



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC**  
**CAMPUS DE SOBRAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MASF**

**EMANOEL AVELAR MUNIZ**

**ATENÇÃO DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DAS  
PERSPECTIVAS DE IDOSOS, CUIDADORES E PROFISSIONAIS**

**SOBRAL**

**2015**

EMANOEL AVELAR MUNIZ

ATENÇÃO DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DAS  
PERSPECTIVAS DE IDOSOS, CUIDADORES E PROFISSIONAIS.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, do Campus de Sobral da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Interdisciplinar.

Orientadora: Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

SOBRAL  
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

- 
- M935a      Muniz, Emanuel Avelar.  
Atenção domiciliar na estratégia Saúde da Família: análise das perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais. / Emanuel Avelar Muniz. – 2015.  
107 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2015.  
Área de Concentração: Interdisciplinar.
- Orientação: Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.
- I.Assistência domiciliar. 2. Saúde do idoso. I. Título.

EMANOEL AVELAR MUNIZ

ATENÇÃO DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DAS  
PERSPECTIVAS DE IDOSOS, CUIDADORES E PROFISSIONAIS.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, do Campus de Sobral da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Interdisciplinar.

Orientadora: Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Aprovada em: 25/06/2015.

BANCA EXAMINADORA



---

Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas  
(Orientadora)  
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

---

Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira  
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

---

Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda  
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

SOBRAL  
2015

A todos os Agentes Comunitários de Saúde da  
Estratégia Saúde da Família de Sobral pelo  
compromisso e dedicação no cuidado  
domiciliar de idosos e famílias.

## AGRADECIMENTOS

Ser MESTRE em Saúde da Família conquista alcançada graças ao apoio e incentivo reconhecido:

A **Deus**, por todas as dádivas que me concedeste incluindo esta e pela presença constante em todos os momentos de minha vida.

A minha esposa e filha, **Janiele e Isis**, pelo companheirismo e compreensão diante das minhas ausências exigidas pelo mestrado.

Aos meus pais, **José e Edna**, pelo carinho e dedicação na busca constante da minha felicidade.

As minhas irmãs, **Jéssica e Gabriely**, pelo estímulo e solidariedade em todos esses anos de convivência.

A **Profa. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas**, por ter acolhido a minha orientação e pelas contribuições durante a construção da pesquisa.

Aos professores **Geison Vasconcelos Lira, Eliany Nazaré Oliveira e Maria Ribeiro Lacerda** pelas sugestões e participação nas bancas de qualificação e defesa da dissertação.

Aos **docentes do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família** pelos ensinamentos e incentivo nessa desafiadora busca e construção do conhecimento para a Estratégia Saúde da Família.

Aos **colegas de turma** que me acompanharam durante essa caminhada acadêmica pela acolhida e apoio.

Aos **idosos, cuidadores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Sobral**, por aceitarem participar da pesquisa e permitir que eu adentrasse seus domicílios e locais de trabalho na procura por informações.

“É necessário compreender que o real é incerto e reconhecer que há algo possível que ainda é invisível.” (Edgar Morin)

## RESUMO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma ação potente para provocar mudanças na prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) com vista à ampliação da integralidade e torna-se necessária devido ao grande número de idosos e familiares/cuidadores que não se sentem amparados pelo sistema/equipe de saúde. Assim, objetivou-se analisar o cuidado oferecido pelas equipes da ESF de Sobral, Ceará, as famílias de idosos com comprometimento funcional na AD através das perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais. Esta pesquisa é de abordagem qualitativa do tipo exploratória, o campo de pesquisa foi os territórios de seis Centros de Saúde da Família da sede do município de Sobral, a coleta de informações foi desenvolvida no período de setembro de 2014 a março de 2015. Os sujeitos do estudo foram vinte e oito profissionais da equipe mínima da ESF, sessenta e dois idosos que recebem AD, dos quais treze apresentaram dependência na realização das Atividades da Vida Diária segundo índice de Katz e possuíam capacidade cognitiva preservada de acordo com o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), além de sessenta familiares/cuidadores. Para a coleta de informações utilizou-se a entrevista semiestruturada e o grupo focal. A proposta de análise do material escolhida foi à codificação temática segundo Uwe Flick (2009) e a triangulação de métodos proposta por Minayo, Assis e Sousa (2005). Adotaram-se as recomendações éticas para pesquisa envolvendo seres humanos obtendo a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Foram observadas diferentes percepções e sentimentos sobre a AD entre os sujeitos envolvidos, nesse sentido, a relação entre o profissional, idoso e família assume um papel central em todo o processo de cuidado. Outra característica presente foi à dinamização de parcerias entre a equipe multiprofissional através da comunicação e contribuição das categorias para o plano de cuidados. Com relação ao apoio/suporte à família pela equipe identificou-se uma rede de apoio frágil, na qual o cuidado é só para o idoso, uma relação de dependência, onde os papéis não estão bem definidos, sendo necessário potencializar estratégias e ferramentas de estímulo à autonomia e corresponsabilização.

**Palavras-chave:** Assistência Domiciliar. Saúde do Idoso. Cuidadores. Pessoal de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

Home Nursing (HN) is a powerful action to bring about changes in the practice of professionals in the Family Health Strategy (FHS) in order to expand integrality, which has become necessary due to the large number of elderly people and family members/caregivers who do not feel supported by the health system/team. Thus, the aim was to analyze the care offered by the FHS teams in Sobral, Ceará, to the families of elderly people with functional impairment in HN through the perspective of the elderly people, caregivers and professionals. This research has qualitative approach of exploratory nature, the field of research was the territories of the six Family Health Centers within the municipality of Sobral, collection of information was conducted in the September 2014 to March 2015 period. The subjects of the study were twenty-eight professionals from the FHS core team, and sixty-two elderly people who receive HN, the latter including thirteen people who presented dependence on the fulfillment of Activities of Daily Living according to the Katz index and had preserved cognitive function in accordance with The Mini-Mental State Examination (MMSE), in addition to the sixty family members/caregivers. A semi-structured interview and group focus were used for the collection of information. The data analysis proposal chosen was theme coding according to Uwe Flick (2009) and the triangulation of methods proposed by Minayo, Assis and Sousa (2005). Ethical guidelines for research involving human subjects were adopted with approval from the State University Vale do Acaraú Research Ethics Committee. Different perceptions and feelings on HN among the subjects involved were observed, in this sense, the relationship between the professional, the elderly person and the family assumes a central role in the whole care process. Another feature was the development of partnerships with the multi-professional team through communication and contribution from the categories for the care plan. Regarding support for the family by the team, a fragile support network was identified, in which the care is only for the elderly person, with a relationship of dependence, where the roles are not well-defined, and a need to strengthen strategies and tools to promote self-sufficiency and joint responsibility.

**Keywords:** Home nursing. Health of the elderly. Caregivers. Health Personnel. Family Health Strategy.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de idosos por macro área de saúde do município de Sobral, Ceará, 2013.....	40
Tabela 2 – Quantidade de profissionais por categoria presente nos grupos focais.....	44
Tabela 3 – Características sociodemográficas dos idosos em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015.....	47
Tabela 4 – Problemas de saúde classificados por sistemas orgânicos referidos pelos idosos em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015.....	49
Tabela 5 – Grupos de medicações utilizadas pelos idosos em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015.....	50
Tabela 6 – Resultados das escalas de MEEM e AVD aplicadas aos idosos em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015.....	50
Tabela 7 – Características da AD de idosos na ESF de Sobral, Ceará, 2015.....	51
Tabela 8 – Características sociodemográficas e de saúde dos idosos com capacidade cognitiva preservada e comprometimento funcional em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015.....	53
Tabela 9 – Resultados das escalas de MEEM e AVD e características da AD de idosos com comprometimento funcional e capacidade cognitiva preservada na ESF de Sobral, Ceará, 2015 .....	55
Tabela 10 – Características sóciodemográficas e de saúde dos cuidadores de idosos em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015.....	56
Tabela 11 – Características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores de idosos com capacidade cognitiva preservada e comprometimento funcional em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015.....	59

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- AB** – Atenção Básica
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- AD** – Atenção Domiciliar
- AD1** – Atenção Domiciliar Modalidade 1
- AD2** – Atenção Domiciliar Modalidade 2
- AD3** – Atenção Domiciliar Modalidade 3
- ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- AVD** – Atividades da Vida Diária
- CAAE** – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CRAS** – Centro de Referência da Assistência Social
- CSF** – Centro de Saúde da Família
- DeCS** – Descritores em Ciências da Saúde
- DM** – Diabetes Mellitus
- EFSFVS** – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia
- EMAD** – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
- EMAP** – Equipe Multiprofissional de Apoio
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- GM** – Gabinete Ministerial
- HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ILPI** – Instituição de Longa Permanência para Idosos
- MEEM** – Mini Exame do Estado Mental
- MS** – Ministério da Saúde
- NAQH** - Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
- NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- ONGs** – Organizações Não Governamentais
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica

**PNI** – Política Nacional do Idoso

**PNSPI** – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

**PTS** – Projeto Terapêutico Singular

**RAS** – Rede de Atenção à Saúde

**SAD** – Serviço de Atenção Domiciliar

**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UVA** – Universidade Estadual Vale do Acaraú

**VD** – Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	16
<b>3</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	17
<b>3.1</b>	<b>Legislação e políticas de saúde sobre a AD ao idoso na ESF</b> .....	17
<b>3.1.1</b>	<i>Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002</i> .....	17
<b>3.1.2</b>	<i>Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003</i> .....	18
<b>3.1.3</b>	<i>Portaria nº 399 GM/MS de 22 de fevereiro de 2006</i> .....	19
<b>3.1.4</b>	<i>Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) de 2006</i> .....	20
<b>3.1.5</b>	<i>Portaria GM/MS nº 2.529 de 19 de outubro de 2006</i> .....	22
<b>3.1.6</b>	<i>Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011</i> .....	23
<b>3.1.7</b>	<i>Portaria Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011</i> .....	24
<b>3.1.8</b>	<i>Diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica (2012)</i> .....	25
<b>3.1.9</b>	<i>Princípios da Atenção Domiciliar segundo Caderno de Atenção Domiciliar</i>	26
<b>3.1.10</b>	<i>Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013</i> .....	27
<b>3.1.11</b>	<i>Portaria nº 1208 de 18 de junho de 2013</i> .....	29
<b>3.2</b>	<b>Atenção domiciliar: uma pluralidade de denominações</b> .....	30
<b>3.3</b>	<b>Atenção domiciliar ao idoso: interface com as políticas de saúde</b> .....	32
<b>3.4</b>	<b>Atenção domiciliar ao idoso na Estratégia Saúde da Família</b> .....	34
<b>3.5</b>	<b>Atenção domiciliar ao idoso: o trinômio profissional, idoso e família</b> .....	36
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	38
<b>4.1</b>	<b>Abordagem e tipologia do estudo</b> .....	38
<b>4.2</b>	<b>Campo do estudo e período de realização</b> .....	38
<b>4.3</b>	<b>Sujeitos do estudo</b> .....	41
<b>4.4</b>	<b>Coleta das informações</b> .....	43
<b>4.5</b>	<b>Proposta de análise do material</b> .....	44
<b>4.6</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	46
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	47
<b>5.1</b>	<b>Caracterização dos idosos e cuidadores</b> .....	47
<b>5.2</b>	<b>Perspectivas dos idosos sobre a Atenção Domiciliar</b> .....	61

<b>5.3</b>	<b>Perspectivas dos cuidadores sobre a Atenção Domiciliar.....</b>	<b>62</b>
<b>5.4</b>	<b>Perspectivas dos profissionais sobre a Atenção Domiciliar.....</b>	<b>63</b>
<b>5.4.1</b>	<i>A organização da AD ao idoso na ESF de Sobral – Ceará.....</i>	<i>64</i>
<b>5.4.2</b>	<i>O apoio/suporte oferecido às famílias pelas equipes da ESF.....</i>	<i>66</i>
<b>5.4.3</b>	<i>Atenção Domiciliar na ESF: fatores facilitadores e limitantes.....</i>	<i>68</i>
<b>5.4.4</b>	<i>A estrutura física do domicílio e sua influência no processo saúde-doença</i>	<i>69</i>
<b>5.4.5</b>	<i>A relação entre profissionais, idoso e família e suas responsabilidades no cuidado</i>	<i>70</i>
<b>5.5</b>	<b>Trama da AD: convergências e divergências nas perspectivas dos sujeitos</b>	<b>72</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>76</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>82</b>
<b>8</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS .....</b>	<b>84</b>
<b>9</b>	<b>CRONOGRAMA .....</b>	<b>85</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>
	<b>APÊNDICE 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido para idosos e cuidadores .....</b>	<b>93</b>
	<b>APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais.....</b>	<b>95</b>
	<b>APÊNDICE 3 - Roteiro de questões norteadoras para o grupo focal .....</b>	<b>97</b>
	<b>APÊNDICE 4 - Roteiro de entrevista semi-estruturada para os idosos..</b>	<b>98</b>
	<b>APÊNDICE 5 - Roteiro de entrevista semi-estruturada para os cuidadores.....</b>	<b>99</b>
	<b>ANEXO 1 - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) .....</b>	<b>100</b>
	<b>ANEXO 2 - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ABVD KATZ.....</b>	<b>102</b>
	<b>ANEXO 3 - AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES.....</b>	<b>103</b>
	<b>ANEXO 4 – DECLARAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA.....</b>	<b>105</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil e muitos países do mundo vem sofrendo mudança no perfil demográfico de sua população. Esse fenômeno - também chamado transição demográfica - é o reflexo de alguns fatores, tais como a queda da fecundidade materna e da mortalidade infantil, a diminuição dos óbitos causados por doenças infectocontagiosas, o aumento da expectativa de vida e o progressivo envelhecimento da população (SOUZA, MORAIS & BARTH, 2006).

No início do século XX, a esperança de vida no país não passava dos 33.5 anos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ela atingiu mais de 73 anos em 2009. A proporção de idosos subiu de 9,1% em 1999 para 11,3% em 2009, compondo hoje um contingente acima de 22 milhões de pessoas, superando a população de idosos de vários países europeus (MINAYO, 2012).

Em 2008, os idosos representaram 60,4% do total de 1.066.842 mortes de residentes no país. Mais de 70% dos óbitos por doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e das doenças endócrinas ocorreram entre eles. Em 2009, foram também responsáveis por 21% do total de 11.102.201 internações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a magnitude dos problemas de saúde dos idosos e a necessidade de o setor atuar adequadamente precisam ser dimensionadas e compreendidas para uma adequação efetiva dos serviços (SOUZA, 2010).

Considerando os custos do sistema de saúde gerados pelas mudanças demográficas, a cronicidade de muitas doenças que exigem tratamento contínuo, a exigência de acompanhamento médico-hospitalar e a necessidade de cuidados por médio e longo prazo, surge também a crescente e importante necessidade de os serviços de saúde se adaptarem para atender a esta demanda, tanto em nível primário, secundário e/ou terciário (MARTINS et al., 2008).

Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são iniciativas que devem ser ampliadas. Só assim é possível assegurar mais qualidade de vida aos idosos e bem-estar à população (VERAS, 2009).

Resende e Dias (2008) destacam que a mudança do perfil de saúde da população idosa trouxe a necessidade de alterações nas formas de cuidado dessa população, e uma delas foi o retorno ao modelo de cuidados domiciliares. Para dar corpo a esse novo modelo, segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) de 2006, entre as várias ações projetadas na Estratégia Saúde da Família (ESF) e em execução, encontra-se a prática sistemática das visitas domiciliárias, promovidas pelas equipes de saúde da família. Além disso, um dos grandes potenciais da ESF reside em sua capacidade de oferecer suporte e fortalecer as famílias que estão sob sua responsabilidade (SILVA, GALERA & MORENO, 2007).

Segundo Brasil (2006c) a equipe saúde da família deve estar organizada para acolher, além da demanda espontânea e programada, as necessidades de saúde da pessoa idosa com perdas funcionais e dependência para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), que necessitem de atendimento no domicílio.

Nesse sentido, a atenção domiciliária é uma prática do trabalho em saúde, que visa a assistir ao indivíduo e à família no espaço domiciliar, de forma integral e contextualizada, nos aspectos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, promovendo uma integração dos diversos trabalhadores atuantes no sistema de saúde para oferecer cuidado de saúde de acordo com as possibilidades do serviço e as necessidades do cliente (KERBER, KIRCHHOF e CEZAR-VAZ, 2008).

A ação do cuidado domiciliar está alavancada ao propósito de ampliação da integralidade na atenção à saúde. Portanto, faz parte dessa proposta incluir as expectativas do usuário, com o objetivo de assisti-lo para que possa potencializar sua autonomia. O cuidado domiciliar envolve compreender que a família, a vida doméstica e a comunitária não são isoladas, mas inseridas na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo (KLOCK, HECK & CASARIM, 2005).

O cuidado domiciliar pode ser uma oportunidade significativa para que a autonomia do indivíduo e família se concretize, já que o cuidado no domicílio do usuário, paciente/cliente e família é uma ação e atitude, pois mais do que um fazer é um momento de vivenciar com o indivíduo e a família situações de saúde-doença, em seu *locus* de habitação, de relações e de significado de vida (LACERDA, 2010).

No entanto, Borges e Telles (2010) evidenciam a necessidade de desenvolver novas formas de apoio formal aos cuidadores familiares, exercidas por instituições públicas ou privadas, e também para dar suporte aos profissionais da atenção básica, quando se deparam com os idosos que não possuem o suporte familiar ou não o recebem. Tal informação vai ao encontro da necessidade, cada vez mais presente, de se identificar as pessoas com incapacidades importantes e que ficam à margem do sistema de saúde, já que apresentam um tipo de incapacidade que não é contemplada pelo sistema e, portanto, não são por ele conhecidas (DUARTE, LEBRÃO & LIMA, 2005).

Nesse sentido Gratão et al. (2013) destacam que o suporte aos cuidadores representa novo desafio para o sistema de saúde brasileiro, justificando a necessidade de estudos sobre essa temática principalmente no que se refere ao conhecimento das causas que levam o cuidador a adoecer e, conseqüentemente, as necessidades de saúde dessa população.

Assim, devido à importância do cuidado familiar para a Atenção Domiciliar (AD) no SUS e mais especificamente na ESF, ampliando a integralidade na atenção à saúde e provocando mudanças na prática dos profissionais, destacando-se o grande número de idosos e familiares/cuidadores que não se sentem amparados pelo sistema/equipe de saúde decorre a necessidade de refletir sobre como se dá o cuidado às famílias na AD de idosos com comprometimento funcional no contexto da ESF, a partir das perspectivas dos idosos, cuidadores e profissionais.

Este problema de pesquisa mostra-se relevante visto a necessidade de melhorar o acesso e a qualidade das ações e serviços da Atenção Básica (AB), dentre eles a AD aos idosos e cuidadores, por conta da demanda crescente de usuários para esta modalidade de serviço e do insuficiente apoio oferecido pelas equipes da ESF às famílias que se deparam com idosos dependentes de cuidados no domicílio.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Analisar o cuidado oferecido pelas equipes da ESF de Sobral/CE às famílias de idosos com comprometimento funcional na atenção domiciliar a partir das perspectivas dos idosos, cuidadores e profissionais.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar os idosos e familiares/cuidadores envolvidos na atenção domiciliar;
- Comparar as perspectivas dos idosos, familiares/cuidadores e profissionais da ESF sobre a atenção no domicílio;
- Investigar o suporte/apoio oferecido pelos profissionais da ESF às famílias de idosos com comprometimento funcional na atenção domiciliar;
- Identificar os fatores limitantes e facilitadores da atenção domiciliar ao idoso no contexto da ESF.

### **3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

#### **3.1 Legislação e políticas de saúde sobre AD ao idoso na ESF**

No intuito de oferecer maior sustentação teórica ao tema da pesquisa, realizou-se uma identificação das políticas e regulamentações existentes no país no que se refere à atenção domiciliar ao idoso na ESF. Sendo assim, este estudo tomou como referência as políticas de saúde e documentos do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, através de um resgate histórico-conceitual.

##### **3.1.1 *Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002 – regulamenta a assistência domiciliar no SUS***

A referida lei acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS.

Segundo Brasil (2002):

Foram estabelecidos, no âmbito do SUS, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. Assim, na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluiu-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

Na referida lei o atendimento e a internação domiciliares devem ser realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. Além disso, o atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. Destaca-se que a lei não distingue claramente as ações intituladas de atendimento e internação domiciliares.

### ***3.1.2 Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003 - dispõe sobre o Estatuto do Idoso***

Segundo esta lei é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados as pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. Brasil (2003) assegura que:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Determina que seja obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária.

A garantia da prioridade compreende atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população, preferência na formulação e execução de políticas sociais públicas específicas, destinação de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso, priorização do atendimento ao idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não possuam ou careçam de condições da sua própria sobrevivência, etc. (BRASIL, 2003).

De acordo com o Estatuto do Idoso é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o envelhecimento saudável e em condições de dignidade. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do 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 integral às doenças que afetam principalmente os idosos.

As instituições de saúde devem atender a critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda (BRASIL, 2003).

### ***3.1.3 Portaria nº 399 GM/MS de 22 de fevereiro de 2006 - divulga o Pacto pela Saúde***

Na perspectiva de superar as dificuldades existentes no SUS, os gestores assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde (2006), que foi anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicou no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Os estados/regiões/municípios pactuaram as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. Foram seis as prioridades pactuadas com destaque para a saúde do idoso (BRASIL, 2006d).

Para efeitos deste Pacto foi considerada idosa a pessoa com sessenta anos ou mais. O trabalho nessa área deveria seguir as seguintes diretrizes:

- a) Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) Estímulo as ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção;
- d) A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- e) O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando os critérios de risco;
- f) Provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- g) Fortalecimento da participação social;
- h) Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- i) Divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- j) Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- k) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Dentre as ações estratégicas podemos destacar:

- a) Caderneta de saúde da pessoa idosa;
- b) Manual de atenção básica à saúde da pessoa idosa;
- c) Programa de educação permanente à distância;
- d) Acolhimento (reorganizar o processo, ampliar o acesso);
- e) Assistência farmacêutica (qualificar a dispensação);
- f) Atenção diferenciada na internação (instituir a avaliação geriátrica global);
- g) Atenção domiciliar (instituir esta modalidade de prestação de serviços de saúde).

### ***3.1.4 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (2006)***

Segundo a Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprova a PNSPI, a meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

Segundo Brasil (2006a):

A finalidade primordial da PNSPI é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com sessenta anos ou mais de idade.

A política destaca a necessidade de enfrentamento de desafios como a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio, bem como o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso.

Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da ESF um papel fundamental.

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica.

A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também faz parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Além disso, grupos de autoajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.

Segundo a política, considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais.

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade.

A política estabelece dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

### ***3.1.5 Portaria GM/MS nº 2.529 de 19 de outubro de 2006 – institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS***

O Ministério da Saúde define como Internação Domiciliar, no âmbito do SUS “o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim (BRASIL, 2006b)”.

Define também que os Serviços de Internação Domiciliar são compostos por Equipes Multiprofissionais de Internação Domiciliar compostas no mínimo por um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem e Equipes Multiprofissionais de Apoio. Esta equipe esteja referida a uma população de cem mil habitantes, tenham como meta a média de trinta internações por mês, com média de permanência de até trinta dias.

Os serviços devem garantir retaguarda no período da noite e finais de semana. São prioridades de eleição os idosos, portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, portadores de patologias com necessidades de cuidados paliativos e portadores de incapacidade funcional. Além de definir critérios para a exclusão de usuários por conta da complexidade.

A Internação Domiciliar deve ser uma modalidade assistencial inserida nos sistemas locais de saúde do SUS. Assim, integra as ações da rede básica, urgência e emergência e área hospitalar. Numa abordagem do espaço-território, pressupondo o domicílio como local de atuação, referencia-se à territorialidade da rede básica, podendo transcendê-la (BRASIL, 2006b).

A proposta de Internação Domiciliar pode atuar como “costura” entre o nível hospitalar e a atenção básica, fortalecendo o sistema e, particularmente a ESF. Para êxito nessa intenção, faz-se necessário reconhecer os limites das competências e resolubilidades verificadas na atenção básica, na internação domiciliar e na atenção hospitalar.

Identifica-se que na internação domiciliar as equipes prestam assistência a uma população restrita de usuários, por um período de tempo pré-estabelecido, não havendo assim um acompanhamento contínuo dos usuários, atuando principalmente em períodos de complicações de suas doenças e agravos, distante da perspectiva da promoção da saúde.

### ***3.1.6 Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2011)***

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Segundo Brasil (2011) a AB:

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Nesse sentido, a AB é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

No que se refere ao processo de trabalho das equipes de AB, cabe as equipes realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS), no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada. Além disso, devem realizar Atenção Domiciliar (AD) destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de AD nos demais casos.

### ***3.1.7 Portaria Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 - redefina a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS***

Para efeitos desta Portaria considera-se: “Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS; Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.”

A AD tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2011b).

A AD é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à RAS, a partir dos Planos de Ação, conforme estabelecido na Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

A AD deve seguir às seguintes diretrizes:

- I - ser estruturada na perspectiva das RAS, tendo a AB como ordenadora do cuidado e da ação territorial;
- II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;
- III - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;
- IV - estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;

V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e

VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

Encontra-se na proposta de AD muitas semelhanças com o modelo de atenção executado na ESF, como a base territorial, o trabalho interdisciplinar, a articulação em rede e o cuidado centrado no usuário e família de forma integral e humanizada, superando em vários fatores a proposta anterior de internamento domiciliar que era fragmentada e excludente.

### ***3.1.8 Diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica (2012)***

Este texto foi elaborado, à luz do contexto atual, a partir de um documento intitulado “Diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica”, produzido pelo Departamento de Atenção Básica em 2004. Contém as *Diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica/SUS*, com o objetivo de orientar a organização dos serviços de AD na Atenção Básica no Brasil.

Com base no princípio da territorialização, a AB deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas adscritas. Desta forma, a AD é atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de AB, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão desta modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar (BRASIL, 2012a).

A proposta de AD inclui a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e as discussões sobre diferentes concepções e abordagens à família. Espera-se que os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

A participação ativa do usuário, família e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui um traço importante para a efetivação dessa modalidade de atenção.

Assim, a articulação com os outros níveis da atenção e a intersetorialidade também é fundamental para a construção coletiva de uma proposta integrada de atenção à saúde, bem como para aumentar a resolutividade dos serviços e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

### ***3.1.9 Princípios da Atenção Domiciliar segundo Caderno de Atenção Domiciliar (2012)***

#### *3.1.9.1 Abordagem integral à família*

A assistência no domicílio deve conceber a família em seu espaço social privado e doméstico, respeitando o movimento e a complexidade das relações familiares. Ao profissional de saúde que se insere na dinâmica da vida familiar cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele convívio humano. A abordagem integral faz parte da assistência domiciliar por envolver múltiplos fatores no processo saúde-doença da família, influenciando as formas de cuidar (BRASIL, 2012a).

#### *3.1.9.2 Consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador*

A primeira condição para que ocorra a assistência domiciliar é o consentimento da família com a existência do cuidador. A assistência prestada no domicílio não pode ser imposta, já que o contexto das relações familiares é sempre mais dinâmico que as ações desenvolvidas pelos profissionais, comprometendo a eficácia terapêutica proposta. Recomenda-se que toda família esteja ciente do processo de cuidar da pessoa assistida, comprometendo-se junto com a equipe na realização das atividades a serem desenvolvidas (BRASIL, 2012a).

### *3.1.9.3 Trabalho em equipe e interdisciplinaridade*

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença é importante que a assistência domiciliar esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas (BRASIL, 2012a).

### *3.1.9.4 Estímulo a redes de solidariedade*

No âmbito de atuação local, a equipe de AB deve identificar parcerias na comunidade seja com igrejas, associações de bairro, clubes, Organizações Não Governamentais (ONGs), dentre outros que viabilizem e potencializem a assistência prestada no domicílio ao usuário/família (BRASIL, 2012a).

### *3.1.9.5 Cuidador*

O cuidador é a pessoa que presta os cuidados diretamente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família. Propõe-se que o cuidador seja orientado pela equipe de saúde nos cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio. As atribuições devem ser pactuadas entre equipe, família e cuidador, democratizando saberes, poderes e responsabilidades. (BRASIL, 2012a).

### ***3.1.10 Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013 - Redefine a AD no âmbito do SUS***

A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de AB, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês. As equipes de AB que executarem as ações na modalidade AD1 serão apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ambulatórios de especialidades (BRASIL, 2013a).

A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da RAS. Será garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências (BRASIL, 2013a).

A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da RAS.

O usuário não será incluído no SAD, em qualquer das três modalidades, na presença de pelo menos uma das seguintes situações:

I - necessidade de monitorização contínua;

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou

V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

### ***3.1.11 Portaria nº 1.208 de 18 de junho de 2013 – Dispõe sobre o Programa Melhor em Casa***

Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Cada hospital que compõe o Programa SOS Emergências contará com uma EMAD que deverá estar integrada ao SAD do Programa Melhor em Casa do respectivo município no qual o hospital encontra-se localizado, quando existir.

A integração da AD com o Programa SOS Emergências têm como objetivos: evitar internações hospitalares desnecessárias de pacientes atendidos nas portas de entradas hospitalares de urgência que compõem o Programa SOS Emergências; proporcionar o abreviamento de internações hospitalares, quando indicado clinicamente, possibilitando ampliação dos leitos de retaguarda; e humanizar o cuidado aos pacientes em internação hospitalar e atendidos em serviços de emergência, possibilitando que sejam acompanhados no ambiente domiciliar pelas EMAD (BRASIL, 2013b).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2013b) a EMAD tem as seguintes atribuições: trabalhar integrada com o território (SAD integrado ou não ao Programa Melhor em Casa e Equipes de AB); responsabilizar-se pelo cuidado dos usuários desospitalizados, quando forem classificados como modalidades AD2/AD3 e não existir EMAD no território; realizar busca ativa no hospital para identificar usuários elegíveis para a AD; apoiar a equipe do hospital na implantação do protocolo para desospitalização; matriciar os setores e as equipes do hospital na identificação de pacientes elegíveis para a AD; apoiar na identificação e capacitação do cuidador ainda no ambiente hospitalar; e participar das reuniões do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH).

Diante do exposto, foi construída uma síntese integradora das mais relevantes publicações sobre a AD ao idoso no contexto da ESF, disponíveis na *home page* do MS, organizada na forma de tópicos pela ordem cronológica, dispostas no quadro a seguir:

Quadro 1 – Síntese das principais publicações do MS sobre AD ao idoso na ESF

<b>TÍTULO</b>	<b>DATA DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>FINALIDADE</b>
<b>Lei nº 10.424</b>	15 de abril de 2002	Regulamenta a assistência domiciliar no SUS
<b>Lei nº 10.741</b>	01 de outubro de 2003	Dispõe sobre o Estatuto do Idoso
<b>Portaria GM/MS nº 399</b>	22 de fevereiro de 2006	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.
<b>Portaria GM/MS nº 2.528</b>	19 de outubro de 2006	Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

<b>Portaria GM/MS nº 2.529</b>	19 de outubro de 2006	Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS
<b>Portaria GM/MS nº 2.488</b>	21 de outubro de 2011	Aprova a nova Política de Atenção Básica
<b>Portaria GM/MS nº 2.527</b>	27 de outubro de 2011	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS
<b>Caderno de Atenção Domiciliar</b>	2012	Oferece auxílio na implantação e implementação dos Serviços de Atenção Domiciliar
<b>Portaria GM/MS nº 963</b>	27 de maio de 2013	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.
<b>Portaria GM/MS nº 1.208</b>	18 de junho de 2013	Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências.

Fonte: Dados do autor.

### 3.2 Atenção domiciliar: uma pluralidade de denominações

Destaca-se inicialmente que não existe na literatura científica um consenso quanto à nomenclatura correta para designar as ações/serviços de saúde realizadas no domicílio, bem como as diferenças entre elas. Embora o único Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) reconhecido seja assistência domiciliar definido como “a prestação de serviços na própria residência dos cidadão”.

Brasil (2006c, p.125) define a atenção domiciliar às pessoas idosas como:

Um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. Articulam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia.

A AD é uma modalidade de atenção que vem sendo experimentada no Brasil, com diversos arranjos, desde a década de 1960. Destaca-se, no entanto, as experiências municipais iniciadas na década de 1990 e 2000 que avançam na concepção da AD como um serviço que deve estar articulado em rede, organizar-se em equipes multiprofissionais de referência para uma certa população e cujo público-alvo não se restringe àquele oriundo de internação hospitalar (BRASIL, 2012c).

O processo do cuidar em AD está interligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para essa assistência. Analisando a AD como modalidade de cuidado no SUS, pode-se afirmar que está em processo incipiente de implantação, caracterizando-se por possuir um conjunto de serviços que não utilizam indicadores e parâmetros comuns e pactuados (BRASIL, 2012c).

Com esta linha de atuação, forjam-se arranjos para dar conta de uma atenção diferenciada no domicílio, com investimentos específicos em material e medicamentos, mobilização de diversos recursos, onde o cunho assistencial, no campo da clínica, se evidencia (MERHY & SCHIFFLER, 2006).

Assim, a assistência domiciliar à saúde vem transpor as práticas institucionalizadas, visando a construir uma nova ação profissional com base na inserção dos profissionais de saúde no local de vida, interações e relações dos indivíduos, em sua comunidade e, principalmente, em seu domicílio (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

Além disso, partindo do reconhecimento de que a assistência domiciliar apresenta especificidades organizacionais e técnicas, considera-se pertinente a inclusão em uma proposta de AD de um componente relativo ao treinamento e capacitação para os profissionais responsáveis pela operacionalização dos procedimentos (REHEM & TRAD, 2005).

### **3.3 Atenção domiciliar ao idoso: interface com as políticas de saúde**

Ao fazer uma interface entre as publicações de periódicos sobre a assistência domiciliar ao idoso no contexto da ESF com as políticas de saúde, percebe-se uma preocupação dos autores em relacionar o tema com a legislação e diretrizes formuladas pelo

Estado Brasileiro, essas informações são apresentadas seguindo a ordem cronológica das publicações.

A Política Nacional do Idoso (PNI/Lei 8842/94) dispõe sobre a necessidade de ampliação do debate sobre o processo de envelhecimento marcante na população brasileira, via sua inclusão em todos os níveis de escolarização. Na área da saúde, isto implicaria em ampliar conteúdos específicos na graduação, na pós-graduação e na educação permanente (MOTTA & AGUIAR, 2007). Este fato aponta para uma indução da política na formação de recursos humanos em saúde preparados para lidar com as necessidades e especificidades da população idosa.

Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008) declaram que a atenção domiciliária foi incorporada por poucas instituições públicas de saúde como um serviço, permanecendo pouco difundida e operacionalizada. Apesar dela já está regulamentada, seja no setor público, no qual foi instituída pela Lei Complementar nº. 10.424 de 2002, regulamenta a assistência domiciliar no SUS, seja no setor privado, com a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – para os planos de saúde, com o Projeto de Lei nº. 7.417/2002.

Além disso, a PNSPI (2006), que fundamenta as ações do poder público do setor saúde na atenção integral à população idosa do Brasil, incorpora o cuidado familiar e considera este modelo fundamental nos cuidados à saúde desse grupo populacional (RESENDE & DIAS, 2008).

Segundo os mesmos autores, o conceito de trabalhador presente na Política Nacional de Saúde do Trabalhador (2004), além dos indivíduos remunerados, inseridos no setor formal ou informal de trabalho, também são considerados trabalhadores aqueles indivíduos que, como os cuidadores familiares de idosos, realizam funções não remuneradas que fazem parte das atividades econômicas do lar. Assim, no momento em que a PNSPI considera os cuidadores de idosos parceiros das equipes de saúde na assistência aos idosos dependentes, ela se torna responsável por fornecer condições dignas de trabalho para esses “agentes de saúde”.

Nesse contexto, a questão da assistência domiciliar ao idoso é tratada por duas políticas diferentes, a de saúde do trabalhador com foco nos cuidadores e a de saúde do idoso com foco nessa população, destacando o papel do Estado, em especial das equipes de saúde

em oferecer apoio e suporte ao idoso e familiares/cuidadores no domicílio, considerando o processo de saúde adoecimento de ambos.

Veras (2009) destaca que a PNSPI objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à Saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseada no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional. O marco teórico desta abordagem multidimensional possui a chancela da Organização Mundial de Saúde (OMS), que adotou o documento “*Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas*”, levando em consideração os determinantes sociais de saúde e a intersetorialidade nas políticas de saúde na área de envelhecimento.

Conforme essa política, para os idosos frágeis, aqueles que sabidamente estão em situação de incapacidade funcional e são dependentes, é sugerido o estabelecimento de atendimento domiciliar e a prevenção de complicações conforme previsto no Estatuto do Idoso. Essa política define ainda que a atenção à saúde do idoso seja à luz da ESF, cuja competência é de intervenções que auxiliem na qualidade de vida dessa população. Na política nacional direcionada a ESF, é cabível a toda a equipe realizar o cuidado em saúde da população adscrita, tanto no âmbito dos serviços, quanto do domicílio e demais espaços comunitários (CARVALHO, ASSUNÇÃO & BOCCHI, 2010).

Thumé et al. em estudo realizado em 2008 no Rio Grande do Sul, Brasil, sugerem a operacionalização da assistência no domicílio como adequada, reforçando como prioritários os fatores descritos na PNSPI. O fato de a prevalência de assistência domiciliar ser maior na ESF é coerente com o perfil socioeconômico, a morbidade e a oferta de serviço nessas áreas. A ESF possibilitou o acesso ao cuidado, reafirmando a importância desta no atendimento à população incapacitada de se deslocar aos serviços de saúde. A satisfação dos usuários com o serviço recebido destaca-se como indicador de qualidade da atenção (THUMÉ et. al., 2010).

Os efeitos da PNSPI são sentidos além do sistema público de saúde, pois, em consonância com a perspectiva de preservar a saúde e propiciar mais anos de vida saudável, a ANS, por meio da Resolução Normativa nº 265 de 2011, incentiva a participação de usuários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades (VERAS, 2012).

Freitas (2011, p.36) chama atenção para:

A crescente necessidade de assistência e tratamento de uma população que envelhece exige políticas adequadas. A falta dessas políticas pode causar importantes aumentos dos custos. As políticas que propiciam a saúde durante toda a vida, inclusive as de promoção da saúde e de prevenção de doenças, a tecnologia de assistência, os cuidados para a reabilitação, quando indicados, os serviços de saúde mental, a promoção dos modos de vida saudáveis e ambientes propícios, podem reduzir os níveis de incapacidade associados à velhice e permitir obter economias orçamentárias.

Além disso, o perfil sociodemográfico e epidemiológico de idosos sob cuidados domiciliares deve direcionar políticas públicas de saúde com base na gestão por resultados, e pode contribuir para evidenciar redes sociais subjacentes ao processo de viver com doença crônica com melhor qualidade de vida, o que significa a busca do viver feliz (MARTINS et al., 2008).

Duarte, Lebrão e Lima (2005) identificaram que a funcionalidade apresentada pelos idosos, determinada a partir da avaliação do desempenho de AVD em associação à assistência recebida pelos idosos para a execução dessas tarefas em cada grupo de arranjos domiciliares, é um dos alicerces da organização das políticas públicas relacionadas à melhoria da qualidade assistencial destinada a esse grupo etário.

### **3.4 Atenção domiciliar ao idoso na Estratégia Saúde da Família**

No Brasil, a ESF foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, por exemplo, mediante a promoção do envelhecimento saudável. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios (MOTTA, AGUIAR & CALDAS, 2011).

Tendo como foco os arranjos que se configuram para dar conta de uma atenção no domicílio, esses permitem certas modalidades de atenção executadas pela própria equipe da ESF que ampliam o leque do que historicamente lhe é constitutivo. Há o atendimento no domicílio a pacientes crônicos e/ou com necessidades de reabilitação que podem se beneficiar

com o cuidado prestado por uma equipe multidisciplinar, operando tecnologias leves e leves, tendo em vista os benefícios de o paciente permanecer no ambiente familiar, as possibilidades terapêuticas e a diminuição dos riscos de infecção hospitalar (MERHY & SCHIFFLER, 2006).

A ESF e a visita domiciliar como uns dos seus componentes assumem, portanto, uma dimensão política e assistencial de promoção em saúde que interfere na lógica da oferta e da demanda, pela qual a integração da atenção, a satisfação do usuário, bem como a democratização e a politização de conhecimentos relacionados ao processo saúde e doença, ao que parece, atuam de maneira concreta na organização e produção dos serviços de saúde (ALBUQUERQUE & BOSI, 2009).

Segundo Klock, Heck e Casarim (2005) conforme suas diretrizes operacionais as equipes de saúde da família, têm seu foco no caráter substitutivo, complementaridade, hierarquização, adscrição da clientela, cadastramento das famílias, podendo contribuir, facilitando a ação do cuidado domiciliar, principalmente pela reorientação das práticas de trabalho a partir do diagnóstico de saúde da comunidade e a equipe multiprofissional atuando no domicílio das pessoas.

O espaço domiciliar é potente para promover a reflexão das relações usuários/trabalhadores de saúde no cenário de saúde intradomiciliar. Nos serviços de saúde, quase sempre o usuário é visto como objeto, e o trabalhador de saúde, de forma hierárquica, se coloca no topo da relação, enquanto no domicílio essa relação tende a se tornar horizontalizada e baseada por trocas de subjetividades (SANTOS & MORAIS, 2011).

Mesmo sabendo-se de todas as vantagens da assistência domiciliar, uma grande dificuldade encontrada é a falta de literatura sobre a avaliação do cuidado domiciliar, onde existam critérios e padronização para a realização da mesma. Porém muitos aspectos positivos foram relatados, destacando-se a assistência de pessoas que anteriormente não tinham acesso aos serviços formais de cuidado e o vínculo estabelecido entre quem cuida e quem é cuidado (CLOCK, HECK & CASARIM, 2005).

De acordo com Martins et al. (2009) as visitas domiciliares realizadas pela equipe da ESF são satisfatórias, porém a frequência/periodicidade destas é referida como insuficiente. O fato é explicado devido à falta ou quantidade insuficiente de profissionais na unidade de

saúde. A desproporção entre a população a ser cuidada e o número de trabalhadores disponíveis para os cuidados domiciliares pode representar a perda da efetividade e continuidade do cuidado prescrito para este grupo populacional.

Outra dificuldade apontada nos estudos realizados sobre cuidadores é a falta de apoio tanto formal como informal, sendo esse fornecido por familiares, amigos e vizinhos, que supre principalmente as necessidades emocionais, financeiras e instrumentais, e o formal, representado por serviços e profissionais de saúde, que propiciam atendimento domiciliar, transporte e fornecimento de materiais (VIEIRA et al., 2011).

### **3.5 Atenção domiciliar ao idoso: o trinômio profissional, idoso e família**

Por fim deve-se considerar as especificidades inerentes à assistência domiciliar ao idoso, primeiramente com relação ao espaço de cuidado que passa a ser o domicílio e em segundo lugar os atores envolvidos que tendem a ter uma relação mais duradoura e conflituosa já que envolve três entes responsáveis pelo processo saúde-adoecimento o idoso, o familiar/cuidador e o profissional de saúde (VIEIRA et al., 2011).

Duarte, Lebrão e Lima (2005) concluíram que os idosos que apresentam limitações funcionais não estão sendo assistidos adequadamente. Os arranjos domiciliares existentes não estão sendo capazes de atender, de forma global, às necessidades mais básicas apresentadas pelos idosos, tornando-os, assim, mais vulneráveis.

Apesar do cuidado dispensado pelos familiares muitas vezes não ser o mais recomendado tecnicamente, porém, muito acrescenta à recuperação do familiar que necessita de cuidado, o vínculo afetivo, o conhecimento que o familiar tem do seu doente e sua história de vida. Além disso, historicamente a família é a primeira cuidadora, sendo inadequado excluí-la desta função (MARTINS et al., 2009).

Linhares et al. (2011) acreditam que se as famílias tivessem maior assistência por parte dos profissionais de saúde, em relação ao suporte emocional, sobrecarga do cuidador, e ensinamentos sobre a doença do seu parente, os relacionamentos seriam mais firmes, com

menos atrito, e haveria maior participação dos familiares no processo saúde-doença vivido pelo idoso.

Sendo assim, a tarefa de cuidar é complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios e muitas vezes dada a indivíduos que não se encontram preparados para tal ação. Normalmente, essa responsabilidade é transferida como uma ação a mais para a família, que, em seu cotidiano, é obrigada a acumular mais uma função entre as que realiza (BRASIL, 2012b). Diante disso, o profissional de saúde tem um papel de mediador entre quem necessita de cuidados e a pessoa que vai realizar a ação do cuidado. Neste cenário, a família passa a ser um ator que, além de interagir e definir padrões de cuidado tem uma participação na definição da saúde (CLOCK, HECK & CASARIM, 2005).

Silva, Galera & Moreno (2007) ressaltam que não adianta apenas determinar politicamente que a equipe de saúde da família deve abordar a família como unidade de cuidado. É preciso ter instrumentos que habilitem o profissional a adotar essa abordagem. O referencial sistêmico mostra-se muito útil na escuta do núcleo familiar como um todo.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Abordagem e tipologia do estudo**

Esta pesquisa se fundamentou na metodologia qualitativa das investigações sociais, segundo Bosi e Mercado (2007) o modelo qualitativo pode apresentar-se como uma abordagem interessada no microssocial, baseada em palavras, histórias e narrativas cujo interesse é a dimensão subjetiva, aplicando o método indutivo, tendo as entrevistas abertas ou observação-participante como técnicas privilegiadas para obter a informação.

Os mesmos autores destacam que um número cada vez maior de atores sociais vem se interessando pela abordagem qualitativa como um caminho complementar ou alternativo para investigar os processos sanitários, vinculados ao fenômeno saúde-enfermidade ou às políticas, programas e práticas de atenção à enfermidade.

Embora haja diferentes estratégias metodológicas nesse tipo de investigação, todas têm o mesmo objetivo: compreender as relações, as visões e o julgamento dos diferentes atores sobre a intervenção na qual participam, entendendo que suas vivências e reações fazem parte da construção da intervenção e de seus resultados (MINAYO, ASSIS & SOUZA, 2005).

Assim, baseada no seu objetivo geral, analisar a atenção domiciliar oferecida pelas equipes da ESF de Sobral/CE às famílias de idosos com comprometimento funcional, esta pesquisa é classificada como exploratória, tipo de pesquisa definida por Gil (1996) como aquela que tem como objetivos gerais proporcionar maior familiaridade com o problema e o aprimoramento de ideias ou descoberta de intuições e cujo planejamento é bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

### **4.2 Campo do estudo e período de realização**

Segundo Minayo (2004) “entendemos por *Campo*, na pesquisa qualitativa, o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação.” Foi eleito como campo de pesquisa o município de Sobral, principal cidade do noroeste do Ceará, localizada a 238 quilômetros de Fortaleza,



**Macro área I (onze CSF dos distritos):** Jordão, Baracho, Rafael Arruda, Torto, Jaibaras, Aprazível, Bilheira, Taperuaba, Bonfim, Aracatiçu e Caracará/Patos;

**Macro área II (nove CSF da sede):** Junco, Cohab III, Campo dos Velhos, Coelce, Alto do Cristo, Terrenos Novos, Vila União, Pe. Palhano e Sumaré;

**Macro área III (seis CSF da sede e distritos):** Sinhá Sabóia, Cohab II, Dom Expedito, Caioca, Salgado Machado e Patriarca.

**Macro área IV (oito CSF da sede):** Alto da Brasília, Novo Recanto, CAIC, Expectativa, Pedrinhas, Centro, Estação e Tamarindo.

Existem também sete equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nível 1 e duas turmas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e uma turma de Saúde Mental inseridas no sistema de saúde de Sobral. Além disso, conta desde 2009 com um SAD composto por 2 EMADs e 1 EMAP, atendendo sete dias por semana em sistema de plantão na sede e nos distritos.

Reconhecendo a grande quantidade e diversidade de territórios da ESF de Sobral, e por se tratar de uma pesquisa de abordagem qualitativa, foi utilizada a amostragem intencional, elegendo como critério de escolha a macro área que possuía o maior número de idosos de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 2013. Sendo assim, esta pesquisa foi realizada nos territórios da macro área II. A coleta de informações foi desenvolvida no período de setembro de 2014 a março de 2015.

Tabela 1 – Quantidade de idosos por macro área de saúde do município de Sobral, Ceará, 2013.

<b>Macroárea</b>	<b>Nº de idosos</b>
I	5.843
II	6.829
III	3.066
IV	6.209
<b>TOTAL</b>	<b>21.947</b>

Fonte: SIAB (2013)

Destaca-se que durante o desenvolvimento da pesquisa houve o desmembramento de três equipes e o surgimento de novas unidades de saúde na macroárea II, foram os CSF Cohab III e Campos dos Velhos originados do CSF Junco e o CSF do Alto do Cristo originado do CSF Coelce. Por se tratarem de serviços novos ainda organizando seu processo de trabalho, estes não foram incluídos no estudo. Assim, foram incluídos seis CSF a saber: Junco, Vila União, Terrenos Novos, Padre Palhano, Coelce e Sumaré.

### 4.3 Sujeitos do estudo

Sabendo que:

Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. (...) Seu critério, portanto não é numérico. Podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. (MINAYO, 2004).

Neste estudo escolheu-se a tríade profissional, idoso e cuidador/familiar por ser reconhecida a importância da mesma para a AD contínua e efetiva. Assim, foram estabelecidos como sujeitos da pesquisa os **profissionais de saúde** que compõem à equipe mínima da ESF: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS; os **idosos** que recebem AD pela equipe da ESF e o **familiar/cuidador principal** responsável pelo cuidado do idoso no domicílio.

Dessa forma, participaram do estudo vinte e oito profissionais da equipe mínima da ESF, sendo quatro enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem e vinte e três ACS. Os profissionais da categoria médica não tiveram disponibilidade durante os momentos da coleta de dados, visto que eles aconteceram após as reuniões de roda da equipe e eles não se encontravam presentes.

Os idosos com idade a partir de sessenta anos e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde foram incluídos no estudo totalizando sessenta e dois sujeitos, os quais foram avaliados pelo Index de Independência nas AVD de Katz (anexo 2) e pelo Mini Exame do Estado Mental – MEEM (anexo 1). Além de sessenta

familiares/cuidadores principais responsáveis pelos idosos que recebem AD, avaliados pela aplicação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (anexo 3), destaca-se que dois destes realizavam o cuidado de dois idosos simultaneamente no mesmo domicílio.

As escalas foram utilizadas para melhor caracterizar os sujeitos. O MEEM é o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico. Avalia vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho).

O Index de Independência nas AVD de Sidney Katz avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes. Já a avaliação da sobrecarga dos cuidadores de Zarit serve para avaliar se os cuidadores de idosos estão sobrecarregados. Deve ser aplicada para o cuidador principal - pessoa que mais ajuda a pessoa idosa. A entrevista deverá ser realizada sem a presença da pessoa idosa (BRASIL, 2006c)

Foram excluídos da amostra os idosos considerados independentes de acordo com o Index de AVD somando vinte e quatro e/ou possuírem comprometimento do estado mental de acordo com o MEEM, os quais foram identificados trinta e quatro, nove idosos foram excluídos por ambos os critérios. Assim, dos sessenta e dois idosos abordados, quarenta e nove não foram incluídos e apenas treze preencheram os critérios pré-estabelecidos. Destaca-se como fator limitante a baixa escolaridade dos idosos que contribuiu para a pequena pontuação no MEEM.

Nesse sentido, pela importância de analisar as falas de ambas as partes, apenas treze familiares/cuidadores dos sessenta abordados foram incluídos, pois se o idoso não preenchesse os critérios de inclusão, o familiar/cuidador automaticamente era excluído da amostra. Os sujeitos foram incluídos na amostra após consentirem sua participação no estudo, de acordo com os princípios éticos norteadores das pesquisas envolvendo seres humanos e detalhados posteriormente.

#### 4.4 Coleta de Informações

A entrevista semiestruturada e o grupo focal foram às técnicas eleitas neste estudo para coletar as informações. Assim, foram realizadas entrevistas com sessenta e dois idosos e sessenta familiares/cuidadores, dos quais treze idosos apresentavam comprometimento funcional e capacidade cognitiva preservada e seus respectivos cuidadores de acordo com os critérios de inclusão na amostra descritos anteriormente. As entrevistas foram realizadas no domicílio dos idosos, identificados através da equipe de saúde da família, utilizando roteiro norteador (apêndices 4 e 5, respectivamente), embora tenha sido mantido uma flexibilidade capaz de incorporar novos tópicos que emergiram durante o desenvolvimento da pesquisa.

Segundo Minayo (2004):

“O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.”

Também foram realizados quatro grupos focais com os profissionais dos CSF Junco, Vila União, Padre Palhano e Sumaré pertencentes à macro área II, na oportunidade da roda (espaço de reunião da equipe), onde foram escolhidos aleatoriamente e de acordo com a disponibilidade profissionais representando as diversas categorias da equipe mínima da ESF, utilizando-se um roteiro de questões norteadoras presentes no apêndice 3. Não foi possível a realização do grupo focal em dois CSF Terrenos Novos e Coelece, no primeiro a unidade de saúde encontrava-se em reforma no momento da coleta de dados e não havia local disponível para a realização da mesma. No segundo houve dificuldade de agendamento devido as grandes demandas das equipes nas reuniões. A quantidade de profissionais de cada categoria presente nos grupos focais está enumerada na tabela a seguir.

Tabela 2 – Quantidade de profissionais por categoria presente nos grupos focais

<b>CSF</b>	<b>Junco</b>	<b>Vila União</b>	<b>Padre Palhano</b>	<b>Sumaré</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Médico</b>	–	–	–	–	0
<b>Enfermeiro</b>	2	1	–	1	4
<b>Aux. ou téc. de enfermagem</b>	–	–	–	1	1
<b>ACS</b>	4	5	9	5	23
<b>TOTAL</b>	6	6	9	7	28

Fonte: dados coletados pelo autor (2015)

A técnica do grupo focal constitui-se em um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos, homogêneos, que atuam de forma planejada para se obter informações relativas a um tema específico, em ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto coletivo e individual (MINAYO, ASSIS & SOUZA, 2005).

Para a coleta de dados o autor contou com a colaboração de três estudantes de graduação em enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

#### **4.5 Proposta de análise do material**

Utilizou-se a codificação temática segundo Uwe Flick (2009), este procedimento foi desenvolvido para estudos comparativos, nos quais os grupos em estudo são provenientes da questão de pesquisa, sendo, assim, definidos *a priori*. A questão da pesquisa é a distribuição social de perspectivas sobre um fenômeno ou um processo. A amostragem é voltada aos grupos cujas perspectivas sobre a questão pareçam ser mais instrutivas para a análise, e que são, portanto, definidos antecipadamente.

Realiza-se primeiramente uma análise aprofundada do caso único, a qual segue diversos objetivos. Isso preserva as relações significativas com as quais a respectiva pessoa

lida com o tópico do estudo. Esse procedimento desenvolve um sistema de categorias para o caso único. Aplica-se em primeiro lugar a codificação aberta e, depois, a seletiva. Após a análise do primeiro caso, realiza-se uma checagem cruzada entre as categorias elaboradas e os domínios temáticos associados aos casos únicos (FLICK, 2009).

Segundo o mesmo autor nos grupos individuais, resumem-se os códigos semelhantes e elaboram-se os tópicos específicos de cada grupo. Após a comparação constante entre os casos com base na estrutura desenvolvida, pode-se delinear o espectro do tópico a partir da forma pelo qual os entrevistados tratam de cada tema. Assim, semelhanças e diferenças específicas de cada grupo são identificadas e analisadas, ampliando-se a comparabilidade das interpretações.

Para subsidiar a análise do material, contribuindo para aumentar o conhecimento do assunto e alcançar os objetivos da pesquisa, foi utilizada também a triangulação de métodos proposta por Minayo, Assis e Souza (2005) abordando de forma complementar e dialética, fazendo dialogar questões objetivas e subjetivas, privilegiando a análise dos consensos, dos conflitos e das contradições que são indícios de mudanças.

Desta forma, em lugar de se apoiar num referencial disciplinar, a presente proposta amplia o espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a perceber movimentos, estruturas, ações dos sujeitos, indicadores e relações entre micro e macro realidades (MINAYO, ASSIS & SOUZA, 2005). Assim realizou-se uma triangulação entre as informações construídas durante o grupo focal com os profissionais da ESF e as entrevistas realizadas com os idosos e familiares/cuidadores, abrangendo aspectos quantitativos e qualitativos, buscando captar os consensos, conflitos e contradições presentes nas falas dos sujeitos, relacionadas diretamente com o cotidiano da AD.

Entendendo que a análise das perspectivas dos sujeitos envolvidos na AD: idosos, cuidadores e profissionais constitui o conceito-chave desse trabalho, realizou-se à triangulação das informações obtidas através das entrevistas e grupos-focais, abrangendo percepções sobre o cuidado domiciliar, identificação de apoio/suporte à família pela equipe da ESF, fatores facilitadores e limitantes e a influência da estrutura do domicílio na AD.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Em consonância com as Resoluções nº196/1996 e nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/MS, que aprovam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, esta pesquisa obteve aprovação na Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, Ceará (anexo 4) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UVA nº do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) = 31215114.9.0000.5053 (anexo 5).

Esta pesquisa adotou os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, os sujeitos da pesquisa tiveram livre arbítrio para participação neste ensaio; beneficência, os resultados da pesquisa poderão subsidiar a melhoria da assistência domiciliar ao idoso prestada pela ESF; não maleficência, não houve qualquer forma de constrangimento ou risco de vida ou danos aos participantes da pesquisa; e justiça, já que sem qualquer forma de discriminação, todos os sujeitos terão acesso aos resultados e aos benefícios gerados pela pesquisa.

A anuência da participação dos sujeitos do estudo foi documentada através de suas assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndices 1 e 2), elaborado em duas vias (uma entregue aos participantes do estudo e a outra permaneceu com o pesquisador). Nestes termos, foram expostos os objetivos do estudo, bem como informações aos participantes sobre o direito de anonimato, de sigilo de informações pertinentes à privacidade e da desistência da participação do estudo em qualquer momento, conforme suas vontades, sem que isso lhes trouxesse qualquer prejuízo.

## 5 RESULTADOS

Inicialmente será realizada uma descrição dos casos e grupos específicos de idosos e cuidadores conforme estabelece a primeira etapa da codificação temática em seguida uma comparação das perspectivas dos idosos, cuidadores e profissionais sobre a AD, buscando identificar códigos semelhantes e tópicos específicos de cada grupo.

### 5.1 Caracterização dos idosos e cuidadores

Considerando a importância de conhecer os sujeitos envolvidos na AD no âmbito da ESF de Sobral será realizada uma descrição das características sócio-demográficas e de saúde dos idosos e familiares/cuidadores principais, além de fatores específicos relacionados à AD.

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos idosos em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015. (Continua)

Característica	Quantidade
<b>Idade (anos)</b>	<b>N</b>
60-69	6
70-79	19
>80	37
<b>Sexo</b>	<b>N</b>
Feminino	42
Masculino	20
<b>Escolaridade (anos)</b>	<b>N</b>
Nenhum	49
1 a 4	7
5 a 8	5
9 a 11	1
<b>Raça</b>	<b>N</b>
Parda	41
Preta	5
Branca	16
<b>Religião</b>	<b>N</b>
Não tem	1
Católica	47
Evangélica	12
Testemunha de Jeová	2

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos idosos em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015. (Conclusão)

<b>Característica</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Situação conjugal</b>	<b>N</b>
Casado/união estável	22
Viúvo	32
Solteiro	6
Divorciado/Separado	2
<b>Renda (SM)</b>	<b>N</b>
1	24
2	25
>3	13
<b>Nº de pessoas no domicílio</b>	<b>N</b>
1	2
2	13
3	14
4	17
>5	16
<b>Quantos trabalham</b>	<b>N</b>
Nenhum	32
1	21
>2	9
<b>Com quem mora</b>	<b>N</b>
Companheiro	5
Companheiro e filhos	7
Filhos	10
Família bigeracional	22
Família trigeracional	8
Sozinho	2
Outros	8
<b>Uso de álcool/fumo</b>	<b>N</b>
Álcool	2
Fumo	3
Nenhum	57
<b>CSF</b>	<b>N</b>
Coelce	10
Junco	7
Pe. Palhano	10
Terrenos Novos	21
Vila União	6
Sumaré	8
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>

Identifica-se na maioria dos idosos que recebem assistência domiciliar algumas características marcantes como idade avançada, principalmente mais de oitenta anos, são do sexo feminino, de cor parda, com pouca ou nenhuma escolaridade, viúvas, de religião católica, com uma renda mensal de um a dois salários mínimos, convivendo com duas a quatro pessoas no mesmo domicílio, das quais apenas uma ou nenhuma trabalha, com destaque para as famílias bigeracionais. O maior número de idosos em AD foi encontrado no CSF Terrenos Novos, e a grande maioria não faz uso de fumo ou álcool.

Tabela 4 – Problemas de saúde classificados por sistemas orgânicos referidos pelos idosos em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015.

<b>Problemas</b>	<b>Quantidade</b>
HAS	39
DM	19
Osteo-articulares	18
Visuais	15
Neurológicos	14
Cardiovasculares	13
Psiquiátricos	11
Auditivos	07
Respiratórios	07
Outros	08
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>

Fonte: Dados coletados pelo autor.

Por conta dos variados problemas de saúde referidos, incluindo diversos diagnósticos médicos, queixas e sintomas, optou-se por separá-los por sistema orgânico para uma melhor compreensão, com exceção da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) que obtiveram a maior incidência. Nesse grupo destacaram-se também os problemas osteo-articulares, visuais e neurológicos. Chama a atenção para a quantidade de problemas de saúde referidos muito maior que a de idosos indicando a presença de comorbidades.

Tabela 5 – Grupos de medicações utilizadas pelos idosos em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015.

<b>Grupos de medicações</b>	<b>Quantidade</b>
Analgésicos	3
Antiácidos	10
Anticonvulsivantes	4
Antidepressivos	6
Anti-hipertensivos	42
Anti-inflamatórios	2
Antilipemiantes	17
Antiplaquetários	22
Antipsicóticos	2
Broncodilatadores	3
Corticoides	4
Diuréticos	13
Hipoglicemiantes	19
Hormônios/Insulina	10
Laxantes	4
Relaxantes musculares	2
Sedativos	6
Suplementos vitamínicos	7
Nenhuma	6
Outros	10
<b>TOTAL</b>	<b>192</b>

Fonte: Dados coletados pelo autor.

Identifica-se o grande consumo de medicamentos e de diferentes tipos nesse grupo populacional, muito maior que o número de idosos, principalmente os utilizados para tratamento da HAS e DM, dentre eles os anti-hipertensivos, antiplaquetários, hipoglicemiantes e antilipemiantes que também previnem o surgimento de complicações.

Tabela 6 – Resultados das escalas de MEEM e AVD aplicadas aos idosos em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015. (Continua)

<b>Resultado/quesito</b>	<b>Quantidade</b>
<b>MEEM (0 a 30 pontos)</b>	<b>N</b>
<19	30
19 a 22	21
23 a 28	8
>28	3

Tabela 6 – Resultados das escalas de MEEM e AVD aplicadas aos idosos em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015. (Conclusão)

<b>Resultado/quesito</b>	<b>Quantidade</b>
<b>AVD</b>	<b>N</b>
Independente	24
Dependência parcial	29
Dependência total	9
<b>AVD comprometida</b>	<b>N</b>
Banho	27
Vestir	27
Ir ao banheiro	21
Transferência	23
Continência	19
Alimentação	23
Todas	9
Nenhuma	24
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>

Fonte: Dados coletados pelo autor.

Ao avaliar a função cognitiva dos idosos pelo MEEN, a maioria obteve um baixo escore, indicando um comprometimento da mesma, o fato está relacionado também a baixa escolaridade dos participantes o que já pressupõe uma pontuação mais baixa. Verificou-se que a maioria dos idosos que recebem AD na ESF de Sobral apresenta uma dependência parcial das AVD com destaque para o banho e o vestir. Chama atenção o número de idosos que recebem AD e são independentes nas AVD.

Tabela 7 – Características da AD de idosos na ESF de Sobral, Ceará, 2015. (Continua)

<b>Fatores</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Motivo</b>	<b>N</b>
Problemas de deambulação	47
Problemas visuais	12
Outros	10
<b>Acompanhamento (anos)</b>	<b>N</b>
<1	5
1	12
2	10
3	6
4	1
5	7
>5	11
>10	10

Tabela 7 – Características da AD de idosos na ESF de Sobral, Ceará, 2015.

(Conclusão)

<b>Fatores</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Duração das VD (min.)</b>	<b>N</b>
Até 15	8
15 a 30	26
30 a 45	18
45-60	6
Não soube informar	1
Não são realizadas	3
<b>Frequência das VD</b>	<b>N</b>
Semanal	8
Quinzenal	9
Mensal	23
Bimestral	2
Trimestral	7
Semestral	1
Anual	2
Não são realizadas	7
Não sabe informar	3
<b>Profissionais das VD</b>	<b>N</b>
Médico	41
Enfermeiro	37
ACS	52
Aux. ou téc. de enf.	10
Outro	19
Acadêmicos	3
Nenhum	1
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>

Fonte: Dados do autor.

Em relação ao modo como a AD vem sendo operacionalizada pelos profissionais da ESF, segundo os idosos o principal motivo para sua realização é a dificuldade de deambulação, vários idosos foram inseridos nessa modalidade de cuidado nos últimos cinco anos e outros são acompanhados há mais de dez anos pelas equipes da ESF no domicílio. As VD tem uma média de duração de quinze a trinta minutos, uma periodicidade mensal e são realizadas principalmente pelos ACS, médicos e enfermeiros.

Por conta das suas especificidades optou-se por realizar uma caracterização a parte dos idosos que preenchiam os critérios de inclusão nessa pesquisa, são eles a capacidade cognitiva preservada comprovada através do MEEM e um comprometimento funcional identificado através da escala de AVD de Katz.

Tabela 8 – Características sociodemográficas dos idosos com capacidade cognitiva preservada e comprometimento funcional em AD na ESF Sobral, Ceará, 2015. (Continua)

<b>Características</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Idade</b>	<b>N</b>
60-69	4
70-79	5
>80	4
<b>Sexo</b>	<b>N</b>
Feminino	7
Masculino	6
<b>Escolaridade (anos)</b>	<b>N</b>
Nenhum	11
1 a 4	2
<b>Raça</b>	<b>N</b>
Parda	10
Preta	1
Branca	2
<b>Religião</b>	<b>N</b>
Católica	10
Evangélica	2
Não tem	1
<b>Estado civil</b>	<b>N</b>
Casado	5
Viúvo	5
Solteiro	1
Divorciado	2
<b>Renda (SM)</b>	<b>N</b>
1	7
2	2
>3	4
<b>Nº de pessoas no domicílio</b>	<b>N</b>
2	3
3	1
4	6
>5	3

Tabela 8 – Características sociodemográficas dos idosos com capacidade cognitiva preservada e comprometimento funcional em AD na ESF Sobral, Ceará, 2015.  
(Conclusão)

<b>Características</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Com quem mora</b>	<b>N</b>
Companheiro	1
Companheiro e filhos	1
Filhos	4
Família bigeracional	4
Família trigeracional	1
Outros	2
<b>CSF</b>	<b>N</b>
Coelce	2
Junco	2
Pe. Palhano	2
Terrenos Novos	5
Vila União	1
Sumaré	1
<b>Uso de álcool/fumo</b>	<b>N</b>
Fumo	1
Nenhum	12
<b>Problemas de saúde</b>	<b>N</b>
HAS	9
DM	5
Osteoarticulares	4
Neurológicos	7
Psiquiátricos	3
Visuais	3
Outros	11
<b>Medicações utilizadas</b>	<b>N</b>
Antiácidos	4
Anti-hipertensivos	9
Antilipemiantes	4
Antiplaquetário	7
Hipoglicemiantes	5
Vitaminas	4
Outros	14

Fonte: Dados coletados pelo autor.

Tabela 9 – Resultados das escalas e características da AD de idosos com capacidade cognitiva preservada e comprometimento funcional na ESF de Sobral, Ceará, 2015.

<b>Característica/Resultado</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Resultado do MEEM</b>	<b>N</b>
19 a 22	11
23 a 28	2
<b>Resultado das AVD</b>	<b>N</b>
Dependência parcial	11
Dependência total	2
<b>AVD alterada</b>	<b>N</b>
Banho	7
Vestir	6
Ir ao banheiro	5
Transferência	5
Continência	4
Alimentação	5
Todas	2
<b>Tempo de AD</b>	<b>N</b>
Até 2 anos	8
>5 anos	5
<b>Duração da VD</b>	<b>N</b>
Até 15 min.	2
15-30 min.	4
30-45 min	5
45-60 min.	2
<b>Motivo da AD</b>	<b>N</b>
Deambulação	11
Visuais	2
<b>Profissionais das VD</b>	<b>N</b>
Médico	10
Enfermeiro	7
ACS	12
Aux. ou téc. de enf.	2
Outros	6
<b>Frequência da VD</b>	<b>N</b>
Semanal	3
Mensal	5
Bimestral/trimestral	2
Não tem/não sabe	3
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>

Fonte: Dados coletados pelo autor.

Ao comparar o grupo de idosos com capacidade cognitiva preservada e comprometimento funcional observou-se algumas diferenças como uma variação na idade e no sexo, a pontuação média do MEEM foi de dezenove a vinte e dois pontos, uma variação na AVD comprometida, o tempo de acompanhamento foi de até dois anos e mais de cinco anos, a duração das VD foi de quinze a quarenta e cinco minutos com uma frequência de semanal a trimestral.

A seguir encontra-se uma caracterização dos cuidadores principais de idosos que recebem AD na ESF de Sobral – CE, reconhecendo a importância desses sujeitos para a efetiva realização da assistência domiciliar, bem como para a análise do cuidado oferecido pelas equipes.

Tabela 10 – Características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores de idosos em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015. (Continua)

<b>Característica</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Idade</b>	<b>N</b>
20-29	6
30-39	12
40-49	13
50-59	13
>60	16
<b>Sexo</b>	<b>N</b>
Feminino	54
Masculino	6
<b>Escolaridade (anos)</b>	<b>N</b>
Nenhum	14
1 a 4	21
5 a 8	11
9 a 11	6
>11	8
<b>Raça</b>	<b>N</b>
Parda	47
Branca	6
Preta	7
<b>Religião</b>	<b>N</b>
Católica	46
Evangélica	8
Testemunha de Jeová	2
Não tem	4

Tabela 10 – Características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores de idosos em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015. (Continua)

<b>Característica</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Situação Conjugal</b>	<b>N</b>
Viúvo	1
Casado	16
União estável	10
Divorciado/Separado	5
<b>Uso de álcool/fumo</b>	<b>N</b>
Álcool	6
Fumo	10
Nenhum	47
<b>Realiza atividade física</b>	<b>N</b>
Não	53
Sim	7
<b>Problemas de saúde</b>	<b>N</b>
HAS	20
DM	10
Dislipidemias	9
Osteoarticulares	11
Neurológicos	5
Psiquiátricos	7
Outros	14
Nenhum	21
<b>Medicações utilizadas</b>	<b>N</b>
Anticonvulsivantes	4
Anti-hipertensivos	20
Antilipemiantes	9
Antidepressivos	6
Antiplaquetários	3
Antipsicóticos	3
Diuréticos	5
Hipoglicemiantes	10
Hormônios	3
Vitaminas	4
Outros	14
Nenhuma	25
<b>Cuidador principal</b>	<b>N</b>
Filho	40
Companheiro	9
Neto	7
Outros	4
<b>Tempo de cuidador</b>	<b>N</b>
<1 ano	6
1 ano	8

Tabela 10 – Características sócio-demográficas e de saúde dos cuidadores de idosos em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015. (Conclusão)

<b>Característica</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Tempo de cuidador</b>	<b>N</b>
2 anos	8
3 anos	4
4 anos	3
5 anos	4
>5 anos	12
>10 anos	15
<b>Cuidadores secundários</b>	<b>N</b>
Filho	18
Neto	9
Nora/genro	7
Irmão	5
Companheiro	4
Outros	10
Nenhum	22
<b>Auxílio financeiro</b>	<b>N</b>
Não	44
Sim	16
<b>Treinamento</b>	<b>N</b>
Não	50
Sim	10
<b>Escala de sobrecarga</b>	<b>N</b>
Leve (até 44 pontos)	49
Moderada (>44 pontos)	11
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>

Fonte: Dados coletados pelo autor.

Dentre as principais características identificadas nos cuidadores de idosos que recebem AD na ESF de Sobral destacam-se pessoas de todas as idades, especialmente com mais de sessenta anos, ou seja, idosos cuidando de outros idosos, sexo feminino, com um a quatro anos de estudo, de cor parda, religião católica, solteiro, com pequeno consumo de fumo e álcool, não realizam atividade física, dentre os problemas de saúde referidos, os mais incidentes foram a HAS, DM, as dislipidemias e osteoarticulares. Com relação ao consumo de medicamentos predominaram os anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e antilipemiantes.

No que se refere ao cuidado domiciliar, os filhos se destacaram como cuidadores principais e secundários, exercendo essa atividade, em sua maioria, há mais de cinco anos,

sem receber auxílio financeiro, nem treinamento, alguns desempenhando esse papel de forma solitária e quanto ao resultado da escala, apresentaram sobrecarga leve.

Segue abaixo uma caracterização dos cuidadores de idosos que apresentaram capacidade cognitiva preservada comprovada através do MEEM e limitação funcional com dependência na Escala de AVD. Optou-se por trazer esses sujeitos separadamente dado suas especificidades e relevância para o objeto do estudo.

Tabela 11 – Características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores de idosos com capacidade cognitiva preservada e comprometimento funcional em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015. (Continua)

<b>Característica</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Idade</b>	<b>N</b>
30-39	5
40-49	5
50-59	2
>60	1
<b>Sexo</b>	<b>N</b>
Feminino	12
Masculino	1
<b>Escolaridade (anos)</b>	<b>N</b>
Nenhum	1
1 a 4	6
5 a 8	2
9 a 11	1
>11	2
<b>Raça</b>	<b>N</b>
Parda	10
Branca	2
Preta	1
<b>Religião</b>	<b>N</b>
Católica	10
Evangélica	3
<b>Situação Conjugal</b>	<b>N</b>
Casado/Amasiado	3
Solteiro	8
Divorciado/Separado	2
<b>Uso de álcool/fumo</b>	<b>N</b>
Álcool	2
Fumo	2
Nenhum	10

Tabela 11 – Características sócio-demográficas e de saúde dos cuidadores de idosos com capacidade cognitiva preservada e comprometimento funcional em AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015. (Conclusão)

<b>Característica</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Realiza atividade física</b>	<b>N</b>
Não	12
Sim	1
<b>Problemas de saúde</b>	<b>N</b>
HAS	5
DM	2
Osteoarticulares	4
Nenhum	3
<b>Medicações utilizadas</b>	<b>N</b>
Anti-hipertensivos	6
Outras	19
Nenhuma	5
<b>Cuidador principal</b>	<b>N</b>
Filho	12
Companheiro	1
<b>Tempo de cuidador</b>	<b>N</b>
Até 2 anos	8
>5 anos	5
<b>Cuidadores secundários</b>	<b>N</b>
Filho	4
Outros	8
Nenhum	4
<b>Auxílio financeiro</b>	<b>N</b>
Não	11
Sim	2
<b>Treinamento</b>	<b>N</b>
Não	12
Sim	1
<b>Escala de sobrecarga</b>	<b>N</b>
Leve	10
Moderada	3
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>

Fonte: Dados coletados pelo autor.

Fazendo uma interface entre os cuidadores de idosos com capacidade cognitiva preservada e o grupo de cuidadores geral encontrou-se poucas diferenças, dentre elas a idade que variou de trinta a quarenta e nove anos e o tempo como cuidador que foi menos de dois anos para a maioria. Percebe-se que apesar dos idosos apresentarem maior comprometimento funcional, a maioria dos cuidadores apresentou grau de sobrecarga leve.

## 5.2 Perspectivas dos idosos sobre a Atenção Domiciliar

Para a construção das perspectivas utilizou-se a codificação aberta e seletiva, selecionando domínios temáticos e elaborando um sistema de categorias como as percepções sobre a AD, fatores facilitadores e limitantes, apoio/suporte à família e influência da estrutura do domicílio no cuidado.

Inicialmente destaca-se a pouca verbalização dos idosos durante as entrevistas, impossibilitando uma análise mais aprofundada de suas perspectivas sobre a AD. Na percepção deles sobre o cuidado prestado pelos profissionais da ESF emergiram depoimentos de indecisão, desaprovação, satisfação, impotência, ambiguidade, inexistência de cuidado, conformismo e atendimento parcial das necessidades como pode ser observado nos trechos a seguir:

*“Eu acho que pra mim é bom, eu não tenho nada a dizer porque pra mim é bom quando eu preciso de uma coisa aí dá certo tudo.” (Idoso 5)*

*“Tem dias que eu tenho vontade de medirem minha pressão e não medem, a minha diabete nunca mais foi medida. (...) Eu acho que não tem nada de bom não! Não sei o que pode melhorar.” (Idoso 1)*

Além disso, nenhum dos idosos entrevistados identificou ações de apoio/suporte oferecido à família pela equipe da ESF. Com relação aos fatores facilitadores da AD destacaram o melhoramento do seu estado de saúde, através do acompanhamento e avaliação dos profissionais, a possibilidade de verbalização dos problemas e a comodidade com a prestação de serviços no domicílio. Dentre os fatores limitantes elencou-se o modelo assistencialista que predomina nas VD, a falta de medicamentos, de acompanhamento sistemático e de interesse dos profissionais.

No que se refere à estrutura dos domicílios alguns idosos relataram o pequeno espaço físico, as precárias condições de ventilação, barreiras físicas para o deslocamento e dificuldade/medo de ficarem sozinhos no domicílio. Enquanto outros se mostraram satisfeitos com sua moradia, conforme está ilustrado nos depoimentos a seguir:

*“É muito pequeno, é muito pequeno, eu queria uma casa ao meno dois banheiros, dois quartos, tudo maior nera? Mais ventilado pra gente andar melhor, se espalhar né? Né uma boa né?.” (Idoso 3).*

*“Não a casa aqui é boa e grande tem o quintal largo, tô preocupada porque tem que fazer um serviço aqui em cima mas o resto tá tudo bom! (risos).” (Idoso 4)*

### **5.3 Perspectivas dos cuidadores sobre a Atenção Domiciliar**

Segundo os relatos dos cuidadores de idosos que apresentavam dependência para as AVD e possuíam capacidade cognitiva preservada de acordo com o MEEM, em número de treze, encontrou-se discursos divergentes, alguns demonstraram satisfação com o atendimento, já outros desvalorização da ESF, supervalorização das especialidades médicas e desejo de avaliação da saúde dos idosos que prestam cuidados. Foi identificado também nas falas sentimentos de felicidade e agradecimento principalmente pela preocupação e interesse do ACS, referiram que a visita domiciliar é fundamental para a ESF, promovendo conforto, segurança, respeito e valorização dos usuários, conforme exemplo a seguir:

*“A minha opinião em relação à visita domiciliar... eu acho ela fundamental... as vezes nós que acompanhamos não podemos ir e quando o pessoal vem a residência da pessoa é mais confortável, é mais confortável pra pessoa que cuida.... E realmente é uma segurança né? O cidadão se sente mais respeitado, mais valorizado!.” (Cuidador 13)*

Com relação ao apoio/suporte oferecido a família pela equipe da ESF foi destacada a ajuda dos ACS na renovação de receitas médicas, os encaminhamentos em situações de urgência para o hospital, a facilitação do acesso a medicamentos e o agendamento de consultas. Alguns cuidadores referiram falta de apoio/suporte pela equipe da ESF.

No que se refere aos fatores facilitadores salientou-se o acompanhamento frequente das famílias pelos ACS, facilitando o agendamento a consultas e exames, além de melhorar a comunicação entre a equipe de ESF e a comunidade, o acolhimento realizado pela equipe, apontando também como sugestões o aumento da quantidade de profissionais e melhorar o acompanhamento e avaliação das famílias e idosos.

Dentre as limitações e desafios da AD na ESF foi relatada a falta de acompanhamento sistemático, ausência do profissional médico, demora no atendimento e na marcação de consultas e exames, desconhecimento da população sobre o funcionamento do sistema de saúde, modelo hospitalocêntrico ainda hegemônico, a falta de medicamentos e de adesão ao tratamento medicamentoso por parte do idoso, grande demanda, falta de tempo e interesse dos profissionais, falta de transporte, rapidez das VD e baixa frequência, pois muitas vezes só acontece em caso de intercorrências.

Percebeu-se algumas interferências da estrutura do domicílio na AD pelas falas dos cuidadores como um distanciamento entre idoso e cuidador, acarretando isolamento, as barreiras físicas proporcionam um aumento do esforço e da sobrecarga do cuidado, os domicílios não adaptados às necessidades dos idosos e cuidadores, somam-se as precárias condições de acessibilidade da comunidade.

#### **5.4 Perspectivas dos profissionais sobre a Atenção Domiciliar**

A partir da codificação seletiva dos discursos dos vinte e oito profissionais participantes dos quatro grupos focais realizados elaborou-se um sistema de cinco categorias, a saber: A organização da AD na ESF de Sobral, Ceará; O apoio/suporte oferecido às famílias pelas equipes da ESF; AD na ESF: fatores facilitadores e limitantes; A estrutura física do domicílio e sua influência no processo saúde-doença; A relação entre profissionais, idoso e família e suas responsabilidades no cuidado.

##### ***5.4.1 A organização da Atenção Domiciliar ao idoso na Estratégia Saúde da Família de Sobral – CE***

A partir do discurso dos profissionais buscou-se descrever a organização e operacionalização da Atenção Domiciliar no âmbito da ESF. Foi identificado que o primeiro contato se dá com a família trazendo a demanda para o serviço, no qual a equipe procura se organizar para realização de uma visita domiciliar, através dela avalia o estado de saúde do idoso e suas necessidades, elabora um plano de cuidados, Projeto Terapêutico Singular (PTS)

ou realiza encaminhamentos para outros profissionais da RAS procurando manter um acompanhamento do idoso e família conforme mostrado no esquema a seguir:

Figura 2 - Esquemática do processo de trabalho das equipes da ESF na AD de idosos, Sobral, Ceará, 2015.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Esse primeiro contato também pode se dar com a procura da família pelo ACS, por conta de sua proximidade com o território, para levar a demanda de AD para a equipe, gerando a informação, o qual comunica ao enfermeiro responsável por aquele território que busca conhecer o caso e dependendo da necessidade aciona o médico, na tentativa de resolver o problema de saúde do idoso, se a equipe mínima não obtiver um resultado satisfatório, cria-se um plano de cuidados para levar ao domicílio a categoria profissional que poderá contribuir nas necessidades do idoso e família.

Segundo Brasil (2006c), a identificação de uma pessoa idosa que necessite de assistência domiciliar na AB parte de sua situação clínica, juntamente ao grau de perda funcional e dependência para a realização das AVD, conforme descritas nos critérios de inclusão. Esses usuários podem ser identificados das seguintes formas: ser egressos de internação hospitalar ou domiciliar, por meio de visitas do ACS e por solicitação do próprio usuário, da família, de vizinhos, do hospital, entre outros.

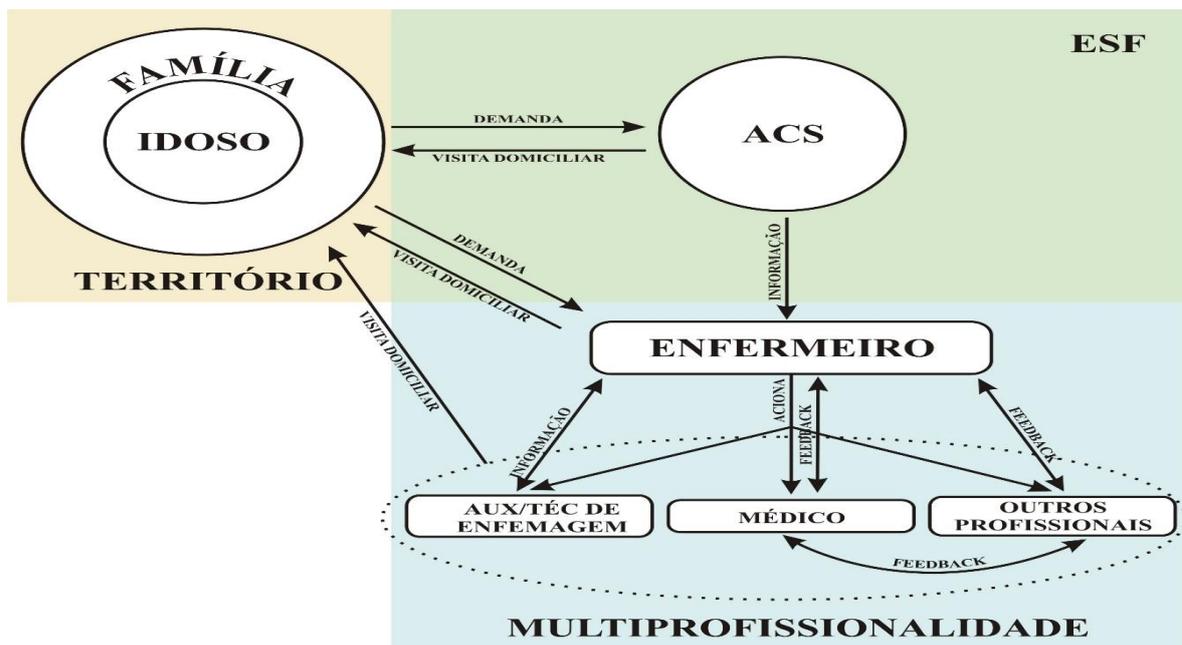
Foi destacado que a procura maior é pelo profissional médico, seguido do fisioterapeuta, assistente social e nutricionista e a importância destes profissionais no acompanhamento de idosos no domicílio, pois são pacientes portadores de agravos na saúde. A equipe reconhece que esses pacientes necessitam não apenas de uma visita domiciliar esporádica, mas de uma atenção domiciliar sistemática de acordo com as necessidades do paciente e capacidade da equipe.

Nesse sentido, as VD são realizadas mensalmente pelo ACS e de acordo com o estado de saúde do paciente, podendo se tornar constantes. Em algumas unidades de saúde existe a rotina da visita semanal ou mensal do auxiliar ou técnico de enfermagem para realizar a verificação de sinais vitais dos idosos e caso identifique alguma alteração comunica o enfermeiro responsável que também realiza uma visita domiciliar para avaliar o estado de saúde do idoso e elaborar um plano de cuidados. Relatou-se também a transferência do caso do paciente pelo enfermeiro para outro profissional da equipe multidisciplinar sem sua prévia avaliação, simplesmente repassando as informações obtidas do ACS ou do auxiliar ou técnico de enfermagem.

Sendo assim, os idosos domiciliados são avaliados pelo enfermeiro em média a cada três ou quatro meses, embora a equipe desejasse que essa avaliação fosse mensal. O enfermeiro realiza atendimentos no domicílio através do Programa de Hiperdia, prescrevendo medicações conforme estabelecido para pacientes portadores de HAS e DM, além de solicitar exames laboratoriais quando necessário. Por conta da necessidade de renovação das receitas médicas a cada seis meses de acordo com o programa, as visitas médicas são realizadas semestralmente ou no caso de intercorrências.

Em relação ao processo de trabalho da equipe no contexto da AD foi reforçada a questão das orientações a cuidadores e idosos buscando a qualificação do cuidado através do esclarecimento, a construção da multiprofissionalidade de acordo com a necessidade do idoso, a importância dos retornos, *feedbacks* entre as categorias profissionais para a continuidade da assistência e a realização das VD sem aviso prévio as famílias, buscando observar o cotidiano da estrutura familiar e o cuidado prestado ao idoso. A partir disso, elaborou-se um esquema das relações interprofissionais na AD de idosos inseridos na ESF de Sobral – CE segundo modelo abaixo:

Figura 3 - Esquemática das relações interprofissionais na AD de idosos inseridos na ESF de Sobral, Ceará, 2015.



Fonte: elaborada pelo autor.

#### 5.4.2 O Apoio/suporte oferecido às famílias pelas equipes da ESF

No que se refere ao apoio/suporte oferecido as famílias de idosos com comprometimento funcional pelas equipes da ESF foi relatado o agendamento de consultas para familiares e cuidadores de idosos, facilitação do acesso a medicamentos através da

renovação de receitas e entrega de remédios no domicílio pelo ACS, as conversas de apoio, orientações em relação a melhor forma de prestar o cuidado e administração correta de medicamentos, além de atenção psicossocial quando necessário.

Destaca-se a abordagem multiprofissional para abranger toda a família buscando distribuir as responsabilidades do cuidado ao idoso, auxílio na alimentação através da distribuição de cestas básicas em casos de vulnerabilidade social, como também a disponibilização de fraldas geriátricas, camas hospitalares, cadeiras de rodas e higiênicas, colchões, etc. pelo sistema.

Uma especificidade encontrada foi o Projeto SOL (Superando Obstáculos e Limites) desenvolvido por terapeutas ocupacionais, através da confecção de órteses e próteses que facilitam a independência do idoso, promovendo sua autonomia e reduzindo a sobrecarga do cuidador. Não foi identificado nas unidades de saúde grupos de cuidadores de idosos, mas um grupo de mulheres que trabalhava sofrimentos, ideias, problemas e enfrentamentos, além de grupos de convivência de idosos que contavam com a participação de alguns cuidadores.

Percebeu-se uma insuficiência nas estratégias de apoio as famílias desenvolvidas pelos profissionais da ESF gerando algumas reflexões como a ausência de uma política de saúde voltada para o cuidador, idosos cuidando de idosos acarretando mais adoecimento, cuidadores com dedicação integral ao idoso sem perspectivas de futuro e possibilidade de aposentadoria, a dependência financeira do cuidador ao idoso para suprir suas necessidades, temas emergentes e que precisam ser discutidos pelas equipes por conta do envelhecimento da população conforme elucidado nos discursos a seguir:

*“(...) Eu acho que a gente assiste muito bem o idoso, eu acho que o cuidador a gente olha, mas a gente realmente ainda não tem uma política voltada pro cuidador (...) A gente tá fazendo porque a gente ver a necessidade, mas ela realmente não é um enfrentamento nosso ainda não!” (ACS 22)*

*“Vontade tem muita, é sério vontade tem muita! Mas não dão conta de cuidar da família, não dão conta de cuidar nem do paciente, imagine da família!” (ACS 6)*

### ***5.4.3 Atenção Domiciliar na ESF: fatores facilitadores e limitantes***

Segundo os profissionais algumas potencialidades encontradas na ESF de Sobral possibilitam a realização da AD, dentre elas destaca-se o apoio dos profissionais do NASF e das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Saúde Mental oferecidas pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) contribuindo para a realização de um cuidado integral para o idoso e família.

Foi relatada também a proposta de um curso para cuidadores de idosos em parceria com os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), a disponibilidade de medicamentos e exames, de profissionais de saúde para atuar no domicílio, a garantia de transporte caso seja necessário o deslocamento do idoso para outro serviço de saúde fora do território, a boa estrutura física das unidades de saúde e a abertura da gestão municipal para as demandas das equipes.

Referindo-se especificamente aos profissionais de saúde ganhou ênfase como fatores positivos o interesse, a presença constante dos ACS nos domicílios, as orientações prestadas à família e ao idoso tentando promover sua autonomia, o prazer pelo trabalho, à responsabilização pelo estado de saúde do usuário, a humanização nas relações estabelecidas, a disponibilidade, a confiança e segurança da família no trabalho da equipe, exemplificado no trecho abaixo:

*“(...) A gente vê não só a responsabilidade, a gente vê a confiança que eles (cuidadores) tem também né? Às vezes não é só jogar a responsabilidade na agente de saúde, às vezes eles confiam muito naquela pessoa! (...)” (ACS 15)*

Outros fatores relevantes foram a integração das equipes de ESF buscando a socialização de problemáticas através do espaço da roda, momento de cogestão no qual são sistematizadas as demandas identificadas no território e ocorre o conhecimento dos casos por toda a equipe e dependendo da necessidade um trabalho intersetorial, o Programa Melhor em Casa promovendo apoio no cuidado domiciliar e maior conforto a família, além de uma melhor condição financeira da família contribuir para a qualificação da assistência.

Dentre os fatores limitantes para a AD identificou-se a falta de materiais, medicamentos e transportes esporadicamente acarretando um agravamento do estado de saúde

dos idosos e uma precarização do cuidado, o comodismo e a falta de proatividade dos idosos e cuidadores, a falta de confiança do idoso no cuidado realizado pela família, a falta de preparo e nervosismo de alguns cuidadores, fatores culturais envolvidos no processo saúde-doença e o nível de escolaridade do cuidador.

Além disso, surgiram vários relatos de maus-tratos realizados pela família junto ao idoso com comprometimento funcional, destacando a violência financeira no qual vários membros da família se beneficiam da aposentadoria do idoso e negligenciam os cuidados necessários, ocorre também a ausência de auxílio financeiro/benefícios para o cuidador gerando uma sobrecarga de trabalho dentro e fora do domicílio, visto que este tem que garantir o sustento da família e cuidar do idoso, além de idosos vivendo sozinhos e sem cuidadores conforme ilustrado na fala a seguir:

*“(...) Eu tinha uma situação que eu chegava na casa dessa idosa, tava ela sentada numa cadeira, um balde, um balde desse baldes normal cheio de água, uma caneca do lado e geralmente duas bananas, ela sozinha (...).” (ACS 20)*

Com relação ao processo de trabalho da equipe foi elucidado a superlotação de pacientes nas unidades de saúde, a desvalorização do acompanhamento domiciliar por alguns profissionais, a desorganização de algumas equipes, a desconexão entre teoria e prática, sobrecarga de trabalho, falta de priorização das necessidades do usuário e o distanciamento das políticas e programas de saúde com o cotidiano dos serviços.

#### ***5.4.4 A estrutura física do domicílio e sua influência no processo saúde-doença***

Dentre as características dos domicílios foi relatado que alguns apresentam cômodos com espaço reduzido, grande quantidade de móveis e utensílios, espaço insuficiente para manuseio e permanência de aparelhos de auxílio à deambulação como cadeiras de rodas e andadores, piso esburacado, acesso difícil, ausência de banheiro no interior do domicílio, precárias condições de higiene e ventilação, além da criação de animais.

A partir das falas observou-se que os profissionais reconhecem a importância da estrutura física do domicílio para a realização do cuidado ao idoso, destacando que as limitações impostas pelo ambiente provocam imobilização nos idosos, pois passam a maior

parte do tempo deitados em redes, apesar da insistência junto aos familiares da necessidade de realizar adaptações no domicílio, objetivando aumentar a independência com segurança do idoso e facilitar o trabalho do cuidador, conforme demonstrado nos trechos a seguir:

*“(...) Quando você tem um domicílio que lhe ajuda já é tudo né? Quando você tem um acamado, que a casa dele é cheia de altos, como eu tenho um na minha área, ela fica o dia todim deitada numa cama (...).” (ACS 1)*

*“(...) Aí eu conversei com a família, porque vocês não fazem um banheiro mais próximo, pelo menos perto de onde ela fica, aí devido a minha insistência, eles fizeram um banheirinho improvisado no mesmo localzinho que ela fica no quarto (...).” (ACS 4)*

#### **5.4.5 A relação entre profissionais, idoso e família e suas responsabilidades no cuidado.**

De acordo com os profissionais a AD causa uma relação de dependência da família na equipe de ESF, pois a família entende que a responsabilidade pelos cuidados de saúde do idoso é de exclusividade da equipe e realizam cobranças frequentes nesse sentido. Assim, foram descritas situações de abandono, negligência e até queixas de maus-tratos contra idosos realizados por familiares.

Essas ações são reflexo da visão do idoso como empecilho, estorvo, algo que atrapalha e a falta de aceitação e entendimento do processo de envelhecimento pelos familiares. Outros fatores que contribuem para a não responsabilização da família perante os cuidados são o assistencialismo ainda presente em algumas equipes, o cansaço, desânimo e desgaste dos cuidadores, evidenciando ausência de motivação para promover a autonomia e autocuidado dos idosos.

Percebeu-se que alguns profissionais realizam um juízo de valor negativo do cuidado oferecido pela família, demonstrando ausência de empatia nessa relação, outros sentimentos identificados foram estresse, angústia e impotência frente às situações vivenciadas em seu processo de trabalho como exemplificado a seguir:

“Às vezes as pessoas até se estressam, os próprios profissionais com o cuidador, acha que ele é negligente, acha que ele é preguiçoso, acha que ele já tava cansado de cuidar do paciente (...).” (ACS 21)

“(...) Porque a gente acaba vendo aquela situação e fica angustiada de não poder fazer muita coisa, eu já tenho dito gente a gente faz a parte da gente como profissional; vocês como família têm de fazer a parte de vocês! (...).” (ACS 19)

Diante disso foram elencadas algumas estratégias para potencializar o comprometimento da família no cuidado ao idoso como a promoção de cursos e capacitações para cuidadores, visto que eles convivem mais tempo com o idoso, incentivar a corresponsabilização do usuário pela sua saúde através da conscientização para o autocuidado, a mediação de conflitos familiares e distribuição de tarefas de cuidados entre os seus integrantes.

A inserção do profissional no cotidiano da família foi visto como algo delicado que requer uma abordagem diferenciada das relações e interesses familiares, buscando uma sensibilização da família para tratar bem o idoso, sem infantilizá-lo, visto que ele é um sujeito portador de saberes, desejos e direitos, dentre os quais a garantia de sua funcionalidade e convivência na família e na comunidade.

As equipes destacaram também a importância do estímulo à autonomia, mudança de hábitos e realização de atividades simples pelos idosos e reconhecem que apesar das limitações da AD muitos problemas já foram prevenidos e resolvidos e sua capacidade para promover progressos no estado de saúde e nas condições de vida do idoso e família conforme depoimento:

*“(...) Sempre assim com esse objetivo de fazer o paciente progredir, ter um progresso no seu estado de saúde, então por mais pouco o acompanhamento que seja feito, há mudança na vida do paciente, há mudança na saúde do paciente, sempre pra melhor, porque sempre que um médico, ou um enfermeiro ou um residente, ou um agente de saúde vai na casa do paciente, vai com esse intuito melhorar a condição de vida dele.” (ACS 6)*

### 5.5 Tramas da AD: convergências e divergências nas perspectivas dos sujeitos

A partir da comparação das perspectivas dos idosos, cuidadores e profissionais, foram identificados os tópicos semelhantes e específicos de cada grupo, através da análise dos consensos, conflitos e contradições presentes no modo como a AD vem sendo operacionalizada na ESF de Sobral. A seguir elaborou-se um quadro síntese:

Quadro 2 – Comparação das perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais sobre a AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015.

<b>PERSPECTIVA</b>	<b>IDOSO</b>	<b>CUIDADOR</b>	<b>PROFISSIONAL</b>
<b>Percepções e sentimentos sobre a AD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indecisão/confusão</li> <li>- Desaprovação</li> <li>- Satisfação</li> <li>- Impotência</li> <li>- Inexistência de cuidado</li> <li>- Conformismo</li> <li>- Atendimento parcial das necessidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divergências</li> <li>- Satisfação</li> <li>- Desvalorização da ESF</li> <li>- Felicidade</li> <li>- Agradecimento</li> <li>- Conforto</li> <li>- Segurança</li> <li>- Importância</li> <li>- Impotência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependência</li> <li>- Abandono/negligência</li> <li>- Maus tratos</li> <li>- Estresse</li> <li>- Angústia</li> <li>- Impotência</li> <li>- Ausência de empatia</li> <li>- Juízo de valor negativo</li> <li>- Progresso</li> </ul>
<b>Ações de apoio/suporte as famílias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não reconhece</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acesso a medicações</li> <li>- Agendamento de consultas e exames</li> <li>- Não reconhece</li> <li>- Encaminhamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acesso a medicamentos</li> <li>- Agendamento de consultas e exames</li> <li>- Conversas/orientações</li> <li>- Distribuição de tarefas</li> <li>- Atenção psicossocial</li> <li>- Auxílio na alimentação, materiais e aparelhos</li> <li>- Projeto SOL</li> <li>- Grupo de mulheres e de convivência.</li> </ul>
<b>Fatores facilitadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhora das condições de saúde</li> <li>- Acompanhamento e avaliação da saúde</li> <li>- Verbalização de problemas</li> <li>- Comodidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento do ACS</li> <li>- Acolhimento dos profissionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoio do NASF e Residências</li> <li>- Disponibilidade de medicamentos, exames e profissionais</li> <li>- Garantia de transporte</li> <li>- Abertura da gestão</li> <li>- Interesse e presença do ACS</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prazer pelo trabalho</li> <li>- Integração da equipe</li> <li>- Trabalho intersetorial</li> <li>- Programa Melhor em Casa</li> <li>- Condição financeira da família.</li> </ul>
<b>Fatores limitantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistencialismo</li> <li>- Falta de medicamentos</li> <li>- Acompanhamento não sistemático</li> <li>- Desinteresse dos profissionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento não sistemático</li> <li>- Ausência do médico</li> <li>- Falta de medicamentos</li> <li>- Falta de adesão ao tratamento pelo idoso</li> <li>- Grande demanda</li> <li>- Falta de tempo e interesse dos profissionais</li> <li>- Falta de transporte</li> <li>- Dificuldade de acesso a consultas e exames</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de materiais, medicamentos e transportes</li> <li>- Comodismo do idoso e família</li> <li>- Desconfiança do idoso na família</li> <li>- Despreparo dos cuidadores</li> <li>- Aspectos culturais e nível de escolaridade</li> <li>- Maus tratos/violência</li> <li>- Sobrecarga do cuidador</li> <li>- Idosos vivendo sozinhos</li> <li>- Grande demanda</li> <li>- Desvalorização da AD</li> <li>- Sobrecarga de trabalho</li> <li>- Desorganização da equipe</li> </ul>
<b>Estrutura do domicílio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pequeno espaço físico</li> <li>- Precárias condições de ventilação</li> <li>- Barreiras físicas</li> <li>- Satisfação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barreiras físicas</li> <li>- Falta de adaptações</li> <li>- Precária acessibilidade da comunidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaço limitado</li> <li>- Piso esburacado</li> <li>- Acesso difícil</li> <li>- Ausência de banheiro</li> <li>- Precárias condições de higiene e ventilação</li> <li>- Criação de animais.</li> </ul>

Fonte: Dados do autor.

Identificou-se divergências nos discursos dos idosos, cuidadores e profissionais nas suas percepções e sentimentos relacionados à AD variando da inexistência de cuidado, atendimento parcial das necessidades até satisfação, agradecimento e progresso no estado de saúde. Chama atenção o sentimento de impotência compartilhado pelos três grupos demonstrando a complexidade e os desafios do trabalho em AD.

Gomes et al. (2012) informam que sujeito, família e profissionais podem ser consideradas unidades complexas que, ao se articularem e organizarem formam um sistema a ser compreendido na relação que mantêm com o ambiente e o tempo. Nesse ínterim, a equipe atua como apoio às famílias, instrumentalizando-as para o cuidar.

No que se refere as ações de apoio e suporte oferecidas a família pelas equipes da ESF, o grupo de idosos e parte dos cuidadores não reconheceu nenhuma, evidenciado a necessidade de potencializar estratégias e ferramentas nesse sentido. Alguns cuidadores e os profissionais destacaram a facilitação do acesso a medicações de uso contínuo e a marcação de consultas e exames como formas de ajuda. No discurso dos profissionais foram incluídas as conversas, orientações, atenção psicossocial, disponibilização de alimentos, aparelhos e materiais, a realização de grupos e projetos.

Brasil (2012b) comenta que as redes formais de apoio ao idoso/família são frágeis, pois é visível a ausência de relações e interações que se conectem de forma integrada para gerar um trabalho conjunto. Fica evidente que o cuidado é somente para o idoso, ficando o familiar cuidador excluído deste processo.

Com relação aos fatores positivos da AD cada grupo apresentou especificidades, os idosos referiram melhora nas suas condições de saúde por conta do acompanhamento e avaliação dos profissionais, possibilidade de verbalização de problemas e a comodidade de receber o cuidado no domicílio pela equipe da ESF. Os cuidadores destacaram o acompanhamento frequente dos ACS e o acolhimento realizado pelos profissionais de suas queixas e dúvidas.

Os profissionais por sua vez elencaram o apoio do NASF e das Residências, a disponibilidade de medicamentos, exames e profissionais, a garantia de transporte, a abertura da gestão, a integração da equipe, etc. Ganhou destaque também a importância do prazer pelo trabalho, da articulação intersetorial e da condição financeira da família para a construção de um cuidado domiciliar de qualidade e humanizado. Um aspecto positivo da AD compartilhado pelos cuidadores e profissionais é o interesse e presença constante do ACS através das VD.

Nesse sentido, Motta, Aguiar e Caldas (2011) destacam a centralidade do trabalho dos ACS para a atenção aos idosos. Sua função inclui cadastrar, acompanhar as famílias e intermediar a relação entre idosos, famílias e equipes. É sua atribuição registrar os idosos que foram hospitalizados e/ou regressaram de internação hospitalar, e identificar aqueles que necessitam de assistência domiciliar, mediante critérios acordados localmente pelas equipes.

Dentre os fatores limitantes da AD os três grupos de sujeitos relataram a falta de medicamentos, o acompanhamento não sistemático dos idosos e famílias ocasionado muitas vezes pela desorganização da equipe, o desinteresse de alguns profissionais e a desvalorização da AD ao idoso pela ESF, a grande demanda de trabalho nas unidades de saúde e a falta de transportes frequente.

Carvalhais e Sousa (2013) sugerem que o principal obstáculo para a realização de cuidados domiciliares de qualidade é a escassez de recursos e a desorganização traduzida em falta de tempo, desordem e frustração. Nesse sentido, Lacerda (2010) insiste na preparação, no ter atitudes, no aceitar o desafio que cuidar nas residências apresenta e no querer fazer são imprescindíveis para que o profissional realize o cuidado domiciliar, visto que nem todos tem perfil para cuidar no domicílio.

Os profissionais de saúde destacaram como entraves para a realização do cuidado ao idoso no domicílio o comodismo do próprio idoso e família, a desconfiança do idoso no cuidado prestado pelos familiares, o despreparo dos cuidadores e a sobrecarga de trabalho destes. Foram frequentes os relatos de violência ao idoso, incluindo desde negligência até maus-tratos, esses casos merecem um olhar vigilante da equipe e o acionamento de serviços de proteção quando necessário. Borges e Telles (2010) também destacaram as interações familiares negativas com referências aos maus-tratos com os idosos como um dos fatores limitantes do cuidado domiciliar.

De acordo com os idosos, cuidadores e profissionais alguns domicílios apresentam barreiras físicas e ausência de adaptações que permitam ao idoso com comprometimento funcional viver com o máximo possível de autonomia. Goyanna (2013) também encontrou fragilidades quanto à adaptação dos domicílios às necessidades do idoso, mesmo reconhecendo que existe um esforço dos familiares quanto ao ajuste desse espaço.

## 6 DISCUSSÃO

A partir das descrições das características dos sujeitos envolvidos na AD, especificamente idosos e cuidadores, e das perspectivas dos idosos, cuidadores e profissionais sobre o cuidado realizado às famílias no domicílio pelas equipes da ESF foi realizado uma discussão contextualizando com a literatura científica da área.

As principais características sociodemográficas dos idosos estudados foram idade avançada, principalmente mais de oitenta anos, sexo feminino, cor parda, pouca ou nenhuma escolaridade, viúvas, de religião católica, com uma renda mensal de um a dois salários-mínimos, convivendo com duas a quatro pessoas no mesmo domicílio, das quais apenas uma ou nenhuma trabalha, com destaque para as famílias bigeracionais.

Esses dados assemelham-se as características sociodemográficas de idosos longevos (mais de oitenta anos) usuários da AB pesquisados por Lenardt e Carneiro (2013) no qual foi observado que a maioria dos idosos era do sexo feminino, com prevalência da faixa etária entre oitenta e oitenta e quatro anos, com ensino fundamental incompleto, viúvas, residem com familiares e tem renda de um salário-mínimo. As autoras afirmam que a feminização da velhice é um fenômeno mundial que necessita de atenção.

Com relação ao estado de saúde dos idosos em AD todos relataram problemas de saúde, destacando a presença de comorbidades com predominância de HAS, DM e distúrbios osteoarticulares. Uma minoria referiu não utilizar medicamentos, observando-se um grande consumo de medicações de diferentes grupos principalmente anti-hipertensivos, antiplaquetários e hipoglicemiantes indicando uma polifarmácia.

Em estudo realizado por Aires e Paz (2008) em idosos de uma área de abrangência da ESF de um município do interior do Rio Grande do Sul constatou-se que a maioria relatou ter morbididades, uma minoria comorbidades, predominaram as doenças do aparelho circulatório, seguido das doenças do aparelho osteomuscular e tecido conjuntivo. Quanto aos medicamentos a maioria dos entrevistados referiu usá-los diariamente, observando-se também um comportamento de não adesão ao tratamento.

Na avaliação da função cognitiva dos idosos pelo MEEM, a maioria obteve um baixo escore, indicando um comprometimento da mesma, o fato está relacionado também a baixa escolaridade dos participantes com um grande número de analfabetos. Em pesquisa realizada por Goyanna (2013) com idosos portadores de Alzheimer em Sobral, Ceará, percebeu-se uma considerável variação na pontuação obtida no MEEM, estando os idosos com comprometimento da função cognitiva, alguns em maior outros em menor intensidade. A autora sugere que a escolaridade contribui substancialmente no desenvolvimento de testes cognitivos.

Ao avaliar a independência nas AVD dos idosos a maior parte apresentou dependência parcial (29), uma menor parte apresentou independência (24) e uma minoria dependência total (09), dos treze idosos com comprometimento funcional e capacidade cognitiva preservada onze apresentavam dependência parcial nas AVD e dois idosos dependência total. Além disso, os filhos, companheiros e netos caracterizam-se como principais cuidadores desses idosos.

Resultados parecidos foram encontrados no estudo que objetivou avaliar as necessidades de cuidados diários e os determinantes socioeconômicos de idosos residentes em uma comunidade rural do Vietnã onde a maioria dos idosos não necessita de apoio nas AVD, a dependência em AVD instrumentais e intelectuais foi mais comum do que para as AVD básicas, idosos que precisam de ajuda total foram menos comum do que aqueles que precisam de alguma ajuda nas AVD, os filhos e netos foram elencados como principais cuidadores (HOI, THANG & LINDHOLM, 2011).

Em pesquisa realizada por Linhares et al. (2011) que traçou o perfil das condições sociais e de saúde da população idosa acompanhada pela Atenção Primária de Sobral, Ceará, foi observado que a maioria dos idosos possuíam algum tipo de dependência para realizar as AVD e que idosos da faixa etária mais elevada apresentaram uma maior prevalência de incapacidades.

No que se referem aos cuidadores, as principais características encontradas são pessoas de todas as idades, especialmente com mais de sessenta anos, sexo feminino, com um a quatro anos de estudo, de cor parda, religião católica, solteiro, com renda familiar de um a dois salários-mínimos, os problemas de saúde mais incidentes foram HAS, DM, dislipidemias

e osteoarticulares. Os filhos se destacaram como cuidadores principais e secundários, exercendo essa atividade, em sua maioria, há mais de cinco anos, sem receber auxílio financeiro, alguns desempenhando esse papel de forma solitária e quanto ao resultado da escala, apresentaram sobrecarga leve.

As características sociodemográficas e clínicas dos cuidadores familiares de idosos residentes em Curitiba, Paraná, foram idade entre cinquenta e um e sessenta anos, sexo feminino, mais de oito anos de escolaridade, vivem em união estável, possuem crença religiosa, são filhas, sem ocupação profissional, com uma renda familiar de dois a três salários-mínimos, residem com o idoso, partilha o cuidado com outros familiares, cuidam do idoso há mais de três anos, realiza acompanhamento médico, possuem alguma doença com prevalência de HAS, depressão e inflamatórias. Além de apresentarem grau de sobrecarga moderado (SEIMA, LENARDT & CALDAS, 2014).

Assim, notam-se muitas semelhanças entre o grupo de cuidadores de idosos de Sobral e o de Curitiba, como também algumas especificidades, provavelmente devido as melhores condições socioeconômicas e de saúde da população da região Sul do Brasil, foi percebido uma variação da idade dos cuidadores em Sobral com destaque para idosos cuidando de idosos, nível de escolaridade menor, prevalência de solteiras, cuidando sozinhas e apresentando grau de sobrecarga leve, enquanto em Curitiba sobressaiu cuidadores vivendo em união estável, partilhando o cuidado com familiares e apresentado grau de sobrecarga moderado.

Em estudo realizado por Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005) com esposas de idosos dependentes em Bambuí, Minas Gerais, revelou que elas cuidam de seus maridos idosos de uma forma integral, cotidiana, intuitiva, improvisada e solitária, sem orientação de profissionais e com grande carência de recursos públicos e sociais de suporte.

A imensa maioria de cuidadores do sexo feminino vista em Sobral e tantos outros estudos destacam a centralidade da mulher enquanto representante dos cuidados na família e suas consequências paradoxais. Desta forma, Gutierrez e Minayo (2010) lembram que a centralidade conferida à mulher tem importantes implicações políticas, pois traz consigo (a) a justificação social da ausência e da desresponsabilização do homem na esfera dos cuidados com a saúde e (b) o aprisionamento da mulher em suas atividades tradicionais, o que é uma forma de permanência da opressão feminina e seu enclausuramento na cena doméstica.

Apesar da maioria dos cuidadores no estudo apresentarem grau de sobrecarga leve e não terem sido capacitados para exercer as atividades de cuidado, os profissionais vivenciam o cansaço, desânimo e desgaste dos cuidadores relacionado a sobrecarga de trabalho. As atividades de cuidado podem sobrecarregar o cuidador pelo despreparo em relação ao papel que desempenha, e isso poderá causar problemas para sua saúde. Além disso, o excesso de sobrecarga pode comprometer na qualidade do cuidado e interferir nas relações familiares (STACKFLETH et al., 2012).

Nesse sentido, é importante reforçar o papel das equipes da ESF no treinamento e supervisão dos cuidadores, visto que o profissional somente vai conquistar a autonomia do cuidado da família quando o cuidador for incorporado no processo de trabalho das equipes, mostrando pra ele o seu papel, levando em conta as questões ético-legais existentes no cuidado domiciliar, pois muitas atividades exigem conhecimento científico e a equipe simplesmente ensina e delega a família.

As atividades desenvolvidas pelos cuidadores informais no domicílio, em determinadas situações, são de alta complexidade e sem supervisão de um profissional com competência legal, o que acarreta prejuízo no cuidado ao paciente, uma vez que esses cuidadores não sabem prever situações de risco. Para realizar o cuidado no domicílio é preciso ter conhecimento técnico e científico (e não um conhecimento do senso comum) para atender as necessidades do paciente (LACERDA & PRZENYCZKA, 2008).

Diante do exposto é necessário compreender as especificidades do cuidado domiciliar no qual o domicílio se insere como espaço de atenção à saúde e local privado das pessoas, onde o profissional tem que pedir licença para entrar. Além da complexidade da execução da AD na ESF por conta da diversidade de ações programáticas, grande demanda, falta de estrutura dos serviços, profissionais despreparados para atender no domicílio, mas que possuem essa responsabilidade.

É preciso refletir também sobre as ações intituladas de visita domiciliar, pois ela precisa ter uma construção, para determinar uma AD ela precisa de algumas características. A visita domiciliar objetiva avaliar o contexto de vida do paciente, suas demandas e estabelecer um plano assistencial. Assim, muitas vezes o que se denomina de visita domiciliar pelos profissionais é

assistência domiciliar, no qual são realizados procedimentos, sem o intuito de considerar tudo que emana da realidade da família (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

De acordo com os relatos durante as VD os enfermeiros realizam a avaliação de saúde dos idosos, identificando alterações e necessidades para a elaboração do plano de cuidados e acionam outros profissionais que possam contribuir no acompanhamento. Percebeu-se a necessidade de aumentar a frequência das avaliações pela equipe de enfermagem como foi observado nos dados quantitativos sobre a presença destes profissionais durante as VD.

É importante ressaltar que os profissionais mais próximos do cuidado domiciliar segundo os idosos e cuidadores são ACS e médico, necessitando refletir sobre o papel do enfermeiro enquanto produtor do cuidado e supervisor do trabalho do ACS, acompanhando as orientações realizadas as famílias, especificamente a população idosa com comprometimento funcional.

Gago & Lopes (2012) informam que a relação da enfermeira com o idoso e família precisa assumir um papel central em todo o processo de cuidados. A relação é simultaneamente o contexto de todos os cuidados e também um instrumento terapêutico. As enfermeiras constroem e reconstroem a avaliação e adaptam as intervenções às situações de saúde-doença que se vão confrontando.

Carvalhais e Sousa (2013) sugerem que a promoção da qualidade nos cuidados domiciliares a idosos dependentes apoia-se na dinamização de “parcerias” incluindo enfermeiro, paciente e sua família e entre a equipe multidisciplinar de cuidados. Assim, observou-se na ESF de Sobral uma preocupação das equipes com a construção da multiprofissionalidade de acordo com a necessidade do idoso, reforçando a importância da comunicação e da contribuição das categorias profissionais para a integralidade do cuidado, principalmente com a realização do PTS para os casos mais complexos.

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. O PTS contém quatro momentos: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação (BRASIL, 2008).

No entanto, percebe-se uma falta de comprometimento com o envelhecimento ativo e saudável por parte do idoso, família e profissionais, onde o papel de cada um na realização do cuidado não está bem definido, havendo a necessidade do estímulo à autonomia e corresponsabilização pela situação de saúde através de atividades educativas que possibilitem a capacidade de autogoverno do indivíduo e família.

Lacerda (2010) destaca que a autonomia para os indivíduos e familiares terem condições para desenvolver o cuidado no domicílio numa situação de adoecimento, é a possibilidade de estar capacitado a realizar a ajuda com o apoio do sistema de saúde com profissionais que ensinem, orientem e acompanhem.

Assim, é necessário que as equipes de ESF realizem um acompanhamento sistemático do cuidado ao idoso e família, com supervisão, pactuação de objetivos, metas e atribuições entre os envolvidos para que a família retome o seu papel como provedora de cuidados contando com a ajuda do sistema de saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante destacar que o envelhecimento populacional e os novos arranjos familiares estão proporcionando a criação de um fenômeno social que é a existência de idosos cuidando de idosos conforme identificado na pesquisa e que tem como consequência uma relação que acaba gerando sofrimento, adoecimento e vulnerabilidade para ambos.

Evidenciou-se também no estudo a fragilidade das ações de apoio/suporte as famílias desenvolvidas pelas equipes da ESF, principalmente voltadas para os cuidadores, os quais exercem esta atividade sem ter recebido nenhum treinamento, utilizando um conhecimento empírico, de forma solitária e desgastante. Assim, é necessário que os profissionais envolvam os cuidadores nos seus planos de cuidados entendendo este como principal ator para a AD.

Esta pesquisa proporcionou um diagnóstico da AD ao idoso para o sistema de saúde de Sobral e trouxe algumas contribuições para a gestão da ESF no município como a necessidade de sensibilização dos profissionais, especialmente os enfermeiros sobre a relevância e especificidades do cuidado domiciliar ao idoso e cuidador, exigindo um perfil profissional e competências que não foram adquiridas durante a formação acadêmica, mas devem ser desenvolvidas no ambiente de trabalho através de processos de educação permanente.

Diferentes percepções e sentimentos sobre a AD foram observados entre os sujeitos envolvidos. Nesse sentido, a relação entre o profissional, idoso e família assume um papel central em todo o processo de cuidado. Outra característica presente foi à dinamização de parcerias entre a equipe multiprofissional através da comunicação e contribuição das categorias para o plano de cuidados.

Assim, a ESF de Sobral apresenta algumas potencialidades como a boa relação entre os profissionais e uma preocupação com a autonomia e independência do idoso, porém, é preciso que a família seja capacitada com o apoio do sistema de saúde através de um acompanhamento sistemático, no qual a promoção da qualidade de vida do idoso e família seja estabelecida como política pública de saúde.

Como limitação do estudo identificou-se a pequena verbalização dos idosos e cuidadores e a não participação da categoria médica durante a coleta de dados podendo

interferir para uma análise mais abrangente da questão de pesquisa. É importante a continuidade de pesquisas sobre esta temática envolvendo também outras características de idosos e cuidadores, além das perspectivas dos profissionais do NASF e do SAD como o Programa Melhor em Casa.

## 8 RECURSOS UTILIZADOS

### Orçamento financeiro

<b>Item (descrição)</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor unitário (R\$)</b>	<b>Valor total (R\$)</b>
Resma papel A4	4	15,00	60,00
Recarga de cartucho de tinta preto	3	10,00	30,00
Encadernação	10	3,00	30,00
Gasolina para transporte	50	3,50	175,00
Caneta esferográfica	5	2,00	10,00
Transcrição de entrevistas	1	50,00	50,00
Coletadores de dados	2	75,00	150,00
Correção do resumo em inglês	1	50,00	50,00
Fotocópias	500	0,08	40,00
<b>TOTAL</b>			<b>595,00</b>



## REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PAZ, A.A. Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.29, n.1, p.83-89, 2008. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5284> > Acesso em 05 jun. 2015.

ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1103-1112, mai. 2009.

BORGES, M.M.C.; TELLES, J.L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.349-360, 2010. Disponível em: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232010000300002&lng=pt.](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232010000300002&lng=pt.)> Acesso em 25 jun 2013.

BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (orgs.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.** Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em 03 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10424.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10424.htm)>. Acesso em: 20 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. (2003). Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2003. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm) > Acesso em 22 de abril de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006** - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.529 de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da saúde, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>> Acesso em 18 de abr. de 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2488 de 21 de outubro de 2011**, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)> Acesso em 03 de ago. de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 963 de 27 de maio de 2013a. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº101, 28 mai. 2013. Seção 1. p.30.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.208 de 18 de junho de 2013b**. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208\\_18\\_06\\_2013.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html)>. Acesso em 12 Jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHAIS, M.; SOUSA, L. Qualidade dos cuidados domiciliares de enfermagem a idosos dependentes. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.160-172, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/15.pdf>> Acesso em 07 jun. 2015.

CARVALHO, C.J.A. de; ASSUNCAO, R.C. de; BOCCHI, S.C.M. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto à assistência prestada aos idosos: revisão integrativa da literatura. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1307-1324, dez. 2010. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312010000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312010000400013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 jun. 2013.

DUARTE Y.A.O.; LEBRÃO M.L.; LIMA, F.D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washignton, v.17, n.5/6, p. 370-378, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26274>> Acesso em 25 jun. 2013

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**; tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p.

FREITAS, C.A.S.L. **O idoso vítima de violência**: desafios do sistema de saúde para o enfrentamento do fenômeno. Fortaleza, 2011. 189p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2011.

GAGO, E.A.; LOPES, M.J. Cuidados domiciliares: interação do enfermeiro com a pessoa idosa/família. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. spe1, p. 74-80, 2012 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002012000800012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000800012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 Jun. 2015.

GIACOMIN, K.C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F.F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, Out. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2005000500024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000500024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 Jul. 2015.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.** v.15, n.4. Florianópolis, 2006. p.645-653.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

GOMES, I.M.; FAVER, L.; HERMANN, A.P.; LACERDA, M.R. Aspectos éticos nas redes sociais de apoio no cuidado domiciliar à luz do pensamento complexo. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v.3, n.3, 2012. p.110-113. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/292>> Acesso em 05 jun.

2015.

GOYANNA, N.F. **Idosos com doença de Alzheimer**: como vivem e percebem a atenção na Estratégia Saúde da Família. 2013. 36f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2013.

GRATAO, A.C.M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-144, Fev. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342013000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Jul. 2015.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, supl.1, Rio de Janeiro, jun. 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000700062&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000700062&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 14 de julho de 2013.

HOI, L.V.; THANG, P.; LINDHOLM, L. Elderly care in daily living in rural Vietnam: Need and its socioeconomic determinants. **BMC Geriatrics**. Londres, v.11 n.81, 2011. p.-1-10. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/8>> Acesso em 04 jun. 2015.

KERBER, N.P da C.; KIRCHHOF, A.L.C.; CEZAR-VAZ, M.R. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, Mar. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2008000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 jun. 2013.

KLOCK, A.D.; HECK, R.M.; CASARIM, S.T. Cuidado domiciliar: a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UFPEL-MS/BID. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v.14, n.2, Abr. 2005, p. 237-245.

LACERDA, M.R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500036&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 Jun. 2015.

LACERDA, M.R.; PRZENYCZKA, R.A. Exercício (i)legal da enfermagem: a realidade do cuidador informal. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.13,n.3, p.543-51, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/12965/8760>> Acesso em 23 jul. 2015.

LENARDT, M.H.; CARNEIRO, N.H.K. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 1, mar. 2013. Disponível em

<[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141485362013000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141485362013000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05 jun. 2015.

LINHARES, J.C. et al. Condições sociais e de saúde de idosos acompanhados pela atenção primária de Sobral — CE. **Rev. Rene**. Fortaleza, ano 12, n. esp., p.922-9, 2011.

MARTINS, J.J. et al. Idosos com necessidades de cuidado domiciliar. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, Jul. 2008.

MARTINS, J.J. et al. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, Out 2009 v.17, n.4, p.556-62. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a18.pdf>>. Acesso em 28 jun 2013

MERHY, E.E.; SCHIFFLER, Â.C.R. Quando a Atenção Domiciliar vaza do (no) modelo tecnoassistencial de saúde: o caso de Sobral/CE. In: **Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

MINAYO, M.C. de S.; ASSIS, S.G. de; SOUZA, E.R. de. (Org.) **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, fev. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2012000200001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000200001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 01 jun. 2013.

MOTTA, L.B. da; AGUIAR, A.C. de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232007000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 jun. 2013.

MOTTA, L.B. da; AGUIAR, A.C. de; CALDAS, C.P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Abr. 2011. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2011000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000400017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 Fev. 2014.

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

RESENDE, M.C.F.; DIAS, E.C. Cuidadores de idosos: um novo / velho trabalho. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312008000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312008000400010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 jun. 2013.

SANTOS, E.M.; MORAIS, S.H.G. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. **CogitareEnferm.** v.16, n.3. Curitiba, 2011. p.492-497.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M.H.; CALDAS, C.P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 2, p. 233-240, Abr. 2014 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000200233&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200233&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 jun. 2015.

SILVA, L.; GALERA, S.A.F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002007000400002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000400002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 03 jul. 2013.

SOBRAL, Prefeitura Municipal de. **Sobral On-Line**. 2012 a. Disponível em:<<http://www.sobral.ce.gov.br>> Acesso em 01 nov. 2012.

SOUZA, E.R. de. Políticas jovens para uma população idosa: desafios para o Setor Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, Set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000600001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000600001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 jun. 2013.

SOUZA, L.M. DE; MORAIS, E.P. DE; BARTH Q.C.M. Socioeconomic and demographic characteristics and health condition of elderly people from a family health program in Porto Alegre, Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.6, Dez. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692006000600011&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000600011&lng=pt)>. Acesso em 01 jun. 2013.

STACKFLETH et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v.25, n.5, p.768-74, 2012.

THUME, E. et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, Dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S003489102010000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S003489102010000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 jun. 2013

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, Junho 2009. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S003489102009000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S003489102009000300020&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 01 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.28, n.10, 2012.

VIEIRA, C.P.B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 64, n. 3, Jun 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672011000300023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000300023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 fev. 2014.

**APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
IDOSOS E CUIDADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL –  
CEARÁ**

Prezado(a) Senhor(a):

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: análise das perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais.**”, com o objetivo de analisar o cuidado oferecido pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de Sobral/CE às famílias de idosos com comprometimento funcional na atenção domiciliar. Por isso, o público alvo da pesquisa são os profissionais de saúde, idosos com comprometimento funcional e impossibilitados de se locomover até a unidade de saúde e seu principal cuidador. Neste sentido, solicitamos sua participação na pesquisa respondendo a alguns questionamentos apresentados na forma de entrevista e algumas perguntas de escalas que avaliarão o estado mental e independência em atividades da vida diária no caso de idosos e sobrecarga no caso dos cuidadores.

Neste momento conversaremos sobre os seguintes assuntos: como é realizada a atenção domiciliar pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família? Quais profissionais realizam as visitas? Quais atividades eles desenvolvem durante a visita? Eles oferecem algum suporte apoio a família? Quais os pontos positivos e negativos da atenção domiciliar?

Assim, esta entrevista pode durar, no máximo, sessenta minutos.

Gostaríamos de deixar claro ao senhor (a) que essas informações são sigilosas, não falaremos para ninguém seu nome, nem suas respostas. Caso se sinta constrangido (a) e envergonhado (a) durante essa nossa entrevista, o senhor (a) tem o direito de pedir para interrompê-la, sem quaisquer prejuízos a você. O senhor(a) tem plenos direitos de se recusar a participar do estudo.

As informações obtidas nesta entrevista farão parte do nosso estudo acadêmico. Sempre respeitaremos o caráter confidencial de seu nome. Pretendemos com essa pesquisa, obter dados que possam nortear o fortalecimento dos programas de atenção domiciliar ou subsidiar reformulações, visando sempre melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Informamos ainda que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento.
- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da atenção domiciliar aos idosos com comprometimento funcional.
- Responder a esta entrevista não trará nenhum risco para você. Entretanto, caso se sinta constrangido (a) em responder alguma pergunta, interromperemos a mesma,
- Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento no Endereço: Avenida Comandante Maurocéllo Rocha Pontes, nº. 186, Derby, Sobral - CE, telefone: (88) 3677-4242.

Atenciosamente,

---

Pesquisador

---

### **CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO**

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende analisar o cuidado oferecido pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de Sobral/CE às famílias de idosos com comprometimento funcional na atenção domiciliar, realizado pelos pesquisadores Emanuel Avelar Muniz (mestrando) e Dra.CibellyAliny Siqueira Lima Freitas (orientadora). Compreendi seus propósitos, concordo em participar da pesquisa.

Sobral, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura do Participante

## **APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL – CE**

Caro(a) Profissional, você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubrique todas as folhas e assine ao final deste documento, com as folhas rubricadas pelo pesquisador, e assinadas pelo mesmo, na última página. Este documento está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Pesquisa: **ATENÇÃO DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
ANÁLISE DAS PERSPECTIVAS DE IDOSOS, CUIDADORES E PROFISSIONAIS.**

Emanoel Avelar Muniz (mestrando)- [emanoelavelar@gmail.com](mailto:emanoelavelar@gmail.com)

CibellyAliny Siqueira Lima Freitas (orientadora)-[cibellyaliny@gmail.com](mailto:cibellyaliny@gmail.com)

Esta proposta de pesquisa tem por meta analisar as perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais sobre a atenção domiciliar de idosos com comprometimento funcional no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Sobral-CE, considerando as políticas de saúde e diretrizes do Ministério da Saúde. Nesse sentido, a atenção domiciliar é uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde, o **objetivo geral** desta proposta será analisar o cuidado oferecido pelas equipes da ESF de Sobral/CE às famílias de idosos com comprometimento funcional na atenção domiciliar.

Sua participação na pesquisa ocorrerá durante a realização dos grupos focais, onde suas ideias estarão sendo gravadas. A princípio, os **riscos** relacionados à pesquisa serão de caráter intelectual por constrangimento caso os participantes se sintam incomodados com a perspectiva de responderem as questões. Gostaria de informá-lo que o pesquisador fará de tudo para evitar pressão para respostas, o julgamento das respostas, o menosprezo das informações repassadas, o uso de termos pejorativos ou expressões não politicamente corretas. É importante também que você se sinta livre para o uso da palavra com sugestões e correção de conteúdos apresentados pelo pesquisador.

Os benefícios da pesquisa estão relacionados a:

1. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para a comunidade acadêmica e em especial para o Sistema de Saúde Escola de Sobral. Além de concorrer para a melhoria da atenção à saúde da população idosa, servindo como norteador para o planejamento e a realização das ações de atenção domiciliar aos idosos pelas equipes de saúde da família que compõem a atenção primária do município, congruindo para uma melhoria da assistência prestada e assim da qualidade de vida das pessoas;
2. Suscitar reflexões sobre como os profissionais da ESF estão realizando as ações de atenção domiciliar aos idosos, para que estes se sensibilizem e conheçam melhor a sua forma de atuação, a fim de possibilitar uma reorientação destas práticas.

O percurso metodológico que torna possível o aproveitamento de suas reflexões na pesquisa realizada é de natureza qualitativa numa abordagem sistêmica, que não produz dados estatísticos em suas análises, embora possa usar dados quantificados de outras pesquisas como uma complementaridade a seus resultados. Ou seja, os dados coletados não sofrem processos estatísticos porque o objetivo deste tipo de pesquisa é a organização de conceitos e teorias a partir das experiências, comportamentos, emoções e sentimentos que você irá nos passar via grupo focal. Nesse sentido a sua contribuição é extremamente valiosa e será o ápice da pesquisa. A análise dos dados será interpretativa com o pesquisador confrontando as informações construídas com os objetivos da proposta, classificando se necessárias às mesmas e interpretando a luz do marco teórico escolhido.

Os resultados do estudo serão divulgados durante a defesa da dissertação do mestrando Emanuel. Garantimos que durante esta divulgação dos resultados seu nome será resguardado e, a não ser que deseje, não se fará menção ao seu nome ou outros dados que o identifique.

Finalmente, que você entenda que a sua participação é livre e que a retirada de seu nome como informante não implicará em nenhum prejuízo nas relações profissionais e / ou pessoais que mantemos. Também desejamos explicar que não haverá qualquer remuneração a ser paga por sua participação.

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento no Endereço: Rua Coronel José Inácio 797, Edifício Dalila Carneiro, apt. 305, bairro Centro CEP: 62.010-790, Sobral – CE. Telefone: (88)99424821 ou o(a) Sr.(a) pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, situado na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040. Sobral-Ceará. Telefone: (88)3677-4255. Desde já gostaríamos de agradecer a atenção a nós destinada e sua colaboração no estudo.

Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito ou Responsável: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL COM OS PROFISSIONAIS DA ESF DE SOBRAL-CE**

1. Como é realizada a atenção domiciliar aos idosos com comprometimento funcional, impossibilitados de frequentar/se locomover até a unidade de saúde?
2. É oferecido pela equipe algum apoio/suporte a família desses idosos com comprometimento funcional? Qual?
3. Quais os fatores facilitadores e limitantes da atenção domiciliar aos idosos no contexto da ESF de Sobral – CE?
4. A estrutura do domicílio interfere na realização da atenção domiciliar? Como?
5. A atenção domiciliar promove a autonomia desses idosos e de sua família? De que forma?
6. Quais as contribuições da atenção domiciliar para o processo saúde-doença desse idoso e sua família?

## **APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA OS IDOSOS**

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Anos completos de estudo:
5. Cor:
6. Situação conjugal:
7. Religião:
8. Renda:
9. Com quem mora?
10. Quantos na família trabalham?
11. Problemas de saúde?
12. Faz uso de álcool, tabaco ou outras drogas?
13. Faz uso de alguma medicação? Qual(is)?
14. Centro de Saúde da Família (CSF) que faz parte?
15. Resultado do mini exame do estado mental:
16. Resultado da escala de avaliação das atividades da vida diária:
17. Há quanto tempo recebe cuidado à saúde somente no domicílio pela equipe do CSF?
18. Qual a duração das visitas domiciliares?
19. Com que frequência as visitas são realizadas?
20. Quais profissionais participam das visitas?
21. O que o profissional faz durante a visita?
22. O que o Sr(a) acha do cuidado prestado no domicílio pela equipe do CSF? Fale um pouco sobre isso.
23. É oferecido algum suporte/apoio a sua família? Qual?
24. Na sua opinião quais os pontos positivos e negativos do cuidado à saúde realizado no domicílio pelos profissionais do CSF?
25. A estrutura do domicílio interfere na realização do cuidado? Como?

**APÊNDICE 5 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA OS  
FAMILIARES/ CUIDADORES DE IDOSOS**

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Cor:
5. Anos completos de estudo:
6. Religião:
7. Relação conjugal:
8. Problemas de saúde:
9. Faz uso de álcool, tabaco ou outras drogas?
10. Faz uso de alguma medicação? Qual (is)?
11. Pratica alguma atividade física?
12. Grau de parentesco com o idoso:
13. Há quanto tempo exerce a atividade de cuidador?
14. Existem outras pessoas que dividem as tarefas de cuidador com você? Quem são?
15. Você recebe algum auxílio financeiro para exercer a atividade de cuidador?
16. Você recebeu algum treinamento/capacitação para exercer a atividade de cuidador?
17. Resultado da escala de sobrecarga do cuidador:
18. Qual a sua opinião sobre o cuidado à saúde realizado pela equipe do Centro de Saúde da Família no domicílio para o idoso que você cuida?
19. É oferecido algum suporte/apoio para você e/ou para a família pela equipe do CSF? Qual?
20. Na sua opinião quais os pontos positivos e negativos do cuidado à saúde prestado no domicílio pela equipe do CSF?
21. A estrutura do domicílio interfere na realização do cuidado? Como?

## ANEXO 1 - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

**Objetivo:** é um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva

**Avaliação dos resultados:**

Pontuação total = 30 pontos

Notas de corte sugeridas:

Analfabetos = 19

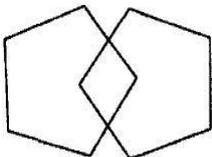
1 a 3 anos de escolaridade = 23

4 a 7 anos de escolaridade = 24

>7 anos de escolaridade = 28

**Teste:**

1. Orientação temporal (0-5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia	1
		Dia da semana	1
2. Orientação espacial (0-5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
3. Repita as palavras (0-3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições).	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a)	1
		Não (vá para 4b)	1
4a. Cálculo (0 a 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93	1
		86	1
		79	1
		72	1
		65	1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente.	O	1
		D	1
		N	1
		U	1
		M	1

5. Memorização	Repita as palavras que disse a pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de 3 estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos.” Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute.	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho: 		

**TOTAL =**

( )

**Fonte:** BRASIL, 2006c.

## VIDA DIÁRIA, KATZ

Nome:

Data da avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.

### 1. Banho - banho de leito, banheira ou chuveiro

- Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)
- Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)
- Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo

### 2. Vestir - pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)

- Pega as roupas e se veste completamente sem assistência
- Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos
- Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido

### 3. Ir ao banheiro - dirigir-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações

- Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)
- Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite
- Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar

### 4. Transferência

- Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)
- Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio
- Não sai da cama

### 5. Continência

- Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar
- Tem “acidentes” ocasionais (acidentes = perdas urinárias ou fecais)
- Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente

### 6. Alimentação

- Alimenta-se sem assistência
- Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão
- Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

Fonte: BRASIL, 2006c.

## ANEXO 3 - AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES (ZARIT)

	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Sempre</b>
1. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com NOME DO IDOSO(A) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO IDOSO(A) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO IDOSO(A)?					
5. O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
6. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de NOME DO IDOSO(A)?					
8. O(a) Sr(a) sente que de NOME DO IDOSO(A) depende do(a) Sr(a)?					
9. O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO IDOSO(A)?					
11. O(a) Sr(a) sente que Não tem tanta privacidade como gostaria por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
12. O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido					

prejudicada em razão de ter de cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					
13. O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
14. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de NOME DO IDOSO(A) somando-se às suas outras despesas?					
16. O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de NOME DO IDOSO(A) por muito mais tempo?					
17. O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de NOME DO IDOSO(A)?					
18. O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de NOME DO IDOSO(A)?					
19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por NOME DO IDOSO(A)?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por NOME DO IDOSO(A)?					
21. O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de NOME DO IDOSO(A)?					
22. De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de NOME DO IDOS(A)?					

Fonte: BRASIL, 2006c.

#### ANEXO 4 – DECLARAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA

**MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRAL**

**PREFEITURA DE SOBRAL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
COMISSÃO CIENTÍFICA**

**DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE Nº 009/2014**

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de pesquisa classificado como Dissertação de Mestrado intitulada – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA ATENÇÃO ÀS FAMÍLIAS DE IDOSOS desenvolvida por Emanuel Avelar Muniz do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família – MASF da Universidade Federal do Ceará-UFC, sob orientação da Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar a realização da pesquisa nos 6 Centros de Saúde da Família (CSF) que compõem a macro área I do município de Sobral-CE, mediante pactuação prévia entre o pesquisador, os gerentes e os profissionais de saúde, quanto à disponibilização do espaço e escolha dos melhores dias e horários para realização do grupo focal com os profissionais de saúde nas unidades.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga o pesquisador de solicitar anuência aos sujeitos do estudo, no caso idosos apartir de 60 anos com problemas de saúde que sejam cadastrados nos CSF usuários do sistema; familiares/cuidadores responsáveis pelo idoso e os profissionais de saúde que ali trabalham (gerentes, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), devendo estes serem convidados a participar da pesquisa mediante ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização da participação com assinatura do Termo de Consentimento Pós-informado. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Sobral, 04 de Abril de 2014

Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos  
Coordenação da Comissão Científica

**COMISSÃO CIENTÍFICA**  
Escola de Formação em Saúde  
da Família Visconde de Sabóia  
SECRETARIA DA SAÚDE

## ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ (UVA)



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ - UVA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DAS PERSPECTIVAS DE IDOSOS, CUIDADORES E PROFISSIONAIS

**Pesquisador:** EMANOEL AVELAR MUNIZ

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 31215114.9.0000.5053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 720.447

**Data da Relatoria:** 04/06/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado acadêmico em saúde da família da UFC a ser desenvolvido no âmbito da Estratégia Saúde da Família, especificamente na atenção domiciliar a idosos.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar o cuidado oferecido pelas equipes da ESF de Sobral/CE às famílias de idosos com comprometimento funcional na atenção domiciliar através das perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O desenvolvimento da pesquisa acarretará riscos mínimos para os sujeitos e trará como benefícios a melhoria da qualidade dos cuidados domiciliares aos idosos no âmbito da Atenção Básica.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para o município, implicando na contribuição para melhoria da qualidade da atenção domiciliar aos idosos, em especial os dependentes de cuidadores e restritos ao leito.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios presentes e adequados.

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 720.447

**Recomendações:**

O pesquisador deverá ter o compromisso de enviar ao CEP relatório parciais e/ou final de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventuais modificações no protocolo. O relatório final deverá ser enviado utilizando-se do botão -Notificações-, no item - Enviar Notificação-. Guia disponível no menu - Ajuda-, Guia De Orientação Para Inserção De Notificação De Evento.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pesquisa relevante para o município, implicando na contribuição para melhoria da qualidade da atenção domiciliar aos idosos, em especial os dependentes de cuidadores e restritos ao leito.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto apresentado e discutido na reunião ordinária ocorrida no dia 17/07/2014, sendo classificado como aprovado. O pesquisador deverá atentar para a recomendação listada neste parecer.

SOBRAL, 16 de Julho de 2014

Assinado por:

Maristela Ines Osawa Chagas  
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150  
Bairro: Derby CEP: 62.041-040  
UF: CE Município: SOBRAL  
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva\_comitedeetica@hotmail.com