso por um período e as ILPI's como retaguarda em casos específicos (MATUS-LOPEZ & PEDRAZA, 2015; 2016). No Chile, a acessibilidade aos programas – AD, Centro-dia ou ILPI – é determinada de acordo com o grau de vulnerabilidade, presença de moderada ou grave dependência funcional e ter acima de sessenta anos (MATUS-LOPEZ & PEDRAZA, 2015).

Considerando o crescimento heterogêneo dos serviços de AD nos países europeus e as diferenças apresentadas em relação ao conceito, modelo adotado, desenvolvimento e regulamentação, alguns esforços no sentido de conhecer mais a fundo estas experiências estão sendo realizados por diversos órgãos. Desde 1996, a Oficina Européia da Organização Mundial de Saúde coordena o programa *From Hospital to Home Health Care* que tem como objetivo promover, padronizar e registrar esta modalidade assistencial (COTTA et al, 2001; WHO, 2012).

Em 2006, a Comissão Européia elaborou o Projeto EURHOMAP (Mapping Professional Home Care in Europe). O estudo foi desenvolvido e coordenado pelo Institute for Health Services Research da Holanda, no período de 2008 a 2010, a fim de conhecer aspectos no campo da AD nos trinta e um países do continente e obter informações sobre política pública e regulação, financiamento, organização e prestação de serviço, clientes e cuidadores informais -, com o objetivo de facilitar a elaboração de políticas e a tomada de decisão por parte dos gestores, além de identificar os novos desafios. Há diferenças na AD em um mesmo país como entre eles, apesar dos documentos analisados ainda fornecerem um espectro limitado em algumas dimensões (GENET et al, 2011; WHO, 2012). A configuração de cada serviço é dependente da história e desenvolvimento de cada país, sendo as políticas públicas determinantes em seu processo. Mesmo em países com sistemas de saúde bem desenvolvidos, ainda não há um consenso em relação à AD como um direito (COTTA et al, 2001; GENET et al, 2011; WHO, 2012).

Outro estudo realizado em trinta e três países europeus identificou que os países nórdicos e os países baixos possuem ampla cobertura e acessibilidade à

AD, em contrapartida aos países que compõem a Europa Central e Oriental (BETTIO & VERASHCHAGINA, 2010).

O conceito de AD na maioria dos países europeus abrange dois setores: a saúde e a assistência social, a depender das características e limites de cada lugar. É muito comum estar associado ao setor saúde os cuidados de enfermagem e o apoio às atividades instrumentais de vida diária estar vinculado ao setor social. Identificar o que se configura enquanto AD em cada localidade é fundamental já que nem sempre há integração entre esses dois setores (GENET et al, 2011; WHO, 2012).

No Reino Unido a principal conexão da AD é com a saúde, por meio da atenção primária, enquanto outros países optaram por vincular seus serviços à estrutura hospitalar (COTTA et al, 2001; ALONSO e ESCUDERO, 2010). Na Espanha, a AD, que inicialmente era vinculada ao âmbito hospitalar, foi objeto de embate para sua regulamentação ao final dos anos oitenta e na década de noventa, na Comunidade Valenciana e País Basco, sendo estabelecido forte investimento para sua implantação na atenção primária. (COTTA et al, 2001; GONZÁLEZ RAMALLO et al, 2002).

Na Grécia, a AD está vinculada tanto à atenção primária em saúde como aos hospitais públicos. Ela vem sendo foco de mobilizações em prol de seu desenvolvimento por ser um modelo que enfatiza a importância do usuário estar no centro do cuidado e por ser uma estratégia de cuidado possível para lidar com a crise econômica que causou consequências diretas ao sistema de saúde, reduzindo a acessibilidade e disponibilidade dos serviços e aumentando a precarização dos serviços e as despesas das famílias (ADAMAKIDOU & KALOKERINO-ANAGNOSTOPOULOU, 2017).

Em alguns locais, a AD é ofertada por meio de concessão de benefício e/ou reembolso à família (BETTIO & VERASHCHAGINA, 2010; GENET et al, 2011; WHO, 2012)

Em países como França e Alemanha, o idoso recebe um repasse financeiro no qual poderá fazer a compra dos serviços que achar mais adequado ao seu cuidado domiciliar (JÖNSSON et al, 2009; BETTIO & VERASHCHAGINA, 2010). Segundo Tamiya et al, 2011, essa não seria a melhor solução, já que muitas vezes o salário que o cuidador familiar receberia caso não deixasse de trabalhar para assumir o cuidado seria maior que o valor de repasse do governo,

sendo mais interessante o aumento da cobertura de serviços de assistência domiciliar.

Na maioria das publicações sobre AD na Europa não há ênfase sobre a AD enquanto modelo substitutivo, apesar de geralmente considerarem de extrema importância garantir o cuidado da pessoa idosa em domicílio, o máximo possível (GENET et al, 2011; WHO, 2012).

Em análise recente acerca das produções científicas sobre a relação entre a oferta, demanda e necessidades relacionadas à AD, constatou-se que há um déficit na oferta de serviços de AD no contexto nacional e internacional. As demandas e as necessidades em saúde pouco têm sido levadas em conta para pensar a organização dos serviços de AD, uma vez que a compreensão do perfil de paciente a ser inserido é variável de acordo com a concepção que se tem da AD – como modalidade complementar ou substitutiva dentro da rede de cuidados em saúde (BRAGA et al, 2016).

Muitas são as experiências de AD ao redor do mundo, principalmente envolvendo o idoso como público alvo. Alguns desafios são latentes como pensar a AD enquanto modelo de cuidado substitutivo e sua expansão, bem como na regulamentação, financiamento e articulação das ações junto aos demais serviços do sistema de saúde. Mais estudos são necessários a fim de contribuir no enriquecimento das discussões e para subsidiar a construção de políticas que preveem o cuidado domiciliar à pessoa idosa, considerando o contexto de cada país e as perspectivas futuras.

### **3. Estratégias para o cuidado da pessoa idosa no contexto domiciliar no Brasil**

No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso traz contribuições importantes em relação ao cuidado da pessoa idosa. Reconhece que o modelo médico hegemônico pautado na atenção individual, hospitalocêntrico, com foco na doença e não na capacidade funcional do indivíduo, são insuficientes para o cuidado como determina o SUS. Determina que a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades (BRASIL, 2006).

Alguns pontos chamam atenção enquanto estratégias para o cuidado da pessoa idosa, principalmente àquelas em situação de fragilidade (BRASIL, 2006):

- Reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, bem como fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no Sistema Único de Saúde;
- Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes de Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial;
- Capacitação técnica dos profissionais que atuam no cuidado à pessoa idosa;
- Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional e sócio familiares da pessoa idosa para o planejamento de ações locais, bem como a utilização de instrumento de avaliação funcional pelas equipes de saúde para identificar o grau de funcionalidade de sua população idosa;
- Identificação da dinâmica familiar, bem como a rede de suporte existente na comunidade;

Também apresenta como pressuposto básico a permanência do idoso em seu meio familiar, ou seja, manter o idoso fragilizado sob os cuidados familiares, pelo maior tempo possível, em detrimento das instituições de longa permanência, exceto àqueles que não apresentem condições que garantam sua própria sobrevivência, como nos casos de abandono, inexistência de referência familiar ou carência de recursos financeiros próprios ou de sua família. Para tanto, serão necessários recursos, infraestrutura, apoio disponível para os cuidados (THOBER, CREUTZBERG, VIEGAS, 2005).

Prorrogar ao máximo o tempo da pessoa idosa no seio familiar, em seu domicílio, também é uma prerrogativa de vários países desenvolvidos que experimentam a mudança demográfica e que vem reorganizando as ações do sistema público de saúde e de assistência social para dar conta das singularidades apontadas anteriormente.

A principal estratégia brasileira para possibilitar o cuidado da pessoa idosa o maior tempo possível em sua moradia é a atenção domiciliar (AD), embora ainda tenham muitos desafios a serem superados.

A AD está indicada “para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Ela pode ser realizada tanto pelas equipes da estratégia saúde da família (ESF) da atenção básica como pelas equipes multiprofissionais dos serviços de atenção domiciliar (SAD), a depender dos critérios de elegibilidade, vulnerabilidade e intensividade do cuidado.

Muitos são os trabalhos que tratam sobre a AD como estratégia de cuidado ao usuário restrito ao leito, principalmente em função das DCNT, sendo em sua maioria pessoas idosas. No entanto, ainda há uma carência em experiências que abordem a singularidade no cuidado ao idoso, considerando os aspectos do processo de envelhecimento que não se encerra ao âmbito da área da saúde, mas envolve as questões sociais, econômicas, culturais e políticas.

O domicílio pode se apresentar como um espaço potencializador de mudanças no processo de cuidado no sentido da integralidade, já que favorece ampliação do olhar e do agir desinstitucionalizado, indo além das questões especificamente técnicas. Isso permite que as dimensões sociais e afetivas sejam agregadas e que a prática clínica seja reinventada a partir de modos anti-hegemônicos que reconhecem o paciente em suas múltiplas relações. Dependendo do arranjo adotado, o trabalho no espaço domiciliar pode ser substitutivo no sentido de possibilitar a produção de autonomia e de alternativas coletivas criativas do cuidado, permitindo a criação de vínculo e da experimentação na construção dos projetos de cuidado junto ao usuário e a família (FABRÍCIO et al, 2004; LACERDA et al, 2006; FEUERWERKER e MERHY, 2008; KERBER et al, 2008).

### **3.1. O cuidado domiciliar pelas equipes da Atenção Básica:**



A atenção domiciliar como estratégia para o cuidado, tanto pela equipe da unidade de saúde tradicional quanto pela equipe da Estratégia Saúde da Família sempre existiu no rol de atividades, principalmente da segunda, que faz o acompanhamento de toda família com vistas ao controle sanitário. Ela pode ser realizada tanto por meio das visitas quanto pelo atendimento domiciliar.

A partir da instituição do Programa Melhor em Casa, portaria destinada à habilitação e implantação da atenção domiciliar no país em 2011, é organizado o cuidado domiciliar em três níveis, sendo classificado como AD1 o usuário de responsabilidade das equipes da atenção básica, que deverão garantir a assistência, realizando visitas domiciliares pelo menos de uma vez por mês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O cuidado domiciliar pelas equipes de saúde é destinado principalmente aos usuários em restrição ao leito ou que possuem dificuldade para acessar as unidades de saúde, constituídos em sua grande maioria por pessoas idosas com variados graus de dependência, por exemplo, com sequela motora de acidente vascular encefálico, demência e outras DCNT (THUMÉ et al, 2010). Não é raro que essas pessoas tenham como cuidadores cônjuges ou outros familiares também com idade avançada, o que aumenta a vulnerabilidade da situação.

Sendo mais frequente a atenção domiciliar por meio das equipes ESF, o planejamento de suas visitas e discussão dos casos pode ser feito durante as reuniões de equipe. A quantidade de visitas pode ser determinada de acordo com a necessidade identificada em cada caso. Também contam com o importante trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que muitas vezes é quem identifica idosos em situação de vulnerabilidade no território e aciona as equipes para a realização das visitas.

As equipes de saúde elencam vários pontos positivos acerca da AD enquanto estratégia de cuidado: traz a possibilidade de identificar e atuar nas situações de vulnerabilidade, compreensão sobre a dinâmica familiar e a sua singularidade, criação e estreitamento de vínculo, construção de rede de apoio na comunidade e ofertar cuidado prolongado e humanizado enquanto alternativa para promover cuidado a usuários, principalmente idosos, estáveis clinicamente, porém com dificuldade para o autocuidado (FLORIANI & SCHRAMM, 2004; GIACOMOZZI & LACERDA, 2006; SILVA, GALERA, MORENO, 2007; THUMÉ et al, 2010).

O cuidado domiciliar pelas equipes pode ser um potente dispositivo para desterritorializar os trabalhadores da saúde ao serem invadidos pela “vida como ela é” ao mesmo tempo em que traz para a cena a necessidade de “ativar” as tecnologias leves, sendo a escuta uma delas.

As disputas de projeto terapêutico são constituintes do trabalho em saúde, no entanto quando há porosidade e olhar da equipe focado nas necessidades de cada idoso e o seu cuidador possibilitam que estes sejam protagonistas do projeto terapêutico e que ações em saúde sejam mais compartilhadas e menos impositivas. Isso favorece compreender, por exemplo, situações em que o idoso encontra-se totalmente restrito ao leito, mas quando há escuta e compartilhamento com a família, pode haver ganhos em sua autonomia e melhora de sua capacidade funcional.

Muitas são as apostas realizadas pelas equipes de saúde que inventam ao se depararem com situações cotidianas que se tornam desafios ao cuidado e exigem ações criativas que nem sempre dependem somente dos trabalhadores, mas também de uma gestão comprometida.

Um exemplo é a experiência em Sobral-CE, em que a gestão fazia uma aposta radical na ESF e a AD era realizada pela equipe multiprofissional da AB, que se organizava para dar maior intensividade do cuidado aos pacientes que necessitavam. As equipes se organizaram para promover o cuidado no domicílio, com possibilidade de ofertar materiais e insumos aos usuários e realizaram a articulação com outros pontos de atenção, a fim de promover a continuidade da linha de cuidado (SCHIFFLER e MERHY, 2006).

Apesar da grande aposta e do intenso investimento, as equipes mostraram dificuldades na intensificação do cuidado para pacientes que necessitavam de acompanhamento progressivo, com disponibilidade e tempo para se aproveitar das tecnologias leves e da constituição dos espaços intercessores, além da necessidade de utilizar recursos materiais não disponíveis na AB. Perceberam que, ao mesmo tempo em que a complexidade de sua agenda estava aumentando, também precisavam lidar com outras demandas cotidianas da atenção básica, que ainda está calcada prioritariamente em estratégias cristalizadas, como as ações programáticas, levando à discussão sobre a necessidade de implantação de uma equipe específica para AD (SCHIFFLER e MERHY, 2006; FEUERWERKER e MERHY, 2008).

Quando os usuários ficam na fronteira entre a AD e a AB, as tensões se intensificam. Mesmo que haja investimento e aposta municipal, como em Sobral/CE, na AB enquanto modelo de atenção capaz de produzir cuidado e integralidade, fica evidente a dificuldade para garantir a intensividade do cuidado para os usuários e ter tempo para operar com as tecnologias leves, pois isso exige a disponibilidade das equipes (SCHIFFLER e MERHY, 2006).

Assistir ao paciente em domicílio exige disponibilidade e recursos, que as equipes da ESF não possuem, na maioria das vezes. Também evidencia o desafio em repensar o próprio modelo de atenção, que se ocupa a maior parte do tempo do cumprimento das ações programáticas, com equipes responsáveis por contingentes excessivos de usuários, além das situações em que o relevo acidentado e a desigualdade social produzem intensa vulnerabilidade, sem que haja investimento em modelagens que levem isso em consideração, com a ampliação e diversificação das equipes por exemplo.

As equipes ESF experimentam a contradição de seu trabalho ser pautado por agendas programáticas com base em um modelo biomédico hegemônico totalmente centralizado na doença e não no indivíduo. Ou seja, a singularidade do processo de envelhecer está muitas vezes associada apenas a faceta da doença e comorbidades, subestimando toda a potência que a pessoa idosa tem a oferecer, mesmo com diminuição da capacidade funcional.

Algumas experiências mostram ser possível criar estratégias, como o apoio técnico/matricial para ajudar a AB na produção do cuidado e evitar que o usuário fique desassistido, o compartilhamento do transporte sanitário com outros serviços, e outros. Ainda assim, faltam dispositivos de rede para fabricar estratégias de cuidado mais compartilhado e incentivar estudos e discussões locais e na instância federal para repensar o modelo de Atenção Básica e possíveis arranjos mais permeáveis às necessidades dos usuários. Assim como a AB, a AD também pode ser a modelagem definitiva a alguns usuários, mas ainda assim o usuário é de “todos” e é preciso construir meios para haver responsabilidade compartilhada entre os serviços (PEREIRA, 2014).

### **3.2. Atenção Domiciliar como estratégia de cuidado à pessoa idosa:**

A AD é uma modalidade tecnoassistencial que vem ganhando destaque nos últimos anos por meio dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) pelos

motivos já apontados anteriormente: transição epidemiológica e demográfica; dificuldade no acesso aos serviços de saúde relacionados à dependência funcional; e principalmente pela busca de outros modos de produção do cuidado substitutivos ao modelo hospitalar (COTTA et al, 2002, REHEM e TRAD, 2005; WHO, 2008, 2012). Essa modalidade não é exclusiva ao atendimento da pessoa idosa, apesar de grande parte de seu público ser constituído por essa população.

Os SAD apresentaram crescimento no Brasil a partir da década de 90, principalmente nos grandes centros, tanto no SUS quanto na iniciativa privada (AMARAL et al, 2001; FEUERWERKER e MERHY, 2008; SILVA et al, 2010), geralmente orientadas para a extensão de cobertura e/ou para a alta hospitalar precoce (SILVA et al, 2010).

No entanto, a inexistência de uma política nacional até 2011 com cofinanciamento restringia a expansão das iniciativas públicas, já que todo o investimento ficava a cargo dos gestores locais (municipais ou estaduais) (ANDREAZZI e BAPTISTA, 2007).

Debates sobre as diferentes modelagens da atenção domiciliar começaram a ganhar espaço no Brasil no âmbito federal em 2002, com a instituição da atenção domiciliar no SUS pela Lei Federal no 10.424/2002 (BRASIL, 2002), incorporada à Lei Federal 8.080/90 (BRASIL, 1990).

No mesmo ano, foi estabelecida a possibilidade da assistência domiciliar a ser desenvolvida pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, pela Portaria SAS/MS no249/2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Trata em seus artigos da vinculação da AD ao serviço hospitalar e a articulação entre os Centros de Referência, a Rede de atenção básica e a ESF. É a primeira iniciativa no sentido de conectar o tema da assistência domiciliar com a atenção básica, especializada e a hospitalar (REHEM e TRAD, 2005).

Após vários movimentos no sentido de construir uma política de AD, em agosto de 2011, o Ministério da Saúde lançou, por meio da Portaria GM/MS no 2.029/2011, de 24 de agosto de 2011, o Programa Melhor em Casa, que instituiu a Política Nacional de Atenção Domiciliar no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) e representa um avanço principalmente por estabelecer cofinanciamento federal para a atenção domiciliar, o que poderá incentivar a construção de novos serviços e o incremento dos já existentes (PEREIRA, 2014).

Desde sua criação, a portaria ministerial que instituiu a Política de Atenção Domiciliar no SUS sofreu algumas mudanças, dentre elas a universalização da

atenção domiciliar no país, por meio da Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a), a redefinição dos valores de repasse federal aos serviços implantados, por meio da Portaria nº 1.505/GM/MS, de 24 de julho de 2013 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b) e a inclusão da vulnerabilidade na Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) enquanto um dos critérios a serem considerados para a indicação da atenção domiciliar para além da condição clínica e grau de dependência. Esta última é considerada a versão mais recente do Programa Melhor em Casa a qual garante a adoção da atenção domiciliar como alternativa assistencial.

A formulação dessa política advém das contribuições de um grupo de trabalho (GT) formado no início de 2011, constituído por algumas áreas técnicas do Ministério da Saúde e equipes de experiências locais de AD, como Betim/MG, Belo Horizonte/MG e Campinas/SP. A nova política propôs-se a fazer uma reflexão crítica acerca das experiências existentes e das portarias já publicadas, principalmente a que se refere à internação domiciliar, considerando a realidade e as necessidades locais (BRASIL, 2012).

A Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) considera atenção domiciliar como “modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados”.

Está configurada em três modalidades de atenção, AD1, AD2 e AD3, dentre os quais se diferenciam em relação à necessidade de cuidado considerando a singularidade de cada caso, frequência das visitas/atendimento, intensividade do cuidado multiprofissional e uso de tecnologias duras. A modalidade AD1 é atribuída ao rol de atividades já desempenhada pelas equipes de saúde da família da atenção básica. Deverá contar com o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ambulatórios e centros especializados e de reabilitação. Já as modalidades AD2 e AD3 são consideradas responsabilidade dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), por meio de suas equipes: EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) e EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio).

Apesar de existirem muitas dimensões do cuidado domiciliar e grande diversidade de modelagens e organizações, a sistematização e registros de serviços públicos e privados ainda são escassos e limitados às experiências consideradas como bem-sucedidas ou mais antigas. (REHEM e TRAD, 2005; SILVA et al, 2010).

Na maioria das publicações sobre AD no Brasil e no mundo, observa-se a existência dos mais variados arranjos e perfis de atendimento: cuidados paliativos, acompanhamento de recém-nascidos prematuros, cuidado a pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), pacientes em restrição crônica ao leito e feridas, pacientes em pós cirúrgico ortopédico e cardiovascular e pacientes com doenças crônicas cardiorrespiratórias, tais como DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica). Apesar de existirem alguns serviços de AD que faz o atendimento a um público alvo específico, a grande maioria faz o acompanhamento a usuários acamados, sendo que a grande parcela é composta por idosos.

De acordo com o objeto de trabalho de que a equipe se ocupa, são produzidos diferentes arranjos e formas de organização do trabalho no serviço de AD, também influenciados pela inserção/vinculação da AD na rede de atenção à saúde. Tudo isso implica na construção de ações mais ou menos potentes e inovadoras no cuidado do paciente. Além disso, há diferentes interesses e compreensões entre trabalhadores e gestores acerca do projeto tecnopolítico e arranjo adotado e heterogeneidade na organização e dinâmica de trabalho das equipes, apesar de serem encontradas similaridades. (REHEM e TRAD, 2005; FEUERWERKER e MERHY, 2008; SILVA et al, 2010; PEREIRA, 2014).

Muitos são os desafios encontrados pela AD em seu cotidiano do trabalho vivo e na articulação em rede que impactam na sua consolidação enquanto modelagem substitutiva e sua expansão, como é a intenção do Programa Melhor em Casa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

É uma modalidade de produção do cuidado que, se orientada à integralidade, pede porosidade. Porosidade do serviço em relação aos outros serviços, da gestão em relação às equipes, dos trabalhadores entre si e das equipes em relação a usuários e cuidadores. Quanto maior a porosidade para os encontros de modo geral, para as necessidades “do outro”, maior a chance

de conversa, maiores as possibilidades de produção de redes vivas, maior a potência cuidadora das equipes.

A porosidade é fundamental para organizar e reorganizar os arranjos cuidadores diante das necessidades mutáveis dos usuários: a frequência com que cada trabalhador entra em cena, aceitação dos arranjos cuidadores dos usuários, invenção de modos de compatibilização entre possibilidades diferentes dos serviços, manejo das diferenças e dificuldades entre os trabalhadores etc, principalmente considerando as especificidades em relação ao cuidado da pessoa idosa.

Claro que não há porosidade zero e nem é exclusiva da AD. Mesmo os arranjos mais duros comportam alguma porosidade, principalmente em relação aos idosos e seus cuidadores – quando são os trabalhadores com seu trabalho vivo em ato que presidem a cena – e então, negociam. Porosidade também é fundamental para produzir abertura para autorreflexão e aprendizagem a partir do experienciado (PEREIRA, 2014).

A AD é um espaço que traz a possibilidade de reflexão sobre a micropolítica do trabalho vivo, considerando que faz a ponte entre os vários pontos de atenção, principalmente instituição hospitalar e atenção básica e necessita se articular em rede a fim de garantir a integralidade do cuidado. Pode ser considerada como um potente observatório vivo já que é intrínseca ao seu trabalho essa articulação junto aos pontos de atenção, ao mesmo tempo em que pode dar visibilidade aos nós e apostas produzidas nessa rede.

Em seu cotidiano, experimenta intensamente os encontros produzidos no espaço domiciliar, enfrentando as mais diversas dificuldades e produzindo inovações nos atos de cuidar. As disputas de projeto terapêutico são constitutivas desses espaços micropolíticos e, por isso mesmo, geram tensões e conflitos junto a equipe de AD-usuário/cuidador- AD/outros serviços, e entre trabalhadores da mesma equipe.

As experiências em AD trazem apostas interessantes, como a quebra de um paradigma sobre o morrer em casa e o cuidado paliativo, a mútua-afetação quando se cria um espaço interseção<sup>2</sup> no cuidado domiciliar entre equipe de AD e idoso/cuidador e na construção de rede entre os serviços de saúde. Também

---

<sup>2</sup> Considerado neste texto como “o que se produz nas relações em ato entre os sujeitos” (MERHY, 1997 p.87).

descrevem situações de atendimento adversas, em que necessitam de soluções criativas para lidar com a família e a escassez de recursos e materiais, com bons resultados na recuperação de feridas e sequelas motoras, além da construção de autonomia do cuidador ou do paciente (FEUERWERKER e MERHY, 2008; PEREIRA, 2014).

Em relação à consolidação da AD como um modelo de atenção substitutivo, alguns desafios aparecem e é agenda para futuras discussões. Um deles é pensar na linha de expansão da AD como um dispositivo para produzir mudanças na lógica do cuidado hospitalar e evitar a institucionalização, restringindo sua utilização às situações em que a intensividade e especificidade do cuidado exigir, e produzindo outras formas do cuidado em que a desinstitucionalização é palco para novas potencialidades ao adentrar no território dos usuários e cuidadores e fabricar modos não hegemônicos nos atos de cuidar, operando com tecnologias leves e reconhecendo a legitimidade do cuidador enquanto sujeito produtor de cuidado.

A análise da AD atua como uma estratégia para a substitutividade que opera em uma nova lógica de atenção que avance para o cuidado de qualidade em saúde no Brasil. Neste sentido, é necessária a orientação das práticas de saúde incluindo as necessidades de cuidados no domicílio, com reorganização da oferta da AD e, conseqüentemente, a organização das redes de atenção à saúde (BRAGA et al, 2016).

Entretanto, para pensar na AD nesse sentido é indispensável não ignorar a necessidade real que os municípios mostram, que evidenciam vazios de atenção, tais como o acesso aos centros de reabilitação e recursos materiais para curativos e órteses/próteses, por exemplo. É preciso tornar essas tensões visíveis e usar a AD como um dispositivo. Ou seja, a AD pode ser pensada tanto como substitutiva para a mudança do modelo de atenção hospitalar e para evitar a institucionalização, como para ser uma estratégia para fazer as tensões produzidas na rede emergirem e trabalhar em cima delas para o compartilhamento e criação de corresponsabilidade no cuidado do usuário (PEREIRA, 2014).

#### **4. O olhar sobre o cuidador familiar da pessoa idosa – uma discussão necessária**



Um ator muito importante que faz o elo entre as equipes de saúde e o idoso é o cuidador, que pode ser formal ou informal. O cuidador formal caracteriza-se por ser contratado para realizar os cuidados em domicílio, tanto cuidados em saúde, como acompanhar o idoso em suas AVD's e AIVD's. No entanto, no Brasil, na grande maioria dos casos quem assume os cuidados são os familiares, chamados de cuidadores informais.

As políticas públicas para a pessoa idosa, tanto em países em desenvolvimento como desenvolvidos, preconizam a permanência do idoso no seu lar e diretriz da OPAS/OMS. Os serviços destinados ao cuidado prolongado no contexto domiciliar são uma das potentes estratégias para possibilitar essa realidade. No entanto, sendo o cuidador familiar parte fundamental da tríade junto ao idoso e equipe de saúde, urge-se visibilizar os aspectos referentes ao seu cotidiano e os desafios impostos.

Ao cuidador principal é designada a tarefa de executar procedimentos técnicos, tais como curativos, auxílio na execução das AVD's e AIVD's a depender do grau de dependência funcional do idoso e, muitas vezes, também o trabalho doméstico, sem contar com a ajuda de outra(s) pessoa(s). Há casos em que há a participação de um cuidador secundário, que dá o suporte em algumas tarefas e faz a substituição em alguns períodos, mas sem se responsabilizar pelo cuidado formal (DIOGO, 2005).

É uma tarefa árdua e desgastante, principalmente nos casos de total dependência de cuidados. Muitos cuidadores dedicam-se integralmente, sem a ajuda de familiares para compartilhar o cuidado; nessa situação referem sofrimento, gastos excessivos, isolamento social, falta de tempo para si, além de sobrecarga física e emocional (FREITAS, 2011; PEREIRA, 2014).

O desgaste do cuidador é inversamente proporcional à diminuição da capacidade funcional do idoso. Nos casos em que há associação de perda funcional nas AVD's e déficit cognitivo, como nas doenças demenciais, estudos apontam que a sobrecarga de quem está à frente do cuidado é muito maior quando comparado a somente o prejuízo da motricidade (NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2016).

Apesar das equipes de saúde reconhecerem o trabalho árduo e contínuo executado pelo cuidador, nem sempre o legitimam enquanto sujeito produtor de cuidado, que tensiona, negocia e disputa o plano de cuidado junto ao profissional da saúde. A ele é dado muitas vezes o papel de mero reproduzidor de

procedimentos e orientações técnicas e os tensionamentos produto das disputas. É considerado como resistência ao cumprimento do projeto elaborado unilateralmente pelos profissionais.

A depender da porosidade das equipes, pode-se constituir relações mais ou menos compartilhadas. A rigidez na composição dessa relação pelos trabalhadores pode levar a descontinuidade do cuidado pela dificuldade em manejar as diferenças e ruídos emergentes no fazer em saúde (PEREIRA, 2014).

Ao mesmo tempo em que vivenciam essa situação de assujeitamento e imposição, os cuidadores também relatam sentimento de retribuição e orgulho ao prestarem cuidado ao seu familiar; bem como gratidão em promover o cuidado com qualidade e afeto (WILLIAMS et al, 2016; FREITAS, 2011)

Williams et al, 2016 identificam três fases enfrentadas pelos cuidadores familiares. Os primeiros meses e anos destinados ao cuidado do idoso parecem ser os mais difíceis pela intensividade que exige. Há dificuldade em organizar a quantidade de tempo destinada às tarefas, além disso é o momento em que muitos estão aprendendo a lidar com as alterações que a doença provoca em seu familiar. Saber reconhecer quais os sintomas esperados ou que indicam necessidade do suporte da equipe de saúde é um dos desafios encontrados. Na segunda fase, há a aceitação de ajuda por parte do cuidador, que em alguns casos centraliza às atividades nele, conciliando suas tarefas com outras atividades do cotidiano. Por último, parece haver uma confiança maior dos cuidadores frente ao idoso e suas demandas, bem como aceitação do diagnóstico, apesar da sobrecarga.

Os grupos de apoio são importantes para o compartilhamento de experiências e suporte emocional. Experiências brasileiras e internacionais relatam que muitas equipes de saúde fazem o acompanhamento dos cuidadores por meio de grupos, com os mais variados objetivos. Alguns possuem como eixo principal a capacitação técnica dos mesmos. Outros já utilizam o encontro com a finalidade de acolhê-los e formar uma rede de ajuda e suporte psicossocial ((PEREIRA, 2014; WILLIAMS et al, 2016; NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2016).

O tema relacionado à sobrecarga para o cuidador informal é bastante enfatizado na literatura nacional e internacional (OLIVEIRA & D'ELBOUX, 2012). É preciso ampliar o debate, trazendo para cena outros aspectos que influenciam

o cuidado domiciliar pela família e podem ser chaves para a produção de novas alternativas.

Um dos pontos refere-se aos fatores sóciodemográficos que interferem no cuidado à pessoa idosa com doença crônica: gênero, idade, educação, estado migratório, raça/etnia, local de moradia e acessibilidade aos serviços de saúde, implicações e significado em tornar-se cuidador e os gastos indiretos para o cuidado. Possuem maior impacto as questões relacionadas ao gênero e ao investimento financeiro dispensado pela família (LILLY, LAPORTE & COYTE, 2007; WILLIAMS et al, 2016).

O nível educacional, acesso ao serviço de saúde, residir próximo ou conjuntamente com o idoso sob cuidados, a presença de rede de suporte intra e extrafamiliar, a religiosidade, influenciam, quando presentes, de forma positiva no cuidado à pessoa idosa e no apoio ao cuidador (WILLIAMS et al, 2016)

Alguns estudos evidenciam que a escolha do cuidador informal é geralmente impositiva e influenciada pelas questões de parentesco, gênero, a proximidade e relação afetiva; em sua maioria são as filhas e cônjuges que assumem a responsabilidade pelo cuidado, em muitos casos também vivenciando o processo de envelhecimento. Alguns conflitos familiares somam-se à tarefa do cuidar, já que nem sempre há uma divisão equitativa das atividades (DIOGO, 2005; RODRIGUES, 2006; BRAZ, 2009; FREITAS, 2011; VIEIRA, 2011; WILLIAMS et al, 2016).

Mesmo com as mudanças na composição das famílias, que passou de ampliada a nuclear e da inserção da mulher no mercado de trabalho, fenômeno este que vem crescendo cada vez mais, o cuidador continua centralizado na figura da mulher. Esta é considerada em muitas sociedades como a “grande cuidadora”, tarefa social fabricada em torno do gênero feminino, que se ocupa do cuidado de indivíduos vulneráveis, como crianças, idosos e pessoas com deficiência (DIOGO, 2005; RODRIGUES, 2006; BRAZ, 2009; FREITAS, 2011; VIEIRA, 2011; WILLIAMS et al, 2016). O fator cultural ainda dificulta que o homem assuma algumas das atividades relacionadas ao cuidado, como em situações em que o filho precisa cuidar de sua mãe e geram constrangimento para a realização da higiene pessoal (WILLIAMS et al, 2016).

De acordo com Newman et al, 2011 “a segregação de gênero relacionada às ocupações laborais que tipicamente relega às mulheres a função de cuidadora, bem como à criação de filhos, e empregos técnicos/ gerenciais aos

homens, tem sido reconhecida como uma fonte importante de desigualdade em todo o mundo com implicações para o desenvolvimento de força de trabalho voltada à área da saúde”.

Outro fator que vem chamando atenção incide sobre os gastos diretos e indiretos destinados ao cuidado em domicílio pela família. Apesar de muitos estudos apontarem que o modelo de atenção domiciliar se configura como uma opção à redução dos gastos em saúde, tal cálculo desconsidera o investimento realizado pela família para suprir as demandas e necessidades da pessoa idosa, principalmente em contexto de desigualdade social.

O cotidiano do cuidado domiciliar sob responsabilidade da família é invisível aos olhos da sociedade, principalmente a sobrecarga financeira (NORTEY et al, 2017).

Alguns gastos estão relacionados à contratação de cuidador particular e/ou profissionais da saúde, compra de materiais e insumos, tais como medicamentos, órteses/próteses, dietas especiais e outros dispositivos que auxiliam no suporte à vida. A depender de cada sistema de saúde, pode ser que o idoso e sua família tenham mais ou menos garantia no acesso público a esses itens.

O Sistema Único de Saúde brasileiro contempla o acesso à materiais e insumos aos seus usuários a fim de possibilitar o cuidado em saúde. Porém, a disponibilidade pelas equipes da atenção básica geralmente é menor que pelas equipes de atenção domiciliar. A forma como a gestão organiza e destina os recursos em saúde influencia diretamente no rol de materiais disponíveis para a população.

Outros gastos recaem, por exemplo, sobre valores adicionais nas contas de água/luz/energia, um exemplo são os casos de idosos que fazem o uso de oxigenoterapia domiciliar com o concentrador de oxigênio, levando ao aumento da conta de luz. No Brasil, a Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e o Ministério de Minas e Energia) nº 630, de 8 de novembro de 2011 possibilita a redução ou até a isenção da conta de luz para famílias com renda de até três salários mínimos partir da comprovação de alguns critérios (PORTARIA INTERMINISTERIAL, 2010).

Tudo isso pode somar valores insustentáveis e colocar ainda mais em risco as famílias e seus idosos, principalmente em países com franca desigualdade social (NORTEY et al, 2017).

As implicações oriundas ao papel do cuidador relacionado à empregabilidade e a força de trabalho também vem ganhando destaque em alguns estudos. Para dedicar-se à essa atividade, é preciso dispender horas a fio nas tarefas de cuidado que não se esgotam no domicílio.

Uma das preocupações elencadas por Nortey et al, 2017 é a combinação entre o avanço do envelhecimento populacional e o aumento de pessoas que deixarão o mercado de trabalho por meio das aposentadorias ou para promover o cuidado familiar ao idoso, levando à diminuição da força de trabalho. Algumas ações vêm sendo realizadas por meio do aumento da idade para aposentadoria de 62 para 65 anos, investimento tecnológico e treinamento profissional e estímulos para inserir as mulheres no mercado de trabalho (NORTEY et al, 2017).

Ainda que muitos conciliem o cuidado com o trabalho, estudos apontam as interferências no ritmo laboral, com a necessidade de diminuição da jornada de trabalho, e efeitos negativos nas oportunidades de emprego e realocação profissional, sendo necessário uma investigação mais concisa (LILLY, LAPORTE & COYTE, 2007; ANSAH ET AL, 2016; NORTEY ET AL, 2017).

Estudo do National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016 identificou que mais da metade dos cuidadores também atuam no mercado de trabalho nos EUA por pelo menos 35 horas/semana. Em sua maioria, realizaram mudanças laborais a fim de ter maior flexibilidade para prover o cuidado domiciliar. As alterações na reorganização do trabalho, como a diminuição de carga horária ficam à mercê do empregador.

Em Gana, Nortey et al, 2017 apontaram que 56 por cento dos cuidadores trabalham em empregos informais. A maior parte são filhos e netos, em torno de 30 a 40 anos e que reside junto com o idoso, o qual necessita de ajuda em pelo menos uma AVD e apoio nas AIVD's em geral. O tempo mensal estimado destinado ao cuidado é de 219,5 horas, que ultrapassa a carga horária laboral determinada em muitos países para empregos formais. Em países desenvolvidos esse tempo parece cair para a metade, talvez em função da rede de suporte e serviços existentes no sistema de saúde.

Ainda assim, o cuidado domiciliar requer muitas vezes o afastamento do posto de trabalho, o que poderá impactar na diminuição da receita mensal da família. Há indícios que isso diminui as chances de retorno laboral, necessitando reavaliar as políticas para sua proteção e garantia (ANSAH et al, 2016;

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2016; WILLIAMS, et al, 2016; NORTEY et al, 2017).

Alguns países com franca imigração, como Cingapura, Austria, Chipre, Grécia, Espanha, Turquia e Itália, as famílias fazem a contratação de imigrantes para auxiliar no cuidado à pessoa idosa no domicílio (BETTIO & VERASHCHAGINA, 2010; ANSAH et al, 2016). Em Cingapura, por exemplo, o governo concede redução fiscal nesses casos, como uma forma de subsídio ao cuidado familiar do idoso (ANSAH et al, 2016). Já no Japão, todos os serviços de cuidado ao idoso precisam estar formalizados junto ao governo e não há incentivo na contratação de mão-de-obra informal (TAMIYA et al; 2011).

No Canadá, com a reestruturação do sistema de saúde, a responsabilidade ao cuidado da pessoa idosa, principalmente com perda funcional, foi transferida à família. Tarefas que antes eram realizadas pelas equipes de saúde foram designadas ao cuidador familiar com o apoio de serviços complementares fornecidos pelo sistema de saúde de uma a duas horas por semana (WILLIAMS, et al, 2016). Em contrapartida, na Suécia o idoso é considerado responsabilidade do Estado e grande parte dos serviços de assistência são providos pelo mesmo, havendo poucas despesas pela família (JÖNSSON et al, 2009).

Considerando os aspectos abordados anteriormente, ações vem sendo realizadas em alguns países e podem ser base e incentivo para a construção de políticas voltadas ao cuidador em nosso país, ainda que as experiências nessa temática sejam minoria.

No Brasil as experiências ainda são isoladas e carecem de publicações. Geralmente estão voltadas ao suporte ao cuidador por meio de grupos de apoio realizados pelos serviços da atenção básica e atenção domiciliar, ou mesmo instituições filantrópicas, dando apoio a grupos específicos a partir de determinadas patologias.

A depender do sistema de saúde de cada local e das heterogeneidades econômicas, culturais, históricas e sociais, vêm sendo implantadas políticas em prol do cuidador e que ressoa diretamente no cuidado à pessoa idosa e núcleo familiar. Segue quadro sintetizando alguns achados internacionais, a partir de busca realizada nas bases de dados Medline/Pubmed, Bireme e Lilacs nos últimos dez anos.

Local	Achados Principais	Título da Experiência
33 países europeus	Estudo que evidencia os modelos de cuidados prolongados à pessoa idosa nos trinta e três países europeus, bem como as estratégias para o cuidador. São apresentadas desde a contratação de imigrantes como cuidador em alguns países, como o aumento de cobertura de assistência domiciliar, uso das casas dia do idoso, entre outros.	BETTIO, F.; VERASHCHAGINA, A. Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries. EGGE – European Network of Experts on Employment and Gender Equality issues – VC/2009/1015 – <b>Fondazione Giacomo Brodolini</b> . 2010.
Bélgica, Holanda, Luxemburgo, França e Alemanha	Alguns países preveem no seu sistema de saúde o acesso à instituição de curta permanência, como centro-dia; Em Luxemburgo: repasse mensal de valor fixo para os assegurados pela previdência para suprir os gastos no cuidado; Na Holanda: contratação de pessoa para auxiliar nas tarefas de casa e instituição de curta permanência ao idoso parcialmente subsidiado pelo seguradora de saúde;	WILLEMSE et al. Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. <b>BMC Health Services Research</b> , v. 16, n. 270, jul. 2016.
Cingapura	Lei desde 1995 que prevê que o idoso acima de sessenta anos com autonomia prejudicada pode requerer apoio do filho ou repasse mensal financeiro pelo governo; Para os cuidadores familiares há subsídios fiscais relacionados à contratação de imigrante que assumirá atividades de cuidado ao idoso no domicílio; Mudança do critério de elegibilidade corroborando com o aumento no acesso aos serviços de atenção domiciliar.	ANSAH et al. Projecting the effects of long-term care policy on the labor market participation of primary informal family caregivers of elderly with disability: insights from a dynamic simulation model. <b>BMC Geriatrics</b> , v. 16, n. 69, mar. 2016.

EUA	<p>Licença temporária laboral não remunerada e licença laboral remunerada ao cuidador familiar, porém com restrição de parentesco; O benefício financeiro no caso da licença remunerada é financiado pela dedução de impostos da folha salarial do trabalhador;</p> <p>O Congresso Americano criou o Programa Nacional de Apoio aos Cuidadores Familiares (NFCSP), programa federal que atende as necessidades dos cuidadores familiares de pessoas idosas e os ajuda a acessar os serviços para o seu cuidado, tais como: aconselhamento, treinamento, programas de repouso ao cuidador e informações sobre serviços disponíveis. O programa que oferta "repouso" ao cuidador refere-se a atividades/serviços de saúde ou social ao idoso com dependência por algumas horas ou dias para que o cuidador possa descansar e reorganizar-se;</p>	<p>NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. Families caring for an aging America. Washington, DC: The National Academies Press, 2016.</p>
Europa, Canadá, EUA	<p>Revisão sistemática que propõe a construção de políticas a cuidadores familiares, considerando experiências já existentes em alguns países. Algumas medidas a serem pensadas se relacionam à proteção laboral do cuidado familiar, como as licenças temporárias, realocação profissional, benefícios e pensão, flexibilidade na jornada de trabalho.</p>	<p>LILLY, M.B.; LAPORTE, A.; COYTE, P.C. Labor Market Work and Home Care's Unpaid Caregivers: A Systematic Review of Labor Force Participation Rates, Predictors of Labor Market Withdrawal, and Hours of Work. <b>The Milbank Quarterly</b>, v. 85, n. 4, p. 641-90, dez. 2007.</p>



França	Licença laboral não remunerada de três meses prorrogável a um ano para cuidadores familiares de pessoas idosas e adultos com deficiência que são dependentes, sem possibilidade de recusa pelo empregador. Os beneficiários têm direito a benefício financeiro. O cuidador familiar pode validar esse período como experiência profissional e pode permitir mudar a atuação para trabalhos na área da assistência social.	JÖNSSON et al. Becoming dependent: How is eldercare implemented in France and Sweden?. <b>RC 19 Conference "Social Policies: Local Experiments, Travelling Ideas"</b> , International sociological association (ISA), Montréal, Canada, aug. 2009.
Japão	Há ênfase no aumento de cobertura e benefícios dos serviços de assistência domiciliar e centro-dia ao idoso a fim de diminuir a sobrecarga do cuidador.	TAMIYA et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy, <b>Lancet</b> , v. 378, n. 9797, p.1183–92, set. 2011.
Suécia	A pessoa idosa é responsabilidade do estado. Para o cuidado informal, o cônjuge é responsabilizado por esse papel. O acesso aos serviços de saúde, auxílio ao idoso nas tarefas domésticas do lar, transporte sanitário, adaptações no lar são providos pelo governo local, por meio de recursos destinados dos repasses fiscais e em parte subsidiado pelo governo. Uma parcela mínima é financiada pela família. Há concessão de benefício financeiro aos cuidadores familiares por meio da seguridade social.	JÖNSSON et al. Becoming dependent: How is eldercare implemented in France and Sweden?. <b>RC 19 Conference "Social Policies: Local Experiments, Travelling Ideas"</b> , International sociological association (ISA), Montréal, Canada, aug. 2009.

É preciso reconhecer que ações importantes vêm sendo realizadas em prol do cuidador familiar em vários países, de forma heterogênea, principalmente no que concerne à proteção e incentivo laboral, tais como licença temporária remunerada e não remunerada, realocação profissional, garantia de retorno ao trabalho e flexibilidade da jornada laboral e o acesso à benefícios financeiros e acesso a serviços domiciliares. Em cada país, o acesso e o subsídio a esses serviços ocorrem de forma diferente.

As ações desencadeadas em cada país podem servir como aprendizado e disparador na discussão sobre o cuidador da pessoa idosa no Brasil, dando visibilidade a experiências brasileiras ainda desconhecidas e motivando a produção de alternativas locais. A construção de políticas públicas específicas para o cuidador é necessária e urgente, e deve-se garantir o envolvimento intersetorial com a participação de gestores, sociedade civil e movimentos sociais.

## **5. Conclusão:**

Considerando os aspectos relacionados ao processo de envelhecimento e à pessoa idosa, a Atenção Domiciliar configura-se atualmente como um importante modelo para a organização do seu cuidado em vários países do mundo, a depender da organização do sistema de saúde de cada país e, no Brasil, tanto por meio dos serviços de atenção domiciliar e da atenção básica. Dependendo do arranjo adotado, traz a possibilidade de transformação das práticas de saúde no sentido de uma assistência comprometida com a criação de vínculo entre trabalhador, o idoso e seu cuidador/família, com o acolhimento, a humanização e o desenvolvimento de corresponsabilidade.

Traz à tona vários desafios a serem superados para a viabilização do cuidado integral e voltado às necessidades da pessoa idosa. Dentre eles, a AD enquanto substitutiva para a mudança do modelo hospitalar e como possibilidade de evitar a institucionalização, garantindo desse modo que permaneça o maior tempo possível em seu domicílio. Com as mudanças sociais, perfis de saúde e adoecimento e o processo de envelhecimento, incorremos no sério risco de franca institucionalização de nossos idosos.

A AD é campo para ressignificação do envelhecer, desmistificando alguns estigmas cristalizados na imagem da pessoa idosa, como a tessitura de novos arranjos que potencializem a sua capacidade funcional e ganho de autonomia, mesmo nas situações de fragilidade. Faz-se necessário repensar a forma de organização das equipes de estratégia de saúde da família dando maior peso à vulnerabilidade para a composição das equipes e o incremento das mesmas com novos profissionais que somem à discussão da funcionalidade e autonomia, por meio dos NASF ou na contratação para as equipes da própria ESF.

Políticas voltadas ao cuidador/família também precisam entrar em cena de forma intersetorial, já que extravasa o âmbito da saúde e é o elo junto à equipe e o usuário, principalmente no contexto de desigualdade social que vivemos. As experiências internacionais podem dar subsídios para alavancar discussões mais amplas.

É fundamental que mais estudos sejam elaborados a partir das experiências no cuidado à pessoa idosa no contexto domiciliar a fim de enriquecer e impulsionar debates futuros, bem como subsidiar a construção e reformulação das políticas atuais.

## **6. Referências Bibliográficas:**

ADAMAKIDOU, T.; KALOKERINOU-ANAGNOSTOPOULOU, A. Home health nursing care services in Greece during an economic crisis. **International Nursing Review**, v. 64, p. 126–134, 2017.

ALVES, L.C.; et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-30, ago, 2007.

ALONSO, G.; ESCUDERO, J.M. La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. **Anales Sis. San. Navarra**, Pamplona, v. 33, p. 97-106, 2010. Suplemento 1.

AMARAL, N. N. et al. Assistência Domiciliar à Saúde: sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. **Revista de Neurociências**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 111-17, 2001.

ANDREAZZI, M. F. S.; BAPTISTA, D. A. **Reflexões sobre Modelos de Financiamento de Assistência Domiciliar em Saúde e Avaliação de Custos**. Rio de Janeiro, 8 p., 2007. Disponível em: <<http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/custos.pdf>>. Acessado em: 22 out 2016.

ANSAH et al. Projecting the effects of long-term care policy on the labor market participation of primary informal family caregivers of elderly with disability: insights from a dynamic simulation model. **BMC Geriatrics**, v. 16, n. 69, mar. 2016.

BATISTA, M. P. P. et al. Políticas Públicas para a população. **Revista Terapia Ocupacional Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 200-07, set./dez. 2011.

BETTIO, F.; VERASHCHAGINA, A. Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries. EGGE – European Network of Experts on Employment and Gender Equality issues – VC/2009/1015 – **Fondazione Giacomo Brodolini**. 2010.

BRAGA, P. P., et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016.

BRASIL. Lei no. 8.080, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que 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 Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n<sup>o</sup> 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF, 2011. 148 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. v. 1. Brasília, DF, 2012.

BRAZ, E.; CIOSAK, S.I. O tornar-se cuidadora na senescência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13,n.2, p. 372-77, abr-jun. 2009.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **Seniors and the Health Care System: What Is the Impact of Multiple Chronic Conditions?** p. 1-23, mai. 2011. Disponível em [https://secure.cihi.ca/free\\_products/air-chronic-disease-aib-en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/air-chronic-disease-aib-en.pdf).

CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I.S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.6, p.1143-53, jun, 2011.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 55-77.

COTTA, R. M. M. et al. La hospitalización domiciliar ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. **Rev. Panam. Salud Públ.**, Washington, v. 11, n. 4, p. 253-61, abr. 2002.

COTTA, R. M. M. et al. La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas. **Rev. Panam. Salud Públ.**, Washington, v. 10, n. 1, p. 45-55, jul. 2001.

COYTE, P. Home Care in Canada: Passing the Buck. **University of Toronto**, p. 1-33, 2000, Disponível em <http://sites.utoronto.ca/hpme/dhr/pdf/Coyte2.pdf>.

DA SILVA, L.S.; COTTA, R.M.M.; ROSA, C.O.B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, Washington DC, v.34, n.5, nov. 2013.

DIOGO, M. J. D. et al. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.39, n.1, p.97-102, mar. 2005;

FABRÍCIO, S. C. C. et al. Assistência Domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 721-6, set./out. 2004.

FARIAS, N.; BUCHALLA C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.2, p. 187-193, jun. 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev. Panam. de Salud Públ.**, Washington, v. 24, n. 3, p. 180–8, set. 2008.

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p.986-94, jul-ago, 2004.

FREITAS, I. B. A. et al. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.301-310, jan. 2011.

GENET, N. et al. Home care in Europe: a systematic literature review. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 207, ago. 2011.

GIACOMIN, K.C.; FIRMO, J.O.A. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.12, p. 3631-40, 2015.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-53, out-dez, 2006.

GONZÁLEZ RAMALLO, V. J. et al. Hospitalización a Domicilio. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 118, n. 17, p. 659-64, mai. 2002.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. In: **Estudos e pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica**, Número 32. Rio de Janeiro, IBGE, 2013.

IBGE. Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as projeções da população. In: ERVATTI, L.R.; BORGES, G.M.; JARDIM, A.P. (Orgs.). **Estudos e análises: Informação Demográfica e Socioeconômica**, Série 3. Rio de Janeiro, IBGE, 2015.

JÖNSSON et al. Becoming dependent: How is eldercare implemented in France and Sweden?. **RC 19 Conference "Social Policies: Local Experiments, Travelling Ideas"**, International sociological association (ISA), Montréal, Canada, aug. 2009.

KARSH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-66, mai/jun, 2003.

KERBER, N. P. C. et al. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-93, mar. 2008.

LEBRÃO, M. L.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LILLY, M.B.; LAPORTE, A.; COYTE, P.C. Labor Market Work and Home Care's Unpaid Caregivers: A Systematic Review of Labor Force Participation Rates, Predictors of Labor Market Withdrawal, and Hours of Work. **The Milbank Quarterly**, v. 85, n. 4, p. 641-90, dez. 2007.

MATUS-LOPEZ, M.; PEDRAZA, C.C. Building Long-Term Care Policies in Latin America: New Programs in Chile. **JAMDA**, v.16, n.10, p. 900.e7–900.e10, out. 2015.

MATUS-LOPEZ, M.; PEDRAZA, C.C. New Long-Term Care Policies in Latin America: The National System of Care in Uruguay. **JAMDA**, v.17, n. 7, p. 663-665, jul. 2016.

MEDINA, C.; SHIRASSU; M. & GOLDFEDER, M. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: KARSH, U. M. (Org.). **Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores**. São Paulo, EDUC, 1998. pp. 199-214.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) - **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. O Envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-09, fev. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria no. 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 ago. 2011. Seção 1, p. 91.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mai. 2013a. Seção 1, p.30.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.505, de 24 de julho de 2013. Fixa o valor de incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção domiciliar (SAD). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul. 2013b. Seção 1, p.142.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 abr. 2016. Seção 1, p.33.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. Families caring for an aging America. Washington, DC: The National Academies Press, 2016.

NORTEY et al. Economic burden of family caregiving for elderly population in southern Ghana: the case of a peri-urban district. **International Journal for Equity in Health**, v.16, n.16, jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015.

Pan American Health Organization (PAHO). CARMEN – an initiative for integrated prevention of noncommunicable diseases in the Americas. Washington DC: Pan American Health Organization; 2003.

PEREIRA, P.B.A. **Atenção domiciliar e a produção do cuidado**: apostas e desafios atuais. [dissertação de mestrado] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

PORTARIA INTERMINISTERIAL. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.007, de 31 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 jan. 2010.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 231-42, 2005. Suplemento 1.

RODRIGUES, S. L. A. et al. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, 493-500, 2006.

SABE- Saúde, bem-estar e envelhecimento. In: LEBRÃO, M. L.L.; DUARTE, Y. A.O. (Org.). **O Projeto SABE no Município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

SCHIFFLER, A.C.R.; MERHY E.E. **Quando a Atenção Domiciliar vaza do (no) modelo tecnoassistencial de saúde**: o caso de Sobral/CE. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: [www.hucff.ufrj.br/micropolitica](http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica). Acessado em 22 nov. 2016.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 421-423, dez. 2011. Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742011000400001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400001&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 12 nov. 2016.

SILVA, L.; GALERA, S.A.F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n.4, p.397-403, 2007.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-76, fev. 2010.

TAMIYA et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy, **Lancet**, v. 378, n. 9797, p.1183–92, set. 2011.



THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 58, n.4, p. 438-43, jul-ago, 2005.

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

VERAS, R.P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.10, p.1834-40, out, 2012.

VIEIRA, C. P. B. et al. Dissertações e teses de enfermagem sobre o cuidador informal do idoso, Brasil, 1979 a 2007. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.1, p.160-6, jan-mar. 2011.

WILLIAMS et al. A Canadian qualitative study exploring the diversity of the experience of family caregivers of older adults with multiple chronic conditions using a social location perspective. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 40, mar. 2016.

WILLEMSE et al. Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 270, jul. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Home care in Europe: the solid facts**. Copenhagen, CPH; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Home care across Europe**. Copenhagen, CPH; 2012.