

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ANDRÉIA DEVISLANNE RIBEIRO

MELHOR EM CASA: O DESAFIO DE CUIDAR

Belo Horizonte
2020

ANDRÉIA DEVISLANNE RIBEIRO

MELHOR EM CASA: O DESAFIO DE CUIDAR

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos.

Belo Horizonte
2020

Ribeiro, Andréia Devislanne.
R484m Melhor em casa [manuscrito]: o desafio de cuidar. / Andréia Devislanne Ribeiro. - - Belo Horizonte: 2020.
104f.

Orientador (a): Mirela Castro Santos Camargos.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Cuidadores. 2. Idoso. 3. Assistência Domiciliar. 4. Serviços de Assistência Domiciliar. 5. Avaliação em Saúde. 6. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 7. Dissertação Acadêmica. I. Camargos, Mirela Castro Santos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 200

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2897

ATA DE NÚMERO 6 (SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ANDREIA DEVISLANNE RIBEIRO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 19 (dezenove) dias do mês de fevereiro de dois mil e vinte, às 09:30 horas, realizou-se no Anfiteatro Laís Netto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação “MELHOR EM CASA: O DESAFIO DE CUIDAR”, da aluna **Andreia Devislanne Ribeiro**, candidata ao título de “Mestre em Gestão de Serviços de Saúde”, linha de pesquisa “Política, Planejamento e Avaliação em Saúde”. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Mirela Castro Santos Camargos, Roberto do Nascimento Rodrigues e Luiza de Marilac de Souza, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

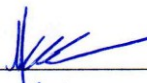
Belo Horizonte, 19 de fevereiro de 2020.


Prof^ª. Dr^ª. Mirela Castro Santos Camargos
Orientadora (UFMG)


Prof. Dr. Roberto do Nascimento Rodrigues
Membro Titular (UFMG)


Prof^ª. Dr^ª. Luiza de Marilac de Souza
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação









APROVADO em reunião do CPGGSS

Em: 20 / 02 / 2020


Davidson Luis Braga Lopes
Escola de Enfermagem/UFMG
SIAPE 2410180
Matrícula 311758

Às pessoas que dedicam parte de sua vida a cuidar de pessoas que necessitam de cuidados!

Em especial, às pessoas que aceitaram compartilhar sua vivência na construção deste trabalho!

AGRADECIMENTOS

Em todos os momentos da minha vida tenho que agradecer ao nosso Deus todo poderoso pela vida, pelos obstáculos e pelas vitórias. À minha mãezinha do céu, Nossa Senhora das Graças, por estar sempre de mãos abertas a me auxiliar.

À minha família, em especial, ao meu eterno porto seguro, meu amado marido Wellington.

À minha vizinha Felisbela pelos seus ensinamentos que me tornam a cada dia uma pessoa melhor.

Ao meu filho, Samuel, por me mostrar todos os dias que o amor é infinito.

À minha filha, Lara, que com seus olhinhos de jabuticaba ilumina meus dias e com seu sorriso nunca me deixa desanimar.

À minha orientadora Mirela, por compartilhar seus ensinamentos que ultrapassam a questão acadêmica e por ser essa pessoa positiva. Por sempre estar ao meu lado e nunca me deixar desanimar diante dos obstáculos.

Aos meus colegas do mestrado, pela vivência e ensinamentos, em especial à Aline por me auxiliar nos momentos difíceis.

À minha querida Mariana Borges, por me ensinar que é fácil fazer o que amamos e por compartilhar comigo o amor pela Atenção Domiciliar.

Aos meus queridos amigos do SAD Contagem, onde minha trajetória na Atenção Domiciliar teve início.

Aos meus queridos amigos do PID Betim, ao Wemerson pela acolhida. PID Teresópolis, em especial à Adriana e ao Gutemberg, por auxiliarem durante a coleta de dados.

Aos meus colegas e alunos da FAMINAS. Obrigada pela convivência e pelo grande aprendizado.

Aos colegas e alunos do curso de medicina da UFMG da IAPS. Agradeço pela acolhida e pelos ensinamentos.

Às pessoas que gentilmente abriram seus lares aceitando participar do estudo, tornando-o uma realidade.

E a todos que me ajudaram e me apoiaram de diferentes formas... Muito obrigada!

CAMINHANDO

Caminhando e cantando e seguindo a canção

Somos todos iguais braços dados ou não

Nas escolas nas ruas campos construções

Caminhando e cantando e seguindo a canção

Vem vamos embora que esperar não é saber

Quem sabe faz a hora não espera acontecer

Vem vamos embora que esperar não é saber

Quem sabe faz a hora não espera acontecer

Pelos campos há fome em grandes plantações

Pelas ruas marchando indecisos cordões

Ainda fazem da flor seu mais forte

E acreditam nas flores vencendo o canhão

Vem vamos embora que esperar não é saber

Quem sabe faz a hora não espera acontecer

Vem vamos embora que esperar não é saber

Quem sabe faz a hora não espera acontecer

Há soldados...

Geraldo Vandré

RESUMO

RIBEIRO, Andreia Devislanne. Melhor em Casa: O Desafio de Cuidar. 2020, 104 f. (Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2020.

O envelhecimento populacional, ou seja, o aumento do peso relativo das pessoas idosas na população total, foi um dos principais eventos demográficos do século XX e, certamente, terá sua importância mantida no século XXI. O aumento de idosos na população, associado ao crescimento da longevidade, lançam desafios em relação às políticas de cuidado voltadas à população que envelhece. Entre essas destaca-se a Política de Atenção Domiciliar (AD). Na AD, as relações cuidador-equipe-indivíduo-família são fundamentais na implementação do cuidado no domicílio e na melhoria do indivíduo, reafirmando a importância das tecnologias leves. Este estudo teve por objetivo conhecer o cotidiano dos cuidadores informais de idosos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) do município de Betim - MG e identificar os desafios enfrentados no cuidado a pessoas idosas dependentes de tecnologias para manutenção de vida. Acredita-se que essa foi uma forma de avaliar o Programa de Internação Domiciliar do município. Afinal, a opinião do usuário, aqui representado pelo cuidador informal, fornece elementos para entender como o programa funciona na prática, levantando possíveis lacunas e potencialidades. Este estudo, de natureza exploratória e descritiva, foi realizado por meio de abordagem qualitativa com a realização de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo temática. Os resultados apontaram lacunas no que tange à estruturação da Rede de Atenção à Saúde em Betim. Por meio dos relatos dos cuidadores entrevistados no PID, foi possível evidenciar fatores relevantes para a estruturação da AD como o acesso, a integralidade, a resolutividade, a universalidade e a organização dos serviços. Salienta-se o distanciamento entre a portaria que regulamenta a AD e a realidade no que tange aos fluxos de encaminhamentos e fornecimentos de insumos, evidenciados por meio das entrevistas com os cuidadores dos idosos. Uma vez levantados os trajetos percorridos pelos cuidadores em busca de atendimento à saúde, foi identificada a necessidade de interdependência e complementaridade entre os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde com vistas a garantir a integralidade do cuidado. Também foram observados aspectos relacionados aos desafios e oportunidades inerentes à articulação em rede, dentre os quais destacam-se: a dificuldade de articulação com a atenção primária, desresponsabilização dos serviços e desconhecimento das pessoas sobre a oferta de serviços da rede de saúde e deficiência de comunicação entre os serviços. Entre as oportunidades, evidenciaram-se práticas de referência e contrarreferência. Considera-se que a atenção domiciliar representa um importante espaço no reordenamento do trabalho em saúde e na reorganização da atenção à saúde. Ressalta-se que iniciativas de envolvimento, articulação, interação e integração com outros serviços de saúde são fundamentos primordiais para se alcançar os pressupostos da Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chaves: Idoso, cuidador, assistência domiciliar aos idosos, serviços de assistência domiciliar, avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

RIBEIRO, Andreia Devislanne. **Best at Home: The Care Challenge**. 2020, 104 f. (Professional Master's Dissertation in Health Services Management) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2020.

Population aging, that is, the increase in the relative weight of older people in the total population, was one of the major demographic events of the twentieth century and will certainly be maintained in the 21st century. The increase in the elderly in the population, associated with the growth of longevity, pose challenges in relation to care policies aimed at the aging population, among them the Home Care Policy (AD). In AD, caregiver / team / individual / family relationships are fundamental in the implementation of home care and improvement of the individual, reaffirming the importance of light technologies. This study aimed to know the daily life of the informal caregivers of the elderly attended by the Home Hospitalization Program (PID) of the city of Betim - MG and to identify the challenges faced in the care of elderly people dependent on life-sustaining technologies. It is believed that this was a way to evaluate the municipality's Home Internment Program. After all, the user's opinion, represented here by the informal caregiver, provides elements to understand how the program works in practice, raising possible gaps and potentialities. This exploratory and descriptive study was conducted through a qualitative approach with semi-structured interviews. The interview data were recorded, transcribed and analyzed using the thematic content analysis technique. The results pointed gaps regarding the structuring of the health care network in Betim. Through the reports of the caregivers interviewed in the PID, it was possible to highlight relevant factors for the structuring of the AD, such as access, comprehensiveness, resoluteness, universality and the organization of services. It is emphasized the distance between the ordinance that regulates the AD and the reality regarding the flow of referrals, supplies of inputs, being evidenced through the interviews of the caregivers of the AD. Once the paths taken by caregivers in search of health care were identified, the need for interdependence and complementarity between the services that make up the health care network was identified in order to ensure comprehensive care. Aspects related to the challenges and opportunities inherent in network articulation were also observed, among which the following stand out: the difficulty of articulation with primary care; lack of responsibility for services and lack of knowledge of people about the provision of health network services; poor communication between services. Among the opportunities, reference and counter-reference practices were evidenced. Home care is considered an important space in the reorganization of health work and in the reorganization of health care. . It is emphasized that initiatives of involvement, articulation, interaction and integration with other health services are fundamental foundations to reach the assumptions of the health care network.

Keywords: Elderly, caregiver, home care for the elderly, home care services, health assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1- Esquema de Modalidades da Atenção Domiciliar.....	22
Figura 2 - Composição das equipes de Atenção Domiciliar no Brasil prevista na Portaria nº 2527/2011.....	27
Figura 3 - Trajetória do avanço da Atenção Domiciliar em Minas Gerais, 1994 - 2018.....	35
Figura 4 - Regionais de Betim e as Bases dos Programa de Internação Domiciliar.....	37
Figura 5- Representação do Município de Betim no Estado de Minas Gerais.....	40

QUADROS

Quadro 1- Comparativo das portarias nº 963/ 2013 e nº 825/ 2016.....	29
Quadro 2- Organização da assistência das equipes de AD de acordo com a Portaria n. 825, 2016.....	30
Quadro 3- Características dos cuidadores entrevistados e sua relação com os idosos atendidos no Programa de Internação Domiciliar(PID).....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AD – Atenção Domiciliar

ADS – Assistência Domiciliar à Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APS – Atenção Primária de Saúde

AVE – Acidente Vascular Cerebral

BAVT – Bloqueio atrioventricular

BIPAP – Pressão Aérea Positiva por dois Níveis

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEREST – Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador

CERSAMI – Centro de Referência em Saúde Mental Infantil

CERSAMS – Centros de Referência em Saúde Mental

CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional das Secretarias de Saúde

CPAP – Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar

EMAP – Equipe Multidisciplinar de Apoio

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

FSESP – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAD – Programa de Atenção Domiciliar

PID – Programa de Internação Domiciliar

PNAD – Política Nacional de Atenção Domiciliar

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PTS – Plano Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SEPADI – Serviço de Prevenção e Assistência a Doenças Infecciosas

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAI – Unidade de Atendimento Imediato

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UBSF – Unidades Básicas de Saúde da Família

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3. REFERENCIAL TEORICO.....	21
3.1 Conhecendo Nomenclaturas da Atenção Domiciliar	21
3.2 Contexto Histórico da Atenção Domiciliar	23
3.3 Caminhos da Atenção Domiciliar pelas Redes.....	31
3.4 O Cuidador na Atenção Domiciliar de Pessoas Idosas.....	33
3.5 Atenção Domiciliar em Minas Gerais e no município de Betim.....	34
4. METODOLOGIA.....	39
4.1 Tipo de Estudo	39
4.2 Cenário.....	39
4.3 Participantes da pesquisa	41
4.4 Coleta de dados.....	42
4.5 Análise dos dados	44
4.6 Aspectos Éticos.....	45
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
5.1 Conhecendo os cuidadores de idosos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar	47
5.2 Da Saúde à Atenção Domiciliar.....	55

5.3	Desafios enfrentados pelos cuidadores	56
5.4	A Atenção Domiciliar e a Rede de Atenção à Saúde.....	62
5.5	As Tecnologias que Desafiaram os Cuidadores.....	66
6.	CONCLUSÃO.....	69
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICE 1 – Roteiro de Entrevistas	84
	APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
	APÊNDICE 3 – Produto Técnico	88
	ANEXO 1 – Carta de Anuência.....	95
	ANEXO 2– Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais	96
	ANEXO 3 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Betim.....	99

1 INTRODUÇÃO

O avanço do envelhecimento populacional, ou seja, o aumento do peso relativo das pessoas idosas na população total foi um dos principais eventos demográficos do século XX e, certamente, terá sua importância mantida no século XXI. A redução da taxa de natalidade e o aumento de pessoas idosas foram inicialmente experimentados pelos países desenvolvidos e esse processo está em expansão, atualmente, em vários países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE / OMS, 2015).

Ao encerrar o século XX, o Brasil, como a maioria dos países em desenvolvimento assistiu, simultaneamente, à queda nos níveis de dois importantes determinantes da sua estrutura populacional: a fecundidade e a mortalidade. A combinação desses dois processos e a rapidez com que isso ocorreu acarretaram, por um lado, o envelhecimento da população, entendida como sujeito coletivo e, por outro, uma maior longevidade, quando considerados os indivíduos (WONG; CARVALHO, 2006). O prolongamento da vida, decorrente do declínio da mortalidade, associado ao aumento do percentual de pessoas que atingem idades avançadas, devido à queda da fecundidade, provocam uma alteração radical no perfil de mortalidade e morbidade de uma população (RAMOS e SAAD, 1990; LINI *et al.*; 2016).

O processo de envelhecimento e o aumento da longevidade são acompanhados por uma transição, também, nas causas de mortalidade e morbidade da população. A principal mudança é a perda da hegemonia de doenças e mortes devido às doenças infecto contagiosas para o predomínio das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).

Em muitos países, entre eles o Brasil, as DCNT fazem parte das principais causas de mortes e incapacidades, independentemente do contexto econômico e do grau de desenvolvimento desses países. Essas enfermidades aumentam os dispêndios das famílias, diminuem a autonomia da pessoa nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), ligadas ao autocuidado, e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As AIVD relacionam-se a tarefas do cotidiano como preparar as refeições, higienizar a residência, fazer compras, pagar contas, cuidar das próprias finanças, manter compromissos sociais, usar o telefone, usar meio de transporte, comunicar-se, cuidar da própria saúde e manter sua integridade e segurança. As ABVD estão relacionadas ao autocuidado, como banhar-se, vestir-se, alimentar-se, entre outras, as quais, em caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de

um cuidador para auxiliar a pessoa a desempenhá-las, comprometendo a qualidade de vida, com maior demanda por assistência à saúde e, conseqüentemente, o aumento de dependência financeira de outras pessoas da família (ALWAN *et al.*, 2010; World Health Organization / WHO, 2011).

No caso brasileiro, as DCNT representam um problema de saúde pública, pois afetam principalmente a população mais pobre e os elegíveis como vulneráveis (pessoas idosas com baixa escolaridade e baixa renda). Diante desse cenário, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, 2011-2022, visando fortalecer os serviços de saúde por meio do desenvolvimento e implementação de ações integradas e efetivas de políticas públicas (BRASIL, 2011; ALWAN *et al.*, 2010; WHO, 2011).

O Plano aborda os quatro principais grupos de DCNT (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco, que podem ser evitáveis através das mudanças de hábitos de vida (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretrizes e ações em três eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento, b) promoção da saúde e c) cuidado integral (BRASIL, 2011).

Dentre as ações voltadas ao eixo Cuidado Integral destaca-se a Atenção Domiciliar (AD), implementada no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria nº 2029, de 2011 (BRASIL, 2011) e redefinida pela Portaria nº 825, de 2016 (BRASIL, 2016). Denominada Melhor em Casa, essa modalidade de atenção tem como meta ampliar e qualificar o cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar a fim de reduzir a demanda por atendimento hospitalar ou o período de permanência de usuários internados, além de promover a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos indivíduos. Desse modo, a AD propõe-se a ser uma alternativa ou um complemento aos serviços de saúde hospitalar (baixa e média complexidade) e aos cuidados ofertados nas portas de Urgência e Emergência com o investimento em tecnologias (BRASIL, 2016).

Dada a importância da AD, diante do cenário de aumento da longevidade e do crescimento das DCNT, é fundamental entender como esse programa tem sido desenvolvido, seus principais entraves, como é percebido pela população usuária e seus familiares e o que poderia ser projetado em termos de melhoria.

Historicamente, observa-se um reconhecimento crescente da importância de centrar a atenção no fortalecimento das políticas e dos programas no setor da saúde. Isso ocorre a partir do momento em que a população pressiona por maior acesso e melhor qualidade na prestação de serviços, em tempos de limitação de recursos, demandando medidas concretas para aperfeiçoá-los. Assim, as avaliações de ações, programas e políticas de saúde passam a ser mais reconhecidas e tidas como excelentes alternativas para o aperfeiçoamento (HARTZ, VIEIRA-DA-SILVA, 2010). No caso da AD, uma avaliação certamente traria contribuições importantes para que os gestores de saúde responsáveis conhecessem ainda mais sobre suas potencialidades e limitações.

Contudo, quando se realiza um projeto para avaliação de ações, programas e políticas de saúde é preciso levar em consideração sua extensão, tempo e recursos disponíveis. Assim, dificilmente seria possível avaliar a Atenção Domiciliar em seu conjunto. Desse modo, optou-se por eleger um município para análise, tendo como sujeitos de investigação os cuidadores de usuários da AD.

Cabe ressaltar que, se comparada às demais políticas de atenção, a AD apresenta uma peculiaridade quanto à necessidade da presença do cuidador, considerado peça essencial. Segundo Karsch (2003), os cuidadores são pessoas designadas a assumir o cuidado de pessoas incapacitadas para AIVD ou ABVD. São considerados cuidadores formais aqueles indivíduos capacitados com ou sem vínculo com a pessoa assistida. Já os cuidadores informais são normalmente familiares que assumem o cuidado integral da pessoa incapacitada (KARSCH, 2003). Na AD, o estabelecimento de relações entre cuidador, equipe, indivíduo e família são fundamentais na implementação do cuidado domiciliar e na melhoria do indivíduo (MERHY, 1997; SILVA *et al.*, 2010).

Na presente pesquisa, os sujeitos serão os cuidadores informais de pessoas em adaptação ao domicílio, dependentes nas AIVD e ABVD, que necessitam de equipamentos para manutenção da vida, como oxigenioterapia contínua. Esses cuidadores assumem o cuidado integral do indivíduo no domicílio, recebendo suporte através de visitas da equipe multiprofissional de atenção domiciliar do Programa de Internação Domiciliar (PID).

O cenário deste estudo será o município de Betim, situado em Minas Gerais, na região metropolitana de Belo Horizonte, com uma população de 427.146 habitantes em 2016 (IBGE,

2016). Esse município foi escolhido por ter um dos primeiros programas de AD do país, implantado em 1996, considerado como referência para implantação no estado e por ter inspirado a Política Nacional de Atenção Domiciliar (ASSESSORIA DE IMPRENSA DA PREFEITURA DE BETIM, 2011. p1).

Espera-se conhecer o cotidiano e as espécies de vínculos estabelecidos pelos cuidadores informais de idosos atendidos pelos profissionais das equipes multidisciplinar e de Apoio da Atenção Domiciliar do Programa de Internação Domiciliar do município de Betim (MG), além de identificar os desafios enfrentados no cuidado. Acredita-se que o a compreensão aprofundada sobre tais fatores pode contribuir para aperfeiçoar e fomentar ajustes nas políticas públicas da Atenção Domiciliar.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O estudo visa conhecer o cotidiano dos cuidadores informais de idosos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) do município de Betim - MG e identificar os desafios enfrentados no cuidado a pessoas idosas dependentes de tecnologias para manutenção da vida.

2.2 Objetivos Específicos

- a) conhecer a organização do cuidado das famílias que têm uma pessoa idosa que necessita de equipamentos para manutenção da vida;
- b) identificar as dificuldades e potencialidades vivenciadas pelo cuidador informal na assistência ao idoso no domicílio pelo PID;
- c) entender o funcionamento do PID do ponto de vista do usuário;
- d) propor possíveis melhorias no PID, com base no que for recolhido e discutido no estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

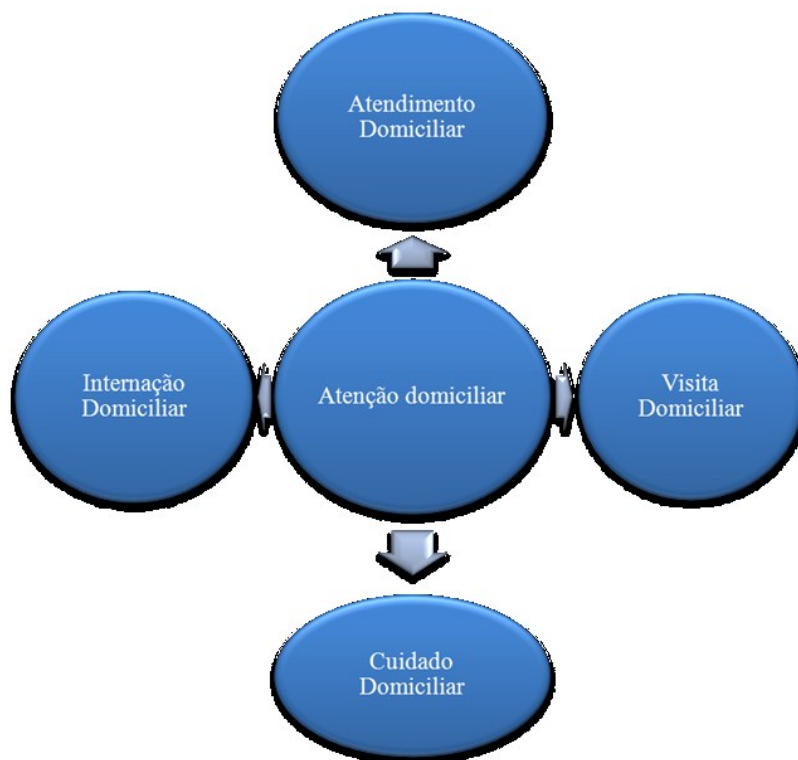
3.1 Conhecendo nomenclaturas da Atenção Domiciliar

O modelo de atenção domiciliar à saúde tem sido difundido pelo mundo e no Brasil e, por ser recente, há muitos termos utilizados para sua designação: *home health care*, *domiciliary care*, atendimento domiciliar à saúde, atenção domiciliar, enfermagem domiciliar, visita domiciliária, *nursing home*, *nursing care*, *home care nursing*, enfermagem residencial, cuidado domiciliar, internação domiciliar, cuidados médicos domiciliares, cuidados de saúde no domicílio, atendimentos médicos domiciliares e outros tantos. Alguns são utilizados como sinônimos, por se tratar de tradução e interpretação dos vocábulos *home care* ou *home health care*. No entanto, a oferta de serviços no domicílio, bem como a realização de atividades nesse contexto, tem diferenças significativas (LACERDA *et al.*, 2006).

No caminhar deste trabalho, verificou-se que a nomenclatura da Atenção Domiciliar (AD), por se tratar de uma denominação baseada na língua inglesa, sofreu algumas transformações sutis tendo, como base, as expressões *home health care* e *domiciliary care*, já que foram realizadas algumas traduções e interpretações dos vocábulos (LACERDA *et al.*, 2006).

É importante ressaltar que essas conceituações e suas flexões foram citadas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 11 de 2006 (ANVISA) e no Ministério da Saúde, em Documento Preliminar publicado em 2004, dividindo a AD em assistência, internação e visita domiciliar (Brasil, 2006; Brasil, 2004). Essa divisão é proposta por Lacerda *et al.* (2006), baseado nos documentos oficiais do governo brasileiro, como pode ser visto na Fig. 1.

Figura 1- Esquema de Modalidades da Atenção Domiciliar no Brasil



Fonte: Elaborada pela autora-Adaptado de LACERDA *et al.*, 2006.

Segundo Lacerda *et al.* (2006) no esquema proposto na Fig. 1, o atendimento domiciliar envolve atividades realizadas em domicílio por profissionais, sendo a modalidade mais ampla a da Atenção Domiciliar (AD). Essas atividades visam à autonomia das pessoas e o desenvolvimento das habilidades em seu próprio ambiente - o domicílio. A modalidade mais estruturada da AD é a internação domiciliar, que demanda a presença contínua de profissionais no domicílio e o uso de equipamentos e materiais, sendo uma forma de operacionalizar o atendimento domiciliar. A visita domiciliar apresenta um formato agendado de contato com os profissionais, que realizam orientações de forma pontual, observando a realidade da pessoa em seu domicílio, ou seja, sua estrutura domiciliar seja ela, física, material ou de relações pessoais intrafamiliares. O cuidado domiciliar, que ficou conhecido como *home care*, representa as atividades e toda a estrutura de cuidado, desde as de prevenção primária até os cuidados paliativos para o fim da vida, sendo o campo mais extenso nas atividades do cuidado (LACERDA *et al.*, 2006).

A AD envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio (Brasil, 2006; Brasil, 2004). Ressalta-se que a AD e suas modalidades (visita, atendimento, assistência e internação) possuem, como foco, o domicílio ou a atenção *in loco*, respeitando a individualidade e as limitações das pessoas que prestam e recebem o cuidado.

3.2 Contexto histórico da Atenção Domiciliar

A concepção de que o domicílio traria um bom resultado para o tratamento de saúde vem sendo proposta desde o século V a.C., sendo citada por Hipócrates no Tratado sobre os ares, as águas e os lugares. Segundo suas observações, tal cuidado propiciaria maior êxito ao tratamento (TAVOLARI *et al.*, 2000).

Apesar de ser reconhecido como um novo modelo de saúde, a AD já era realizada desde o antigo Egito, no século XVII, por profissionais formados em Medicina. Na época, os atendimentos ocorriam em hospitais e em visitas domiciliares incluindo, até mesmo, as dependências do palácio do faraó. Da mesma forma, na Grécia Antiga, há registros de atendimentos realizados pelo médico Asklépios, que ficou famoso por realizar atendimento *in loco* na residência do paciente (AMARAL *et al.*, 2001).

No final do século XVII, o médico Samuel Hanneman, conhecido por ser o pai da homeopatia, deixou sua carreira promissora em um hospital universitário para se dedicar à nova modalidade de assistência, ou seja, acompanhar em domicílio as pessoas que necessitavam de tratamento (TAVOLARI *et al.*, 2000).

Nos Estados Unidos há relatos da assistência domiciliar à saúde como serviço ofertado às pessoas enfermas contando com ações de promoção e de tratamento, em 1796, em Boston (TAVOLARI *et al.*, 2000). Na Europa, no século XVIII, a assistência no domicílio era ofertada às pessoas mesmo antes da existência de instituições de saúde, como hospitais e ambulatórios (SILVA *et al.*, 2005).

Na história mais recente, já no século XX, a forma de ofertar a assistência à saúde no domicílio assume novas configurações. Nos Estados Unidos foi estabelecida, no final dos anos 1940, sustentada na alegação de falta de leitos e pela procura por ambientes acolhedores

para as pessoas. No Canadá foi configurada para atender pessoas no pós-operatório cirúrgico e, posteriormente, foram incluídas as pessoas com patologias clínicas agudizadas. Na Europa, por volta da década de 1950, o foco da assistência eram as pessoas com patologias crônicas na fase terminal da vida, modelo conhecido como sociossanitário. Na Espanha, os primeiros relatos datam da década de 1980, quando a AD foi demandada pelos usuários do sistema público de saúde, por iniciativa dos gestores, e justificada pela diminuição dos custos com a saúde e pela limitação de recursos (REHEM; TRAD, 2005).

No Brasil, as primeiras experiências da AD foram desenvolvidas pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), em 1949, iniciativa do Ministério do Trabalho, posteriormente incorporado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967. Outra experiência interessante foi a da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), que ofertou o serviço no período de 1960 a 1990 e oferecia atividades diversas no domicílio e na comunidade, com monitoramento de grupos de risco, prevenção de doenças e promoção à saúde (REHEM; TRAD, 2005).

A AD, no Brasil, teve seu arcabouço desenvolvido no setor público, mas a sua expansão foi muito incipiente. Já no setor privado mostrou grande expansão devido, principalmente, à busca por redução de custos. O investimento brasileiro na AD foi impulsionado com a inclusão da normatização do Serviço de Atenção Domiciliar na Lei nº 8080 de 1990, na parte sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em 1997, o governo brasileiro lançou o Ano de Saúde no Brasil, Ações e Metas Prioritárias, com a proposta de ampliar a internação domiciliar para pessoas portadoras de comorbidades como diabetes, hipertensão arterial e pessoas idosas já que, anteriormente, o atendimento era ofertado apenas às portadoras de HIV e em sofrimento mental. No ano seguinte, o Ministério da Saúde incluiu novos requisitos para credenciamentos de hospitais, com a introdução de novas patologias, por meio da publicação da Portaria GM nº 2.416. Na época, essa modalidade era realizada pelos profissionais das instituições credenciadas. Em 2002, a internação domiciliar no SUS foi incluída na Lei Orgânica da Saúde, por meio da Lei nº 10.424, de 16 de abril de 2002. Também no ano de 2002 foi publicada a Portaria SAS/MS nº 249, que estabeleceu a Assistência Domiciliar como modalidade de saúde direcionada ao Centro de Referência em Assistência à Saúde da Pessoa Idosa estando, também, vinculada à área hospitalar. Essa foi a primeira iniciativa para articular a assistência de média e alta

complexidade com a Atenção Básica, sendo de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (REHEM; TRAD, 2005).

A regulamentação da Lei nº 10.424 de 2002, evidenciou a AD no SUS e foi responsável por acrescentar um capítulo na Lei nº 8.080 de 1990, que reconhece a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde, na modalidade de atendimento domiciliar e da internação domiciliar, a ser executada por equipes multidisciplinares, que atuam de forma preventiva, terapêutica e reabilitadora. No entanto, essa modalidade de assistência à saúde só poderá ser realizada após a indicação médica, com concordância da pessoa enferma e da sua família (BRASIL, 2002).

Em 2006, por meio da Portaria MS/GM nº 2.529, o Ministério da Saúde instituiu a internação domiciliar como uma modalidade de assistência a ser prestada no domicílio às pessoas clinicamente estáveis que dependem intensamente de cuidados, além das modalidades ambulatoriais (BRASIL, 2006).

No período de 2006 a 2011, nota-se um vazio na regulamentação da AD no Brasil. Em 2011 a caminhada da AD é retomada com a Portaria nº 2.029, que a aproxima da realidade e das demandas locais. Essa Portaria estabelece normas para credenciamento e habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e subsídios financeiros com transferência, fundo a fundo,¹ para os municípios que aderirem, estabelecendo o Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2013a).

A Portaria 2.029 de 2011 foi substituída pela portaria 2.527 do mesmo ano e essa revogação ampliou a configuração populacional dos municípios, autorizando a habilitação de SAD naqueles com menor porte populacional. Além disso, são estabelecidas normas de cadastro dos SAD e cofinanciamento nos serviços de AD em municípios com mais de 100 mil habitantes e aqueles com mais de 40 mil habitantes situados em regiões metropolitanas.

O Programa Melhor em Casa, estruturado pelo Governo Federal e fundamentado pelas portarias GM nº 2029 e nº 2527 de 2011, estabeleceu os SAD e foi responsável por normatizar o credenciamento de estabelecimentos de saúde com oferta de serviço de AD. Essa iniciativa constituiu uma tentativa de ampliar as equipes de AD nos municípios, com a

¹ As transferências fundo a fundo caracterizam-se pelo repasse por meio da descentralização de recursos diretamente de fundos da esfera federal para fundos da esfera estadual, municipal e do Distrito Federal.

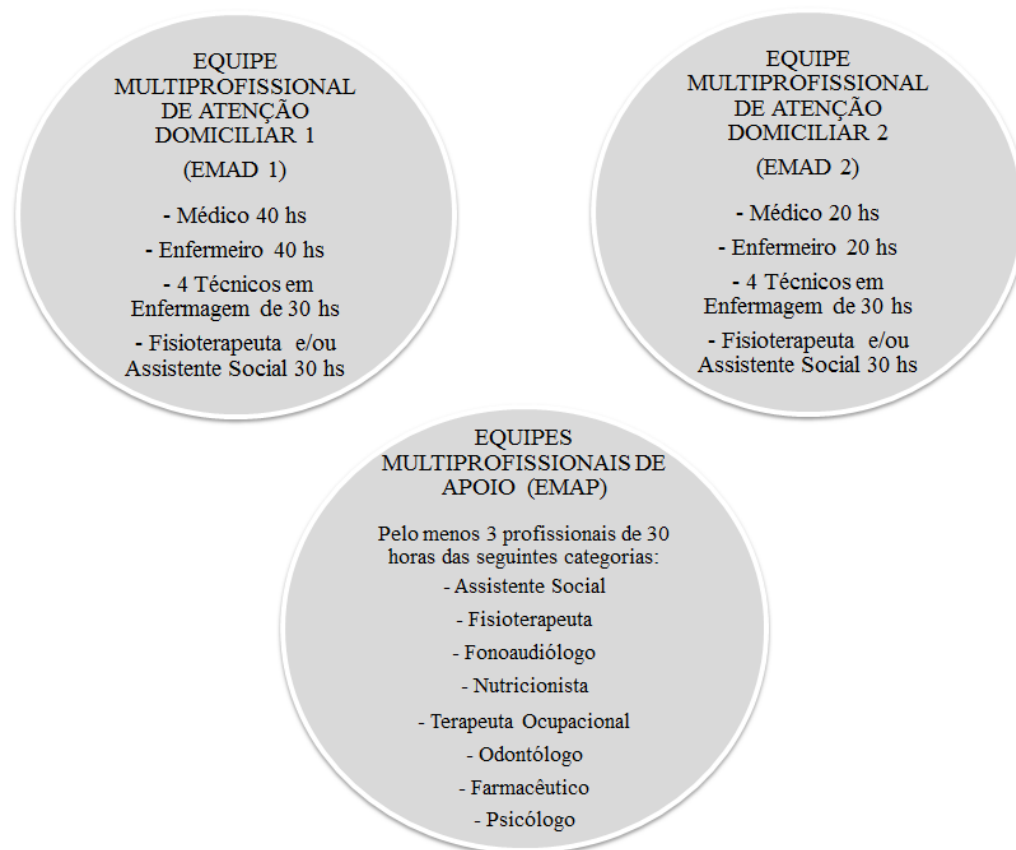
prerrogativa do cuidado no domicílio, articulando-os com os pontos da rede de atenção à saúde de modo a expandir a desospitalização e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2013).

A portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, redefine a AD, construindo um perfil de pessoas a serem atendidas pelas equipes dos SAD no país com a nomenclatura de AD1, AD2 e AD3, definidas de acordo com o grau de dependência dos indivíduos. Nesse caso, fazem parte da AD1 aquelas que necessitam de assistência da equipe de saúde com menor frequência de responsabilidade da equipe de Atenção Primária de Saúde (APS). As pessoas pertencentes à AD2 e AD3 são aquelas que, de acordo com a portaria, necessitam de cuidados intensivos, ou seja, de receber visitas da equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar no mínimo uma vez por semana.

Cabe ressaltar que a APS é a ordenadora do cuidado no território, sendo as equipes da AD um complemento das ações de saúde no domicílio, atuando de forma intensiva no cuidado das pessoas no período agudo das patologias. E quando essas pessoas apresentam estabilidade clínica, ou seja, melhora do quadro patológico que demandou o atendimento do SAD ocorre à transição do cuidado da equipe do SAD para a equipe da APS do território.

A Portaria nº 825, de 2016, prescreve que o cuidado domiciliar seja realizado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), conforme Fig. 2.

Figura 2- Composição das equipes de Atenção Domiciliar no Brasil prevista na Portaria nº 2527/2011



Fonte: Elaborada pela autora-Adaptado da Portaria nº 2527 de 2011

□

Uma equipe de EMAD tipo 1, referência para uma população superior a 40 mil habitantes, apresenta uma maior necessidade de carga horária dos profissionais e, como parâmetro de atendimento, uma equipe para cada 60 pacientes. A EMAD tipo 2 é referência para os municípios com uma população inferior a 40 mil habitantes ou por agrupamento de municípios com menos de 20 mil habitantes, com uma carga horária menor dos profissionais e sem parâmetro mínimo de atendimento (BRASIL, 2011). Por sua vez, o município tem direito à habilitação da EMAP a partir do momento que implanta uma EMAD tipo 1 ou tipo 2 (BRASIL, 2011). Além do tipo de equipe multiprofissional, outro ponto determinado refere-se a quais as pessoas elegíveis para o AD.

Para aclarar algumas dúvidas e orientações direcionadas aos gestores de saúde para a construção e a adesão ao programa o MS publicou, em 2011, o Manual de Instrução do

Programa Melhor em Casa e, em 2012 foram disponibilizados, para consulta pública, os Cadernos de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

Em 2013, o Ministério da Saúde redefiniu a atenção domiciliar no SUS por meio da Portaria nº 963, estabelecendo a universalização, ou seja, uma possibilidade de todos os municípios aderirem ao Melhor em Casa, independentemente do seu porte populacional (BRASIL, 2013).

Em 2016, a Política de AD teve uma nova revisão com a Portaria nº 825, editada pelo MS, que redefine a AD do SUS e atualiza as equipes habilitadas, mantendo os aspectos conceituais mas alterando o perfil da pessoa e de seus cuidadores, nas diferentes modalidades de AD e ampliando as condições elegíveis para admissão nos SAD. No Quadro 1 apresenta-se um comparativo das portarias nº 963 de 2013 e nº 825 de 2016.

A ampliação dos critérios de elegibilidades para inclusão das pessoas altera as responsabilidades dos serviços, anteriormente centradas em procedimentos, para uma perspectiva focada na orientação e na construção do cuidado. Nesse sentido, começam a ser consideradas as questões individuais das pessoas e das famílias, por meio da construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) que respeita a necessidade das pessoas, a condição de adoecimento e a incorporação de tecnologias de acordo com a necessidade individual e a condição de cuidado (Brasil, 2016).

Quadro 1 - Comparativo das portarias nº 963 de 2013 e nº 825 de 2016 sobre Atenção Domiciliar

Componentes	Portaria nº 963 de 2013	Portaria nº 825 de 2016
Cuidador	Pessoa com ou sem vínculo familiar com a pessoa que demanda cuidado, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.	Pode ser mais de uma pessoa com ou sem vínculo familiar com a pessoa que demanda cuidado, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. e que, dependendo da condição clínica da pessoa a ser cuidada, deverá estar presente no atendimento da EMAD.
AD1	Pessoas com demanda de cuidados menos complexos, de menor frequência e menor necessidade de tecnologias e que a demanda possa ser atendida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS);	A pessoa que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.
AD2	Pessoas que demandam procedimentos de maior complexidade como: curativos complexos e drenagem de abscessos e monitoramento frequente de sinais vitais. Necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade. Adaptação da pessoa ou do cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia, ao uso de órteses e próteses ou ao uso de sondas e ostomias. Acompanhamento e reabilitação domiciliar em pós operatório, na deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação.	Afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação. Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal. Necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário. Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.
AD3	Para a pessoa ser incluída nos cuidados na modalidade AD3 é necessária a existência de uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2. Necessitar do uso de equipamentos ou procedimentos como: Suporte Ventilatório não invasivo; Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP); Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP); diálise peritoneal ou paracentese.	Considera-se elegível, na modalidade AD 3, o usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

FONTE: Elaborado pela autora - Recorte das Portarias nº 963 e 825.

O Plano Terapêutico Singular (PTS) é conhecido como uma estratégia de cuidado que encadeia um conjunto de ações resultantes do diálogo e estruturadas de forma coletiva pela equipe multidisciplinar responsável pela pessoa, respeitando as suas necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está coordenado (BRASIL, 2008). A singularidade refere-se a algo ou a alguém que possui a característica de ser único, que se distingue dos demais, situação sobre a qual o projeto terapêutico atua. Na versão da Portaria de 2016, além dos critérios de elegibilidade anteriormente citados, são listadas algumas questões como o planejamento e a gestão dos recursos humanos, materiais necessários e fluxos intra e intersetoriais. No Quadro 2, é

possível observar a organização da assistência das equipes de AD de acordo com a Portaria N° 825 de 2016.

Quadro 2- Organização da assistência das equipes de AD de acordo com a Portaria n° 825 de 2016

Responsável	Responsabilidade
Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD)	<p>Trabalhar em equipe multiprofissional integrada à Redes de Atenção à Saúde.</p> <p>Identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo.</p> <p>Acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores.</p> <p>Promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares.</p> <p>Utilizar linguagem acessível, considerando o contexto.</p> <p>Pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território.</p> <p>Articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em atenção domiciliar, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas.</p> <p>Participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.</p>
CUIDADOR	<p>Pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.</p>

Fonte: Elaborada pela autora - Recorte da Portaria n° 825.

Em 2011, o MS incluiu a AD como alternativa para linhas temáticas de atendimento, como componente da Rede de Atenção à Saúde, na Rede de Urgência e Emergência (RUE), reconhecendo a AD como uma estratégia de saúde com foco na desospitalização de pessoas das unidades de internação (hospitais e unidades de pronto atendimento), numa lógica diferenciada de assistência (SILVA, 2008). Nesse mesmo ano, a segunda iniciativa, a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) foi incorporada ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, por reconhecer os efeitos da AD no tratamento de pessoas com patologias crônicas e a longevidade da população brasileira (BRASIL, 2011).

Cabe ressaltar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), de 2006, estabelece, como meta, a atenção integral à saúde da pessoa idosa e considera fundamental a AD para as pessoas com deficiência e idosas. A PNSPI objetiva promover, manter e restabelecer a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com o sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2017). A PNSPI foi fundamental para a criação da Linha de Cuidado à Saúde Integral da Pessoa Idosa na Rede de Atenção à Saúde instituída em 2018, visando transpor os desafios que permeiam a atenção integral e longitudinal à saúde da pessoa idosa na RAS (BRASIL, 2018).

3.3 Caminhos da Atenção Domiciliar pelas redes

A AD tem sido incorporada a algumas linhas de assistência, como as Redes de Atenção à Saúde (RAS), criadas com o objetivo de aprimorar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a garantir às pessoas um conjunto de ações e serviços de que necessitem, com efetividade e eficiência (MENDES, 2011). A RAS foi regulamentada pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, sendo um arranjo tripartite composto pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) visando às ações dos serviços de saúde apoiadas por diferentes densidades tecnológicas, cuja gestão almeja a integralidade (Brasil, 2014). Na construção da RAS foram estabelecidas temáticas de assistência de acordo com as demandas da população: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2014).

AD foi agregada à RUE por ter suas bases ou suas equipes habilitadas em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016). Nesse sentido, é possível identificar, da parte dos gestores formuladores de políticas, a atenção com relação ao envelhecimento da população ao procurarem favorecer a longevidade e o envelhecimento com qualidade. Tendo em vista as estratégias o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Nesse plano foram construídas metas para favorecer a longevidade e o envelhecimento com qualidade: como manter as pessoas independentes, ativas e saudáveis à medida em que envelhecem, promover a saúde, melhorar a qualidade de vida e equilibrar o papel da família e do Estado. Além disso, preocupou-se com a assistência àqueles que necessitam de cuidados à medida que envelhecem, como favorecer a organização da família no processo de envelhecimento saudável e como enfrentar a doença no núcleo familiar. Por fim, cuidou-se da escolha do familiar cuidador frente à desestabilização causada pela doença ou dependência, além de reconhecer e apoiar o papel importante que as pessoas desempenham no cuidado de outrem. A AD foi incorporada por ser um modelo de extensão, sendo um termo universal, que engloba e também representa o atendimento domiciliar, a visita e a internação domiciliares, que proporcionam a realização e a implementação da mesma, de modo que todas as ações possam vir a influenciar o processo de saúde-doença das pessoas (LACERDA *et al.*, 2006).

Em 2018, o MS lançou a Linha de Cuidado à Saúde Integral da Pessoa Idosa na RAS, onde a AD tornou-se fundamental para as pessoas idosas que necessitam de apoio para realizar as AIVD e as ABVD e que atendem ao perfil de elegibilidade AD2 e AD3 (BRASIL, 2018). A AD constitui uma estratégia a ser utilizada a fim de que se possa guiar os cuidados básicos, realizar intercessões específicas e apoiar familiares e outros cuidadores, tendo em vista que o foco do PTS deve ser evitar ou alongar ao máximo o declínio funcional em curso e, quando possível, recuperar a capacidade funcional nas áreas ou domínios que estão comprometidos (BRASIL, 2018).

3.4 O cuidador na Atenção Domiciliar de pessoas idosas

O cuidador consiste na pessoa responsável por coordenar, assistir e prover os recursos necessários à pessoa cuidada, ou seja, quem assume o cuidado de uma pessoa que necessita de assistência (BAUAB; EMMEL, 2014).

A chegada da maturidade pode seguir caminhos distintos na vida das pessoas idosas, com percursos e significados diferentes, variando de uma adequada qualidade de vida ao adoecimento e abandono familiar. No contexto brasileiro, devido à diversidade da população, as disparidades de situações de saúde e sociais se potencializam. Aliado ao declínio biológico, o aparecimento de comorbidades e a dependência funcional constituem parte fundamental da velhice (COMBINATO *et al.*, 2010).

Em alguns casos, ocorre a inversão do papel de dependência, quando os filhos passam a cuidar dos pais para que a vida cotidiana continue. Contudo, cabe ressaltar que ninguém, de qualquer idade, imagina ou é capaz de desenvolver todas as ações sem participação de outros (ASSIS, 2005).

A função do cuidador é considerada, por algumas pessoas, uma vocação, para quem pensa em ofertar o bem-estar a quem depende de assistência ou auxílio para realização de ABVD ou AIVD, proporcionando cuidados que, muitas vezes, são realizados com o auxílio de parentes mais próximos, vizinhos e de profissionais (CALDAS, 2004).

Na realidade, a dependência altera a rotina familiar à medida que o idoso vai necessitando de assistência para realizar suas atividades. A partir dessas demandas vão se constituindo os arranjos familiares para o cuidado ao idoso que necessita de assistência 24 horas por dia. Esses arranjos são responsáveis pela definição dos papéis na estrutura familiar ou na rede de cuidados (CALDAS, 2004; GARBIN *et al.*, 2010).

Na organização familiar para cuidar de uma pessoa idosa que necessita de cuidados integrais, a literatura aponta que, em sua maioria, os cuidadores são mulheres, em geral cônjuges, que apresentam menor cuidado com a própria saúde e que necessitam de ajuda da rede social e de saúde, ajuda que tende a ser superficial (SWINKELS *et al.*, 2017).

Alguns estudos revelam que a decisão de assumir o cuidado, de se transformar em um cuidador informal, obedece a fatores como grau de parentesco, sexo, convivência física e convivência afetiva (CALDAS, 2004; GARBIN *et al.*, 2010).

No momento da alteração da condição de vida de independente para dependente, ao reconhecer a necessidade de assistência ou auxílio para as ABVD, os familiares que convivem com a pessoa idosa assumem o papel de cuidadores informais. A partir daí, o familiar cuidador passa a ter tarefas essenciais para a manutenção e a qualidade de vida do idoso, que correspondem às questões sociais, à realização de atividades e competências, às questões religiosas, às urgências que ocorrem no domicílio e às crises na forma de cuidar (CALDAS, 2004; GARBIN *et al.*, 2010).

A política de AD considera o cuidador essencial para inclusão da pessoa que necessita de assistência em domicílio (BRASIL, 2016). Com o avançar e o amadurecimento dessa política no Brasil, pode-se perceber as adequações realizadas nas portarias, contemplando o perfil das pessoas que necessitam e que assumem o cuidar em domicílio (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016).

3.5 Atenção Domiciliar em Minas Gerais e no município de Betim

No Estado de Minas Gerais há relatos de serviços criados antes da regulamentação da política de AD, tendo a alegação de carências de leitos como a principal justificativa para criação desses serviços, na premissa de desupularizar ²as pessoas com patologias agudas para uso de antibióticos e desmame de dispositivos (BRITO *et al.*, 2013).

A carência de leitos foi apontada, sobretudo, como a condição que impulsionou a discussão no sentido de criar outras possibilidades de oferta de serviços, antes mesmo da PNAD. A isso se soma a necessidade de desospitalização como demanda para o modelo de atenção em saúde com suas ofertas assistenciais. Nessa perspectiva, a AD mostra-se oportuna para os gestores, pois os recursos são repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2016; SILVA *et al.* 2019;).

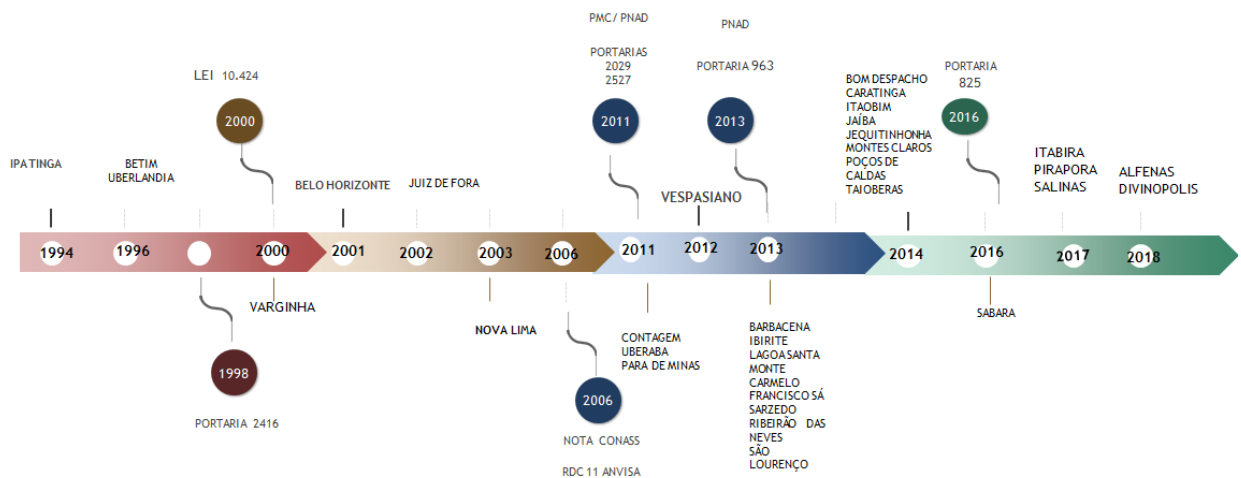
² Esse termo refere-se à desospitalização de pacientes da UPA para a AD.

No caminho a ser percorrido desde a habilitação do município até a implantação dos SAD, o interesse dos gestores municipais e dos coordenadores responsáveis pela AD foi de fundamental importância para que o programa funcionasse nos aspectos financeiros, nos fluxos e na construção do processo de trabalho (CASTRO *et al.*, 2018).

Um estudo realizado sobre o caminho traçado pela AD em Minas Gerais apontou que os primeiros serviços implantados datam dos anos 1990, em regiões diversas do estado. Esse estudo apontou o avanço da AD junto à PNAD, que ocasionou um incentivo financeiro para os municípios que implementaram o SAD (SILVA *et al.*, 2019).

Na Fig. 3 apresentam-se alguns dos principais pontos da trajetória da AD em Minas Gerais, considerando o período de 1994 a 2018. Nela é possível observar quando alguns municípios passaram a ofertar a AD.

Figura 3 - Trajetória do avanço da Atenção Domiciliar em Minas Gerais, 1994 - 2018



Fonte: Elaborada pela autora.

Com a evolução nos últimos anos e a elaboração de Políticas Nacionais que disponham sobre essa temática, percebe-se que a AD requer a atuação ou a parceria do cuidador ou dos familiares na responsabilização pelo cuidado da pessoa em domicílio (TURCI, 2008). A AD vem percorrendo um novo caminho, revelando-se essencial na produção do cuidado e mostrando-se integrante de novas intervenções nos modelos de saúde tradicionais (BRITO *et al.*, 2013).

A AD apresenta aos serviços de saúde um novo local para desenvolver a assistência, com a participação das pessoas necessitadas, baseada no atendimento compartilhado com um olhar integral, ampliado e humanizado no domicílio (BRITO *et al.*, 2013).

Como mencionado na Introdução, o local de realização deste estudo foi o município de Betim, reconhecido como a inspiração para Política de Atenção Domiciliar Brasileira. Considerado o quinto maior município do Estado de Minas Gerais, Betim faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte, possuindo uma área de aproximadamente 343.856 Km² e população estimada, em 2016, de 427.146 mil habitantes e compreendendo nove regionais (IBGE, 2016).

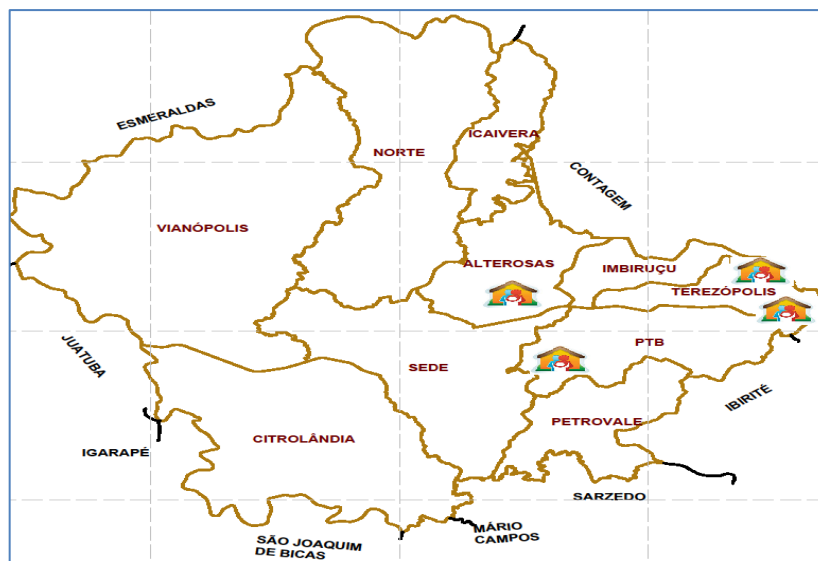
Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi 0,74, correspondendo à faixa de Desenvolvimento Humano Municipal Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribuiu para o IDHM do município foi a Longevidade, com índice de 0,864 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013). Já o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) foi de 0,290, classificado como médio (IPEA, 2010).

O Serviço de Atenção Domiciliar do município é regido pela Política Municipal de Atenção Domiciliar e compreende dois programas: o Programa de Internação Domiciliar (PID), oferecido pelas Unidades de Atendimento Imediato (UAI), e o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no território (BETIM, 2016).

O PID visa o atendimento de pessoas com patologias complexas, que necessitam de tecnologias para manutenção da vida como os respiradores mecânicos, cedidos juntamente com profissionais especializados para atender e capacitar os familiares cuidadores. Já o PAD realiza atendimento domiciliar a pessoas com patologias menos complexas, ou seja, menor uso de tecnologias para manutenção da vida, como a assistência domiciliar a uma pessoa portadora de lesão por pressão (ASSESSORIA DE IMPRENSA DA PREFEITURA DE BETIM, 2011).

O objeto do presente estudo foram os cuidadores informais das pessoas idosas inseridas no PID, atendidas pelas equipes de AD existentes no município e sediadas nas UAI, conforme a Fig. 4.

Figura 4 - Regionais de Betim e as Bases do Programa de Internação Domiciliar



Fonte: Elaborada pela autora - Adaptado para fins deste estudo³.

Em 2000, Carvalho e Campos (2000) realizaram um estudo sobre a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim e apontaram os Programas de Internação Domiciliar e de Atendimento Domiciliar como uma nova via de acesso à população do município.

O investimento do município de Betim na AD foi regulamentado pela Lei nº 4812, de 5 de agosto de 2009, que estrutura as diretrizes orçamentárias para o exercício financeiro de 2010 e dá outras providências.

Em 2011, o jornal oficial do município noticiou o reconhecimento do serviço PID Betim como inspiração para o Melhor em Casa no país. Nessa reportagem, retratou-se a potencialidade da desospitalização de pessoas moradoras, - que ficam por longos períodos internadas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) - ao serem encaminhadas para o domicílio com ventiladores mecânicos portáteis necessários para manutenção da vida. Além disso, relatou-se a necessidade de cuidadores treinados pela EMAD para atender e entender o funcionamento das tecnologias empregadas na desospitalização (ASSESSORIA DE IMPRENSA DA PREFEITURA DE BETIM, 2011. p.1).

³ Imagem disponível: <http://www.dpurb.betim.mg.gov.br/site/index.php/servicos/mapas/>

O Serviço de Atenção Domiciliar de Betim-MG foi inserido na Política de Atenção Domiciliar em 2011, apresentando destaque no atendimento a pessoas idosas dependentes de tecnologias para manutenção da vida. Segundo dados disponíveis atendeu, em 2013, 576 idosos, o que representou 61% do número total de atendimentos (OPAS, 2014).

Desde 2017 o município de Betim conta com quatro equipes multiprofissionais de atendimento domiciliar (EMAD) e uma equipe multiprofissional de apoio (EMAP), além de ofertar atendimento odontológico em domicílio às pessoas incluídas no PID e no PAD (BETIM, 2017).

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresentam-se os principais passos que foram seguidos para a realização do presente estudo. São fornecidas informações sobre o tipo de estudo, o cenário, os participantes e os meios de realização da coleta e da análise de dados, além dos cuidados éticos adotados.

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo, de natureza exploratória e descritiva, foi realizado por meio de abordagem qualitativa, com a realização de entrevistas semiestruturadas. A escolha do método qualitativo permite entender a situação vivenciada e procura analisar o processo pelo qual as pessoas elaboram estratégias de enfrentamento e a maneira como relatam esses momentos (MINAYO, 2013).

A adoção da abordagem qualitativa deve-se ao fato da mesma possibilitar a extração de dados subjetivos, permitindo conhecer o indivíduo, seus anseios, suas crenças, valores e opiniões por meio da interpretação dos dados de uma população específica (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2002).

Dado que a questão norteadora deste estudo encontra-se nas relações humanas que envolvem a emocionalidade nas respostas das pessoas, decidiu-se por uma investigação qualitativa. Nesse tipo de abordagem o investigador interessa-se em compreender o significado atribuído pelas pessoas aos acontecimentos e eventos, bem como à singularidade ou ao protagonismo que fazem parte de sua vida cotidiana.

4.2 Cenário

Para realizar a coleta de dados optou-se pelo trabalho de campo que possibilitou, à pesquisadora, a vivência da rotina dos cuidadores e a observação de questões que já se encontram produzidas. Para Minayo (2013), o local ou campo da pesquisa refere-se ao espaço construído de uma realidade empírica a ser investigada. Segundo a autora, esse local constitui um ambiente ocupado por pessoas ou grupos que se relacionam e que mantêm interação com o objeto de estudo, tornando-se um cenário.

O cenário deste estudo constituiu-se pelos domicílios das pessoas idosas auxiliadas por cuidadores informais (não remunerados) atendidas pelo Programa de Internação Domiciliar no município de Betim (MG), na região metropolitana de Belo Horizonte, distante aproximadamente 29,4 quilômetros da capital (Fig. 5).

Salienta-se que os serviços de AD nesse município estão distribuídos em diferentes pontos. Para fins deste estudo, o cenário foi composto pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) vinculado à UAI. Tal escolha decorre desse serviço existir desde 1996, sendo fortemente estabelecido consistindo, assim, em um cenário rico em informações para esta investigação.

Figura 5- Representação do Município de Betim no Estado de Minas Gerais.



Fonte: Adaptado para o estudo pela autora⁴.

⁴ Disponível em: <https://www.mapasparacolorir.com.br/mapa-municipio-mg-betim.php>

4.3 Participantes da pesquisa

Segundo Minayo (2017), a definição de pesquisa qualitativa não pressupõe o critério numérico da amostra. As preocupações essenciais residem nas dimensões, abrangência e diversidade no processo de compreensão do estudo. Por isso, a autora ressalta que “o verbo principal da análise qualitativa é compreender” (MINAYO, 2017). Assim, é fundamental compreender e se colocar no cenário do estudo, no lugar do outro, respeitando a condição humana e exercitando o entendimento de cada indivíduo na sua singularidade. A subjetividade do viver total é necessária para compreendermos o processo de formação da pessoa (experiência e vivência) no âmbito da história e da cultura local do grupo em que ela está inserida (MINAYO, 2017).

A população alvo da pesquisa constituiu-se dos cuidadores informais de idosos em adaptação ao domicílio, dependentes das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), que necessitam de equipamentos para manutenção da vida. Ressalta-se que cuidador refere-se à pessoa que se responsabiliza pelo cuidado da pessoa necessitada, tendo disponibilidade de tempo para prestar assistência no domicílio e manter a equipe da AD informada sobre a evolução da enfermidade (RESTA; BUDÓ, 2004).

Entre os critérios de inclusão foram definidos os idosos que participaram do Programa Internação Domiciliar do município de Betim, por pelo menos um mês, no período de janeiro a julho de 2019. Como critério para a o cuidador informal participar do estudo utilizou-se: não receber remuneração (em dinheiro), assumir o cuidado integral de idoso acompanhado pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar do PID de Betim, dedicar no mínimo 30 horas semanais à prestação do cuidado e acompanhar o idoso por pelo menos 30 dias.

Assim, participaram do estudo os cuidadores informais de idosos inseridos no PID e dependentes de tecnologias para manutenção da vida. A escolha pelos cuidadores de idosos justifica-se pelo fato dos maiores de 60 anos serem a maioria entre os atendidos pelo programa e pelas especificidades presentes nos serviços prestados a outros grupos etários, como as crianças e adolescentes. Já a opção pelo PID foi estabelecida pela maior demanda por cuidado, aparelhagem e treinamento, comparativamente ao PAD.

A preferência pelos cuidadores informais decorreu da necessidade de captar a realidade de diferentes perspectivas. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa não foi delimitado, de início, o número de entrevistados, seguindo a técnica de saturação de dados para a realização das entrevistas com esses sujeitos. Dessa forma, foram entrevistados 15 cuidadores informais do PID de Betim, sendo 10 de pacientes inseridos no serviço, quatro em que o idoso já estava em transição para outro serviço da rede e um que a pessoa cuidada evoluiu para óbito durante o acompanhamento do PID Betim.

Para os cuidadores que aceitaram participar da pesquisa, no período da coleta de dados, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) lido, assinado e arquivado.

4.4 Coleta de dados

Entre os diversos tipos de técnicas adotadas para a coleta de dados em trabalho de campo, a entrevista é o procedimento mais indicado e utilizado na pesquisa qualitativa, pois proporciona a captação de dados subjetivos e objetivos, como opiniões e valores, essenciais para o cumprimento do objetivo do estudo (MINAYO, 2017).

Na presente pesquisa, a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas contendo perguntas fechadas visando à caracterização do perfil sociodemográfico dos idosos, além de perguntas abertas que captassem as impressões dos entrevistados sobre temas específicos, e ao mesmo tempo, não eliminassem possibilidades discursivas. O roteiro de perguntas foi construído com base nos objetivos deste trabalho e pode ser consultado no Apêndice 1.

Durante a construção e a estruturação do roteiro foram realizados dois pré-testes, em momentos distintos, sendo um em outro município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, contando com perfil da população e composição do serviço de atenção domiciliar semelhantes. Já o segundo foi aplicado no município do estudo, com um cuidador cuja pessoa que cuida havia sido inserida no programa num prazo inferior ao estabelecido nos critérios de inclusão deste estudo. A aplicação do pré-teste visou aperfeiçoar a coleta de dados do estudo, respeitando toda a configuração e relacionando questões essenciais para a pesquisa. A realização dos dois pré-testes consistiu numa forma de colher as primeiras impressões. Por

outro lado, utilizou-se do conhecimento adquirido para melhorias no roteiro de entrevistas e para treinamento para a aplicação das entrevistas.

O projeto foi apresentado e teve a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Betim-MG, conforme Anexo 1. Foi dada à equipe do PID a possibilidade de contribuir com a construção do projeto, incluindo o roteiro de entrevista. Além disso, assumiu-se o compromisso de tornar públicos os resultados nos meios acadêmicos e para os trabalhadores e gestores da AD do município do presente trabalho, assim como possíveis contribuições para futuras intervenções no serviço.

A operacionalização da coleta de dados ocorreu de acordo com as seguintes etapas:

- a. apresentação da pesquisa à instituição;
- b. apresentação do estudo aos profissionais que atuam no PID;
- c. identificação dos cuidadores que atendiam aos critérios da pesquisa e contato pessoal a fim de consultar sobre o interesse em participar do estudo;
- d. realização de visita domiciliar para a entrevista, gravada e depois transcrita para a identificação das informações relevantes.

A lista com os nomes e contatos dos idosos participantes do programa no período selecionado e seus familiares foi fornecida pelo PID Betim. De posse da mesma, realizou-se os convites para os possíveis participantes da pesquisa, que deveriam colaborar de forma voluntária, sem qualquer tipo de remuneração pela entrevista concedida.

As entrevistas foram realizadas no período de agosto a setembro de 2019, nos domicílios dos participantes, tendo sido previamente agendadas de acordo com a disponibilidade, em local proposto pelo próprio participante, garantindo a privacidade do mesmo.

Cada cuidador participou somente de uma entrevista e dispôs de liberdade para expressar suas opiniões, refletindo sobre as questões apresentadas pela entrevistadora. O entrevistado contou com total garantia de anonimato e sigilo das informações fornecidas. Além disso, foi informado que possuía o direito de não responder às perguntas ou de encerrar a entrevista no momento em que desejasse.

Os áudios foram gravados em formato MP3 em um aparelho *smartphone*. Os roteiros das entrevistas serviram como guia para a interpretação da realidade, dos sentimentos e do ponto de vista dos entrevistados.

Durante a transcrição das entrevistas empregou-se códigos para identificar os participantes, a fim de preservar a identidade dos entrevistados, familiares e instituições. Além disso, assumiu-se o compromisso de garantir que as informações coletadas seriam utilizadas apenas para fins de pesquisa científica e para melhoria na gestão da atenção domiciliar.

Para análise das entrevistas realizou-se uma leitura detalhada de cada recorte no corpo da unidade de registro e, posteriormente, a classificação das expressões importantes. Nesse momento, procedeu-se a uma leitura exaustiva e repetida dos depoimentos, de cada corpo com recorte de unidade de registro e ao ordenamento por classificação de expressões mais importantes. Acredita-se que a construção da estrutura de análise permitiu a identificação de fatos relevantes nos depoimentos dos cuidadores envolvidos no estudo.

4.5 Análise dos dados

Essa fase pretende estabelecer a compreensão dos dados coletados, respondendo às questões formuladas, articulando ao contexto cultural e ampliando o conhecimento sobre o assunto pesquisado (MINAYO, 2017).

Neste estudo, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo temática para exame dos dados, a fim de interpretar os significados das respostas dos cuidadores informais. Esse método consiste em um conjunto de técnicas que buscam analisar as formas de comunicação, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos para a descrição das entrevistas (BARDIN, 2009). O método de análise contemplou as fases de preparação e exame ou categorização temática.

Na fase de preparação, as entrevistas foram transcritas em sua totalidade, de acordo com o roteiro de perguntas, com todas as respostas, para entender a vivência e o aprendizado adquirido durante a inserção no PID Betim. Após a transcrição, foi realizada uma nova leitura do material, seguida da organização e da classificação das respostas.

Na fase de análise ou categorização temática, inicialmente foram realizadas repetidas leituras das entrevistas e, posteriormente, extraiu-se os temas relevantes que se destacaram no discurso dos cuidadores.

A partir da leitura das entrevistas realizou-se a classificação dos dados, o que possibilitou a apreensão das estruturas importantes dos atores sociais, bem como a seleção de ideias centrais.

A análise inicial foi desenvolvida por meio de leitura de ordenação vertical e horizontal, segundo o estabelecido por Bardin (2009). Na sequência, efetuou-se a categorização dos dados, realizada no momento de codificação das entrevistas diante de dois critérios principais - repetição e relevância - com o principal objetivo de construir a representação dos referidos dados.

A fase de explanação dos resultados foi organizada por inferência e interpretação, realizando a descrição das características do conteúdo dos recortes do enunciado de cada categoria, visando articulá-los. Posteriormente, procedeu-se ao aprofundamento das ideias, à interpretação dos dados e ao estabelecimento de relações, a partir de reflexões baseados no material das entrevistas e na articulação com o referencial teórico, à luz da literatura contemporânea.

Para clarear a descrição do conteúdo foram apresentados trechos dos discursos dos cuidadores com a seguinte organização: reticências entre colchetes, [...], indicam recortes no mesmo discurso; informações contidas entre parênteses, (informações), referem-se a informações contextuais ou observações importantes para compreensão das respostas dos cuidadores e informações entre chaves, {informações} referem-se ao detalhamento de termos ou siglas usadas pelos cuidadores. Os depoimentos foram codificados para resguardar a confidencialidade dos cuidadores.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAEE 13972919.8.0000.5149) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Betim (CAAE

13972919.8.3001.5651) (Anexos 2 e 3) tendo sido iniciada a coleta de dados somente após tais aprovações. Foram respeitados os princípios da ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde 466/2012 (BRASIL, 2012).

Os participantes receberam todas as informações sobre o estudo como: a garantia da confidencialidade e da privacidade, o direito de manifestarem livremente o interesse em participar ou não, em qualquer fase do processo, sem nenhum tipo de prejuízo, e a ausência de ônus para sua participação. Os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2). Os dados referentes a essa pesquisa serão mantidos em arquivo confidencial, sob a responsabilidade dessa pesquisadora, por cinco anos, sendo destruídos após esse período.

Os possíveis riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a desconfortos para responder às questões ou constrangimento pelo compartilhamento de informações pessoais ou confidenciais. Contudo, dado o compromisso em manter o sigilo das informações e o respeito à intimidade dos envolvidos, acredita-se que os riscos foram praticamente eliminados.

Cabe lembrar que, após a conclusão do estudo, as informações repassadas à equipe do PID conservarão o anonimato do entrevistado e de sua família, não revertendo em prejuízos para os mesmos em atendimentos futuros. Destaca-se que a proposta consiste em repassar informações para melhoria da gestão da Atenção Domiciliar.

Durante as entrevistas não foram identificadas situações que pudessem impactar na saúde do idoso ou de seu cuidador, tanto em relação ao cuidado prestado pelo cuidador como pela equipe do SAD. Contudo, foi assumido o compromisso da entrevistadora, juntamente com sua orientadora, de tomar os encaminhamentos devidos, se fosse necessário. Assim, casos de violência, sobrecarga de trabalho, uso indevido de aparelhos ou ineficiência de cuidados, por exemplo, quando identificados, seriam discutidos e repassados às instâncias responsáveis, o que não ocorreu. Assim, assumiu-se o compromisso de agir com ética e seriedade, pensando na vida e na saúde e bem-estar do idoso, do cuidador e de seus familiares.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, são apresentados os resultados das questões que nortearam o estudo, a fim de ampliar o conhecimento sobre o tema investigado, iniciando-se com a descrição dos cuidadores participantes do estudo, seguido da exposição de algumas singularidades desses entrevistados. Subsequentemente, faz-se a apresentação e a discussão das informações coletas, das quais emergiram as seguintes categorias temáticas: Da Saúde à Atenção Domiciliar, Desafios enfrentados pelos cuidadores, Atenção Domiciliar e a Rede de Atenção à Saúde e As Tecnologias que Desafiaram os Cuidadores.

5.1 Conhecendo os cuidadores de idosos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar

Foram realizadas 15 entrevistas, incluindo 10 cuidadores cujos idosos ainda estavam em Atenção Domiciliar (AD). Quanto aos demais cuidadores, um acompanhamento do PID foi interrompido porque o idoso faleceu, dois idosos foram transferidos para a assistência da Atenção Básica (quadro estabilizado) e outros dois também foram transferidos para serviços especializados após fechamento de diagnóstico (oncologia e cardiologia). Essa opção por eleger cuidadores de idosos que já estavam desligados do programa, na época das entrevistas, justifica-se pela possibilidade de entender como seria o desfecho da assistência no PID.

No Quadro 3 são apresentadas algumas características dos cuidadores entrevistados e sua relação com os idosos atendidos no PID. Cabe esclarecer que foram utilizados nomes fictícios para nomear os cuidadores.

Quadro 3- Características dos cuidadores entrevistados e sua relação com os idosos atendidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) de Betim (MG)

Código	Apelido do Cuidador	Idade	Sexo	Anos de Estudo	Profissão	Relação com o idoso	Tempo do idoso no PID	Permanece no PID	Motivo de admissão do idoso no PID	Patologia de base do idoso	Como conheceu o PID
C1	Camélia	78	Feminino	4	Cozinheira	Filha	60 dias	Sim	Infecção urinária	Fratura de fêmur	UPA
C2	Magnólia	56	Feminino	3	Dona de casa	Esposa	42 dias	Sim	Lesões infectadas	Queimadura grau III	Hospital XXIII
C3	Lúcia	51	Feminino	12	Secretária	Filha	33 dias	Sim	Úlcera venosa infectada	Acidente Cranioencefálico	Programa Saúde da Família
C4	Lótus	60	Feminino	3	Dona de casa	Esposa	38 dias	Sim	Desnutrição	Acidente Cranioencefálico	Hospital Público Regional de Betim
C5	Amor Perfeito	61	Feminino	4	Dona de casa	Amiga	56 dias	Sim	Úlcera venosa infectada	Insuficiência Vascular	UPA
C6	Liatrix	60	Feminino	9	Cozinheira	Filha	90 dias	Sim	Úlcera venosa infectada	Insuficiência Vascular	UPA
C7	Rosa	42	Feminino	16	Pedagoga	Filha	40 dias	Sim	Lesão por pressão e gastrostomia	Alzheimer	UPA
C8	Lélia	50	Feminino	5	Sem ocupação	Sobrinha	66 dias	Sim	Úlcera venosa infectada	Diabetes/ Hipertensão Arterial	UPA

C9	Florêncio	69	Masculino	4	Agricultor	Esposo	33 dias	Sim	Lesão por pressão infectada/ pós-parada cardiorrespiratória	Insuficiência Cardíaca Grave	Hospital Público Regional de Betim
C10	Jasmine	61	Feminino	9	Comerciante	Filha	66 dias	Sim	Infecção urinária	Hipertensão Arterial / Diabetes	UPA
C11	Hana	36	Feminino	12	Comerciante	Filha	180 dias	Não	Cuidado paliativo	Câncer vias biliares	Hospital São Francisco
C12	Margarida	70	Feminino	3	Sem ocupação	Esposa	48 dias	Não	Cuidado paliativo	Câncer de Laringe	Hospital Mario Pena
C13	Susana	58	Feminino	7	Dona de Casa	Nora	41 dias	Não	Anticoagulação	Bloqueio Atrioventricular	
C14	Lírio	52	Masculino	9	Vigia	Filho	120 dias	Não	Cirurgia neurológica	Hematoma Subdural	Hospital Santa Casa
C15	Ivy	23	Feminino	7	Sem ocupação	Nora	93 dias	Não	Gastrostomia / infecção	Acidente Cranioencefálico	UPA

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a setembro 2019.

Verificou-se que a média de idade dos cuidadores entrevistados foi de 49,4 anos, variando de 23 a 78 anos. Entre esses, a maioria era do sexo feminino, sendo o grau de parentesco predominante filhas e noras. A literatura relata que, quando o processo de adoecimento atinge o sexo feminino, quem assume como cuidador é um membro da família do mesmo sexo sendo que, em alguns casos, o marido se apresenta como um cuidador ocasional (RESTA; BUDÓ, 2004). No Brasil, tradicionalmente, o papel de cuidador é de responsabilidade da mulher (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

A maioria dos cuidadores entrevistados (60%) possuía ensino fundamental incompleto. Os estudos relatam a relevância de se considerar a escolaridade dos cuidadores da AD, pois quanto maior o nível de escolaridade, maior a facilidade da equipe de saúde para informar sobre a doença e sobre os cuidados a serem realizados no domicílio (SARAIVA et al., 2007; MARTINS et al., 2007). Assim, a baixa escolaridade do cuidador, como as encontradas no presente estudo, deve ser considerada, já que isso pode demandar maior esforço da equipe de saúde no processo de educação e saúde.

A equipe de saúde deve traçar estratégias baseadas no grau de conhecimento das pessoas, para que a AD ocorra de maneira eficiente e haja aproximação entre a equipe e as pessoas ou famílias sobre atendimento (MARTINS et al., 2007). Desse modo, conhecer a escolaridade dos cuidadores é essencial para que a AD ocorra de forma positiva.

Em relação à localização dos domicílios, embora não apresentada no referido quadro e nessa dissertação, cabe registrar que as pessoas idosas e os cuidadores entrevistados residem em diversas regiões do município de Betim. Apesar de abranger desde bairros populares a lugares com melhores condições de habitação e de situação econômica, o programa atende principalmente pessoas menos favorecidas.

Salienta-se que estratificar um serviço de saúde tendo em vista um determinado perfil das pessoas é importante tanto para a organização de ações de saúde dirigidas ao coletivo, contemplando as necessidades gerais dos diferentes perfis da população, como para identificar e planejar intervenções específicas. Por outro lado, o olhar em um determinado serviço de saúde leva à identificação das condições e das necessidades de cada pessoa inserida no serviço, em sua singularidade, permitindo a construção de projetos terapêuticos específicos.

Assim, o olhar para a AD permite identificar sinais de alerta de situações que demandarão intervenções oportunas.

Como forma de permitir ao leitor uma aproximação com a realidade e a subjetividade das pessoas envolvidas no estudo apresenta-se, aqui, algumas de suas singularidades. Tais características são oriundas do trabalho de campo e abrangem aspectos dos ambientes de vivência e de convivência dos referidos participantes do estudo. Diferentemente do quadro, optou-se por caracterizar as pessoas envolvidas no estudo de um modo mais próximo ao tipo de metodologia empregada. Decidiu-se por manter as respostas sem a correção de erros gramaticais, para que o leitor tivesse a oportunidade de se aproximar da linguagem empregada durante as entrevistas.

A primeira visita foi realizada em um domicílio localizado em uma área de invasão, de difícil acesso, onde reside Camélia, de 78 anos. Ela cuida da mãe, com 100 anos completos, acamada há 13 anos após uma fratura no fêmur. A inserção no PID iniciou-se após uma internação na UPA para tratamento de infecção.

Ela teve uma queda ao plantar um pé de arruda e, desde então, está na cama (restrita ao leito). Devido ao meu problema de coluna meu filho saiu do trabalho para me ajudar a cuidar dela. Ficamos um tempo vivendo somente da aposentadoria dela. Entrou no PID para tratar infecção de urina, pois estava na UPA aí a médica mandou para PID [...] (Camélia).

A segunda entrevista foi realizada em um domicílio localizado em frente a um campo de futebol, onde vive Magnólia, que cuida do esposo. O esposo encontrava-se deitado no sofá da sala e foi vítima de uma explosão de um tanque de combustível, quando estava realizando um procedimento de reparo. Há três meses encontra-se acamado devido às queimaduras de grau II e III. A entrevistada relatou uma melhoria significativa na condição de saúde do idoso, suas tarefas diárias e a assistência da equipe do PID na realização dos curativos.

Fico o tempo todo de olho nele, ainda consigo fazer as tarefas de casa. Ensinar para casa aos meninos, fazer almoço e cuidar dele. E assim, meu dia vai passando. Quando o PID vem fico de olho nos curativo que estão fazendo. Sem contar que a sala é fresca (Magnólia).

Lúcia foi a terceira cuidadora entrevistada. Trata-se pessoa informada sobre as patologias da mãe (insuficiência vascular, hipertensão arterial e diabetes), que ocasionaram úlceras extensas e infecções. A idosa encontrava-se em uma poltrona na sala e Lúcia começou a entrevista relatando os benefícios de receber o atendimento do PID, dizendo ser melhor por não ter gasto para levá-la ao hospital.

Primeiro eu levei na UBS para fazer curativo, mas o cheiro estava muito fétido então a médica me mandou para o hospital. Lá começou o antibiótico na veia aí a médica falou do PID que ia vim aqui em casa. Foi bom porque como ia fazer para pagar o carro (aplicativo) para levar ela todo dia para fazer curativo e tomar antibiótico (Lúcia).

A quarta entrevista foi realizada no domicílio de Lótus, que cuida do esposo após um segundo episódio de Acidente Vascular Encefálico (AVE), cujas complicações levaram à sua inclusão no PID. Lótus relata ter passado momentos difíceis com o esposo: inicialmente, ele sofreu um primeiro AVE com boa recuperação, mas no segundo AVE, a reabilitação tem sido lenta. Lótus conta que o PID foi acionado após internação na UPA por complicações clínicas.

Mesmo depois do AVC, que eu botava aos pouquinhos de comida na boca dele. Comida pastosa [...]. É isso que eu acho! Na minha cabeça, eu acho que ele deu outro AVC. E a gente não sabia você entendeu? No dia que ele tremeu muito, que eu pensei que era febre, que eu dei a Dipirona... Que teve um dia que ele tremeu, mas tremeu, tremeu, tremeu. Eu pensei que ele estava com febre. Falei: Ó, o (esposo) deu febre.” E dei Dipirona ele. Eu acho que aquele dia, deu AVC e eu não vi. E eu dei o remédio de pressão também ele, esse dia. As vezes até... E eu acho que, com o negócio dele não falar, acho que ele deu AVC e eu não sei. Que eu não lembro, né?! Quê que aconteceu, né?! Por que não tem condições. Só infecção de urina e a gastrite, o homem ter ficado desse jeito. [...] ele parou de comer mesmo. Parou! Ele não queria comer mais nada! A gente tentava dá ele, mas ele não comia. Aí ficou muitos dias sem comer, sabe? Tomava muito pouquinho, uma meia colherzinha de água. Eu tentava dá o soro, ele também não queria. Não queria comer nada. Foi internado na UPA. Dessa vez ele veio com a sonda. Aí falei com o PID, que fala né?! (Lótus).

A senhora Amor Perfeito foi a quinta entrevistada e referiu ser cuidadora voluntária de uma “irmã da Igreja.” Durante a entrevista foi possível conhecer um modelo de cuidado compartilhado, o Obra do amor, grupo formado, em sua maioria, por mulheres, com idade superior a 50 anos, donas de casas que frequentam a mesma igreja. O apartamento foi organizado da seguinte maneira: a pessoa atendida pelo PID fica na sala e no quarto ao lado está o marido dessa idosa, que também é acamado por uma amputação em membro inferior direito. A Obra do amor é uma iniciativa da igreja que frequentam e os membros organizaram-se para cuidar do casal com escala pré-determinada. A entrevistada e outra pessoa da igreja começaram a cuidar em domicílio, juntamente com o PID.

Na nossa igreja, contamos com muitos voluntários seja para uma doação de cesta (alimento), ajudar um irmão a construir uma casa e aí é de acordo com que o anjo do senhor tocar nossos corações. No caso desta família, a obra do amor vai acompanhar enquanto eles precisarem. Eu e outra irmã a assumimos em casa para o PID atender (Amor Perfeito).

A sexta entrevista ocorreu no domicílio da Liatrix, que cuida da mãe, acamada após um AVE há três anos e uma insuficiência vascular. A paciente foi atendida no PID devido a complicações clínicas e conflitos da família com o serviço de saúde.

Ela ficou assim após um AVC. Agora a perna ficou escura abriu uma feridinha que fui cuidando, mas ela chora de dor. Levei para UPA e o médico quer cortar a perna dela. Não deixei, o médico chamou o PID e vimos para casa (Liatris).

A sétima entrevista realizou-se com Rosa, no domicílio que anteriormente servia para moradia de seus pais e que, com o adoecimento da mãe, mudou-se para assumir os cuidados definitivos. Rosa contou que veio para visitar a mãe e permaneceu ao se deparar com o avanço da doença.

Liguei para meu marido e falei vou ficar porque mãe tá muito ruim, não come mais passaram sonda, tá com um tanto de ferida. [...] E o médico disse que meu pai não pode cuidar dela (Rosa).

Já a oitava entrevista ocorreu no domicílio de Lélia, que cuidava de uma idosa portadora de insuficiência vascular e hipertensão arterial, que ficou acamada devido a um AVE e foi inserida no PID para tratar as complicações da insuficiência vascular. Lélia explicou as dificuldades de saúde no município.

Estávamos tratando dela em casa, mas um dia tirei dois mil bichinhos (miíase) que estavam comendo a perna dela. Na UPA, tive o procedimento de troca de curativo negado. Ela entrou no PID após ir até a UPA pela segunda vez com a perna dela cheia de bichinho (Lélia).

A entrevista de número nove foi realizada na residência de Florêncio que, devido ao adoecimento da esposa, realizou adequações no domicílio para recebê-la após um infarto agudo do miocárdio (IAM), que evoluiu para uma insuficiência cardíaca grave. A inserção no PID ocorreu após 58 dias de internação e debilidades da patologia.

Fiz alguns orçamentos, mas, é muito caro 10 mil, então chamei meu cunhado e montamos (elevador) com o dinheiro que a minha filha que mora fora me mandou e agora voltamos para casa. O PID foi através do médico que pediu para esse moço (enfermeiro do PID) para olhar ela (Florêncio).

Jasmine, décima entrevistada e moradora de um domicílio amplo, levou a mãe para morar em sua casa após o adoecimento.

Onde ela mora não tem. Ela ia ficar no quarto onde há uma pessoa com tuberculose que usava o banheiro. [...] Somos nós oito filhos então não aperta. Fizemos uma escala para dormir com ela aqui em casa (Jasmine).

Após as entrevistas somente com cuidadores de idosos que ainda estavam no PID, a décima primeira realizou-se com a cuidadora Hana, cujo familiar havia sido atendido pelo programa e faleceu no domicílio. Na entrevista Hana teve a oportunidade de relatar sua experiência no PID, uma vez que sua mãe faleceu após cinco meses de acompanhamento.

[...] aprendi muito, eles (PID) acompanharam minha mãe até o último dia da vida dela em casa. Não falava, não urinava, estava toda amarela. [...] A médica disse Hana ela está morrendo e coisas de horas (Hana).

A entrevista de número 12 foi realizada no domicílio de Margarida, que cuidava do esposo, encaminhado ao PID para confirmação do diagnóstico e, posteriormente, conduzido ao serviço especializado. A cuidadora Margarida mostrou-se uma mulher de muita fé e esperança na cura.

É a segunda vez que ele vai tratar de câncer no hospital Mário Pena. O PID me encaminhou para lá. Na primeira vez foi lá mesmo que tratou o câncer e ficou curado (Margarida).

A cuidadora Suzana, décima terceira entrevistada, assumiu os cuidados da sua sogra devido a uma piora clínica. Com o diagnóstico de bloqueio atrioventricular (BAVT), a idosa acamada foi acompanhada pelo PID e transferida para um serviço de cardiologia.

Ela morava sozinha. Devido à doença veio para minha casa. Minha sogra entrou no PID depois que caiu em casa. Foi para o hospital e necessitava de cirurgia no coração. A trouxe para casa e o PID a olhou até sair a vaga para cirurgia e depois para colher sangue (RNI), agora está bem (Suzana).

A décima quarta entrevista foi realizada no domicílio do Lírio, que cuidava da sua mãe após quedas seguidas, que a levaram a intervenções cirúrgicas (neurocirurgia). A mãe de Lírio encontrava-se acamada e dependente de cuidados, tendo sido acolhida no PID para adequação do cuidado no domicílio. Posteriormente, com as capacitações e a adequação do cuidado, houve a transição para a Atenção Básica.

Está sem feridas, sequinha já dei banho né mãe, já fiz os exercícios por ela vai voltar a andar, vocês vão ver. [...] A médica do posto tá vindo uma vez por mês. [...] Estamos indo muito bem, graças ao PID. Já agradei até na ouvidoria (Lírio).

Finalmente, a décima quinta entrevista foi realizada no domicílio da cuidadora Ivy, que tinha 23 anos de idade. Ela assumiu os cuidados do sogro que estava acamado há 10 anos, após um AVE. Conheceu o PID na UPA, devido à necessidade de um procedimento de gastrostomia.

Chegamos há dois anos e desde então estou cuidando dele. O PID foi tudo para mim, pois me ensinou a cuidar dele, ajudou na cirurgia dele. Agora já estamos de alta e como você pode vê ele está bem. O posto vem aqui para olhar ele e pego os remédios na farmácia (Ivy).

5.2 Da Saúde à Atenção Domiciliar

Ao pensar no Plano Terapêutico de cada paciente atendido na AD, é fundamental conhecer sua realidade, sua história de vida, hábitos e costumes, suas relações familiares e com a comunidade. Afinal, no momento do atendimento em domicílio a pessoa tem sua vida e realidade bastante transformados.

Ao dar voz aos cuidadores, as histórias de vida dos idosos atendidos pelo PID emergiram - os cuidadores demonstravam uma necessidade de retratar a imagem do tempo passado e relatar suas histórias. Nota-se que muitos estavam surpresos com as transformações, muitas vezes repentinas, que mudaram por completo a realidade dos idosos e das pessoas que os cercavam.

Durante a entrevista de Rosa, observa-se certa surpresa na evolução rápida da doença da mãe que levou à dependência das ABVD em curto período de tempo.

Começou a cair. Eu não morava aqui. Eu cheguei de férias e fiquei 40 dias e ela estava arrastando, mas ela trabalhava em julho 2016. Ela trabalhava ônibus aí. Aí ela começou a repetir. Ela já não batia muito papo mais. Ela, só repetindo tudo que você falava era repetida aí confundindo, né? As coisas né? As vezes pedir a gente para ligar para pessoa que a gente não sabia quem era, mas do dia assim que ela começou em 2017 (Rosa).

Os cuidadores demonstraram sentimentos diversos, como entusiasmo e tristeza, ao relatar as histórias de vida do idoso - afinal, antes muitos deles exerciam um papel de mantenedor das despesas do domicílio. Hana, por exemplo, em seu relato, cita como seu familiar foi essencial para a formação da família, como sua trajetória trouxe alegrias para a comunidade em que vivia.

[...] Era autônoma. Ela vendia. Sempre foi uma batalhadora, sabe? Sofreu muito também, porque amava muito meu pai. Mas meu pai deu muito trabalho pra ela, porque ele era um alcoólatra, já foi drogado. Parava com os vícios e voltava, mas estava ali, sempre batalhando. Nem a família dele acreditava nele, na recuperação. E ela sempre ali, nem nós filhos, sabe? E ela sempre ali guerreira. E sempre uma pessoa alto astral. Festas e tudo nesse bairro aqui, qualquer lugar tem história dela cozinhando! Ela era uma pessoa totalmente alegre! Totalmente alegre. E, de repente, o ano passado, ela começou, em janeiro, ela começou a ter muita azia, muito enjôo, mas não procurou o médico. Só limão e água ... (Hana)

A AD proporciona aos profissionais que fazem parte da equipe de saúde entender a realidade daquela pessoa antes do adoecimento, possibilitando interação e conhecimento das diferenças culturais e sociais mais complexas (FEUERWERKER; MERHY, 2008). Assim, contar a

história de uma pessoa representa trazer para aquele momento coisas guardadas por tempos, numa espécie de reconhecimento sobre a importância daquela pessoa para a família.

[...] Ah, minha mãe era uma pessoa muito ativa, trabalhava, dançava, entendeu? Então é aquela pessoa muito hiperativa. Ela não parava um minuto. Ela tinha sempre que tá trabalhando, chegava de noite e cuidava dos filhos, da casa. E, é uma pessoa ativa. Aí depois que aconteceu isso, aí ela ficou desse jeito aí ó, porque ela não podia ver onde eu estava (Lírio).

Brito *et al.* (2013) relataram a importância de os profissionais da AD conhecerem a realidade da família que é atendida pela equipe. Assim, é fundamental que as equipes de saúde tenham um olhar voltado para o contexto da vida do indivíduo na organização familiar. As passagens e relatos dos entrevistados do presente estudo mostram como essas pessoas, que em dado momento necessitam de cuidados, foram essenciais para a formação da estrutura familiar.

A família precisa ser ouvida na perspectiva da qualidade das relações entre as pessoas, enfatizando o contexto do domicílio na produção de cuidados próprios. Isso requer da equipe da AD uma aproximação da dinâmica ao cuidado, baseada nas necessidades de saúde e nos movimentos que o familiar realiza para cuidar de si e de cada um de seus entes.

Um estudo sobre experiência de adoecimento demonstrou a existência de um modo de cuidar personalizado de cada família, bem como a necessidade de construção de redes para o cuidado, dos quais participam pessoas da própria família e amigos podendo, também, abarcar instituições e serviços de saúde (BELLATO *et al.*, 2008).

Os relatos deixam clara a dificuldade de enfrentar o adoecimento de uma pessoa que normalmente cuida de todos e agora necessita de cuidados. Os cuidadores informais participantes do estudo referiram que o adoecimento chegou de repente, que desconheciam patologias prévias e que necessitaram de agilidade no diagnóstico.

[...] Não. Antes, até que não tinha nada desses problemas. Era a gente levava no médico, voltava, o médico liberava pra vim embora e... Tudo bem. Agora depois de dois anos pra cá, ela ficou internada quase quatro meses, lá na regional. Três meses... quase quatro meses. Três meses e uns dias. Aí, fez nós passar um aperto, que essa mulher teve até apagada. Aí eles a acordaram com aquele negócio, que... como é que chama aquilo [...] (Florêncio).

Um ponto que chamou atenção foi que a procura por atendimento nos equipamentos de saúde ocorreu somente após uma piora significativa nos sintomas ou com agravamento do quadro. Margarida, por exemplo, em sua entrevista, revela a dificuldade em conseguir um especialista na rede de saúde pública e Lótus menciona a piora do quadro de saúde do seu familiar como

um evento repentino. Em alguns casos, a principal porta de entrada utilizada pelas pessoas que necessitaram de cuidado foram as Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

A primeira vez ele estava com muita tosse, né? Essa tosse sua não cala, você podia ir ao otorrino. Vai aqui embaixo e pede um... consulta e pede o pedido. Aí ele pediu, foi. Aí quando chegou lá. A médica falou assim: Não, você tem que ser encaminhado pra um médico particular, porque você não pode esperar o SUS. Né?!(Margarida).

Aí caiu lá numa casa de ração. Os vizinhos ainda falaram: “Essa Dona aí não para em casa, essa mulher só fica trabalhando.” Nesse dia eu tinha ficado pra cozinhar um feijão pras minhas meninas, que elas eram pequenas nessa época, né?! Aí, eu escutei os outros falar, mas nunca podia imaginar que era eu. O SAMU estava lá, estava tudo lá, mas eu não sabia que era ele. Aí depois que a minha vizinha falou assim: Ô Lótus, o [...] foi para hospital entre a vida e a morte!” Aí eu fui lá”. Que ele saiu saudável, né?! Deu AVC lá (Lótus).

[...] Que tem muito idoso que sofre na fila de policlínica, sofre na fila de hospital, fila de ônibus. As vezes não dá conta, entendeu? Tadinhos, é muito sofrimento. Eu falo porque eu acompanhei meu pai com oitenta e sete anos. Era muito difícil sair com ele. Agora minha mãe tá com oitenta e um. Prá sair com ela, ela tem problema no joelho, pra enfrentar... tadinha. É, as vezes elas ficam deitadas em cadeira na policlínica, porque não aguenta ficar sentada. Fica deitada em cadeira, sabe? Aí a gente leva almofada, leva... ela não dá conta de esperar dependendo da hora. Então, é muito sofrimento (Jasmine).

O desconhecimento sobre a atuação da rede de urgência provoca a superlotação das unidades, a demora no atendimento e, em alguns casos, o agravamento. A necessidade de vagas para internação faz com que as pessoas que necessitam de cuidados fiquem nas UPA em cadeiras, devido à falta de leito. Além disso, contribuem para ampliar essas dificuldades o funcionamento acima da capacidade instalada e com profissionais recém-formados, a deficiência de gerenciamento e planejamento e a alta demanda de pessoas com patologias que poderiam ser manejadas pela atenção primária à saúde. A crescente demanda por atendimento, a falta de agilidade e a resolutividade dos serviços tem sido um dos principais gargalos do sistema de saúde (FEIJÓ *et al.*, 2015).

5.3 Desafios enfrentados pelos cuidadores

Entre tantos desafios impostos para quem assume a responsabilidade de cuidar do idoso dependente no domicílio é preciso considerar que, na maioria das vezes, as pessoas não estão preparadas para prestar os cuidados necessários. Ou seja, ao longo de suas vidas muitos nunca acompanharam um cuidado de perto como a troca de curativos, o banho de leito, a preparação de dietas especiais ou as mudanças de decúbito. Assim, durante as respostas foram comuns os relatos de dificuldades enfrentadas nos primeiros dias.

[...] Fui aprendendo tudo. Mas também não larguei ela. Quando elas iam dar banho, eu estava junto. Queria que eu sáisse, falei: não pode tirar uma enfermeira e deixar uma só. A outra eu ajudo a fazer. E ali ajudava a dar banho, ajudava a trocar a mangueira, tocar aquela... como é que chama? De colocar xixi? (Florêncio)

[...] Veio, de acesso, com os acessos. Aí arrumei, pedi pro meu tio fazer sabe aquele suporte pros equipos? [...] E aí foi onde eu fui cuidando e até o dia que Deus deixou ela... (Hana).

Migott (2000) afirma que o ato de cuidar faz parte do ser humano - cuidamos e somos cuidados desde o nascimento. Esse cuidado está historicamente ligado ao cuidado materno, das mães que cuidam dos filhos e das esposas que cuidam dos maridos. De acordo com a autora, o cuidado é realizado como atividade de apoio, facilitação, aprendizado, ajuda e troca de decisões. Assim, são essas atividades que promovem o bem-estar de quem necessita de cuidado. A vontade de aprender fez que Florêncio ficasse no hospital para aprender a cuidar de seu familiar.

Nó, eu não larguei essa mulher pra nada, minha filha! Pra nada! De manhã, à noite, de manhã à noite. Ia tomar banho, eu estava junto, trocar de roupa, fazer tudo (Florêncio).

A construção de uma rede de apoio é essencial para uma boa evolução da situação de saúde da pessoa na AD. As necessidades de cuidados após a alta hospitalar, quando não atendidas, acarretam agravamento do estado de saúde, causando sofrimento à pessoa que necessita de cuidado e ao cuidador responsável. Na transição do cuidado para o domicílio, é fundamental a capacitação da família, identificando possíveis fragilidades (SILVA; RAMOS, 2011). No momento de transferência do cuidado, antes realizado no ambiente hospitalar e pela equipe de saúde, para o domicílio e para o cuidador, os profissionais da equipe precisam estar muito atentos às potencialidades e demandas específicas de cada caso.

Um estudo realizado por Rocha *et al.* (2008) demonstra a importância do suporte para que os familiares possam efetivamente exercer o papel de cuidadores. Assim, faz-se necessário conhecer as demandas da pessoa dependente e também de seus cuidadores, respeitando suas crenças, seus valores e suas práticas socioculturais.

O pessoal reclama muito do SUS, mas graças a Deus, Jesus não deixou faltar nada. Minha mãe teve assistente social, minha mãe teve médico, teve enfermeiro, minha mãe teve nutricionista... Minha mãe teve tudo deles aqui! Muito carinho e amor (Rosa).

Outra questão a ser considerada é o custo financeiro que os familiares precisam assumir para ter a pessoa que necessita de cuidados no domicílio. Após a alta, a família assume algumas despesas extras como alimentação, energia e insumos básicos, como medicação e fraldas. Essas despesas muitas vezes não são planejadas quando se pensa na desospitalização e acarretam impacto direto na vida da maioria dessas famílias.

[...] Ele (enfermeiro do PID) falou: Lírio, se você tiver condição, essa é uma escolha. Se você tiver condição, melhor optar pelo pneumático (colchão). Que num vai dar ferida. Tem até o nome disso... escara, né?! (Lírio).

Os cuidadores sinalizam perdas financeiras e os estudos têm alertado para a necessidade de se cuidar dos cuidadores informais, considerando a sobrecarga que advém de assumir os cuidados cotidianos, as situações de estresse que envolvem o cuidar de forma continuada, as negociações e os abandonos de emprego e a administração dos gastos que assumem (SILVA et al., 2007).

[...] E a questão de fraldas, juntou clientes minhas, parentes, amigos dos amigos que eu nem conhecia, sabe?! E aí foi juntando, porque ela usava fralda. Três fraldas a cada troca. Por que ela entrou num processo de diarreia aí um tempo. A gente gastou muita fralda, muita. Pomada. Então todo mundo, porque eu não tinha condições (Hana).

Comprei a medicação que não tinha na farmacinha. Vai tomar medicação direitinho, que é outra coisa que ajudou muito. É se tivesse que ficar desembolsando para transportar ela seria bem complicado então eu acho que isso aí é bastante. A questão financeira pega, né, de uma pessoa doente (Lúcia).

Para Faller *et al.* (2012), a questão financeira para as famílias de uma pessoa em AD apresenta impactos diferentes devido ao poder aquisitivo e a renda dispensada ao cuidado. Os cuidadores, durante as entrevistas, relataram o aumento dos gastos devido à necessidade de aquisição de insumos básicos para a manutenção do cuidado no domicílio.

Comprei aquele negócio (gaze) porque o seguinte, é muito grande. “O médico disse: Pega a menor.” Aí fui caçar jeito de procurar no posto como que fazia, ele me explicou. Falou: “Não uai, é só você trazer ela aqui. Nós vamos fazer uma consulta e você vai passar a pegar o negócio aqui.” Aí começou a pegar. Mas tinha semana, mês que não tinha. Semana! Por que era gazinha demais que a gente gastava, demais. Aí eu, falei: Traz o fardo pra mim. Trazia aquela caixa, cheia de gazinha. “Mas isso você tem que comprar.” Falei: Não tem problema, pode trazer, porque essas aí não tá dando não. Por que a do posto eles trazia, tinha gente precisando lá, mas a gente tá precisando aqui. Aí nós foi mexendo. E meu pagamento passou a num dá. Mas eu tenho um cunhado meu que mora nos Estados Unidos e ele ficou sabendo da situação nossa. Aí ele mandou mil reais pra mim. Aliás ele mandou pra ela, né?! (Florêncio).

[...] Aí eu peguei, primeiro eu comprei o colchão de ovo. Eu o tenho aí, colchão de ovo. E comprei o colchão hospitalar. Adquiri a cama com um amigo meu que tem

uma associação que a gente ajuda também. O menino me cedeu a cama, me cedeu a cadeira de banho, entendeu? E, aí eu optei por comprar esse colchão pneumático. E funcionou, entendeu? Que eu viro menos... São menos que durante o dia me faz aquele trabalho de ficar (Lírio).

A responsabilidade de assumir o cuidado integral e até financeiro da pessoa idosa dependente não é algo simples para quem cuida e deve ser considerado pela equipe da AD. É preciso considerar que, mesmo com todos os esforços e auxílios recebidos do setor público e de familiares e amigos, as despesas com o idoso dependente são elevadas. Hana relata a mudança no ambiente familiar e até mesmo no quarto, quando precisou receber seu familiar que necessitava de cuidados.

[...] Deu alta, trouxe pra minha casa. Ela morava na rua de cima da minha casa, mas eu quis cuidar em casa. Transformei o quarto da minha menina em um quarto hospitalar. Arrumei cadeira de banho, arrumei, é... cadeira de rodas, arrumei cama hospitalar (Hana).

O curativo e a dieta. Então ela é aposentada, né. Um salário e as dietas. Como esse é o primeiro mês que a gente tá com ela em casa com essa dieta eu comprei uma vez só. Eu ganhei muito lata dieta. Então isso deu para, tipo assim, dar uma olhada. E os materiais de curativo aquela folha me deram algumas coisas e falaram que vai providenciar para tá me dando o material. Então o que me deram e o que estou usando até agora (Rosa).

Alguns casos foram apontados como uma tarefa exaustiva e estressante. No entanto, os cuidadores procuraram outros equipamentos da rede, a fim de oferecer o melhor tratamento e buscar facilidades e comodidades para o familiar dependente. Em suas entrevistas, Margarida, Ivy e Rosa relataram como enfrentaram a questão dos insumos básicos necessários para ter seu familiar em domicílio.

[...]Não, é aquele lá. É... (relato sobre a previdência social) também. Pedi a assistente social. “Eu estou aqui pedindo né pra mim não. É pra ele, pra me ajudar.” E aí ele ganhando pouco, meio salário que ele ganhava, é pra ele, não é pra mim (Margarida).

[...]A única coisa que a gente tem um relatório médico que a gente consegue comprar fralda por exemplo ela é 10 a gente consegue por 7 nessa questão assim. A gente consegue um precinho um pouquinho mais barato mas também é só tem um limite tipo a gente consegue pegar por mês 15 pacotes nesse negócio. É mais barato um pouco agora mas ele usa bem mais que isso (Ivy).

[...] A gente que, pra honra e glória do Senhor, é, questão assim dos equipos, de soro, que ela precisava de medicação, o PID forneceu (Hana).

Uma questão preocupante, que pode influenciar diretamente o bom funcionamento da AD, é a ausência de benefícios sociais. Durante o estudo foram identificados três casos de pessoas que

trabalhavam de forma informal, sem nenhum tipo de contribuição à previdência social. Ao necessitar de cuidados em casa, essas pessoas tornam-se ainda mais vulneráveis e dependentes de auxílio de familiares, amigos e conhecidos. Margarida, Rosa e Magnólia contam com ajuda de amigos, parentes e obras sociais para manter o cuidado no domicílio e na AD:

[...] Que eu não preciso. Ah não, mas se ele fez 65 anos, ele aposenta. Sessenta e cinco ele vai no guichê do INSS e aposenta. Aí fui na previdência, conversei com a assistente social, falei pra ela a situação dele. Falei: O estado que ele tá ele não pode alimentar direito. Precisa de uma ajuda (Margarida).

[...] minha mãe não era aposentada, não trabalhava. Meu pai a mesma coisa. Muito humilde, a casa deles não tem nada (Rosa).

[...] Não trabalho, só cuido da casa. Com o acidente o chefe dele tá pagando o aluguel e dando dinheiro. Porque era bico (trabalho informal), mas não sei por quanto tempo ele vai ajudar (Magnólia).

Cuidar de um membro da família, muitas vezes, desencadeia nos cuidadores sentimentos de tensão e medo, pois por falta de conhecimento e por fragilidade emocional, vivenciam situações difíceis nessa tarefa. Assim, o que subsidia a realização do cuidado são as relações familiares e afetivas (PIRES, 2006).

[...] Eu quero. Eu quero ver minha mãe andar! Minha mãe andar, ter atividade dela normal. Se ela andar muleta, eu já estou, nó! Eu já estou feliz do jeito que ela tá, se ela andar de muleta, ou se ela andar... você entendeu? De que jeito for eu estou satisfeito. Ela sabe disso! A gente ora, a gente a Deus por tudo que tá acontecendo e sempre pedindo a Deus que devolva os passos dela! (Lírio).

Os relatos de esperança fizeram-se presentes nas entrevistas, mostrando-se como algo essencial, a ser vivido de forma pessoal e única. No contexto dos cuidados, a esperança parece assumir um papel fundamental ao permitir que o cuidador recarregue suas energias na expectativa de reestabelecimento da saúde da pessoa dependente de atenção.

Eu estava com esperança dele andar. Mas do jeito que vi, na hora do banho no chuveiro, que eu tentei botar ele, que ele não andou [...] Nossa... Se não ganhar gordura, se ele não engordar entender ao menos um tiquinho as coisas... Estou pegando com Deus. Que ele precisa entender alguma coisa. Por que ele esqueceu como é que anda. Por que eu botei o pé dele no chão, ele não deu passo[...]. (Lótus)

[...] É uma coisa que você não resolve... tem que pegar muito com Deus mesmo. Rezar muito e fé em Deus. Tenho muita fé com Deus que ele vai curar. Ah, Divino Pai Eterno [...]. (Margarida)

É! Ela sempre falava assim: “Minha filha, não fica assim não”! Firma o toco! Eu já criei vocês três, eu já casei, né?! Então assim, o meu legado aqui na Terra, se tiver de ser... E isso, se Deus permitir, o que eu tivesse de ser, e se eu for embora por essa enfermidade, eu vou embora feliz! (Rosa)

Para Pires (2006), a esperança tem um efeito benéfico para a saúde das pessoas, sendo um dos aspectos centrais no cuidado. No caso da AD, a esperança pode estimular as pessoas que prestam cuidados a lidar com situações de crise, para manutenção da qualidade de vida e a determinação de objetivos.

Contudo, é preciso considerar que mesmo com esperança, boa vontade, dedicação e carinho, que são fundamentais para quem se encontra doente e dependente de ajuda, é preciso ampliar o suporte oferecido às famílias em termos de insumos. Os familiares se esforçam, dentro de suas possibilidades, para conseguir todo o suporte necessário, mas diante de entraves financeiros têm dificuldades para comprar fraldas, pomadas, pagar a conta de energia. Quando o idoso dependente de tecnologia recebe alta hospitalar e vai para casa, as despesas extras ampliam-se e interferem no dia-a-dia da maioria das famílias. Assim, a inclusão no PID deve ser pensada em conjunto com a assistência social e o contexto financeiro familiar deve ser discutido, de forma a garantir suporte aos que necessitam de determinados insumos básicos.

5.4 A Atenção Domiciliar e a Rede de Atenção à Saúde

Nessa seção, apresenta-se aspectos reportados pelos entrevistados que podem ser relevantes para a estruturação da rede de saúde do município de Betim, considerando o PID em tal contexto. Posteriormente, discute-se os aspectos evidenciados que podem ser fundamentais para a estruturação da RAS com foco no acesso, integralidade, resolutividade, universalidade e organização dos serviços. Finalmente, problematiza-se a realidade e os aspectos estabelecidos para o funcionamento da rede.

Durante as entrevistas os cuidadores mencionaram os tipos de serviços de saúde que conhecem e utilizam efetivamente no cotidiano. Lótus descreve os serviços de saúde de Betim de acordo com suas vivências, mencionando a distribuição em diferentes pontos da estrutura da rede de saúde.

Aqui perto de casa tem o posto, que a Dr^a cuida dele, vem a agente (ACS) e traz a receita marca os exames se ele precisa. Foi a Dr^a que mandou ele para UPA e depois ele foi para o regional (Hospital) onde fez tudo quanto foi exame e passou a sonda. Remédio eu peço os vizinhos para pegar para mim na farmacinha (Farmácia Distrital). Agora veio a nutricionista, eu vou receber a dieta, vai ficar melhor para ele. Dela vim! Ela já mandou falar comigo. A Dra. falou comigo! Falou: “Ô Lótus, a Dra. falou que vai vim, que o esposo está muito doente, o PID tá vindo olhar ele.” Falei: “Então tá bom.” (Lótus).

Assim como Lótus, outros entrevistados demonstraram compreender a organização dos serviços de saúde de Betim e a oferta de diferentes serviços, geralmente relacionados a diferentes fases de complexidade estabelecidas pela organização do SUS: atenção primária à saúde, representada por serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), atenção secundária, representada pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e outros serviços de especialidades médicas e atenção terciária representada pelo Hospital e a Maternidade.

Ela faz tratamento do posto. Um médico bom mandou ela para o especialista de rim porque ela tem problema na urina. E no regional (Hospital). Ele olha ela, passa remédio, meu filho busca para mim. Agora está difícil levar ela... Então o posto vai arrumar uma ambulância. Também por causa da idade (Camélia).

Eu levei os documentos dele no CRAS para conseguir o carro para levar ele no hospital Mário Penna. A assistente social diz que aqui trata câncer, mas como da primeira vez ele tratou no Mário Pena e saiu curado preferi levar os papéis para lá de novo. Hoje vou levar ele para retirar o ponto no posto aqui em baixo. Porque está reclamando que os pontos doem e já deu o dia. Levei meus papéis no Divino Braga (Centro de Especialidades) para fazer cirurgia de catarata. Minha visão está ruim, mas agora com a doença dele... (Margarida).

Conheço o posto de saúde porque antes de fundar este posto aqui eu já frequentava. Lá no bairro Teresópolis tem a UPA e o hospital que fica lá no centro (Magnólia).

Ah... tem é, o posto de saúde que fica fora aqui do bairro, fica lá na Vila. Tem a UPA e também tem o centro de especialidades Divino Braga. São acessos que atendem a área de saúde, né? Da assistência de saúde. É o que conheço (Hana).

Os cuidadores entrevistados descreveram o caminho pela rede de saúde de Betim para o atendimento das necessidades de saúde nos diferentes níveis de atenção. O conceito de RAS envolve a composição de oferta e ações de serviços de saúde, além de tecnologias diversas em grau de hierarquia pela rede de assistência à saúde, objetivando integrar as ações e possibilitando o atendimento das demandas de assistência da população (BRASIL, 2010).

Os entrevistados citam o PID como uma modalidade de atendimento da UPA e fazem um paralelo com a necessidade de assumir o cuidado no domicílio. Nesse sentido, o PID é tido como um ponto de apoio da rede de saúde de Betim no domicílio.

Com o adoecimento, as pessoas responsáveis pelos cuidados têm seu cotidiano afetado pela situação da doença (BELLATO, *et al.* 2009) e, na tentativa de manter os cuidados necessários, o cuidador busca soluções, sejam elas de saúde, de cuidado ou de rearranjo do próprio cotidiano.

Ruim só porque eu não saio né?! Mas eu fico muito nesse portão aí. Que eu andava muito no bairro. Eu estou os (vizinhos) mandando pagar as contas agora. Eles também, tadinho, eles tá sempre presente, né?! Pode reclamar não. Não sei se é porque todo mundo conhece aqui. Se eu precisar de um pão, vai e busca, se eu precisar que vai ali ao supermercado comprar alguma coisa, eles vai e compra pra mim. Os vizinhos daqui são muito bonzinhos (Lótus).

Os cuidadores ajustam-se à nova rotina, construindo uma organização própria de cuidado, de modo que esse auxílio é realizado em meio às tarefas do seu próprio cotidiano. Margarida relata que se deslocava para várias UPAs para atender às necessidades de seu esposo enfermo, o que mudou a partir do momento que ele passou a ser atendido pelo PID.

O que é PID? Ah não. Lá, eles vieram aqui tratando ele bem, muito bom. [...] Estava. Eu ia lá duas vezes ao dia. Porque eu não podia ficar direto assim, por que... Aí eu fui lá ver, ver o quê que passou o que precisou... tudo. Aí eu ia lá, levava as coisas pra ele de manhã, de tarde eu também levava. Falei: Você tá bem? Estou! Aí, as coisas que precisava ia lá levava. Até que o médico falou que ele tinha que... Ficar em casa [...] (Margarida)

Por outro lado, Jasmine e Amor Perfeito relataram a necessidade de atender os critérios para adesão da AD para que a pessoa dependente de cuidados fosse para o domicílio acompanhado pela equipe do PID.

[...] aí eles perguntaram se tem gente 24 horas que cuida dela. A gente falou que tem, que ela nunca fica sozinha. Sempre são duas, três que toma conta dela. Todos os dias que eles vieram aqui tinha duas aqui, olhando ela. Entendeu? E aí, eles falaram que só dava alta pra ela se desse, é, os remédios, medicação, nebulização, o controle da glicemia. De dia e noite. Igualzinho se fosse internada, de dia e noite. A gente falou: não, pode ficar despreocupada que ela nunca fica sozinha, independente de internada ou não. Ela, nó, é muito paparicada (Jasmine).

A gente ia e ficava com ela na UPA, revezava entre os membros [...] olha foi assim, a irmã estava ansiosa para vim para casa. Mas a médica, para ir embora mas vai depender do PID, eles olharam. O PID não disse nada. Aí o PID veio falou: a senhora está de alta, mas tem um, porém. Ela não pode ficar sozinha. Espera um pouquinho, então liguei para outra irmã da obra e dividimos a semana. Ela foi para casa. Desde então estamos revezando (Amor Perfeito).

Entre os critérios de elegibilidade da AD destaca-se a presença do cuidador durante o atendimento da equipe de atenção domiciliar. Assim, na ausência do cuidador, o atendimento domiciliar pode ser negado pela equipe (Brasil, 2016).

Mendes (2009) ressalta que, quando fragmentados, os sistemas de serviços de saúde podem se apresentar como um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados uns dos outros, incomunicáveis entre si e, por consequência, incapazes de prestar uma atenção contínua à população.

Na entrevista, Hana relata que conheceu a AD por meio de diversas pessoas, uma vez que a unidade que atendeu a pessoa que necessitava de cuidado não realizou o encaminhamento para o programa. Nesse caso, a busca pela AD baseou-se nas características da cuidadora, que sempre buscou se informar sobre os cuidados necessários, o que não necessariamente vai ocorrer com os demais usuários da rede que precisam desse tipo de atendimento. A participação do cuidador ocorre em ações concretas no cotidiano, o que possibilita o reconhecimento das doenças, a busca por atendimento de um serviço de saúde e o apoio de familiares ou amigos, dentre outros (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

[...] Aí uma cliente pegou e falou assim: “Hana, você conhece um programa que tem em Betim, o PID?” Eu falei: “Não, não.” Eles cuidaram do meu tio, foi aonde eu vim conhecer, porque eu não conhecia esse programa do, em casa né?! Pra cuidar. Aí eles vieram e me ajudaram, sabe? Com o tratamento dela. E aí foi onde eu fui cuidado e até o dia que Deus deixou ela... Porque igual você perguntou se ela, a consciência dela [...] (Hana).

Contudo, não se pode dizer que tal maneira de tomar conhecimento seja a única forma de se informar sobre o PID. O serviço de Betim criou fluxos diversos e conseguiu captar pessoas, como no caso da pessoa cuidada por Florêncio que, após uma prescrição de um antibiótico venoso, foi encaminhada pela equipe, que sinalizou uma possível inclusão no PID. Assim, Florêncio e Rosa reportaram que foram abordados no hospital com a indicação de AD e, após a indicação clínica, conheceram o serviço.

[...] Isso aí foi através desse moço aqui (enfermeiro do PID), ó. Nós estávamos lá no hospital... (Florêncio).

[...] eu não morava aqui, eu não sabia disso. Onde moro não tem esse PID. Eu só fiquei sabendo do PID lá no hospital mesmo. Aí quando foi um dia ele (enfermeiro do PID) me chamou para conversar e explicou o programa. Como funcionava e tal. As regras, né para participar. Dos motivos pelos quais pode dar alta para paciente, mesmo que ele não esteja curado. Mas assim aí eu fiquei sabendo lá no hospital (Rosa).

Os cuidadores reconhecem a AD como uma alternativa de atendimento pela praticidade e pela redução dos riscos de infecção. A experiência forma -se através da maneira como cada pessoa vai respondendo aos acontecimentos ao longo de sua vida, significando-os e transformando a si mesma (BONDÍA, 2002).

[...] Aí por isso que elas autorizaram. Porque, é, olhou, acompanhou tudo direitinho e viu que o tratamento, a gente cuida direitinho dela e tudo. Aí elas pegaram e

internaram. A gente achou até muito melhor. Porque em casa ela não corre risco de pegar uma infecção hospitalar [...] (Jasmine)

Ao compartilhar suas vivências com a AD as pessoas estabelecem um processo de reconhecimento da equipe de atendimento como movimento de assistência à saúde e, possuindo coisas em comum para compartilhar, engendram o sentido de pertencimento (MUFATO *et al.*, 2012).

[...] E fico de levar ela pra lá (UPA) com medo de pegar uma infecção, esse negócio, entendeu? Pra nós foi bom demais. Deu mais trabalho para vocês tudo aí, mas foi bom pra nós. Entendeu? Cuidada bem demais. Do jeito que você tá vendo aí. Foi bem demais da conta. Pode reclamar de ninguém deles, ninguém (Florêncio).

Ao falar do PID os cuidadores demonstram sentimentos como felicidade e gratidão, contrastando com a sensação de abdicação para cuidar do outro.

[...] Mesmo pelo PID que eu achei muito bom. Achei muito bom. É prático, menina. É igual ela, idosa. Pra sair com ela, as vezes não é fácil. Porque a gente não deixa de prejudicar eles, né?! Por que ela tem problema no joelho. Não é fácil sair com ela assim, é muito sofrimento pra ela mesma, entendeu? Então devido a médica vim em casa, as enfermeiras vim... São todas muito carinhosas, a gente até elogiou muito. Então, não tenho nada a reclamar não. Foi muito bom mesmo. Todo mundo gostou da família [...] (Jasmine).

Identificou-se diferentes maneiras de transição do cuidado, desde a alta do hospital até a Atenção Domiciliar. Isso já era esperado, afinal a transição para a AD é realizada em diferentes complexidades, iniciando-se no período da internação e completando-se quando a pessoa que necessita de cuidado insere-se no ambiente domiciliar (ENGLANDER *et al.*, 2014). Os cuidadores Lírio e Ivy evidenciaram, em suas respostas, a inserção no PID para realização de procedimentos cirúrgicos.

[...] Aí eles acharam melhor, porque ela teve pneumonia, né?! Ela teve internada aqui, ficou muitos dias, o PID acompanhou. Aí o PID viu que ela necessitava do gastrotomia, porque ela estava engasgando muito (Lírio).

[...] nossa, o PID se não fosse eles !!! vão sair na verdade, todo mundo. Graças a Deus foi muito bom para gente. Aí ele precisou fazer a cirurgia aí eles não abandonaram. A gente correu atrás. Nossa Doutora correu atrás para fazer a cirurgia e nesse tempo todo eles com a gente, mesmo a gente lá no hospital, mas a gente estava visitando lá (Ivy).

Como mencionado anteriormente, a avaliação de cada pessoa, com o delineamento do perfil, é fundamental para a AD, na organização e no planejamento da desospitalização. No presente estudo, verificou-se que algumas pessoas conheceram o serviço no momento ou após a alta mas isso não ocorreu com todos, indicando que existem problemas de fluxo de pessoas que

necessitam da atenção domiciliar para receberem alta do hospital / UPA . Assim, o sistema de referência não funcionou adequadamente.

A necessidade de construção de fluxos de pessoas é apontada como referência quando a pessoa que necessita de cuidado transita de um nível de menor complexidade para um de maior. O retorno da pessoa para o serviço de menor complexidade ou densidade tecnológica, por sua vez, é denominado contrarreferência (MENDES, 2011).

Um estudo realizado por Randow (2012) demonstra a necessidade de avanços na organização da referência e da contrarreferência, a fim de se garantir a continuidade do cuidado nos diversos pontos da rede de saúde proporcionando, ao indivíduo, assistência de acordo com a sua necessidade. Para a configuração de um plano de referência e contrarreferência estruturados - atualmente os denominados fluxos e contrafluxos - é necessária a implementação de sistemas logísticos eficazes. Os sistemas logísticos constituem tecnologias consideradas essenciais para a organização dos procedimentos e garantem informação de forma racional para o desenvolvimento da rede, pois são eficientes produtos de comunicação ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos serviços de apoio.

Acredita-se na construção de uma linha de cuidados que atendam as pessoas de maneira integral, com foco na necessidade de cuidado de cada indivíduo, pois a oferta de serviços ou o modelo atualmente utilizado tendem a restringir o acesso das pessoas ao focar, somente, em demandas específicas. Caminhar pela linha de cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços que garanta as ações necessárias e adequadas àquela pessoa não se tratando, porém, de trajeto pessoal, mecânico ou desvinculado de sentimentos e impressões.

De acordo com Merhy (1997), é fundamental a construção de estruturas de saúde que atendam às necessidades das pessoas como um todo, através de um conjunto de ações que facilitem o acesso e a utilização de toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. Tais estruturas podem constituir sinalizadores das próprias necessidades de saúde, pela potencialidade de auxiliar trabalhadores, equipes e serviços a fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam cuidados.

A análise do percurso das pessoas na linha de cuidados possibilita conhecer os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, além de avaliar as tecnologias utilizadas quanto

ao tipo, acessibilidade dos serviços e os ruídos produzidos. Por outro lado, permite entender se o fluxo foi centrado nas necessidades das pessoas, por projeto terapêutico individual estruturado (acompanhamento, tratamento, orientação e promoção) ou, ao contrário, se ocorreram obstáculos ou a fragmentação do sistema no caminhar pela rede de assistência (MALTA *et al.*, 2004).

Mediante o exposto, acredita-se que o presente estudo possibilitou compreender a vivência e a percepção das pessoas que estão na AD e revelar, do ponto de vista do usuário, a estruturação da rede de atenção à saúde.

5.5 As Tecnologias que desafiaram os cuidadores

O cuidado de um idoso dependente de tecnologia para manutenção da vida não é uma tarefa fácil. Algumas pessoas estão acostumadas a cuidar das tarefas da casa, das crianças, de um parente que adoece mas cuidar, por um período prolongado, de alguém que está debilitado, manuseando equipamentos e ministrando dieta específica, torna-se uma tarefa desafiadora e difícil, mesmo para pessoas mais escolarizadas. Nessa seção, aborda-se algumas questões enumeradas pelos cuidadores quanto à realização de curativos especiais e manipulação de equipamentos e insumos de alta tecnologia como oxigênio e sondas, dentre outros.

A transição do cuidado da equipe especializada para a família deve se dar por meio de planejamento adequado, possibilitando conhecer e entender as limitações do paciente e do cuidador que assumirá a atenção integral. É importante avaliar as necessidades do paciente e o grau de complexidade da assistência que o cuidador deverá realizar. O plano de cuidado, construído juntamente com a família, pode e deve sofrer adaptações, conforme o entendimento e as evoluções do paciente. A comunicação deve ser clara e acessível aos envolvidos no cuidado, com orientação em relação aos procedimentos adotados no dia-a-dia.

Para que o tratamento no domicílio ocorra de forma adequada, num primeiro momento a família precisa ser treinada para cuidar. É essencial que, após o treinamento, haja acompanhamento por parte dos profissionais da equipe de AD para verificar a forma como ocorrem cuidados no dia-a-dia. Afinal, mesmo com o esforço dos profissionais e cuidadores envolvidos algumas situações e tecnologias são muito distantes da realidade da maioria da população.

A sensibilidade dos profissionais da AD para entender as especificidades de cada caso é extremamente relevante. Isso permite ao profissional desenvolver atitudes direcionadas às reais necessidades dos pacientes, entender que o paciente e seus familiares formam um todo e agir não apenas para a doença ou a prevenção, mas para a reconstrução dessa pessoa no ambiente domiciliar. Nas respostas a seguir, ilustra-se alguns casos de dificuldades enfrentadas pelos familiares. Medidas simples, como a mudança de decúbito, podem não ser executadas pelo simples fato dos cuidadores não saberem ou não entenderem sua necessidade.

Eu dava banho nela trocava fralda e deixava. Aí um dia o enfermeiro do PID disse que era para eu mudar de decúbito por que ela estava com ferida. Na outra semana ele (enfermeiro do PID) foi até grosso comigo disse: “se você não virar sua mãe na cama esta escara (ferida) vai matá-la”. Respirei fundo quis chorar porque fazia tudo que ele falava. Aí ele me explicou que tinha vira ela de três em três horas. Fui fazendo. Durante o dia eu faço e a noite minha esposa faz (Lírio).

Ele está com esta sonda, mas eu estava dando comida na boca dele quando fazia uma comida gostosa e pelejava para ele comer, mas ele não engolia nada!! Só que ele teve pneumonia e foi para UPA. A médica disse que não pode de jeito nenhum. Aí a enfermeira sentou comigo e disse que até posso dar comida gostosa para ele, mas pela sonda (Magnólia).

O oxigênio é a gente que paga, mas ele está usando pouco, porque vejo que ele está bem. Então desligo e fico olhando. Quando ele fica cansado, eu coloco novamente por aquele negócio de por no dedo ele quebrou (oxímetro). Agora à noite eu deixo ligado direto (Ivy).

Cheguei de férias, ela estava na cadeira de rodas. O meu pai que cuidava dela e o PID dava suporte. Fui dar para ela um leite e café tudo no pano e ela tossia. Chamei meu pai e levamos ela para UPA, chegando lá passaram a sonda. Era somente meu pai que cuidava dela. O médico e a assistente social me chamaram e disseram: “seu pai não pode mais cuidar dela e com o PID ela tem que ter um cuidador que cuide dela mesmo.” Então fiquei e estou aqui (Rosa).

As linguagens técnicas utilizadas pelos profissionais podem apresentar uma barreira na comunicação, interferindo no cuidado. Como mostram os relatos, as dificuldades apresentadas decorreram de linguagens e saberes diferentes, nem sempre compartilhados entre os interlocutores

Os serviços ou programas de atenção domiciliar devem desenvolver suas ações por uma equipe multiprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o paciente e o responsável pelo cuidado estão inseridos. Assim, devem considerar as limitações e possibilidades do paciente e de seu cuidador, pois a atenção no espaço domiciliar visa à promoção, manutenção ou reabilitação da saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e sua autonomia.

A comunicação é um instrumento imprescindível na prática dos trabalhadores de saúde e precisa, para ser efetiva, estar articulada aos aspectos linguísticos. Afinal, os trabalhadores da saúde devem se mostrar atentos aos vários parâmetros não verbais envolvidos no ato comunicativo que podem validar ou mesmo contradizer a comunicação verbal durante o encontro comunicativo (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

6 CONCLUSÃO

Este estudo buscou conhecer o cotidiano dos cuidadores informais de idosos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) do município de Betim (MG) e identificar os desafios enfrentados no cuidado a pessoas idosas dependentes de tecnologias para manutenção da vida. Para tanto, buscou-se compreender a organização do cuidado das famílias que contam com uma pessoa idosa que necessita de equipamentos para manutenção da vida, identificar as dificuldades e potencialidades vivenciadas pelo cuidador informal na assistência ao idoso atendido pelo PID, entender o funcionamento do programa do ponto de vista do usuário e propor possíveis melhorias, com base no que foi problematizado e discutido no estudo.

Por meio dos relatos dos cuidadores entrevistados foi possível evidenciar fatores relevantes para a estruturação da AD como o acesso, a integralidade, a resolutividade, a universalidade e a organização dos serviços. Observou-se o distanciamento entre a portaria que regulamenta a AD e a realidade vivenciada no que tange a fluxos de encaminhamentos e fornecimento de insumos.

Os tipos de serviços que compõem a RAS do município foram citados pelos entrevistados, sendo a AD destacada de forma positiva como uma alternativa de cuidado para resolver problemas pontuais das pessoas que necessitavam de assistência.

As respostas dos cuidadores possibilitaram a construção dos percursos realizados na busca de atendimento para a pessoa idosa na rede pública de saúde. Evidenciou-se que a alta hospitalar, após condições graves de adoecimento que levam à dependência de cuidados intensivos, requer maior atenção por parte dos profissionais e gestores de saúde. A chegada à AD ocorreu por meio de diferentes processos, sobretudo de transferência de cuidados para a residência. Nesse momento, torna-se necessária a articulação com as equipes da Atenção Básica, em especial, uma vez que os cuidadores e as pessoas idosas que necessitam de cuidado possuem diferentes necessidades e demandas, que vão além do motivo de admissão no PID. Sobre o acesso a esse, revelou-se a valorização e a constante busca por insumos, remédios ou solicitação de exames, não se observando a essência desse ponto de atenção à saúde.

Destaca-se que a organização e a articulação entre os diversos locais da RAS são essenciais para potencializar os recursos e resolver as necessidades dos cuidadores e das pessoas idosas que necessitam de assistência. Entretanto, foi possível identificar o predomínio de deficiências na gestão dos serviços de saúde nos diferentes pontos que compõem a RAS. Nota-se a dificuldade de articulação, em especial com a desospitalização, a ausência de responsabilidade sobre os serviços e dos profissionais em relação às pessoas, além da deficiência de comunicação entre os serviços. Os resultados desse estudo demonstram a necessidade de integração dos serviços que compõem a RAS, na perspectiva de garantir a integralidade do cuidado.

Assim, evidenciou-se que vários são os desafios do PID na articulação das RAS. Entre as dificuldades que permeiam a construção de um trabalho em rede destaca-se o desconhecimento predominante do papel do PID, demonstrando a necessidade de superação da atuação fragmentada no âmbito da rede de saúde. É importante ressaltar a necessidade de construção e de divulgação de saberes a respeito das atividades desenvolvidas. Desse modo, o desenvolvimento de novos canais para proporcionar a comunicação entre os profissionais dos diversos serviços é fundamental para que exista um fluxo de informações que possibilite compreender as necessidades de forma ampla e articular os diferentes saberes para a definição do cuidado em saúde. Nessa perspectiva propõe-se, como produto técnico dessa dissertação, a realização de uma oficina com os apoiadores do PID Betim para apresentar os resultados aqui abordados, bem como discutir e elaborar um fluxo para acesso e desfecho do programa, conforme Apêndice 3.

Convém ressaltar que os objetivos do estudo foram obtidos pela aplicabilidade da abordagem metodológica apropriada. Para realização dessa pesquisa vários fatores facilitadores e estimuladores estiveram presentes, dentre eles a receptividade e a colaboração da equipe do PID e dos cuidadores informais que abriram as portas de seus domicílios e compartilharam histórias de suas vidas.

As entrevistas nos domicílios permitiram a evocação da realidade socioeconômica e possibilitaram a manifestação dos cuidadores de forma espontânea. Ademais, contribuíram para a compreensão da importância subjetiva do PID, considerado pelos cuidadores como fundamental na manutenção da pessoa idosa que necessita de cuidado em domicílio em seu aprendizado durante o processo de adoecimento e tratamento. Outro fato marcante foi a

esperança de melhora clínica das pessoas idosas acompanhadas pelos cuidadores que, muitas vezes, deixaram seus domicílios para se dedicarem ao seu familiar, mostrando o impacto da AD para o cuidado em saúde.

Na construção deste estudo, a experiência vivenciada durante a pesquisa possibilitou a imersão no campo de observação e, assim, conhecer os elementos que auxiliaram a família no cuidado de uma pessoa que necessita de assistência. A percepção desses elementos foi possível de ser captada tanto pela permanência em campo, quanto pela relação com os cuidadores.

Ao longo das entrevistas lançou-se mão da escuta, do olhar e dos demais sentidos humanos, ampliando a percepção daquilo que pode ser assimilado com as entrevistas e transcrições e, indo além, notando os silêncios, os sorrisos, os gestos e as lágrimas. De certo modo, o olhar atento permitiu, ainda, observar a necessidade dos cuidadores de lembrarem a história de vida das pessoas que estão sob seu cuidado, numa forma de evidenciar porque aquele idoso merecia tanto carinho e cuidado e porque ainda havia esperança de recuperação.

A observação permitiu, também, que a pesquisadora, com o roteiro pré-estabelecido, imprimisse em seus registros suas percepções de modo singular, personalizado, sendo complementar à realização do estudo. Portanto, a experiência vivenciada pela pesquisadora no campo de observação foi essencial para, em simultaneidade à entrevista semiestruturada, compreender as relações de cuidado no cotidiano dos cuidadores.

Em relação à experiência de ser tornar cuidador, foi possível observar que as relações se iniciam com o laço de parentesco. Aprendeu-se que o que mantém as relações de afeto do cuidador com a pessoa de quem cuida é o conviver intenso do cotidiano, alimentando a necessidade de manter viva a pessoa que cuida. As relações intrafamiliares, construídas ao longo do cuidado, permitiram aos cuidadores criar laços afetivos muito fortes. Esses laços sustentaram os rearranjos nos modos de vida e de cuidado dessa pessoa idosa que necessita de auxílio.

Com base na compreensão das histórias dos cuidadores pode-se perceber que as pessoas cuidam para a vida e, nas situações que demandam maior atenção, o cuidado intensifica-se. Aprendeu-se sobre o cotidiano familiar, no qual estão mergulhadas as necessidades e

peculiaridades dos modos de ser e cuidar de cada pessoa idosa que necessita de ajuda, de forma a notar suas especificidades, bem como os rearranjos que promovem a manutenção das relações tecidas ao longo da vida. Assim, olhar para os cuidadores informais nas diversas situações de cuidado requer enxergar além das situações que levaram a cuidar do outro.

Finalmente, cabe ressaltar que a AD representa um valioso espaço na atenção à saúde, permanecendo o desafio de se fortalecer os fluxos, sendo ainda incipiente o seu verdadeiro papel como um serviço resolutivo de saúde, substitutivo e complementar da internação hospitalar. No processo de construção de uma AD de qualidade e resolutive, o cuidador, o domicílio e as histórias que cercam cada indivíduo devem ter seu papel assegurado.

Sem a pretensão de esgotar o assunto, almeja-se que o presente estudo possa contribuir com subsídios para o planejamento e a consolidação da AD como uma modalidade de cuidado efetiva no âmbito do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, AJ. O planejamento de pesquisas qualitativas. In: ALVES MAZZOTTI, AJ; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. p.147-178. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000162&pid=S1413-2311201200030000800002&lng=es. Acesso em: 19 jan 2019.

ALWAN, A *et al.* Monitoring and Surveillance of Chronic Noncommunicable Diseases: Progress And Capacity In Highburden Countries. **The Lancet**, London, v. 376, p. 1861-1868, 2010.

AMARAL, N. N. *et al.* Assistência domiciliar à saúde (home health care): sua história e relevância para o sistema de saúde atual. **Revista de Neurociências**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 111-117, 2001.

ASSIS, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, 8(1), 15-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000117&pid=S0102-7182201000030001600004&lng=pt. Acesso em: 26 jun.2019

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p

BAUAB, J. P.; EMMEL, M. L. G. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 339-352, 2014. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 26 jun.2019

BELLATO, R. *et al.* A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [internet], Goiânia, v.10, n.3, p.849-856, 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 10/Nov/2019

BETIM. Prefeitura Municipal. **Proposta para implantação do Serviço de Atenção e Internação Domiciliar no Município de Betim**: segundo normatização da portaria ministerial n. 2.529 de 19 de outubro de 2006. Betim: Secretaria Municipal de Saúde, 2008. 33 p.

_____. **Assessoria de imprensa da Prefeitura de Betim**. Secretaria Municipal de Comunicação. 12 e 15 de novembro de 2011. 16p. Disponível em:http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/diario12152011%3B0742%3B20111111.pdf. Acesso em: 15 jul.2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde Betim**. Disponível em:<http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/secretarias/saude/diretoria_operacional/atencao_internacao_domiciliar/40660%3B56473%3B0724340218%3B0%3B0.asp>. Acesso em: 6 jul.. 2019.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**. n. 19, p. 20-28, jan./fev./mar./abr. 2002.

BRAGA, P. P. *et al.* Oferta e demanda na Atenção Domiciliar em Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio De Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, mar. 2016. Disponível em: [181232016000300903&Lng=En&Nrm=Iso](https://doi.org/10.1590/S1413-81222016000300903&Lng=En&Nrm=Iso)>. Acesso em: 22 set. 2018.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/politica-nacional-do-idoso.pdf> Acesso em: 05/12/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.842 de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe Sobre A Política Nacional do Idoso**. Declaração Universal Dos Direitos Humanos. Programa Nacional De Direitos Humanos. Brasília: Ministério Da Saúde; 1998. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf. Acesso em: 20 dez. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002. **Acrescenta capítulo e artigo à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde, 2002**. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/552300>. Acesso em: 7 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002. **Acrescenta Capítulo e Artigo À Lei n. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm Acesso em: 20 Dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma Política De Saúde**. 2005. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 19 Jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11**, de 26 de janeiro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006
Disponível em: <http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar>>. Acesso em: 20 jun. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. **Institui a Internação Domiciliar no Âmbito do SUS**. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html Acesso em: 7 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política

Nacional de Humanização - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1337-5

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos De Saúde) (Série Pactos Pela Saúde 2006, V.12). Disponível em: http://Bvsmms.Saude.Gov.Br/Bvs/Publicacoes/Atencasaude_Pessoa_Idosa_Envelhecimento_V12.Pdf. Acesso em: 19/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2527, de 27 de outubro de 2011. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011_comp.html. Acesso em: 07 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.029, de 24 de agosto de 2011. **Institui A Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único De Saúde**. Brasília. 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html. Acesso em: 23 dez. 2018

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**. Brasília: Ministério Da Saúde, 2011c. (Série B. Textos Básicos De Saúde). Acesso em: 19 Jan.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. **Cadernos de Atenção Domiciliar**. v. 1. Brasília. 2012. Acesso em: 10. Jun.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. **Cadernos de Atenção Domiciliar**. v. 2. Brasília. 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 10. Jun.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 06 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas**. Brasília (DF): Diário Oficial da União, Seção 1, p.33

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n. 2, de 28 de setembro de 2017 - Anexo XII. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de**

Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde - SUS [recurso eletrônico] - Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 91 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças Crônicas Não Transmissíveis No Brasil** [Recurso Eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 121p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/vigilancia_doencas_agravos_ao_transmissiveis_promocao_saude.pdf Acesso em: 19 jan. 2019.

BRITO M.J. M. *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem** v.17, n.4, p.603-610,2013

BRITO, M. J. M. *et al.* Home care in the structuring of the healthcare network: following the paths of comprehensiveness. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem** (impr.), v.17 n.4, p.603-610, out/dez 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400603&script=sci_arttext&tlng=en . Acesso em: 22 out. 2019.

BRITO, M.J. M; FREITAS,L.F.C; CAÇADOR,B.S; SIMAN,A.G. **Atenção Domiciliar na Perspectiva de Trabalhadores de uma unidade de atendimento imediato**. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1712co.pdf. Natal: RN, 2013a. Acesso em: 22 out. 2019.

CALDAS, C. P. A Dimensão Existencial da Pessoa Idosa e seu Cuidador. **Textos Envelhecimento** [Periódico *Online*]. v. 3, p.- 29-41, 2000 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600032 Acesso em: 10 out. 2019.

CALDAS, C. P. Aspectos Éticos: considerando as Necessidades da pessoa idosa. In: CALDAS CP, SALDANHA AL, (Org.) **Saúde Do Idoso: a Arte De Cuidar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1509-1520, 2010. Suplemento.

CARVALHO, Sérgio R.; CAMPOS, Gastão W. de S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.507-515, jun 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0102311X2000000200021&lng=en&nrm=ISO>>. Acesso em: 18.jun.2019

CASTRO E.A. B. *et al.* Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Gáucha Enferm.** v. 39, 2016, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>. Acesso em: 18.jun.2019

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS - UERJ, ABRASCO. 2001

COMBINATO, D. S. *et al.* Grupos de Conversa: saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. **Psicologia & Sociedade**. Associação Brasileira de Psicologia Social, v. 22, n. 3, p. 558-568, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/28928>>. Acesso em: 10 nov. 2019

CRUZ, D. C. M. *et al.* As vivências do cuidador informal do idoso dependente. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, série 3, n. 2, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400014 Acesso em: 19 out. 2019.

ENGLANDER H; MICHAELS L; CHAN B; KANSAGARA D. The care transitions innovation (C-TraIn) for socioeconomically disadvantaged adults: results of a cluster randomized controlled trial. **J Gen Intern Med**.v. 29(11), p.1460-1467, 2014. doi:10.1007/s11606-014-2903-0. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238212/citedby/>. Acesso em: 19 nov.2019.

ESPINEL-BERMÚDEZ MC. *et al.* Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. **Salud Pública Mex**. v.53(1), p. 17-25, jan/fev. 2011 Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53n1/17-25/es>; Acesso em: 19 out. 2019.

FALLER, J. W. *et al.* Sobrecarga e mudanças no cotidiano de cuidadores familiares de paciente com doença crônica. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 11, n. 1, p. 181-189. jan/mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v11i1.18876>. Acesso em: 10 out.2019.

FEIJÓ, V.B.E.R. *et al.* Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.39, n.106, p.627-636, jul/set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019

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. **Revista Pan-americana da Salud Publica**, v. 23, n. 3, p.180-188, 2008. Disponível em: <http://Dx.Doi.Org/10.1590/S1020-49892008000900004>>. Acesso em: 22 dez. 2018

FILGUEIRAS, M. C. *et al.* Atuação Fisioterapêutica na Promoção da Saúde na terceira idade: percepções do idoso. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre,v.14, n. 2, p. 237-247, 2009.

FLORIANI, C.A; SCHARAMM, F.R. Atendimento Domiciliar Ao Idoso: Problema Ou Solução?. **Caderno Saúde Pública**. v. 20(4), p. 986-994, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400013>. Acesso em: 10 out. 2019.

GARBIN. S. *et al.* Envelhecimento na Perspectiva do Cuidador de Idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, 2010, p. 2941-2948 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde

Coletiva. Rio De Janeiro, Brasil. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600032>. Acesso em: 19 nov.2019.

GUTIERREZ, Denise M. D.; MINAYO, Maria C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15 (supl.), p. 1497-1508, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700062> . Acesso em: 19 nov. 2019.

HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 275p.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Rio De Janeiro: IBGE. Disponível Em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>. Acesso em: 4 Jun. 2018.

_____. **Perfil dos Idosos responsáveis pelos Domicílios 2010**. Rio De Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2929> Acesso em: 04 jun.2018.

_____. **Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI**. Organizado por Adma Hamam de Figueiredo. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia, 2016.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2010.

IPEA, Fundação João Pinheiro **Atlas do desenvolvimento humano no brasil**. PNUD Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 26 jun.2019

JUSTO, JOSÉ S; ROZENDO, ADRIANO da S.; CORREA, MARIELE R. **O Idoso Como Protagonista Social**. Revista A Terceira Idade, v.21. n. 48. p. 39-53. Disponível: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/126233/ISBN9788579836091.pdf?sequence=1&isAllowed=y>Acesso em: 19 Jan. 2019

KALACHE, Alexandre. Envelhecimento Populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 217-220, Set.1987 . Disponível em: <Http://Dx.Doi.Org/10.1590/S0102-311x1987000300001>. Acesso em: 18 fev. 2019

KARSCH, U.M. Idosos Dependentes: Famílias Cuidadoras. **Cad Saúde Pública**. 2003; 19(3):861-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300019> Acesso em: 19 jan. 2019

LACERDA, M.R.; GIACOMOZZI, C.M.; OLINISKI, S.R.; TRUPPEL, T.C. Atenção à Saúde No Domicílio: Modalidades Que Fundamentam Sua Prática. **Saúde Soc**. v.15(2), p.88-95, 2006 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009>. Acesso em: 19 Jan. 2019

LIMA, A.A.; SPAGNUOLO, R.S.; PATRICIO, K.P. Revendo Estudos Sobre a Assistência Domiciliar ao Idoso. **Psicol. Estud.** v.18(2), p. 343-351. 2013..Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722013000200015> Acesso em: 19 Jan. 2019

LINI, E.V; PORTELLA, M.R; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Geriatr Gerontol.** Rio de Janeiro, v.19(6), p.1004-1014, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>. Acesso em: 26 jun.2019

MALTA, D.C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 433-444, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200019>. Acesso em: 26 jun.2019

MARTINS, J.J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16(2), p.254-262, abr-jun 2007 Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0407/pdfs/IS27\(4\)113.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0407/pdfs/IS27(4)113.pdf). Acesso em: 19 Jan. 2019

MENDES, Eugênio V. **Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina I – Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 50-56

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. ISBN: 978-85-7967-075-6

MERHY, E. E. **Crise do modo de se produzir saúde**: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil. Campinas, Agosto 1997. (Mimeo).

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), In: FLEURY, S. **Democracia e Saúde a Luta do Cebes**. Lemos: São Paulo, p. 125-142, 1997

MIGOTT, A.M.B. **Cuidando construtivamente de enfermeiros que vivenciam sentimentos de desvalorização**: desvelando questões existenciais entre o Agir Ético e o Técnico da Profissão [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 3.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1994. 80 p.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. Ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16. 17, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. PORTARIA n. 2.529 de 19 de outubro de 2006. **Institui a Internação Domiciliar no Âmbito do SUS**. Diário Oficial Da União, Brasília, DF, 20 Out. 2006. Seção 1, P. 145-48.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO RDC n. 11 de 26 de janeiro de 2006. **Dispõe Sobre O Regulamento Técnico De Funcionamento De Serviços Que Prestam Atenção Domiciliar.** Ministério Da Saúde: Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Brasília. 2006a. Disponível

em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 23 Dez. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA n. 825, 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 2016. Disponível em: <Http://Www.Cosemsrn.Org.Br/Wp-Content/Uploads/2016/04/Portaria825-1.Pdf> Acesso em: 23 Set. 2018.

MUFATO, L. F.; ARAÚJO, L. F.; BELLATO, R.; NEPOMUCENO, M. A. S. (Re) organização no cotidiano familiar devido às repercussões da condição crônica por câncer. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 89-97, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i1.18863>. Acesso em: 19 set. 2019

NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. **As várias faces do Cuidado e do bem-estar do Cuidador.** Neri L. (Editor). Campinas: Alínea, 2001.

OLIVEIRA, D.C; D'ELBOUX, M.J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.** v. 65(5), p. 829-838, set/out 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500017>. PMID:23338589. Acesso em: 19 set.2019.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembléia Mundial Sobre Envelhecimento:** Resolução 39/125. Viena: Organização das Nações Unidas, 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** Genebra, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=2EEACBCDDB0B526CD746104358AEEEB1?sequence=6. Acesso em: 10 mai 2019.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Domiciliar no SUS:** resultados do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar / Ministério Da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 184 P.: Il. – (Série Técnica Navegador SUS, N. 9) Isbn 978-85-334-2204-9. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf Acesso em: 19 Fev. 2019

PAIVA, F.F.S; ROCHA. A.M.; CARDOSO, L. D. F. Satisfação profissional entre enfermeiros que atuam na Assistência Domiciliar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p.1452-1458, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600025. Acesso em: 18 Set. 2018.

PAIVA, P.A. *et al.* Serviços de Atenção Domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 29(2), p. 244-252, Abr./Jun., 2016 Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4651> Acesso em: 19 dez. 2018.

PERLINE, N.M.O. G; FARO, A.C.M. Cuidar de pessoa incapacitada por Acidente Vascular Cerebral no domicílio: o Fazer do Cuidador Familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP** . v. 39(2), p. 154-163, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200005>. Acesso em: 29 Dez.2018

PIRES, A. **O lugar da esperança na aprendizagem do cuidado de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2006.

PNS - PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. **Ciclos De Vida: Brasil e Grandes Regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p** Disponível: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2018

RAMOS, L. R.; SAAD, P. M. Morbidade da população idosa. In: **O idoso na Grande São Paulo**. São Paulo: SEADE (SEADE - FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS), 1990. p.161-172.

REHEM, T. C. M. S. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciências de Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro), v. 10, [s.n.], p. 231-242, 2005.

RESTA, D.G.; BUDÓ, M. L. D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 26, n. 1, p. 53-60, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400013>. Acesso em: 19 set. 2019.

ROCHA, M. P. F., VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61,p. 801-808. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600002>. Acesso em: 10 jan.2019

SANTOS, E. M. dos; KIRSCHBAUM, D. I. R. A. Trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1. p. 220-227. 2008. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/index> Acesso em: 7 jun. 2019.

SARAIVA, Klívia R. de O. *et al.* O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v.16,n.1,p.63-70,mar.2007.Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100008>.

SENA, R.R. *et al.* O Ser Cuidador na Internação Domiciliar em Betim/MG. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n.4, p.544-554. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672000000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 fev. 2019

SILVA, K. L. *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública** (São Paulo), v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf>. Acesso em: 10. Jun. 2019.

SILVA K.L. *et al.* **Atenção domiciliar no Brasil: avanços e desafios para mudança no modelo** tecnoassistencial em saúde. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2019

SILVA, K. L. *et al.* Atenção Domiciliar como mudança do Modelo Tecnoassistencial. **Revista De Saúde Pública**, v. 44(1), p.166-176, 2010. Disponível em: <https://Dx.Doi.Org/10.1590/S0034-89102010000100018>. Acesso em: 19 set. 2018.

SILVA, R.V.G.O.; RAMOS, F.R.S. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) v. 32(2), p.309-315, jun 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200014>. Acesso em: 19 set. 2019

SILVA, K. L. *et al.* Trajetória política da atenção domiciliar em Minas Gerais. **REME- Rev Min Enferm.** v. 23., 2019. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20190002. Acesso em: 19 set. 2019

SOUZA, I. D. **Integralidade da assistência:** narrativas de usuários egressos de uma Unidade de Terapia Intensiva no Sistema Único de Saúde. [Dissertação - Mestrado]. NATES. UFJF. 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufjf.br:8080/jspui/handle/ufjf/1725> Acesso em: 19 set. 2019

SWINKELS, J. *et al.* (2017). Explaining The Gender Gap In The Caregiving Burden Of Partner Caregivers. **J Gerontol B PsycholSciSocSci.** Disponível em: 10.1093/Geronb/Gbx036. Acesso em: 19 Set. 2018.

TAVOLARI, C. *et al.* **O desenvolvimento do home health care no Brasil.** *Rev ADM em Saúde*, 9(3), 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009> acesso em: 26.jun.2019.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação - o Positivismo, a Fenomenologia, o Marxismo. 5 ed. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009. 175p

TURCI, M. A. (Org.). **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008. 432 p.

WONG, L.L.R. CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. bras. estud. popul.** [online]. v.23, n.1, p.5-26, 2006. ISSN 0102-3098. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982006000100002>. Acesso em: 26.jun.2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated Health Services:** what and why? Geneva, World Health Organization, Technical Brief n 1, 2011. 8p. Disponível em: www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2019.

YIN, Robert K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 – Roteiro de Entrevistas

ROTEIRO DE ENTREVISTA
<p>Inicialmente, gostaria de lhe assegurar que essa entrevista é completamente voluntária e confidencial. Caso o(a) senhor(a) não se sinta à vontade para responder alguma pergunta, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima questão. Durante a entrevista, será utilizado o gravador do smartphone para que eu possa captar a resposta por inteiro, o que ficaria difícil, demorado e cansativo caso fosse anotar. Posteriormente, durante a transcrição das respostas, posso garantir que seu nome e endereço serão mantidos em sigilo. Portanto, sinta-se à vontade para responder tudo que lhe for perguntado. Caso não entenda alguma pergunta, por favor, me avise, pois terei prazer em explicá-la melhor.</p>
Informações Gerais
<p><i>Antes de ligar o gravador, informar sobre o termo de consentimento livre e esclarecido, esclarecer dúvidas e coletar informações gerais listadas abaixo.</i></p>
1. Qual é o nome da pessoa que você cuida?
2. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
3. Idade: _____
4. Tempo que presta cuidado à pessoa (meses; anos): _____
5. Horas semanais dedicadas a prestar o cuidado: _____
6. Grau de escolaridade:
7. Já trabalhou como cuidador de idosos? <input type="checkbox"/> Sim. Por quanto tempo _____ <input type="checkbox"/> Não
8. Qual seu vínculo com o idoso? <input type="checkbox"/> Familiar. Parentesco: _____ <input type="checkbox"/> Não familiar. Especificar: _____
Entrevista
<p><i>Agora vou ligar o gravador para que possamos conversar melhor, sem anotações.</i></p>
1. Fale sobre as doenças que levaram a internações hospitalares da pessoa que você cuida?

2. Você considera que alguma coisa poderia ter sido feito para evitar as internações da pessoa e cuidada por você?
3. Como é organizado o atendimento do PID após a alta hospitalar da pessoa que você cuida?
4. Como você organiza seu dia-a-dia após a missão de ser o cuidador?
5. Após o adoecimento como vocês (família) se organizaram para que não houvesse sobrecarga?
6. Você acha que a atenção domiciliar ajuda a diminuir as internações?
7. Você chegou a ficar sabendo das capacitações ofertadas pela Atenção Domiciliar? E em que as capacitações contribuíram?
8. Participa ou participou de capacitação ou oficina sobre o cuidado e manejo dos equipamentos utilizados em seu domicílio oferecidos pelo estado ou pelo município?
9. Você está preparado(a) para lidar com o agravamento das condições de saúde da pessoa que você cuida?
10. Qual maior desafio enfrentado na manipulação dos equipamentos utilizados pela pessoa idosa (nome da pessoa) que você cuida?
11. Na questão financeira, como a família se organiza para manter a pessoa idosa (nome da pessoa) em casa?
12. Fale sobre as dificuldades que enfrenta ao cuidar de (nome da pessoa) e as quais as maiores demandas do cuidado.
13. Fale sobre as vantagens e desvantagens de estar participando do programa de atenção domiciliar.
14. Você teria alguma sugestão para melhoria do programa de atenção domiciliar? O que acha que poderia ser feito?

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA MELHOR EM CASA: O DESAFIO DE CUIDAR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidá-lo a participar voluntariamente da pesquisa intitulada **MELHOR EM CASA: O DESAFIO DE CUIDAR**, em desenvolvimento no Curso de Mestrado Profissional de Gestão em Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que representa uma das exigências para obtenção do título de mestre. Essa pesquisa é de responsabilidade da mestrandia Andreia Devislanne Ribeiro, orientada pela Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos. Este termo de consentimento tem como finalidade fornecer informações sobre este estudo.

Este projeto tem por objetivo conhecer o cotidiano dos cuidadores informais de idosos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar do município de Betim - MG e identificar os desafios enfrentados no cuidado a pessoas idosas dependentes de tecnologias para manutenção de vida.

Você está sendo convidado para participar do estudo, por ser um cuidador informal de uma pessoa atendida pelo Programa de Internação Domiciliar. Estamos lhe convidando para conversarmos sobre a realidade do cuidado e os desafios de cuidar de uma pessoa idosa dependente nas atividades básicas do dia-a-dia e que necessita de equipamentos para manutenção de vida.

Espera-se que este estudo possa contribuir para melhorar o cotidiano da população idosa do município que recebe atendimento domiciliar e de seus familiares. Sua colaboração é voluntária e consiste em participar de uma entrevista com a pesquisadora que será realizada com agendamento prévio no domicílio ou em um local em que você se sentir seguro. As entrevistas serão gravadas, se assim for permitido, estando à sua disposição para ouvi-las, se assim o desejar. As informações fornecidas na gravação não serão identificadas pelo seu nome, assim como o de pessoas que você possa citar, garantindo o anonimato. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins científicos e melhoria na gestão do atendimento domiciliar prestado, não gerando qualquer prejuízo a você, ao idoso e seus familiares. As pesquisadoras responsáveis manterão os dados da pesquisa em arquivo, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG)** cujo endereço é Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31270-91. Tel: (0xx31) 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br e pelo **Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Betim (CEPBetim)** cujo endereço é Rua Pará de Minas, 640, Brasileia - Betim/MG - CEP. 32600-412 Telefone: (0xx31) 3512-3313 E-mail: cepsmsbetim@yahoo.com.br. Além disso, o projeto teve a anuência Secretaria Municipal de Betim MG, endereço Rua Pará de Minas, 640 - Brasília- Betim/MG - CEP. 32600-412 Telefone: (0xx31) 3512-3429. As pesquisadoras responsáveis podem ser encontradas nos

endereços citados a seguir e os dois Comitês de Ética e Pesquisa podem ser contactados para dúvidas éticas.

Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a possíveis desconfortos para responder às questões, ou constrangimento pelo compartilhamento de informações pessoais ou confidenciais. Caso não se sinta confortável, você deve relatar à pesquisadora imediatamente. Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, ou mesmo recusar a participar da pesquisa sem nenhum ônus ou prejuízo. Caso ocorra, será garantida a você a reparação dos danos causados na execução da pesquisa e o reembolso no caso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa. Além disso, não haverá custos adicionais para sua participação. Visando a saúde e bem estar do idoso e seus familiares, caso seja identificado alguma inadequação na assistência ao idoso, o fato será repassado e discutido com o Programa de Internação Domiciliar.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação na pesquisa em questão, sendo que uma via será arquivada no endereço do pesquisador durante 5 anos e a outra será fornecida a você.

Consentimento: Eu, _____, fui informado(a) do objetivo do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar deste estudo como voluntário(a) sabendo que meu nome não será divulgado e que os resultados serão utilizados para fins científicos e melhoria da gestão do programa de atenção domiciliar. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, ____ de _____ 2019.

Nome: _____

Assinatura: _____

Contatos: _____

Andréia Devislanne Ribeiro
Rua Itamarati, 28 São Benedito / Sta Luzia
e-mail: adevislane32@gmail.com
Tel: (031) 997394475

Mirela Castro Santos Camargos
Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia,
BH/MG – 30130-100
e-mail: mirelacsc@gmail.com
Tel: (31)3409-8024

APÊNDICE 3 – Produto Técnico

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

**Oficina para apresentação de resultados e construção do
fluxo para acesso e desfecho do Programa de Internação
Domiciliar**

Andréia Devislanne Ribeiro
Mirela Castro Santos Camargos

**Belo Horizonte
2020**

INTRODUÇÃO

Essa proposta de oficina constitui parte integrante da dissertação de Andréia Devislanne Ribeiro, do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A autora tem como linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde e foi orientada pela professora doutora Mirela Castro Santos Camargos.

A dissertação teve como objetivo geral conhecer o cotidiano dos cuidadores informais de idosos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) do município de Betim - MG e identificar os desafios enfrentados no cuidado a pessoas idosas dependentes de tecnologias para a manutenção da vida. Como objetivos específicos, o estudo se propôs a conhecer a organização das famílias que têm uma pessoa idosa que necessita de equipamentos para manutenção da vida, identificar as dificuldades e potencialidades vivenciadas pelo cuidador informal na assistência ao idoso no domicílio pelo PID, entender o funcionamento do PID do ponto de vista do usuário e propor possíveis melhorias no PID, com base no que for levantado e discutido no estudo.

A proposta deste projeto é apresentar os resultados para a equipe do PID Betim, por meio de uma oficina, visando expor as percepções encontradas e enumerando as potencialidades que tornaram o serviço referência. A ideia é apresentar os resultados obtidos e inserir sugestões que visam efetivar a atuação da equipe do PID Betim, incluindo construção de um fluxo a ser disponibilizado na rede. Com a construção de um documento orientador, espera-se auxiliar as unidades, os profissionais e os usuários que demandam atendimento do PID Betim, visando o aprimoramento do serviço. Durante as entrevistas, baseado nos relatos de experiências dos usuários, observou-se que ainda é necessário conhecer os fluxos de admissão do PID Betim para que os encaminhamentos ocorram de forma efetiva.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A Política de Atenção Domiciliar é um serviço que visa reorganizar o trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar, com objetivo de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e/ou período de internação, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia das pessoas que necessitam de cuidado (BRASIL; 2016).

A identificação dos elementos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é essencial ao bom desempenho do Programa de Internação Domiciliar (PID). Compreender a necessidade de estabelecer a organização dos fluxos assistenciais que se darão entre o PID e a RAS também é fundamental para seu funcionamento e seu gerenciamento.

Os fluxos de acesso e de informação das pessoas e os diversos pontos de atenção da RAS precisam estar claramente estabelecidos para definição dos encaminhamentos dos usuários ao PID. Além disso, a solicitação de acesso ao PID também pode ocorrer por iniciativa das próprias pessoas que necessitam de cuidados, familiares ou vizinhos.

Os gestores e profissionais de saúde e da assistência social devem construir protocolos e fluxos de acesso com critérios claros de elegibilidade, definidos e divulgados amplamente. Porém, atualmente, para isso se estabelecer, o processo de implantação do PID deve incluir mecanismos de busca ativa de pessoas que necessitam de atendimento domiciliar em serviços hospitalares e UPAS, principalmente.

OBJETIVO DA PROPOSTA

Este documento tem como objetivo apresentar à equipe do PID de Betim - MG a proposta de realizar uma oficina com os apoiadores do programa. A oficina tem como propósito apresentar os principais resultados encontrados na dissertação de mestrado, para que possa ser objeto de estudo e reflexão, e fomentar a discussão e a construção do Fluxo para acesso e desfecho do Programa de Internação Domiciliar do município de Betim.

METODOLOGIA

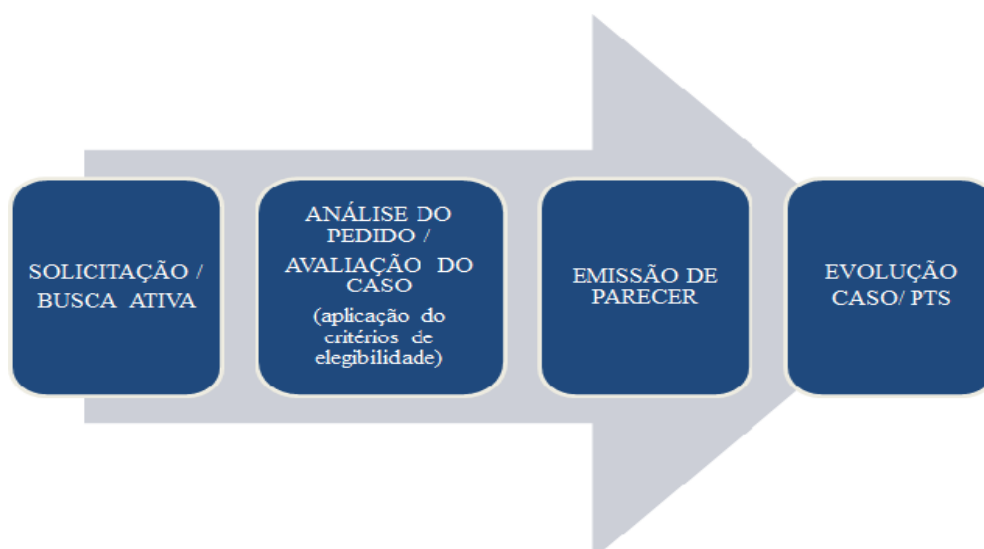
Para realização da oficina será necessário local com capacidade para 30 pessoas, com estrutura de mesas e cadeiras móveis. Os materiais necessários serão *datashow*, computador, quadro, canetas e papel tipo ofício.

Será realizada exposição dialogada com exposição dos principais resultados e um trabalho em grupo para análise dos dados, além de discussão e construção do Fluxo para Acesso e

Desfecho do Programa de Internação Domiciliar do município de Betim.

Em relação ao Fluxo para Acesso e Desfecho do Programa de Internação Domiciliar do município de Betim, a figura 6 apresenta alguns dos pontos que devem ser discutidos para a construção.

Figura 6: Pontos importantes para a construção do Fluxo para Acesso e Desfecho do Programa de Internação Domiciliar do município de Betim



Fonte: Elaborada pela autora.

Em seguida, descreve-se alguns pontos que devem ser considerados e discutidos com os apoiadores.

Solicitação /Busca

Na estruturação de um serviço de atenção domiciliar os fluxos têm que ser definidos e divulgados em toda a rede estadual de saúde. É importante a construção de um instrumento próprio, que possa ser acessado pelos diversos canais do município (página da *internet* do município, telefone, *e-mail*), de fácil preenchimento e que possa ser recebido por e-mail ou por cadastro no site da prefeitura. Recomenda-se o contato telefônico e a descrição detalhada de condições clínicas, históricos, exames realizados, intercorrências e justificativas. A família deve estar ciente da solicitação e de acordo.

A busca ativa deve ser realizada de forma clara para os integrantes das unidades hospitalares e de toda rede de saúde. A criação de vínculo do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) com as demais estruturas de saúde é essencial para que o fluxo de encaminhamento seja conhecido pelos os atores.

Análise do pedido

Realizada por um membro da Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD), para averiguar critérios de elegibilidade, a análise do pedido deve ser efetuada com agendamento de visita pré-admissional e/ou de ambiência. A verificação das condições domiciliares deve ser realizada de maneira ágil, afinal a agilidade de resposta de análise do caso com pareceres claros trazem à AD maior credibilidade pelos demandantes.

É importante a reunião da equipe para a definição da admissão e construção de plano terapêutico com participação dos familiares e cuidadores são essenciais para que aconteça a transição efetiva do cuidado.

Emissão de parecer

A emissão de parecer deve conter o timbre do serviço, mesmo quando realizado de maneira eletrônica. Quando um pedido não for aceito, caberá ao SAD encaminhar um documento ao solicitante com a exposição dos motivos que justificam a negativa.

Quando um pedido for aceito, o SAD deverá agendar a primeira visita, preferencialmente com a presença de todos os integrantes do EMAD, para avaliação conjunta, orientações e assinatura do Termo de Consentimento. Em seguida, deve-se pensar na elaboração do projeto terapêutico com participação de familiares e cuidadores. Também são realizados encaminhamentos para disponibilização dos insumos e equipamentos necessários para cada caso.

Evolução do caso

A evolução do caso pode resultar nos seguintes desfechos: melhora do quadro, piora e óbito. No caso de melhora com estabilização do quadro, o SAD deverá encaminhar o paciente para a modalidade AD1, sob cuidados da equipe de atenção básica. No caso de piora, o paciente

deverá ser removido para o setor de atenção à urgência e emergência ou internação hospitalar. O óbito será atestado pelo médico do SAD responsável pelo atendimento na data e no horário de sua ocorrência. Nos finais de semana e no período noturno, quando não houver funcionamento do SAD, o atestado será emitido por órgão competente. A EMAD fará visita pós-óbito aos familiares.

PROGRAMAÇÃO DA OFICINA

08:00 - Abertura com apresentação da programação e objetivos da oficina

08:30 - Exposição dialogada dos principais resultados da dissertação

10:00 - Divisão em grupo para construção de Fluxo de acesso ao PID Betim

10:30 - Discussão/construção do Fluxo para Acesso e Desfecho Programa de Internação Domiciliar do município de Betim

11:00 - Apresentação e compartilhamento das discussões

11:45 - Avaliação da Oficina

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que a oficina seja um momento de reflexão para os apoiadores do PID e que produza materiais para discussão, determinado um fluxo único de admissão de novos casos no PID. A proposta visa ampliar a divulgação dos fluxos do PID nos canais da Prefeitura, efetivando o acesso ao programa. Em um segundo momento, espera-se construir um *e-book* para orientação dos profissionais da rede de saúde. Ressalta-se a importância de instrumentalizar o serviço quanto aos fluxos, ampliando a atuação no território e demonstrando à sociedade seu papel na rede de saúde no município.

A elaboração de fluxos requer conhecimento da temática e do serviço. Espera-se que a oficina proporcione discussões e difusão de conhecimento. No que se refere aos referidos fluxos, cabe lembrar que devem ser objeto de monitoramento e avaliação constantes ao longo dos anos, pelos diversos pontos da rede de saúde, incluindo UBS, UPA e hospitais. A avaliação faz-se necessária a fim de efetivar sua resolutividade frente às demandas.

Assim, o gerenciamento e o acompanhamento do PID no município deve utilizar estratégias

de monitoramento e avaliação, a partir dos quais serão produzidas as informações necessárias para o planejamento e a reformulação das ações do serviço. Tanto para o monitoramento como para a avaliação do serviço, é necessário estabelecer uma rotina de registro, sistematização e análise das informações produzidas com base em todas as ações da Atenção Domiciliar. Cabe mencionar que é fundamental que as informações sejam corretamente registradas nos sistemas de informação disponíveis.

A avaliação é uma ferramenta imprescindível para o planejamento das ações na Atenção Domiciliar. O gestor do PID pode avaliar sob diversos aspectos como qualidade, resolubilidade da assistência, satisfação do usuário e desempenho da equipe. A criação de fluxos facilita a avaliação e a organização de serviços do Serviço de Atenção Domiciliar, o que demanda definições, encaminhamentos e operacionalização como processos articulados e contextualizados na Rede de Atenção de Saúde do Sistema Único de Saúde (RAS- SUS).

Finalmente, espera-se que esta oficina seja uma oportunidade para ampliar as discussões sobre as possibilidades e os caminhos da Atenção Domiciliar em Betim e um primeiro passo para repensar processos, alternativas e estratégias de efetivar os princípios do SUS.

ANEXO

ANEXO 1 - Carta de Anuência



Betim, 03 de abril de 2019.

CARTA DE ANUÊNCIA

Em resposta à solicitação de aprovação para realização de pesquisa pela pesquisadora Andréia Devislanne Ribeiro, sob a orientação de Prof.ª Dr.ª Mirela Castro Santos Camargos, responsáveis pelo projeto: “MELHOR EM CASA: O DESAFIO DE CUIDAR”, que tem como objetivo: “O estudo visa conhecer o cotidiano dos cuidadores informais de idosos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar do município de Betim - MG e identificar os desafios enfrentados no cuidado a pessoas idosas dependentes de tecnologias para manutenção de vida.”, consideramos que:

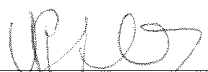
1. O projeto de pesquisa apresentado é coerente e apresenta método adequado;
2. O fomento à pesquisa e ao desenvolvimento técnico e científico, bem como a integração ensino e serviço, faz parte das diretrizes da Educação em Saúde do SUS/Betim;
3. A execução do projeto foi autorizada pela Diretoria de Urgência e Emergência.
4. Esta instituição não terá nenhuma despesa decorrente da participação nessa pesquisa;
5. Os resultados desta pesquisa devem ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde de Betim.


Diante de tais considerações, autorizamos que este trabalho seja executado **SOMENTE APÓS A DEVIDA APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PREFEITURA DE BETIM – CEPBETIM.**

Ressaltamos a necessidade de que os autores deixem explícito, em toda e qualquer publicação feita a partir desta pesquisa, a participação do SUS/Betim.

À disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


 Vivian Ribeiro Alyes
 Diretora de Gestão do Trabalho
 e Educação em Saúde – SMS/SUS-Betim


 Guilherme Carvalho da Paixão
 Secretário Municipal de Saúde
 Gestor do SUS/Betim

ANEXO 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Melhor em casa: os desafios do cuidado

Pesquisador: MIRELA CAMARGOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13972919.8.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.434.515

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda que visa incluir o Fundo Municipal de Saúde de Betim como coparticipante da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme formulário de informações básicas:

Objetivo Primário:

O estudo visa conhecer o cotidiano dos cuidadores informais de idosos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) do município de Betim - MG e identificar os desafios enfrentados no cuidado a pessoas idosas dependentes de tecnologias para manutenção de vida.

Objetivo Secundário:

-

Conhecer os arranjos organizacionais das famílias que têm idoso que necessita de equipamentos para manutenção de vida e cuidados diários.

- Identificar as dificuldades e potencialidades vivenciadas pelo cuidador informal na assistência ao idoso no domicílio pelo PID. - Entender o funcionamento do PID do ponto de vista do usuário. - Propor possíveis melhorias no PID, com base no que for levantado e discutido no estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliação inalterada em relação à última versão do protocolo aprovado.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.434.515

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterados em relação à última versão do protocolo aprovado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Há termo de anuência da Secretaria de Saúde de Betim anexado à Plataforma e inclusão do Fundo Municipal de Saúde de Betim na lista de coparticipantes do estudo, na Plataforma Brasil.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-UFMG não se opõe à inclusão do Fundo Municipal de Betim como coparticipante do estudo, cabendo aos pesquisadores atenderem a autorização do CEP da coparticipante para realização do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1384798_E1.pdf	24/06/2019 10:57:46		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/05/2019 15:14:32	MIRELA CAMARGOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Andreia_Plataforma_Brasil.pdf	07/05/2019 17:11:48	MIRELA CAMARGOS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	07/05/2019 16:53:55	MIRELA CAMARGOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/05/2019 16:49:01	MIRELA CAMARGOS	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_Camara_Departamental.pdf	07/05/2019	MIRELA	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SÍ 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.434.515

Parecer Anterior	Parecer_Camara_Departamental.pdf	16:47:02	MIRELA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia.pdf	07/05/2019 16:44:44	MIRELA CAMARGOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 03 de Julho de 2019

Assinado por:

Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SÍ 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO 3 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Betim

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BETIM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Melhor em casa: os desafios do cuidado

Pesquisador: MIRELA CAMARGOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13972919.8.3001.5651

Instituição Proponente: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BETIM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.470.973

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado Profissional em Gestão. Considerando o aumento de idosos na população associado ao crescimento da longevidade, os desafios em relação às políticas de cuidado voltadas à população que envelhece, a Política de Atenção Domiciliar (AD) e a importância das relações cuidador-equipe-indivíduo- família na implementação do cuidado no domicílio e na melhoria do indivíduo, os pesquisadores pretendem conhecer o cotidiano e os tipos de vínculos estabelecidos pelos os cuidadores informais de idosos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar do município de Betim - MG. Além disto, buscam identificar os desafios enfrentados no cuidado a pessoas idosas dependentes de tecnologias para manutenção de vida, permitindo avaliar este Programa. O município de Betim foi escolhido por ter um dos primeiros programas de AD do país, considerado como referência para implantação no estado. A pesquisa, de natureza exploratória e descritiva, será realizada por meio de abordagem qualitativa através de entrevistas semiestruturadas com os cuidadores informais dos idosos atendidos pelo Programa de Atendimento Domiciliar de Betim. Estas entrevistas serão realizadas nos domicílios e serão previamente agendadas e gravadas. A lista com os nomes e contatos dos idosos participantes do programa e seus familiares será fornecida pelo município. Os critérios para inclusão dos participantes são: não receber remuneração (em dinheiro), assumir o cuidado integral de idoso acompanhado pela a equipe multiprofissional de atenção domiciliar do PID de Betim, dedicar no mínimo 08 horas semanais na prestação do cuidado e acompanhar o idoso por pelo menos 30 dias.

Endereço: Rua Pará de Minas, 640

Bairro: Brasília

CEP: 32.600-412

UF: MG

Município: BETIM

Telefone: (31)3512-3313

E-mail: cepsmbetim@yahoo.com.br