

A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE CUIDADO DOMICILIAR DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

THE SOCIAL WORK CONTRIBUTION IN THE HOME CARE PROGRAM OF A HEALTH UNIT IN PORTO ALEGRE (BRAZIL)

Carmen Lucia Nunes Da Cunha*

RESUMO: Esta pesquisa discute a importância da participação do assistente social no Programa de Cuidado Domiciliar de uma unidade de saúde de Porto Alegre. Através de um estudo descritivo e exploratório identifica-se o perfil dos usuários e cuidadores atendidos no Programa, avalia-se a satisfação em relação ao atendimento recebido e o nível de sobrecarga dos responsáveis pelo cuidado. Os dados foram obtidos através de 24 entrevistas com usuários, familiares e cuidadores e mostraram que os usuários do Programa estão numa faixa etária que varia de 60 a 90 anos; são em sua maioria mulheres; moram na área de abrangência da unidade há mais de 15 anos; têm como cuidadores informais seus familiares, normalmente filhas ou cônjuges, que apresentam elevados níveis de sobrecarga por desempenharem tal papel; não acessam o serviço social da unidade de saúde.

Palavras-chave: Serviço Social. Cuidado Domiciliar. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: *This research discusses the importance of the Social Worker participation in the Home Care Program of a Health Unit in the Brazilian city of Porto Alegre. Through a descriptive and exploratory study identifies the users and carers profile served by the program. It also evaluates the satisfaction considering the care received and the level of overload of the responsible for the care. The data was obtained through 24 interviews with users served by the program, families and carers and shows that users are in the 60-90 age group, and are most women; living around the Unit for more than 15 years; has as informal carers their families, usually daughters or spouses, which shows an overload for play this role; do not attend the social service of the Health Unit.*

* Mestranda em Serviço Social na PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2016). Assistente Social no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2013). Preceptora no Programa de Pós-Graduação da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2013 e 2014). Especialista em Saúde Mental, Gestão, Atenção e Controle Social pela Escola GHC/IFCH (2013). Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição (2012). Graduada em Serviço Social pela PUCRS - (2010). Especialista em Projetos Sociais e Culturais pela UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2002). Especialista em Ciência Política pela PUCRS (1995). Graduada em Ciências Sociais pela PUCRS (1992).

INTRODUÇÃO

Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população elevaram a média de vida do brasileiro de 48 anos, em 1960, para 73,4 anos em 2010, ou seja, um aumento de 25,4 anos em cinco décadas, segundo dados divulgados pelo IBGE. Como reflexo deste avanço percebe-se que o Brasil tem um perfil demográfico cada vez mais envelhecido. O percentual de pessoas com mais de 60 anos aumentou de 8,6% em 2000, para 10,8% em 2010. Estima-se que, para 2050, a cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172, 7 idosos.

Se por um lado, esse aumento na expectativa de vida reflete melhora nas condições de vida e progresso na área da saúde, por outro implica em mudança nos serviços de saúde para atender essa grande população de idosos. Um desafio para a Atenção Primária à Saúde (APS) que precisa se adequar às mudanças no perfil epidemiológico do país, reestruturando serviços e programas para dar conta desta nova realidade, sem esquecer, contudo, as características peculiares e únicas dos serviços prestados neste nível de atenção: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

Na APS um dos serviços prestados a população de idosos é o cuidado domiciliar, caracterizado, segundo Lopes (2003), pela efetivação de toda e qualquer atividade desenvolvida a domicílio por profissionais que integram a equipe de saúde. Este atendimento a domicílio pode ser dividido em quatro modalidades: atendimento domiciliar, internação domiciliar, acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar.

Ao estudar a assistência domiciliar Fabrício (2004) aponta que a prevalência de doenças crônicas em idosos torna os pacientes mais propensos à necessidade de cuidado no domicílio, principalmente pela grande dificuldade de locomoção que muitos apresentam devido à senescência e a senilidade. Problemas neurológicos e neoplasias debilitam muito o paciente e abalam

demais os familiares ou cuidadores, pois requerem muita ajuda, principalmente com a rápida evolução da doença. O que se nota, segundo ele, é que a maioria tornou-se acamada, ou, em pouco tempo evoluiu para tal, necessitando de cuidados no domicílio.

Sabe-se que a Unidade de Saúde Conceição (USC) desde sua criação, em 1982, tem o atendimento de pacientes em casa como uma de suas principais atividades, segundo Lopes (2003), e desde então vem organizando e reorganizando este serviço buscando sempre uma melhoria na qualidade da assistência prestada. É a primeira das 12 unidades do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, localiza-se na zona norte de Porto Alegre e atende uma população de referência, segundo dados do IBGE de 2010, de aproximadamente 30 mil habitantes, residentes em três bairros da região, Passo D'Areia, Cristo Redentor e Vila Ipiranga. É uma unidade de APS que possui uma equipe multiprofissional composta por 9 médicos de família, 4 enfermeiras, 8 técnicos de enfermagem, 1 psicóloga, 1 assistente social, 2 dentistas, 2 técnicos de saúde bucal, 8 agentes de saúde e 4 técnicos administrativos.

A USC tem cadastrados em sua unidade 12 mil prontuários de família, destes 23 estão inseridos no Programa de Cuidado Domiciliar. O ingresso dos usuários/pacientes no Programa ocorre a partir da busca espontânea pelos familiares ou da indicação de algum membro da equipe de saúde. É realizada discussão do caso em reunião de equipe que ocorre mensalmente com esta finalidade e a inclusão no Programa é feita a partir das informações trazidas pelos médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem, normalmente os que fazem o primeiro contato com a família. Nesta ocasião é definida a frequência do atendimento e os profissionais de referência (médico, enfermeira e técnico de enfermagem) que farão os atendimentos no domicílio sempre que necessário.

1 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório realizado com os usuários e cuidadores inscritos no Programa de Cuidado Domiciliar da USC, em Porto Alegre, RS. A coleta de dados

ocorreu no período de junho a agosto de 2012, quando haviam 23 usuários inseridos no Programa, cujos critérios de inclusão são: ser morador da área de atuação da unidade; possuir um cuidador que se responsabilize pelo usuário; estar impossibilitado de sair do domicílio. Realizou-se entrevista semiestruturada com a metade dos inscritos no Programa (12 usuários e 12 cuidadores) utilizando um formulário com um roteiro pré-estabelecido contendo perguntas fechadas e abertas, elaborado especificamente para este fim, onde o entrevistado pôde discorrer sobre o assunto sem se prender apenas a indagação formulada.

A seleção da amostra deu-se de forma aleatória e os critérios para participação no estudo foram: a) estar cadastrado no Programa; b) existir responsável pelo cuidado; c) concordar com a publicação dos resultados; d) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dependendo do grau de comprometimento do usuário realizou-se a entrevista com seu familiar. Este trabalho foi elaborado para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

2 RESULTADOS

Os dados obtidos mostraram que os usuários do Programa são, em sua maioria, idosos (92%), com idades que chegam a ultrapassar os 90 anos, e do sexo feminino (58%). Resultado que corrobora outros estudos, como, por exemplo, a pesquisa de Silveira e outros (2008) que ao analisar o perfil dos idosos atendidos por um programa de saúde da família identificou um predomínio do sexo feminino (56,9%) e uma tendência à longevidade, visto que a média etária do estudo foi de 74,44 anos.

Outra inferência é que ter uma maioria do sexo feminino deve-se ao fato de que a expectativa de vida das mulheres é superior a dos homens. Dados do IBGE, de 2010, para o Rio Grande do Sul, apontam que a expectativa de vida ao nascer para os homens é de 71,9 anos, a das mulheres chega há 79,3 anos. A pesquisa mostrou que os usuários do Programa residem em famílias que possuem em

média três pessoas, confirmando dados do IBGE de que o número médio de filhos por família vem caindo ano a ano: se em 1960 tínhamos em média 6,3 filhos por mulher, em 2010 esse número caiu para 1,9. Estas famílias, em sua maioria, são oriundas do interior do Estado (50%), da Região Metropolitana (33%) ou de outros Estados (17%), e muitas delas já moram na região de abrangência da unidade de saúde há muitos anos (58% há mais de 15 anos).

Algumas famílias relataram que são atendidas pelo serviço de saúde desde a implantação, em dezembro de 1982, da primeira Unidade de Medicina de Família do GHC (hoje denominada USC) que se deu antes mesmo da criação dos SUS, em 1990. Estas afirmaram que ter atendimento garantido no posto de saúde é um dos motivos para a permanência no bairro.

Mais da metade das famílias residem em moradias próprias (58%), em geral, em apartamentos que se encontram distante do andar térreo e não possuem elevador. Um dos problemas que dificultam o tratamento segundo os cuidadores, pois além de impedir passeios diários com os usuários em cadeira de rodas, uma vez que a grande maioria deles não caminha, cria obstáculos para a remoção em caso de urgência. Identificou-se que os idosos atendidos no Programa apresentam, em sua maioria, incapacidade para as atividades da vida diária, com maiores taxas de hipertensão, diabetes, demência e depressão. Na pesquisa de Trelha (2006) a hipertensão (70,8%) e a diabetes (33,3%) também aparecem como o diagnóstico mais frequente entre os pesquisados.

Os dados referentes ao perfil do cuidador mostraram que faixa etária varia de 29 a 79 anos, com uma predominância de cuidadores do sexo feminino, tendo apenas um cuidador do sexo masculino. Na grande maioria dos casos o cuidador principal é um dos membros da família, filhos ou cônjuge, e reside no mesmo endereço do usuário. São cuidadores informais que não tiveram uma formação específica para cuidar, mas aprenderam na prática cuidando de outros familiares. Muitos relataram já ter cuidado por longos períodos de outros membros da família. São pessoas que se dedicam em tempo integral ao familiar adoecido, durante os sete dias da semana, sem folga e sem férias. Dentre os entrevistados,

apenas uma é cuidadora formal, recebeu treinamento específico para desempenhar esta tarefa; não é da família e recebe uma remuneração pelo serviço prestado.

O Estatuto do Idoso dispõe que o cuidado dos idosos é de responsabilidade prioritária da família, mas caso o idoso não possua família é o Poder Público que irá decidir se o idoso tem condições de cuidar de si mesmo ou se necessitará de ajuda, seja da comunidade ou uma possível mudança para Instituições de Longa Permanência para Idosos. O que se observou neste trabalho é que as famílias acabam se organizando como podem para dar conta deste cuidado e em nenhum um momento cogitam colocar o idoso numa instituição. É a família que se responsabiliza pelo cuidado, mas normalmente centrado numa única figura, fato que acaba sobrecarregando o cuidador que aceita passivamente esta situação, não busca a ajuda dos demais familiares nem discute com a família outras possibilidades de cuidado.

Vários são os fatores que podem estar influenciando a atitude destes familiares que não participam do cuidado, como, por exemplo, à distância, a falta de tempo, o trabalho, a falta de recursos financeiros, a fragilidade dos vínculos familiares, a falta de entendimento da doença e suas necessidades, etc.. Nestes casos, entende-se como de extrema importância a intervenção e a mediação do assistente social avaliando e problematizando com os familiares tal situação buscando construir alternativas que garantam o bem-estar do idoso. A literatura aponta que muito frequentemente a responsabilidade dos cuidados domiciliares recai sobre um único indivíduo da família, fator gerador de sobrecarga e estresse. Os estudos de Baptista (2012) indicam que para prevenir o possível adoecimento dos cuidadores é importante a participação dos profissionais de saúde procurando promover a corresponsabilidade de todos os membros da família para a divisão harmônica das tarefas do cuidado.

Para avaliar a sobrecarga dos cuidadores, seu nível de estresse ao desempenhar este papel, utilizou-se de um instrumento validado, a Escala de Sobrecarga dos Cuidadores de Zarit. Analisando os dados encontrados fica evidente que estamos diante

de cuidadores com elevados níveis de sobrecarga, uma vez que 50% dos entrevistados obtiveram valores compatíveis com sobrecarga intensa e 33% dos cuidadores apresentam valores que sugerem uma sobrecarga ligeira. Em apenas 17% dos cuidadores verificou-se valores que sugerem a inexistência de sobrecarga.

Sabe-se, a partir das entrevistas, que algumas destas famílias conseguiram se organizar de uma forma mais colaborativa para o cuidado, realizando um revezamento de tarefas quase que diário entre seus membros, apesar do número de familiares não ser muito expressivo. Percebeu-se, neste caso, que mesmo que identifique uma única pessoa como a cuidadora principal, pois esta é a que detém maiores informações sobre o usuário, suas necessidades e a doença, a mesma não se sente sobrecarregada com o cuidado, pois consegue ter um tempo para si. Consegue cuidar de sua saúde física e mental ao desenvolver atividades de geração de renda no domicílio e ao participar de atividades sociais e esportivas na comunidade. Infelizmente constatou-se que esta forma de organização para o cuidado é a exceção, não a regra.

Itens relacionados a “não ter tempo suficiente para si mesmo” e “sentir-se estressado por cuidar do usuário e, ao mesmo tempo, ter responsabilidades com a família e o trabalho”, foram considerados por alguns entrevistados como causador de elevada sobrecarga. Para Baptista (2012) quando há apenas um cuidador que se ocupa a maior parte do tempo com o usuário a sobrecarga sobre ele pode ser muito significativa e, neste caso, a equipe de saúde precisa dedicar uma especial atenção a este familiar, dando apoio e suporte para o cuidado para que ele próprio não adoça.

Em relação a expectativas com o cuidar, verificou-se que o fato de “não ter recursos suficientes para dar conta das despesas” constituiu-se numa elevada fonte de sobrecarga para os cuidadores. Observou-se que, muitos dos usuários entrevistados necessitam e utilizam equipamentos de apoio que geram um custo a mais para a família, como por exemplo: cadeira de rodas (67%); cadeira higiênica (50%); andador e cama hospitalar (17%); bengala, nebulizador, barra de apoio no banheiro e na cozinha ou cicladora para hemodiálise (8%). Além disso, utilizam medicações

que não são fornecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e necessitam diariamente de fraldas, aumentando consideravelmente os gastos da família.

Com relação à satisfação dos usuários e seus familiares identificou-se que o atendimento prestado pela equipe de saúde é considerado satisfatório pela maioria dos entrevistados (92%), pois atende suas necessidades e expectativas. Dos recursos disponíveis na unidade os mais utilizados são os médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiras, renovação de receitas e farmácia. Chama atenção o fato de que outros serviços disponíveis na equipe de saúde pouco são utilizados, apesar da real necessidade, como é o caso do serviço social que pode contribuir significativamente realizando a avaliação social das famílias, viabilizando redes de apoio, estabelecendo parcerias institucionais, oferecendo suporte às famílias para o enfrentamento da situação do adoecimento e suas conseqüências. A psicologia, outro serviço disponível e que pode oferecer subsídios à equipe para a compreensão dos aspectos psicológicos que envolvem a situação do doente e sua família, bem como oferecer apoio aos familiares, também é pouco utilizada.

Com relação à frequência no atendimento domiciliar as respostas variaram: 42% indicaram que não há uma periodicidade definida, mas que sempre que é necessário solicitam, e são atendidos; 34% informaram que o atendimento ocorre uma vez por mês; 8% indicaram que o atendimento ocorre de dois em dois meses; 8% indicaram que o atendimento ocorre de seis em seis meses.

Esta frequência foi apontada como adequada pela maioria dos entrevistados (75%), pois entenderam que responde as necessidades dos usuários. Apenas 25% dos entrevistados indicaram que está frequência no atendimento esta inadequada e gostariam que a equipe tivesse dias bem definidos para visita domiciliar, e garantissem este atendimento mesmo que as condições clínicas do usuário se mantivessem estáveis por longa data, conforme pode ser verificado nos depoimentos abaixo:

(...) hoje ele necessita de mais atendimento em casa; as condições dele vão piorando e vai precisando de mais e mais atenção, mais atendimento em casa.

(...) poderia vir mais vezes para atendimento em casa, no mínimo de três em três meses. Gostaria que tivesse algo mais programado, uma frequência mais fixa, apesar de que quando é necessário chamo o médico e ele sempre vem atender em casa, sempre vem.

Avaliaram que a frequência deveria ser maior devido às condições e limitações do familiar acamado, pois desta forma se sentiriam mais seguros e preparados para o cuidado. Observou-se que recebem visitas da equipe com mais frequência ao ingressarem no Programa, mas assim que são estabilizadas as condições clínicas e dada às devidas orientações aos familiares há uma redução do atendimento no domicílio. Mas, caso surja alguma necessidade urgente solicitam uma visita domiciliar e imediatamente são atendidos pela equipe.

O tempo que normalmente decorre entre a solicitação do usuário e a resposta da equipe foi apontado como adequado por 92% dos entrevistados, pois, segundo eles, há cumprimento do que é acordado, rapidez no retorno das solicitações e um atendimento respeitoso e humanizado.

3 DISCUSSÃO

Há toda uma preocupação com a população idosa expressa através da Política Nacional do Idoso (1994) e do Estatuto do Idoso (2003) destinado a regular os direitos assegurados as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, garantindo-lhe acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. A assistência domiciliar é mencionada no Estatuto do Idoso que orienta o atendimento do idoso em casa, se necessário, garantindo-lhe ações e serviços para prevenção e manutenção de sua saúde na APS, porta de entrada do sistema. Mas, notou-se com a pesquisa, que o que deveria ser rotineiro nas unidades de saúde, um direito do usuário, aparece na fala dos entrevistados como uma exceção, algo que causa estranhamento, por não ser reconhecido como direito.

(...) é atendimento no SUS, mas falo com o médico quando necessito, tenho o telefone do médico e falo diretamente com ele quando preciso, parece até atendimento particular, é muito bom. Nem parece SUS.

A própria equipe de saúde algumas vezes percebe esse cuidado domiciliar como um acréscimo de trabalho, pois se cria a demanda, mas não se oferece recursos humanos suficientes para atendê-la com qualidade. Apesar do avanço que é a inclusão de um profissional de serviço social e um de psicologia na equipe mínima da APS, estes estão em número muito reduzido para dar conta da população sob a responsabilidade da USC, cerca de 30 mil pessoas. Hoje a participação do assistente social e do psicólogo no Programa de Cuidado Domiciliar ocorre como apoio matricial, como retaguarda especializada aos profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde dos usuários do Programa.

Acredita-se que adotar a avaliação social, um procedimento específico das atribuições do assistente social, como parte do processo de ingresso do usuário no Programa, possibilitaria uma identificação das necessidades da família já no início do acompanhamento. Além disso, facilitaria e enriqueceria o trabalho interdisciplinar da equipe, pois traria novos elementos para a construção do projeto terapêutico singular, possibilitando um olhar mais ampliado sobre estas famílias e suas necessidades, promovendo uma abordagem menos centrada na doença.

Orientar os familiares para que possam acessar os direitos disponíveis aos usuários como forma de minimizar as despesas, como por exemplo, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), as medicações fornecidas pelo Estado, o sistema judiciário como alternativa de acesso a procedimentos e medicações não disponíveis no SUS, por exemplo, são direitos que precisam ser informados e problematizados com estas famílias, entre outros.

Segundo Moreira (2005) em determinados serviços de atenção domiciliar a avaliação social, uma das atribuições do assistente social que exerce suas funções no campo da saúde, é obrigatória, antes mesmo do ingresso do usuário no serviço. Hoje se

sabe que este profissional não está inserido no Programa da USC e percebe-se que alguns dos direitos anteriormente citados não estão sendo acessados por total desconhecimento e falta de informações dos familiares.

Entende-se que uma grande contribuição às famílias e ao Programa é a participação ativa do assistente social realizando a avaliação social das famílias que ingressam no serviço, identificando vulnerabilidades e potencialidades, socializando informações, garantindo o acesso aos direitos sociais.

Cuidar do familiar em casa é uma tarefa que deve ser estimulada, mas torna-se uma tarefa estressante quando não compartilhada com outros membros da família e agravada quando não se tem o suporte técnico oferecido pelas unidades de saúde. Especialmente quando se trata de pessoas idosas cuidando de idosos, como observado nesta pesquisa onde metade os cuidadores têm acima de 60 anos, e são, em sua maioria, mulheres, ratificando os achados na literatura.

(...) em geral são as mulheres que assumem o cuidar e esse papel é visto como natural, pois está inscrito socialmente, no papel de mãe, e culturalmente, as mulheres o assumem como mais um papel pertinente à esfera doméstica, neste contexto, surge outra variável significativa, a faixa etária dos cuidadores que pertencem, frequentemente, à mesma geração dos doentes – ‘são velhos jovens independentes’ cuidando de ‘velhos velhos dependentes’. (MENDES, 1998, pág. 95)

É preciso cuidar do cuidador para que a problemática do idoso dependente não acabe se transformando num fardo muito difícil de ser carregado, ocasionando um desequilíbrio físico e psicológico desencadeador de processos depressivos e outras doenças. Um das possibilidades da equipe é realizar atendimento em grupo, espaço onde, por meio da troca de experiências os cuidadores conversam, aprendem e ensinam a arte do cuidar.

Freitas (2007) ao pesquisar o atendimento domiciliar ao idoso acamado descreve o grupo como um dispositivo

encontrado pela equipe para “cuidar do cuidador”, um espaço onde se problematiza coletivamente o processo de “cuidar do outro”, promovendo a organização de estratégias para o cuidado e o incentivo ao cuidado de si. Nesses grupos é possível conversar sobre as boas experiências e também falar sobre as angústias, medos e dificuldades. As pessoas do grupo formam uma rede de apoio, uma vez que todos estão unidos pelo mesmo motivo. (Ministério da Saúde, 2008, p. 18)

Outro fator importante, segundo Cameron (2011), é a identificação dos cuidadores, uma vez que muitos não se reconhecem como tal e as responsabilidades com o cuidado podem afetar sua saúde e os aspectos sociais e financeiros de sua vida. Estes podem recusar o uso de serviços de apoio ou aceitar intervenções para si devido à falta de percepção da necessidade. O conhecimento limitado do que está disponível é um obstáculo que impede o uso destes serviços. E este é um dos desafios que a equipe de saúde que pretende qualificar seu atendimento precisa enfrentar.

CONCLUSÕES

Os resultados apresentados neste estudo foram determinados pelos próprios entrevistados e podem subsidiar ações na busca pela constante melhoria do cuidado domiciliar. Encontramos familiares comprometidos com o cuidado do idoso acamado, fazendo o melhor possível para dar conta desta tarefa. São idosos cuidando de idosos em tempo integral. A falta de possibilidade da escolha de ser cuidador revelou uma sobrecarga nestes familiares demandando uma maior participação da equipe de saúde na busca pela resolução desta problemática, através de um arranjo familiar mais equânime e consensuado.

Neste sentido, identificamos como uma fragilidade do Programa a não participação de profissionais do serviço social em tempo integral no Programa de Cuidado Domiciliar, impactando na efetividade do Programa, acarretando em prejuízo para os usuários e suas famílias, apesar destes não se darem conta disso. Acredita-

se que a inclusão de novos atores neste cenário é um dos ajustes necessários para a concretização da integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Bruna Olegário; BEUTER, Margrid; GIRARDON-PELINI, Nara M. O.; BRONDANI, Cecília; BUDO, Maria Denardin; SANTOS, Naiana Oliveira. **A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, RS, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000100020&script=sci_arttext. Acesso em 23/08/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n. 19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2007.

_____. Presidência da República. **Lei Nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003**. Estatuto do Idoso. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acessado _____ em _____ 29/03/2011.

CAMERON, I.D., AGGAR, C.; ROBINSON, A.L.; KURRLE, S. E. **Avaliação e auxílio à cuidadores de idosos**. BMJ, Porto Alegre, V. 44. Nº 41, novembro de 2011.

FABRICIO, Suzele Cristina Coelho et al. **Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, out. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000500004&lng=pt&nrm=is. Acessado em 10/12/ 2011.

FREITAS, Ivani Bueno de Almeida; MENEGHEL, Stela Nazareth; FERLA, Alcindo Antônio. **Atendimento Domiciliar ao Idoso Acamado: integralidade do cuidado a partir da experiência de uma unidade básica de saúde**. In: Envelhecimento, saúde e políticas públicas. HERÉDIA, Vânia B. M. (org). Caxias do Sul, EducS, 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272, acessado em 03/10/11.

LOPES, José Mauro Ceratti (org.) **Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde – Experiência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição**. Porto Alegre, novembro de 2003.

MENDES, Patrícia Brant Mourão Teixeira. **O espaço domiciliar enquanto espaço diferenciado do cuidar**. Pesquisa do Núcleo de Epidemiologia do Cuidador da PUC/SP. São Paulo, s/d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília, DF, 2008.

REVISTA METÁFORA EDUCACIONAL – Versão On-Line. **Normas para Elaboração de Artigos**. Atualizado em 16 de abril de 2012. Disponível em: http://www.valdeci.bio.br/pdf/normas_para_elaboracao_de_artigos.pdf. Acessado em: 15/09/2012.

TRELHA, Celita Salmaso e outros. **Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.20-7, dez.2006. Disponível em www.ccs.uel.br/espacosparaude, acessado em 19/09/2012.

SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz. **Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit**. Revista Referência, II série, nº 12, março de 2010.

SILVEIRA, Silvana Rocha; CABRAL, Geovana T. R.; CORREA, Lorena Bernardes; REIS, Leila Barbosa. **Análise do Perfil dos Idosos Atendidos por um Programa de Saúde da Família do Bairro Araças em Vila Velha-ES**. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrária e da Saúde. Vol. XII, nº 2, 2008. Disponível: <http://sare.anhanguera.com/index.php/rencs/article/view/424/420>. Acessado em 20/07/2011.