



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

GABRIELA DOS SANTOS ARROYO

ATENÇÃO DOMICILIAR ENQUANTO ESTRATÉGIA DE CUIDADO INTEGRAL AO
IDOSO

SÃO PAULO
2020

GABRIELA DOS SANTOS ARROYO

ATENÇÃO DOMICILIAR ENQUANTO ESTRATÉGIA DE CUIDADO INTEGRAL AO
IDOSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: EDINALVA NEVES NASCIMENTO

SÃO PAULO
2020

Resumo

A sociedade passa por uma transição demográfica e epidemiológica, em que o crescimento da população idosa em âmbito mundial é acompanhado pelo incremento nas taxas de morbidades e incapacidades. Nesse contexto, a atenção domiciliar (AD) surge como alternativa ao cuidado hospitalar, possibilitando a retomada do lar como espaço para produção de cuidado, fundamentada nos princípios da humanização e da clínica ampliada, evitando hospitalizações desnecessárias e possibilitando um uso mais adequado dos recursos disponíveis. A partir da prática diária da ESF Flórida, em Ourinhos-SP, surgiu a necessidade de investir na organização do cuidado, na educação permanente dos profissionais e na qualidade das ações da AD aos idosos, por conta da demanda crescente de usuários para esta modalidade de serviço e do insuficiente apoio oferecido pela equipe às famílias. Contemplam suas definições, princípios, objetivos, aspectos organizacionais, elegibilidade de sujeitos para o cuidado domiciliar, classificação de risco familiar, função de cada membro da equipe de saúde da família, construção de tecnologias de cuidado e o desenvolvimento de um eficiente sistema de registro de dados.

Palavra-chave

Visita Domiciliar. Idoso. Unidade Básica de Saúde. Capacitação Profissional. Consulta Domiciliar.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A assistência domiciliar ao idoso é complexa e requer cuidados tanto assistenciais quanto sociais, necessita de uma rede de apoio constituída pela família e comunidade, e tem como um dos objetivos cumprir com os conceitos de integralidade, universalidade e equidade preconizados pelo SUS no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A motivação do trabalho começou a partir de quando percebemos que a equipe ESF Flórida (Ourinhos-SP) assiste no domicílio quase exclusivamente o grupo dos idosos, que trazem muitas demandas agudas e pós-alta-hospitalares, idosos desassistidos de cuidado em tempo integral, e cuidados que demandam o apoio de equipes multiprofissionais. Ao longo do tempo, surgiu a dificuldade em lidar com a frequência de retorno que cada caso exige, ficando evidente que faltam critérios para selecionar os idosos que recebem cuidado na prática da equipe. Além disso, em nossa área e no setor público, a sobrecarga de trabalho dos profissionais, e até mesmo a falta de profissionais suficientes para a área, impede uma assistência de qualidade, dificultando a prevenção de agravos e a reabilitação do idoso.

Até o período de dezembro de 2019, contamos raras ocasiões com o apoio dos profissionais do Serviço de Atendimento Domiciliar do município, e tivemos de lidar, mesmo com poucos profissionais e recursos, com casos complexos que demandavam equipe multiprofissional. A maioria dos casos eram idosos egressos do hospital, que foram orientados a procurarem a unidade de saúde mais próxima de casa, com o papel de alta em mãos.

Este estudo mostra-se relevante visto a necessidade de melhorar o acesso e a qualidade das ações e serviços da ESF, dentre eles a AD aos idosos, por conta da demanda crescente de usuários para esta modalidade de serviço e do insuficiente apoio oferecido pela equipe às famílias, que se depara com idosos dependentes de cuidados no domicílio. Através da ênfase nos determinantes da necessidade desse cuidado, busco material em alguns estudos para aprimorar a prática diária, para que possamos focar principalmente a promoção e prevenção de saúde dos idosos, inerente à atenção básica. Com a complexidade que é a assistência domiciliar, é necessário preparação, qualificação e capacitação dos profissionais.

ESTUDO DA LITERATURA

O crescimento da população idosa em âmbito mundial é acompanhado pelo incremento nas taxas de morbidades e incapacidades, devido à cronicidade e progressiva ocorrência de várias doenças que exigem tratamento contínuo. Esse cenário representa um grande desafio para o cuidado, especialmente dos idosos mais frágeis e com novas necessidades por médio e longo prazo. Outro desafio é o da sustentabilidade, em que a concorrência de várias doenças crônicas desencadeia um custo elevado do tratamento, efeito especialmente grave em um país que se encontra em crise econômica (THUME, 2010).

Nesse contexto, devido à necessidade de rever as políticas públicas no setor, com maiores investimentos em programas de saúde preventivos e de base domiciliar, cria-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), em 2006. Entre as várias ações projetadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e em execução, encontra-se a prática sistemática do atendimento domiciliar (AD). O AD surge como um modelo assistencial que procura observar o cenário onde acontecem as principais relações pessoais e sociais do idoso, e onde, em maior grau, interage com fatores que influenciam seu estado de saúde, seu adoecimento e sua reabilitação. A proposta da PNSPI é detectar precocemente os idosos em situação de vulnerabilidade e promover saúde, prevenir agravos, e recuperar a autonomia e independência desse grupo na comunidade de forma digna, junto à família, com o suporte de equipes de saúde multidisciplinares em território geograficamente definido (BRASIL, 2006a; 2006b).

Na atenção básica brasileira, a assistência domiciliar é responsabilidade de todos os membros da equipe de saúde, com atribuições específicas para médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros profissionais (BRASIL, 2006c). Tendo em vista outro problema abordado em reunião de equipe, achamos necessário compreender o que é de competência de cada profissional membro da ESF, buscando um cuidado integral do idoso. Dessa forma, discutiremos resumidamente as atribuições de cada profissional (BRASIL, 2006a):

- ♦ Agente comunitário de saúde (ACS): cadastra as famílias, realiza as visitas domiciliares e identifica os idosos em fragilidade, apresentando os casos para discussão nas reuniões de equipe. Entre outras atribuições, realiza ações de prevenção e promoção de saúde, mantendo o elo entre a equipe e a família.
- ♦ Médico: Responsável por diagnósticos, prescrever e realizar procedimentos ambulatoriais, por internações, e outro atos médicos. É um facilitador das ações de promoção e vigilância na AB, além de orientar os idosos que necessitam do AD. Direciona o plano de cuidado com a equipe, além do planejamento e gestão do cuidado e de trabalho.
- ♦ Enfermeiro: diagnostica e participa da construção dos planos de cuidados, supervisiona o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem e dos ACS, treina e orienta cuidadores, dá alta dos cuidados de enfermagem e contribui para o planejamento e a gestão dos processos de cuidado e de trabalho, participa das ações de vigilância em saúde, promove a educação permanente dentro da equipe bem como ações para o

- ♦ desenvolvimento social em sua área de cobertura e para a prática da cidadania no ambiente de trabalho.
- ♦ Auxiliar e técnico de enfermagem: orienta a respeito do cuidado com os resíduos, auxilia no treinamento do cuidador, realiza procedimentos dentro da sua esfera de competência legal, acompanha a evolução dos casos, identifica sinais de gravidade, comunica ao médico ou ao enfermeiro alterações no quadro clínico do paciente, e apoia o trabalho dos ACS e sua interlocução com o enfermeiro.
- ♦ Equipe de saúde bucal: atua principalmente em ações educativas, orientação sobre o autocuidado, prevenção e assistência odontológica.

No SUS, a organização da atenção domiciliar está dividida em assistência e internação. A *internação* exige cuidados com intensidade além das modalidades ambulatoriais, são incorporadas tecnologias, recursos humanos, medicamentos e materiais semelhantes aos encontrados em um hospital (BRASIL, 2006d). A *assistência domiciliar* está atrelada à atenção básica à saúde e compreende um conjunto de serviços realizados no domicílio com o objetivo de dar suporte terapêutico ao paciente e sua família, de forma programada e continuada (BRASIL, 2006c). Há ainda a *visita domiciliar*, realizada pelo ACS, como estratégia para monitorar e identificar idosos em situação de fragilidade.

Os idosos que apresentem alguma dificuldade nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), segundo a PNSPI, tem potencial para desenvolver fragilidade e merecem atenção específica dos profissionais de saúde, devendo ser acompanhados pelas equipes de saúde com maior frequência, inclusive em seu domicílio (BRASIL, 2006b). O apoio a cuidados pessoais nas Atividades da Vida Diária (AVD) tais como higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário, é essencial na atenção domiciliar. O apoio com a tomada da medicação, realização de curativos em ferimentos, escaras, ostomias e outras medidas terapêuticas, além do suporte à realização de exames diagnósticos e de acompanhamento são outros cuidados essenciais.

O Ministério da saúde, para operacionalização da PNSPI, considera pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização aquelas que, por qualquer razão, vivem em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), encontram-se acamadas, foram recentemente internadas, apresentam doenças causadoras de incapacidade funcional (AVC, síndromes demenciais, etilismo, neoplasia terminal, amputação de membros), tenham pelo menos uma incapacidade funcional básica ou vivem situações de violência doméstica, e idade de 75 anos (BRASIL, 2006b). Tendo em vista a AD para fins curativos, o Ministério da Saúde (2012) classificou os problemas a serem cuidados em três níveis de modalidade:

Quadro 1: Modalidades de Atenção

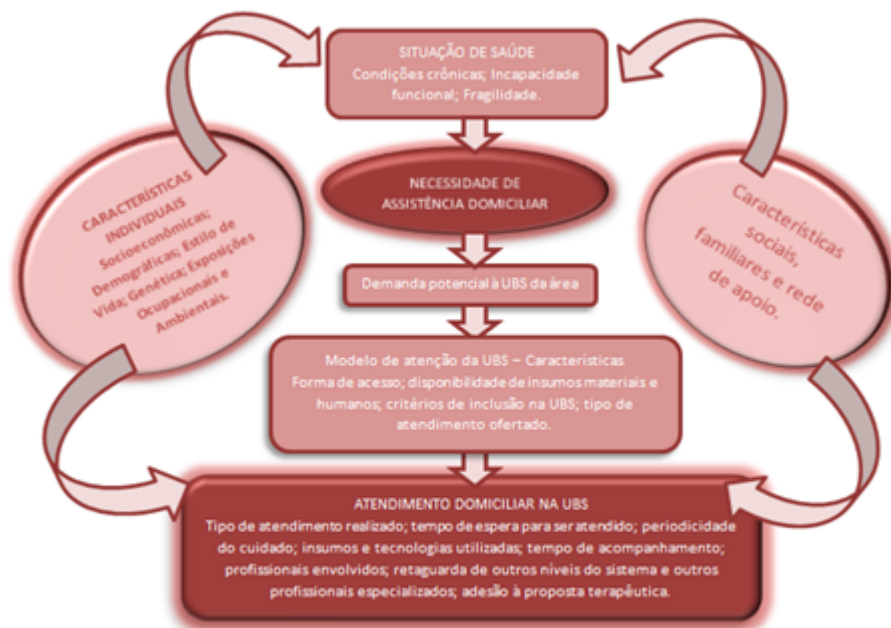
Modalidade	Perfil do usuário	Equipe prestadora do cuidado	Permanência
AD1	<ul style="list-style-type: none">- Problemas de saúde controlados/compensados- Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde- Necessita de cuidados de menor complexidade, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde.- Frequência das visitas, a partir da avaliação clínica de uma visita/mês.- Dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Equipe de atenção básica	Habitualmente contínua
AD2	<ul style="list-style-type: none">- Problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde- Necessita de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro.- Necessita de pelo menos uma visita/mês	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar + Equipe Multiprofissional de Apoio	Habitualmente temporária, pode ser contínua se não houve estabilização suficiente para cuidados em AD1
AD3	<ul style="list-style-type: none">- Semelhante ao da AD2, mas que faça uso de equipamentos/procedimentos especiais	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar + Equipe Multiprofissional de Apoio	Habitualmente contínua

Adaptado Brasil, 2012

A equipe local de AB se responsabiliza pelo primeiro nível, e a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) se responsabilizam pelos níveis AD2 e AD3. As equipes de Saúde da Família (eSF) com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) integram a rede de apoio.

Os idosos elegíveis para a atenção domiciliar no contexto da AB (AD1) são: moradores da área de abrangência da unidade de saúde; que tenham cuidador familiar ou informal com boas condições físicas, psicológicas e cognitivas; formalização de termo de consentimento informado com a família e com o idoso (se consciente) ou com seu representante legal; que residam sozinhos; portadores de múltiplas afecções crônicas; que estejam impossibilitados de se deslocar até a UBS por estarem imobilizados, acamados ou não terem quem os acompanhe; quando a infraestrutura física do domicílio permitir a efetividade da assistência que necessitem de acompanhamento pós-alta hospitalar; que sofreram acidentes ou quedas nos últimos seis meses; que usem polifármacos ou não apresentam uma adesão terapêutica adequada; que não possuem uma rede de apoio social ou quando ela não é efetiva; e em situações de intercorrências dos pacientes crônicos ou portadores de doença em fase terminal (BRASIL, 2003; BRASIL 2012). Além desses, é critério de inclusão ter tido alta da AD2/AD3, desde que haja interface entre as equipes de atenção domiciliar e as da atenção básica; ou não se enquadrar nos critérios de inclusão nas modalidades AD2 e AD3.

Quanto aos critérios de desligamento, o Ministério da Saúde aponta os seguintes: impossibilidade da permanência do cuidador familiar no domicílio; mudança da área de abrangência (com transferência entre equipes); não aceitação do acompanhamento por parte do idoso e/ou da família; recuperação das condições de deslocamento do idoso até a unidade de saúde; piora clínica que justifique uma internação hospitalar; cura ou óbito (BRASIL, 2003).



Adaptado de Thumé, 2010

Apesar de todas as vantagens da assistência domiciliar, faltam dados na literatura sobre a avaliação do cuidado domiciliar, na qual existam critérios e padronização para a realização da mesma. A capacidade de comunicação interpessoal adequada, o respeito às diferenças e o exercício da negociação são os prováveis responsáveis por flexibilizar o processo de cuidar no lar. Além disso, as políticas públicas podem ser direcionadas através dos dados do perfil sociodemográfico e epidemiológico desses idosos, com uma gestão que busca resultados, contribuindo para evidenciar redes sociais que promovam uma melhor qualidade de vida naquele que possui doença crônica (MUNIZ et al, 2014).

Uma das principais formas de avaliar a melhoria da qualidade assistencial destinada aos idosos é através da funcionalidade desse grupo etário, realizando constante avaliação do desempenho de Atividade da Vida Diária (AVD) associado à assistência individual para execução dessas tarefas em cada grupo familiar (MUNIZ et al, 2014).

É sabido também que existem fatores limitantes para o cuidado familiar, dentre eles podemos destacar: as interações familiares negativas com referências aos maus-tratos com os idosos; a baixa condição socioeconômica, a falta de organização familiar, com a ausência do cuidador; idosos morando ou permanecendo sozinhos a maior parte do tempo ou cuidadores apresentando dificuldades de manutenção deste papel; a demanda aumentada; a insuficiência do transporte; a falta de capacitação profissional em gerontologia e geriatria (MUNIZ et al, 2014).

Por ser a família a primeira cuidadora, muito acrescenta à recuperação desse familiar os cuidados dispensados, pois o familiar possui vínculo afetivo, conhecimento a respeito do doente e sua história de vida (MUNIZ et al, 2014). Outro ponto a se destacar é que, pelo cuidado ser dispensado somente ao idoso, ficando o familiar cuidador excluído deste processo, evidencia a fragilidade das redes formais de apoio ao idoso/familiar. Diante disso, cabe ao profissional de saúde mediar quem necessita de cuidados e a pessoa que vai realizar a ação do cuidado. A família define conjuntamente na saúde do idoso, além de interagir e definir os cuidados que serão oferecidos.

O modelo curativista, segmentado e com foco nas patologias agudas ou crônicas apresentadas pelos idosos, centrado no modelo da Unidade Básica de Saúde Tradicional, é o mais abordado pelos profissionais (MUNIZ et al, 2014). Assim como na minha prática diária, o termo fragilidade raramente é abordado, e o cuidado domiciliar é iniciado quando os idosos já se encontram com dependência avançada por estarem acamados.

Dessa forma, há que se pensar no investimento da organização do apoio às equipes, a qualificação permanente dos profissionais, fornecendo instrumentos para o exercício de suas competências técnicas no atendimento à população idosa. Além disso, a unidade de saúde pode ser a responsável por promover educação continuada para cuidadores leigos. Este, entre outros mecanismos, é a chave para a comunicação entre profissionais, pessoas idosas e seus familiares cuidadores mediante políticas públicas fundamentadas neste trinômio, permitindo que o cuidado geriátrico amplie-se além do tratamento medicamentoso (MUNIZ et al, 2014).

AÇÕES

ESF Flórida trabalha com um número de famílias e com tipos de problemas que ultrapassam o que foi previsto para a AB pelos programas e pela gestão do SUS. Essa contingência nos obriga a cumprir com ações, que não se restringem unicamente a praticar promoção e prevenção em saúde, mas também a atendermos uma grande demanda por tratamento e reabilitação sem o apoio adequado da EMAD e da EMAP.

Por esse motivo, precisamos considerar o princípio da equidade para eleger os idosos os quais destinaremos nossas ações. A primeira estratégia é classificar a vulnerabilidade familiar a partir de um conjunto de dados dos pacientes da área. Na AB, o SUS trabalha com um formulário denominado Ficha A, que é destinado ao levantamento desses dados.

Retomares o uso da escala de Coelho e Savassi em nossa prática:

Quadro 2: Escala de risco familiar

Dados da Ficha A		Pontuação
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição grave		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de 6 meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
Pontuação total		Classificação de risco
Pontuação 5 ou 6		R1
Pontuação 7 ou 8		R2
Maior que 9		R3

Adaptado de Coelho e Savassi (2004)

As famílias que se encaixam na classificação R1 tem o risco mínimo; a R2 tem risco médio; e R3 tem o risco máximo.

Na prática diária temos diversos desafios, e um deles é o de educar as famílias de que determinados idosos podem ser cuidados em domicílio, para que não enfrentem maiores complicações em uma internação hospitalar, mantendo a qualidade do serviço oferecido e trazendo resolução da demanda. Outro deles é a utilização de critérios específicos para a indicação da AD e em qual modalidade de AD o idoso se encaixa. A identificação dos idosos que necessitam de AD na AB pode ser feita por qualquer um dos membros da ESF, segundo solicitação dos próprios familiares, ou por meio de busca ativa.

Dessa forma, como segunda estratégia, com o auxílio do Caderno de Atenção Domiciliar, dividimos os critérios de elegibilidade em clínicos e administrativos:

- ♦ Os critérios clínicos - condição de saúde da pessoa, procedimentos terapêuticos necessários ao cuidado e frequência de visitas de que se necessitará (ver quadro 1). Para a AB, somente os usuários de perfil AD1; caso não se encaixe neste, acionaremos a rede de apoio EMAD e EMAP.

- ♦ Os administrativos - Residência no território de cobertura da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, nas modalidades AD2 e AD3, e da equipe de atenção básica, na modalidade AD1; podendo ser relativizado em regiões fronteiriças; consentimento formal do paciente ou de familiar/cuidador, quando o usuário encontra-se com dependência funcional; responsável que exerça a função de cuidador, quando usuário encontra-se com dependência funcional; ambiente domiciliar minimamente adequado aos cuidados domiciliares. (BRASIL, 2012)

Os critérios de inclusão e desligamento da AD no contexto da AB (AD1) estão citados no estudo da literatura, e usaremos como base teórica.

A terceira estratégia a ser desenvolvida diz respeito à gestão do atendimento domiciliar. Começando pela primeira etapa, que visa à organização do prontuário do paciente, o qual sempre constou os atendimentos realizados. O registro deve abranger da forma mais completa possível o indivíduo dentro de seu contexto existencial, com as condições do ambiente, a dinâmica familiar, a história de vida, os valores e crenças e a rede de suporte existente. É essencial que se conste o registro do paciente que receberá o cuidado; características sobre o cuidador, com seu respectivo vínculo ao idoso, grau de entendimento sobre o problema do doente e nível de preparação para cuidá-lo; a construção de um genograma e ecomapa para cada família; descrição das necessidades de saúde do idoso; descrição do manejo dos medicamentos prescritos, orientações e cuidados sobre estes; padrão alimentar e nutricional; descrição do ambiente domiciliar; lazer e outras atividades.

A partir desses dados obtidos no primeiro atendimento e visita domiciliar, deve ser elaborado um plano de cuidados em reunião de equipe, com a contribuição de todos os membros, com a seguinte estrutura:

- ♦ metas: estabelecer quais os objetivos de cuidados desejados, definir quem será responsável por cada ação pactuada e definir prazos;
- ♦ evolução do caso, identificando-se novas necessidades e estabelecendo novas metas;
- ♦ orientações sobre cuidados emergenciais, como proceder e qual serviço acionar.

A segunda etapa da gestão está atrelada ao planejamento das metas de cuidado. Dentre as ações discutidas em reunião de equipe, pretendo criar o hábito de por em prática o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Por meio do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), focaremos nos diagnósticos do idoso a ser cuidado, na definição de metas e responsabilidades, na reavaliação, e especialmente, no acompanhamento longitudinal. Mais adiante, pretendo que esse modelo sirva para outros grupos de pessoas/ famílias dentro da ESF.

Tendo em vista que uma das formas de avaliar a melhoria da qualidade assistencial destinada aos idosos é através da funcionalidade desse grupo etário, tem-se a quarta e última estratégia dentro da USF Flórida. Diz respeito à utilização de instrumentos de Avaliação Geriátrica Ampla. A seguir, segundo recomendações da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, temos uma representação resumida de aspectos importantes a serem avaliados.

Quadro 3. Avaliação Geriátrica Ampla

SUBDIMENSÕES	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO
Equilíbrio e mobilidade	POMA (<i>Performance Oriented Mobility Assessment</i>) POMA-Brasil Timed Get Up And Go Test (TGUG)
Suporte familiar e social	APGAR familiar e de amigos
Condições ambientais	"Checklist" para avaliar a segurança no ambiente domiciliar e dos espaços coletivos e urbanos
AVD	Escala de Barthel Índice de Katz Escala de Lawton Medida de Independência Funcional (MIF)
AIVD	Escala de Lawton Questionário das Atividades Funcionais de Pfeffer Medida de Independência Funcional (MIF)
Nutricional	Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência da panturrilha, circunferência abdominal, Índice de Massa Corporal (IMC)) Mini avaliação Nutricional (MAN)

Costa EFA, Galera SC. O Clínico e o Idoso. In: Porto CC, Porto AL. *Vademecum de Clínica Médica*. 3ª Ed. Editora Guanabara Koogan, 2010

Juntamente a essa avaliação, contamos com a Caderneta do Idoso como referencial teórico para embasar a qualidade da assistência, evitando as grandes síndromes geriátricas: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incapacidade comunicativa, incontinência urinária, iatrogenia e insuficiência familiar.

RESULTADOS ESPERADOS

A estratégia para classificação das condições sociais e de saúde dos idosos, destinada a racionalizar a eleição de sujeitos e famílias que deverão receber AD tem a vantagem da simplicidade e objetividade (Quadro2), mas não poderemos negligenciar as famílias classificadas como baixo risco, a ponto de torna-las vulneráveis por falta de atuação da nossa equipe. Isso vai nos exigir muito, pois precisaremos manter as informações sempre atualizadas sobre o território de nossa cobertura.

A equipe aguarda novas contratações de ACS pelo município. Sendo assim, através das visitas domiciliares às famílias pelos ACS, a equipe poderá conhecer/atualizar as condições de vida das pessoas na nossa área de abrangência, permitindo que organizemos um plano assistencial adequado.

Através de uma escuta qualificada, pretendemos captar as demandas e dessa forma oferecer a universalização do acesso, baseado na inclusão e equidade. A tendência é aumentar a eficiência e resolubilidade da equipe, que deve trabalhar por orientação multiprofissional, mesmo que cada membro da equipe tenha suas atribuições e conhecimento de acordo com sua formação profissional. Além disso, há que se respeitar a individualidade do idoso, abordando de modo articulado os aspectos biológicos, sociais e psicológicos que envolvem o adoecer, para um manejo mais eficaz do processo de cuidado em saúde.

Por fim, ao organizar o atendimento domiciliar com metas, aumentaremos o vínculo com a família, dividindo as responsabilidades que não são exclusivas da equipe. Mesmo sabendo que irão surgir situações em que a equipe terá que decidir sem o apoio da rede, que não estão previstas em manuais, agiremos coerentes com os princípios e diretrizes da AD e do SUS. Apesar de não ajudar muito como ferramenta operacional, por enquanto, utilizaremos os cadernos de atenção domiciliar como referencial teórico.

Na prática, espero ter mais articulação com os núcleos de apoio NASF, SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) e gestores de saúde do município de Ourinhos, tendo em vista a promoção, conservação e reabilitação da saúde, que se articulam na AD da atenção básica, seguindo os princípios da clínica ampliada, visando um trabalho mais eficiente para promover cuidado ao idoso.

Ainda que baseado na literatura, este trabalho teve origem e foi influenciado pelas minhas percepções e dos profissionais da equipe de saúde ESF Flórida. Mas tendo em vista sua metodologia, alcançou os objetivos de apresentar uma síntese ampla e sem aprofundamento da atenção domiciliar ao idoso na atenção básica, destinada a apoiar o plano terapêutico de saúde no território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. MS. Lei 10.741, 1º de outubro de 2003. Brasília: MS; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa. A segurança do Hospital no conforto do seu lar. **Caderno de atenção domiciliar**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648 de 28 de março de 2006**: aprova a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: MS; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS; 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica** nº 19. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: MS; 2006d.

MUNIZ, Emanuel Avelar; Freitas, Cibelly A.S. Lima; Albuquerque, Izabelle M. Napoleão; Linhares, Maria S. Carneiro. Assistência domiciliar ao idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família: Análise da produção científica. **SANARE**, Sobral, v.13, n.2, p.86-91, 2014.

THUMÉ, Elaine. **Assistência domiciliar a idosos**: desempenho dos serviços de atenção básica. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul.