

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA

**GESTÃO DO CUIDADO PELO CUIDADOR FAMILIAR NA ATENÇÃO
DOMICILIAR AO IDOSO APÓS A ALTA HOSPITALAR**

JUIZ DE FORA

2019

ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA

**GESTÃO DO CUIDADO PELO CUIDADOR FAMILIAR AO IDOSO
APÓS A ALTA HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edna Aparecida Barbosa de Castro

JUIZ DE FORA

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Elerati, Rosangela Aparecida Elerati Silva .

Gestão do cuidado pelo cuidador familiar na atenção domiciliar ao idoso após a alta hospitalar / Rosangela Aparecida Elerati Silva Elerati. -- 2019.

126 f. : il.

Orientadora: Edna Aparecida Barbosa de Castro Castro
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2019.

1. Saúde do idoso. 2. Saúde da família. 3. Cuidadores. 4. Enfermagem. 5. Assistência domiciliar. I. Castro, Edna Aparecida Barbosa de Castro, orient. II. Título.



ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA

Gestão do cuidado pelo cuidador familiar na atenção domiciliar ao idoso após a alta hospitalar

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 28 de junho de 2019

Prof.^a Dr.^a Edna Aparecida Barbosa de Castro (Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF

Prof.^a Dr.^a Patrícia Pinto Braga
Universidade Federal de São João Del Rei

Prof.^a Dr.^a Elenir Pereira de Paiva
Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por estar sempre presente na minha vida, concedendo-me sabedoria, perseverança, otimismo e força para superar todos os obstáculos.

Aos meus queridos e amados pais, Marilene e Eurico, por todos os ensinamentos. Vocês dois serão sempre o meu melhor exemplo a seguir!

Aos meus queridos filhos, Igor e Isabela, razões da minha vida, o melhor presente de Deus para mim. Obrigada por compreenderem os meus momentos de ausência e sempre me incentivarem a continuar a caminhada. Com vocês e para vocês serei sempre mais forte!

Ao meu marido, Marco Aurélio, que sempre esteve ao meu lado, apoiando-me e incentivando-me a jamais desistir da caminhada.

À minha querida orientadora, Prof.^a Dr.^a Edna Aparecida Barbosa de Castro, por toda disponibilidade, paciência, competência e aprendizagem. Muito obrigada por ter me proporcionado segurança e apoio constante nesta jornada. Sua presença me fez ter a certeza da conclusão de mais esta etapa.

À Prof.^a Dr.^a Denise Barbosa de Castro Friedrich e à Prof.^a Dr.^a Beatriz Farah por todo ensinamento no grupo de estudos da Hermenêutica-dialética.

A todos os membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Autocuidado e processo Educativo em Saúde e Enfermagem, em especial às mestrandas Carol, Louise, Ana Karla, Manuela e às alunas da graduação Thaís, Camila, Michele e à aluna do Pós-doutorado Roberta, com os quais pude aprender muito ao compartilhar as orientações e no desenvolvimento de trabalhos.

Ao Fabrício e ao William Castro da Secretaria de Planejamento e Gestão da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, meus agradecimentos pelo apoio de geoprocessamento, possibilitando a elaboração do mapa de localização dos equipamentos de saúde disponíveis na Rede de Atenção à Saúde e a distribuição dos idosos conforme a localização dos serviços ofertados na rede.

A todas as pessoas idosas e seus cuidadores que aceitaram participar desta pesquisa, dispensando seu tempo para compartilhar suas vivências e proporcionar ensinamentos.

Sou feita de retalhos.

Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma. Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.

Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior. Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade... que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.

E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também. E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados.

Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.

Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias.

E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de “nós”.

Cora Coralina

RESUMO

O objeto deste estudo foi a gestão do cuidado ao idoso pelo cuidador familiar na atenção domiciliar, no Sistema Único de Saúde, após uma alta hospitalar. Objetivou-se compreender a gestão do cuidado pelo cuidador familiar ao idoso após a alta hospitalar no contexto da Atenção Domiciliar pública. Realizou-se uma investigação qualitativa com a abordagem da hermenêutica-dialética segundo a concepção que Cecília Minayo vem empreendendo a este método. Em uma etapa inicial, exploratória, descreveu-se o cenário assistencial ao idoso após a alta, no período de 1º de abril de 2017 a 31 de março de 2018, com dados do Sistema de Informação Hospitalar, tendo sido identificadas 6.825 altas; e de Prontuários e Planilhas do Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa que 89 idosos foram admitidos. Destes, foram incluídos, intencionalmente, 11 cuidadores familiares com 18 anos ou mais; residentes em ruas adscritas a uma Unidade Básica de Saúde das oito regiões geográficas. Realizou-se observação direta em visita domiciliar e uma entrevista guiada por roteiro semiestruturado. A análise seguiu três fases: organização, ordenação, armazenamento e edição textual. Com auxílio do programa Open Logos 2.0, realizaram-se as codificações horizontal e vertical, seguindo-se com a categorização e análise final. Categorias analíticas: mudanças na família ao assumir o cuidado domiciliar ao idoso dependente após a alta hospitalar; participação da família e a rotina assistencial do cuidador na atenção domiciliar de idosos dependentes após a alta hospitalar; gerência da multiplicidade de cuidados pelo cuidador; relação entre cuidador familiar e/ou idoso e a rede de atenção à saúde. Desta foram construídas quatro subcategorias relativas ao apoio da Unidade Básica de Saúde; serviço de atenção domiciliar da enfermagem da Estratégia Saúde da Família e a busca de atendimento na Rede. Os resultados apontaram uma lacuna no conhecimento existente na gestão do cuidado domiciliar pelas famílias e indicaram a necessidade de se fortalecer a prática assistencial direcionada à população idosa que necessita de cuidado domiciliar após a alta hospitalar no contexto da atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Saúde da Família. Cuidadores. Enfermagem. Assistência domiciliar. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The subject of the study was the elderly's family caregiving management after hospital discharge. The study aimed to understand how the patient's family deal with the management of home care after hospital discharge provided by the Brazilian National Health System's (Sistema Único de Saúde – SUS) Home Care Program. A qualitative investigation was carried out using the Dialectal Hermeneutics approach according to the conception that Cecília Minayo has been undertaking to this method. In an early stage an exploratory study was used to describe the care scenario of elderly patients after discharge in the period of April 1, 2017 to March 31, 2018, Data taken from the Brazilian National Hospital Information Systems, e-SUS System, identified 6,825 discharges, and From patient's charts and city's local data from the Home Care Program Better at Home (Melhor em Casa) 89 elder patients were admitted. From this sample were chosen 11 family caregivers aged 18 years old or older, living in streets adscribed to the primary care unity of eight geographic regions. Data were collected at home, by direct observation and guided interview by semi-structured script. The analysis followed three phases: organization, ordering, storage and textual editing. The Open Logos 2.0 program was used to help on horizontal and vertical coding, following up the categorization and final analysis. Analytical categories: family changes after taking over the home care of dependent elderly patient after hospital discharge; family participation and home caregiver's routine of dependent elderly people after discharge; caregiver's management of the several care procedures, relationship between family caregiver and / or elderly and health care network and the relative caregiver's requests to the nursing service. From this last category, four subcategories were built up related to the primary care unity's support; nursing home care service of Health Family Strategy (Estratégia Saúde da Família) and seeking service on the network. The results pointed out a gap in the existing knowledge in the management of home care by families and indicated the need to strengthen the care practice directed to the elderly population that needs home care after hospital discharge in the context of home care of the Unified Health System.

Keywords: Health of the Elderly. Family Health. Caregivers. Nursing Home. Nursing. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Índice de envelhecimento no Brasil para os anos de 2000 a 2060... 23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição das Unidades Básicas de Saúde, conforme tipo de atendimento por regiões administrativas. Juiz de Fora, Minas Gerais	41
Quadro 2	População coberta e número de equipes conforme tipo de atendimento na atenção primária. Juiz de Fora, Minas Gerais	42
Quadro 3	Perfil dos cuidadores familiares de idosos dependentes. Juiz de Fora, Minas Gerais	65
Quadro 4	Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos dependentes residentes em área adstrita de uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família. Juiz de Fora, Minas Gerais	66
Quadro 5	Resultados da avaliação da capacidade de autocuidado de idosos participantes da pesquisa. Juiz de Fora, Minas Gerais	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição da população com cobertura pela atenção primária por regiões administrativas. Juiz de Fora, Minas Gerais	51
Gráfico 2	Distribuição mensal de idosos internados que tiveram alta hospitalar, residentes em áreas cobertas e não cobertas pela APS, período abril/2017 a março/2018. Juiz de Fora, Minas Gerais	54
Gráfico 3	Alta hospitalar de idosos, segundo o sexo, no período de abril/2017 a março/2018. Juiz de Fora, Minas Gerais	54
Gráfico 4	Distribuição dos idosos que receberam alta hospitalar classificados de acordo com a região da UBS ESF, no período de abril/2017 a março/2018. Juiz de Fora, Minas Gerais	56
Gráfico 5	Percentual de idosos que foram internados e tiveram alta hospitalar entre abril/2017 e março/2018. Juiz de Fora, Minas Gerais	56
Gráfico 6	Percentual de desospitalizações de idosos que residem em áreas cobertas pela APS, considerando UBSs tradicionais e com ESF, no período de abr/2017 a mar/2018. Juiz de Fora, Minas Gerais	58
Gráfico 7	Idosos desospitalizados e admitidos por equipes multiprofissionais de atenção domiciliar, segundo a região e o nº de enfermeiros do Serviço de Atenção Domiciliar, no período de abril/2017 a março/2018 – Juiz de Fora, Minas Gerais	62

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Distribuição do nº de idosos por regiões, considerando a cobertura pela Atenção Primária, idosos com alta hospitalar no período de 01/04/17 a 31/03/18 e número de idosos cadastrados na UBS/ESF, no período de abril a março de 2018. Juiz de Fora, Minas Gerais 52
- Tabela 2** Descrição da amostra de pacientes idosos atendidos no Serviço de Atenção Domiciliar, por faixa etária, no período de abril/2017 a março/2018. Juiz de Fora, Minas Gerais 59
- Tabela 3** Distribuição do nº de idosos por regiões conforme população com Serviço de Atenção Domiciliar, no período de abril/2017 a março/2018. Juiz de Fora, Minas Gerais 61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AIVD	Atividade instrumental da vida diária
AD1	Atenção Domiciliar 1
AD2	Atenção Domiciliar 2
AD3	Atenção Domiciliar 3
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividade da vida diária
CD	Cuidado Domiciliar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DID	Departamento de Internação Domiciliar
ESF	Estratégia Saúde da Família
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
GAPESE	Grupo de Estudos sobre Autocuidado e Processos Educativos em Saúde e Enfermagem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIHD	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado
SSAPS	Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
SUMC	Serviço Unificado de Marcação de Consultas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	16
1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS E RELEVÂNCIA DA PESQUISA	19
2	REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1	TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	22
2.2	POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	24
2.3	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O PAPEL DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO APÓS A ALTA HOSPITALAR	27
2.4	ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	30
2.5	O PAPEL DO CUIDADOR FAMILIAR NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO APÓS A ALTA HOSPITALAR	32
2.6	GESTÃO DO CUIDADO DOMICILIAR	34
3	OBJETIVOS	38
3.1	OBJETIVO GERAL	38
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
3.2.1	Primeira Fase	38
3.2.2	Segunda Fase	38
4	METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE AÇÃO	39
4.1	ABORDAGEM METODOLÓGICA	39
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA	40
4.3	PARTICIPANTES	44
4.4	ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS	44
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	48
4.6	CUIDADOS ÉTICOS	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1	Primeira Fase	51
5.1.1	CENÁRIO ASSISTENCIAL ESTABELECIDO PARA A ATENÇÃO AO IDOSO APÓS A ALTA HOSPITALAR	51

5.2	Segunda Fase	64
5.2.1	GESTÃO DO CUIDADO PELO CUIDADOR FAMILIAR NA ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO APÓS A ALTA HOSPITALAR	64
5.2.1.1	Caracterização dos participantes	64
5.2.1.2	Categorias do estudo	69
5.2.1.2.1	Mudanças na família ao assumir o cuidado domiciliar ao idoso dependente após a alta hospitalar	69
5.2.1.2.2	Participação da família e a rotina assistencial do cuidador na atenção domiciliar de idosos dependentes após a alta hospitalar	72
5.2.1.2.3	Gerência da multiplicidade de cuidados pelo cuidador	75
5.2.1.2.4	Relação entre cuidador familiar e/ou idoso e a rede de atenção à saúde	78
5.2.1.3	Subcategorias	79
5.2.1.3.1	O apoio da Unidade Básica de Saúde	79
5.2.1.3.2	Busca de Atendimentos de Saúde no SUS pelo idoso ou cuidador familiar	82
5.2.1.3.3	O serviço de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família em relação à atenção domiciliar sob o ponto de vista do cuidador familiar e/ou do idoso	85
5.2.1.3.4	Demanda de Enfermagem apresentada por cuidadores familiares e/ou idosos	87
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICES	105
	ANEXOS	114

APRESENTAÇÃO

O objeto deste estudo foi a gestão do cuidado pelo cuidador familiar na atenção domiciliar (AD) no Sistema Único de Saúde (SUS) ao idoso após a alta hospitalar. A motivação inicial para o estudo desta temática teve origem em minha experiência profissional, durante 17 anos, como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município de médio porte de Minas Gerais. No dia a dia do trabalho, eu identifiquei a necessidade do apoio contínuo aos familiares dos idosos no domicílio, especialmente após alta hospitalar, visando, além da promoção da saúde, intermediar a produção do cuidado de modo compartilhado com a família, o alcance do bem-estar na interação família-idoso, com base na definição de saúde contida na Constituição Federal de 1988 e orientações da literatura pertinente ao tema (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2017a).

Ao realizar as visitas domiciliares às famílias da área de abrangência sob minha responsabilidade, deparava, frequentemente, com idosos que necessitavam de cuidados domiciliares e muitas vezes percebia que o cuidador precisava de apoio e orientações para operacionalizar a forma de cuidar do idoso dependente após a alta hospitalar. Este aspecto inquietou-me, levando-me a refletir sobre a importância da atuação profissional do enfermeiro na ESF frente ao cuidado ao idoso e seu cuidador familiar.

Observava que o cuidado assistencial, ofertado direto, após uma alta hospitalar, ao idoso dependente residente na área adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS) onde me inseria na equipe de ESF como enfermeira era, muitas vezes, complexo e ficava sob a responsabilidade do cuidador familiar. Este aspecto chama atenção, mostrando-se como uma fragilidade para o serviço em que me inseria devido aos fatores de risco próprios ao contexto assistencial do idoso em domicílio e ao potencial desse cuidado solitário prestado pela família que causa sobrecarga e adoecimento a esta devido ao estresse, ansiedade, insegurança e medo vivenciados.

Embora seja uma prioridade desde a criação da Política Nacional do Idoso em 4 de janeiro de 1994, reafirmada pela Portaria n. 399/2010, e um tema daí decorrente como prioritário da Política Nacional de Promoção da Saúde, a atenção ao idoso não foi imediatamente assimilada pela realidade na qual eu me inseria. A indução para a atuação da equipe voltada a essa parcela da população adscrita foi incluída nos serviços de saúde do SUS.

Pude perceber uma dificuldade de adaptação para o atendimento à população idosa em nível de assistência domiciliar. Entretanto, a crescente demanda de usuários para esta

modalidade ficou evidente, tornando-se necessário que o enfermeiro se aproximasse desse segmento populacional e de seus familiares, investindo na implementação dos cuidados domiciliares sistematizados, conforme preceituam as políticas públicas para a saúde do idoso pela atenção básica e legislações próprias do exercício profissional de enfermagem. Em especial para os idosos mais frágeis e que não conseguem deambular até a UBS, faz-se necessário atentar nas suas demandas de cuidados domiciliares após a alta hospitalar, entendidas como competência da Enfermagem.

Uma reflexão subjacente é que o papel da enfermagem tomou um destaque muito grande em nível de assistência domiciliar desde a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Ao longo dos últimos 20 anos, a enfermagem assumiu um papel primordial na assistência domiciliar. Primeiro com o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente com a ESF, mas as portarias normativas que surgiram delegaram funções ainda mais importantes a essa categoria profissional. As atribuições foram ampliadas e os planos de cuidado cada vez mais valorizados.

Minha inquietação aumentou quando deixei o serviço assistencial na ESF e assumi uma função na gestão, em dezembro de 2014, e passei a avaliar as principais demandas assistenciais à enfermagem na atenção primária como um todo e não apenas pelas UBSs com a ESF, e, assim, mostrou-se expoente a problemática da atenção ao idoso dependente de cuidados em casa. Questionei: como incluir a atenção ao idoso e família de modo sistemático ao já extenso rol de atividades do enfermeiro da atenção primária? Como apoiar o cuidador familiar na assistência ao idoso dependente após a alta hospitalar?

O desafio mostrou-se pela identificada necessidade de se implantar uma modalidade de atendimento aos idosos dependentes, em especial após a alta hospitalar, a fim de se prevenir novas internações e situar o idoso no contexto de uma linha de cuidados no âmbito da rede de atenção à saúde.

Despertei-me para a necessidade de promover ao idoso dependente após a alta hospitalar e seu cuidador familiar uma assistência humanizada e com conhecimento técnico. No entanto, observava que muitos cuidados necessários a esses idosos eram realizados pelos familiares sem que tivessem o devido preparo para assumi-los. Considerando que cuidadores familiares também são alvo de atenção dos profissionais de saúde, em especial a enfermagem, senti necessidade de investigar esse público.

Meu interesse nessa temática se intensificou após levantamento preliminar da

literatura, que apresentou lacunas sobre assuntos que tratam do gerenciamento do cuidado de enfermagem aos idosos (CHIBANTE et al., 2016). Compreendi que é emergente a necessidade de transformação do modelo de atenção à saúde com o fortalecimento da Rede de Atenção por meio dos princípios e diretrizes do SUS para a efetiva atenção ao idoso, carecendo, entretanto, de se elucidar como incluir no plano da gestão da atenção domiciliar aos idosos a atenção também aos familiares (BRAGA et al., 2016).

Em relação ao cuidado prestado pelos cuidadores familiares, um estudo do tipo revisão integrativa da literatura com artigos publicados no período entre 2010 e 2015, com o objetivo de identificar quais as principais necessidades manifestadas pelo cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente, revelou que o cuidador apresenta inúmeras necessidades, entre as quais se cita a aprendizagem do saber fazer para cuidar. Isso requer que esses cuidadores sejam abordados pelos profissionais de saúde, incluindo a enfermagem. O enfermeiro tem um papel importante, devendo atuar frente às necessidades do cuidador familiar, assim como da pessoa sob sua responsabilidade (FERNANDES; ANGELO, 2016).

Para o aprofundamento do estudo nesta área de atenção, envolvendo as questões que me inquietavam, inseri-me no Grupo de Estudos e Pesquisas em Autocuidado e Processo Educativo em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (GAPese/UFJF), onde se fortaleceram e se consolidaram a motivação e o interesse pela realização de uma pesquisa na forma de uma dissertação de mestrado.

As discussões e estudos elaborados e pesquisas em desenvolvimento nesse grupo possibilitaram-me a delimitação de uma lacuna existente na gestão do cuidado pelo cuidador familiar na AD ao idoso após a alta hospitalar, considerando os custos econômicos e sociais e a interface com os serviços de saúde ofertados pelo SUS.

A proposta se insere na linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Mestrado em Enfermagem. A mesma atende à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (2008), que trouxe como uma de suas prioridades a Saúde do Idoso e, como subitem desta, estudo sobre impacto do envelhecimento populacional no sistema de saúde e estudos sobre a organização familiar frente ao envelhecimento.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS E RELEVÂNCIA DA PESQUISA

A transição entre modelos assistenciais com a transferência dos cuidados hospitalares para o domicílio expõe a necessidade de uma análise pormenorizada e investimento em estudos e pesquisas que elucidem os papéis da família e da enfermagem na oferta de cuidados básicos, instrumentais e especializados. Grande parte dos idosos, após a alta, apresenta algum grau de limitação e nem sempre a família está preparada para o enfrentamento dessa situação, tornando-se imprescindível o apoio do Estado aos familiares (ROTILLI et al., 2017). São inúmeras as necessidades manifestadas pelo cuidador familiar e em áreas distintas, que devem ser abordadas nas intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa idosa dependente (FERNANDES; ANGELO, 2016).

Para que a gestão da Atenção Domiciliar (AD) avance em seus processos de implantação e organização dos serviços no âmbito do SUS, deve-se ter como ponto de partida os tipos de apoio que a família necessita, principalmente a de idosos dependentes de cuidados no domicílio. É fundamental que se compreenda qual o papel da Atenção Primária e os tipos de apoio que pode ofertar, em específico pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no diálogo contínuo com esse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A ênfase para a desospitalização, sobretudo de idosos, fortalece a relevância de se pesquisar a gestão do cuidado pelo cuidador familiar na AD ao idoso após a alta hospitalar no contexto do SUS, haja vista a complexidade dos processos envolvidos no cuidado domiciliar junto à família e a crescente demanda para a enfermagem de usuários idosos requerendo essa modalidade de atenção.

Uma justificativa para a realização desta pesquisa pauta-se na atual transição entre modelos assistenciais com a transferência dos cuidados hospitalares e os cuidados domiciliares. Trata-se de um momento delicado que merece análise pormenorizada e investimento em estudos e pesquisas que elucidem os papéis da família e da enfermagem na oferta de cuidados básicos, instrumentais e especializados. Grande parte dos idosos, após a alta, apresentam algum grau de limitação e os familiares muitas vezes não estão preparados para o enfrentamento dessa situação, tornando-se imprescindível o apoio do Estado aos familiares (ROTILLI et al., 2017).

Outra relevância deste estudo diz respeito à importância dos Serviços de AD na Rede de Atenção à Saúde (RAS), pois, para que a gestão da AD avance em seus processos de implantação e organização dos serviços no âmbito do SUS, deve ter como ponto de partida os

tipos de apoio que a família de idosos dependentes de cuidados no domicílio necessita.

Nesse sentido, no campo das políticas públicas de saúde, a atenção primária é ordenadora da RAS e deve coordenar o cuidado de saúde de usuários residentes em áreas adscritas a uma UBS, independentemente do grau de complexidade ou da densidade tecnológica. Salienta-se que a ESF assume para si a promoção da saúde e os cuidados de menor densidade tecnológica, sem perder de vista os itinerários terapêuticos à medida que os usuários avançam em demandas por cuidados de competência de serviços de outros pontos de atenção. A ESF constitui-se em um dos tipos de apoio ao usuário e à família, sendo necessário, dessa forma, que se compreenda qual o papel da Atenção Primária, em específico dos profissionais da ESF para a interlocução com a Atenção Domiciliar, considerada como um novo serviço.

Por conta da crescente demanda de usuários na modalidade de AD, especificamente a enfermagem deve avançar no desenvolvimento de suas competências, passando a atuar sobre o binômio idoso-família, visando à resolubilidade do cuidado e, para isso, deve concretizar a interlocução de modo sistemático com a família e com outros profissionais da RAS.

No âmbito da questão desta pesquisa, extraída ao longo de uma experiência profissional, observa-se que não é sistematizado o cuidado ofertado pelo enfermeiro da ESF ao idoso dependente que reside em sua área de abrangência, considerando-se as necessidades de saúde. Pressupõe-se como insuficiente o apoio oferecido pela equipe de enfermagem da ESF às famílias que se deparam com idosos dependentes de cuidados no domicílio, sendo necessário investigar sob a ótica do cuidador familiar como é cuidar do idoso dependente após a alta hospitalar no contexto domiciliar, considerando a ESF e o serviço de enfermagem.

A família e os serviços de saúde são universos distintos, cada um com sua lógica própria e que tem movimentos independentes, mas não necessariamente antagônicas e, para o surgimento do cuidado domiciliar, pressupõe-se que pode estar havendo deficiência/falha no diálogo entre os atores envolvidos, levando a possível prejuízo na assistência domiciliar do idoso e sobrecarga do cuidador familiar. Especialmente a enfermagem pode contribuir para o fortalecimento de vínculos com as famílias, para a redução dos diferentes tipos de custos com o cuidado na AD, minimização das complicações, evitando a reinternação do idoso e fortalecendo-se os pré-requisitos para melhora da qualidade de vida desse segmento populacional.

Mediante as considerações prévias, este estudo se norteia pela seguinte questão: como

ocorre a gestão do cuidado pelo cuidador familiar na AD ao idoso após a alta hospitalar no contexto do SUS?

Outras inquietações que desta decorreram foram: quais as demandas de cuidado de enfermagem apresentadas pelo cuidador familiar em relação ao idoso dependente? Quais os serviços da rede de atenção à saúde são utilizados pelo cuidador familiar para suprir suas necessidades?

Esta proposta toma como questão de estudo e investigação a gestão do cuidado pelo cuidador familiar na AD ao idoso após a alta hospitalar no contexto do SUS. Ancora-se na interface entre as áreas de conhecimentos da Enfermagem em Saúde da Família, Enfermagem em Atenção Domiciliar e Saúde do Idoso, tomando como referência as Políticas Públicas no âmbito do SUS. O cenário macroestrutural do qual essa questão foi extraída é o SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, a fim de modificar a desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

Nesse contexto, o enfermeiro tem um papel significativo, à medida que representa apoio e suporte para o cuidador familiar, contribuindo para que este desenvolva estratégias de resolução dos problemas que surgem, próprios dessa função e melhor enfrentem a realidade de cuidar do idoso após a alta hospitalar. O trabalho do enfermeiro inclui como uma competência a educação e a promoção do autocuidado de idosos e cuidadores após uma alta hospitalar e essa prática lhe garante uma maior visibilidade de sua prática profissional, seja no âmbito do cuidado domiciliar, seja no interior da equipe multiprofissional.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Atualmente o Brasil vem passando por um processo de transição demográfica, reduzindo a proporção de crianças e jovens resultante da diminuição da fecundidade e aumentando a de idosos, consequência do aumento da expectativa de vida. A partir da metade do século XX, os avanços na medicina e a contínua melhoria nas condições de vida e saúde dos indivíduos, tanto para homens como para mulheres, proporcionaram um considerável aumento da expectativa de vida das pessoas, com isso a maioria dos óbitos passou a ocorrer em idades cada vez mais avançadas (ERVATTI; BORGES; JANDIM, 2015).

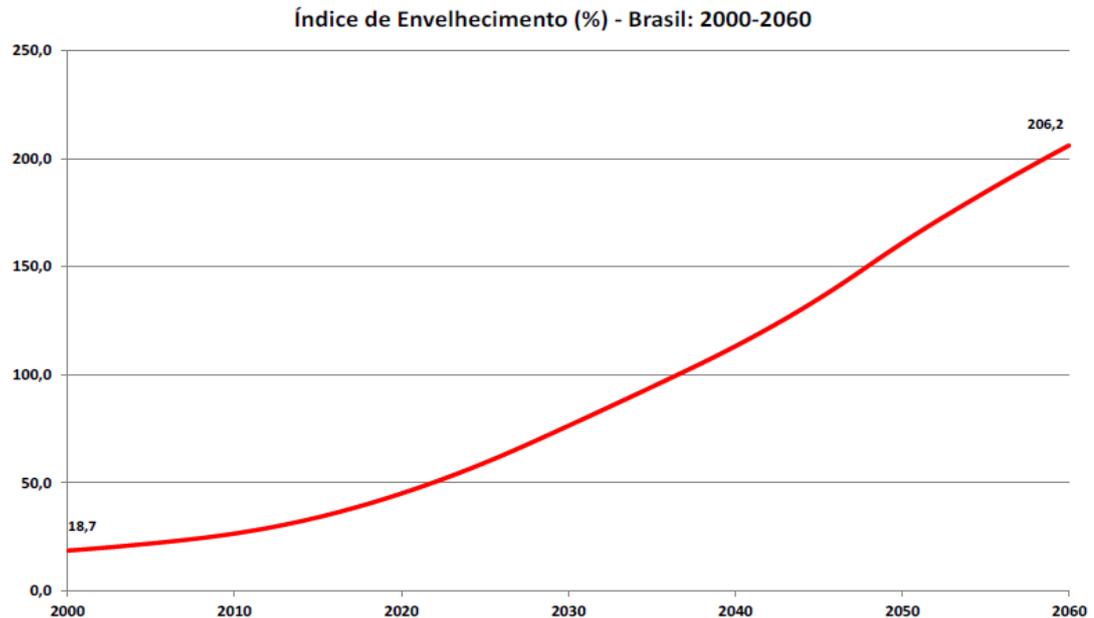
A população brasileira tem vivido uma fase aguda do processo de envelhecimento (BARBON; WIETHÖLTER; FLORES, 2016). Baseado em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira, em 2000, alcançou 173.765.726 indivíduos, sendo 85.513.313 homens e 88.252.413 mulheres. Do total, 8,5% da população encontrava-se com 60 anos ou mais. Em 2010, esses números passaram para 194.890.682 no total, 95.513.298 homens, 99.377.384 mulheres e o percentual de idosos foi de 10,71% (IBGE, 2017).

A expectativa para o ano de 2030 é de que a população total cresça para 224.868.462, sendo os percentuais de homens, mulheres e idosos de 48,80%, 51,20% e 18,73% respectivamente. A projeção para o ano de 2060 mostra que o aumento da população total se manterá mais discreto, apresentando-se em 228.286.347 pessoas, destes 48,60% homens e 51,40% de mulheres, prevendo-se um salto da população idosa para 32,18% (IBGE, 2018).

No que tange às transformações da estrutura etária da população, em uma projeção do ano 2000, percebe-se que a primeira grande percentagem da população era de jovem, fazendo com que a base da pirâmide ficasse ampla e seu topo estreito. Para o ano de 2010, ocorreu o início da dilatação da estrutura da pirâmide. Em 2030, ocorrerá o estreitamento da base da pirâmide, mas grande parte da população estará em idade ativa. Para o ano 2060, a expectativa é de uma população envelhecida que torna a pirâmide com a base estreita e o topo mais largo (IBGE, 2018).

Como ilustra a Figura 1, a projeção do índice de envelhecimento no Brasil para os anos de 2000 a 2060 apresenta um salto de 18,7 para 206,2 respectivamente (IBGE, 2018).

Figura 1 - Índice de envelhecimento no Brasil para os anos de 2000 a 2060



Fonte: IBGE, 2018

No que se refere ao Estado de Minas Gerais, observa-se um crescimento perceptível da população idosa entre os anos 2000 a 2060. Em 2000, 8,99% da população era idosa, passando para 11,73% em 2010. A projeção para os anos 2030 e 2060 é de 21,26% e 35,88% respectivamente (IBGE, 2018).

Em Juiz de Fora, segundo o IBGE, no ano 2010, a população era de 516.247 e o número de idosos somava 70.067 pessoas. Em 2017, a população correspondia a 563.769 habitantes. Desse total, 70.288 pessoas eram idosas, o que representava 12,47% da população total (IBGE, 2017). Em 2018, com aumento estimado em 9,31%, a população do município modifica para 564.319 habitantes. Desse total, estima-se que 74.049 pessoas correspondam ao número de idosos, o que representa 13,12% da população geral (IBGE, 2018).

Considerando que, pela estimativa do IBGE, 13,12% da população do município de Juiz de Fora são de idosos, torna-se relevante investigar como ocorrem as interlocuções entre a família de idosos após a alta hospitalar e os serviços da APS. Outro fator que justifica este estudo está relacionado à quantidade de internações hospitalares de idosos que, nos meses de janeiro a junho de 2017, foi de 7.031, o que representa 10% da população idosa demandando hospitalização, sendo destes 3.532 (50,2%) homens e 3.499 (49,8%) mulheres (BRASIL, 2017b). No mesmo período em 2018, foi de 3.690 (51,7%) internações de idosos do sexo masculino e 3.447 (48,3%) do sexo feminino, somando, dessa forma, um total de 7.137 (9,6%)

internações de idosos (BRASIL, 2018).

O progressivo aumento das internações hospitalares de idosos sinaliza um perfil de adoecimento, despertando a necessidade de organização de serviços, com ênfase para a promoção da saúde no envelhecimento, mas requerendo também serviços de diferentes densidades tecnológicas, integrados e capazes de acolher e resolver as decorrentes necessidades de cuidados (CASTRO et al., 2018; SILVA et al., 2019).

Estudos na área do envelhecimento têm mostrado que as causas das internações relacionam-se às doenças crônicas e à ocorrência progressiva de várias patologias como a hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, entre outras, relacionadas com a degeneração do organismo, especialmente nos idosos mais frágeis e com novas necessidades. Esse processo constitui-se em um desafio para os serviços de saúde, à medida que a ocorrência das mesmas desencadeia uma elevação nos custos para o tratamento e a necessidade de organização dos serviços de saúde, com vistas a atender às demandas e necessidades dos idosos (CARRETERO-ALCÁNTARA et al., 2014; MUNIZ et al., 2017).

Com a mudança do perfil demográfico, sinalizando o envelhecimento populacional, e a mudança do perfil epidemiológico para a morbimortalidade por doenças crônicas e suas consequentes complicações, torna-se necessário maior preocupação em relação ao desenvolvimento de políticas para atender demandas de necessidades e cuidados específicos decorrentes do processo de envelhecimento (ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015; WENDT et al., 2015). Nesse contexto, verifica-se a necessidade de ações do sistema de saúde voltadas para o apoio e acompanhamento dos idosos e seus cuidadores (BRANDÃO et al., 2017; MALTA; MERHY, 2010).

Depreende-se que esse cenário de mudança demográfica e de perfil de saúde da população idosa têm acarretado grandes impactos para a sociedade e, conseqüentemente, as demandas de ações de saúde também têm se alterado. Ressalta-se que as doenças crônicas exigem intensa atuação dos cuidadores familiares, terapias adequadas, acesso aos serviços de saúde e ações integradas que possam auxiliar e virem a ser efetivas no tratamento do indivíduo doente.

2.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

O SUS foi implantado no país sob a orientação das leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Leis Orgânicas da Saúde, as quais foram regulamentadas pelo Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, visando regular a sua estrutura organizativa, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 1990a, BRASIL, 1990b, BRASIL, 2011).

Concomitante à regulamentação do SUS, foi promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, por meio da Lei n.º 8.842/94 e do Decreto n.º 1.948/96, a Política Nacional do Idoso, com o objetivo de assegurar direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994).

Art. 3º A política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:
 I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos; III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política; V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei (BRASIL, 1994).

O SUS segue em busca de fortalecimento apresentando como desafio a implementação da atenção à saúde segundo as políticas públicas a fim de atender às novas demandas advindas do envelhecimento populacional. Este é um fenômeno mundial bastante expressivo e ocorre rapidamente em função de dois fatores primordiais citados antes nesse texto, que são: o aumento da expectativa de vida e a queda da taxa de fecundidade. Esse fenômeno apresenta grandes influências nas esferas da estrutura social, econômica, política e cultural da sociedade (MESCHIAL et al., 2014).

Ressalta-se, todavia, que a elevação da expectativa de vida em todos os grupos de idade evidencia o aumento da longevidade na população brasileira, fazendo com que as políticas públicas se voltem com mais intensidade para o segmento populacional de idosos (ERVATTI et al., 2015).

Apesar das possibilidades de se viver mais, por causa do aumento da expectativa de

vida, verifica-se a predominância de morbidades incapacitantes devido ao incremento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no perfil epidemiológico da população. Essas morbidades podem causar impacto significativo na independência e na qualidade da vida diária dos idosos, e, conseqüentemente, em maiores gastos com saúde (CHIBANTE et al., 2016).

Como forma de atender a essa crescente demanda, no contexto da organização da atenção à saúde no SUS, foi o Pacto pela Vida publicado em 2006 pela Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006b). Tal normativa orienta a organização dos serviços de saúde, que colocou a atenção à saúde dos idosos como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo (NAKATA; COSTA; BRUZAMOLIN, 2017).

Considerando a heterogeneidade desse grupo populacional, foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), publicada pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Esta, ainda vigente, tem como objetivo criar condições para recuperar, manter e promover a autonomia dos indivíduos idosos, com integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006a).

A PNSPI toma como objeto precípua de enfrentamento a perda da capacidade funcional ao longo do processo de envelhecimento, ou seja, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades da vida diária (AVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). A perda da capacidade funcional é considerada por pesquisas existentes na área da gerontologia como sendo o principal problema que pode afetar o idoso (WENDT et al., 2015).

Visando promover a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das responsabilidades estabelecidas pela PNSPI, o Ministério da Saúde estabeleceu que a ESF deve oferecer aos idosos, familiares e seus cuidadores ações de promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de agravos. Esse cuidado deve ser pautado na atenção humanizada com orientações, acompanhamento e apoio, também no domicílio (NAKATA; COSTA; BRUZAMOLIN, 2017).

Apesar dos avanços em termos legislativos, quanto ao papel do Estado na proteção da saúde da população idosa e a implantação ESF, avalia-se, todavia, que a prática de cuidado ainda é insatisfatória, já que as políticas não conseguiram acompanhar o crescimento e atender a todas as necessidades de saúde desse grupo etário (WENDT et al., 2015).

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O PAPEL DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO APÓS A ALTA HOSPITALAR

O SUS vem sendo marcado por vários avanços desde a sua implantação, embora ainda existam muitos desafios a serem superados para que suas diretrizes de fato se concretizem. Entre esses desafios, pode-se citar a consolidação de serviços de atenção primária de qualidade que garantam o acesso à saúde e se constitua efetivamente como a porta de entrada para os demais níveis de atendimento (PAIM et al., 2011). No contexto mundial, destaca-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata em 1978, Cazaquistão, que elaborou o seguinte conceito para a atenção primária:

São cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade [...]. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p.1).

Em outubro de 2018, a Conferência Global sobre Cuidados Primários de Saúde em Astana, no Cazaquistão, endossou uma nova declaração, enfatizando o papel crítico dos cuidados de saúde primários em todo o mundo. A declaração visa reorientar os esforços na atenção primária à saúde para garantir que todos em todos os lugares possam desfrutar do mais alto padrão de saúde possível (OMS, 2018).

APS enquanto modelo assistencial corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população. Correspondem aos atributos essenciais desse nível de atenção o acesso, a longitudinalidade, a coordenação e a integralidade (GIOVANELLA, 2006; STARFIELD, 2002).

A fim de abarcar as principais demandas dos usuários do SUS aos serviços públicos que ofertam serviços de atenção primária, a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil vem sofrendo consecutivas mudanças em suas diretrizes desde o final dos anos 2000. No ano 2006, com a publicação da Portaria nº 648/GM em 28 de março de 2006, aprovou-se a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), porém essa Portaria foi revogada em 2011 (BRASIL, 2006) e, em 21 de outubro de 2011, publicou-se a Portaria nº 2.488, aprovando-se

nova Pnab, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) (BRASIL, 2012).

Em 2017, em 21 de setembro, o Ministério da Saúde publicou outra Portaria, a de nº 2.436, aprovando novas bases para a Pnab, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da AB no âmbito SUS (BRASIL, 2017c). Com isso a Pnab fortalece a ESF na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da AB. A ESF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas e das famílias de forma integral e contínua, sendo, por isso, considerada uma proposta inovadora no cenário dos serviços de saúde no mundo (BRASIL, 2017c; WENDT et al., 2015).

Nessa perspectiva da ESF, o enfermeiro tem um papel de destaque, à medida que ele é apto para criar e executar ações de promoção e cuidados em saúde, decorrentes de sua prática profissional. Além disso, o enfermeiro é considerado como um dos principais articuladores no nível primário de atenção, favorecendo o vínculo entre o indivíduo, comunidade e os serviços de saúde (FREITAS; SANTOS, 2014).

Em conformidade com as atuais normativas orientadoras dos serviços de saúde na RAS, em específico a Política Nacional de Atenção Domiciliar (Pnad), definida pela Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, a Enfermagem é uma das áreas assistenciais da AD seja na modalidade de Atenção do Tipo 1 (AD1), ofertada pela ESF, seja pelas modalidades do tipo 2 ou 3 (AD2 e AD3), ofertadas por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emads).

Dessa forma, a enfermagem assume o compromisso com as necessidades de cuidados do usuário, considerando como sendo um paciente complexo pela diversidade de ações demandadas com o uso de tecnologias leves, especialmente as leves-duras e duras. O enfermeiro desempenha papel essencial e amplo na AD, tanto pelo vínculo que estabelece quanto por coordenar o plano de cuidados no domicílio (ANDRADE et al., 2017).

Corroborando essa ideia, um estudo que objetivou compreender o processo de ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde destaca que as instituições formadoras precisam se abrir para novas possibilidades de ensinar e aprender. Devem considerar o número crescente de pacientes que necessitam de cuidados de saúde a serem realizados em domicílio e a complexidade presente no Cuidado domiciliar (CD). Isso porque cada domicílio, cada pessoa é única, singular e deve ser vista com olhar da pluralidade, que é cuidar de pacientes em diferentes faixas etárias, cada um com suas necessidades específicas, com uma dinâmica familiar própria (HERMANN et al., 2017).

Dessa forma, verifica-se que os cuidados de enfermagem aos idosos vão além da assistência de saúde, exige-se do profissional um olhar que extrapole o modelo biomédico, um cuidado que envolva a família e as redes de apoio ao idoso, com esforço do profissional para a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida do idoso e do cuidador familiar (NAKATA; COSTA; BRUZAMOLIN, 2017).

A enfermagem tem se revelado como uma profissão fundamental na construção do cuidado domiciliar. Ocupa um papel central devido ao fato de o enfermeiro ser considerado especialista em clínica, gerente de caso, coordenador do cuidado, por exercer a função de liderança e por ser o responsável pela oferta de diferentes tipos de procedimentos e cuidados aos pacientes e cuidadores (ANDRADE et al., 2017; CORRALES-NEVADO; PALOMO-COBOS, 2014; SÁNCHEZ-MARTÍN, 2014).

No que diz respeito ao gerenciamento do cuidado de enfermagem ao idoso, um estudo destacou como pontos primordiais para o êxito do mesmo os seguintes itens: manutenção de sua autonomia e independência, estímulo à participação nos cuidados em saúde; o desenvolvimento de sistemas de informações e instrumentos que possibilitam o planejamento das ações de saúde de acordo com as demandas de saúde dos idosos (CHIBANTE et al., 2016).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 358, de 15 de outubro de 2009, estabelece que a AD de enfermagem deve ser executada no contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo pautada por normas, rotinas, protocolos validados e frequentemente revisados, com operacionalização do Processo de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A SAE é uma ferramenta essencial de avaliação da qualidade que possibilita aos enfermeiros domínio de seu processo de trabalho, avaliando suas ações, favorecendo a organização da assistência prestada, conferindo maior segurança aos pacientes, melhoria da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem (LANZONI et al., 2015). Nesse sentido, o enfermeiro deve atuar na AD segundo um processo de cuidado sistematizado. Desde a admissão do binômio idoso- cuidador familiar até a alta, é fundamental que esse profissional seja capaz de avaliar e diagnosticar as necessidades do idoso dependente, da família, do cuidador e do ambiente domiciliar por meio de um plano de cuidados elaborado em equipe interdisciplinar que inclua a orientação ao cuidador, capacitando-o para a prestação dos cuidados de forma adequada (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016).

2.4 ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A utilização do domicílio como espaço de cuidado à saúde expandiu-se mundialmente a partir da segunda metade do século XX, especialmente devido ao envelhecimento da população e aumento da carga de doenças crônicas. Este espaço de cuidado surge como alternativa à indisponibilidade dos serviços para atender à demanda advinda da população e redução dos custos com os atendimentos hospitalares (SILVA et al., 2012).

Assim, a AD tornou-se um importante serviço de saúde no Brasil nas últimas décadas, estimulada por alterações no perfil demográfico, envelhecimento da população, aumento das doenças crônico-degenerativas e a superlotação nos hospitais. Esta modalidade de assistência recente no sistema público de saúde brasileiro deve ser permeada pela interação entre cuidador, sujeito cuidado e as equipes de saúde (CARVALHO et al., 2015).

A Portaria nº 963/13, do MS redefiniu a AD no âmbito do SUS, considerando-a como possibilidade de incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade. Esta portaria estabelece a necessidade da participação ativa dos profissionais de saúde, do usuário, da família e do cuidador (BRASIL, 2013a).

Em 2016, o MS, por meio da Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, redefiniu a AD como uma modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção da saúde, prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RASs (BRASIL, 2016).

A AD organiza-se em três modalidades, de acordo com a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, bem como a frequência de atendimento necessário, Atenção Domiciliar 1 (AD 1), Atenção Domiciliar 2 (AD 2) e Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

A AD1 destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldades ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, necessitam de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das UBSs. A AD2 e a AD3 destinam-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 rede de atenção

(BRASIL, 2016).

As modalidades de atenção no domicílio estão relacionadas à provisão de cuidado ampliado e integral centrado no paciente e na sua família, inserida em um contexto socioeconômico e cultural, no trabalho em equipe, em ações transdisciplinares e no estímulo ao trabalho em redes (GALLASSI et al., 2014).

Na AD, o cuidado é ofertado no domicílio, local de domínio do paciente, por profissionais de diferentes áreas no campo da saúde, configurando-se como um espaço de atenção à saúde não tradicional, o que perpassa distintas formas de atuação e de tecnologia, sendo este singular, em especial, no que se refere à centralidade do usuário e das famílias (ANDRADE et al., 2017).

Corroborando essa ideia, um estudo que buscou compreender os modos de organização da AD no contexto da atenção à saúde ofertada por municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa, no Estado de Minas Gerais, constatou que o êxito notado nos modos de organização da AD transcorre da necessidade de manter a integração entre elementos da gestão e assistenciais (CASTRO et al., 2018).

Estudo que problematizou a atenção domiciliar como dispositivo de segurança, proposta pelo Programa Melhor em Casa como dispositivo de segurança, para conhecer os saberes e as condições de possibilidade que sustentam sua rede discursiva mostrou que a casa é considerada um lugar mais seguro e melhor para o paciente pelo fato de deixá-lo próximo da família, sem risco de infecção hospitalar, recebendo atendimento de equipe que propiciará a tecnologia necessária às suas necessidades (OLIVERIA; KRUSE, 2017).

Para a organização da AD de acordo com as demandas político-administrativas, especificidade dos municípios, ressaltam-se alguns aspectos importantes. Entre eles, a formação e o perfil dos profissionais que integram as equipes, habilidades e competências necessárias para a assistência no domicílio, capacitações e treinamentos, alteração na forma de trabalho, ou seja, mudança das instituições de saúde para a vida privada dos indivíduos e famílias, interlocução com outros pontos da rede e recursos financeiros (CASTRO et al., 2018).

2.5 O PAPEL DO CUIDADOR FAMILIAR NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO APÓS A ALTA HOSPITALAR

O cuidador de um idoso no domicílio pode ser classificado com cuidador formal ou cuidador informal. Designa-se cuidador formal aquela pessoa que possui preparação e formação profissional para prestar cuidados domiciliares, já o cuidador informal é o indivíduo que presta assistência de forma não remunerada, sendo caracterizado como um familiar (NARDI et al., 2012).

O cuidador familiar é considerado o responsável direto pelos cuidados do idoso, assume a função sem nenhum ganho financeiro e cuida do paciente há pelo menos três meses, por no mínimo quatro horas por dia e pelo menos três vezes por semana. Ele assume esse papel por iniciativa ou denominação do grupo familiar, segundo relação com três fatores: parentesco, gênero e proximidade física e afetiva (SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012; JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018).

No que se refere à questão da desospitalização, salienta-se a relevância da atenção domiciliar na redução do tempo de internamento do idoso em hospital, o que pode gerar diminuição de gastos institucionais, porém pode aumentar os custos da família frente às novas demandas de cuidado.

Um estudo sobre serviços de atenção domiciliar em saúde sob a perspectiva de custos mostrou que a redução de gastos está relacionada à abreviação da internação hospitalar, economia de recursos ao evitar internações hospitalares prolongadas e complicações que podem advir, como as infecções hospitalares (SILVA et al., 2014).

Outro estudo que teve como objetivo analisar o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais na perspectiva dos diretores, profissionais de saúde e familiares apontou que as adequações necessárias para garantir a desospitalização podem onerar financeiramente as famílias e dificultar a aceitação do cuidado no domicílio, principalmente devido às situações não esperadas (SILVA; SENA; CASTRO et al., 2017).

No contexto das políticas públicas de saúde brasileiras, a AD vem ganhando um novo significado, firmando-se um modo peculiar de construir e ofertar o cuidado. Por meio da AD, grupos populacionais com necessidades pouco atendidas no modo tradicional de atenção à saúde ganham visibilidade, haja vista o potencial dessa modalidade assistencial em conformar novos arranjos centrados nas necessidades desses usuários. Desse modo, a AD é uma alternativa assistencial que acolhe as demandas dos serviços tradicionais, mas, ao mesmo

tempo, tem contribuído para melhor compreensão sobre a reestruturação produtiva em saúde (SILVA et al., 2019). Nesse sentido, a AD, enquanto assistência substitutiva, pode ofertar ao usuário um cuidado seguro e humanizado por ser o domicílio seu ambiente natural.

A Portaria nº 825, de 2016, define cuidador como sendo a pessoa, com ou sem vínculo familiar com o usuário, competente para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá estar presente no atendimento domiciliar (BRASIL, 2016).

Um estudo que teve como objetivo compreender os significados, para idosos dependentes, do cuidado familiar no domicílio aponta que, apesar das dificuldades e dos problemas enfrentados pela família, os idosos dependentes sentem-se satisfeitos em serem cuidados em casa pelo cuidador familiar. Os idosos referiram como vantagens de ser cuidado no domicílio o sentimento de segurança, conforto, confiança no cuidador familiar devido ao grau de parentesco e proximidade com os familiares e humanização no atendimento (COUTO et al., 2016).

O cuidado domiciliar de um idoso dependente, realizado por cuidador familiar é complexo, sendo possível observar vários aspectos da vivência desse cuidado, tais como sobrecarga física e mental pelo acúmulo de funções e tipos de tarefas que assume, gerando estresse e depressão. Entre as características dos cuidadores que favorecem o aparecimento da sobrecarga, destacam-se o fato de a maioria ser do gênero feminino e acumular outras funções domésticas, maternidade e trabalho remunerado, responsabilizando-se por todo o cuidado sozinha e, também, outra situação, relacionada ao crescente fenômeno de cuidadores com idade avançada, idosos cuidando de idosos (BRANDÃO et al., 2017; VIEIRA et al., 2012).

Nesse sentido, destaca-se um estudo que teve como objetivo caracterizar os cuidadores idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social e verificou que houve predomínio do sexo feminino, da faixa etária de 60 a 69 anos, de indivíduos casados, com ensino primário. A maioria era pré-frágil, hipertensa, aposentada, não possuía plano de saúde e independente tanto para as atividades instrumentais quanto para as atividades básicas de vida diária (SANTOS-ORLANDI et al., 2017).

Destaca-se que, com a transferência do cuidado para o domicílio, as famílias passam a vivenciar os custos com a AD, que vêm sendo compreendidos e classificados pela literatura sobre o tema como custos diretos, representados pelos gastos extras com alimentação, insumos, pelo aumento nas contas de água, luz e custos indiretos, representados pela

sobrecarga de cuidados que se passa a assumir, levando à perda de trabalho. Além destes, destacam-se os custos intangíveis, referentes ao sofrimento, a perda de bem-estar, qualidade de vida e de anos de vida (DALCIO et al., 2007; CAMPINO, 2010; OLIVEIRA; SANTOS; SILVA, 2014).

Um estudo que analisou os serviços de atenção domiciliar em saúde sob a perspectiva de custos demonstrou que a redução destes ocorre principalmente por meio da transferência de custos e responsabilidades de operadoras de planos privados para a família e para o sistema público de saúde. Destacou ainda que, nos serviços públicos, a racionalização também se dá por transferência de gastos para as famílias (SILVA et al., 2014).

Uma investigação realizada na África subsaariana que objetivou estimar a carga de cuidado familiar para os idosos concluiu que pelo menos 48% da renda mensal dos cuidadores eram gastos com o cuidado da pessoa idosa no domicílio. Este estudo mostrou que isso significa um indicativo de alto estresse financeiro que contribui para o elevado nível de sobrecarga relatado pela maioria dos cuidadores (NORTEY et al., 2017).

Dessa forma, ressalta-se que compreender como ocorre a gestão do cuidado pelo cuidador familiar na AD ao idoso após a alta hospitalar, no contexto do SUS, na perspectiva da família, torna-se relevante para orientar a prática dos profissionais que se encontram em interlocução com as famílias. Principalmente para instigar transformações na gerência do cuidado domiciliar, assim como nos modos de gestão da atenção à saúde do idoso, considerando os aparatos e equipamentos existentes nas RASs.

2.6 GESTÃO DO CUIDADO DOMICILIAR

Na perspectiva filosófica, o cuidar é um modo de ser no mundo e é o que confere a condição de humanidade ao ser. O cuidado tem como sua condição primeira o bem-estar do homem, o ato de cuidar desvela o existencial, de onde derivam sentimentos, atitudes e ações, como vontades, desejos, inclinações e impulsos, ou seja, o homem perante o mundo, os outros, e a si mesmo. Dessa forma, o processo de cuidar pressupõe uma condição ética e estética. Ética porque envolve uma ação responsável do profissional e estética porque integra técnica, intuição e sensibilidade (WALDOW, 2015).

Corroborando essa ideia, Queirós et al. (2016) apontam que cuidar é, sobretudo, respeitar o sujeito em sua singularidade, é promover para esse sujeito caminhos e possibilidades para que ele se emancipe a fim de que também seja um coparticipante ativo

desse processo de cuidado. Para esses autores, o cuidado é, na verdade, um processo. O profissional não é o detentor do poder e o verdadeiro cuidado está na relação que se estabelece com o outro. Ao cuidar é atribuído, sobretudo, o significado de intervenção terapêutica e relação interpessoal.

Na área da enfermagem, verifica-se a importância de se prestar um cuidado que vai além da realização de tarefas de cunho técnico ou meros executores de prescrição médica. Para que haja um cuidado legítimo/verdadeiro é necessário que a enfermagem propicie um cuidado integral para o sujeito, veja o mesmo como um todo, encorajando e apoderando os usuários a buscar a plenitude humana, pleiteando relações mais próximas e rejeitando o modelo biomédico (WALDOW, 2015).

A gestão do cuidado em saúde pode ser entendida como o provimento ou disponibilização das tecnologias de saúde, considerando as necessidades singulares de pessoas nos distintos momentos de sua vida com vistas ao bem-estar, à segurança e à autonomia. É realizada em seis dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECÍLIO, 2011).

Na perspectiva de Cecílio (2011), a dimensão individual do cuidado é o “cuidar de si” no sentido de que cada um de nós pode ou tem potencial de produzir um modo singular de “andar a vida”, fazendo suas escolhas para ser feliz. Já a dimensão profissional é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários. Esta dimensão é regida por três elementos que conferem sua maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado, a saber: a competência técnica do profissional, a postura ética e, por último, a capacidade do profissional de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados.

A dimensão organizacional é a que se realiza nos serviços de saúde e incorpora novos elementos, como: trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial. Enquanto a dimensão sistêmica da gestão se compõe de “redes” ou “linha” de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado. Dessa forma, essa dimensão trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde. A dimensão societária do cuidado, na qual se produzem as políticas públicas em geral, é considerada a mais ampla e onde cada sociedade produz cidadania, direito à vida e acesso a toda forma de consumo que contribua para uma vida melhor (CECÍLIO, 2011).

Quanto à dimensão familiar, é a dimensão do cuidado que se realiza no mundo da vida, é aquela que assume importâncias diferentes em momentos diferentes da vida das pessoas e

tem como principais atores pessoas da família, amigos e vizinhos. Tendo em vista a complexidade das relações aí presentes, é um local de muitos conflitos e contradições (CECÍLIO, 2011). A família constitui, historicamente, um espaço de proteção primária de seus membros, considerando as influências objetivas e subjetivas que se dão em seu interior, entre essas, cita-se o apoio e a ajuda informal, que vão das relações afetivas às físicas e materiais (TEIXEIRA, 2008).

Nesse sentido, pensar a família como contexto e foco de cuidado é um desafio para os profissionais de saúde e envolve ir além de orientar e esperar a colaboração no desempenho de ações de cuidado em relação ao familiar que demanda atenção em qualquer que seja o momento do ciclo vital.

Um artigo de reflexão sobre a experiência familiar de cuidado ressalta que, no tempo presente, as pessoas cuidam em uma perspectiva de vida sem pensar na possibilidade de finitude. A experiência de cuidado e adoecimento se mantém integrada ao todo do vivido, sendo que cada membro da família é afetado e afeta a experiência familiar. Essa afetação produzida na experiência compartilhada deve ser o foco de atenção profissional, já que revela a necessidade de cuidados da pessoa adoecida e da família (BELLATO; ARAÚJO, 2015). Quando se trata do cuidado do idoso, a família se torna foco pela complexidade que a pessoa idosa apresenta, especialmente quando se torna totalmente dependente.

Investigação qualitativa com cuidadores familiares de idosos dependentes também enfatizou que a prestação de cuidados a um familiar comporta modificações nas relações familiares, gera tensão e conflitos no grupo doméstico, que se prolongam no tempo e tendem a isolar o cuidador, tornando a experiência de cuidar dolorosa. Isso requer das instituições e profissionais de saúde repensar estratégias visando ao suporte a esses cuidadores familiares (FERNANDES; ÂNGELO; MARTINS, 2018).

O envelhecimento associado à dependência leva à necessidade de substituição em alguns autocuidados, que normalmente são assumidos por um familiar. Esse papel envolve múltiplas responsabilidades que podem provocar sobrecarga, quando as necessidades desse familiar não são atendidas.

Estudo que utilizou o método da história de vida com entrevista em profundidade e observação com uma idosa e sua família ressaltou um intenso esforço despendido pelos familiares na provisão e no gerenciamento dos cuidados à idosa, o que requer a produção de

boas práticas profissionais capazes de prover continuidade e utilização de recursos para apoiar a família com o substrato necessário ao seu cuidar (SOUZA; ARAÚJO; BELLATO, 2017).

Para que a pessoa idosa possa se manter autônoma e ativa, ela deverá conviver em um ambiente confiável e seguro, que deve ser garantido primeiramente por meio do apoio de sua família. Quando esse apoio não é suficiente, o idoso apresenta piora na sua saúde e qualidade de vida.

Revisão integrativa que discutiu o conceito de insuficiência familiar considerou que esta se caracteriza quando há baixo apoio social para a pessoa idosa e vínculo familiar prejudicado. Tem como antecedentes as transformações contemporâneas no sistema familiar, os conflitos intergeracionais, o comprometimento das relações familiares e a vulnerabilidade social da família. As consequências da insuficiência familiar incluem a vulnerabilidade social da pessoa idosa, o declínio da saúde psicológica e funcional, a menor qualidade de vida e o envelhecimento malsucedido (SOUZA et al., 2015).

A importância da dimensão familiar no cuidado à pessoa idosa estimulou investigar a perspectiva do cuidador familiar sobre a AD ao idoso dependente após a alta hospitalar no contexto das UBSs com ESF.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a gestão do cuidado pelo cuidador familiar ao idoso após a alta hospitalar no contexto da Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Primeira fase

Descrever o cenário assistencial estabelecido para idosos dependentes de cuidados após alta hospitalar que residem em áreas circunscritas à Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família e Serviço de Atenção Domiciliar de Juiz de Fora, Minas Gerais, no período de 1º de abril de 2017 a 31 de março de 2018;

Identificar o número de idosos dependentes de Atenção Domiciliar após a alta hospitalar residentes em área com cobertura de enfermagem da Estratégia Saúde da Família e das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar.

3.2.2 Segunda fase

Compreender como o cuidador familiar participa da rotina de cuidados ao idoso dependente após a alta hospitalar.

Conhecer a trajetória de busca de cuidados na Rede de Atenção à Saúde pelo cuidador familiar de idosos dependentes após a alta hospitalar.

Compreender na ótica do cuidador familiar como o serviço de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família participa do cuidado ao idoso após a alta hospitalar.

4 METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Para a compreensão das questões que envolvem a gestão do cuidado pelo cuidador familiar ao idoso após a alta hospitalar no contexto da AD no SUS, optou-se por um estudo de abordagem qualitativa. O método qualitativo possibilita captar os aspectos subjetivos dos participantes da pesquisa com maior clareza, trabalhando o universo de significados para compreender a realidade que movimenta a vida humana social (MINAYO, 2014).

A abordagem adotada foi a hermenêutica-dialética a partir das reflexões que Cecília Minayo tem feito no Brasil sobre este método. Minayo trabalha com a comunicação cotidiana e tem como pressupostos que o homem é um ser histórico e efêmero, complementando-se por meio da comunicação, sendo a linguagem circunscrita ao tempo e espaço. Portanto, para haver comunicação, faz-se necessário compreender o contexto e a cultura (MINAYO, 2014).

A hermenêutica fundamenta-se na arte de compreender textos que implicam a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções, em que o tempo presente marca um encontro com o passado e o futuro dentro da vida atual mediada pela linguagem, enfatizando o consenso, a mediação e o acordo (MINAYO, 2014).

A dialética analisa a oposição das coisas, fatos e acontecimentos entre si, introduzindo o conflito e a contradição como algo permanente e que se explica na transformação, orientando-se para a diferença, o contraste, o dissenso e a crítica. A combinação entre elas produz do ponto de vista do pensamento a síntese da compreensão e da crítica. Assim, dada a sua natureza, a abordagem à questão aproximará os aspectos da hermenêutica com os da dialética. Nesse sentido, a dialética emerge como a ciência e a arte do diálogo. Ela busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura as questões obscuras e contraditórias a fim de realizar uma reflexão informada sobre eles (MINAYO, 2014).

Nesta pesquisa, os textos falados, obtidos pela interação e diálogo entre o cuidador familiar de idosos dependentes após a alta hospitalar, no contexto da AD, com o serviço de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família, transformam-se em textos escritos, possíveis de ser comparados, interpretados e analisados, apontando aproximações e distanciamentos do cuidado necessário ao idoso e seus familiares.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário principal da pesquisa foi o domicílio de cuidadores familiares de idosos dependentes de cuidados domiciliares após uma alta hospitalar. Todavia, em uma primeira fase da pesquisa, os dados foram coletados em Sistemas de Informações e bancos de dados oficiais do Datasus, objetivando-se identificar, no período de abril de 2017 a março de 2018, os idosos que receberam alta de hospitais do SUS do município de Juiz de Fora (MG), que estavam em atendimento por uma Emad e residiam na área de abrangência de UBSs com ESF. Nessa etapa, considerada descritiva e exploratória, caracterizou-se o cenário assistencial ao idoso após uma alta hospitalar, dando visibilidade aos pontos de atenção existentes na RAS e a necessidade de interlocução entre eles, seja no contexto assistencial pelas práticas dos profissionais, seja no campo da gestão pela integração dos Sistemas de Informações. A ausência de sistematização da atenção ao idoso que ingressa no sistema impede o estudo fidedigno de suas trajetórias e itinerários terapêuticos na RAS, as capacidades instaladas para o acesso, a avaliação quanto à eficiência e eficácia da assistência ofertada e, principalmente, a visibilidade sobre a prática da referência e da contrarreferência entre serviços.

No município estudado, a APS dispõe de 63 UBSs, sendo que 42 atuam segundo o modelo da ESF (incluindo uma mista) e 21, no modelo tradicional. Das 42 UBSs com ESF, uma é volante e atende a distritos da área rural. O Quadro 1 demonstra a distribuição das UBSs conforme tipo de atendimento por regiões administrativas.

Quadro 1 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde, conforme tipo de atendimento por regiões administrativas. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018

REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA	UBS COM EQUIPE TRADICIONAL	UBS COM ESF	
NORTE	BENFICA	BARREIRA DO TRIUNFO	
		VILA ESPERANÇA	
		SÃO JUDAS TADEU	
		SANTA CRUZ	
		NOVA ERA II	
		JÓQUEI CLUBE II	
	ESPLANADA	CIDADE DO SOL	
		JÓQUEI I	
		JARDIM NATAL	
		INDUSTRIAL	
SUL	CRUZEIRO DO SUL	MILHO BRANCO	
		MONTE CASTELO	
	IPIRANGA	TEIXEIRAS	
		SANTA LUZIA	
LESTE	--	SANTA EFIGÊNIA	
		VALE VERDE	
		PROGRESSO	
		MARUMBI	
		LINHARES	
		SANTA RITA	
		NOSSA SRA. APARECIDA	
		ALTO GRAJAÚ	
NORDESTE	GRAMA	SÃO BENEDITO	
		SÃO SEBASTIÃO	
	NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	FILGUEIRAS	
		GRANJAS BETÂNIA	
SUDESTE	LOURDES	PARQUE GUARANI	
		BANDEIRANTES	
		JARDIM DA LUA	
		SANTO ANTÔNIO	
		VILA IDEAL	
		RETIRO	
		JARDIM ESPERANÇA	
OESTE	BORBOLETA	FURTADO DE MENEZES	
		OLAVO COSTA	
CENTRO	CENTRO SUL	SANTOS DUMONT	
	DOM BOSCO	SÃO PEDRO (MISTA)	
RURAL	CAETÉ	SANTA CECÍLIA	
		DIAS TAVARES	HUMAITÁ
			PAULA LIMA
	CHAPÉU D'UVAS		
	PENIDO	JACUTINGA	
	ROSÁRIO DE MINAS		
	SARANDIRA	IGREJINHA	
	TOLEDOS		
	VALADARES		
	MONTE VERDE		
PIRAPETINGA			

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021

A APS em Juiz de Fora ainda oferta um modelo misto de atenção à saúde, ou seja, mantém equipes tradicionais, contendo enfermeiro, técnico de enfermagem e as especialidades médicas de pediatria e ginecologia; as mistas, que são as inclui o Programa de Agentes Comunitários e UBSs organizadas segundo a ESF, implantada em 1994, tendo um crescimento expressivo nas últimas décadas (SALVADOR, 2018).

A cobertura da ESF no município, segundo a competência de novembro de 2018, atingiu o percentual de 76,95% da população de Juiz de Fora (Quadro 2).

Quadro 2 - População coberta e número de equipes conforme tipo de atendimento na atenção primária. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018

Modelo Assistencial	Nº de UBSs	% de UBSs conforme Modelo Assistencial	População coberta	% de População Coberta	Nº de Equipes
UBS Equipe ESF	42 (1 Mista)	65,09% (1,58%)	324.300	57,52%	94 +1 cons. Rua
UBS Equipe Tradicional	21	33,33%	109.530	19,43%	21
Total	63	100%	433.830	76.95%	116

Fonte: Histórico de Cobertura da Saúde da Família - MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB (Competência Novembro de 2018). População estimada de Juiz de Fora em nov/18 – 563.769 hab (IBGE, 2010)

Quanto à rede de atenção secundária, esta conta com sete departamentos organizados por áreas temáticas (Departamento de Clínicas Especializadas, Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente, Departamento de Saúde da Mulher, Departamento de Saúde do Idoso, Departamento de Saúde Mental, Departamento de Saúde Bucal e Departamento de Práticas Integrativas e Complementares). Os Departamentos de Saúde Mental e Saúde Bucal possuem unidades de assistência descentralizadas (cinco Centros de Atenção Psicossocial - CAPS – e cinco Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs) (JUIZ DE FORA, 2018).

Em relação às consultas para as especialidades médicas e os exames de imagem, a Secretaria de Saúde conta atualmente com o Serviço Unificado de Marcação de Consultas (Sumc). Esse serviço apresenta o seguinte fluxo: a equipe lotada na Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (Ssaps), responsável pelos agendamentos das consultas de todo o município, recebe os encaminhamentos provenientes das UBSs (formulário de referência e contrarreferência contendo todos os dados do paciente). Após o agendamento, a equipe do Sumc realiza contato telefônico e comunica ao usuário a data, o horário e o local da consulta e

solicita que ele retorne na UBS de sua referência para pegar o formulário de encaminhamento da consulta. Na UBS, reforçam-se ao usuário a data, o horário e o local da consulta (JUIZ DE FORA, 2018).

Com o objetivo de prestar serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde, o município conta com os sistemas de apoio. O subsistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica. No que se refere à assistência farmacêutica, o município conta com 67 pontos de dispensação, assim distribuídos: 55 na APS; dez nos Departamentos das Redes Assistenciais; um na Farmácia Central e um na Oeste (JUIZ DE FORA, 2018).

Destaca-se que, no município, há uma rede hospitalar formada por 11 hospitais, dos quais nove são privados e dois são públicos. A Rede de Urgência e Emergência conta com cinco unidades de gestão própria municipal: Hospital de Pronto Socorro (HPS); Departamento da Unidade Regional Leste (DURL); Pronto Atendimento Infantil (PAI); Serviço de Transporte Inter-hospitalar (STIH); Departamento de Internação Domiciliar (DID), além de três Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) contratualizadas: Sul; Oeste e Norte (JUIZ DE FORA, 2018).

A Atenção Domiciliar de Juiz de Fora tem como marco a implantação do serviço de internação domiciliar, em resposta à publicação da Lei nº 10.424, de 2002, onde foi criado o Departamento de Internação Domiciliar (DID), que funciona nas dependências do Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira. Visando atender a um desejo de ampliação e maior oferta de atendimentos, o DID aderiu ao Programa Melhor em Casa (PMC), por meio da Portaria nº 2.029/2011. Em seguida, em agosto de 2013, a AD no município passou a ser ofertada nos moldes propostos pela Política de AD, subsidiada pelo PMC, criando-se o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) vinculado ao DID, orientando-se pela Portaria GM/MS nº 963/2013 (TOLEDO, 2017).

No momento da implantação, até o final de 2016, ocorreram avanços e melhorias no serviço. O município conta atualmente com o cadastramento de cinco equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (Emads) e duas equipes multiprofissionais de apoio (Emaps), o que contribuiu para reorientar o modelo assistencial, ampliando a cobertura populacional (TOLEDO, 2017).

4.3 PARTICIPANTES

Participaram do estudo 11 cuidadores familiares de idosos dependentes de cuidados após a alta hospitalar, cadastrados no SAD, residentes na área de abrangência da UBS com ESF das regiões de saúde do município de Juiz de Fora (MG).

Foram incluídos cuidadores familiares de idosos residentes nas oito regiões administrativas do município, de modo intencional até a obtenção de saturação dos dados. De acordo com Minayo (2017), o número de entrevistados considerado suficiente na pesquisa qualitativa é aquele que gera dados que mostram o aprofundamento, a abrangência e a diversidade do processo de compreensão do objeto estudado.

Os idosos incluídos atendiam os seguintes critérios: ser usuário do SUS, com idade igual ou superior a 60 anos, residente em ruas adscritas a uma das UBSs com ESF do município sede da pesquisa e que havia recebido alta hospitalar no período de abril de 2017 a março de 2018. Além disso, estar acamado, com incapacidade funcional e demandando cuidados de enfermagem na modalidade AD1, AD2 ou AD3 após a alta hospitalar. O cuidador familiar incluído era maior de 18 anos, considerado o cuidador principal, responsável pelo idoso dependente de cuidados domiciliares após a alta hospitalar.

Os participantes foram incluídos independentemente da etnia, raça ou cor da pele; sexo/gênero; religião, posição econômica e política e deveriam estar lúcidos, orientados e aceitar espontaneamente a contribuir com esta pesquisa, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Todos os convidados a participar da pesquisa foram incluídos, não havendo exclusão de nenhum participante.

4.4 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita pela utilização de diferentes técnicas: levantamento de dados secundários em sistemas de informação e prontuários; observação direta e entrevista guiada por roteiro semiestruturado, considerando-se as duas etapas da pesquisa.

O total de idosos cadastrado nas UBSs/ESF foi obtido por meio do Sistema e-SUS. Este constitui uma inovação voltada para reestruturar as informações da AB em todo o território nacional, por meio da informatização qualificada do SUS. O Ministério da Saúde desenvolveu e disponibilizou o sistema e-SUS para o registro dos dados relativos ao serviço

ofertado pela Atenção Básica (e-SUS AB). O objetivo primeiro desse sistema foi o de reduzir a carga de trabalho na coleta, inserção, gestão e uso da informação na Atenção Básica, uma vez que esta ferramenta permite que o registro dos dados relevantes esteja inserido nas atividades rotineiramente desenvolvidas pelos profissionais. De um ponto de vista operacional, o e-SUS AB integra dois sistemas de *software* para a captação dos dados de saúde dos cidadãos, sendo eles: Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (DATASUS, 2017).

Deu-se ciência sobre os objetivos da pesquisa, obtendo-se autorização do chefe do serviço da Subsecretaria de Regulação da Secretaria de Saúde (ANEXO A) para localização dos endereços dos idosos cadastrados no Sistema de Internação Hospitalar (SIH) do SUS. Esses foram categorizados a partir da localidade da residência nas oito regiões urbanas administrativas no município que constam no Plano Municipal de Saúde 2017-2021, relacionando o local de residência, UBS de referência do domicílio, segundo a Portaria nº 2.400 da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (SS/JF), que reorganiza as áreas de abrangência das Unidades de Atenção Primária à Saúde no município.

Ainda caracterizando os idosos desospitalizados, foram coletados no Sistema de Informação do SAD dados referentes às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos que tiveram alta hospitalar no período pesquisado e que estivessem cadastradas nos atendimentos das Emads.

Em seguida, por meio do Sistema de Informação do SAD, coordenado pelo Departamento de Internação Domiciliar (DID/PJF), buscaram-se identificar, nos Prontuários e Planilhas do SAD/Programa Melhor em Casa, por Emad do município, quantos desses idosos foram incluídos no SAD, por meio de um roteiro estruturado (APÊNDICE B). A partir desses idosos, foram selecionados aleatoriamente os participantes da pesquisa, atendendo aos critérios de inclusão. A saturação dos dados foi obtida ao atingir o total de 11 participantes.

Levantou-se também pelo Sistema e-SUS o número de idosos cadastrados residentes em área adscrita a cada UBS com ESF. Considerando-se o banco de dados e mapeamento produzido na primeira fase, a segunda ocorreu a partir da entrada no domicílio dos idosos desospitalizados.

Foram realizadas consultas nos prontuários dos idosos cadastrados na ESF e no cadastro individual das fichas do Sistema e-SUS, que contém os endereços, contatos telefônicos e outras informações necessárias à coleta de dados.

Após contato telefônico prévio e agendamento com o cuidador familiar, adotou-se a Visita Domiciliar (VD) como estratégia de ação para a coleta de dados. Em alguns casos, lançou-se mão dos agentes comunitários de saúde para agendamento das VDs. Para cada cuidador familiar, foi realizada uma visita domiciliar, incluindo etapas iniciais de orientação sobre a pesquisa, observação direta e a entrevista em si, cujo tempo de duração variou entre 25 a 50 minutos, somando-se um total de uma média de 2 horas de entrevista.

Ao chegar ao domicílio, após a apresentação inicial da pesquisadora, esta esclareceu sobre a pesquisa, assegurando-se de que os participantes não ficassem com dúvidas e optassem, espontaneamente, por participar assinando o TCLE. Mediante a utilização de técnicas de interação e de observação participante, a pesquisadora deu início ao processo de coleta de dados.

Foram adotadas técnicas de observação direta com notas de campo registradas em um diário de campo e entrevistas. Em um primeiro momento, as entrevistas foram guiadas por roteiros estruturados, aplicados pela própria pesquisadora. Um elaborado especificamente para levantamento dos dados sociodemográficos do cuidador familiar (Apêndice C) e o outro para os dados dos idosos (Apêndice D), e um terceiro para identificar a capacidade funcional do idoso. Por meio desse instrumento, utilizando-se uma escala elaborada e aplicada entre 2010 e 2016 para a avaliação da capacidade de autocuidado de adultos e idosos em consultas de enfermagem no projeto de extensão: Consulta de Enfermagem para o Autocuidado após a Alta Hospitalar, desenvolvido neste período pelo Grupo de estudos e Pesquisas sobre autocuidado e Processos Educativos em Saúde e Enfermagem (GAPESE/UFJF) (Anexo B).

A Escala para a Avaliação da Capacidade de Autocuidado – ACA inclui os requisitos para o autocuidado definidos por Doroteia Orem, destacando-se as dimensões universais, os desvios de saúde e desenvolvimentais. Na dimensão universal, investigam-se e pontuam-se os requisitos de alimentação, higiene (oral e íntima), capacidade de vestir-se e de usar o sanitário, as eliminações urinárias e intestinais, sono e descanso. Na dimensão desvios de saúde, avaliam-se e pontuam-se os requisitos de respiração, mobilização no leito, transferências, deambulação e a utilização de equipamentos como muletas, andador e bengala. Na desenvolvimental, avaliam-se e pontuam-se a capacidade de interação-cognição-atenção, a comunicação conforme a idade, a busca pelo bem-estar humano e social, a manutenção do lar e da saúde e a forma como o idoso lida com os riscos.

Cada item do conjunto dos 23 requisitos é pontuado entre 0 a 4 em função da dependência e dispositivos/equipamentos ou de ajuda de outra pessoa, sendo: 0 –

independente; **1** – quando necessita do auxílio de equipamentos; **2** – quando necessita do auxílio de pessoas; **3** – se há a necessidade de auxílio de pessoas e de equipamentos e **4** – quando é dependente/incapaz para o autocuidado.

Para a definição do Sistema de Cuidados que a enfermagem precisa planejar, em função da capacidade de autocuidado do idoso, consideram-se como independentes os que se encontrarem entre 0 e 23 pontos, requerendo estes as intervenções de Apoio e Educação. Os parcialmente compensatórios, ou seja, os que dependem que o seu autocuidado seja compensado parcialmente pela enfermagem, encontram-se pontuados entre 24 e 39, incluindo-se três pontos em cada item: vestir-se, movimentar no leito e realizar procedimentos. Os que dependem que a enfermagem lhes compense completamente o autocuidado classificam-se como totalmente compensatórios e são pontuados entre 40 e 92, incluindo três ou quatro pontos em cada item: vestir-se, movimentar-se no leito e realizar procedimentos.

Após a identificação dos idosos completamente dependentes de cuidados, verificou-se que esses cuidados são compartilhados entre um cuidador familiar principal, a enfermagem do Serviço de Atenção Domiciliar e a enfermagem da Equipe de Saúde da Família. Com os cuidadores realizou-se a entrevista guiada pelo roteiro semiestruturado, objetivando a compreensão de como o cuidador familiar do idoso após a alta hospitalar gerencia o cuidado no contexto da AD no SUS (APÊNDICE E).

A observação é parte essencial do trabalho de campo por ser um processo pelo qual o investigador, além da fala, que é seu material primordial, terá em mãos elementos de relações, práticas, cumplicidades, omissões e imponderáveis que pontuam o cotidiano, tornando-se o instrumento principal da investigação (MINAYO, 2011).

A técnica de entrevista semiestruturada foi escolhida por se constituir em momento de relação interpessoal entre pesquisador e participantes, permitindo um relacionamento mais natural do pesquisador com as questões da pesquisa. A entrevista semiestruturada “combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem condições prefixadas pelo pesquisador” (MINAYO, 2014, p. 108).

As entrevistas foram gravadas com uso de aparelho *smartphone* em modo off-line e, em seguida, transcritas na íntegra, apenas corrigindo erros de língua portuguesa, mas com o cuidado de não modificar as características básicas do texto e de seu significado expresso (KOCH; TRAVAGLIA, 1997).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Tomando por base as questões da investigação e seus objetivos, a análise teve início desde o começo do trabalho de campo, ampliando-se após a conclusão da coleta dos dados. Os dados coletados na primeira etapa foram organizados e analisados pelo Programa SPSS, versão 15,0 e apresentados na forma de tabelas, gráficos e quadros, tendo sido discutidos à luz do ideário do SUS e pesquisas publicadas sobre o tema. Foi feita uma análise descritiva do cenário pesquisado, com abordagem quantitativa, sem utilizar recursos estatísticos.

Os dados empíricos foram ordenados, classificados, contextualizados e analisados, segundo a proposição da hermenêutica-dialética a partir da orientação que Minayo tem feito sobre o uso deste método das Ciências Sociais, quando o mesmo é adotado para investigação de questões que emergem no campo da saúde (MINAYO, 2014).

A ordenação dos dados iniciou com a transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados de observação. Momento que compreendeu a sistematização de todos os dados recolhidos e proporcionou ao investigador um mapa horizontal de suas descobertas no campo. Com isso, hermeneuticamente, constituiu-se o *corpus* que foi tecnicamente trabalhado (MINAYO, 2014).

Na fase de classificação dos dados, fez-se uma leitura horizontal e exaustiva dos textos, seguindo a orientação de que a atenção imergente do pesquisador sobre o material o ajudaria pouco a pouco a construir categorias empíricas. Um passo futuro foi confrontá-las com as categorias analíticas, teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando-se as inter-relações e as interconexões entre elas (MINAYO, 2014).

Em seguida, procedeu-se à leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade, por meio de variáveis empíricas ou teóricas já elaboradas na etapa anterior. Nesse processo, múltiplas classificações foram ensaiadas, de forma a alcançar uma lógica unificadora (MINAYO, 2014).

A ordenação, leitura horizontal e transversal dos dados e a edição textual dos resultados foram realizadas com o apoio do *Software OpenLogos* na versão 2.0. Esse programa possibilitou que todas as informações oriundas das entrevistas transcritas, da observação participante e notas de campo fossem associadas e trabalhadas dentro das categorias de análise, formando agrupamentos de trechos identificados através do conteúdo análogo (CAMARGO-JR, 2003).

A análise final constituiu-se na síntese do movimento circular, do empírico para o teórico e vice-versa, que, conforme Minayo (2014), dança entre o concreto e o abstrato. Em outras palavras, ocorreu o momento da síntese do diálogo entre categorias empíricas e categorias teóricas.

Os resultados, representados pelas categorias analíticas, foram analisados com base no referencial teórico que sustenta o processo de cuidar pelo enfermeiro, na AD, de idosos no contexto da APS, considerando o ideário que constitui o SUS. Cada categoria foi discutida com outros resultados de pesquisas nacionais e internacionais publicadas recentemente sobre o tema.

4.6 CUIDADOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora. Seguindo o preconizado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013b), que incorpora:

sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2013b, p. 59).

Obteve-se o parecer nº 2.633.077 (Anexo C). A pesquisa foi classificada como sendo de risco e desconforto mínimos, uma vez que o método e a técnica a ser utilizada durante a coleta das informações não empregou nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos que participaram do estudo. No entanto, a pesquisadora utilizou meios para reduzir quaisquer riscos possíveis (BRASIL, 2013b).

Como foram consultados prontuários de idosos em banco de dados, a pesquisadora assinou o termo de confidencialidade e sigilo das informações (Apêndice F). Respeitou-se o anonimato dos participantes, preservando-lhes a identidade. Os entrevistados – cuidador familiar do idoso dependente (E) foram citados no relatório da pesquisa por códigos alfanuméricos, seguido das iniciais do nome do idoso cuidado, por exemplo (E02VSC).

Esclareceu-se aos participantes que as informações coletadas seriam utilizadas

somente para fins de estudos e os resultados obtidos divulgados em publicações científicas. Os dados de interesse deste estudo foram coletados somente após a apreciação e aprovação pelo CEP da Universidade Federal de Juiz de Fora e assinatura dos participantes do TCLE.

Os TCLEs e os dados da pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável durante cinco anos e posteriormente serão destruídos de forma adequada. Os resultados da pesquisa, assim que finalizados, estarão à disposição dos participantes e das instituições (BRASIL, 2013b).

Para a realização desta pesquisa, foi solicitada a autorização da direção de ensino da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (Anexo D), do Subsecretário de Atenção Primária à Saúde – SSAPS (Anexo E) e da Subsecretária de Urgência e Emergência (ANEXO F).

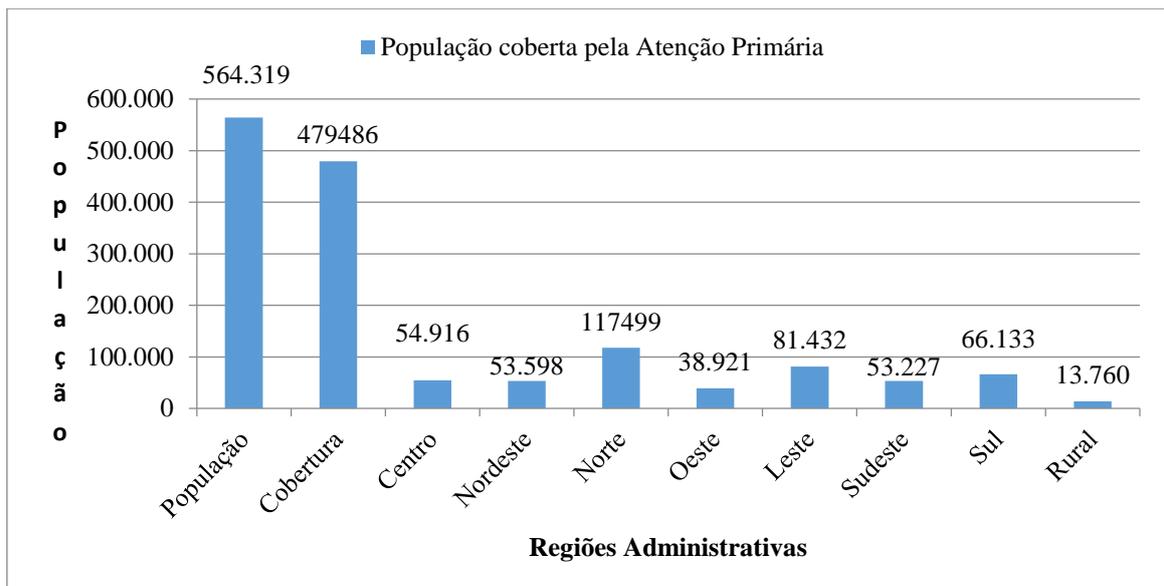
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Primeira Etapa

5.1.1 CENÁRIO ASSISTENCIAL ESTABELECIDO PARA ATENÇÃO AO IDOSO APÓS A ALTA HOSPITALAR

Em Juiz de Fora, cuja população estimada é de 564.319 habitantes, registra-se uma parcela de cerca de 74.049 idosos (13,12%) (IBGE, 2018), com maior concentração desses usuários do SUS na região administrativa norte do município (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição da população com cobertura pela atenção primária por regiões administrativas. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018



Fonte: Dados calculados pela Supervisão de território da APS/SSAPS/SS a partir do Censo Demográfico do IBGE 2010

O Gráfico 1 demonstra a estimativa total da população do município de Juiz de Fora, MG, com cobertura pelo serviço de APS e a distribuição por regiões administrativas. A estimativa total da população do município em 2018 foi calculada pelo IBGE enquanto a estimativa da população referenciada na APS foi calculada pela Supervisão de Gestão do Território da Atenção Primária à Saúde (SGTAPS/DDAPS/SSAPS/SS) a partir do Censo Demográfico do IBGE 2010, utilizando técnicas de geoprocessamento. Do total da população

de 564.319 habitantes pela estimativa do IBGE, 84,96% da população está coberta pela APS.

Em relação aos idosos residentes em áreas circunscritas a UBS com ESF e SAD de Juiz de Fora, nota-se também que a maioria está cadastrada na região norte da cidade (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do nº de idosos por regiões, considerando a cobertura pela Atenção Primária, idosos com alta hospitalar no período de 01/04/17 a 31/03/18 e número de idosos cadastrados na UBS/ESF, no período de abril de 2018. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018

Região	População coberta por APS		Idosos cadastrados UBS/ESF		Idosos com alta hospitalar com cobertura de atenção primária	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Rural	13.760	2,9	663	2,1	91	1,7
Oeste	38.921	8,1	457	1,4	393	7,2
Sudeste	53.227	11,1	4.360	13,7	710	12,9
Nordeste	53.598	11,2	2.753	8,7	656	12,0
Centro	54.916	11,5	1.773	5,6	427	7,8
Sul	66.133	13,8	4.165	13,1	742	13,5
Leste	81.432	17,0	8.246	26,0	1.019	18,6
Norte	117.238	24,5	9.334	29,4	1.448	26,4
Total	479.225	100,0	31.751	100,0	5.486	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Legenda: APS-Atenção Primária à Saúde; UBS – Unidade Básica de Saúde; ESF- Estratégia de Saúde da Família

Um estudo realizado no Estado de Mato Grosso analisou o processo de implantação do e-SUS enquanto uma ferramenta integrada ao Sistema de Informação da Atenção Básica na APS. Analisou-se o período de um ano (2014 a 2015), concluindo que a inclusão deste sistema foi positiva, com a ressalva de que, no início do processo de implantação do sistema, houve dificuldades na maioria dos serviços do estado, o que também se verificava em todo o país. Entretanto estas foram equacionadas por meio do aprimoramento do *software* visando atingir uma adequação ideal à perspectiva do trabalho na APS. Com isso, o processo de implantação avançou consideravelmente chegando a atingir 84,7% com o estágio implantado (ASTOLFO; KEHRIG; 2017).

Como ferramenta eficaz para o alcance de melhores resultados, a implantação e organização do Sistema de Informação em Saúde (SIS) tem um papel fundamental para a

coordenação e a integração dos serviços e das ações de saúde, para a qualidade da atenção e integralidade.

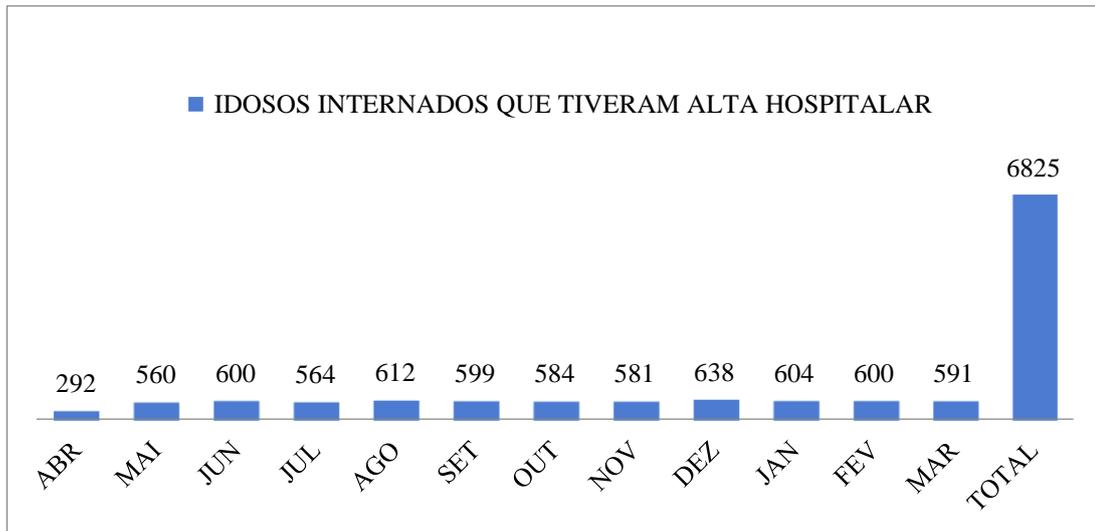
Outro estudo, que objetivou analisar a difusão da inovação e-SUS Atenção Básica em Equipes de Saúde da Família em seis municípios de Minas Gerais, apontou que existem vários desafios a serem superados e situações que fragilizam a sua aceitação, como: os profissionais ainda precisam desenvolver habilidades tecnológicas e não reconheceram a estratégia como instrumentalizadora do planejamento local e gestão do cuidado; a informatização das unidades de saúde ainda é precária e o uso da tecnologia enfrenta resistências; ainda predomina a sobrecarga de trabalho com a implantação da tecnologia. Como situações potencializadoras da adoção/aceitação destacaram-se a integração inicial e a individualização das informações, assim contribuindo para a gestão da assistência (SILVA et al., 2018).

Dessa forma, é fundamental que o Sistema Único de Saúde tenha sistemas de informação em saúde que colaboram com a integração entre os diversos pontos da rede de atenção e permitam interoperabilidade, ou seja, a capacidade de um sistema (informatizado ou não) de se comunicar de forma transparente, entre os diferentes sistemas (DATASUS, 2017).

No município estudado, o Sistema e-SUS está implantado em 28 das 42 UBSs com ESF e, por meio deste, foi possível identificar o número de idosos cadastrados e em atendimento. Todavia, nem todos os pontos da rede contam com sistemas de informação desenvolvidos e não se observa uma integração entre os mesmos. Este sistema não se integra ao Sistema de Informação Hospitalar e nem aos registros dos dados do SAD, que não tem um sistema de informação específico implantado. A não integração entre os serviços de informação na RAS impede uma rápida e eficiente identificação da trajetória de idosos na RAS, o que dificulta a referência e contrarreferência. Um sistema de informação integrado poderia facilitar a interlocução entre os pontos da RAS e destes com os usuários, agilizando a oferta do serviço com maior resolubilidade, uma vez que o profissional da APS identificaria as principais demandas, melhor definindo as prioridades no plano de cuidado das equipes.

O quantitativo de altas hospitalares de idosos em hospitais públicos do SUS foi de 6.825. O Gráfico 2 mostra que é expressivo o número de idosos que mensalmente receberam alta hospitalar, incluindo as reinternações.

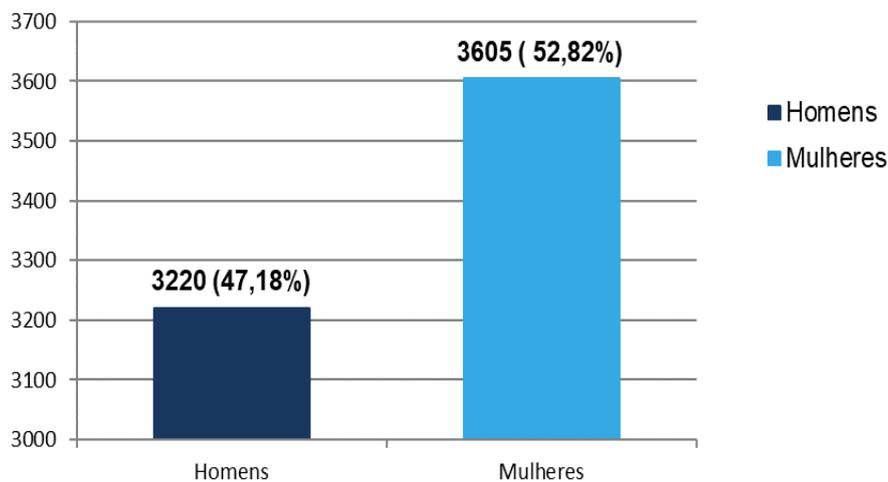
Gráfico 2 – Distribuição mensal de idosos internados que tiveram alta hospitalar, residentes em áreas cobertas e não cobertas pela APS, período abril/2017 a março/2018. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018



Fonte: Sistema de informação hospitalar descentralizado – SIHD2

Do total dos 6.825 altas hospitalares de idosos com idade igual ou superior a 60 anos, 3.605 (52,82%) eram do sexo feminino (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Alta hospitalar de idosos, segundo o sexo, no período de abril/2017 a março/2018. Juiz de Fora, Minas Gerais



FONTE: Dados da Pesquisa

Identifica-se que o quantitativo entre os sexos se aproxima, e esse percentual de quase 53% de mulheres é justificado possivelmente pelo fenômeno de feminização do

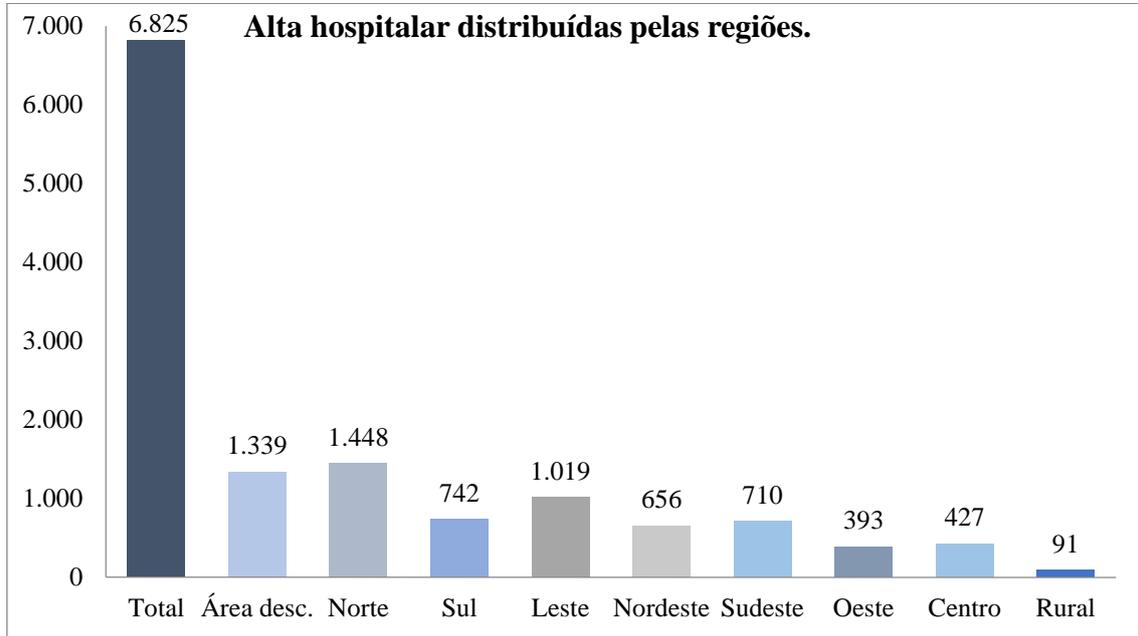
envelhecimento, ou seja, o predomínio de mulheres na população idosa brasileira.

Os resultados deste trabalho contribuíram para reforçar o que os demais estudos têm declarado acerca do processo de envelhecimento populacional. Um estudo de caso realizado no Estado de Minas Gerais sobre a feminização da velhice enfocou as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas segundo o risco social, evidenciando que o processo mundial de feminização da velhice também é uma realidade no município estudado. De maneira específica, sobre o envelhecimento feminino, abordaram-se suas características e foram apontados possíveis reflexos de seu crescimento, revelando que o envelhecimento feminino acarreta consequências que permitem inferir que as mulheres idosas estão em potencial risco social (ALMEIDA et al., 2015).

Os Gráficos 4 e 5 demonstram a distribuição do quantitativo de idosos que receberam alta hospitalar, distribuídos conforme o endereço domiciliar por região administrativa do município, considerando-se a inclusão do local de moradia na área de abrangência de serviços de APS (UBS com ESF, as UBSs Tradicionais, Área rural e os idosos que residem em área descobertas pela APS), totalizando 6.825 idosos de alta hospitalar no período contemplado por esta pesquisa.

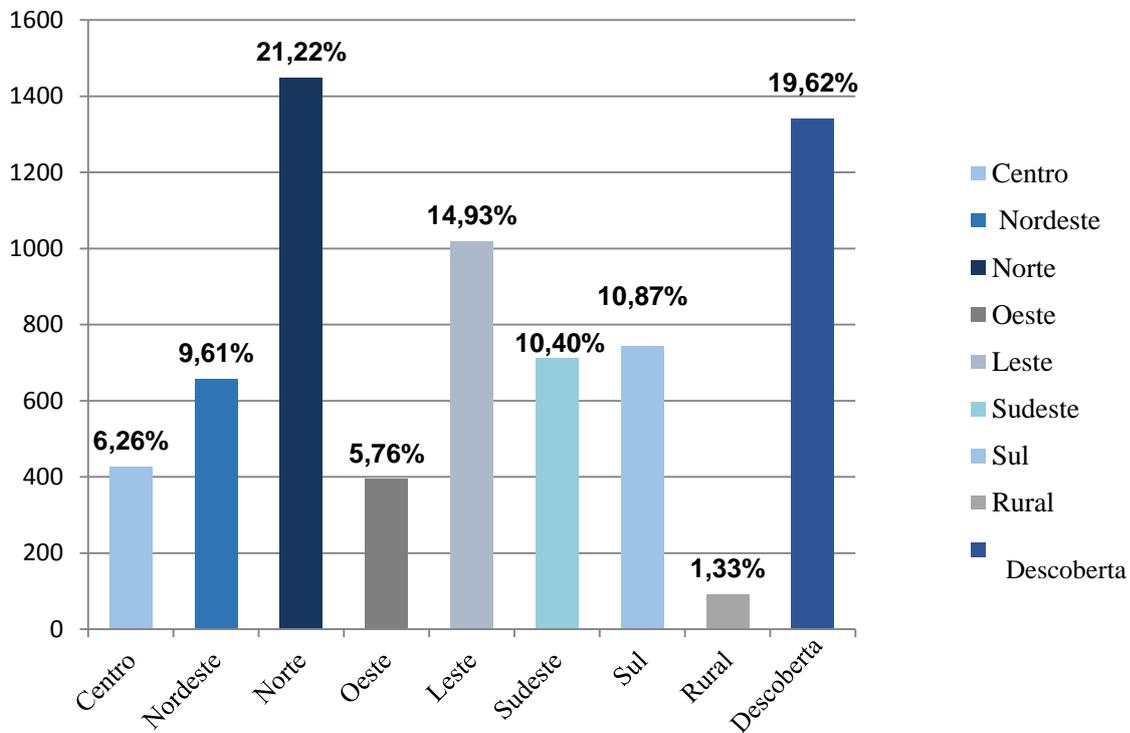
A maioria, 5.486 (80,38%) residia em áreas cobertas pela APS, sendo que 3.751 (68,37%) altas hospitalares eram de idosos residentes em ruas adscritas a uma UBS com ESF do município. Verifica-se que a distribuição desses idosos nas oito regiões é coerente com a densidade populacional, sendo o maior percentual na região Norte, 1.448 (21,22%) (Gráfico 4).

Gráfico 4– Distribuição dos idosos que receberam alta hospitalar classificados de acordo com a região da UBS ESF, no período de abril/2017 a março/2018. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018



Fonte: dados da pesquisa

Gráfico 5 - Percentual de idosos que foram internados e tiveram alta hospitalar entre abril/2017 e março/2018. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018



Fonte: dados da pesquisa

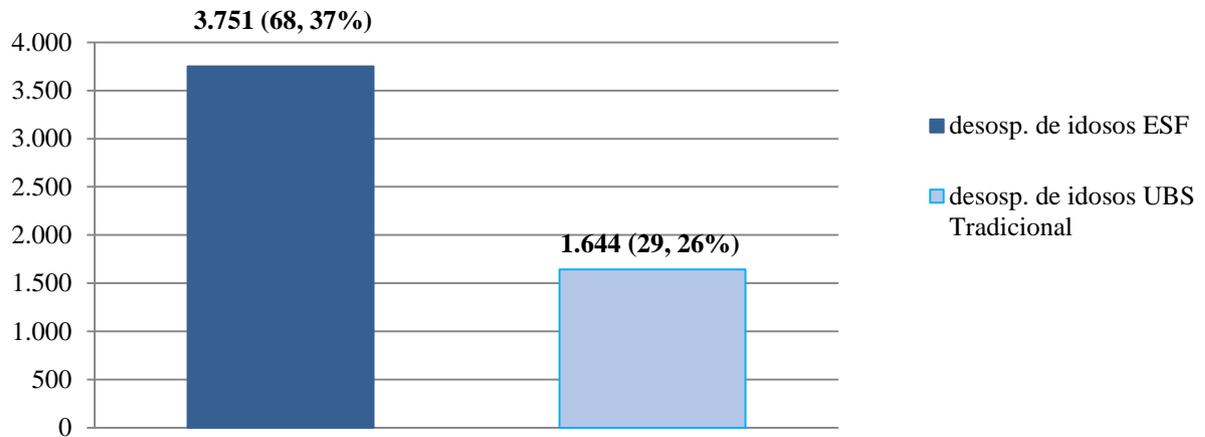
Ao analisar o Gráfico 5, verifica-se que, quando se distribui o número de idosos com necessidades de acompanhamento pelo serviço de saúde pública, identifica-se que aproximadamente 20% desses residem em área descoberta pela APS. Estes recebem a assistência por uma Equipe de Atenção Domiciliar criada pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, especificamente para o atendimento a esses casos. Esta equipe é composta por dois médicos, uma enfermeira e uma nutricionista.

O expressivo número de altas hospitalares de idosos em área descoberta pela APS constitui um desafio para a gestão de saúde do município na medida em que tal fato aponta a necessidade de ampliação e investimento em equipes de saúde habilitadas para a oferta de serviços na modalidade de AD. O cuidado no domicílio, no que tange às necessidades de saúde da população idosa sem condições funcionais para deambulação até a UBS, pode reduzir o número de hospitalizações, assim como o tempo de permanência no hospital (SILVA et al., 2014).

A entrada de um usuário idoso no sistema de saúde nem sempre ocorre pela APS. Isso é o que idealmente tem sido preconizado pelas normativas que orientam as linhas de cuidados na RAS numa perspectiva de gestão circular, horizontal, na qual a APS, estrategicamente, localiza-se ao centro, por meio da ESF, articulando-se com os demais pontos de atenção por meio de sistemas de referência e contrarreferência (BRASIL, 2010). Dessa forma, a pessoa idosa sempre estará vinculada à UBS, independentemente de ser assistida em outro ponto de atenção, sendo a APS responsável pelo acompanhamento do caso, de forma articulada e integrada aos outros pontos de atenção (BRASIL, 2014).

Do total de idosos desospitalizados, residentes em áreas cobertas pela APS, 3.751 (68,37%) altas hospitalares eram de idosos residentes em ruas adscritas a uma UBS com ESF do município (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Percentual de desospitalizações de idosos que residem em áreas cobertas pela APS, considerando UBSs tradicionais e com ESF, no período de abril/2017 a março/2018. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018



Fonte: Dados da Pesquisa

O número de idosos dependentes cadastrados no SAD soma 289, considerando as Emads. A Tabela 2 mostra que a maioria desses idosos tinha entre 70 e 89 anos e foi referenciada pela UBS (56,7%) e, quanto ao desfecho, 43,6% permaneceram ativos no SAD no período estudado.

Tabela 2 - Descrição da amostra de pacientes idosos cadastrados/acompanhados no Serviço de Atenção Domiciliar, por faixa etária, no período de abril/2017 a março/2018. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018

	Faixa etária				Total n (%)
	60 a 69 anos n (%)	70 a 79 anos n (%)	80 a 89 anos n (%)	90 anos ou mais n (%)	
Sexo					
Masculino	28 (47,5)	42 (42,4)	37 (37,4)	11 (34,4)	118 (40,8)
Feminino	31 (52,5)	57 (57,6)	62 (62,6)	21 (65,6)	171 (59,2)
<i>Total</i>	59 (100)	99 (100)	99 (100)	32 (100)	289 (100)
Procedência					
UBS	31 (52,5)	57 (57,6)	59 (59,6)	17 (53,1)	164 (56,7)
UPA	5 (8,5)	4 (4,0)	5 (5,1)	2 (6,3)	16 (5,5)
Hospital	17 (28,8)	24 (24,2)	16 (16,2)	7 (21,9)	64 (22,1)
Outros*	6 (10,2)	14 (14,1)	19 (19,2)	6 (18,8)	45 (15,6)
<i>Total</i>	59 (100)	99 (100)	99 (100)	32 (100)	289 (100)
Desfecho					
Alta Melhorado	4 (6,8)	6 (6,1)	10 (10,1)	4 (12,5)	24 (6,8)
Óbito	17 (28,8)	32 (32,3)	40 (40,4)	18 (56,3)	107 (37,0)
Desligamento	2 (3,4)	0	1 (1,0)	0	3 (1,0)
Outros motivos	2 (3,4)	9 (9,1)	2 (7,0)	0	13 (4,5)
Não especificado	5 (8,5)	2 (2,0)	7 (7,1)	2 (6,3)	16 (5,5)
Ativo	29 (49,2)	50 (50,5)	39 (39,4)	8 (25,0)	126 (43,6)
Total	59 (100)	99 (100)	99 (100)	32 (100)	289 (100)

Fonte: dados da pesquisa

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde; UPA – Unidade de Pronto Atendimento; *Outros: Centro de oxigenoterapia, Instituto do Coração, Clínica de Odontologia, Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, Área descoberta, casos não informados.

Os resultados deste estudo apontaram o predomínio de idosos cadastrados no SAD com idades entre 70 e 89 anos e um discreto percentual elevado de mulheres na amostra analisada, o que pode ser justificado a partir do fenômeno de feminização do envelhecimento, ou seja, o predomínio de mulheres na população idosa brasileira. Outros estudos têm mostrado que o envelhecimento populacional no Brasil é uma realidade.

O estudo mostrou também que a maioria dos idosos atendidos no SAD após internação e desospitalização vieram da UBS e estavam ativos no serviço, no período estudado. Observam-se movimentos no sentido da alta precoce para o domicílio e da prevenção de internações de idosos, entretanto a maior procedência de idosos encaminhados pela UBS pode estar relacionada ao fato de este município não ofertar serviços por Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs).

A atuação integrada, desenvolvida pelas equipes multiprofissionais que constituem os Nsfs, equipes de Saúde da Família e equipes de atenção básica para populações específicas, programa Academia da Saúde, além das equipes dos demais níveis de atenção, permite realizar atendimento compartilhado entre profissionais tanto na UBS como nas visitas domiciliares, assim como a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde dos idosos (BRASIL, 2014).

Ressalta-se que a primeira entrada de um idoso usuário do sistema de saúde pode ser em uma hospitalização, requerendo o posterior acompanhamento por outros pontos da RAS, tendo, porém, a UBS como a primeira referência segundo o local de moradia. Em busca do cuidado para a sua saúde, o usuário “caminha”, pelos pontos de atenção, ou seja, pelos espaços que ofertam serviços conforme natureza temática da rede, para buscar o cuidado, como, por exemplo, a rede de atenção à saúde do idoso. Dessa forma, faz-se necessário que esses serviços estejam integrados segundo os níveis de APS, secundário e terciário (JUIZ DE FORA, 2018).

É desafiadora para o campo da gestão do sistema a ordenação do fluxo dos usuários na rede segundo suas necessidades de saúde e a capacidade dos serviços ofertados, mostrando-se ser este um campo aberto a múltiplas possibilidades de entradas, idas e vindas. Todavia, a identificação dos itinerários, percursos ou trajetórias no interior do sistema pode ser conhecida por meio dos Sistemas de Informação. Estes se constituem como relevantes ferramentas de apoio à gestão e são essenciais, pois dão suporte ao gerenciamento, monitoramento e à avaliação dos serviços de saúde. É fundamental que o SUS tenha sistemas de informação em saúde que colaborem com a integração entre os diversos pontos da rede de atenção e permitam interoperabilidade, ou seja, a capacidade de um sistema (informatizado ou não) de se comunicar de forma transparente entre os diferentes sistemas (DATASUS, 2017).

Salienta-se que a maioria dos idosos cadastrados no SAD apresentava entre 70 e 89 anos, em torno de 68%, o que requer, além da atenção à causa que os tornou elegíveis ao serviço, a especificação e reelaboração dos cuidados a serem ofertados, considerando-se a condição do processo de envelhecimento.

Na Tabela 3, observa-se o quantitativo de idosos atendidos por Emad; o número de idosos que receberam alta hospitalar e que foram admitidos/acompanhados no SAD, no período estudado.

Tabela 3 – Distribuição do nº de idosos por regiões conforme população com Serviço de Atenção Domiciliar, no período de abril/2017 a março/2018. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018

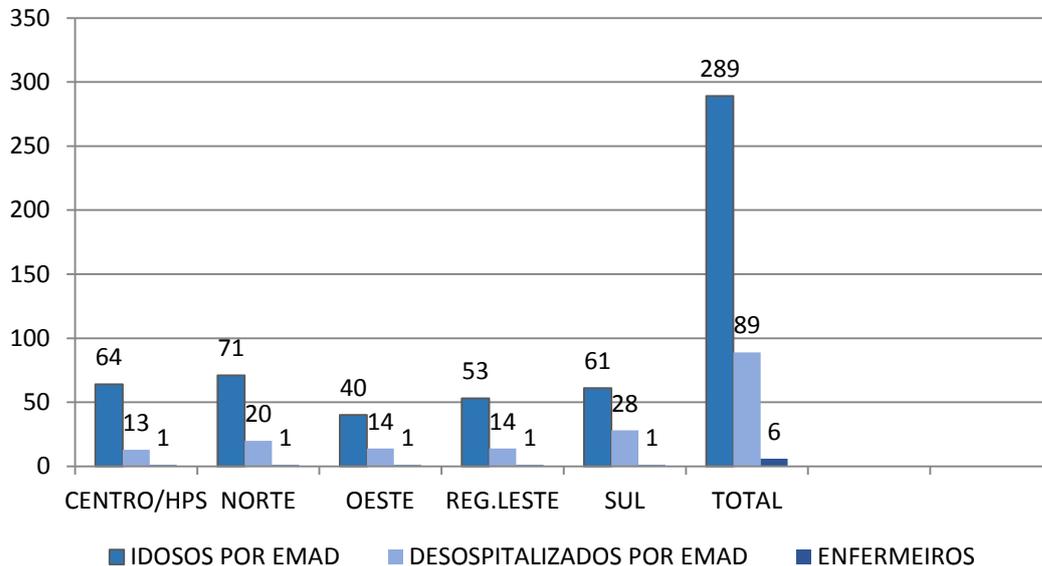
	Idosos Atendidos		Idosos Desospitalizados		N. de Enfermeiros
	N	(%)	N	(%)	
EMAD/EMAP Centro-HPS	64	22,1	13	14,6	1
EMAD UPA Norte	71	24,6	20	22,5	1
EMAD UPA Oeste	40	13,8	14	15,7	1
EMAD Regional Leste	53	18,3	14	15,7	1
EMAD UPA Sul	61	21,1	28	31,5	1
<i>Total</i>	289	100,0	89	100,0	5

Fonte: Dados da Pesquisa.

Legenda: Emad – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar; Emap- Equipe Multiprofissional de Atenção Primária; UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

Observa-se que, do total de 6.825 altas hospitalares de idosos, incluindo as reinternações, independentemente de estar com alta hospitalar ou não, apenas 89 eram idosos dependentes desospitalizados. O Gráfico 7 mostra o número de idosos que foram desospitalizados e admitidos pelo SAD, no período pesquisado e distribuídos por Emad, conforme o local de moradia, ou seja, em região com cobertura do SAD. Apresenta também o quantitativo de idosos que estavam cadastrados no serviço (289 pessoas idosas).

Gráfico 7 - Idosos desospitalizados e admitidos por Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, segundo a região e nº de enfermeiros do Serviço de Atenção Domiciliar, no período de abril/2017 a março/2018 – Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018



Fonte: dados da pesquisa

Ao relacionar estes dados com o quantitativo de altas hospitalares por região no período da pesquisa, verifica-se que o número de pacientes idosos admitidos no SAD segundo o critério de elegibilidade independentemente de faixa etária foi de 89 pacientes. Na Emad Norte, foi de 22,47%, Sul 31,46%, Oeste 15,76% e, na Emad Centro/HPS, 14,6%. Destaca-se que o município conta com cinco enfermeiros para atuação em AD (um por Emad) e que estes atuam numa jornada de trabalho de 12 x 36 horas. Um enfermeiro de outra região fica de sobreaviso para atender às necessidades emergenciais que demandem este profissional.

Nesse campo, destaca-se a importância do trabalho realizado pelo profissional de enfermagem, que tem se revelado como uma profissão fundamental na construção do cuidado domiciliar (ANDRADE; SILVA; BRAGA, 2017).

Estudo que analisou a produção científica acerca da atuação do enfermeiro na AD em saúde mostrou que as ações do enfermeiro requerem diferentes tecnologias por ele utilizadas no contexto domiciliar, ou seja, suas ações perpassam a supervisão clínica e administrativa e a assistência mediada por procedimentos relacionais e técnicos. O papel do enfermeiro no domicílio possui características singulares e, conseqüentemente, o processo de trabalho é influenciado pelo perfil dos pacientes e pela lógica assistencial que se organiza no domicílio (ANDRADE et al., 2017).

A AD tem se mostrado como uma opção para reduzir os gastos e para permitir a elaboração de planos de cuidado de forma compartilhada com as famílias. Tanto a condição de envelhecimento como a de possuir uma doença crônica vêm impactando a vida das pessoas devido à maior dependência para as atividades da vida diária, tais como alimentação, banho, deslocamento e autocuidado. Isso tem exigido rearranjos familiares, a contratação de pessoas e/ou de diferentes serviços para atendimento às necessidades cotidianas desta população (BRAGA et al., 2016).

Esta modalidade assistencial substitutiva apresenta potencial para a efetividade dos serviços, redução da fragmentação e resolubilidade das necessidades de saúde da população. O sucesso observado nos modos de organização da Atenção Domiciliar decorre da integração entre elementos da gestão e assistenciais (CASTRO et al., 2018) e tem contribuído com avanços na integralidade do cuidado e reestruturação produtiva do trabalho em saúde (SILVA et al., 2019).

O conjunto de dados levantados possibilitou a produção do Mapa 1 (APÊNDICE G), o qual apresenta a localização dos equipamentos de saúde disponíveis na Rede de Atenção à Saúde de Juiz de Fora (MG) e distribuição dos idosos conforme a localização dos serviços ofertados na rede. O mesmo foi produzido a partir dos dados levantados por esta pesquisa, inseridos por meio de técnicas de geoprocessamento, no mapa básico da cidade produzido pela Secretaria de Planejamento e Gestão da Prefeitura de Juiz de Fora, que já continha informações sobre a localização dos equipamentos de saúde disponíveis na RAS do município.

Os resultados obtidos na etapa inicial desta pesquisa foram apresentados a uma banca acadêmica para qualificação da Dissertação de Mestrado e apresentados no 70º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 6º Seminário Nacional de Diretrizes de Enfermagem na Atenção Básica em Saúde e 5º Colóquio Latino-Americano de História da Enfermagem, realizados em Curitiba/PR, no período de 13 a 16 de novembro de 2018 (ANEXO G). Também resultaram em um artigo intitulado “Cenário assistencial estabelecido para atenção ao idoso dependente após a alta hospitalar”, que foi submetido à Revista APS com vistas a publicação em breve, conforme comprovante de submissão (ANEXO H).

5.2. Segunda fase

5.2.1 GESTÃO DO CUIDADO PELO CUIDADOR FAMILIAR NA ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO APÓS A ALTA HOSPITALAR

Nesta seção, apresenta-se a análise qualitativa dos dados obtidos dos cuidadores familiares e/ou idosos dependentes, visando à compreensão de como se dá no domicílio a continuidade do cuidado desses idosos dependentes após a alta hospitalar. A análise dos depoimentos mostrou as repercussões do cuidado domiciliar no interior da família, ao assumirem o cuidado. Esses cuidadores desenvolvem uma forma de participar na atenção domiciliar, gerindo uma multiplicidade de cuidados que o familiar idoso necessita após a alta hospitalar.

5.2.1.1 Caracterização dos participantes

As características sociodemográficas e de saúde dos 11 cuidadores familiares (Quadro 3) e dos dois idosos dependentes (Quadro 4) são apresentados a seguir. Com base no Quadro 3, no contexto do cuidado de idosos dependentes em domicílio, identificam-se sete cuidadores idosos cuidando de outros idosos.

Quadro 3 – Perfil dos cuidadores familiares de idosos dependentes. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Número
Cuidador Familiar * principal	
Grau de parentesco	
Esposo (a)	7
Filho (a)	4
Demais familiares	0
Total	11
Sexo	
Feminino	10
Masculino	1
Total	11
Idade	
>30 e <40 anos	1
>40 e <50 anos	3
>50 e <60 anos	0
>60 e <70 anos	5
>70 e <80 anos	2
Total	11
Tempo que é cuidador	
Até 1 ano	2
De 1 a 5 anos	4
Mais de 5 anos	5
Total	11
Escolaridade	
Analfabeto/Fundamental incompleto	2
Fundamental I/ Fundamental II incompleto	5
Fundamental completo/Médio incompleto	1
Médio completo/Superior incompleto	2
Superior completo	1
Total	11

*Todos os familiares participantes do estudo não recebem remuneração para serem cuidadores.

Fonte: Dados da Pesquisa

Quadro 4 – Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos dependentes residentes em área adstrita de uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Número
Localização por região	
Região Norte	4
Região Sul	2
Região Leste	3
Região Nordeste	1
Região Sudeste	3
Sexo	
Feminino	4
Masculino	9
Total	13
Idade	
>60 e <70 anos	7
>70 e <80 anos	4
>80 e < 90 anos	2
Total	13
Religião	
Católica	10
Evangélica	3
Total	13
Raça/Cor (autodeclaração)	
Branca	7
Preta	1
Parda	5
Total	13
Patologias e Comorbidades	
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	1
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	9
Doença de Alzheimer (DA)	2
Diabetes Mellitus (DM)	4
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	10
Cardiopatias	5
Doenças circulatórias	1
Doenças articulares	1
Insuficiência Renal Crônica (IRC)	1
Total	13
Tratamento Medicamentoso	
Sim	13
Não	0
Total	13
Desospitalização	
Jul / Ago / Set – 2017	4
Out / Nov / Dez – 2017	2
Jan / Fev / Mar – 2018	7
Total	13

Renda mensal idoso	
Aposentadoria até 2 SM	11
Auxílio financeiro (ex. Loas)	2
Auxílio de materiais de apoio para o autocuidado	13
Total	13
Escolaridade	
Analfabeto/Fundamental incompleto	3
Fundamental I/ Fundamental II incompleto	8
Fundamental completo/Médio incompleto	1
Médio completo/Superior incompleto	1
Superior completo	0
Total	13

Fonte: Dados da Pesquisa

No grupo estudado, as afecções cardiocirculatórias, como a hipertensão arterial sistêmica, apresentam-se com a maior prevalência, seguidas das doenças pulmonares, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Dpoc), cardiopatias e diabetes.

Com o envelhecimento aumenta a prevalência de diversas afecções, tendo em vista que os idosos são a porção da população que está mais sujeita a doenças e agravos crônicos não transmissíveis, o que pode acarretar sequelas que limitam o desempenho e autonomia do indivíduo, configurando situações de dependência e conseqüente demanda de cuidados (BARRETO, 2015; FREITAS, 2017).

Durante a pesquisa, aplicou-se a escala de avaliação para o autocuidado (EAA) em 11 idosos. Essa avaliação representa a capacidade em graus de dependência de todos os idosos que foram avaliados. Por meio deste instrumento, verificou-se como o idoso estava exercendo suas funções básicas: independência para realizar sua higiene, alimentação, vestir-se, entre outras. Constatou-se que a maioria necessita de ajuda, seja parcial ou total. Por essa avaliação, dois dos idosos independentes para o autocuidado optaram em, voluntariamente, ser os participantes da pesquisa em vez de seu cuidador familiar.

O Quadro 5 apresenta os resultados obtidos a partir da aplicação da Escala para Avaliação da Capacidade de Autocuidado (ACA) em idosos participantes da pesquisa.

Quadro 5 – Resultados da avaliação da capacidade de autocuidado de idosos participantes da pesquisa. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO (ACA) DOS IDOSOS PARTICIPANTES		
Sistema de Enfermagem	Pontos	Número de Idosos
Independente/ Apoio Educação	0 – 23	0
Parcialmente Compensatório	23 – 39	6
Totalmente Compensatório	40 – 92	5
Total		11

Fonte: Dados da Pesquisa

Com base no Quadro 5, verifica-se que seis idosos participantes da pesquisa foram classificados como parcialmente compensatórios e cinco, totalmente compensatórios, ou seja, dependem parcialmente ou totalmente de cuidado no âmbito domiciliar, seja com equipamentos ou auxílio de uma pessoa. Os independentes de equipamentos e de cuidador não foram incluídos, pois dependeriam de apoio e educação por parte da enfermagem da ESF.

De acordo com os dados coletados, verifica-se que o idoso que passou por uma internação hospitalar para tratamento de manifestação aguda de uma doença crônica, ou cirurgia, ao voltar para casa, vive um processo de enfrentamento de dificuldades e de adaptações necessárias para um novo estilo de vida com a continuidade do cuidado no domicílio a fim de se prevenir novas internações. Ressalta-se que a idade avançada promove fragilidades físicas, mentais e cognitivas, além dos novos papéis sociais, mas essas mudanças são afetadas pelas condições econômicas, sociais, culturais, regionais, étnicas e de gênero (BARRETO, 2015; FREITAS, 2017).

5.2.1.2 Categorias do estudo

5.2.1.2.1 *Mudanças na família ao assumir o cuidado domiciliar ao idoso dependente após a alta hospitalar*

No contexto da alta hospitalar, programada ou precoce para intervenção de serviço de AD, tanto a família como os idosos desenvolvem expectativas sobre o retorno para casa, marcado por diferentes tipos de reações frente à necessidade de assumirem uma rotina de cuidados de saúde em casa. Estes elencam as dificuldades e as mudanças que surgiram desde o retorno do hospital, em comparação com o estilo de vida que tinham antes de adoecerem e serem submetidos à internação:

Ah! Mudou tudo, né, porque ele tinha animação de ir lá fora... Agora ele nunca quer ir... Que eu punha ele lá fora, ele distraia, né... E saía dali, né, saía do quarto **(E02VSC)**.

Que nós já ficamos mais presos dentro de casa, né? Não tem como sair e deixá-lo, né? [...] A gente não sai... Não tem lazer, não tem... Porque às vezes a gente tem oportunidade de sair, mas ele tá desanimado, tá sentindo dor nas pernas **(E08SR)**.

Aí... pelo fato também de não ouvir muito... se sentir incomodado de ficar no meio de outras pessoas, né? Aí não gosta mais de fazer visita, nem de ser muito visitado... Chama pra ir numa festa, num aniversário, numa coisa assim, bota logo obstáculo, então isso aí é difícil. Mas sair... **(E08SR)**.

Pelos relatos acima, foi possível compreender que, após a alta hospitalar, ocorreram mudanças significativas tanto na vida do idoso quanto de seu cuidador familiar. As mudanças estão relacionadas ao aumento do grau de dependência do idoso e às responsabilidades do cuidador. Ambos relatam o surgimento de dificuldades para manter as atividades e relações sociais anteriores. Citam mudanças que são coerentes a um quadro de isolamento social. Vivenciar a cada dia as mudanças nas rotinas da vida e o acúmulo de atividades relacionadas aos cuidados de saúde, somados às outras atividades de manutenção da vida e da casa, pode gerar sobrecarga, angústia, depressão e relatos de sentimento de que se encontram em aprisionamento dentro da própria casa.

No presente estudo, a maioria dos cuidadores são idosos. Dessa forma, além da condição fisiológica própria de envelhecimento, a retenção domiciliar e o isolamento social em decorrência da necessidade de estar a maior parte do tempo junto com o idoso que fica sob

seus cuidados os deixam vulneráveis psicologicamente e fisicamente (SANTOS et al., 2019).

Um estudo de revisão sobre a qualidade de vida de idosos apontou que a condição física destes está diretamente relacionada à sua qualidade de vida. Apresentou fatores sociais como escassez de contato social, conflitos geracionais, papel social da mulher idosa, luto, autopercepção de saúde negativa, ambiente insalubre das cidades e domicílios, baixa condição econômica e fatores biológicos como a alta carga de doenças, alterações físicas do envelhecimento, depressão e descontentamento com a vida, baixo nível de atividade física, baixa acuidade visual, ausência de sexualidade, alterações cognitivas, tabagismo, sedentarismo, alta carga medicamentosa, violência física, dor, idade avançada, incontinência, etilismo, má alimentação e quedas. Salientou que esses fatores podem ser causadores do isolamento social e, após a alta hospitalar, eles podem afetar negativamente a qualidade de vida do idoso (LEITE; KANIKADAN, 2018).

Outro estudo que buscou compreender as vivências de cuidar de idosos no ambiente domiciliar a partir da ótica dos cuidadores evidenciou em seu resultado que as experiências variaram entre aspectos positivos e negativos. A solidariedade nos momentos de interação entre cuidador e idoso dependente e a manutenção da autoestima foram destacadas como aspectos positivos. Em relação às vivências negativas, os cuidadores relataram a ocorrência do abandono do trabalho, comprometimento das atividades de lazer, da vida afetiva e prejuízos nas condições de saúde como presença constante de sentimentos negativos, irritabilidade, choro (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016).

Esse achado permite inferir a relevância da equipe de saúde, em especial dos profissionais que atuam na ESF. Estes poderiam adotar medidas preventivas com o objetivo de evitar agravos à saúde e de sobrecarga relacionada ao cuidado, com enfoque nos idosos e seus cuidadores. Uma revisão integrativa sobre os indicadores de qualidade na APS, no Brasil, aponta como estratégia de intervenção ações de promoção e prevenção à saúde da população. Considerando que a APS é a porta de entrada do sistema, caracterizada por proporcionar ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, esta é a mais capacitada para atuar na diminuição das agudizações (FERREIRA et al., 2017).

Os depoimentos a seguir mostram que os cuidadores abriram mão de suas rotinas de vida para cuidar de seu familiar idoso:

A minha vida? Demais. A minha vida eu tinha, eu trabalhava fora... né? Ela morava sozinha. Ou seja, ela não pôde morar sozinha mais, não podia mais, ela precisava de alguém tanto com ela. Eu tive que optar, ou eu trabalhava fora, ou pagava alguém pra olhar ela, sem condições **(E07LAO)**.

Primeiro passo foi mudar de casa, né? Porque... Por causa do cansaço dele, a casa tem degrau. Então... Foi esse primeiro passo **(E09OO)**.

Eu faço as coisas... Fico em casa, saio para fazer compra, para fazer coisa assim... Tanto que eu parei de trabalhar por isso **(E12IVM)**.

Depois que ele adoeceu, aí mudou a rotina de todo mundo, porque todo mundo teve que auxiliar do jeito que dava para ser feito, sabe? Quem estava no emprego saiu para poder cuidar, porque a gente não tinha o transporte público que tem, né? Não tinha conseguido. Meu irmão teve que sair do posto onde ele trabalhava para poder levar e buscar ele na hemodiálise. E, dentro de casa, mudou a rotina de muita coisa, porque até na nossa alimentação teve que mudar **(E13HBS)**.

Em meio ao grau de dependência do idoso e exigências de cuidados constantes, identificou-se nos depoimentos que houve o abandono da atividade laboral remunerada por parte dos cuidadores e de outros membros da família, ocasionando a dependência financeira. Além disso, outras atitudes foram importantes, como mudar de casa, “por causa do cansaço dele”, mudar a alimentação como forma de enfrentamento de dificuldades e de adaptações necessárias para um novo estilo de vida. Nesse sentido, ao tornar-se cuidador, o familiar passa a enfrentar mudanças em sua rotina social, financeira, emocional, modificando o seu modo de viver, em função do cuidado. Isso pode ocasionar sobrecarga física, emocional e socioeconômica, além de desequilíbrio na saúde física e mental (MORAGA; RIVEROS, 2016).

Essa situação vivida pelos cuidadores alerta os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, a atentar nas necessidades de atenção à saúde desse público, pois a sobrecarga do cuidado torna os cuidadores vulneráveis ao surgimento de doenças.

5.2.1.2.2 Participação da família e a rotina assistencial do cuidador na atenção domiciliar de idosos dependentes após a alta hospitalar

Com base nos dados da pesquisa, pode-se compreender que, quando o idoso é totalmente dependente e a família assume integralmente os cuidados no domicílio, estes são de natureza assistencial para suprir as necessidades básicas de autocuidados representadas pelas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs), como o banho, higiene geral, o vestir-se, arrumar-se; as transferências de cama para cadeira ou deambulação entre ambientes; o apoio para ir ao banheiro; auxílio no caso de incontinências urinária e intestinal e para alimentação.

Nesse sentido, o cuidador estabelece uma rotina de cuidados e nem sempre conta com o apoio de outros membros da família. Assume também ações de gerenciamento, tomando decisões sobre tipo de cuidados; fazendo adaptações, incluindo a interlocução com profissionais e serviços de saúde e outras consideradas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), como: lavar roupas, sair de casa e transportar-se seja para lazer ou gerenciamento de demandas da vida diária, como ir a médicos, marcar e ir a consultas e/ou exames; preparar ou decidir sobre o acesso e obtenção da alimentação; administração das próprias medicações; gerenciamento das questões financeiras.

Identifica-se que se iniciam no hospital as definições para um membro da família torna-se cuidador e qual será a sua atuação. Como cuidador principal este familiar assume maior responsabilidade nos cuidados, dedicando a maior parte do seu tempo em prol da assistência ao familiar doente, contando com o apoio e ajuda de outros membros da família apenas para as atividades complementares. Ressalta-se o caso de uma família em que o marido se torna dependente após a alta, recaindo sobre a esposa a responsabilidade para guiar os cuidados básicos e instrumentais.

Bom, lá no hospital, eu fiquei com ele também, né? E, durante o dia, eu ficava lá e à noite, meus filhos, um dormia uma noite e outro dormia outra, que eu tenho dois filhos. Nós temos! Aí, quando ele veio para casa... aí passou a ser tudo eu (E12IVM).

Uma pesquisa que teve como objetivo conhecer as características emocionais e o contexto do trabalho do cuidador domiciliar, bem como o sentido do cuidar para esses sujeitos, aponta que o cuidado domiciliar é uma experiência paradoxal. Observou-se dificuldade de compartilhamento de atividades entre membros da família, culminando em sobrecarga física e emocional do cuidador. Para as autoras, o cuidar deve ser entendido como um papel que pode

ser compartilhado com outros membros da família, como irmãos, genros, maridos e, até mesmo, com o próprio Estado. Entretanto, é possível reconhecer que, na prática, não há compartilhamento de tarefas, sobrecarregando o cuidador familiar (YAVO; CAMPOS, 2016). Quando o cuidado é assumido por um familiar apenas, essa atividade torna-se mais desgastante, comprometendo sua saúde, causando isolamento e perdas sociais (MOCELIN et al., 2017).

Após a alta, quando o idoso é dependente no domicílio, o cuidador assume integralmente as AVDs e AIVDs. Momento marcado por mudanças tanto na vida dos idosos como dos seus cuidadores e familiares, devido à inclusão de uma rotina de cuidados:

A gente assume, igual estou te falando, 24 horas por dia. [...] Todos os cuidados! Ah, os cuidados são medicação, alimentação, banho... **(E01OOLM)**.

Não, o medicamento não tinha, foi depois que eu vim do hospital **(E05JFG)**.

[...] Começando da manhã: chegou aqui, é trocar, dar banho. Tudo tem que dar na boca, pegar mesmo na mão pra fazer. É dar café, tem dia que ela toma sozinha, você põe a caneca na mão dela e ela toma. Mas, a maioria das vezes, a gente tem que por na boca dela e ficar ainda lutando com ela: engole! Engole! Porque ela fica ali parada com o alimento na boca. Então, tem que dar comida na boca, café, trocar fralda, dar banho, tirar da cama igual vocês viram, põe na cama, pega nos braços mesmo. Entendeu? Se tiver que levar, pra qualquer cômodo, qualquer lugar a gente tem que pegar e fazer. Ela é totalmente dependente de tudo..., medicamento e tudo **(E07LAO)**.

O cuidador relata que assume todos os cuidados nas 24 horas: medicação, banho, troca de fraldas, alimentação, transferência, mobilidade/deambulação. A família assume a rotina de cuidados com a saúde do idoso de modo contínuo e integral, abarcando as atividades básicas e instrumentais da vida diária, com ênfase na medicação, alimentação e banho. É possível observar que, quando o idoso perde a sua capacidade de executar atividades básicas da vida diária, a sobrecarga física e psicológica do cuidador fica evidente. Quanto mais dependente, maior será a necessidade de cuidado desse doente.

Um estudo descritivo, de corte transversal, realizado com idosos e seus cuidadores usuários de um Serviço de Atenção Domiciliar, que teve como objetivo descrever o grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos, demonstrou em seus resultados que se tornam necessárias as ações do sistema de saúde voltadas para o apoio e o acompanhamento de idosos e de seus cuidadores (BRANDÃO et al., 2017). O cuidador assume as AVDs, incluindo banho de sol, repouso diurno e propicia ao idoso assistir à TV como forma de lazer:

Ah, eu levanto de manhã, eu arrumo, como falamos, a papinha, levo lá na

cama. Dou os remédios na boca... coloco na mão dele e ele põe na boca. Toma água, e depois, quando ele levanta, às vezes a gente senta aqui um pouquinho (varanda da casa), pega sol aqui fora, aí a gente fica um pouquinho sentado aqui, aí eu entro, dou uma arrumada na casa. Às vezes, ele senta aqui (sala), vê um pouquinho de TV, outra hora volta pra cama, dorme até por volta de uma hora até o almoço ficar pronto. Aí levanta, almoça, é mais ou menos assim **(E08SR)**.

A gente faz tudo praticamente, a gente dá banho, minha mãe faz o almoço, dou o remédio, suplemento que ele toma e mantém ele sempre limpinho, higienizado, porque tem que ser assim, e... a gente conversa muito com ele **(E13HBS)**.

A rotina dos cuidadores segue um ritmo em torno de horários de atividades de cuidados básicos. Além de compensar as AVDs/ AIVDs, que suprem necessidades físicas e biológicas, como alimentação, medicação, o cuidador familiar inclui atividades da esfera de saúde mental, como conversa, atenção e carinho, que contribuem para o envelhecimento com qualidade. Além do cuidado do idoso, a cuidadora realiza também as tarefas da casa. Destaca-se aqui o caráter multidimensional das necessidades de cuidados dos idosos, considerando-se a sua funcionalidade.

Após a alta, alguns idosos conseguem se autocuidar, enquanto outros necessitam de auxílio parcial do cuidador. Nesse caso, o cuidador supervisiona e auxilia o idoso:

É medicamento, né? Porque o banho assim, eu coloco a roupa em cima da cama, dou uma ajuda ele e calço uma meia **(E10HS)**.

... não acho dificuldade não. Sabe, porque, principalmente ele desse jeito aí, ele vai ao banheiro e, quando ele não está podendo, eu trago a vasilhinha pra ele fazer xixi aqui, eu levo, esterilizo, trago. Ele não me dá trabalho não **(E12IVM)**.

Com base nos relatos anteriores, observa-se que o cuidador auxilia o idoso em suas necessidades básicas, como ir ao banheiro, vestir roupas e amarrar o calçado e demonstra em sua fala que o cuidado com o familiar dependente não é uma tarefa difícil.

Um estudo que teve como objetivo caracterizar o suporte familiar ao idoso com comprometimento da capacidade funcional, segundo estratos socioeconômicos, na perspectiva do cuidador, constatou que o suporte familiar fornecido ao idoso com comprometimento da capacidade funcional ocorre de maneira imposta, sem apoio/preparo emocional, social e informativo sobre o cuidado a ser prestado. Porém se ressalta que, mesmo diante dos obstáculos, as famílias conseguem se adequar à condição de cuidadoras (REIS; TRAD, 2015).

Desta forma, a multiplicidade de ações que o cuidador acumula pode ser

compreendida sob dois aspectos: um assistencial vinculado às ABVDs e outro gerencial, englobando as AIVDs, explicitando fragilidades que podem ser supridas ou apoiadas pelo sistema de saúde.

5.2.1.2.3 Gerência da multiplicidade de cuidados pelo cuidador

Neste item, será apresentado e analisado como os cuidadores familiares gerenciam a diversidade de cuidados de idosos dependentes no domicílio após a alta hospitalar. Eles apontam dificuldades e obstáculos relacionados à rotina de cuidados. Ao ofertarem as atividades assistenciais, em seu contexto familiar, os cuidadores explicitam nos modos de organização elementos gerenciais, como, por exemplo, a distribuição das atividades no tempo que têm para se ocupar com o cuidado do familiar e com o seu próprio autocuidado.

Pelo relato abaixo, observa-se que, com base nesses elementos, o cuidador toma decisão visando, principalmente, o bem-estar do idoso, mas também demonstra medo de errar em procedimentos e sempre busca administrar o tempo de forma a não deixar o idoso sozinho e a lhe fazer companhia a fim de não causar comprometimentos ou agravos:

Aí, ela veio aqui ontem [enfermeira], eu falei pra ela que agora eu estou dando [o banho] no leito porque... se acontecer alguma coisa... É alimentação, banho, medicação... [...] eu fico a maior parte do tempo dentro do quarto, para não deixar ele sozinho (E02VSC).

A esposa assume banho, alimentação, medicação, porém demonstra medo e insegurança ao assumir o cuidado e tenta adequar à condição de saúde a fim de minimizar riscos. O cuidador familiar toma decisão sobre o tipo de procedimento (banho no leito) por medo de causar alguma complicação. Acredita ser a melhor escolha e por isso busca adaptações:

[...] dá banho, você dá remédio... tudo que ela precisa, se eu tiver aqui, a gente não mede dificuldade...está entendendo? É tanta coisa que você faz [...]. Sabe, por causa de quê? Igual, às vezes que ela já teve diarreia, então eu tive que mudar ela duas, três vezes na madrugada. Graças a Deus que acabou, mas já teve caso disso também. Às vezes, remédio também, não combinou muito, aí ocasionou isso (E03MBS).

Além das rotinas de cuidados, o cuidador demonstra-se disponível a se adaptar a novas demandas que surgem e não mede esforços para prestar um cuidado integral. Apresenta-se disponível para atender a todas as necessidades (AVDs e AIVDs) que o idoso passou a

demandar, enfatizando a capacidade de identificar o surgimento de situações novas que exigem mais dedicação, mostrando que há períodos em que a rotina de cuidados se intensifica e gera dificuldades para suprir as demandas do familiar dependente.

Um estudo que teve como objetivo identificar os estímulos positivos e negativos que este cuidador recebe da família e analisar as necessidades de cuidados de enfermagem de acordo com estes estímulos, concluiu que é necessária uma rede de apoio formal, ou seja, através da assistência de profissionais, pela ESF ou pelo SAD, para apoiar e/ou suprir as dificuldades encontradas pelos cuidadores familiares que apresentam uma rede de auxílio familiar insuficiente (COSTA; CASTRO; ACIOLI, 2015).

Entre as tarefas que os cuidadores exercem junto ao paciente no dia a dia do cuidado, incluem-se a alimentação, administração de medicamentos, o tratamento de ferida, a preocupação e o cuidado com a higiene íntima através da aplicação de medicação na pele para a prevenção de assaduras e o provimento de materiais/medicação para a realização de curativo, demandando do mesmo a ida a uma UBS:

[...] Se pergunta o que vocês fazem todo dia? Dá café, dá os remédios, dá almoço, janta. Isso! É, graças a Deus, também ele não, assim, não está ficando muito assado... A gente sempre está limpando ele, a gente compra lenço umedecido [...] tem a pomada pra passar nele, entendeu? **E10HS**).

É. O oxigênio, os remédios, um curativo no pé, porque ele tem uma ferida no pé, mas ela já tá cicatrizada, mas tem que ficar olhando pra ver se ela não volta, é... buscando gaze no posto (**E13HBS**).

Mesmo quando o idoso não está completamente dependente, o envolvimento do cuidador para suprir parcialmente o autocuidado o mantém vinculado ao familiar e às suas necessidades mais vitais, como, por exemplo, a de respirar, ajudando na administração de oxigênio suplementar, como forma de aumentar ou manter a saturação de oxigênio (oxigenoterapia). Além disso, este auxilia em AVDs/AIVDs que o idoso não consegue realizar devido ao seu estado de saúde, como vestir roupas e calçar meias. Além disso, considerando-se a condição cultural do papel da mulher, esta assume todas as tarefas da casa e cuida de netos.

E puxo pra cima, aí venho cá, levanto o pé, aí depois eu ponho ele para sentar, ponho assim... [...] Não deixo ficar sujo, com xixi nas roupas de cama dele, eu não deixo. Se tiver molhado, vai pra máquina. [...] Sempre limpinhas as roupas dele aqui na gaveta, isso tudo aqui é dele, olha...

(E10HS).

[...] o que eu faço no dia é minha obrigação, comida, lavo roupas, cuido da minha netinha, arrumo a casa, não arrumo direito, mas arrumo. A gente faz o que pode [...]. Dou os remédios, o remédio dele agora ele já sabe qual. Que eu já deixo na bolsinha, já fica em cima do micro-ondas, ele sabe qual pode tomar, quando ele está passando mal, aí eu dou na mão. Mas agora ele já vai lá, pega, graças a Deus. No começo, tinha que dar tudo na mão mesmo. O negócio foi feio. É medicamento. Porque o banho, eu ponho a roupa em cima da cama, dou uma ajuda, calço a meia [...] **(E11JHP).**

Conforme os depoimentos acima, verifica-se que, além dos cuidados que atendem às AVDs e as AIVDs, faz-se a manutenção da limpeza do ambiente da casa e das roupas pessoais, de cama e banho, trabalho que aumenta devido às incontinências urinária e intestinal:

Ah! Alimentação em primeiro lugar, porque é cuidar, dar remédio. Se fala: “Ah, eu queria tomar um café”, eu faço. Então dou assistência ele total **(E12IVM).**

[...] é tudo sempre igual. De manhã, eu acordo 6 horas... quando já não estou acordada, começo dar remédio para ele, porque ele toma remédio quase o dia todo. Depois é aquela rotina de sempre... almoço, banho e assim sucessivamente. [...] Dou o remédio, faço café, dou o café, depois faço a comida, dou pra ele, às vezes, antes do almoço, eu dou banho, às vezes, dou depois. [...] às vezes ele janta, às vezes não. Aí eu puxo a minha caminha dali debaixo e vou deitar. Ele deita lá e a gente fica vendo televisão até dar sono **(E09OO).**

O cuidador assume a rotina diária em ciclo: medicação, alimentação, banho. Apreende-se pelo relato acima que existe uma relação de afetividade e comprometimento com o idoso dependente por parte do cuidador. Nota-se sua presença constante ao lado do idoso, inclusive à noite. Além da atenção à saúde, existe o companheirismo, sendo este fundamental para evitar problemas emocionais nos idosos.

Nesse mesmo contexto e de acordo com as falas abaixo, percebe-se que o cuidador assume as AVDs e refere que divide o cuidado com a irmã e conta com o apoio de outros membros da família, principalmente quando o idoso está bem e consegue realizar seu cuidado sozinho:

Se eu tiver que sair, aí a minha irmã leva ele para hemodiálise, ela dá o banho, ela arruma tudo **(E13HBS).**

[...] para levar ele no banheiro, pra voltar com ele, pra ele tomar banho. Geralmente o meu, meu filho ajudava no banho. Mas a hora de enxugar as pernas, que ele não pode abaixar que cansa... Eu que faço. A não ser o dia que ele está muito bem, aí ele faz tudo sozinho **(E12IVM).**

O apoio familiar pode constituir-se em um fator significativo para o cuidado aos idosos, na medida em que é na família que frequentemente são tomadas decisões sobre as práticas de saúde, além de seus membros atuarem como fonte primária de prestação de cuidados de saúde (SILVA et al., 2015).

A família cuida de seus entes, não somente para prover e/ou reestabelecer a saúde, mas cuida da vida e para a vida, tal cuidado em seus variados modos e lugares de acontecer – como cuidado próprio no âmbito da família, ou por meio de redes que a sustentem e apoiem, busca garantir o bem-estar de seus membros. É no cotidiano da família que as situações acontecem, tanto no que diz respeito à rotina quanto às situações eventuais, devendo ser considerado o cuidado em suas múltiplas dimensões e sempre “em perspectiva”, incluindo a possibilidade de o cuidado próprio e o cuidado familiar se sinergizarem de modo dinâmico e singular (BELLATO et al., 2016).

Assim, gerir o cuidado do idoso dependente exige que a família se organize para definir quem será o cuidador principal, agregando-se a função de tomar decisões e de gerir o cumprimento das tarefas inerentes à vida diária e a oferta do cuidado de saúde que o idoso necessita.

5.2.1.2.4 Relação entre cuidador familiar e/ou idoso e a rede de atenção à saúde

A análise dos dados possibilitou compreender a relação existente entre o cuidador familiar e a Rede de Atenção à Saúde, numa perspectiva dialética, expondo que, para o cuidado de saúde ao idoso dependente após uma alta hospitalar se consolidar, especialmente os de enfermagem, são necessários dois polos: a família e os serviços de saúde. A família desenvolve uma concepção acerca do que o seu familiar idoso necessita e sobre o apoio que obtém na Unidade Básica de Saúde, nos outros serviços da RAS. Nas interlocuções que se identificam, consegue-se extrair como o cuidador familiar concebe a relação com a enfermagem da estratégia de saúde da família e quais as demandas que se apresentam para essa área especializada do cuidado domiciliar.

Minayo (2011) traz reflexões sobre a importância do diálogo na área de saúde. A partir do diálogo com o outro, mediado pela palavra que desencadeia o discurso é que se compreende o outro. Esse outro se constrói no mundo sob a influência de determinantes históricos, culturais, sociais e econômicos. Suas verdades, que também são construídas pelos

mesmos determinantes (subjetividades), permitem a compreensão de nós mesmos (entrar em contato com o nosso eu, com nossas subjetividades, com nossas verdades construídas). Nessa relação de intersubjetividade é que se produz um conhecimento do outro e de si para além da superficialidade. É um conhecimento que surge da interpretação, da relação dialógica, do produto desse diálogo (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012).

Assim, a seção que se segue buscará apresentar e analisar as interlocuções que o estudo possibilitou do ponto de vista do cuidador familiar.

5.2.1.3 Subcategorias

5.2.1.3.1 O apoio da Unidade Básica de Saúde

Após a alta hospitalar, o idoso retorna para o seu domicílio, o qual possui uma UBS de referência para a obtenção de cuidados básicos ou de Atenção Primária à Saúde. Tendo em vista as novas condições de saúde apresentadas por idosos após a alta hospitalar, neste item, será analisado como os cuidadores principais perceberam o apoio prestado pela UBS:

A Unidade Básica aqui do bairro nós não podemos reclamar porque é muito presente, a médica é muito presente. O que preciso é só solicitar que eles dão todo o apoio **(E01OOLM)**.

Quando eu vou lá, eu sou muito bem atendida. [...] em tudo que eu solicito. [...] eu vou lá mais por causa das receitas. Então sempre providenciaram tudo que eu precisei para ela. [...] são ótimas, atendentes, enfermeiras, estão sempre dispostas a atender. Mas domiciliar eu não tenho nenhuma assistência **(E07LAO)**.

Ah, eu penso assim... eles estão deixando a desejar. Eles sabem que eu sou sozinha e que é um direito dele, de todos nós e eles não me dão assistência. Então, se eu necessitasse deles... eu não tinha nada não. Porque eu me viro de outra maneira atrás do médico dele lá do HU, que me recebe muito bem. Mas depender deles eu não tenho suporte nenhum **(E09OO)**.

Eu quase não vou ao posto de saúde, porque, chega lá, eles atendem a gente muito bem. Pelo amor de Deus. Material humano é bom. O que não presta no posto de saúde é que eles não têm recursos, não têm um computador, tudo é fichinha, papel ainda, é troço do meu avô **(E12IVM)**.

[...] ter boa vontade para atender não é o bastante. [...] tem que ter boa vontade e ter material para atender, um posto que falta material, que não tem oxímetro, que o medidor de pressão é velho, que os médicos são bons como ser humano, mas estão totalmente desatualizados, um tem quase 90 anos, outro tem 90 e por aí vai **(E12IVM)**.

Os cuidadores relataram que são muito bem acolhidos pela equipe multiprofissional da UBS e que, quando procuram a Unidade, os profissionais são atenciosos e buscam suprir as

necessidades do indivíduo. Contudo, conforme observado nos depoimentos, há obstáculos para um atendimento integral, como a falta de inovação tecnológica, ausência de recursos materiais apropriados e de profissionais atualizados e capacitados para o atendimento.

Além disso, destaca-se que o tipo de apoio é ofertado na própria unidade de saúde e não na casa do usuário, ou seja, o atendimento ao qual se referem se relaciona à disponibilização de materiais, em que o cuidador vai buscar, como receitas e medicações.

O apoio no posto é troca de receita, porque eu tomo medicamento controlado, que é o alprazolam, eu tomo um de manhã, ou às vezes eu passo a tomar dois, que, se eu não tiver bem, tomo à noite. A medicação toda eu pego ali **(E05JFG)**.

[...] vou lá no posto. Ela usa fralda, então eu solicito fralda da secretaria da saúde. Para pegar fralda na secretaria da saúde, precisa da receita. Aí eu vou no posto **(E07LAO)**.

Embora não esteja evidente o distanciamento assistencial pelo tipo de acolhimento e humanização, o familiar identifica a ausência de um suporte mais efetivo para a concretização do cuidado domiciliar pela família, explicitando-se um conflito entre o que preconizam as políticas públicas e o que de fato acontece na prática cotidiana do cuidado. Sendo assim, há um distanciamento entre o que está estabelecido como direito constitucional e o que é a realidade. É premissa constitucional que a saúde seja um direito de todos e dever do Estado, portanto, ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde de cada cidadão brasileiro e coletividades, garantindo-lhes atenção contínua e com qualidade de acordo com as diferentes necessidades (CARVALHO, 2013).

Os cuidadores concebem que o não suporte estaria relacionado ao déficit de recursos disponíveis, dificultando, ou mesmo impedindo que a UBS ofereça o cuidado demandado pelos usuários. Coloca-se, desta forma, à mostra a fragilidade no modelo de gestão destes pontos da RAS com baixos investimentos pelo poder público.

Um estudo que teve como objetivo estabelecer uma confrontação entre teoria e prática no que tange ao cuidado com a saúde de pessoas idosas apontou que algumas lacunas ainda inviabilizam a efetividade da APS. Foram citados como obstáculos para a existência real de uma APS resolutiva e de qualidade restrição no acesso, desarticulação da rede de cuidados, limitação de escopo de serviços oferecidos e despreparo das equipes para necessidades específicas que acometem os idosos, além de déficit em infraestrutura e de profissionais (MARTINS et al., 2014; SANTOS et al., 2016).

Os participantes relataram também a ausência da assistência domiciliar, considerada por eles como importante para a continuidade do cuidado:

Ah, eu vou te falar que tem muito tempo, não sei nem te falar quanto tempo que eles não vêm. [...] semana passada é que eles vieram aqui **(E07LAO)**.

A enfermeira é muito difícil de ver. Vem mais a médica, quando vem. A médica vem acompanhada ou da agente de saúde, quando vem, mas é raro, né? **(E08SR)**.

Visita pra ele não tem. Uma vez na vida, outra na morte é que aparece um dali do posto. Mas é preciso cobrar, sabe? **(E09OO)**.

Como não está podendo ficar andando sozinho, eles deveriam fazer uma visita de vez em quando. A doutora vai nas casas por aí e na minha ela não vem. Veio esse ano posso considerar ela veio uma vez em janeiro **(E11JHP)**.

A agente de saúde é que vai na casa das pessoas, pra ver se tem algum problema, se tiver, leva para o médico **(E12IVM)**.

O médico vem uma vez por mês ver ele, aí o médico fala pra mim, quando eu estou em casa: “Olha, em vista de muitos acamados que eu tenho, ele está em condições bem melhores, eu vou dar um prazo de dois meses, mas o que precisar vocês vão lá no posto que eu estou lá e venho aqui imediatamente” **(E13HBS)**.

Entende-se, baseado nos depoimentos acima, que a assistência ofertada pela UBS não corresponde ao esperado pelo cuidador familiar do idoso. A busca constante pelo serviço torna o cuidar em domicílio ainda mais difícil, demandando muito trabalho e mais esforço por parte da família. Essas questões se tornam perceptíveis quando os cuidadores solicitam aos profissionais uma visita domiciliar, porém estes não têm sua demanda atendida por parte da equipe.

Ao explicitarem a ausência ou déficit de visitas ou de atendimentos domiciliares, direciona-se a análise para o processo de trabalho pelos profissionais que atuam na atenção primária nesse contexto, o que não foi objeto desta pesquisa, tornando-se uma recomendação de que se busque compreender como se operam as práticas desses profissionais na interlocução com as famílias que cuidam de idosos dependentes após a alta hospitalar.

Uma pesquisa que analisou o potencial da visita domiciliar como instrumento de prática de cuidado e fortalecimento de vínculo junto à população idosa em território de alta vulnerabilidade apontou essa estratégia de cuidado como importante para produzir construções criativas e singulares de cuidado, fortalecendo as práticas de atenção aos idosos. Os autores ressaltaram que o agente comunitário de saúde ocupava um lugar afetivo-técnico importante na ESF, potencializando ações de promoção à saúde de idosos na comunidade

(ASSIS, CASTRO-SILVA, 2018).

Necessidades de natureza psicológica surgem mostrando a relevância de ações na esfera da saúde mental para alívio de solidão, isolamento social ou depressão. A orientação técnica para a realização de procedimentos realizados pelo profissional à família, a aplicação de imunizações no domicílio e a renovação de receitas pelos profissionais da UBS foram algumas das ações apontadas pelos cuidadores, conforme mostram as falas a seguir:

Aqui no posto de saúde, seja o dia de visita ou não, eu vou lá, eles me atendem... eu preciso desabafar mesmo. Eles já pegaram tanta amizade com ele... que chama ele pelo apelido... “E aí, XX, como é que você está?” Eles têm muito carinho por ele. Isso tudo me fortalece **(E02VSC)**.

Ah, eles tiveram aqui, deram assistência, viu se precisava de remédio, se tinha algum machucado, alguma coisa, ensinaram minhas meninas o negócio da insulina... ela já tomava há muito tempo, mas as meninas que não sabiam eles explicaram **(E03MBS)**.

O cuidador expõe que, ao longo de suas atividades de cuidados com o idoso no domicílio, necessita que alguém o escute e tente compreender seus sentimentos e emoções, proporcionando conforto, segurança e confiança. Nesse aspecto, ressalta-se a relevância dos profissionais da estratégia de saúde da família que disponibilizam, prioritariamente, as tecnologias leves ou relacionais para a resolubilidade do cuidado no domicílio. Portanto, os cuidados demandados à enfermagem englobam atividades de menor densidade tecnológica, que requerem apoio-educação, as leve-duras, e as de maior densidade (OREM, 2001).

5.2.1.3.2 Busca de Atendimentos de Saúde no SUS pelo idoso ou cuidador familiar

Os cuidadores e/ou idosos investem em movimentos de procura por atendimentos para conseguir suprir as necessidades de cuidados no domicílio e identificam facilidades e obstáculos no acesso aos serviços, seja pela atenção primária, seja por outros serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Se eu precisar, eu recorro à agente de saúde, que prontamente vem, passa para médica, agenda e vem aqui em casa **(E0100LM)**.

Ah! Só quando ele está passando mal, aí eu corro lá. Às vezes, até ligo, aí elas vêm... olham o que que está acontecendo, vão, falam com a médica e a médica vem. Ele, estando bem, não dependo **(E02VSC)**.

Ali tem que ir cedo, bem cedo para marcar. Aí ganha uma senha, aí tem que ficar esperando, mas tem que ir bem cedo, 5 horas da manhã, até menos, 4 e meia... Para 7 horas abrir para pegar a senha **(E06PCS)**.

Ó, normalmente, eu tenho que ir no posto para marcar uma consulta, ou para pedir que venham aqui... e tem a agente de saúde que passa de vez em quando. [...] ela mora aqui perto, então ela costuma passar aqui. Aí eu converso, às vezes, peço alguma coisa, alguma orientação, alguma ajuda... Ou às vezes pergunto se a médica está lá **(E08SR)**.

Os participantes procuram suprir as demandas de cuidado, para isso, além da UBS, eles buscam outros pontos da Rede de Atenção à Saúde:

A gente pede o atendimento lá no posto só quando ele está precisando muito, porque ele já é muito bem assistido no hospital, então lá tem todos os médicos, exames, tudo faz lá. Mas, quando a gente está precisando muito mesmo, aí a gente busca o médico no posto **(E13HBS)**.

O médico encaminhou para outro serviço. Então tivemos que levar **(E01OOLM)**.

Ela é atendida pelo departamento de internação domiciliar. Eles vêm toda semana, não tem dia e não tem hora certa, mas eles vêm toda semana. Agora... recente, eles, dez dias, todos os dias, vêm fazer a medicação... Sexta-feira passada eles tiveram aqui, hoje vieram de novo. [...] então uma vez na semana, se ela tiver alguma alteração, se eu ligar, eles vêm. Então ela é mais atendida pelo serviço de internação domiciliar do que ficar no posto mesmo **(E04IS)**.

[...] ele consulta no hospital, nesse do Morro da Glória. A gente é muitíssimo bem atendida lá. A gente gosta, até meu cunhado falou assim: “Ah, lá é muito longe”. Uai, mas aonde que eu vou levar ele? **(E09OO)**.

Mas todas as vezes que ele passa mal, a gente vai para UPA direto. No posto, é mais para controle e ganhar o remédio **(E11JHP)**.

Ele começou a fazer um tratamento com uma enfermeira especializada em feridas lá no hospital, aí ele continuou fazendo, depois transferiu para o posto **(E13HBS)**.

Os relatos mostram o movimento feito pelos cuidadores na RAS para a obtenção de cuidados especializados e em momentos de emergência, destacando-se como se dá a participação dos diferentes pontos da rede. Identifica-se que em idosos dependentes, que convivem com agravos crônicos complexos, com potencial de agudização, há ênfase nas modalidades ambulatoriais de urgência para o suporte em ocorrências agudas ou ambulatórios vinculados a hospital. Quando estão vinculados e em atendimentos por um serviço de AD, relata-se um distanciamento do atendimento que é oferecido pela UBS, contando o cuidador com o apoio integral desta equipe.

Observa-se que os serviços do SUS estão preparados para lidar com doenças agudas. No entanto, com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas, continuar dando ênfase para doenças agudas demonstra o despreparo do sistema para lidar com as condições de saúde da população. Dessa forma, o SUS, apesar de ter sido criado como um

sistema integrado, ainda está muito fragmentado, o que dificulta o acesso, gera a descontinuidade no cuidado e compromete o cuidado integral. Essa fragmentação pode ser observada de forma clara quando constatamos a desarticulação entre os serviços de saúde (LAVRAS, 2011).

Um estudo que objetivou compreender a continuidade do cuidado prestado ao idoso nas cinco redes de atenção à saúde de Fortaleza destacou que ela acontece, mas de forma ainda tímida e com falhas como o enfrentamento de filas de espera no percurso, dificuldade de retorno do usuário e de suas informações para a rede de atenção de origem. Este estudo concluiu que a atenção à saúde do idoso no sistema é frágil e descontinuada, comprometendo a consolidação da integralidade da atenção (SANTOS et al., 2016).

Baseado no exposto, a ESF demonstra-se de fundamental importância para a coordenação do cuidado, tendo em vista que está no centro da RAS. Estudos internacionais apontados por Freitas e Araújo (2018) mostram que, em muitos países, a centralidade da APS foi efetiva para o funcionamento das redes de atenção à saúde, diminuindo as hospitalizações e os custos, aumentando a satisfação da população e de profissionais e melhora da relação entre eles. Isso permitiu maior aproximação e formação de vínculo, favorecendo o conhecimento da condição clínica desses usuários, impactando diretamente e positivamente a assistência às doenças crônicas.

Não fica clara nos relatos a existência de diálogos entre os serviços, ficando a cargo do cuidador familiar a definição de onde é melhor levar o seu familiar para a obtenção do apoio que precisa para resolver uma necessidade de saúde. A distância geográfica entre o domicílio e o hospital em que o idoso faz o acompanhamento e controle ambulatorial parece um dificultador, todavia é a referência para o cuidador, onde este desenvolveu o melhor vínculo com a equipe de saúde.

A atenção domiciliar pode ser realizada na atenção básica, ambulatório e hospital. Após a alta hospitalar, o importante é que se mantenha a segurança do hospital no conforto do domicílio, com vistas a proporcionar a sensação de que o paciente e a família estão assegurados pela assistência. A segurança remete à equipe que irá visitar e acompanhar o paciente, com seus rituais sistemáticos, instrumentos tecnológicos, saberes e poderes (OLIVEIRA; KRUSE, 2017).

Pode-se considerar que, apesar de terem a UBS como referência, os participantes da pesquisa demonstraram entender as diferenças entre os serviços da RAS, compreendendo que,

para as necessidades de maior densidade tecnológica, por exemplo, no caso do tratamento de uma ferida complexa, não deveriam se dirigir à UBS para buscar o cuidado. Nesse caso, deveriam buscar um ambulatório especializado vinculado a hospital, mantendo-se o atendimento até um ponto de menor densidade tecnológica, possível de ser concluído pelos serviços de APS, onde se agregam orientações para a prevenção.

Para que a Atenção Básica cumpra seu papel estratégico como porta de entrada do SUS, é necessário que esta tenha alta resolubilidade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve-duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação com outros pontos da rede de atenção à saúde. A ordenação da RAS pela Atenção Primária à Saúde requer o reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente (BRASIL, 2017c).

Em relação à população idosa, seu acesso ocorre, de preferência, pela rede básica de saúde, e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município. Salienta-se a importância dos centros de referência de atendimento à saúde do idoso que oferecem serviços nas modalidades assistenciais (internação hospitalar, atendimentos ambulatoriais especializados, hospital-dia e assistência domiciliar, que constitui como referência para a rede de atenção à saúde do idoso) (BRASIL, 2009). Especialmente o idoso com agravos complexos crônicos, a rede de atenção ganha importância, na medida em que esta é capaz de responder às necessidades tanto do idoso como de seus cuidadores familiares.

5.2.1.3.3 O serviço de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família em relação à atenção domiciliar sob o ponto de vista do cuidador familiar e/ou idoso

Neste item, apresenta-se a análise sobre como os cuidadores e/ou idosos percebem o atendimento oferecido por enfermeiros na atenção ao idoso com necessidade de cuidados domiciliares após a alta hospitalar. Tendo em vista as novas condições de saúde, os cuidadores principais e/ou os idosos verbalizaram seu ponto de vista sobre a assistência prestada pela enfermagem:

Excelente. Não tenho do que reclamar (E01OOLM).

Ah, é fraquinho (**E03 MBS**).

Quando eu preciso usar, até que eu já peguei uns enfermeiros bons, não tenho do que reclamar (**E04IS**).

Para mim, muito ótimo! Todos eles. [...] não tenho do que reclamar, sempre que eu precisei, eles me atenderam (**E05JFG**).

Lá no posto, eu acredito que seja bom. Aqui em casa, eu não tenho assistência nenhuma, não tenho o que falar delas aqui... Porque ela não me dá assistência nenhuma aqui (**E07LAO**).

Ah... eles vêm quando a gente precisa. E ele tem um suporte, assim, muito bom do hospital. [...] do posto aqui eu não tenho do que reclamar, tirando as vezes a ausência das enfermeiras, que deveriam dar mais um pouquinho de atenção ao caso. Eu sei que tem gente que tem problema pior do que o dele, mas é uma equipe boa. Quando você precisa, eles te servem (**E13HBS**).

Os cuidadores abordam a relação com o enfermeiro de um ponto de vista pessoal, reforçando a existência de um bom relacionamento, expressando a existência do vínculo fundamental à triagem e definição do tipo de atendimento de que o idoso necessita em seu domicílio, naquele contexto sociocultural. Por outro lado, alguns participantes fizeram críticas a ausência do profissional, especialmente no que se refere as visitas domiciliares para acompanhamento e orientações.

O enfermeiro, pela dimensão cultural do cuidar, deve evitar que o cuidado seja apenas empírico ou tecnicista, a fim de que alcance uma prática embasada em uma fundamentação teórica e científica. No caso dos cuidadores familiares de idosos dependentes, o enfermeiro precisa promover um cuidar a partir das vivências familiares, do contexto sociocultural desses sujeitos, considerando as experiências de cuidar provenientes da cultura em que se encontra inserido o binômio idoso-cuidador (COUTO; CALDAS; CASTRO, 2018).

Identifica-se, entretanto, que, embora estejam presentes em certos momentos, quando solicitados, a atuação desses profissionais ocorre, principalmente, no âmbito da UBS. Todavia, considerando-se as demandas de natureza técnica ou, possivelmente, para a resolução de necessidade aguda.

Revisão integrativa sobre idosos dependentes de cuidados domiciliares apontou estudos que discutiram a importância do papel dos profissionais da ESF para os idosos e cuidadores familiares. Destacou a necessidade de ações profissionais visando à qualificação do cuidado prestado pelos cuidadores, bem como a importância da prevenção da incapacidade funcional dos idosos. Nesse sentido, enfatizou-se a relevância de as equipes da ESF realizarem acompanhamento sistemático do cuidado ao idoso e à família. Além disso,

apontou-se a necessidade de direcionar políticas públicas efetivas para proporcionar um envelhecimento ativo (MARTINS; CASTRO, 2018).

Independentemente do grau de complexidade das condições de saúde do idoso desospitalizado, faz-se necessário que a enfermagem da ESF tenha um olhar voltado para o estabelecimento de uma rede formal de apoio aos idosos e cuidadores, que possibilite um atendimento complementar, sistematizado e integral. Além disso, deve atuar na prevenção de doenças, em ações de educação e reabilitação de agravos, para assegurar estratégias eficientes que proporcionem um cuidado qualificado (MARTINS; CASTRO, 2018).

Embora, na perspectiva da maioria dos cuidadores, exista um relacionamento propício entre os cuidadores e/ou idosos com os profissionais de enfermagem da ESF, identifica-se que o estabelecimento do vínculo e da corresponsabilidade para a continuidade do cuidado do idoso após a alta hospitalar ainda é frágil, haja vista que os relatos expõem que a assistência não é contínua, ou seja, ocorre conforme a demanda.

Salienta-se que esse atendimento não deveria se dar sob demanda, já que compete ao enfermeiro a responsabilidade do cuidado sistematizado ao idoso e seus cuidadores familiares. Nesse sentido, por meio da SAE, o enfermeiro deve elaborar e executar um plano de cuidados direcionados para as necessidades desse público, de forma compartilhada com os demais profissionais da ESF e familiares (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Uma revisão narrativa da literatura a respeito de enunciados sobre a atenção domiciliar no cenário mundial apontou que, no momento da alta e durante o atendimento domiciliar, existem algumas dificuldades para a realização de cuidados com qualidade como a falta de comunicação dos cuidadores com a equipe de profissionais de saúde, a estrutura domiciliar, muitas vezes precária, dificuldades econômicas, alterações emocionais, sobrecarga dos cuidadores e dificuldade de acesso em casos de intercorrências ou piora no estado de saúde da pessoa assistida. Dessa forma, os textos deste estudo referem que ações de capacitação de cuidadores contribuem para a segurança destes (OLIVEIRA et al., 2015).

Nesse contexto, considera-se que a enfermagem necessita dar continuidade a uma rotina de cuidados no domicílio e de analisar o cuidado prestado pelos familiares aos idosos, oferecendo todo suporte, apoio ao cuidador familiar e ao idoso que recebeu alta hospitalar.

5.2.1.3.4 Demanda de Enfermagem apresentada por cuidadores familiares e/ou idosos

Cuidadores e/ou idosos possuem demandas específicas para a atuação do enfermeiro da atenção primária, especialmente sobre a situação de saúde do familiar idoso sob seus cuidados. Explicitam de modo aberto que a principal necessidade que lhes surge após assumirem a gestão do cuidado no domicílio é a de orientação para o cuidado com o seu familiar:

A doença ela vai se agravando e você vai ficando sem saber o que fazer. Às vezes se tivesse mais informação, se eles viessem aqui [...] como é que ela está? Como é que está agora? Você está precisando de alguma coisa? Isso não acontece. Em relação à doença dela, eu vivo atrás da internet... Pesquiso o que que pode fazer o que que não pode fazer, como tratar. Vou aprendendo com a internet e com o médico particular. [...] Porque em relação ao que eu mais preciso para ela saber é o lidar com a doença dela eu não tenho assistência nenhuma para isso. Nem do posto, nem do governo. Às vezes acontece dela estar tão agitada, mas tão agitada... num estado de nervo tão grande... que se você tem uma pessoa para perguntar, ter um lugar para ir, se informar seria muito mais fácil. [...] agora você tentar ir adivinhando o que que está acontecendo, o que você pode fazer. **(E07LAO)**.

Se elas viessem aqui para orientar, mas a gente é que tem que ir até elas (posto de saúde) **(E08SR)**.

Eu acho assim... é passar, perguntar se está precisando de alguma coisa, aquele paliativo. [...] a presença do enfermeiro, vir aqui, ver o que está faltando e o que não está faltando **(E03MBS)**.

Com base nos relatos acima, verifica-se que, na maior parte dos casos, nem sempre os cuidadores familiares se encontram adequadamente preparados para lidar com a doença de seu ente querido. Devido à cronicidade da doença, com o passar do tempo, o problema vai se agravando e a pessoa se torna cada vez mais incapacitada, isso gera dúvidas, insegurança e ansiedade. Portanto, os cuidadores se sentem desamparados e solitários para assumir o cuidado e se responsabilizar por ele. Relatam a importância da visita domiciliar e reconhecem a falta do ensino/orientação do enfermeiro como fundamentais para o suporte ao cuidado no domicílio.

As dificuldades enfrentadas pela família nos casos de dependência variam de acordo com a doença, as experiências individuais e os recursos disponíveis. Os estudos sobre a necessidades dos cuidadores de idosos mostram que as orientações, a educação em saúde, a comunicação eficaz, o apoio profissional foram os principais temas levantados pelos cuidadores, sendo imprescindíveis para o auxílio do cuidado (NARDI et al., 2012; MORAGA; RIVEROS, 2016). Baseado no exposto, verifica-se que o cuidador familiar precisa ser alvo de orientações de como proceder em situações mais difíceis e receber visitas domiciliares periódicas dos enfermeiros, médicos e demais profissionais da ESF.

Os relatos a seguir demonstram que, apesar da proximidade da UBS, as famílias reclamam que não recebem a visita domiciliar de forma planejada e periódica do enfermeiro. A assistência no domicílio só é prestada quando há uma solicitação por parte do cuidador. Além disso, relatam a escassez de recursos materiais, como a falta de medicamentos para a continuidade do cuidado:

Ah, seria bom se eles marcassem mesmo uma consulta em casa, uma visita. De vez em quando, alguém viesse por livre e espontânea vontade, ou então ligasse perguntando como é que está, já que a gente mora tão próximo **(E09OO)**.

Ah, eles não têm como fazer muita coisa... falta remédios. Outro dia precisei de pegar uma pomada para passar ela não passou **(E03MBS)**.

[...] a gente só precisava do apoio deles para vir aqui. Estar medindo a pressão dele, saber como ele está pelo menos. Uma vez no mês já ajuda, só para saber como o estado dele está, se deu uma avançada, se não deu. Medir a glicose dele, ver se precisa aumentar a dose, porque a gente está dando vinte unidades. Agora não se sabe se está fazendo efeito ou não **(E10HS)**.

No que se refere ao cuidado domiciliar, principalmente após a alta hospitalar, é necessário que as equipes da ESF realizem um acompanhamento sistemático do cuidado de forma atender às necessidades de saúde dos idosos e de sua família, com supervisão, pactuação de objetivos, metas e atribuições de cada um para que a família assuma o seu papel como provedora de cuidados, contando com a ajuda do sistema de saúde (MUNIZ et al., 2016).

A demanda por serviços de enfermagem, como realização de curativos, orientações, atenção, é mencionada pelos participantes:

É igual falei, às vezes que a gente precisa, ligar e elas prontamente vêm **(E01OOLM)**.

Pois é, fui e falei pra elas que ele ia amputar a perna. Quando ele veio de alta, elas vieram, prontificaram a fazer o curativo, mas como meu filho tem um amigo enfermeiro, ele falou que ia cuidar até tirar os pontos e, esse amigo do meu filho cuidou. Depois elas vinham fazer o curativo, ensinou ela a fazer [...] deram muita atenção, dão muita atenção para gente **(E02VSC)**.

Eu posso dizer pouca coisa sobre a enfermagem, pois não participa muito comigo não, nem eu com eles. É diretamente com o médico. Essa menina (agente comunitária de saúde) traz o remédio para mim, pega a receita lá, porque ela mora aqui perto **(E06PCS)**.

Mas assim, no momento que ele precisou do acompanhamento, as enfermeiras vinham, e vinha a chefe delas e algumas que estavam fazendo estágio chegaram a vim também **(E13HBS)**.

Visando normatizar a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar, o

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), através da Resolução nº 464, de 20 de outubro de 2014, estabelece que atenção domiciliar de enfermagem se caracteriza pelas ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e ao tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e nos cuidados paliativos. Esta compreende as seguintes modalidades: atendimento domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar (COFEN, 2014).

A visita domiciliar é considerada um contato pontual da equipe de enfermagem para avaliação das demandas exigidas pelo usuário e/ou familiar, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial, programado com objetivo definido (COFEN, 2014, p.1).

Esta mesma resolução, em seu art. 2º, também define que compete ao Enfermeiro, privativamente:

dimensionar a equipe de enfermagem; planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar a prestação da assistência de enfermagem; organizar e coordenar as condições ambientais, equipamentos e materiais necessários à produção de cuidado competente, resolutivo e seguro; atuar de forma contínua na capacitação da equipe de enfermagem que atua na realização de cuidados nesse ambiente; executar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnico científica e que demandem a necessidade de tomar decisões imediatas (COFEN, 2014, p. 1).

Essas circunstâncias demonstram que há necessidade de discutir o papel das equipes de saúde da família, em especial da enfermagem, no que se refere à importância e à necessidade de as visitas domiciliares serem realizadas de forma periódica e efetiva a fim de proporcionar uma atenção contínua e com qualidade, de acordo com as diferentes necessidades, priorizando suas particularidades.

Revisão integrativa da literatura mostrou que a visita domiciliar deve ser utilizada pelo enfermeiro como fonte de conhecimento aprimorado tanto na clínica como na realização de técnicas. Ressaltou-se que o potencial de reflexão dos enfermeiros durante sua atuação na atenção domiciliar deve ser permeado por escuta, apoio e relação interpessoal centrada em conhecimentos, saberes diversos, experiências e responsabilidades, contribuindo para que sua atuação seja considerada central no desenvolvimento de ações complexas no cuidado domiciliar (ANDRADE et al., 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da gestão do cuidado pelo cuidador familiar na atenção domiciliar ao idoso após a alta hospitalar incluiu, na primeira fase do estudo, a análise do cenário assistencial estabelecido para idosos dependentes de cuidados após alta hospitalar que residem em áreas circunscritas à Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família e Serviço de Atenção Domiciliar do município estudado.

Identificou-se que a região norte, mais populosa, apresentou o maior número de idosos que foram internados e tiveram alta hospitalar no período estudado. Do total de 6.825 altas hospitalares de idosos com idade igual ou superior a 60 anos, 5.486 eram residentes em áreas cobertas pela atenção primária e 3.605 (52,82%) eram do sexo feminino. No período, 289 idosos foram cadastrados no serviço de atenção domiciliar, sendo a maioria entre 70 e 89 anos tendo como principal procedência as Unidades Básicas de Saúde (56,7%). Entretanto, 89 resultaram de alta hospitalar, eram acamados, com incapacidade funcional, demandando continuidade dos cuidados em casa.

Pelos achados da primeira fase, constatou-se que há fragilidades nos sistemas de informação e na infraestrutura dos serviços de saúde quanto aos recursos humanos necessários ao cuidado aos idosos e à comunicação entre os serviços na rede de atenção à saúde.

Ao realizar o levantamento de dados no Sistema e-SUS, SIH e DID, foi necessária uma maior aproximação com vários pontos da rede de atenção à saúde do município estudado. Isso permitiu observar a necessidade de melhorias comuns a todos os setores. No que se refere a alimentação e monitoramento dos sistemas de informação, os mesmos estão desintegrados e existe precariedade dos registros nesses sistemas que dificulta analisar o percurso assistencial de idosos após a alta no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, bem como precisar a demanda elegível a esse cuidado, impossibilitando inferir sobre a resolubilidade pelo acesso aos Serviços de Atenção Domiciliar. Observou-se também que a comunicação entre os serviços da rede de atenção à saúde é complexa e fragmentada.

No que se refere ao número de altas hospitalares de idosos no município, no período de abril de 2017 a março de 2018, este estudo identificou que é elevado o número de internações de idosos residentes em áreas adscritas a uma UBS com ESF. O maior número de idosos atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar é encaminhado pela Atenção primária. Identificou-se também um aumento progressivo de desospitalização e que o maior número de idosos desospitalizados tem mais de 70 anos. Esses dados alertam profissionais e gestão da

saúde quanto à importância de investir no sentido de ampliar e qualificar o cuidado destinado a essa parcela da população, considerando o aumento progressivo de idosos previsto para os próximos anos. Para isso, faz-se necessário implantar protocolos assistenciais com o objetivo de normatizar o cuidado aos idosos e promover a capacitação profissional na área de saúde do idoso.

A compreensão sobre como o cuidador familiar participa da rotina de cuidados ao idoso dependente após a alta hospitalar apontou a existência de mudanças na família no que diz respeito à rotina dos cuidados de saúde no domicílio. Essas mudanças são permeadas de dificuldades no âmbito social, financeiro e emocional. A gerência de multiplicidades de cuidados gera desgastes físicos e emocionais no cuidador familiar e a necessidade de aprendizagem sobre como cuidar, assim como surge a necessidade de apoio da rede informal e formal de cuidados. O desgaste físico advindo do cuidar do idoso dependente requer, portanto, ações do sistema de saúde voltadas para o apoio e acompanhamento dos idosos e desses cuidadores.

A trajetória do cuidador em busca de cuidados na Rede de Atenção à Saúde é permeada pelos obstáculos que impedem o atendimento integral ao idoso e seu cuidador principal. Esses obstáculos remetem especialmente à falta de recursos materiais e profissionais adequados ao atendimento que demanda mais trabalho e esforço por parte dos cuidadores familiares. Nesse sentido, faz-se necessário que os profissionais de saúde compartilhem com as famílias o cuidado aos idosos de modo a atendê-los integralmente e a seus familiares.

Do ponto de vista do cuidador e/ou idoso, o apoio prestado pela UBS com ESF é insuficiente, o que gera a necessidade de buscar outros pontos da rede de atenção à saúde para o atendimento das necessidades dos idosos dependentes. Esse resultado alerta os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, para a necessidade da capacitação com vistas à elaboração de planejamento voltado para uma maior aproximação das famílias de idosos dependentes e, assim, proporcionar o apoio necessário às suas necessidades de saúde.

A principal demanda de enfermagem apresentada pelos cuidadores e/ou idosos é a de orientação para o cuidado após a alta hospitalar. Cabe aos profissionais de saúde orientar os cuidadores de idosos dependentes desospitalizados sobre a cronicidade de sua condição e apoiar no cuidado domiciliar necessário à manutenção e à melhoria da qualidade de vida tanto dos idosos quanto do seu cuidador principal.

A partir dos resultados obtidos, espera-se fortalecer a prática assistencial direcionada à população idosa que necessita de cuidado domiciliar após a alta hospitalar no contexto da AD do SUS e o suprimento de uma lacuna no conhecimento existente na gestão do cuidado domiciliar pelas famílias.

Dado ao tempo para se concluir a pesquisa, uma limitação foi não ter incluído os enfermeiros na investigação. Outra é que os dados não podem ser generalizados a outros cenários assistenciais, uma vez que se referem a um único município pesquisado com um grupo específico de cuidadores.

Acredita-se, todavia, que a pesquisa irá contribuir também para que o enfermeiro implemente cuidados direcionados às necessidades do idoso que precisa de cuidado após a alta hospitalar, de modo a reduzir os custos hospitalares, minimizar as complicações e evitar a reinternação. Além disso, poderá subsidiar as Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde no planejamento de atividades de promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de agravo em idosos dependentes de cuidados familiares após a alta hospitalar. Também poderá ampliar as discussões sobre as demandas de cuidados de enfermagem a idosos após a alta hospitalar conforme as modalidades de Atenção Domiciliar.

Espera-se contribuir para o avanço na implementação de políticas públicas de saúde que incluam ações voltadas para o cuidador e o profissional de saúde rumo à efetivação dos princípios do SUS. Sobretudo, contribuir para o avanço no conhecimento científico acumulado no campo da AD e da enfermagem.

Pelo exposto, sugere-se a realização de pesquisas que apontam a necessidade de investimento na atenção domiciliar, visto que o cuidado adequado no domicílio, no que tange à população idosa, é capaz de reduzir acentuadamente o número de hospitalizações, contribuindo para melhorar a qualidade de vida tanto do idoso quanto do cuidador.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. V. et al. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115 - 131, jan./jun. 2015 | Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/19830/13313>. Acesso em: 15 maio. 2019.
- ANDRADE, A. M. et al. Nursing practice in home care: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 210-219, fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0210.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019.
- ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA T. M. M. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 200-207, Feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a27.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019
- ASTOLFO, S.; KEHRIG, RT. O processo de implantação de uma Estratégia Integrada de SIS na APS: A experiência do E-SUS AB no Mato Grosso, Brasil. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 8-15, July 2017. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1169/1276>. Acesso em: 15 maio. 2019.
- ASSIS, A. S.; CASTRO-SILVA, CR. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280308, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n3/0103-7331-physis-28-03-e280308.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019
- BARBON, F.J.; WIETHÖLTER, P.; FLORES, R.A. Alterações Celulares no Envelhecimento Humano. **Journal Of Oral Investigations**, [s.l.], v. 5, n. 1, p.61-5, jun. 2016. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/JOI/article/view/1379/pdf>. Acesso em: 16 maio. 2019.
- BARRETO, M.S.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n.1, p. 325-39. São Paulo, jan-mar, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092>. Acesso em: 16 maio. 2019.
- BELLATO, R et al. Experiência familiar de cuidado na situação crônica. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 50, n. suplementar, p. 81-8, junho, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0081.pdf. Acesso em: 15 maio. 2019
- BELLATO, R.; ARAÚJO, L.F.S. Por uma abordagem compreensiva da experiência familiar de cuidado. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Martingá, v. 14, n. 3, p. 1394-400, julho/setembro, 2015. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/26868/15376>. Acesso em: 15 maio. 2019
- BRAGA, P. P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência e saúde**

coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, mar 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0903.pdf> . Acesso em: 15 maio. 2019.

BRANDÃO, F. S. R. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos assistidos por um serviço de atenção domiciliar. **Revista de Enfermagem da UFPE [online]**, Recife, v. 11, p. 272-9, jan. 2017. Suplemento 1. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11905/14384>. Acesso em: 15 maio. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.

_____. Lei nº 8.842, de 04 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**, Brasília, DF, 05.jan.1994. Seção 1, p. 77.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006a. Seção 1, p. 142.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, 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**, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Seção 1, p. 43.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter-federativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

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

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 16. maio. 2019

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 abril 2016. Edição: 78 | Seção: 1 | Página: 33.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279/GM/MS**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nº 1/1992 a 95/2016, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. 51. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017a. (Série textos básicos; n. 139 PDF).

_____. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde. Morbidade hospitalar do SUS por local de internação. Minas Gerais.** 2017b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nimg.def>>. Acesso em: 22 out. 2017

_____. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde. Morbidade hospitalar do SUS por local de internação. Minas Gerais.** 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nimg.def>>. Acesso em: 15 maio. 2018

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 maio. 2019.

CAMPINO, A. C. C. Evolução da economia da saúde no Brasil. In: NITA, M. E. (Org.) et al. **Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão.** Porto Alegre: Artmed. 2010. p. 219-224.

CARRETERO-ALCÁNTARA, L. et al. Integración clínica en el paciente crónico. **Enfermería clínica**, Madrid, v. 24, n. 1, p. 35-43, 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/2124/01b2b30580d739f9ef35e77bba69da21280f.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019.

CARVALHO, D. P. et al. Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 450-8, June 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00450.pdf . Acesso em: 15 maio. 2019.

CASTRO, E. A. B. et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2018;39:e2016-0002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-01-e2016-0002.pdf>. Acesso em: 15

maio. 2019.

CAMARGO JUNIOR, K.R. Apresentando Logos: um gerenciador de dados textuais. **Instituto de Medicina Social – UERJ**, Rio de Janeiro, 2003. 30 p.

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-99, June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019.

CHIBANTE, C. L. et al. O gerenciamento do cuidado de enfermagem aos clientes idosos: a busca por evidências. **Revista de Enfermagem da UFPE [online]**, Recife, v. 10, p. 848-58, fev. 2016. Suplemento 2. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11028/12417>. Acesso em: 15 maio. 2019.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Cofen, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 15 maio. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 0464, de 20 de outubro de 2014. Normatiza a Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar. Cofen, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html. Acesso em: 15 maio. 2019.

CORRALES-NEVADO, D.; PALOMO-COBOS, L. La importancia de lalongitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. **Enfermería clínica**, Madrid, v. 24, p. 51-8, 2014. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862113001319>. Acesso em: 15 maio. 2019.

COSTA, S. R.D.; CASTRO, E. A.B.; ACIOLI, S. Apoio de enfermagem ao autocuidado do cuidador familiar. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.197-20, mar./abr. 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/16494/12790>. Acesso em: 15 maio. 2019

COUTO, AM; CALDAS, C.P.; CASTRO, E.A.B. Cuidador familiar de idosos e o Cuidado Cultural na assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 959-66, maio, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-0959.pdf. Acesso: 15 maio. 2019

COUTO, A.M., et al. Cuidado domiciliar sob a ótica de idosos dependentes: contribuições para a enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 4, p. 1-12, out./dez. 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16068>. Acesso em: 15 maio. 2019

COUTO, A. M.; CASTRO, E. A. B.; CALDAS, A. P. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. **Rev RENE: revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 76-85, jan./fev. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2624/2011>. Acesso em: 15 maio. 2019.

DALTIO, C. S. et al. Estudos farmacoeconômicos e carga da doença em esquizofrenia. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 34, p. 208-212, 2007. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a12v34s2.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019.

DATASUS, 2017. Departamento de Informática do SUS. **Projetos**. Portal da Saúde: DATASUS; Brasília, 2017.

ERVATTI, L.; BORGES, G.; JARDIM, A. (Orgs). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções das populações. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em :<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019.

FERNANDES, C. S.; ANGELO, M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 675-82, agosto, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0675.pdf. Acesso em: 15 maio. 2019

FERNANDES, C.S.; ANGELO, M.; MARTINS, M.M. Cuidadores familiares de idosos dependentes: mesmas necessidades, diferentes contextos: uma análise de grupo focal. **Geriatrics, Gerontology and Aging (Impresso)**. 2018;12(1):31-7. Disponível em: <http://www.ggaging.com/details/455/pt-BR/family-caregivers-of-dependent-elderly--same-needs--different-contexts-%E2%80%93-a-focus-group-analysis>. Acesso em: 15 maio. 2019

FERREIRA, J. M. et al. indicadores de qualidade na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Ciência plural**, v. 3, n. 3, p. 45-68, 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-883302>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

FREITAS, E.V. **Tratado de geriatria e gerontologia**/Elizabete Viana de Freitas, Ligia Py. – 4. ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Disponível em: <https://sbgg.org.br/publicacoes-cientificas/livros/tratado-de-geriatria-e-gerontologia>. Acesso em 3 maio. 2019.

FREITAS, G. M.; SANTOS, N.S.S. Atuação do Enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro – RECOM**, v. 04, n. 02, mai.Ago, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/443/754>. Acesso em: 15 maio.2019.

FREITAS, M. A. S.; ARAÚJO, M. R. N. As redes de atenção à saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, p. 15-33, dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em 09 jun 2019.

GALLASSI, C. V. et al. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **ABCS health sciences**, Santo André, v. 39, n. 3, p. 177-85, 2014. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/653>. Acesso em: 15 maio.2019.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-96, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/08.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019

HERMANN, A. P. et al. O processo de ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2383-2392, July, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2383.pdf> . Acesso em: 15 maio. 2019.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Juiz de Fora: população, 2017**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>>. Acesso em: 22.out.2017.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, 2018**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao//index.html>. Acesso em: 14 jan.2018.

JESUS, I. T. M.; ORLANDI, A. A. S.; ZAZZETTA, M. S. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 194-204, abril, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n2/pt_1809-9823-rbgg-21-02-00194.pdf. Acesso: 15 maio. 2019

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde 2018-2021**. Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. Mimeografado.

KOCH, I. G. V.; TRAVAGLIA, L. C. A coerência textual. 8.ed. São Paulo: **Contexto**, 1997. LANZONI, G. M. M. et al. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 322-332, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/29570/19583>. Acesso em: 15 maio. 2019.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-74, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/867-874>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

LEITE, N. S.; KANIKADAN, P. Y. S. Estudo bibliográfico sobre qualidade de vida em idosos. **South American Journal of Basic Education, Technical and Technological**, v. 5, n. 3, p. 167-82, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufac.br/index.php/sajebtt/article/view/1556/1346>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>. Acesso em: 15.

maio. 2019.

MARTINS, A. B. et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p.3403-16, agosto, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03403.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019

MESCHIAL, W. C. et al. Idosos vítimas de quedas atendidos por serviços pré-hospitalares: diferenças de gênero. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 3-16, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n1/pt_1415-790X-rbepid-17-01-00003.pdf. Acesso em: 15 maio. 2019.

MORAGA, Y.L.T.; RIVEROS, E.R. Cuidadores informales rurales de pacientes dependientes severos. **Revista Iberoamericana de Investigación em Enfermagem**, Madrid, v.6, n.1, p.56-62, janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/192/cuidadores-informales-rurales-de-pacientes-dependientes-severos/>. Acesso em: 15 maio. 2019

MOCELIN, C. et al. O cuidado do idoso dependente no contexto familiar. **Revista online de pesquisa. Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.1034-9, out./dez. 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5747/pdf_1. Acesso em: 15 maio. 2019

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30.ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf. Acesso em: 02 jun. 2019

MUNIZ, E. A. et al. Atenção domiciliar ao idoso na estratégia saúde da família: perspectivas sobre a organização do cuidado. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, Recife, v. 11, p. 296-302, jan. 2017. Suplemento 1. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11908/14391>. Acesso em: 15 maio. 2019

MUNIZ, E. A. et al. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 172-82, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0172.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019

NARDI, E. D. F. R. et al. Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n.1, 2012, p. 98-105. Disponível

em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18864>. Acesso: 15 maio. 2019

NAKATA, P. T.; COSTA, F. M.; BRUZAMOLIN, C. D. Cuidados de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, Recife, v. 11, p. 393-402, jan. 2017. Suplemento 1. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11920/14415>. Acesso em: 15 maio. 2019.

NORTEY, S.T. et al. Economic burden of family caregiving for elderly population in southern Ghana: the case of a peri-urban district. **International Journal for Equity in Health**. 2017;16(1):16. Published 2017 Jan 14. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237474/pdf/12939_2016_Article_511.pdf. Acesso: 15 maio. 2019

OLIVEIRA, M. L.; SANTOS, L. M. P.; SILVA, E. N. Bases metodológicas para estudos de custos da doença no Brasil. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 27, n. 5, p. 585-595, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v27n5/1415-5273-rn-27-05-00585.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019

OLIVEIRA, S.G, et al. Enunciados sobre a atenção domiciliar no cenário mundial: revisão narrativa. **Enfermeria Global**, julho, v.39, p. 375-89, 2015. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt_revision4.pdf. Acesso em: 15 maio. 2019

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L. Melhor em casa: dispositivo de segurança. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e2660015, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e2660015.pdf. Acesso em: 15 maio. 2019

OREM, D.E; TAYLOR, S.G.; RENPENNING, K.M. **Nursing: concepts of practice**. 6th ed. St. Louis: Mosby, 2001. e-book.

PAIM J. et al. O Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. p.11-29. (Série Saúde no Brasil), 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 15 maio. 2019

SANTOS, C. T. B. et al. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 45-62, março, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00045.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019

QUEIRÓS, P J P et al. Significados atribuídos ao conceito de cuidar. **Revista Enfermagem Referência**, Coimbra, v. IV, n. 10, p. 85-94, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn10/serIVn10a10.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019

REIS, L. A.; TRAD, L. A. B. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 28-41, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v17n3/03.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019

ROTILLI, J. et al. O idoso dependente no contexto familiar após a alta do projeto cuidados continuados integrados. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 6., 2017, Salamanca. **Atas...** Salamanca: CIAIQ, 2017. p. 1323-1330.

SALVADOR, M. Programa Saúde na Escola: saberes e diálogos na promoção da educação sexual de adolescentes. 2018. 153f. **Tese (Doutorado em Enfermagem e Trabalho)** – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP.

SÁNCHEZ-MARTÍN, C. I. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en enfermería. enfermeras de práctica avanzada y paciente crónico. **Enfermería clínica**, Madrid, v. 24, n. 1, p. 79-89, 2014. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862113001964>. Acesso em: 15 maio. 2019

SANTOS, W. P. et al. Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, Colombia, v. 10, n. 2, p. 167-82, mai./ago. 2019. Disponível em: <<https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/607>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

SANTOS-ORLANDI, A. A. et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Escola Anna Nery Revista**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170013, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170013.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. Rede de atenção à pessoa idosa. Helena Akemi Wada Watanabe [et al.]. Fundação Padre Anchieta, 2009. Disponível em: http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/publicacoes/volume3_Nete_atencao_pessoa_idosa.pdf Acesso em: 09 jun 2019.

SILVA, K. L. et al. Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 408-14, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a14.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019

SILVA, T. I. M et al. Difusão da inovação e-SUS Atenção Básica em Equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 2945-2952, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n6/pt_0034-7167-reben-71-06-2945.pdf. Acesso em: 15 maio. 2019

SILVA, K.L. et al. Desafios da atenção domiciliar sob a perspectiva de redução de custos/racionalização de gastos **Revista Enfermagem UFPE [online]** Recife, v.8, n.6, p.1561-7, jun., 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9846/10055>. Acesso: 15 maio. 2019

SILVA, C. F.; PASSOS, V.M.A.; BARRETO, S.M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 707-31, Dezembro, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n4/11.pdf>. Acesso: 15 maio. 2019

SILVA, DM et al Vilela ABA, Nery AA, Duarte ACS, Alves MR, Meira SS. Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, July, 2015, v. 20, n. 7, p. 2183-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2183.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019

SILVA, K. L., SENA, R. R. CASTRO, W.S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.38, n.4, p. e67762, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e67762.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019

SILVA, K. L., et al. Trajetória política da atenção domiciliar em Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23:e-1155, 2019. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1296>. Acesso em: 15 maio. 2019

SOUZA, I.P.; ARAÚJO, L.F.S., BELLATO, R. A dádiva e o cuidado no tempo vivido em família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p. 990-8, out/dez, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5650/pdf_1. Acesso em: 15 maio. 2019

SOUZA, A. et al., Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.6, p. 864-73, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1176.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TEIXEIRA, S. M. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 59-80, dezembro, 2008. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2393/1486> Acesso em: 15 maio. 2019

TOLEDO, S.T. Atenção Domiciliar pelo Programa Melhor em Casa: perfil da demanda na implantação. 2017. **Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)**. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

VIEIRA, L. et al. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 255-264, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n2/08.pdf> Acesso em: 15 maio. 2019

YAVO, Ivete de Souza; CAMPOS, Elisa Maria Parahyba. Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 20-32, abr. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v18n1/02.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2019

WALDOW, V. R. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 17, n. 1, p.13-25, janeiro-junho, 2015. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/286320491> Enfermagem a pratica do cuidado so b o ponto de vista filosofico. Acesso em: 16 maio. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration on Primary Health Care Astana, 2018. Acesso 15 jul 2019. Disponível em: <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>

WENDT, C. J. K. et al. Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 406-143, maio/jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0406.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido cuidador familiar de idosos

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “**Atenção Domiciliar: gestão do cuidado a idosos após a alta hospitalar**”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a necessidade de despertar reflexões que contribuam para melhorar as condições do cuidado para a família e para o idoso atendido pelo serviço de Atenção Domiciliar do SUS. Nesta pesquisa, pretendemos “Analisar a gestão do cuidado aos idosos após a alta hospitalar no contexto da Atenção Domiciliar no SUS”.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: observaremos como estão sendo realizados os cuidados de saúde com você em casa após a sua alta hospitalar; faremos uma entrevista com você e/ou com uma pessoa de sua família, que você considera ser a sua principal cuidadora, que venha lhe acompanhando ao longo de todo o seu tratamento em casa e nos serviços de saúde do SUS. A entrevista será realizada em seu domicílio em um horário e lugar definidos por você e será guiada por perguntas, listadas em um roteiro, que giram em torno de como acontecem os cuidados de saúde em casa após a alta hospitalar e como a UBS e aos profissionais da Equipe de Saúde da Família participam e contribuem com vocês. A entrevista, semelhante a uma conversa, será gravada com o auxílio de um aparelho celular programado para não receber nenhuma ligação ou mensagem que interrompa (*smartphone* ligado em modo *off-line*). Depois vamos ouvir e transcrever a entrevista para ser lida e dela retirarmos a seleção de falas que serão os dados importantes à pesquisa.

Para realizar a pesquisa, não realizaremos nenhuma intervenção ou procedimento clínico junto ao seu corpo e por isso o risco que pode ocorrer em você participar é o de você sentir incômodo em falar sobre assuntos que acontecem com você em sua vida. Estaremos atentas para que você se sinta o mais a vontade possível para relatar o que for relevante a esta pesquisa sem causar-lhe desconforto e, se isso ocorrer e nós não percebermos você deve nos informar e interromperemos imediatamente a entrevista. A pesquisa visa contribuir para que os cuidados de enfermagem que são ofertados pelos serviços de atenção domiciliar do SUS atendam às necessidades de saúde do idoso dependente de cuidados em casa após a alta hospitalar reduzindo os custos, as complicações e prevenindo que idosos retornem a internar por motivos que podem ser resolvidos em seus domicílios. A pesquisa vai produzir conhecimentos que irão esclarecer quais os tipos de apoio necessário para o familiar que realiza e/ou acompanha os cuidados ao idoso dependente no domicílio, e também ajudará a esclarecer qual é o papel da família e qual é o papel dos profissionais dos serviços de saúde que realizam os atendimentos ao idoso que precisa ser cuidado em casa após ter alta do hospital ainda dependendo de cuidados.

Para participar deste estudo, você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que

uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Rosangela Aparecida Elerati Silva.
Campus Universitário da UFJF
Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Enfermagem UFJF
CEP: 36036-900 Fone: (032) 9915934-51
E-mail: rosangelaelerati@yahoo.com.br

APÊNDICE B

Roteiro para levantamento de idosos dependentes de Atenção Domiciliar acompanhados pela Estratégia Saúde da Família e seus cuidadores familiares

Nome:	Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Patologias e Comorbidades:	Tratamento Atual:	
Período de internação:		
Número do Prontuário:	Equipe responsável:	
Cuidador Familiar:	Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Endereço:	Telefone:	
Referência:		

APÊNDICE C

Roteiro Estruturado para obtenção dados do cuidador familiar

Data Nasc ___/___/___ Cod. Do Participante: _____ Sexo: 1 Masc. 2 Fem.

Estado Civil: 1. Solteiro 2. Casado 3. Companheiro 4. União Estável 5. Separado 6. Divorciado 7. Viúvo 8. Especificar _____.

Escolaridade: 1. Analfabeto 2. Semi –analfabeto 3. Ensino fundamental I 4. Ensino fundamental II 5. Ensino médio incompleto 6. Ensino médio completo 7. Ensino superior incompleto 8. Ensino superior completo Obs: _____

Cor da pele: 1. Branca 2. Parda 3. Preta 4. Amarela 5. Indígena **Profissão**: _____

Religião: 1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita 4. Budista 5. Testemunha de Jeová 6. Outra Especificar _____.

Renda: 1. Um salário mínimo 2. Dois salários mínimos 3. Três salários mínimos 4. Quatro salários mínimos 5. Especificar _____

Patologia: 1. Sim 2. Não Tipo de patologia: 1. HAS 2. DM 3. Artrite/Artrose 4. Osteoporose 5. Dislipidemia Outras Especificar: _____ Tempo _____

Grau de parentesco com o idoso: 1. Esposo (a) 2. Filho (a) 3. Neto (a) 4. Nora/Genro 5. Outro Especificar _____

Quanto tempo você é responsável pelo idoso: Quais os cuidados realizados ao idoso após a alta hospitalar

Participa de capacitação/ treinamento: 1. Sim 2. Não
Especificar: _____

APÊNDICE D

Roteiro Estruturado para obtenção de dados dos Idosos dependentes

Data Nasc ___/___/___ Cod. Do Participante: _____ Sexo: 1 Masc. 2 Fem.

Estado Civil: 1. Solteiro 2. Casado 3. Companheiro 4. União Estável 5. Separado 6. Divorciado 7. Viúvo
8. Especificar _____.

Escolaridade: 1. Analfabeto 2. Semi –analfabeto 3. Ensino fundamental I 4. Ensino fundamental II 5. Ensino médio incompleto 6. Ensino médio completo 7. Ensino superior incompleto 8. Ensino superior completo
Obs: _____

Cor da pele: 1. Branca 2. Parda 3. Preta 4. Amarela 5. Indígena Profissão: _____

Religião: 1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita 4. Budista 5. Testemunha de Jeová 6. Outra
Especificar _____.

Renda: 1. Um salário mínimo 2. Dois salários mínimos 3. Três salários mínimos 4. Quatro salários mínimos 5. Especificar _____

Patologia: 1. Sim 2. Não Tipo de patologia: 1. HAS 2. DM 3. Artrite/Artrose 4. Osteoporose 5. Dislipidemia
 Outras Especificar: _____ Tempo _____

APÊNDICE E

Roteiro para Entrevista Semiestruturada com Cuidador Familiar

Fale livremente para mim:

- 1- Como é para o (a) Sr(a) ter que cuidar de um familiar idoso dependente de cuidados em casa após a alta hospitalar?
- 2- Como é a rotina de vida diária do(a) Sr(a) e da família ao assumirem o cuidado de saúde em casa?
- 3- Como o Sr(a) solicita atendimentos na UBS;
 - a. Qual o tipo de apoio o Sr(a) recebe da mesma?
 - b. A quem solicita atendimentos?
 - c. De quanto em quanto tempo o(a) Sr(a) recebe visita do enfermeiro?
- 4- Como a enfermagem da UBS participa do cuidado ao Sr(a) aqui em sua casa após a alta hospitalar?
 - a. Como o(a) Sr(a) considera o apoio da enfermagem da UBS no atendimento domiciliar
 - b. Do que o (a) Sr(a) depende da equipe de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família?
- 5- Como o familiar participando do cuidado do(a) Sr(a) após a alta hospitalar?
 - a. O que o (a) Sr (a) ou o familiar do Sr(a) assume diariamente para atender ao tratamento após a alta?
 - b. Do que vocês dependem da enfermagem para satisfazer as necessidades da assistência domiciliar ao idoso após a alta hospitalar?
- 6- Como o(a) Sr(a) percebe o atendimento da Enfermagem da Unidade Básica de Saúde (UBS)?
- 7- O Sr (a) gostaria de falar de suas dúvidas ou algo mais sobre este assunto?

APÊNDICE F

Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado ATENÇÃO DOMICILIAR: GESTÃO DO CUIDADO A IDOSOS APÓS A ALTA HOSPITALAR, declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Assinatura

Rosangela Aparecida Elerati Silva
Nome do pesquisador responsável

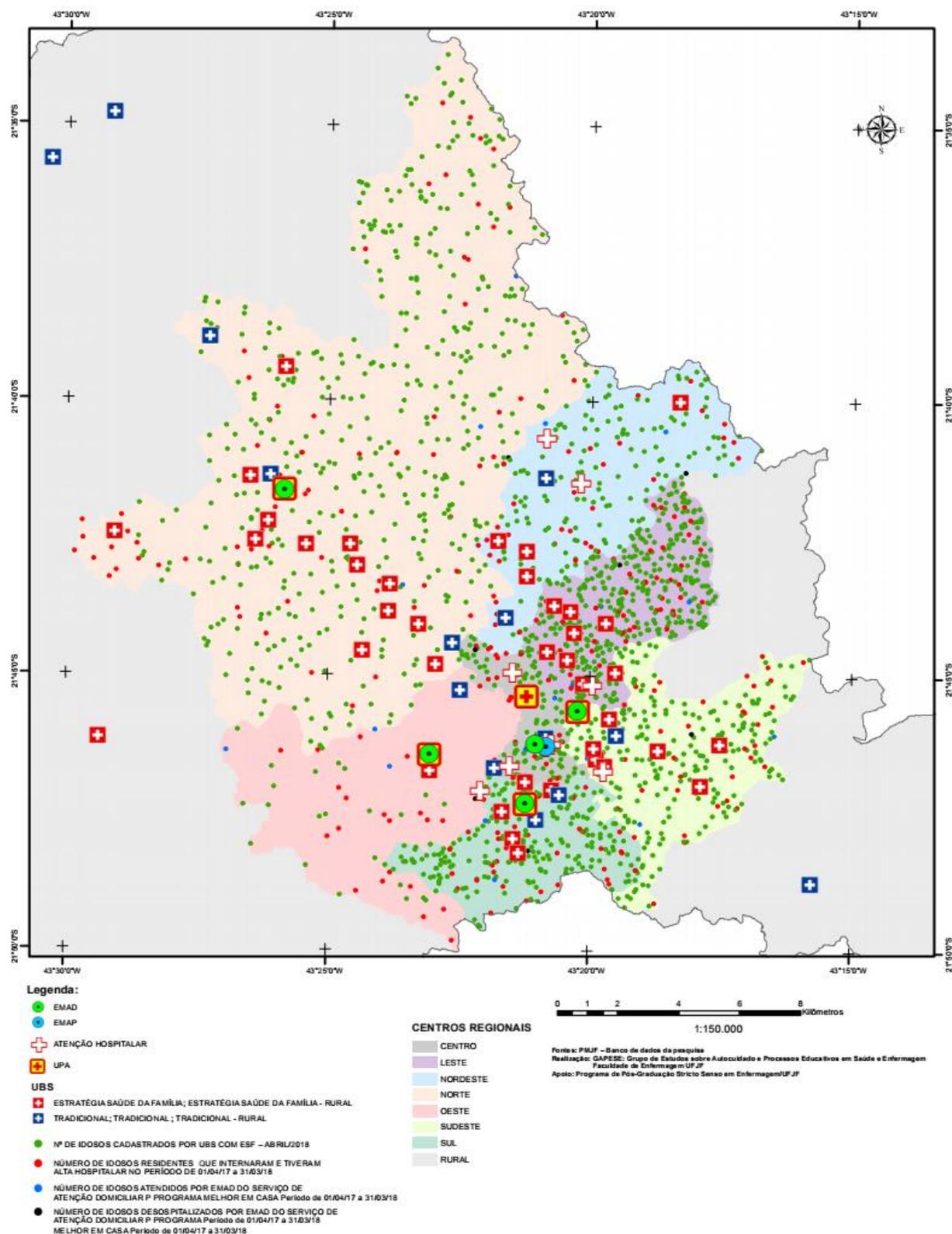
Fone: (32) 9915934-51

E-mail: rosangelaelerati@yahoo.com.br

Juiz de Fora ____ de _____

APENDICE G

Idosos residentes em áreas circunscritas a UBS com ESF e a Serviços de Atenção Domiciliar conforme regiões administrativas de Juiz de Fora (MG) Período Abril de 2017 e Março de 2018



ANEXOS

ANEXO A**Declaração de Concordância e Infraestrutura**

Subsecretaria de Regulação da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora

**DECLARAÇÃO**

Eu, **Victor Monteiro Rodrigues**, na qualidade de Subsecretário de Regulação da Secretaria Saúde do Município de Juiz de Fora, autorizo a realização da pesquisa intitulada **Atenção Domiciliar: gestão do cuidado a idosos após a alta hospitalar**, a ser conduzida sob responsabilidade das pesquisadoras Prof^a Dr^a Edna Aparecida Barbosa de Castro e Enf^a E Rosangela Aparecida Elerati Silva. Trata-se de uma pesquisa a ser apresentada na forma uma dissertação de mestrado, que tem como objetivo geral analisar a gestão do cuidado domiciliar aos idosos após a alta hospitalar no contexto da atenção domiciliar no SUS. DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê Ética da UFJF para a referida pesquisa. As pesquisadoras se comprometem a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização e o bem-estar dos sujeitos da pesquisa garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 27 de Dezembro de 2017.

ASSINATURA _____

Victor Monteiro Rodrigues
Subsecretário de Regulação
SS/Reg. SS/PJF

Victor Monteiro Rodrigues
Subsecretário de Regulação da SS/SSR
do Município de Juiz de Fora

ANEXO B

Escala para a Avaliação da Capacidade de Autocuidado – ACA

Desenvolvida pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Autocuidado e Processos Educativos em Saúde e Enfermagem (GAPese) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Participante: _____ Código: _____ Data: ___/___/2018

Legenda: **0** – Independente; **1** - Necessita do auxílio de equipamentos; **2** - Necessita do auxílio de pessoas; **3** - Necessidade de auxílio de pessoas e de equipamentos; **4** - Dependente/Incapaz para o Autocuidado

<input type="checkbox"/> Independente/Apoio Educação <input type="checkbox"/> Parcialmente Compensatório <input type="checkbox"/> Totalmente Compensatório						
Requisitos para o Autocuidado		Capacidade de Autocuidado				
		0	1	2	3	4
UNIVERSAIS	Alimentação (Água e Alimentos)					
	Realizar Higiene: Banhar-se /Oral/Íntima					
	Vestir-se/arrumar-se					
	Usar o sanitário					
	Eliminação Urinária					
	Eliminação Intestinal					
	Sono e Descanso					
DESVIOS DE SAÚDE	Respirar					
	Mobilizar-se no leito					
	Transferências					
	Deambular					
	Equipamentos auxiliares: <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> Tala/Colete <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas					
	Subir escadas					
	Realizar Procedimentos Técnicos Prescritos: Qual?					
	Administrar medicações					

DESENVOLVIMENTAL	Cognição-Atenção-Interação (Orientar-se/Aprender)					
	Comunicação/Percepção conforme idade					
	Busca de Bem-Estar Humano (instrumentais: compras, uso de telefone, etc.)					
	Busca de Bem-Estar Social (<input type="checkbox"/> mora sozinho? <input type="checkbox"/> Busca ajuda? <input type="checkbox"/> Solidão?)					
	Manutenção do lar (cuidados básicos com ambiente físico)					
	Manutenção da Saúde: <input type="checkbox"/> Imunizações conforme cartão vacinal					
	Manutenção da Saúde segundo idade: <input type="checkbox"/> preventivo/mamografia <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> Outros					
	Lidar com riscos: <input type="checkbox"/> físicos/ergonômicos/ambiente – qual?					
	Lidar com riscos: <input type="checkbox"/> biológicos/situacional/evento atual – qual?					

Sistemas de enfermagem	Pontuação
Independente/Apoio Educação	0 a 23
Parcialmente Compensatório	24 a 39 - incluindo 3 pontos em cada item: vestir-se, movimentar no leito e realizar procedimentos
Totalmente Compensatório	40 a 92 - incluindo 3 ou 4 pontos em cada item: vestir-se, movimentar no leito e realizar procedimentos.

Impressões

do(a)

Pesquisador(a): _____

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO DOMICILIAR: GESTÃO DO CUIDADO A IDOSOS APÓS A ALTA HOSPITALAR

Pesquisador: ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84433318.5.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.633.077

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 468/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a gestão do cuidado aos idosos após a alta hospitalar no contexto da Atenção Domiciliar no SUS

Objetivo Secundário:

Descrever como ocorre a Atenção Domiciliar pela Estratégia Saúde da Família ao idoso dependente de cuidados após a alta hospitalar;

- Compreender as interlocuções entre a família e os serviços de saúde da Atenção Primária ao assistir os idosos dependentes de cuidados após a alta hospitalar;

- Identificar as ações de cuidado realizadas por famílias de idosos dependentes de cuidados após a alta hospitalar e as que são ofertadas pela enfermagem dos Serviços de Atenção Primária, pela modalidade de Atenção Domiciliar tipo I.

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.633.077

atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.633.077

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: julho de 2019.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1062785.pdf	24/04/2018 16:33:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_corrigido_comite.docx	24/04/2018 16:33:21	ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Idoso_corrigido.docx	12/04/2018 12:55:07	ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Enfermeiro_corrigido.doc	12/04/2018 12:44:35	ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA	Aceito
Outros	APENDICED.pdf	05/03/2018 20:22:25	ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termosigiloassinado.pdf	05/03/2018 19:57:25	ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	apendiceG.pdf	25/01/2018 00:38:27	ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA	Aceito
Outros	apendiceF.pdf	25/01/2018 00:37:04	ROSANGELA APARECIDA	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.633.077

Outros	apendiceF.pdf	25/01/2018 00:37:04	ELERATI SILVA	Aceito
Outros	apendiceE1.pdf	25/01/2018 00:36:18	ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA	Aceito
Outros	apendiceE.pdf	25/01/2018 00:35:28	ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA	Aceito
Outros	apendiceC.pdf	25/01/2018 00:33:39	ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA	Aceito
Outros	apendiceB.pdf	25/01/2018 00:12:15	ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	25/01/2018 00:09:30	ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaoconcoordancia.pdf	24/01/2018 23:52:59	ROSANGELA APARECIDA ELERATI SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 03 de Maio de 2018

Assinado por:
Lainer Augusta da Cunha Serrano
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO D
Declaração de Concordância e Infraestrutura
Faculdade de Enfermagem



Universidade Federal de Juiz de Fora- Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu- Curso de Mestrado em Enfermagem

Eu, **Profa. Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco**, Vice-Diretora em exercício da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, autorizo a realização da pesquisa intitulada **Atenção Domiciliar: gestão do cuidado a idosos após a alta hospitalar**, a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras Prof^a Dr^a Edna Aparecida Barbosa de Castro e Enf^a Especialista Rosangela Aparecida Elerati Silva. Trata-se de uma pesquisa a ser apresentada na forma de uma dissertação de mestrado, que tem como objetivo geral de analisar a gestão do cuidado domiciliar aos idosos após a alta hospitalar no contexto da atenção domiciliar no SUS; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa. As pesquisadoras se comprometem a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos sujeitos da pesquisa garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2017.

Assinatura _____

Profa. Dr.^a Zuleyce Maria Lessa Pacheco
Vice-Diretora em exercício da Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal de Juiz de Fora

ANEXO E

Declaração de Concordância e Infraestrutura
Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde – SSAPS



DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA

Eu, **Thiago Augusto Campos Horta**, na qualidade de responsável pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde do Município de Juiz de Fora, autorizo a realização da pesquisa intitulada: **Atenção Domiciliar: gestão do cuidado a idosos após a alta hospitalar**, a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras Prof^aDr^a Edna Aparecida Barbosa de Castro e Enf^a Esp. Rosangela Aparecida Elerati Silva. Trata-se de uma pesquisa a ser apresentada na forma de uma dissertação de mestrado, que tem como objetivo geral de analisar a gestão do cuidado domiciliar aos idosos após a alta hospitalar no contexto da atenção domiciliar no SUS; e DECLARO que esta instituição apresenta infra-estruturar necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa. As pesquisadoras se comprometem a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos sujeitos da pesquisa garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 27 de Thiago Campos Horta de 2017.

ASSINATURA _____

Thiago Augusto Campos Horta
 Subsecretario de Atenção Primária à Saúde
 do Município de Juiz de Fora

ANEXO F

Declaração de Concordância e Infraestrutura
Subsecretaria de Urgência e Emergência de Juiz de Fora



DECLARAÇÃO

Eu, **Adriana Fagundes Cláudio**, na qualidade de Subsecretária de Urgência e Emergência do Município de Juiz de Fora, autorizo a realização da pesquisa intitulada **Atenção Domiciliar: gestão do cuidado a idosos após a alta hospitalar**, a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras Prof^ªDr^ª Edna Aparecida Barbosa de Castro e En^ª Esp. Rosangela Aparecida Elerati Silva. Trata-se de uma pesquisa a ser apresentada na forma de uma dissertação de mestrado, que tem como objetivo geral de analisar a gestão do cuidado domiciliar aos idosos após a alta hospitalar no contexto da atenção domiciliar no SUS; e DECLARO que esta instituição apresenta infra-estrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa. As pesquisadoras se comprometem a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos sujeitos da pesquisa garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 27 de Dezembro de 2017.

ASSINATURA _____

Adriana Fagundes Claudio
 Subsecretaria de Urgência
 e Emergência / SS / PUF

Adriana Fagundes Cláudio
 Subsecretária de Urgência e Emergência
 do Município de Juiz de Fora

ANEXO G

Certificado de apresentação de dados da pesquisa em Evento Científico

Presidente da ABEn Nacional, do
70º CBEn, 6º SENABS e 5º CLAHEn

Presidente da ABEn PR
Comitê Gestor dos Eventos

Promoção e Realização: 

Autenticação 
web.eventogyn.com.br/event/70cben/certificate
Código de Segurança: 142.009.506.904
Emitido em: 30 de novembro de 2018


13 a 16 de Novembro de 2018
Expo Unimed, Curitiba-PR

6º SENABS
Seminário Nacional de Diretrizes de
Enfermagem na Atenção Básica em Saúde

5º CLAHEn
Colóquio Latino-Americano
de História da Enfermagem

Certificado

Certificamos que o trabalho de título: **Gestão da Atenção Domiciliar de idosos após a alta hospitalar**, de autoria de Edna Aparecida B Castro; Rosângela Aparecida Elerati Silva; Talita Matos Pereira Santos; Camila do Nascimento Silva; Paula Valente Werneck; Cássia Evangelista Delgado, orientado por Edna Aparecida Barbosa de Castro, foi apresentado no **70º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 6º Seminário Nacional de Diretrizes de Enfermagem na Atenção Básica em Saúde e 5º Colóquio Latino Americano de História da Enfermagem**, realizados no Expo Unimed em Curitiba/PR, no período de 13 a 16 de novembro de 2018, na modalidade: Comunicação Coordenada.

Curitiba, 16 de novembro de 2018.


Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca
Presidente da ABEn Nacional, do
70º CBEn, 6º SENABS e 5º CLAHEn


Denise Faucz Kletemberg
Presidente da ABEn PR
Comitê Gestor dos Eventos

Certificado (3).pdf raqueldeoliveira...pdf Soda_PDF_11_inst...exe Exibir todos

Digite aqui para pesquisar POR 18:09 PTB2 02/06/2019

ANEXO H

Comprovante de submissão de artigo oriundo da dissertação

Revista de APS

Tarefas 0

Português (Brasil) Ver o Site r0307e

OJS
OPEN JOURNAL SYSTEMS

Submissões

Submissões

Fila Arquivos

Ajuda

Minhas Submissões Designadas

Buscar

Nova Submissão

26168 Rosangela Aparecida Elerati Silva, Edna Aparecia Barbosa de Castro, MARIA D...
CENÁRIO ASSISTENCIAL ESTABELECIDO PARA ATENÇÃO AO IDOSO DEPENDENTE ...

Submissão

1 de 1 submissões

Platform & workflow by
OJS/PKP

Digite aqui para pesquisar

POR 16:54
PTB2 13/05/2019