

Assistência Domiciliar no apoio aos idosos portadores de dependência: uma reflexão sobre sua aplicação na atenção primária

Home Care in the supporting of elderly people with dependence: a reflection on its application in primary care

Sandra Maria Luciano Pozzoli

RESUMO: Com as transformações demográficas e sociais, torna-se necessário a organização de uma rede de serviços de atenção domiciliar junto aos serviços de saúde da atenção primária para cuidar de idosos portadores de dependência. Os objetivos deste artigo são: discutir a organização de serviços de atenção primária e domiciliar em suas bases legais, bem como analisar a proposta do Projeto Melhor em Casa do Ministério da Saúde, como modelo de atenção domiciliar brasileiro e refletir como esses serviços podem promover a saúde mental ao idoso e cuidador. Conclui-se que a integração dos serviços de atenção primária e domiciliar pode gerar um suporte à saúde física e mental do idoso e sua família.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Atenção primária à saúde; Idoso.

ABSTRACT: *The demographic and social changes point for the necessity of a organization of a home care network together with a primary care health service to take care of elderly with dependence. The objectives of this article are: to discuss the organization of primary care services and home care in its legal bases; to analyze the suggestion of the Project “Better in Home”, from the Health Ministry, as a model of Brazilian home care and reflect how these services can promote mental health to the caregiver as well to the elderly. We conclude that the integration of primary and home care services can give a support to the physical and mental health of the elderly and their families.*

Keywords: *Home care services; Primary health care; Elderly.*

O envelhecimento populacional tem sido motivo de grandes discussões e preocupações na sociedade atual. Segundo estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dados do Censo de 2010, o Brasil apresenta 21,58% da população com idade acima dos 60 anos e o índice de envelhecimento populacional saltou em 1960 de 6,4 indivíduos de 65 anos ou mais de idade na população residente total para 30,7 pessoas acima de 65 anos para cada grupo de 100 crianças menores de 15 anos, um aumento de 377,9%. A mudança neste índice deve-se à diminuição da fecundidade e da mortalidade na composição populacional num período de 50 anos. (IBGE, 2010)

De um lado, há a satisfação de perceber o ganho em anos que a humanidade adquiriu nas últimas décadas, principalmente as pessoas que vivem em países em desenvolvimento, como o Brasil, graças à evolução da medicina e das condições gerais de vida da população. Em 1940 a expectativa de vida ao nascer era de 45,5 anos, passando para 72,7 anos em 2008 e, segundo as estimativas do IBGE para 2050, deverá alcançar os 81,29 anos (IBGE, 2008).

Por outro lado, surgem problemas a serem administrados, os quais antes eram delegados exclusivamente à família, como o cuidado da pessoa idosa portadora de dependência nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), como o dirigir, cozinhar, limpar a casa, falar ao telefone, fazer compras, cuidar do orçamento doméstico; ou mesmo nas Atividades Básicas da Vida Diária – (ABVD), como o vestir-se, comer, banhar, movimentar, ir ao banheiro e controlar os esfíncteres (Cordeiro, 2005).

A manutenção prolongada da capacidade funcional da pessoa idosa é o grande desafio para a geriatria e a gerontologia, pois significa a sequência de habilidades físicas e mentais necessárias para o desenvolvimento das atividades da vida diária com qualidade e satisfação. A capacidade funcional passa a ser uma importante referência para se avaliar as condições de saúde do idoso, indicando de forma multidimensional, ou seja, nos aspectos físico, mental, de inter-relação social, suporte familiar e independência na vida diária, se a pessoa apresenta um envelhecimento saudável (Ramos, 2005).

Segundo estudos populacionais, cerca de 40% das pessoas com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar ao menos uma atividade instrumental da vida diária e 10% precisam de ajuda para realizar tarefas básicas (Ramos, 2005).

As limitações da capacidade funcional ocorrem por etiologias diversas, como fatores biológicos, socioculturais e psicológicos que, muitas vezes, geram o isolamento e a depressão, comprometendo a qualidade de vida; porém, é importante lembrar que a dependência de cuidados não são características essenciais do envelhecimento (Mendes, 2010).

Com as transformações sociais no modo de organização da família, da economia e da sociedade, torna-se necessária a organização de serviços de assistência domiciliar que possam apoiar os serviços de atenção primária em relação aos cuidados para com idosos portadores de dependência parcial, ou total, decorrentes de patologias crônicas e degenerativas.

A implantação de equipes de assistência domiciliar passa a ter grande importância em nossa realidade, pois estas poderão atender a uma demanda que atualmente está desprovida deste tipo de assistência ou a recebe de forma precária em muitos municípios pelos serviços de atenção primária.

É importante ressaltar que os termos Atenção Básica (AB), Atenção Primária (AP) e Atenção Primária em Saúde (APS) são sinônimos, significando o desenvolvimento de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e tratamento precoces, a reabilitação e a manutenção da saúde, os quais são desenvolvidos por equipes de saúde dirigidas a populações de territórios delimitados. O que se observa é que as literaturas internacionais adotam os termos Atenção Primária ou Atenção Primária em Saúde e, no Brasil, o Ministério da Saúde adotou o termo Atenção Básica. Existem algumas discussões conceituais e ideológicas que acompanham estes termos que podem ir de correntes funcionalistas e racionais até aquelas mais progressistas, as quais apresentam conceitos opostos. (Mello, Fontanella & Demarzo, 2009). No presente artigo será utilizado preferencialmente o termo Atenção Primária para se referir aos serviços de saúde que pretendem servir como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), à população usuária.

Os objetivos deste artigo são: refletir sobre a necessidade de organização dos serviços de assistência domiciliar como apoio aos serviços de atenção primária; identificar as legislações brasileiras que garantem a prestação de assistência integral ao idoso; discutir o projeto Melhor em Casa proposto pelo Ministério da Saúde como modelo de organização de serviços de assistência domiciliar, bem como discutir sobre a integração dos serviços de saúde na promoção de saúde mental para o idoso e seus familiares cuidadores. Para o desenvolvimento desta reflexão, foram levantadas as legislações existentes para garantia da integralidade da assistência no âmbito ambulatorial, hospitalar e domiciliar, vislumbrando o vínculo da atenção primária na promoção da saúde física e mental do idoso dependente e sua família.

Assistência Integral ao Idoso: avanços nas Legislações sobre a atenção primária e atenção domiciliar

A Assistência Integral é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e hoje representa um dos problemas a ser enfrentado na organização do SUS, devido à complexidade do sistema de referência e contra-referência e da diversidade de necessidades de saúde dos usuários. Assim, o SUS está enfrentando dificuldades na viabilização da assistência em todos os níveis. Para uniformizar o conhecimento sobre o direito do idoso e sua evolução no acesso à saúde no Brasil, torna-se fundamental reconstituí-lo cronologicamente nas últimas décadas.

A aprovação da Lei 8080/90, que instituiu o SUS, trouxe um avanço paulatino no modo de assistência à saúde da população brasileira, garantida pelos princípios doutrinários que são: universalidade, integralidade, equidade e igualdade na assistência e, pelos princípios organizacionais, que são: a hierarquização, regionalização e participação social (Brasil, 1990).

Com as Normas Operacionais Básicas – NOB de 1991, 1993 e 1996, houve a definição de estratégias que operacionalizam o SUS, respeitando três grandes campos de atenção à saúde que são: a assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar. Em relação à viabilização do SUS, a NOB 96 definiu a forma de gestão e repasse de verbas de todas as esferas governamentais para o sustento do SUS e do Programa de Saúde da Família – PSF (Brasil b, 1996).

Em 1994, houve a instituição do Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia de reorganização da atenção básica, favorecendo o acompanhamento da pessoa em todo o ciclo vital e inserida em seu meio social. Esta estratégia nasce da experiência adotada em 1991 em alguns municípios brasileiros do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); iniciando uma aproximação dos serviços de saúde com a população, isto é, adotando um interlocutor da comunidade, o Agente Comunitário da Saúde (ACS), que é selecionado no seio da própria comunidade para trabalhar junto aos profissionais de saúde, servindo como uma ponte de ligação entre a população de determinado território sanitário e a unidade básica de saúde, com o intuito de promover saúde.

Em relação à regulamentação de assistência e internação domiciliar no SUS, a Lei 10.424/2002, em seu capítulo VI, artigo 19, estabelece que neste serviço deva ser fornecido assistência médica, de enfermagem, fisioterapêutica, psicológica e de assistência social, atuando em equipe multiprofissional nos níveis de prevenção, tratamento e reabilitação que são indicados pelo médico e aceitos pelo paciente e familiares (Brasil c, 2002). Atualmente, cerca de 22 municípios no Brasil oferecem este tipo de assistência.

Com a movimentação da sociedade civil, apoiada pelas sociedades de gerontologia e geriatria, conquistou-se a Lei 10.741/2003, que trata do Estatuto do Idoso, apresentando os direitos e deveres da pessoa idosa. No capítulo IV – Art. 15 deste estatuto, o atendimento e a internação domiciliar são previstas como direito à saúde (Brasil d, 2003). A partir desta legislação, houve uma maior discussão dos direitos do idoso nas comunidades, principalmente devido à divulgação na mídia, mudando alguns comportamentos e estimulando um planejamento mais adequado dos espaços e serviços na sociedade voltados para este público.

Contribuindo para o crescimento da autonomia do sistema de saúde e instruindo as estratégias prioritárias através de reformas institucionais, o Ministério da Saúde aprova a Portaria 2607/2004 que trata do “Pacto pela Saúde no Brasil”, o qual estabelece três grandes compromissos entre os três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal) sendo: o Pacto pela Vida, Pacto de Gestão do SUS e Pacto em Defesa do SUS. Dentre os objetivos e metas do Pacto pela Vida, há a atenção à saúde do idoso, saúde mental, promoção à saúde, fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, entre outras prioridades (Brasil e, 2004, k, 2008). Este pacto gerou um trabalho mais integrado entre três Ministérios: da Saúde; Ciência e Tecnologia e de Educação, no sentido de estimular a sociedade científica ligadas à pesquisa e educação a desenvolverem projetos de tecnologia, inovação e preparo de profissionais para aplicação no SUS.

Para responder às necessidades advindas da transição demográfica no Brasil, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da Portaria n.º 2528/2006, que apresenta uma ampla reflexão sobre o processo de envelhecimento populacional e aponta para ações intersetoriais que favoreça um envelhecimento saudável. (Brasil f, 2006).

A Portaria n.º 648/2006 é instituída para aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, revisando as diretrizes e normas de organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e, em seus princípios, assume o compromisso junto à população de fornecer uma assistência integral com ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e redução de danos ou sofrimento, com vistas ao desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida. Esta portaria dá ênfase à Estratégia Saúde da Família como a base da atenção à saúde desenvolvida no SUS, isto é, caracteriza como porta de entrada privilegiada no sistema de saúde pública (Brasil g, 2006).

Outra legislação que apresenta um suporte para os serviços da atenção básica, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a Portaria n.º 154/2008, a qual cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais são constituídos de equipes multiprofissionais, com

fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais para dar suporte à equipe de saúde da família, buscando instituir a integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS (Brasil i, 2008). A instituição destes núcleos causou uma excelente repercussão social, por garantir maior respaldo às equipes de ESFs, diante das várias necessidades de saúde da população, principalmente aquelas relacionadas à promoção de saúde mental.

Programa Melhor em Casa: será viável?

Recentemente, entrou em vigor o programa “Melhor em Casa”, através da Portaria 2029/2011, que propõe a implantação de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), como gerenciador das Equipes Multiprofissionais de Assistência Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Entendendo a Atenção Domiciliar como 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 (Brasil m, 2011). A formação deste tipo de serviço deve ser solicitada pelo município ao Ministério da Saúde através de projeto aprovado na Comissão Intergestora Bipartite, mas apenas para os municípios que possuam o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

Quanto à organização do SAD, este será composto de 01 EMAP para cada 100 (cem) mil habitantes e poderá estar alocada nos diversos tipos de serviços de atenção à saúde, tais como Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), devendo estar vinculada administrativamente ao SAD. Para cada 03 EMADS, haverá 01 EMAP (Brasil m, 2011).

O SAD terá três modalidades de atenção domiciliar, AD1, AD2 e AD3, as quais se destinam aos usuários que estejam impossibilitados de se locomover até a unidade de saúde. Respeitando os níveis de complexidade crescentes, sendo que na modalidade AD1 serão admitidos os usuários que apresentem problemas de saúde controlados, que necessitem de cuidados de menor frequência e menor recurso de saúde e será de responsabilidade das UBSs e ESFs que deverão realizar visitas regulares ao domicílio, no mínimo, uma vez por mês. As respectivas unidades de saúde receberão apoio do NASF e dos ambulatórios de especialidades e de reabilitação (Brasil m, 2011).

A modalidade AD2 prestará assistência aos usuários que apresentem problemas de saúde que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos.

Nas modalidades AD2 e AD3, é obrigatória a presença de um cuidador identificado (Brasil m, 2011).

A modalidade AD3 admitirá usuários com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos (Brasil m, 2011).

Vislumbrando as legislações até o momento identificadas, percebe-se o longo caminho que finalmente reconhece a assistência domiciliar como outro serviço, paralelo à ESF/UBS, que pretende assistir os doentes crônicos acamados ou portadores de dependência por um tempo indeterminado, visando à recuperação da saúde ou a assistência até uma morte digna. Sendo assim, a política de saúde adotada pelo SUS busca corresponder às indicações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que prevê a assistência domiciliar como um serviço de apoio para a manutenção da qualidade de vida até a finitude da pessoa (Brasil h, 2003).

Contudo, avaliando a rotina dos serviços de saúde da atenção básica, verifica-se as muitas dificuldades de acesso da população a estes serviços. Como Silvestre e Costa Neto (2003) apontam, o grande desafio é traduzir os avanços obtidos através da legislação em mudanças concretas e resolutivas na atenção à saúde da população. Essas dificuldades ocorrem devido à complexidade da extensão territorial, à diversidade sociocultural, à deficiência na formação profissional e às diferenças na política regional, ou seja, as ações em saúde não ocorrem de forma uniforme, integral e eficiente em todas as regiões do Brasil.

Além disso, apesar de todo o movimento para se pensar saúde com o enfoque na promoção à saúde e prevenção de doenças, a abordagem biológica e intra-hospitalar ainda está muito presente no modelo assistencial que privilegia o atendimento de queixas agudas em detrimento das ações programáticas de saúde.

Em novembro de 2011, houve o lançamento do Programa Melhor em Casa, instituindo os SADs em todo o Brasil; porém, após um ano de seu anúncio permanecem os mesmos 22 serviços de internação domiciliar que haviam antes de sua implantação, demonstrando que existe uma comunicação deficiente entre as instâncias governamentais de saúde, falta de iniciativa dos poderes municipais em encaminhar propostas de implementação da assistência à saúde e entraves políticos e burocráticos.

Outro ponto a ser avaliado é o desenvolvimento da Atenção Domiciliar 1 (AD1), por equipes da rede de Atenção Primária, ou seja, UBS e ESF, que poderá ser viável apenas no papel e não de fato, porque atualmente as equipes de saúde, tanto de UBS quanto de ESF, estão realizando atividades para além de suas capacidades, devido à falta de profissionais nas equipes, priorização de

ações de vigilância epidemiológica e ações programáticas, entre outras demandas, impossibilitando muitas equipes de realizar assistência domiciliar sistematizada.

Dessa forma, será importante realizar avaliações periódicas junto à rede de atenção primária, para identificar os avanços ou dificuldades sentidas pelas equipes de saúde.

Promoção de Saúde Mental para o idoso com dependência e sua família: responsabilidade compartilhada entre as equipes de saúde

A aproximação das UBSs e principalmente das ESFs junto à população ocorre através do agente comunitário de saúde (ACS), que está inserido no seio da comunidade local e, por isso, possibilita o levantamento de diversos problemas vivenciados pela população. Dessa forma, as necessidades de saúde são identificadas e levadas para o conhecimento das equipes de saúde compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas. Algumas necessidades de saúde mais complexas, que envolvem um conhecimento mais específico como a saúde mental são discutidas junto à equipe multiprofissional do NASF.

Para Silvestre e Costa Neto (2003), o cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e em especial das ESFs, que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde.

A Política Nacional do Idoso indica que a capacidade funcional é um novo conceito de saúde para instrumentalizar e operacionalizar a atenção de saúde do idoso. É através dela que os profissionais que trabalham com idosos têm condições de medir e determinar o grau de independência e de autonomia desses idosos. A perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das AVDs e das AIVDs constitui o principal problema dos idosos (Mazza, 2008).

Dentre os problemas relacionados à saúde mental, os mais prevalentes (P) são: o Alcoolismo (P = de 10 a 20%); a Demência (P = 5%); Depressão Maior (P = de 6 a 10%) e o Isolamento (de 10 a 15%) (Silvestre & Costa Neto, 2003; Alves & Guljor, 2003). Esses problemas identificados podem sofrer uma redução significativa com a presença mais atuante das equipes da ESF e NASF, pois os problemas de saúde referidos encontram-se abrigados na família.

A família no Brasil é ainda a principal fonte de suporte para os idosos, principalmente os que apresentam problemas de saúde e maior dependência para as atividades do dia a dia. A presença de enfermidades em um membro familiar causa uma desestabilização emocional e financeira no

núcleo familiar. Em uma família, onde há a presença de um cuidador bem informado em relação às necessidades de saúde do idoso, este pode ser considerado um parceiro do serviço de saúde, responsável pelo acompanhamento do idoso, pois pode sanar as necessidades fundamentais de sobrevivência, de afeto e dignidade. Contudo, quando isso não ocorre, o idoso está fadado ao abandono na própria família, terminando, muitas vezes, em uma instituição asilar.

A família do idoso deve ser assistida e amparada para que tenha condições de atender de modo mais eficaz este seu membro. A construção conjunta de um sistema de apoio e de uma rede de suporte, em todos os aspectos da saúde, é imprescindível para promover a saúde física e mental dos membros da família, diminuindo seus custos emocionais e também financeiros.

O desgaste físico e emocional do cuidador pode gerar a síndrome do cuidador, que se constitui em repercussões na saúde física e mental do cuidador, como o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, osteomusculares e síndrome depressiva, causada devido a situações estressantes, carga extensa de trabalho, ausência de momentos de descanso ou lazer (Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viáfara, & Herrera, 2006).

Segundo Dalla Vecchia e Martins (2009), há um número relevante de publicações que abordam múltiplos aspectos da inter-relação saúde mental na atenção básica, trazendo importantes contribuições para o conhecimento de como desenvolver trabalhos preventivos e promocionais na saúde mental. Dentre os trabalhos pesquisados, os autores apontam algumas estratégias de intervenção da atenção básica como: a articulação com a rede social de apoio da pessoa e da família; o estabelecimento de um bom vínculo com o grupo familiar, de modo que a família possa confiar na capacidade terapêutica de atividades desenvolvidas por equipes de saúde da ESFe NASF e, ainda, a necessidade de investimentos na formação de equipes de atenção básica em relação à abordagem atual de saúde mental.

O Ministério da Saúde indica algumas ações que devem ser compartilhadas entre as equipes matriciais de saúde mental e da atenção básica, visando a gerar um suporte à família e ao idoso com dependência, como o desenvolvimento de ações conjuntas, priorizando os casos de transtornos mentais severos, uso abusivo de álcool e drogas, egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), tentativas de suicídio e vítimas de violência doméstica. Indica aos profissionais de saúde priorizar técnicas de abordagem em grupo, trabalhar o vínculo com as famílias e constituir redes de apoio e integração (Brasil h, 2003).

A discussão dos casos identificados na comunidade, que merecem algum nível de intervenção, deve ocorrer entre as equipes de saúde da ESF e NASF, e compartilhada com o núcleo familiar envolvido para construir com legitimidade uma rede de apoio social.

Esta dinâmica de trabalho vem sendo observada entre as equipes de saúde das ESFs e NASF; porém, em UBS; existe a dificuldade para tratar ou encaminhar os pacientes que carecem de um suporte multiprofissional em saúde mental, pois os ambulatórios especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), não absorvem toda a demanda, e o NASF atende apenas à demanda das ESFs.

Considerações Finais

O envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico que deve ser considerado para o planejamento de ações em saúde, com ênfase em atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos ou doenças, sendo importante prever a organização de serviços de apoio à família do idoso que apresenta incapacidades para as atividades da vida diária e que pode ocorrer diante de um processo de doença crônica, ou seja, pode significar um apoio até o final da vida.

As legislações brasileiras são avançadas; no entanto, precisamos gerar uma cultura para o efetivo cumprimento das leis e portarias que garantam plenamente a qualidade de vida à pessoa idosa. E, principalmente acompanhar a implantação do novo Programa Melhor em Casa, que servirá como um importante apoio às equipes da atenção primária e às famílias de idosos portadores de dependência parcial ou total.

Também percebemos que a saúde mental pode ser afetada com o desgaste do cuidador no processo de cuidar. Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESFs) constituem espaços privilegiados de assistência, pois favorecem a aproximação necessária para identificação das necessidades de saúde, principalmente pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e pelo trabalho desenvolvido em equipes responsáveis por famílias adstritas num território. Os problemas que afetam a saúde mental do idoso e sua família merecem atenção da equipe de saúde em espaços de discussões conjuntas entre os profissionais do ESF, NASF e SAD, construindo vínculos com a população local.

É importante ressaltar que, para este assunto, cabe desenvolver uma pesquisa sobre os tipos de serviços de assistência domiciliar ou redes de apoio social que estão sendo praticados nos municípios brasileiros e acompanhar a implantação do Programa Melhor em Casa, bem como conhecer, avaliar e comparar os serviços de assistência domiciliar desenvolvidos em outros países.

Referências

Alves, D.S. & Guljor, A.P. (2003). O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*, 221-240. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ/Abrasco.

Brasil. Ministério da Saúde. (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica n.º 19*. Brasília (DF): MS. Recuperado em 30 agosto, 2010, de: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>.

_____a. Lei 8080/90. (1990). *Lei Orgânica da Saúde*. Recuperado em 30 agosto, 2010, de: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>.

_____b. Ministério da Saúde. (2006). *Normas Operacionais Básicas do SUS*. Recuperado em 30 agosto, 2010, de: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>.

_____c. Lei 10.424. (2002). *Regulamenta a Assistência domiciliar*. Recuperado em 30 agosto, 2010, de: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/13_Lei_10424.pdf.

_____d. Lei 10.741. (2003). *Estatuto do Idoso*. (1ª ed.). Brasília (DF): Senado Federal. Recuperado em 30 agosto, 2010, de: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/idoso/lei_10741_03.pdf.

_____e. Ministério da Saúde. (2004). *Portaria 2607/2004*. Recuperado em 30 agosto, 2010, de: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32062.

_____f. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria 2528/2006. Política Nacional de Saúde do Idoso*. Recuperado em 30 agosto, 2010, de: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>.

_____g. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria n.º 648/GM de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Recuperado em 30 outubro, 2010, de: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/3.4-%20Port%20648-GM%2028-03-%20Pol%20Nacional%20de%20AB.pdf>.

_____h. Ministério da Saúde. (2003). Grupo Hospitalar Conceição. *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde*. Lopes, J.M.C. (Org.). Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Recuperado em 30 agosto, 2010, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf.

_____i. Ministério da Saúde. (2008). *Portaria GM n.º 154/2008. Institui o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)*. Recuperado em 30 agosto, 2010, de: http://duvas.saude.pi.gov.br/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf.

_____j. Ministério da Saúde. (2003) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Recuperado em 02 agosto, 2007, de: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>.

_____k. Lei 8.842/1994. (1994). *Política Nacional do Idoso*. Recuperado em 30 agosto, 2010, de: <http://www.sdee.aer.mil.br/Legislacao/lei8842.pdf>.

_____l. Ministério da Saúde. *Portaria 325. Pacto pela Vida*. (2008). Recuperado em 29 setembro, 2012, de: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm>.

_____.m. Ministério da Saúde. *Portaria 20029 de 24/08/2011. Institui Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.* Recuperado em: 28 setembro, 2012, de: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2029-\[4845-140911-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2029-[4845-140911-SES-MT].pdf).

Cordeiro, R.C. (2005). Reabilitação Gerontológica. In: Ramos, L.R. & Toniolo Neto, J. (Coords.). *Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP - Geriatria e Gerontologia*, 209-227. Barueri (SP): Manole.

Dalla Vecchia, M. & Martins, S.T.F. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Revista Interface*, 13(28), 151-164. Botucatu (SP).

Dueñas, E., Martínez, M.A., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A.S. & Herrera, J.A. (2006, abr.-jun.). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*, 37(2). (Supl 1), 31-38). Recuperado em 29 setembro, 2012, de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v37n2s1/v37n2s1a05.pdf>. Acesso em 29.09.2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008, nov.). Projeção da População do Brasil: população brasileira envelhece em ritmo acelerado. In: *Comunicação Social*. Recuperado em 29 agosto, 2010, de: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272.

_____. (2010). *Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*, 60. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010.

Mazza, M.M.P.R. (2008). *O cuidado em família sob o olhar do idoso*, 12-158. Tese de doutorado. São Paulo: USP. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Mello, G.A., Fontanella, B.J.B. & Demarzo, M.M.P. (2009, abr.-jun.). Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – Origens e Diferenças Conceituais. *Revista de APS*, 12(2), 204-213. Juiz de Fora (RJ). Recuperado em 29 setembro, 2012, de: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/307>.

Mendes, F.R.C. (2010). *Capacidade funcional e acessibilidade do ambiente domiciliar de idosos atendidos em um programa de assistência domiciliária ao idoso*. Recuperado em: 30 agosto, 2010, de: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/capacidade-funcional-e-acessibilidade-do-ambiente-domiciliar-de-idosos-atendidos-em-um-programa-de-assistencia-domiciliaria-ao-idoso.html>.

Pozzoli, S.M.L. (2001). Tuberculose em idosos: o abandono do tratamento. *Revista Kairós Gerontologia*, 4(2), 101-115. São Paulo (SP), Brasil: EDUC/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

Ramos, L.R. (2005). A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: Ramos, L.R. & Toniolo Neto, J. (Coords.). *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP - Geriatria e Gerontologia*, pp.1-7. Barueri (SP): Manole.

Silvestre, J.A. & Costa Neto, M.M.da. (2003, mai.-jun.). Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 839-847. Rio de Janeiro (RJ).

Recebido em 30/11/2012

Aceito em 15/012/2012

Sandra Maria Luciano Pozzoli – Graduação em Enfermagem. Especialista em Enfermagem de Saúde Pública pela UNIFESP. Mestre em Gerontologia pela PUC-SP. Especialista em Mediação Familiar pela Associazione Famiglie Nuove de Florença (Itália). Atualmente é docente na UNIMAR – Universidade de Marília (SP), no curso de Medicina na disciplina de Medicina Social. E-mail: sandrapozzoli@gmail.com