

CÁSSIA APARECIDA BARBOZA

CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE: UM DESAFIO
PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG

2011

CÁSSIA APARECIDA BARBOZA

CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE: UM DESAFIO
PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Luciana Souza d'Ávila

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG

2011

CÁSSIA APARECIDA BARBOZA

CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE: UM DESAFIO
PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Luciana Souza d'Ávila

Banca Examinadora

Prof.^a Luciana Souza d'Ávila – Orientadora

Prof.^a Dr.^a Annette Souza Silva Martins da Costa

Aprovado em Belo Horizonte: 06 de Julho de 2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, o Criador. Sua benção e proteção são constantes em minha vida e um alento nos momentos mais difíceis.

À minha querida mãe Maria, exemplo de vida, que sempre me mostrou a importância de uma boa formação. Seus exemplos e ensinamentos não vieram dos bancos de uma sala de aula que não tivera oportunidade de frequentar, mas de uma vida digna de uma guerreira que lutou bravamente para criar os filhos e vê-los todos alcançar a formação superior e a especialização.

A Paulinho, grande amor da minha vida! Pelo companheirismo e motivação. Obrigada por entender minhas ausências, pelo seu apoio, carinho e amor.

A orientadora, Luciana D'Ávila, por seus ensinamentos e apoio para a confecção deste trabalho. Mesmo a distância se fez muito presente.

A querida e inesquecível tutora Rosana Paes, pelos ensinamentos e motivação. Grande guerreira!

A tutora Kênia que me “socorreu” quando ainda estava sem orientadora. Muito obrigada pela dedicação e carinho!

A minha irmã Geninha que sempre me motivou.

A Luiz Henrique, sobrinho do coração, pelo apoio e grande incentivo.

A todos que acreditaram, me apoiaram e me incentivaram. Muito Obrigada!

“Quando a velhice chegar, aceite-a, ame-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem, mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos aos, estes ainda reservam prazeres”.

Sêneca

RESUMO

As estatísticas mostram que no Brasil, a população está cada vez mais idosa, devido ao aumento da expectativa de vida, conseqüente de uma melhoria da qualidade de vida do brasileiro. Como conseqüência do envelhecimento, entretanto, há o desenvolvimento de doenças crônicas que podem deixar o indivíduo acamado e dependente de outra pessoa para a realização de atividades básicas da vida diária. A essa outra pessoa, que na maioria das vezes é um familiar, cabe a responsabilidade sobre os cuidados ao idoso, deixando-a, muitas vezes, sobrecarregada. Para o acompanhamento das famílias, foi criada a Equipe de Saúde da Família - ESF, que ainda enfrenta grandes dificuldades no atendimento aos idosos dependentes. Dada essa realidade, o objetivo deste trabalho é buscar na literatura os principais problemas enfrentados por essa estratégia do Sistema Único de Saúde - SUS, assim como as possíveis soluções propostas, avaliando, ainda, suas aplicabilidades na área de abrangência da ESF na qual a autora deste trabalho está inserida, no município de Ouro Preto – MG. Os problemas mais comuns encontrados foram a sobrecarga do cuidador, a falta de conhecimento da família sobre a doença e a falta de recursos humanos para a manutenção do programa. Após o estudo, verificou-se que a situação nesse município não é diferente de outras cidades do Brasil e que uma melhoria no atendimento domiciliar ao idoso dependente só será possível com o empenho dos profissionais e da população.

Palavras-chave - Idoso dependente; Cuidador; Estratégia de Saúde da Família; Cuidados domiciliares de saúde; Serviços de saúde para idosos

ABSTRACT

Statistics show that in Brazil, population is getting older due to increased life expectancy, resulting in an improved Brazilian's quality of life. However, as a consequence of aging, it is observed the development of chronic diseases, which may lead the individual being bedridden and dependent on another person to perform basic activities of daily living. This other person, who is most often a family member, has the responsibility to take care for the elderly, making it often overloaded. For the families accompaniment was created the Family Health Team - ESF, which still faces great difficulties in assisting dependent older people. With this reality, the objective of this review is to search on the literature the main problems faced by the strategy of the Health System – SUS, as well as possible, the proposed solutions by assessing their applicability in the population area covered by the ESF of the author of this study, in the municipality of Ouro Preto - MG. The most common problems found were the caregiver burden, lack of family knowledge about the disease and lack of human resources for program maintenance. After the study, it was found that the situation in this city is no different than other Brazilian cities in and an improvement in the dependent elderly home care will only be possible with the professionals and population commitment.

Keywords - Aged dependent, Caregiver, Family Health Strategy, Home nursing, health services for elderly

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVDs	– Atividades Básicas de Vida Diária
AVD	– Atividades de Vida Diária
CEABSF	– Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CRAS	– Centro de Referência de Assistência Social
ESF	– Equipe de Saúde da Família
HAS	– Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MCAF	– Modelo Calgary de Avaliação da Família
MS	– Ministério da Saúde
NASF	– Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	– Programa de Saúde da Família
SciELO	– Scientific Electronic Library Online
SUAS	– Sistema Único de Assistência Social
SUS	– Sistema Único de Saúde
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UFOP	– Universidade Federal de Ouro Preto

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 –	Representação esquemática da proporção de pessoas idosas na população geral na atualidade e em 2050.....	16
Figura 2 –	Rede assistencial de atenção à saúde da pessoa idosa – Interface SUS-SUAS.....	18
Figura 3 –	Diagrama mostrando a relação entre doenças e declínios fisiológicos conseqüentes ao envelhecimento com sintomas e desfechos adversos.....	21
Quadro 1 –	Avaliação da viabilidade das propostas apresentadas pelos autores e apresentação de sugestões para aplicação na Equipe Azul.....	32

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
2.	OBJETIVO.....	14
3.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	15
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
4.1 -	O envelhecimento da população brasileira.....	16
4.2 -	A saúde do idoso no SUS.....	17
4.3 -	Os idosos dependentes.....	19
4.4 -	Assistência aos idosos dependentes.....	22
4.5 -	Problemas encontrados pela ESF na assistência ao idoso dependente.....	25
4.6 -	Propostas para a resolução de alguns problemas.....	28
4.6.1 -	Avaliação da aplicabilidade dessas propostas.....	31
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

1. INTRODUÇÃO

Durante a graduação no curso de Enfermagem, foi dada muita ênfase à Saúde Coletiva, disciplina com a qual a autora deste trabalho se identificou, percebendo que é nessa direção que ocorrerá a melhoria na saúde da população brasileira em geral. O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), por sua vez, contribuiu para a atuação da referida autora na Equipe de Saúde da Família, direcionando ações e evidenciando problemas e desafios que antes passavam despercebidos.

A escolha do tema justifica-se pelas dificuldades vivenciadas pela ESF em que a autora deste trabalho atua, a qual será identificada como Equipe Azul, ao lidar com a atenção ao idoso dependente, principalmente em se tratando do atendimento domiciliar. Dentre essas dificuldades, pode-se citar a pouca aceitação dos familiares em atender a algumas orientações da equipe; o rodízio de cuidadores; a falta de conhecimento dos cuidadores e, juntando-se a isso, o tempo restrito dos profissionais em capacitá-los; a falta de estrutura física adequada para atender a essa demanda; a sobrecarga de trabalho dos profissionais da equipe; e, ainda, as metas a serem cumpridas mensalmente, que demandam tempo e acabam sendo priorizadas em relação à atenção ao idoso dependente.

A relevância do tema ainda é evidenciada pelo aumento significativo da população idosa no Brasil, bem como da expectativa de vida, na última década. É o que revela o Censo 2009, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Segundo essa fundação pública, entre 1980 e 2005, a expectativa de vida ao nascer do brasileiro alcançou as cifras de 8,7 anos para os homens e 10,2 anos entre as mulheres, para o País como um todo. As mulheres estão vivendo até os 75,9 anos, enquanto os homens, até os 68,4 anos (IBGE, 2009).

Isso se deve, em partes, a dois motivos básicos. O primeiro é a diminuição da mortalidade, principalmente por doenças infectocontagiosas em resposta à tecnologia importada, como vacinas, antibióticos, remédios, aparelhagem e outros, que, conseqüentemente, leva ao aumento da expectativa de vida. O segundo é a diminuição da fecundidade, ou seja, a diminuição do número de filhos por mulher em idade fértil (PASCHOAL, 2005). É importante salientar ainda que a produção industrial de meios anticonceptivos e sua aceitação por mulheres interessadas na autorregulação de sua fecundidade contribuiu nesse processo no Brasil (IBGE, 2009).

Por outro lado, os indivíduos, ao chegarem à velhice, poderão morrer com maior probabilidade devido a sequelas e complicações de doenças crônicas. Doenças essas, que levam, em muitos casos, à dependência (PASCHOAL, 2005).

Dentre essas enfermidades, pode-se citar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais; e a *Diabetes Mellitus*, cujas complicações crônicas estão relacionadas a alterações vasculares, que podem gerar lesões, disfunção e falência em órgãos-alvo, como rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (MINAS GERAIS, 2006).

Além dessas patologias, encontram-se os chamados “Gigantes da Geratria”, ou seja, problemas comuns entre os idosos, tais como a síndrome de imobilidade, a instabilidade postural (quedas e fraturas), a incontinência urinária, as doenças neuropsiquiátricas (depressão, insônia, demências e *delirium*) ou insuficiência cerebral e a iatrogenia (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

Alguns estudos populacionais indicam que cerca de 15% da população de idosos no Brasil possuem pelo menos cinco tipos de doenças crônicas, e mais de 85% do total de idosos brasileiros apresentam pelo menos uma dessas doenças. Os estudos mostram ainda que quatro a seis por cento dos idosos apresentam formas graves de dependência funcional, sete a dez por cento, formas moderadas e 25 a 30%, formas leves. Somente 50 a 60% de nossos idosos seriam completamente independentes (BRASIL, 2002). Devido a essas pessoas viverem por vários anos, observa-se a necessidade de acesso constante aos serviços de saúde.

Para enfrentar esses desafios, além de outros referentes à população brasileira, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), com um papel importante na atenção à saúde do idoso, e focalizando o atendimento domiciliar como um modelo assistencial capaz de resolver, ou pelo menos minimizar, os problemas de saúde causados pelo envelhecimento, além de reduzir a possibilidade de hospitalização e de favorecer a humanização do cuidado (FERNANDES; FRAGOSO, 2005).

A atuação dos profissionais de saúde que compõem a equipe do PSF, principalmente dos enfermeiros, segue critérios estipulados pelo Ministério da Saúde (MS). Segundo Ferraz e Santos (2007), muitos enfermeiros não conseguem cumprir todas as preconizações do MS, talvez devido à falta de controle social ou de recursos disponíveis, prejudicando, possivelmente, o cumprimento das estratégias do programa.

Ao se entrar no contexto do profissional, percebe-se que há um distanciamento entre a teoria e a realidade (a prática). Existem várias propostas desenvolvidas pelas próprias ESF's, que ajudariam a resolver muitos problemas, porém, falta, na maioria das vezes, uma estrutura adequada para colocá-las em prática. Esse fato foi observado pela autora deste trabalho em um PSF de um distrito do município de Ouro Preto, Minas Gerais, onde a população de idosos é considerável (cerca de 10% da

população do bairro). Nessa área de abrangência, encontram-se diversos idosos dependentes que demandam por maior atenção da equipe, principalmente em se tratando da atenção domiciliar.

Alguns autores já desenvolveram trabalhos em Ouro Preto, entre eles, destacam-se Chaimowicz e Coelho (2004) *apud* Chaimowics *et al.*, 2009, que realizaram uma amostra aleatória dos idosos de Ouro Preto e perceberam que quase a totalidade dos idosos não cumpria adequadamente os procedimentos para rastreamento de neoplasias. O estudo revelou ainda que, se por um lado, os idosos de Ouro Preto são relativamente jovens, por outro, apresentavam prevalência de síndromes geriátricas e fatores de risco para dependência.

Ainda em relação a esse município, existem algumas iniciativas quanto à saúde do idoso. Alguns PSF's desenvolvem ações nesse sentido, porém são ações isoladas, direcionadas principalmente a idosos não dependentes. No final de 2010, foi elaborado pela atenção básica um plano de ação para a saúde do idoso, que será desenvolvido por todas as equipes de PSF. Esse plano foi aprovado pelo Secretário Municipal de Saúde e tem por objetivo melhorar o acesso a serviços adequados às necessidades de saúde individuais e coletivas, visando à promoção do envelhecimento ativo e saudável bem sucedido (OURO PRETO, 2010).

Além disso, será implantado no município de Ouro Preto, neste ano de 2011, o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que contará com vários profissionais especializados, entre os quais fisioterapeutas, que atenderão também a idosos acamados, realizando, quando possível, fisioterapia domiciliar. Ouro Preto conta com o Conselho Municipal de Idosos, que funciona na casa dos conselhos. Esse conselho é atuante e, quando solicitado, oferece apoio às equipes de saúde da família.

Existem diversos trabalhos sobre assistência domiciliar a idosos dependentes em outras regiões do Brasil, inclusive, com dados estatísticos, tais como o de Aires e Paz (2008) que apresentaram dados numéricos de população idosa dependente e objetivaram identificar as necessidades de cuidado autorreferidas por idosos de uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família. Os autores desse estudo chegaram à conclusão de que o aumento da longevidade e conseqüente dependência, implicam necessidades de cuidados no domicílio, sendo necessário que os serviços de saúde reorganizem suas ações voltadas à população idosa.

Dada essa realidade e para responder aos objetivos propostos, este trabalho terá a seguinte estrutura: no Capítulo 2, é relatado como foi realizada a pesquisa bibliográfica e os procedimentos adotados; no Capítulo 3, apresentam-se os resultados da pesquisa realizada, no qual, em seu subcapítulo 3.1, será abordado, de forma geral, o envelhecimento da população brasileira, bem como algumas

características inerentes a essa fase, tais como a prevalência de doenças crônico-degenerativas, o aumento de idosos dependentes e a necessidade de um cuidador. Já o item 3.2, representa um retrospecto quanto ao PSF e também sobre a abordagem da saúde do idoso no Sistema Único de Saúde (SUS), como a Política Nacional de Saúde ao Idoso, Estatuto do Idoso, entre outros. Os subcapítulos seguintes darão ênfase ao idoso dependente, bem como à assistência a esse público; no subcapítulo 3.5 os principais problemas encontrados pela ESF, na literatura, na assistência aos idosos dependentes; no subcapítulo 3.6 serão apresentadas propostas encontradas na literatura para solucionar ou amenizar os problemas levantados, sendo que no subcapítulo 3.6.1 será discutida a aplicabilidade das propostas pela Equipe Azul.

Para finalizar, no Capítulo 4, serão feitas as considerações finais, verificando se os objetivos foram alcançados.

2. OBJETIVO

Analisar os principais desafios enfrentados pela Equipe de Saúde da Família (ESF) no cuidado ao idoso dependente, bem como as medidas destinadas a amenizar ou resolver esses desafios.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Segundo Fachin (2006, p.27), método “...é a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação do estudo”, cujo objetivo é transparecer qual linha de raciocínio foi adotada no processo da pesquisa. Assim, para se alcançar os objetivos propostos neste estudo, utilizou-se uma revisão narrativa de literatura por meio de uma pesquisa detalhada na bibliografia e documentação, de caráter retrospectivo, de informações nas bases de dados eletrônicas do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), LILACS, Pubmed/MEDLINE, IBECs e biblioteca virtual SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), assim como, em publicações nacionais especializadas de diferentes suportes físicos. Dentro dessa perspectiva, consideraram-se os seguintes itens:

- Estudos científicos (teses, monografias, recursos de páginas eletrônicas e recursos educacionais abertos);
- Idioma limitador (português);
- De 2000 a 2010;
- Palavras-chave - Idoso dependente; Cuidador; Estratégia de Saúde da Família; Cuidados domiciliares de saúde; Serviços de saúde para idosos;
- Relevância dos artigos ao objetivo proposto e sua relação ao tema a ser estudado;
- Disponibilidade física de acesso ao documento.

Além disso, foram utilizados documentos obtidos de outras fontes, já de conhecimento da autora.

Todas as referências encontradas foram selecionadas e analisadas, buscando-se elementos ligados aos problemas enfrentados pelas equipes e as soluções encontradas, assim como a abordagem e discussão de políticas e programas específicos contidos em documentos oficiais (Estatuto do Idoso, Lei 8.080, Constituição Federal, etc.). Dos 98 artigos encontrados, foram utilizados 25 para construção deste trabalho.

No presente estudo, não foram utilizados dados primários, pois o mesmo se trata de uma revisão bibliográfica, como supracitado. Sendo assim, não foi submetido a um comitê de ética.

4. RESULTADOS

4.1 - O envelhecimento da população brasileira

A expectativa de vida do brasileiro passou de 33,7 anos no início do século XX para 63,5 anos na década de 80. Posteriormente, chegou a 69,49 no ano de 2004, passando para 73,1 em 2010. Por outro lado, a taxa de natalidade por mil habitantes caiu de 31,56 em 1980 para 19,30 em 2004 e será de 13,53 em 2050. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 1950 e 2025, a população de idosos, de um modo geral no país, crescerá 16 vezes contra cinco vezes a população total (BRASIL, 2002). Assim, a proporção de pessoas idosas na população geral passará de 10:1 nos dias atuais para 5:1 em 2050, como pode ser observado esquematicamente na Figura 1 (ESPÍRITO SANTO, 2008).

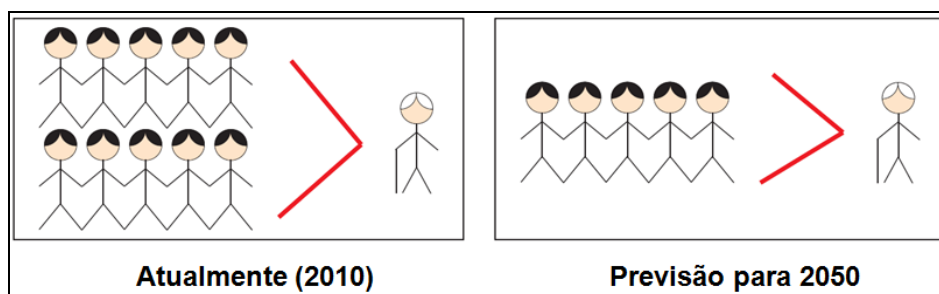


Figura 1 – Representação esquemática da proporção de pessoas idosas na população geral na atualidade e em 2050 (ESPÍRITO SANTO, 2008, p.10).

Comparando-se com países de primeiro mundo, a tendência é que o envelhecimento da população brasileira se acelere a ritmo maior, principalmente em relação àqueles países que iniciaram sua transição da fecundidade ainda no século XIX. Esses países, porém, já conviviam com populações mais velhas antes mesmo do início do processo, devido ao fato de nunca terem experimentado níveis tão altos de fecundidade quanto o Brasil (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Com esse aumento da população idosa e, devido a uma maior prevalência de sequelas de doenças crônico-degenerativas, poderá haver um aumento da proporção de idosos dependentes, fato considerado preocupante, pois haverá menos filhos em cada família e muitas filhas ou noras, que tradicionalmente cuidam dos idosos, trabalharão fora de casa. Assim, percebe-se que haverá necessidade de incluir um cuidador, que poderá, ou não, pertencer à família, na assistência ao idoso, sendo

relevante que esse cuidador tenha boas condições de saúde (físicas, psicológicas e cognitivas), o que, infelizmente, muitas vezes, não ocorre (CHAIMOWICS *et al.*, 2009).

A Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa evidencia a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados ao idoso, sendo a família, na maioria das vezes, a executora do mesmo. Assim, a atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, tem um papel fundamental na execução desse suporte (BRASIL, 2006a).

4.2 - A Saúde do Idoso no SUS

No Brasil, as políticas e programas vêm sendo implementadas no sentido de assegurar a assistência adequada aos idosos, visto que esse público tem aumentando de maneira significativa. Pode-se considerar ainda que o Brasil não estava preparado para esse aumento de idosos. Nesse sentido, as políticas, são, de certa forma, novas e enfrentam diversos desafios.

A lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, mais conhecida como “Estatuto do Idoso”, prevê em seu artigo IV o seguinte:

“É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos” (BRASIL, 2003a, p.13).

Já a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem por finalidade essencial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para isso, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006a).

Para atender a essa expectativa, entretanto, é necessário um modelo que busque associar o nível de complexidade da demanda à capacidade de atendimento da rede assistencial quanto à abrangência territorial, que garanta acesso aos serviços de Atenção Primária, Secundária e Terciária. É necessário, ainda, compreender o indivíduo idoso como um todo, o qual tem uma história de vida, está inserido em uma família e faz parte de uma coletividade (MORAES *et al.*, 2008b).

Na Figura 2, é mostrado um diagrama dos serviços prestados pelas Políticas de Saúde e de Assistência Social, através das propostas do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

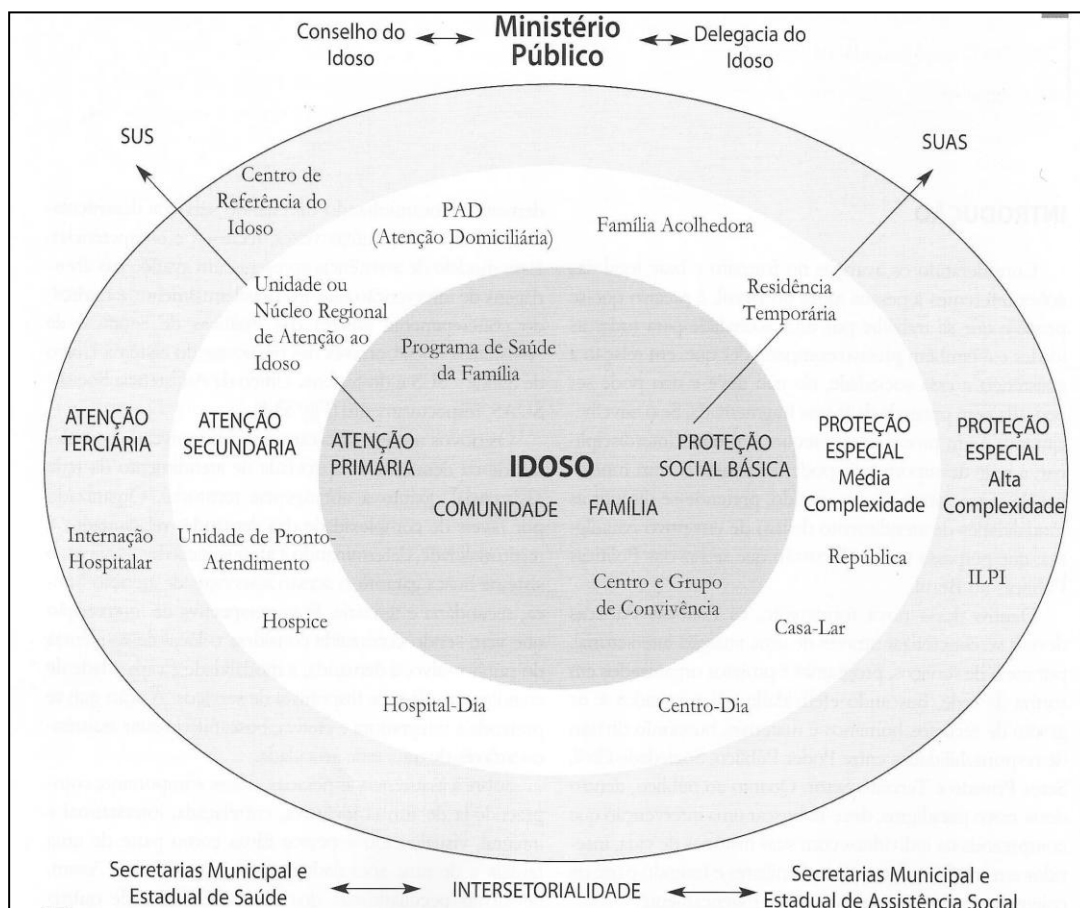


Figura 2 – Rede assistencial de atenção à saúde da pessoa idosa – Interface SUS-SUAS (MORAES *et al.*, 2008b).

Verifica-se nesse diagrama que a rede assistencial de cuidado é interdisciplinar, engloba os níveis de complexidade de acordo com a necessidade do idoso, sendo cada elemento um ponto essencial da rede.

Um dos recursos do SUS para a melhoria no atendimento da população idosa é a Estratégia de Saúde da Família, que deve ser a porta de entrada do idoso no sistema de saúde, através das Unidades Básicas de Saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF), por sua vez, teve sua origem a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que foi criado em 1991 pelo governo, como tentativa de minimizar os graves índices de mortalidade materna e infantil no Nordeste do Brasil. Assim, o PACS pode ser considerado o precursor do PSF por alguns de seus elementos que tiveram um papel central na construção do novo programa, tais como o enfoque na família, e não no indivíduo, e o agir preventivo sobre a população (BRASIL, 2003b).

O Programa Saúde da Família, propriamente dito, foi criado em 1994 com o propósito de implantar uma nova estratégia estruturante para a reorganização da

prática assistencial, passando então a ser considerada Estratégia de Saúde da Família e não mais programa (BRASIL, 2006a).

Já em 2006, foi criada pela portaria GM/MS nº 648, a Política Nacional de Atenção Básica, a qual, em seu capítulo II parágrafo I, expõe que a Estratégia de Saúde da Família “*visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS)*”. Ainda de acordo com a portaria, o foco principal dessa ação governamental é a família e a comunidade, especialmente as crianças, as mulheres e os idosos (BRASIL, 2006b). Assim sendo, a Estratégia de Saúde da Família visa a reorganização da atenção à saúde em novas bases e a substituição do modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2003, GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Uma das principais características dessas políticas é realização de visitas domiciliares pelos profissionais como forma de aproximação e estabelecimento de vínculo com a comunidade, além de aumentar a eficiência das ações.

Assim, pode-se perceber que a ESF tem um papel fundamental no cuidado ao idoso, pois atua de forma mais próxima da família e da comunidade, onde o idoso está inserido.

4.3 - Os idosos dependentes

O estatuto do idoso define idoso como pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos (BRASIL, 2003). Dependência pode ser definida como incapacidade de realizar uma ou mais atividades da vida diária sem auxílio, sendo que esta pode ser classificada em graus, leve, moderada e avançada (MINAS GERAIS, 2006).

Então, pode-se entender como idoso dependente, o indivíduo com idade igual ou superior a sessenta anos e que depende de alguém para realizar suas atividades básicas de vida diária.

Quando se usa o termo “dependência” para idosos, pode-se correlacioná-lo com o conceito de “fragilidade”. Segundo Freitas *et al.* (2006, p.926):

“... a fragilidade é definida como uma síndrome biológica de diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo e da resistência aos estressores, que resultam em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e desfechos clínicos adversos”.

Com a evolução acelerada da tecnologia, principalmente, no que diz respeito às tecnologias aplicadas à Medicina e, também, como já citado anteriormente, com a diminuição da taxa de natalidade, tem ocorrido o crescimento mundial da população

idosa. A partir desse crescimento, houve uma preocupação em relação à capacidade funcional das pessoas e esse aumento gera, evidentemente, uma maior probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e, com isso, o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento (ROSA *et al.*, 2003).

O envelhecimento fisiológico ou senescência é caracterizado pelo declínio do metabolismo celular e do funcionamento dos sistemas fisiológicos principais, o que compromete a funcionalidade das estruturas e funções do corpo. Por exemplo, ocorrem mudanças no mecanismo hidroeletrolítico, ficando o idoso com uma tendência maior à desidratação. Ocorre ainda diminuição da estatura do idoso, aumento do índice de massa corporal, redução do olfato e do paladar, redução do metabolismo basal, crescimento relativo do nariz e das orelhas, entre outras. Portanto, a maioria das alterações da senescência pode comprometer as estruturas ou funções do corpo, sem ser causa direta da limitação da atividade e restrição da participação social (MORAES *et al.*, 2008a).

Já a senilidade, ou envelhecimento patológico, é caracterizada por alterações determinadas por afecções que acometem a pessoa idosa. No entanto, diferenciar senescência de senilidade é muito difícil, pois, o exato limite entre esses dois estados não é preciso e tipicamente apresenta zonas de transição freqüentes que dificulta discriminar cada um deles (FREITAS *et al.*, 2006).

Segundo Freitas *et al.* (2006), os idosos apresentam diversas necessidades em relação à saúde, em especial os idosos frágeis, que são extremamente vulneráveis a uma piora em sua capacidade funcional. Os marcadores de fragilidade incluem a relação entre doenças e declínios fisiológicos, como é mostrado na Figura 3.

Já para a Secretaria de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006), são considerados idosos frágeis aqueles com idade igual ou superior a oitenta anos ou com idade igual ou superior a sessenta anos e que apresentem: polipatogenias; polifarmácia, ou seja, fazem uso de mais de cinco medicamentos por dia; imobilidade parcial ou total; incontinência urinária ou fecal; instabilidade postural (quedas de repetição); incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, *delirium*); idosos com história de internações freqüentes e/ou pós alta hospitalar; idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária (ABVDs); insuficiência familiar e idosos em situação de vulnerabilidade social, tanto nas famílias, como institucionalizados.

Caldas (2003) considera um idoso dependente, aquele que perdeu a sua capacidade funcional, ou seja, a capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD), que se dividem em atividades básicas como alimentar-se, vestir-se, banhar-se,

locomover-se, etc; atividades instrumentais como realizar as tarefas domésticas, compras, controlar as próprias medicações, manipular dinheiro, etc.; e atividades avançadas como trabalhar, praticar atividades de lazer e exercícios físicos, contatos sociais, etc (CALDAS, 2003).

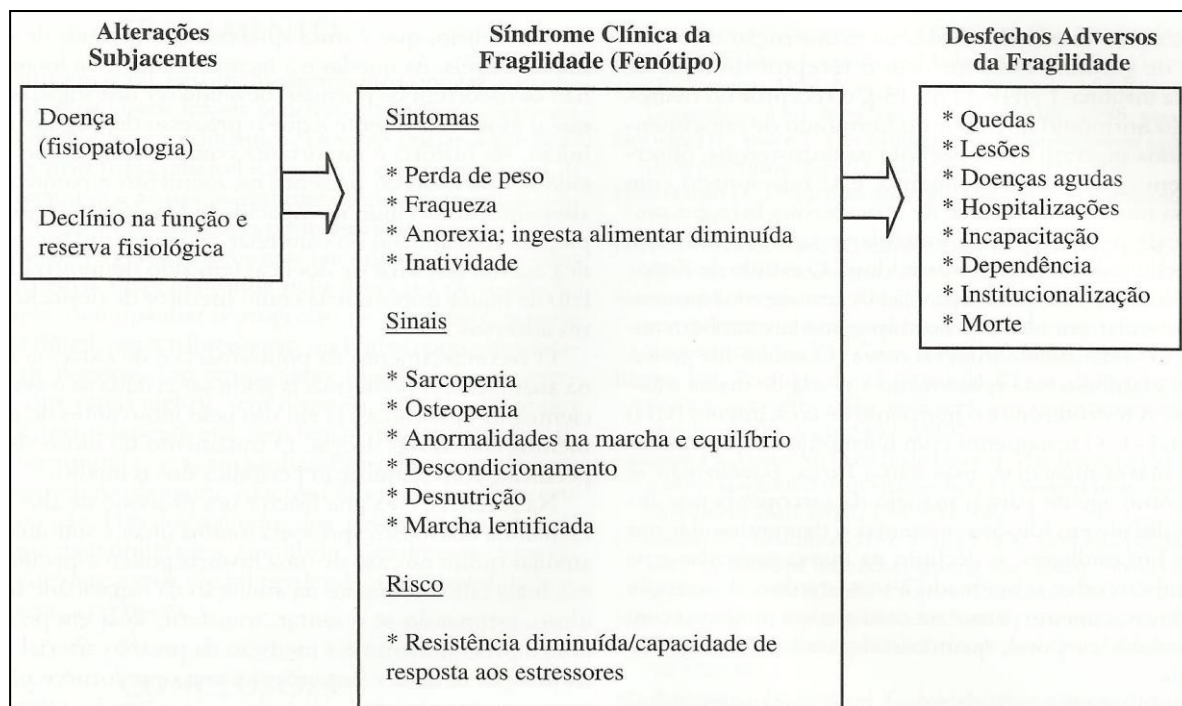


Figura 3 – Diagrama mostrando a relação entre doenças e declínios fisiológicos conseqüentes ao envelhecimento com sintomas e desfechos adversos (FREITAS *et al.*, 2006).

Segundo Lima-Costa *et al.* (2003), as condições de saúde da população idosa em geral também podem ser determinadas por meio dos seus perfis de morbidade e de mortalidade, da presença de déficits físicos e cognitivos e da utilização de serviços de saúde, entre outros indicadores. Portanto, avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso é fundamental para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitoramento do estado clínico-funcional do mesmo (RICCI *et al.*, 2005).

Segundo os autores supracitados, idoso dependente pode ser caracterizado como indivíduo que perdeu a capacidade de exercer sua Atividade de Vida Diária (AVD) e as ABVD, bem como aqueles que possuem idade superior a oitenta anos, sendo considerados também como idosos frágeis. Na área de abrangência da maioria dos PSF's encontram-se idosos frágeis, que perderam parcialmente – e outros totalmente – a sua autonomia, e são incapazes de realizar o autocuidado, dependem de outros para exercer suas atividades básicas de vida diária; e, é no PSF que esses e seus familiares, na maioria das vezes, buscam apoio.

4.4 - Assistência aos idosos dependentes

A assistência à saúde do idoso pode ser prestada de diversas formas, sendo que algumas são indicadas principalmente para idosos dependentes. Moraes *et al.* (2008b) afirma que os tipos de assistência são: assistência hospitalar, ambulatorial, hospital-dia (ou centro-dia), casa transitória (ou residência temporária), *hospice* e atenção domiciliária. Já Freitas *et al.* (2006) considera, além dessas modalidades, a família natural, a família acolhedora, o centro de convivência, a casa-lar e a república.

A assistência hospitalar e a ambulatorial estão relacionadas aos centros de referência em assistência a saúde do idoso de uma forma geral. Cada um deles deve ter um percentual mínimo (10%) de todos os seus leitos, destinados a idosos vinculados ao SUS. Esses leitos são denominados leitos geriátricos e são atendidos pela equipe multiprofissional e interdisciplinar do centro (MORAES *et al.*, 2008b). Além disso, segundo Moraes *et al.* (2008b), esse centro deverá ter um ambulatório especializado para atender o paciente idoso, oferecendo atendimento individual (consultas em geral, fisioterapia, nutricional, etc.) e grupal (grupo terapêutico, orientação, etc.).

O atendimento realizado pela família natural ou família acolhedora é outra modalidade. No caso da família natural, o paciente é atendido pela sua própria família, objetivando principalmente a preservação do vínculo familiar, estímulo de hábitos saudáveis, prevenção de acidentes e situações de carência, entre outros. A família acolhedora realiza o mesmo atendimento, porém, o paciente idoso é aquele que vivia em situação de abandono, sem família ou sem possibilidades de convivência (FREITAS *et al.*, 2006).

A modalidade hospital-dia, ou centro-dia, funciona como complementação do atendimento domiciliário. O paciente portador de alguma doença que necessita de procedimentos médicos freqüentes vai ao hospital durante um período de tempo, retornando ao seu domicílio diariamente (MORAES *et al.*, 2008b). Esse programa de atenção integral proporciona o atendimento das necessidades básicas, mantém o idoso junto à família valorizando o aspecto de segurança, autonomia, bem estar e a própria socialização do idoso (FREITAS *et al.*, 2006).

Quando há uma situação de pacientes com doenças graves e sem possibilidade de cura, existe uma modalidade denominada *hospice*, em que seu objetivo principal é proporcionar o conforto e todo apoio possível ao paciente e à família visando à qualidade de vida e pode ser realizado num hospital ou na casa do paciente. A origem desse termo vem dos tempos das cruzadas referindo-se ao local onde os monges abrigavam peregrinos e viajantes doentes oferecendo conforto, mas

a maioria desses pacientes falecia devido ao seu grave estado de saúde. Enfim, *hospice trata-se*, na verdade, de uma filosofia de cuidados e de restauração da dignidade do ser humano (MORAES *et al.*, 2008b).

A casa transitória, ou residência temporária, é destinada a idosos dependentes ou semidependentes e se trata de uma instituição em que o paciente permanece por um período de 3 a 6 semanas, podendo ser prorrogado. A prestação de serviços é especializada no tratamento de doenças agudas e em pós-hospitalização, objetivando uma rápida recuperação e reabilitação em pessoas sem condições de se restabelecer em casa. Dentre os serviços prestados, destacam-se, além da hospedagem e alimentação ao idoso, o atendimento médico, psicológico, fisioterapêutico, atividades de reinserção sócio-familiar, entre outras (MORAES *et al.*, 2008b).

Há ainda outra modalidade de assistência ao idoso, a assistência domiciliária que pode ser considerada a mais importante, pois segundo Caldas (2003), os familiares e os amigos são a fonte inicial de cuidados e aqueles idosos que não têm suporte familiar, são levados ao asilamento ou outras formas de institucionalização de longa duração. Portanto a família é uma importante alternativa de suporte informal ao paciente idoso. Caldas (2003) ainda afirma que esse cuidado não pode ser aplicado a todos os idosos, pois existem aqueles que não têm família, ou que não tem condições financeiras, ou ainda aqueles em que seus familiares trabalham durante grande parte do dia e não podem dar a atenção necessária.

Pode-se observar que todas as modalidades citadas são interessantes e dão auxílio aos idosos e a família, porém a realidade da maioria dos idosos brasileiros é a internação em asilos, particulares ou filantrópicos e a atenção domiciliária, que no SUS, como já mencionado, é prestada pela ESF.

A Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, p.70, (BRASIL, 2001) define assistência domiciliar ou atendimento domiciliar, como atendimento prestado ao idoso que tenha algum tipo de dependência, com o objetivo de aumentar a sua autonomia, para que este permaneça por mais tempo em seu domicílio, reforçando assim os vínculos familiares e de vizinhança.

Ainda segundo essa portaria a assistência domiciliar:

“Caracteriza-se por ser um serviço de atendimento público ou privado a domicílio às pessoas idosas através de um programa individualizado, de caráter preventivo e reabilitador, no qual se articulam uma rede de serviços e técnicas de intervenção profissional focada em atenção à saúde, pessoal, doméstica, de apoio psicossocial e familiar, e interação com a comunidade. Pode ser de natureza permanente ou provisório, diurno e/ou noturno, para atendimento de idosos dependentes ou semidependentes, com ou sem recursos e mantendo ou não vínculo familiar” (BRASIL, 2001).

No SUS, o atendimento domiciliar é realizado através da Estratégia de Saúde da Família. Segundo Silva (2009), o atendimento domiciliar permite ao profissional da ESF o conhecimento de cada rua e domicílio visitado, identificando as necessidades reais e as possíveis soluções para os problemas que a comunidade pode oferecer. Esses profissionais devem observar e identificar não apenas problemas de saúde propriamente ditos, mas também os problemas sociais daquela comunidade, devendo estar voltados à criação de novos valores, trabalhando mais a saúde do que a doença e, basicamente, por meio do trabalho interdisciplinar, contextualizar, sempre, o indivíduo em seu meio ambiente (SIVESTRE; NETO, 2003).

O enfermeiro ou o agente de saúde é um sujeito estranho à família. Por isso, é importante também que a pessoa que visita um domicílio conheça as normas dessa família, ou seja, saiba quem é o chefe; quem a família ouve, ou caso não exista essa hierarquia, é necessário que se saiba quais são as regras da casa, para poder, assim, ter maior possibilidade de criação de vínculos, que são gerados a partir da convivência e do contato constante, de forma a melhorar cada vez mais o diálogo (SILVA, 2009).

Segundo Karsch (2003), a assistência domiciliária ao idoso tem ganhado força, porém, algumas vezes, de maneira imprudente por parte dos profissionais de saúde. Encarregar a família de exercer o cuidado ao parente idoso é uma ação que necessita de clareza com relação à estrutura dessa família, quais cuidados deverão ser tomados e executados, qual o período, conhecimento da doença e também o acompanhamento profissional (KARSCH, 2003).

Assim, surge a necessidade de um cuidador, ou seja, uma pessoa da família ou não, exclusiva para o atendimento do idoso. A atenção prestada pelo cuidador pode ser do tipo formal ou informal. Na atenção formal, o cuidador presta cuidados ao paciente no domicílio com remuneração e com poder decisório reduzido, já que cumpre tarefas delegadas pela família. A atenção informal emerge das relações interpessoais e se constrói no cotidiano familiar e social. Esse indivíduo é eleito pela família e normalmente com pouca ou nenhuma experiência de cuidar de pessoas doentes, mas com algum poder decisório (RODRIGUES. ALMEIDA, 2005). A equipe de saúde da família assume um papel importante nessa situação, pois tem capacidade técnica e intelectual para dar suporte ao cuidador, bem como ao idoso e a sua família.

4.5 Problemas encontrados pela ESF na assistência ao idoso dependente

De acordo com a lei 8.080 (BRASIL, 1990) a saúde é um direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado fornecer as condições imprescindíveis ao seu pleno exercício. Ainda de acordo com essa lei, Título1, artigo 2, parágrafo primeiro:

“O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

Como citado anteriormente, é assegurado ao idoso, por meio do seu estatuto, ações e serviços para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da sua saúde.

Os desafios do envelhecimento no Brasil são diversos, e alguns bem conhecidos pela população. Dentre esses, pode-se citar, segundo Freitas *et. al.* (2006), a reeducação da família, as dificuldades devido à pobreza, a aposentadoria e o desafio da promoção da saúde. Esse último é voltado principalmente para as pessoas que se mantêm saudáveis e ativas até idades avançadas, que necessitam de uma política de manutenção de saúde e qualidade de vida, evitando, assim, o surgimento de doenças que levam à dependência (FREITAS, *et. al.*, 2006).

Percebe-se dessa forma que, no Brasil, essas políticas de promoção da saúde são ainda insuficientes e, com o aumento da longevidade da população, considera-se que as instituições de saúde e programas como a Estratégia de Saúde da Família não estão preparados e equipados para esse aumento de demanda (FREITAS, *et. al.*, 2006). Ainda segundo os autores, grande parte dos idosos são atendidos pelo SUS, que conta com o Programa de Saúde da Família, mas este ainda não está implantado em todos os municípios.

Com relação à Estratégia de Saúde da Família, Zoboli e Fortes (2004) identificaram problemas éticos em estudo realizado com profissionais de saúde do estado de São Paulo. Nesse trabalho, os autores entrevistaram 17 enfermeiros e 16 médicos que atuam em unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo em que estão implantados o PSF. Esses profissionais detectaram diversos problemas éticos conseqüentes de suas relações profissionais com usuários e família; nas relações da equipe; nas relações com a organização e o sistema de saúde.

Dentre os problemas éticos encontrados, pode-se citar: dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional–usuário; limites da interferência da equipe no estilo de vida das famílias ou usuários; indicações clínicas imprecisas;

prescrição de medicamentos que o usuário não poderá comprar; omissão de informações ao usuário; acesso dos profissionais de saúde a informações relativas à intimidade da vida familiar e conjugal; discussão de detalhes da situação clínica do usuário na sua presença; dificuldades para manter a privacidade nos atendimentos domiciliares; dificuldades para o agente comunitário de saúde preservar o segredo profissional; falta de compromisso dos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família; falta de companheirismo e colaboração entre as equipes; desrespeito entre os integrantes da equipe; despreparo dos profissionais para trabalhar no PSF; dificuldades para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotinas da Unidade de Saúde da Família; falta de estrutura na Unidade de Saúde da Família para a realização das visitas domiciliares; excesso de famílias adscritas para cada equipe; entre outros (ZOBOLI; FORTES 2004).

Em outro estudo, Favoreto e Camargo Júnior (2002) avaliaram as principais dificuldades encontradas na implantação e ampliação do PSF nas cidades de Teresina, Rio de Janeiro, Volta Redonda, Natal, Vitória da Conquista e de Contagem. Segundo os autores os principais problemas a serem enfrentados são: falta de preparo e de qualificação dos médicos de família; a ausência de mecanismos de interação do PSF com outros serviços de saúde e as condições físicas precárias de redes ambulatoriais e hospitalares.

Ainda no estudo de Favoreto e Camargo Júnior (2002), foi discutido o desafio da promoção de intervenções coletivas e sociais no âmbito do PSF, pois as ações comunitárias pareciam depender de uma organização voluntária e pouco criteriosa por parte dos profissionais do PSF, não sendo identificada, em entrevistas com profissionais, uma atenção mais aprofundada sobre o caráter técnico, pedagógico e ideológico para sustentar intervenções no meio social e no ambiente.

No trabalho de Campos *et al.* (2002), por sua vez, foi realizada uma análise sobre as dificuldades de se implantar o PSF em cidades com mais de 500 mil habitantes, ou seja, nas grandes capitais e regiões metropolitanas do Brasil. Esses autores fizeram um levantamento das principais dificuldades nessa implantação, a saber: 1) Falta de preparo da equipe de profissionais de saúde em atividade, uma vez que em sua formação não tiveram contato com a nova proposta; 2) Deficiências de infra-estrutura física, humana e financeira herdadas do modelo anterior, pois ao se migrar para o modelo de saúde do PSF, aumentam-se os custos e a demanda por profissionais, conseqüente do aumento de cobertura do programa; 3) Impacto em corporações e conselhos de profissionais, em que os conselhos verão uma rápida ascensão do mercado de trabalho, com a necessidade de formação de médicos e enfermeiros, e os sindicatos passarão a se defrontar com a precarização dos vínculos

trabalhistas, devido o crescimento do PSF; 4) Por fim, os problemas devido à urbanização desordenada, presente nos grandes centros urbanos e nas favelas, que vivenciam o problema da violência e do tráfico de drogas e trazem riscos para o profissional de saúde. Além disso, a maioria da população vive em condições de extrema pobreza, o que leva à degradação das relações familiares como o aumento da violência doméstica e do abuso sexual infantil (CAMPOS, *et al.*, 2002).

Na Estratégia de Saúde da Família, outro grande fator fonte de problemas é o tempo, sendo o mesmo reduzido, o que limita a realização das visitas domiciliares, uma vez que a equipe tem que articular as visitas com o cumprimento de outras atividades (metas) e funções diversas (SILVA, 2009).

Um problema questionado por Omizzolo (2006) é o princípio da integralidade na visita domiciliar, um dos pilares do SUS. Esse estudo, realizado nas equipes do PSF da cidade de Lages (SC) em que foram realizadas entrevistas com enfermeiros que destacaram dificuldades muito comuns em todo o Brasil, a saber: inexistência de carro público para realização das visitas domiciliárias, impedindo o atendimento com tempo chuvoso; contato direto com algumas famílias e total desconhecimento de outras, devido à grande área de abrangência da equipe; falta de profissionais e, conseqüente, sobrecarga de trabalho, além de as pessoas verem no enfermeiro, um multiprofissional (psicólogo, assistente social, etc.); desconhecimento da população das finalidades da visita domiciliar, o que deixa a qualidade e a resolutividade, em segundo plano.

Pode-se perceber que a Estratégia de Saúde da Família apresenta muitos desafios em sua atuação, sendo que esses interferem no atendimento à população como um todo, principalmente no que se refere ao atendimento domiciliar. Em relação à assistência ao idoso dependente, além das dificuldades citadas acima, existem diversos estudos que apontam outras mais específicas.

Simonetti e Ferreira (2008), em seu trabalho sobre o cuidador detectaram um problema sério: o estresse do cuidador. Quando uma família necessita de um cuidador, na maioria das vezes, este desempenhará seu papel sozinho, sem ajuda de outros familiares ou de profissionais de saúde, o que gera sobrecarga ao cuidador, além de mudanças na rotina da família. Assim, o cuidado ao indivíduo idoso, dependente, portador de uma doença crônica, pode representar uma ameaça constante, pois se trata de uma situação geradora de estresse tanto para o cuidador como para o indivíduo doente e seus familiares (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Silva *et al.* (2007), realizaram um estudo qualitativo de pesquisa-ação em uma família de classe social baixa e com um idoso dependente, na qual o atendimento do PSF não era satisfatório, uma vez que os profissionais da equipe não identificavam

motivos para a alteração dos cuidados já existentes. As autoras fizeram visitas periódicas a essa família e identificaram problemas como luto antecipado, sobrecarga do papel de cuidador, falta de conhecimento sobre a doença e desajustamento familiar perante a crise, problemas bem comuns na grande maioria dos domicílios nessa situação. O problema identificado no PSF foi que este estava focado somente na queixa biológica, não reconhecendo a necessidade intervenção, visto que clinicamente a idosa encontrava-se estável.

Nunes e Portella (2003) analisaram a problemática da atenção básica à saúde a idosos dependentes no município de Três Passos, Rio Grande do Sul, mediante entrevista clínica de alguns pacientes idosos em situação de dependência, necessitando de auxílio de cuidadores, numa área atendida pela Equipe de Saúde da Família. Em todos os casos observados pelas autoras, os cuidadores eram um dos familiares. Os principais problemas encontrados foram a falta de atividades para a ocupação do tempo livre para o idoso; relacionamento social restrito, conseqüente de sua saúde debilitada, em que o idoso está sempre à espera de visitas; falta de preparo dos cuidadores; falta de estratégias ou suporte de apoio aos cuidadores, fazendo com que estes lidem sozinhos com os problemas.

Piccini *et al.* (2006), em estudo sobre as necessidades de saúde mais comuns aos idosos analisaram a efetividade da oferta de serviços básicos de saúde em 41 municípios de sete estados brasileiros. Foi realizada uma comparação entre Unidades de Saúde da Família (UBS) com o modelo tradicional e em equipes do PSF, revelando que o atendimento pelo Programa de Saúde da Família possui melhores resultados de abrangência que o modelo tradicional. Foram encontrados problemas que caracterizam uma perda de efetividade das políticas propostas para este nível de atenção, tais como: alta demanda por cuidados domiciliares a idosos, para poucos profissionais disponíveis; existência de barreiras arquitetônicas (degraus, escadas, portas) sem adaptação nas UBS, representando uma grande dificuldade para a maioria dos idosos da área; ausência de capacitação para as equipes de profissionais; pequena proporção de unidades com protocolos específicos; e elevada medicalização de idosos hipertensos e diabéticos, além de elevada prevalência de hospitalização por HAS.

Em suma, os principais desafios enfrentados pelo ESF no cuidado ao idoso dependente, são a falta de estratégias ou suporte de apoio aos cuidadores e familiares; foco da equipe somente na queixa biológica; tempo restrito para as visitas domiciliares; falta de capacitação para as equipes de profissionais e a alta demanda por cuidados domiciliares a idosos, para poucos profissionais.

4.6 - Propostas para a resolução de alguns problemas

No Subcapítulo anterior, foram expostas algumas dificuldades encontradas por profissionais de saúde que atuam ou estão na tentativa de implantar a ESF em suas regiões. Os autores procuraram propor soluções para tais dificuldades, as quais serão descritas a seguir.

Como observado por Freitas, *et al.* (2006), houve um aumento no espaço na mídia destinado a assuntos relativos aos idosos do Brasil, mostrando incentivos à qualidade de vida e à manutenção da saúde, o que sensibiliza a sociedade em geral para questões do envelhecimento individual e populacional, mas ainda não se observa campanhas direcionadas aos idosos dependentes e suas famílias. Os idosos do Brasil são beneficiados pelo Estatuto do Idoso, mas pode acontecer que esses direitos não sejam observados ou cumpridos. Dessa forma, tal documento torna-se um mecanismo importante para a derrubada de obstáculos (FREITAS *et al.*, 2006).

No estudo de Zoboli e Fortes (2004), sobre a questão ética no atendimento prestado pelas equipes do PSF, os autores afirmam que, devido à própria finalidade de instituições sanitárias, realmente há uma grande dificuldade em se separar a ética dos cuidados de saúde da ética na administração em saúde. Os autores propõem possíveis soluções para o problema, como a adoção de estratégias que apoiem a condução dessas situações, visando à criação de oportunidades em que os profissionais de saúde participem de discussões sobre temas éticos, promovendo um ambiente de trabalho saudável, colaborativo e que seja propício a excelência técnica e moral do atendimento realizado. Assim, os profissionais que atuam no PSF devem desempenhar uma prática que envolva a humanização, o cuidado, o exercício da cidadania e fundamentada no entendimento de que o que define o processo de saúde/doença das famílias são suas condições de vida.

Em situações de estresse do cuidador, Simonetti e Ferreira (2008), por sua vez, afirmam que a solução pode estar nas estratégias de *coping*¹, que têm as funções de administrar ou induzir o estressor, podendo ser centradas no problema ou, quando buscam controlar, reduzir ou eliminar as respostas emocionais diante do estressor, são centradas na emoção.

Simonetti e Ferreira (2008) alegam ainda que a solução não é somente preparar adequadamente as pessoas que prestam cuidados domiciliares a idosos dependentes, sendo necessário também elaborar um programa para esses cuidadores, para que o ato de cuidar não seja somente sinônimo de renúncia, de

¹ *Coping*: conjunto de estratégias adotadas por indivíduos para adaptar-se a circunstâncias e situações adversas ou estressantes (ANTONIAZZI, *et al.*, 1998).

ausência de vida social, de falta de liberdade para cuidar de si próprio. As unidades de saúde poderiam ser um ponto de inserção e de referência para esses indivíduos por meio de um programa político-social, onde eles encontrariam suporte.

Paralelamente, as propostas de intervenção de enfermagem para solução de problemas na família com um idoso dependente, segundo Silva *et al.* (2007), podem ser fundamentadas no modelo Calgary², o qual adota a família como unidade de cuidado. Dessa forma, as autoras realizaram ações como: incentivo à narrativa da enfermidade por meio do diálogo aberto e de uma relação de confiança entre o profissional e a família; indicação de sugestões e disponibilização de informações relativas aos problemas familiares e da doença, buscando uma reestruturação e uma divisão de tarefas domiciliares e o reforço positivo aos esforços familiares nesse sentido e assegurar pronto atendimento de saúde. As autoras concluíram que a partir do momento em que se propuseram a abordar a família como um todo, sob o enfoque sistêmico, foi possível identificar e cuidar do sofrimento familiar gerado pela presença do idoso dependente.

Com base nas informações coletadas em seu estudo, Piccini *et al.* (2006) também apresentam um conjunto de recomendações que podem ser feitas para uma melhoria do atendimento prestado, tais como: desenvolver políticas coerentes que superem a divisão entre os modelos, visando à garantia de que toda a população de idosos tenha acesso aos cuidados do PSF; eleger e aplicar objetivos reais para o cuidado integrado e integral do idoso, de acordo com suas necessidades de saúde e com o investimento solicitado para a capacitação de todos os profissionais; revisar os projetos estruturais dos prédios das UBS, visando a resolução imediata dos problemas de acessibilidade identificados; valorizar experiências inovadoras e incentivar a iniciativa de compartilhar projetos de pesquisa em avaliação que incluam a capacitação de todos os envolvidos no processo.

Ainda, como possíveis soluções para os problemas encontrados em seus estudos, Nunes e Portella (2003) salientaram sobre a evidente necessidade da Equipe de Saúde capacitar os cuidadores, pois muitas vezes, as necessidades dos idosos estão relacionadas à falta de preparo de seus cuidadores. Tal atitude tende a facilitar o entendimento das principais necessidades e favorecer o planejamento conjunto de ações a serem tomadas pela equipe de profissionais e por familiares, proporcionando o suporte físico, afetivo e espiritual que o idoso necessita para viver com dignidade. Essa capacitação deve instituir ações com baixo custo para o PSF, como a

² O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) consiste em uma forma multidimensional de conhecer e avaliar as famílias e abrange três categorias principais: a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional (MACHADO *et al.*, 2006).

sensibilização da família para um maior envolvimento, bem como o esclarecimento sobre as questões que acompanham o envelhecimento e a formação de grupos de auto-ajuda. Por fim, os profissionais que compõem as equipes do PSF, devem se responsabilizar e se comprometer em ações que qualifiquem o viver das pessoas e, conseqüentemente, promover um envelhecimento digno e bem sucedido.

Finalmente, em relação ao tempo reduzido para a realização de visitas domiciliares, Silva (2009) acredita que a contratação de mais profissionais, de acordo com a demanda da comunidade, seria a solução para esse problema.

4.6.1 – Avaliação da viabilidade e aplicabilidade das propostas

As propostas apresentadas pelos autores acima são pertinentes e algumas, de certa forma, já são adotadas em determinados PSF's. Neste item foi analisada a viabilidade dessas propostas de acordo com a realidade da Equipe Azul. Tais propostas foram discutidas nas reuniões mensais, nas quais se sugeriram as ações a serem desenvolvidas.

A equipe julgou a viabilidade das propostas a partir da sua realidade, verificando quais poderiam, de fato, ser colocadas em prática. Definiram-se algumas ações e espera-se iniciar o quanto antes as atividades (Quadro 1).

Em relação aos problemas éticos enfrentados pelas equipes estudadas por Zoboli e Fortes (2004), consideram-se viáveis as propostas para a Equipe Azul. Assim, propõe-se a criação de grupos de discussão, que podem ser realizados mensalmente ou sempre que a equipe achar necessário. Esses grupos podem acontecer em um turno de trabalho (manhã ou tarde), sendo que deverão ser planejados (agenda de trabalho) para que a população não seja prejudicada nos atendimentos.

Quanto à proposta de Simonetti e Ferreira (2008) em se utilizar estratégias de *coping* na tentativa de se reduzir o estresse do cuidador, a viabilidade para aplicação pela Equipe Azul se dá em longo prazo, pois para se concretizar essa proposta, é necessário entender melhor as estratégias de *coping*, bem como estudar detalhadamente as necessidades dos cuidadores para elaborar um programa de cuidados para os mesmos. Ressalta-se que é necessária a participação dos cuidadores na elaboração desse planejamento. Em relação à unidade de saúde como referência, isso é algo que, de certa forma, já acontece, sendo necessário, portanto elaborar um programa político social.

A Equipe Azul considera viável a proposta de Silva *et al.* (2007) em relação à abordagem da família como um todo sob o enfoque sistêmico, uma vez que essa abordagem possibilita identificar e cuidar do sofrimento familiar gerado pela presença

do idoso dependente. Propõe-se a capacitação dos profissionais, a parceria com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e com a Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), através do internato rural que atua no PSF. Vale ressaltar que a Equipe Azul tem de certa forma, uma abordagem sistêmica com os familiares de sua área de abrangência e a capacitação fortalecerá essa ação, além de auxiliar a equipe a lidar com essas questões sem que afete a vida pessoal de seus profissionais, ou seja, para que não somatizem os problemas vivenciados pelos familiares e idosos.

Quadro 1 – Avaliação da viabilidade das propostas apresentadas pelos autores e apresentação de sugestões para aplicação na Equipe Azul.

AUTOR	DESAFIO APRESENTADO	PROPOSTA DOS AUTORES	VIABILIDADE	SUGESTÃO DE AÇÃO PARA A EQUIPE AZUL
Zoboli e Fortes (2004)	Problemas éticos	Estratégias que apoiem a condução dessas situações → criação de oportunidades em que os profissionais participem de discussões sobre temas éticos	Viável	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de discussão mensais ou em caso de necessidade - Os grupos deverão ser planejados para que a população não seja prejudicada nos atendimentos.
Simonetti e Ferreira (2008)	Estresse do cuidador	Estratégias de coping → Elaborar programa para os cuidadores e manter as unidades de saúde como ponto de inserção e de referência para os cuidadores,	Viável em longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> - Entender melhor as estratégias de coping - Estudar as necessidades dos cuidadores para elaborar um programa de cuidados para os mesmos. - Na unidade da Equipe Azul, já acontece, sendo necessário, elaborar um programa político social.
Silva <i>et al.</i> (2007)	Foco apenas nos problemas biológicos	Abordar a família como um todo sob o enfoque sistêmico	Viável	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar os profissionais da equipe; - Realizar parceria com o CRAS e com a UFOP.
Piccini <i>et al.</i> (2006)	Perda de efetividade das políticas propostas para a ESF	Desenvolver políticas que superem a divisão entre os modelos; Eleger e aplicar objetivos reais para o cuidado integrado e integral do idoso; Rever projetos estruturais dos prédios das UBS's; Valorizar experiências e incentivar iniciativas de compartilhar projetos de pesquisa; capacitação de todos envolvidos no processo.	Viável	<ul style="list-style-type: none"> - Parceria com estruturas comunitárias, com o CRAS e com a UFOP.
Nunes e Portella (2003)	Falta de preparo dos cuidadores; Falta de estratégias ou suporte de apoio aos cuidadores.	Capacitação dos cuidadores pela equipe; formação de grupos de auto-ajuda.	Viável	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação dos cuidadores; - Criação de grupos de auto-ajuda; - Buscar parcerias com estruturas comunitárias.
Silva (2009)	Tempo reduzido para realização das visitas domiciliares.	Contratação de mais profissionais.	Viável	<ul style="list-style-type: none"> - Depende da disponibilidade de recursos da prefeitura e do interesse da gestão. (Realização de concurso público)

Em relação às propostas de Piccini *et al.* (2006) para solucionar a questão da perda da efetividade das políticas propostas para a ESF, a Equipe Azul as julgou viáveis, embora uma das propostas não dependa apenas da equipe. Percebe-se que ainda é muito forte na população a questão do modelo assistencial focado na doença e, para trabalhar esse novo modelo, é necessário ter persistência e criar políticas coerentes que superem essa divisão. Buscar parcerias na comunidade, como por exemplo, espaço na rádio local, participação nas reuniões de associação de bairros, é uma maneira de sensibilizar a população.

As propostas de Piccini *et al.* (2006) de eleger e aplicar objetivos reais para o cuidado integrado e integral do idoso de acordo com suas necessidades de saúde, com o investimento solicitado para a capacitação de todos os profissionais; de valorizar experiências inovadoras e incentivar a iniciativa de compartilhar projetos de pesquisa em avaliação que incluam a capacitação de todos os envolvidos no processo, são consideradas viáveis. Para tal, propõe-se a parceria com o CRAS para realização de oficinas de capacitação e suporte contínuo; a implementação de grupos de educação em saúde para os usuários e busca de parcerias com estruturas comunitárias, como associação dos moradores, igrejas, o próprio CRAS, entre outras, para sensibilização da população. Quanto à revisão de projetos estruturais dos prédios da UBS, a equipe acha viável a melhoria na estrutura física do prédio, porém não depende apenas da equipe, mas também da disponibilidade de recursos da prefeitura e do interesse da gestão.

Em relação à proposta de Nunes e Portella (2003), capacitação dos cuidadores pela equipe com ações de baixo custo para o PSF, sensibilização da família para um maior envolvimento, bem como o esclarecimento sobre as questões que acompanham o envelhecimento e a formação de grupos de auto-ajuda para melhorar o preparo dos cuidadores e oferecer suporte de apoio aos mesmos, a Equipe Azul acha viável e propõe para tal, uma parceria com o CRAS para realização de oficinas de capacitação, suporte contínuo, criação de grupos de auto-ajuda com os cuidadores e familiares, e parcerias com estruturas comunitárias.

Quanto à proposta de Silva (2009) em se contratar mais profissionais, de acordo com a demanda da comunidade na tentativa de se ter mais tempo para realização de visitas domiciliares, a Equipe Azul acha viável e plausível uma vez que a população atendida pela mesma é grande e de alta vulnerabilidade social. Entretanto, não depende apenas da equipe e sim da disponibilidade de recursos da prefeitura e do interesse da gestão.

No município de Ouro Preto, como já citado, será implantado o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), que terá grande importância para os PSF's e contará

com uma equipe multiprofissional que oferecerá um suporte aos PSF's. Atualmente, Ouro Preto conta com um centro de fisioterapia que atende à população quando essa necessita, sendo idosos ou não. Um dos pontos importantes é que são realizadas fisioterapias domiciliares com os idosos dependentes e impossibilitados de irem até o centro de fisioterapia para o tratamento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática da saúde no Brasil, em si, já é um desafio. Ao longo dos anos, os governantes sempre propuseram soluções que, na maioria das vezes, não saem do papel. Uma grande “revolução” na prestação de saúde ao brasileiro se deu com a criação do Sistema Único de Saúde que é um exemplo “cobiçado” até por países de primeiro mundo. Na tentativa de se melhorar ainda mais o sistema de saúde pública no Brasil, surgiu o Programa de Saúde da Família, uma excelente idéia para se reduzir os índices de mortalidade e de internações, uma vez que seu foco principal é a prevenção, por meio de um acompanhamento constante às famílias. Como mostrado neste trabalho, tal programa possui muitos problemas, que são temas de diversos estudos. Desses problemas, no caso da assistência aos idosos, os mais comuns em todo o Brasil são a sobrecarga do cuidador, a falta de conhecimento da família sobre a doença e a falta de recursos humanos.

Quando o assunto é saúde do brasileiro idoso dependente, encontra-se uma série de dificuldades. Os dados estatísticos mostram que a população brasileira tem ficado mais velha, o que é também reflexo de algumas melhorias no serviço de saúde pública do país e na qualidade de vida, elevando a expectativa de vida das pessoas, por outro lado há aumento do número de indivíduos com doenças crônicas conseqüentes do envelhecimento.

Pode-se perceber que os meios para o acompanhamento de tais pacientes não estão crescendo na mesma proporção. Algumas famílias que possuem um parente idoso dependente se sentem, de certa forma, “abandonadas” pelos profissionais da ESF, e o ato de cuidar dessa pessoa é destinado a um único membro da família, que fica sobrecarregado, gerando diversos problemas, como estresse do cuidador e a desestruturação familiar.

Com base no estudo bibliográfico realizado neste trabalho, ficou claro que o problema do atendimento eficiente ao idoso dependente está presente em todo o Brasil. Tal problema não é atual, pois foram analisados artigos publicados no período de uma década anterior ao ano de 2010. Assim, cabe aos órgãos competentes observar os levantamentos de dificuldades encontradas por profissionais, e cabe ao profissional e à população uma cobrança mais efetiva por melhorias, pois o envelhecer com saúde é um direito do brasileiro e um dever do Estado, assegurado pela Constituição.

Para amenizar essa situação, foram propostas algumas ações, como a capacitação dos profissionais, parceria com estruturas comunitárias e entidades, criação de grupos de auto-ajuda, de programa de cuidados para os cuidadores, grupos

de discussão com a equipe, entre outras, e podem ser desenvolvidas, uma vez que as mesmas não geram custos e são de interesse de todos.

Espera-se que este trabalho contribua para a implementação de melhorias na Equipe de Saúde da Família Azul do município de Ouro Preto, assim como para a assistência prestada aos idosos dependentes.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRES, M.; PAZ, A. A. Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 83-89, mar. 2008.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O Conceito de Coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 273-294, jul.-dez. 1998.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 73 de 10 de maio de 2001. Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 maio 2001. Seção 1, p.70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 104p.

BRASIL (a). Lei Nº10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 de outubro de 2003.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan.-mar. 2003.

BRASIL (a). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 de outubro de 2006.

BRASIL (b). Portaria GM/MS nº648, de 28 de Março de 2006. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.773-781, mai.-jun. 2003.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. B.; O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 47– 58, 2002.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 3, p. 725-33, mai.-jun. 2003.

CHAIMOWICZ, F.; COELHO, G. L. L. M. **Expectativa de vida livre de incapacidade em Ouro Preto**: Relatório técnico final. *Brasília: CNPq*, 2004 apud CHAIMOWICS, F.; BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S.; RIBEIRO, M. T. F. (cols); **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte:Nescon/UFMG/Coopmed, 2009. 172p.

CHAIMOWICS, F.; BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S.; RIBEIRO, M. T. F. (cols); **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte:Nescon/UFMG/Coopmed, 2009. 172p.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Regulação e Assistência à Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. **Diretrizes de Saúde da Pessoa Idosa**. 1, ed. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2008. 180p.

FACHIN, O. **Fundamentos da metodologia**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006, p.27.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **PHYSIS; Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p.59-75, 2002.

FERNANDES, M. G. M.; FRAGOSO, K. M. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. **Revista APS**, v.8, n.2, p. 173-180, jul.-dez. 2005.

FERRAZ, L. N. S.; SANTOS, A. S. O programa de saúde na família e o enfermeiro: atribuições previstas e realidade vivencial. **Saúde Coletiva**, v.4, n. 15, p. 89-93, mai.-jun. 2007.

FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geratria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1666p.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 152p.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 861-866, mai.-jun. 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p.735-743, mai.-jun. 2003.

MACHADO, T. C. M.; UEJI, J. Y.; PINHEIRO, J. C. F.; MARIN, M. J. C. Cuidando de uma família de acordo com o Modelo Calgary em uma unidade básica de saúde da cidade de Marília: SP. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p.69-74, jan.-mar. 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde em casa - Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: Secretária de Estado de Saúde, 2006. 186 p.

MORAES, E. N.; SANTOS, R. S.; SILVA, A. L. A. (a) Fisiologia do Envelhecimento Aplicada à Prática Clínica. In: MORAES, E. M (org). **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 37-60.

MORAES, E. N.; BANDEIRA, E. M. F. S.; SILVA, D. F.; MEDEIROS, M. C. A. F. (b) Rede assistencial de atenção à Pessoa Idosa. In: MORAES, E. M (org). **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 665-678.

NUNES, L. M.; PORTELLA, M. R O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 2, jul.-dez. 2003.

OMIZZOLO, J. A. E. **O princípio da integralidade na visita domiciliar: um desafio ao enfermeiro do Programa de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. 101p.

OURO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Ação para o Programa de Atenção à Saúde do Idoso em Ouro Preto**. 2010. 8p.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: NETTO, M. P. **Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 26-43.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. *et. al.* Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p.657-667, 2006.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.4, p. 655-662, 2005.

RODRIGUES, M. R.; ALMEIDA, R. T. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio - um estudo de caso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.18, n. 1, p.20-24, 2005.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.1, p.40-48, 2003.

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

SILVA, R. O. L. **A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família: um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009. 156p.

SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.839-847, mai.-jun. 2003.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.1, p.19-25, 2008.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1690-1699, nov.-dez. 2004.