

ATENDIMENTO DOMICILIÁRIO GERONTOLÓGICO: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DO IDOSO NA COMUNIDADE

*Gerontologic domiciliary attendance: contributions for the
elderly health care in the community*

Artigo de Revisão

RESUMO

Objetivo: Apresentar as contribuições do Atendimento Domiciliário (AD) para o cuidado do idoso na comunidade. **Síntese de dados:** Seguindo propostas da Gerontologia, buscou-se como questão norteadora a contribuição deste tipo de atendimento para o cuidado do idoso, e assim, delimitar princípios norteadores do AD: humanização, interdisciplinaridade e o suporte ao cuidador, como fundamentais para a continuidade e êxito da modalidade. A busca de dados constou de pesquisa de dados primários publicados nos períodos de: 1988, 1994 e 1996-2007. Ressaltando que o tema está em conformidade com as Políticas de Saúde preconizadas atualmente no Brasil, o AD surge como nova estratégia de atenção, contribuindo na reorientação de modelos assistenciais ao idoso e ao mesmo tempo humanizando a atenção da saúde do idoso. **Conclusão:** observou-se, a partir dos dados obtidos, que o atendimento domiciliário contribui significativamente para o cuidado do idoso na comunidade, representando uma estratégia vantajosa. Pode-se dizer que tal vantagem advém da possibilidade de, além de humanizar o atendimento, diminuir os custos da atenção por meio de altas precoces; demonstrando que o Atendimento Domiciliário com enfoque Gerontológico é diferenciado, proporcionando um tratamento mais adequado ao paciente, seu cuidador e família.

Descritores: Assistência domiciliária; Gerontologia; Saúde; Idoso

ABSTRACT

Objective: To present the contributions of the Domiciliary Attendance (DA) for elderly care in the community. **Data Synthesis:** Following the proposals of Gerontology, the contributions of this type of attendance for elderly care were reached for as a directive question, and therein, delimiting the guiding principles of DA: the humanization, the interdisciplinarity and caregiver support, as fundamental for the continuity and success of this modality. The data search consisted of a research of primary data published in the periods of: 1988, 1994 and 1996-2007. Pointing out that the theme is in accordance to Health Politics proclaimed nowadays in Brazil; DA appears as a new attendance strategy contributing for the reorientation of the assistance models for the aged and, at the same time, humanizing elderly care. **Conclusion:** It was observed from the obtained data that domiciliary attendance significantly contributes for elderly care in the community, representing an advantageous strategy. One can say that such advantage occurs from the possibility of besides humanizing the attendance, also reducing the costs of the attention by means of precocious discharge, showing that DA with Gerontologic focusing is differenced, providing a more adequate treatment for the patient, his/her caregiver and the family.

Descriptors: Domiciliary Assistance; Gerontology; Health; Elderly

Iracema Radael de Souza⁽¹⁾
Célia Pereira Caldas⁽²⁾

1) Prefeitura Municipal de Duque de Caxias
– Rio de Janeiro

2) Universidade Aberta a Terceira Idade
(UnATI) da Universidade do Estado do Rio
de Janeiro (UERJ)

Recebido em: 03/12/2007

Revisado em: 27/02/2008

Aceito em: 12/03/2008

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é uma revisão da literatura científica na área de Gerontologia sobre o tema Atendimento Domiciliário (AD) e sua contribuição para o cuidado do idoso na comunidade. Visto que o envelhecimento difere de pessoa para pessoa e as mudanças são gradativas, a Gerontologia trouxe como proposta que as questões da velhice fossem abordadas de maneira disciplinar, com a percepção da velhice num enfoque global⁽¹⁾. Optamos por utilizar o termo “domiciliário”, visto que o mesmo significa “relativo a domicílio; feito em domicílio”, enquanto que “domiciliar” refere-se a “dar domicílio; recolher em domicílio; fixar residência ou domicílio”⁽²⁾.

O atendimento domiciliário com enfoque gerontológico surgiu como uma alternativa que beneficia especialmente a população idosa comprometida em sua independência decorrente das doenças crônico-degenerativas, resultando na necessidade de cuidados em seu próprio contexto familiar. Objetivando a educação do paciente e sua família para alcançar as metas de saúde, possibilita condições para reintegração do paciente em seu núcleo familiar ou de apoio, proporcionando assistência humanizada e integral, melhorando assim a qualidade de vida do paciente⁽³⁾.

Este tipo de atendimento consiste em visitas realizadas pelo profissional de saúde e/ou equipe na residência do paciente com o objetivo de avaliar as demandas do paciente e de seus familiares, bem como o ambiente em que vivem, para assim estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação do idoso visando à autonomia e à maximização de sua independência⁽⁴⁾. Conforme a necessidade do paciente e a disponibilidade do programa a que o atendimento está ligado, as visitas são programadas e sistematizadas.

No Brasil, a população de idosos, estes considerados com idade igual ou superior a 60 anos, no ano 2000, consistia em 9% da população do país. O aumento dessa população vem ocorrendo de forma muito rápida, onde o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1980, e 14 milhões em 2000. Em 2020 estima-se que alcançará 32 milhões⁽⁵⁾.

Com o envelhecimento progressivo da população brasileira e as implicações surgidas na ocupação dos leitos hospitalares, com internações prolongadas e mesmo dispendiosas, os recursos destinados à saúde são extremos. O valor médio (R\$) pago por internação hospitalar no SUS (AIH), na especialidade cuidados prolongados (crônicos), no período de 2005, em 14 capitais brasileiras, constou de R\$8.629,78, considerado alto entre os pesquisadores⁽⁶⁾. Analisando um serviço de AD implantado em 2006 no Rio de Janeiro podemos dizer que, em relação ao custo, este

representou uma economia de recursos sobre a internação hospitalar. Em média, um dia de visita da equipe, incluindo transporte, medicamentos, insumos e o profissional ficou em torno de R\$163,00, cerca de R\$21,73 por paciente⁽⁷⁾.

Porém, o atendimento domiciliário não tem como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades; demanda orientação, informação e assessoria de especialistas, sendo um atendimento diferenciado daquele que ocorre em hospital, clínica ou consultório. Os profissionais dotados de um saber gerontológico poderão alcançar um grau de visibilidade maior dos problemas para assim obter uma ação reparadora ou mesmo mantenedora das condições vitais desejadas⁽⁸⁾.

Neste sentido, diante das peculiaridades da população idosa, surgiram importantes direcionamentos do Ministério da Saúde e outros órgãos para regulamentar essa forma de atendimento. Em 1988 a Constituição Federal ressalta, em seu artigo 230, a família, a sociedade e o Estado com o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade. E ainda institui que os programas de amparo deverão ser executados preferencialmente em seus lares⁽⁹⁾. Em 1994 surge a Política Nacional do Idoso, lei que reafirma o disposto pela Constituição de 88 no que tange aos direitos de cidadania, participação na comunidade e atendimento ao idoso através de suas próprias famílias⁽¹⁰⁾.

Mais recentemente, o Estatuto do Idoso trouxe valiosas contribuições nesse campo. Na busca da construção de práticas voltadas a uma assistência com intensidades variáveis de cuidados, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso por intermédio do SUS, com atenção especial às doenças que afetam preferencialmente essa faixa etária, com enfoque na prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde⁽¹¹⁾. Com a intervenção terapêutica assegurada surgem normas para o funcionamento da atenção domiciliar incluindo as modalidades de assistência e internação domiciliar⁽¹²⁾.

O Pacto pela Saúde 2006, englobando o Pacto pela Vida, foi definido como um conjunto de compromissos entre os gestores do SUS, com análise do impacto sobre a situação de saúde da população brasileira e teve como objetivo promover inovações nos processos de gestão, para assim redefinir as responsabilidades de cada um dos gestores, buscando a equidade social. No que concerne à Saúde do Idoso, incluída como uma das seis prioridades, tem-se como uma das diretrizes a implantação de serviços de atenção domiciliar⁽¹³⁾ com o intuito de valorizar o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação do idoso e proporcionar benefícios para mesmo e para o sistema de saúde.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como alvo todos os cidadãos brasileiros com 60 anos ou mais de

idade. Com a implementação do atendimento domiciliário na incorporação da atenção básica⁽¹⁴⁾ a proposta é a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa. Um dos principais objetivos da Política citada é a orientação dos serviços públicos de saúde para identificar o nível de dependência do idoso e atribuir um acompanhamento diferenciado para cada situação.

Com a instituição da Internação Domiciliar no âmbito do SUS, estabelece-se o idoso como prioridade de eleição do grupo populacional⁽¹⁵⁾. Ressaltando ser esta de caráter substitutivo à intervenção hospitalar e devendo ser prestada por profissionais da atenção básica e/ou atenção especializada, correspondendo às propostas do atendimento descritas até então.

A evidência do tema se fez relevante, pois a prática de cuidados às pessoas idosas exige uma abordagem global e interdisciplinar, para as que envelhecem sem patologias como para aquelas que, por algum motivo, tornam-se frágeis e dependentes. Evidenciando a necessidade do atendimento em seu contexto domiciliar, feito por profissionais qualificados para tal, com foco na melhoria da saúde, sendo fato importante o ambiente no qual estão inseridas.

O estudo demonstrou que através de intervenções multidimensionais, mantendo o idoso em seu lar, consegue-se reverter ou retardar o escalonamento de incapacidades funcionais e evitar o desgaste de uma internação hospitalar prolongada. Assim como poderá proporcionar uma maior humanização do atendimento ao mesmo.

Estabeleceu-se para o estudo a seguinte questão norteadora: “Quais as contribuições do atendimento domiciliário para o cuidado do idoso?”. Tendo como objetivos específicos revisar o histórico do atendimento domiciliário, exemplificando experiências exitosas na área, e delimitar princípios que regem o atendimento domiciliário gerontológico: humanização; interdisciplinaridade e suporte ao cuidador, para assim favorecer a visão de atenção integral ao ser humano. Para tal foi efetuada a busca de dados para a revisão da literatura em bibliotecas, periódicos científicos e bases de dados bibliográficos, com referências compreendidas no período de 1988, 1994, 1996-2007.

Histórico e experiências brasileiras do atendimento domiciliário

A prática do Atendimento Domiciliário (AD) remonta a era a.C., citada no Velho Testamento como forma de prestar caridade e solidariedade. Já no Novo Testamento há referências de pessoas envolvidas por sentimentos religiosos que assistiam doentes e idosos em seus lares, porém ainda sem uma metodologia assistencial. No início do século XIX ocorreu nos EUA um trabalho onde um grupo de senhoras

de uma comunidade na Carolina do Sul prestava cuidados aos doentes em seus domicílios⁽¹⁶⁾.

Não há registro formal da história do AD no Brasil, porém, em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência, denominado SAMDU, inicialmente ligado ao Ministério do Trabalho e tido como a primeira provável atividade planejada de AD. Os principais responsáveis pelo serviço foram os sindicatos de trabalhadores, principalmente os de transportes e marítimos, insatisfeitos com o atendimento de urgência. Foi implantado nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Pará, Pernambuco entre outros. A ocorrência de visitas domiciliares regulares era feita por médicos a previdenciários do antigo INPS com doenças crônicas⁽¹⁶⁾.

Concretizou-se em 30 de maio de 1968 uma experiência inédita no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPESP), iniciada pelo Dr. Lubar Gonçalves Lima, o qual trouxe sua experiência de países como Inglaterra, Suécia e Japão. Tido como pioneiro na experiência brasileira, definiu como critérios de elegibilidade pacientes crônicos, convalescentes, ortopédicos ou cirúrgicos, passíveis de tratamento ambulatorial cuja enfermidade ou condição social impossibilitavam seu comparecimento ao ambulatório, ressaltando que deviam possuir um responsável pelo seguimento domiciliário. Descrito como um atendimento médico-assistencial interprofissional composto de enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais e clínicos gerais. Ressalte-se que tal assistência permanece com funcionamento efetivo até os dias atuais⁽¹⁷⁾.

Essa nova estratégia de atendimento começou a difundir-se e atualmente existem vários serviços voltados ao campo do AD e que contribuem na reorientação do modelo assistencial, especialmente no âmbito da Geriatria e Gerontologia.

O Serviço de Assistência Domiciliária (SAD) do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM) teve início no ano de 1994. Tendo em vista o perfil etário de idosos atendidos, em 1996 o SAD foi incorporado à Clínica Geronto-geriátrica do HSPM. Sua população-alvo é constituída de funcionários públicos municipais aposentados ou não e seus dependentes. Uma parcela considerável é possuidora de 65 anos ou mais, sendo os idosos os beneficiários em potencial desse modelo de assistência. Os níveis das atividades do SAD são de atuação preventiva, diagnóstica, terapêutica, de reabilitação e manutenção. A experiência traz sua notável relevância já que a sua maioria de pacientes é representada em grande parte por idosos, freqüentemente frágeis e, com necessidade importante de apoio gerontológico⁽¹⁸⁾.

Como experiência da região Nordeste do Brasil, o município de Sobral/CE possui uma atuação distinta, visto

que não possui um Programa de Atenção Domiciliária – PAD – mas conta com atuações diferenciadas da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) para essa finalidade, implantada em 1997 no referido município. A equipe da ESF, que atua a partir de visitas domiciliares, conta com apoio multiprofissional dos Núcleos de Atenção Integral à Saúde (NAISF), que complementa a equipe com assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico, estes residentes da Escola de Saúde da Família. Esta equipe, além de complementação, tem como função fazer o mapeamento das redes sociais dispostas nos territórios, favorecendo a interação dessas redes nas ações de prevenção e promoção da saúde. O atendimento no domicílio se dá a pacientes crônicos e/ou com necessidades de reabilitação que podem beneficiar-se com o cuidado prestado por uma equipe multidisciplinar, tendo em vista a permanência no ambiente familiar, as possibilidades terapêuticas e a diminuição dos riscos de infecção hospitalar⁽¹⁹⁾.

Uma das experiências do Rio de Janeiro fica a cargo do Hospital Municipal Paulino Werneck, situado na Ilha do Governador, onde em 1997 se implantou o Programa de Assistência Domiciliar (PAD) com funcionamento efetivo até os dias atuais. Em seu corpo de profissionais da equipe interdisciplinar encontram-se médico clínico, enfermeira, psicóloga e auxiliar de enfermagem, lotados exclusivamente no Programa e, com apoio institucional do serviço social e nutrição. Somente os doentes crônicos são aceitos como elegíveis ao PAD, a critério da equipe, e em sua maioria são idosos⁽¹⁶⁾.

O AD, nos moldes do “home care” internacional, vem sendo gradativamente implementado no Brasil e, a partir de 1994, o Ministério da Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, visa à reorganização do modelo de atendimento tradicional. Esse projeto dinamizador do SUS, está condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil, apresentando um crescimento expressivo nos últimos anos. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de três mil a quatro mil e quinhentas pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, passando estas a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde⁽⁷⁾.

Conceituando o atendimento domiciliário

A melhoria das condições socioeconômicas e tecnológicas dos últimos anos tem favorecido o aumento significativo da longevidade e, conseqüentemente, mudança no perfil epidemiológico, onde as doenças crônico-degenerativas passaram a desencadear aumento na dependência das atividades básicas de vida diária, tornando-se necessária uma forma de atendimento mais confortável e

eficiente para os idosos envolvidos e com profissionais que ofereçam, de forma interdisciplinar, seus serviços⁽²⁰⁾.

A organização dos serviços de saúde se dá por níveis de complexidade crescente, a partir da atenção primária à saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), seguida pelo atendimento ambulatorial e pelo domiciliário. O AD é definido como aquele prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas à promoção da autonomia, permanência no próprio domicílio e reforço de vínculos familiares⁽²¹⁾.

Os Programas de AD não se propõem a prestar contínua assistência ao idoso, mas a acompanhar o paciente em seu domicílio, orientar os familiares, avaliar a qualidade dos cuidados prestados, prescrever tratamentos e auxiliar na organização do ambiente, em visitas programadas de acordo com a necessidade dos pacientes⁽²²⁾. O envelhecimento da população é apontado como responsável pelo desenvolvimento dessa modalidade, também definida como componente abrangente de um cuidado à saúde pelo qual serviços são prestados a indivíduos e famílias em seus locais de residência tendo a finalidade de promover, manter ou restabelecer a saúde ou minimizar os efeitos de enfermidades e inaptidões⁽¹⁶⁾. O AD frequentemente aparece ligado ao atendimento de idosos com patologia crônica e o conceito de que o mesmo é o tratamento na casa do paciente que foi hospitalizado e teve sua alta abreviada ainda é difundido entre os profissionais e gestores de saúde, porém, seus objetivos ultrapassam a questão da desospitalização.

Com o objetivo de proporcionar à pessoa idosa os meios para que esta possa permanecer no seu grupo familiar e na própria comunidade, e através da visita domiciliária dos profissionais de saúde, de caráter educativo e assistencial, será possível a realização de atividades voltadas para a higiene, cuidados básicos de saúde, preparo de refeições, compras, limpeza e companhia à pessoa idosa efetuadas pelo então cuidador⁽²³⁾.

As vantagens, nesta prática de assistência, além da redução de custos, diminuição do tempo e das taxas de internação hospitalar, consistem em proporcionar um tratamento humanizado, com aderência e técnicas adequadas. A assistência começa com o paciente identificado como necessitado, geralmente da assistência de enfermagem ou de alguma terapia. Além da importância do diagnóstico nosológico, o diagnóstico funcional deverá ser considerado; assim como o grau de incapacidade, a possibilidade de recuperar autonomia e a independência; a interface com família e/ou cuidador e as adaptações físicas no domicílio⁽²⁴⁾.

Em referência ao idoso, este pode ser considerado ainda como inserido dentro de um modelo gerontológico que visa a sua reinserção na comunidade, sendo o domicílio um local

seguro, que o protege do meio e evita sua institucionalização, tanto em nível hospitalar quanto asilar⁽²⁵⁾.

A difusão da modalidade de AD ocorre tanto no setor público como no privado, em conformidade com as Políticas de Saúde existentes no País. Ir ao encontro desses idosos e proporcionar um suporte formal capaz de integrar profissionais de saúde e família cuidadora, oferecendo meios favoráveis à recuperação e manutenção do idoso dependente no contexto familiar, se faz relevante cada vez mais em nossa atualidade.

Humanização do cuidado

Com a crescente tecnologização do cuidado, é preciso resgatar uma visão antropológica holística, que considere o sofrimento humano nas dimensões física, social, psíquica, emocional e espiritual⁽²⁶⁾. Uma política de assistência e cuidado que valorize a dignidade do ser humano doente e atente aos valores éticos, e valorize também a importância da qualidade de vida da pessoa frágil, trará o respeito à dignidade do ser humano, assim como a sensibilidade no processo de tomada de decisões terapêuticas, preparando o profissional para cuidar da vida com humanismo e devida competência técnico-científica.

Humanização diz respeito a uma proposta ética, estética e política. A ética pressupõe uma mudança de atitude dos usuários, gestores e trabalhadores de saúde, para que assim haja um comprometimento dos mesmos como corresponsáveis pela qualificação das ações e serviços gerados. É garantido aos usuários o acesso a informações gerais sobre saúde, entre elas os direitos do código dos usuários do SUS e, ainda, o acompanhamento, durante seus tratamentos, por pessoas de suas redes sociais, de livre escolha, fato essencial ao atendimento de idosos em domicílio⁽²⁷⁾.

A humanização como um processo vivencial permeia as ações do homem que constrói seu alicerce nas experiências enquanto ser-no-mundo, que existe acontecendo com e para o outro. O ser humano como ser relacional estabelece a construção de vínculos baseados na confiança e no respeito mútuo. Depreende-se do exposto que primícias humanísticas e éticas devem tornar-se um exemplo a ser seguido por toda a equipe envolvida no atendimento ao ser que envelhece.

A equipe interdisciplinar

Quando falamos em equipe podemos pensar em múltiplos profissionais interagindo na atividade assistencial, movidos pelo interesse em transcender seus limites profissionais e com objetivo de atingir o bem-estar do paciente, distinguindo-a de um simples conjunto aleatório de profissionais.

Trabalha-se com a definição de interdisciplinaridade como um processo de integração recíproca entre várias disciplinas e campos de conhecimento capazes de romper as estruturas de cada um deles para alcançar uma visão unitária e comum do ser e do trabalho em parceria⁽²⁸⁾. Correlaciona-se essa definição à prática do AD gerontológico, com a visão de que, devido à heterogeneidade de aspectos envolvidos na saúde do idoso, um profissional, mesmo com toda a sua qualificação, não poderá responsabilizar-se integralmente pela saúde multifacetada do idoso.

Os atendimentos especializados devem ser realizados a partir do diagnóstico e de um plano de ação interprofissional, compartilhados com o paciente e familiares, e com a formação da equipe, devem ser compartilhadas as especificidades de cada profissional, permitindo a visão ampla, integrada e totalizante. O profissional, ao socializar seus conhecimentos, atentando para suas responsabilidades e limites, favorecerá a viabilização da interdisciplinaridade⁽²⁾.

Três aspectos são fundamentais para a formação dessa equipe quando voltada ao atendimento ao idoso: a) a formação especializada em Gerontologia dos profissionais, para que conheçam o processo de envelhecimento e adotem uma linguagem comum; b) o desenvolvimento de um trabalho a partir da visão global do indivíduo como objetivo comum e; c) o questionamento da própria velhice por cada membro, fazendo contato e elaborando internamente a questão, podendo compartilhar esses sentimentos com a equipe⁽¹⁾.

Considerando a demanda social crescente voltada para a capacitação profissional que vise o comprometimento com os princípios do SUS e o cuidado integral, o profissional de saúde que atua na atenção ao idoso deve ter como base o perfil do gerontólogo e deve ser apto a apreender o processo de envelhecimento em seu conjunto de forma histórica e crítica, bem como compreender a natureza interdisciplinar da Gerontologia, zelando por uma postura ética e solidária de suas funções, entre outros pontos relevantes. Citando ainda o trabalho em equipe interdisciplinar como a estratégia central na busca da integralidade da atenção, sendo um exercício contínuo supondo abertura a estratégias inovadoras nesse campo⁽²⁹⁾.

A interdisciplinaridade vista como a interação entre duas ou mais disciplinas, com o intuito de superar a fragmentação do conhecimento, implicará em uma troca entre os profissionais, com a discussão e resolução de problemas visando uma melhor compreensão da realidade. Atitudes individualistas em nada favorecem o conhecimento acerca da Gerontologia, tampouco a assistência ao idoso⁽³⁰⁾.

A equipe interdisciplinar no AD pode ser formada por um número variável de profissionais na dependência da instituição mantenedora. No entanto, alguns deles são

indispensáveis como médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, assistente social, odontólogo, motorista e secretária⁽³¹⁾.

A atuação de uma equipe interdisciplinar incluirá, portanto, saberes, atitudes e valores do ser humano, constituindo-se numa relação de compromisso com a diversidade do idoso assistido. Com uma visão sistêmica e integral do paciente e sua família, será possível trabalhar com suas reais necessidades, adotando uma prática tecnicamente competente e humanizada, considerando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Atenção ao cuidador

Como definição comum, será adotado o cuidador como uma pessoa, membro ou não da família que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina etc. A este deverão ser dirigidas as orientações e atenção dos profissionais da equipe de AD, considerando que o desequilíbrio na saúde do idoso afeta a todos, podendo provocar estresse em sua unidade⁽³²⁾.

A extensão e a complexidade de algumas doenças crônicas que atingem os idosos repercutem sobre a família como um todo e, especialmente sobre o responsável em prover os cuidados no domicílio, devendo esse cuidador receber atenção especial dos profissionais de saúde. Conhecer, portanto, as suas necessidades e apoiá-lo, fará com que o mesmo consiga viver a situação de forma mais tranqüila, garantindo a dignidade do idoso assistido.

O cuidador de idosos incapacitados precisa receber orientação de como proceder nas situações difíceis, e receber no domicílio do idoso visitas periódicas de profissionais da área de saúde. É necessário ainda que os profissionais atentem às mudanças sociais e econômicas que afetam as estruturas familiares e conseqüentemente a posição e o papel do cuidador⁽³³⁻³⁴⁾.

Cuidar de quem cuida passa a ser um problema real da família e também do profissional que assiste ao idoso. Fazendo-se necessário, para minimizar o desgaste físico e emocional dos cuidadores, um treinamento adequado pelos profissionais de saúde e, sempre que possível, a capacitação de mais que um membro da família para a prestação dos cuidados. Geralmente essas pessoas são familiares, especialmente mulheres, residentes no mesmo domicílio, tornando-se cuidadoras de seus maridos, pais ou filhos. Atribui-se ao fator cultural o papel da mulher cuidadora, sendo evidente em nosso País como uma ação social esperada⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude, abrangendo mais que um momento de atenção e de zelo, uma atividade de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro⁽³⁶⁾.

CONCLUSÕES

Na perspectiva de desdobramento do estudo imaginamos que o tópico sobre o cuidador poderá ser merecedor de uma dedicação e pesquisa futura, visto que este é uma figura imprescindível no elo paciente-equipe de saúde, além do investimento em pesquisas de campo para uma análise mais abrangente do assunto.

Foram destacados tópicos fundamentais para que essa nova forma de atendimento à saúde do idoso, que já vem sendo implantada maciçamente em todo o País, possa realmente suprir as necessidades da população que vem envelhecendo. Acreditamos que, com futuros investimentos na área, os ganhos serão imensos nesse campo, tanto para os pacientes como para os profissionais envolvidos.

Os objetivos propostos inicialmente foram atingidos, bem como a questão norteadora foi respondida. Ou seja, foi possível demonstrar que o atendimento domiciliário contribui significativamente para o cuidado do idoso que vive na comunidade, representando uma estratégia vantajosa na atenção à saúde de idosos. Podemos dizer que tal vantagem advém da possibilidade de, além de humanizar o atendimento, diminuir os custos da atenção. Pois por ser o domicílio um local que garante a familiaridade, a manutenção de uma atenção personalizada, o idoso é valorizado em todas as suas dimensões. Desta forma é cumprida a Constituição Federal, que estabelece a importância de seu cuidado e inclusão no seio familiar.

REFERÊNCIAS

1. Dias KP, organizador. Gerontologia Interdisciplinar uma visão baseada em convivência. Niterói: PIGG; 2003.
2. Carletti SMM, Rejani M.I. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: Papaléo Netto M, organizador. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 415-30.
3. Albuquerque SMRL. Qualidade de Vida no Idoso: a assistência domiciliar faz a diferença? São Paulo: Casa do Psicólogo/Cedecis; 2003.
4. Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2005.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil - 2000.

- [acesso em 2007 Jan 21] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.shtm>
6. Ministério da Saúde (BR). Indicadores de Recursos – Indicadores e Dados Básicos – 2006. [acesso em 2007 Jan 25] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.
 7. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família. 2006. [acesso em 2007 Jan 25] Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
 8. Carvalho HBC, Rocha SM, Leite MLCB. A interação do idoso à prática de saúde. In: Freitas EV, organizador. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1051-55.
 9. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de dezembro de 1988. Diário Oficial da União; 1988 Dez 5.
 10. Brasil. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União; 1994 Jan 5.
 11. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2003 Out 3.
 12. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada/RDC ANVISA nº11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. [acesso em 2007 Jan 27] Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>
 13. Brasil. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União; 2006 Fev 23.
 14. Brasil. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. Diário Oficial da União 2006; Out 20.
 15. Brasil. Portaria nº 2529, de 29 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União; 2006 Out 30.
 16. Mendes W. Home Care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/UNATI; 2001.
 17. Kassab GEF. A assistência domiciliária (AD) no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo Hospital Dr. Francisco Moratto de Oliveira. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 545-47.
 18. Leme LEG, Dias MHMS. Serviço de assistência domiciliária: objetivos, organização e resultados. In: Papaléo Netto M, organizador. 2ª ed. Tratado de Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 683-94.
 19. Schiffler ACR, Merhy EE. Quando a atenção domiciliar vaza do (no) modelo tecnoassistencial de saúde: o caso de Sobral/CE. Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde [texto na internet]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2006. [acesso em 2007 Abr 27] Disponível em: www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos.php
 20. Beendendo RS, Gurgel JM. Interdisciplinaridade na assistência domiciliária. In: Papaléo Netto M, (organizador). 2ª. ed. Tratado de Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 701-09.
 21. Diogo MJD. Modalidades de assistência ao idoso e à família: impacto sobre a qualidade de vida. In: Freitas EV, organizador. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1383-7.
 22. Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas EV (org). Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 1227-33.
 23. Santos SSC. O cuidar da pessoa idosa no âmbito domiciliar: uma relação de ajuda na Enfermagem. [dissertação]. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba; 1997.
 24. Santos CAF, Toniolo Neto J. Home care. In: Levy JA, Bulle AS. Reabilitação em doenças neurológicas: guia terapêutico prático. São Paulo: Atheneu; 2003. p.245-9.
 25. Floriani CA, Schramm FR. Home Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2007 Mar 02]; 20(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200400400013&Ing=em&nrm=isso
 26. Pessini L. Humanização da dor e do sofrimento na área de saúde. In: Pessini L, Bertranchi L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p. 11-30.
 27. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

- Humaniza SUS: grupo de trabalho de humanização: GTH/Ministério da Saúde. Brasília; 2004.
28. Vieira EB. Manual de Gerontologia. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Rewinter; 2004.
29. Motta LB, Caldas CP, Assis M. A Formação de Profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI-UNATI/UERJ. Ciênc Saúde Coletiva [periódico online]. 2006 [acesso em 2006 Mar 20]; Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=301
30. Camacho ACLF. A Gerontologia e a Interdisciplinaridade: Aspectos relevantes para a Enfermagem. Rev Latinoam Enferm [periódico na internet] 2002 [acesso em 2007 Mar 05]; 10(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200200200016&ng=pt&nrm=isso.
31. Papaléo Netto M, Yuaso DR. Interdisciplinaridade em Gerontologia: aspectos conceituais e objetivos. In: Papaléo Netto M, organizador. 2ª ed. Tratado de gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 149-62.
32. Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N et. al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso. Rio de Janeiro: UNATI; 2000.
33. Luzardo AR, Waldman BF. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. Acta Scientiarum Health Scienc. 2004; 26(1):135-45.
34. Karsch VM. Idosos Dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3):861-66.
35. Bretas ACP, Yoshitome AY. Conversando com quem gosta de cuidar de idosos em domicílio. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 111-13.
36. Boff L. Saber Cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.

Endereço para correspondência:

Iracema Radael de Souza
Avenida Guanabara, 740 Vila Guanabara
CEP 25086-020 - Duque de Caxias – RJ
E-mail: iracemapsi@yahoo.com.br