



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ISABELA CRISTINA LEAL DE OLIVA SILVA

ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA O CUIDADOR DO PACIENTE
ACAMADO

SÃO PAULO
2020

ISABELA CRISTINA LEAL DE OLIVA SILVA

ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA O CUIDADOR DO PACIENTE
ACAMADO

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: VALERIA CALIL ABRAO SALOMAO

SÃO PAULO
2020

Resumo

Trata-se de uma pesquisa intervencionista em uma Unidade Básica de Saúde, no município de São Joaquim da Barra. O projeto teve a intenção de avaliar e evidenciar os problemas de gestão do processo de trabalho que inibem o completo desenvolvimento das diretrizes da Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido, o território analisado é composto por maioria idosa que por vezes são desprovidos de independência e autonomia e por isso necessitam de cuidadores. Atrelado a esse contexto, desafios com a gestão de pessoas na equipe multidisciplinar, precariedade de atividades de promoção e prevenção em saúde e ausência de reuniões de equipe refletem-se em uma displicência com a qualificação do cuidado para com os acamados e seus cuidadores. A partir de disso e baseado em conceitos bibliográficos pode-se traçar intervenções que estariam ao alcance da unidade Dr. Amélio Joaquim de Oliveira para sanar problemas internos que se manifestam por meio de serviços oferecidos pelo Programa da Saúde da Família. Por fim, o projeto pretende promover atividades educativas, grupos de apoio para tentar resolver os impasses de modo a propiciar melhoria na qualidade de vida da comunidade, com atendimentos mais integrais e efetivos.

Palavra-chave

Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Cuidador. Cuidador. Promoção da Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

O município São Joaquim da Barra, no interior do estado de São Paulo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística pelo censo de 2018, possui cerca de 51.447 habitantes, além de fazer parte da região metropolitana de Franca. Somado a isso tem uma economia com fontes de rendas variáveis e dependentes de diversos setores como fábricas de calçados e, principalmente, advindo do agronegócio que incluem agricultura, pecuária e usinas de cana de açúcar.

São Joaquim da Barra dispõem de 10 Unidades básicas de Saúde (UBS), das quais a unidade Dr. Amélio Joaquim de Oliveira se inclui no Programa da Saúde da Família e por isso tem objetivo desenvolver estratégias que visam centrar a atenção na pessoa e no ambiente em que estão inseridos por meio de diretrizes que permitem maior conhecimento do território e criação de vínculo com a comunidade.

O presente projeto se desenvolverá na Unidade de Atenção Primária já citada, a qual possui uma equipe composta por: 1 médico generalista, 1 enfermeira generalista, 1 auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde, ressaltando a falta de cirurgião dentista generalista e de instrumentos apoiadores da Estratégia de Saúde da família (ESF) como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nesse sentido, evidencia-se um primeiro problema, visto que o respaldo desses núcleos apoiadores são fundamentais no complemento da equipe multiprofissional e de suma importância para atender a população de forma integral, atendendo todos os componentes vigentes na Política Nacional de Atenção Básica

Outro problema que pode ser destacado e ser alvo de promoção de melhorias se refere ao fato de que os encaminhamentos que são em sua totalidade destinados ao Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) não possuem previamente um matriciamento e deixam a desejar na contrarreferência, resultando em um atendimento pouco resolutivo com perda de vínculos e enormes filas de espera.

Ainda recluso à UBS, foi possível perceber problemas na gestão de trabalho que representam obstáculos internos com a resistência de aproximação dos agentes comunitários de saúde com a enfermeira o que acarreta déficits na integralidade da equipe que precisa trabalhar em conjunto para ampliação da gestão clínica. Sendo assim, esse fato reflete na ausência de reuniões de equipe e de grupos de apoio que auxiliam na identificação das famílias mais vulneráveis e permite traçar planos terapêuticos equivalentes, além de assegurar mais adesão aos projetos.

O território em análise encontra-se no bairro Lapa o qual se caracteriza por uma maioria de idosos que tem na aposentadoria sua fonte de renda. Dentre a prevalência de idosos, incluem-se acamados e com incapacidade locomotora que perderam sua autonomia e dependem de cuidadores. Esses pacientes demandam mais atenção e tempo da equipe, pois precisam de uma rotina de cuidados e sua manutenção qualificada.

Para tanto, a atenção primária pode-se apoiar em programas como: Melhor em Casa que propõe cuidado mais próximo da rotina familiar para evitar hospitalizações desnecessárias e diminuir o risco de infecções, além de desfrutar do aconchego do lar. Soma-se ainda as visitas domiciliares que são feitas regularmente toda semana, no entanto a demanda é maior

do que a quantidade de profissionais pode responder.

Diante dessa situação, apesar do apoio das políticas públicas, também foi identificada a falta de qualificação dos cuidadores dos idosos que necessitam de atendimento domiciliar, uma vez que essa função geralmente é executada por familiar ou pessoas próximas que são contratadas sem a devida capacitação para tais cuidados. Podem ser exemplificados quando se trata do despreparo para administração de medicamentos, higiene pessoal, cuidados para evitar úlceras de pressão e técnicas corretas de manejo do paciente na cadeira de banho que engloba a troca de decúbito, além de algumas vezes o manuseio de sondas enteral.

Dessa maneira, tal despreparo interfere diretamente na manutenção correta da saúde do idoso e conseqüentemente oferece prejuízos a integridade do cuidador, pois a longo prazo esse desenvolve problemas físicos como lombalgia, mialgia, tendinites e emocionais devido à sobrecarga de trabalho. Como resposta, pode gerar mais um gasto para o sistema público ao levar em conta que em breve ocasionará nova demanda de pacientes.

Ademais, foi possível perceber grandes falhas internas e externas referentes à Atenção Primária, que possivelmente permeiam muitas UBS. O presente trabalho visa atividades de intervenção com promoção e prevenção em saúde para a resolução dos problemas citados, afim de vincular-se plenamente dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de maneira a proporcionar melhorias no âmbito da saúde.

ESTUDO DA LITERATURA

A Atenção Primária de Saúde é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. É considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Apoio a Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (PNAB,2017).

O registro e a organização da conduta clínica na Atenção Primária à Saúde (APS) têm especialidades advindos dos atributos essenciais desse modelo de atenção à saúde que são diferentes dos formatos tradicionais empregados nas complexidades subespecializada e hospitalar. As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) devem se aproximar e incorporar essas novas formas de fragmentação em seu processo de trabalho cotidiano (ROMAN, 2009), para prover cuidado centrado nas pessoas, famílias e território.

A prática clínica na APS se transfere também para a ESF, é um conjunto articulado e integrado de ações e atividades que pretendem promover cuidado integral à saúde. Entre elas podemos listar (RAMOS, 2008): Gestão de Processo Clínico Individual, Processo Familiar e Prática Clínica.

A consulta clínica pode ser considerada como um sistema, e os seus aspectos, tem caráter interdisciplinar, envolvendo principalmente: estrutura, processos e resultados (RAMOS,2008). A estrutura diz respeito a elementos físicos, organizacionais e tecnológicos, processos se refere a comunicação e relação médico-paciente e os resultados são critérios e indicadores de sucesso de uma consulta.

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (Caderno de Atenção Básica do Idoso, 2006).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018), a população com mais de 60 anos é superior a 20 milhões, no ano de 2018 e continua crescendo devido maior compensação de doenças crônicas, melhoria no saneamento básico, descoberta de vacinas e livre acesso a saúde pública, além de políticas específicas para essa faixa etária.

Aprovada em 1999, a Política Nacional do Idoso prioriza que “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 direito à vida” (cap. II seção I art. 3º). Para isso, a Estratégia de Saúde da Família, abrange atendimento da terceira idade com equidade e integralidade, pois a atenção varia de acordo com a capacidade funcional de cada paciente, incluindo-se os mais frágeis e que perderam a autonomia do próprio cuidado que necessitam de maior atenção domiciliar e de um cuidador.

“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo.

Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra.

Tudo o que vive precisa ser alimentado.

Assim, o cuidado, a essência da vida humana,

precisa ser continuamente alimentado.

O cuidado vive do amor, da ternura,

da carícia e da convivência”. (BOFF, 1999)

Segundo o Dicionário Básico da Língua Portuguesa Folha /Aurélio, cuidado significa: “demonstração de atenção, prudência, atenção maior em relação a zelo, capricho, preocupação”. Portanto entende-se que as políticas de saúde e o cuidador necessitam de tais características para prestar bom atendimento ao paciente.

Dessa forma, segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a Atenção Domiciliar (AD) constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011). Com esse intuito foi criado o programa Melhor em Casa que visa guiar os gestores de saúde na AD. Por fim, ressalta-se que o programa de AD é abrangido pelas Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e se estrutura nessa perspectiva, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.600, de julho de 2011, em relação as Redes de Atenção à Saúde.

Na promoção da autonomia, a atenção deve ser transversal, multiprofissional e interinstitucional. Dessa maneira, a garantia da validação e sustentabilidade da dignidade existencial humana sobrepõe o modo de sobrevivência biológica, a atitude e a atenção humana precedendo a competência e habilidade técnica, mas não as excluindo (BOFF, 2002). Para a efetividade do processo, é fundamental o desenvolvimento de estratégias operacionais e educacionais, políticas, socioculturais e de gestão em todos os níveis de atenção à saúde para que concretizem de maneira articulada e compartilhada, com adição de novos conhecimentos, valores e responsabilidade no seu conteúdo (AMORIN; PERILLO, 2008).

Segundo as revisões de Santos (2004), Resta e Budó (2004) os cuidadores precisam de suporte das equipes em diversos sentidos. Por isso os profissionais das equipes das ESF ou da AD especializada, devem prestar auxílio à família e ao cuidador, compreendendo todo o território e os seus recursos disponíveis, tendo em vista que na maioria do tempo não permanecem em domicílio e dessa forma, familiares e pessoas próximas assumem o papel de cuidador de maneira repentina e sem preparo para exercê-lo.

O cuidador é a pessoa que, no espaço privado doméstico, realiza ou ajuda a pessoa com limitação a realizar suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, com o objetivo da preservação de sua autonomia e de sua independência. Atividades estas que vão desde a

higiene pessoal até a administração financeira da família. (MAZZA; LEFEVRE, 2005; MOREIRA; CALDAS, 2007). Ele pode ser membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida da pessoa dependente (BRASIL, 2007), sendo então definido como cuidador informal ou formal (BRASIL, 1999).

O cuidado com o núcleo familiar deve fazer parte do processo de trabalho das equipes, porém fortalecer a rede de apoio formal ou informal, nesse contexto, torna-se fundamental, tendo em vista a necessidade de compartilhar medos e dificuldades dos familiares e cuidadores e envolver outras formas de apoio existentes na comunidade em que residem. A qualificação dos cuidadores deve voltar-se para desenvolver e aprimorar habilidades para realizar funções específicas quanto aos cuidados diários dos pacientes; e para estimular e conduzir o cuidador no desenvolvimento de várias funções, além do cuidado ao paciente em AD. Promovendo, para isso, ações de promoção de autonomia e empoderamento, ensinando, por exemplo, a fazer somente pela pessoa as atividades que ela não consiga fazer sozinha ou ressaltando que não fazem parte da rotina do cuidador as técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem (BRASIL, 1999, 2008).

A partir do momento que o familiar assume o papel de cuidador, ele vivencia níveis diferentes de ansiedade, em função de algumas características como a modificação de papéis sociais, a adaptação à condição de cuidador, que demanda dedicação, paciência e abnegação. Assim, o acompanhamento e o suporte fornecidos pelo serviço de saúde podem contribuir para minimizar as dificuldades demandadas pelo cuidado prestado (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006; LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

O cuidador precisa também ser alvo de atenção e orientação, durante as visitas domiciliares da Equipe Multidisciplinar da Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinar da Atenção Primária (EMAP), tanto para cuidados de sua saúde física e mental, como para avaliação de possível sobrecarga pessoal (KARSCH, 2003). A sobrecarga do cuidador informal é uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

A sobrecarga do cuidador pode culminar em doenças agudas e crônicas e, conseqüentemente, no uso de diversas medicações, tornando-o tão doente quanto a pessoa cuidada. Cuidadores que apresentam maior sobrecarga merecem atenção diferenciada pela equipe. A conservação da saúde deles é imprescindível, sendo assim, há necessidade de apoio psicológico, espiritual, técnico e operacional, além de se estabelecer escuta ativa durante todo o processo de trabalho da atenção domiciliar (SEIMA; LENARDT, 2011).

AÇÕES

Essa etapa se refere as ações de intervenção em relação aos problemas identificados. Os critérios elegidos para detecção e priorização dos problemas foi baseado nas necessidades do território e comunidade. Sendo assim, foi podido perceber que o principal problema se refere a grande quantidade de idosos que perderam autonomia e independência e precisam de recursos mais especializados como Atenção Domiciliar e cuidadores.

No entanto, ao longo do projeto também foi podido notar que o problema principal dependia de pequenos problemas internos relacionados a equipe multiprofissional e o desenvolvimento dos processos na UBS.

Nesse sentido, as propostas intervenções internas que refletiriam nos dilemas externos e maiores. Sendo assim os pequenos problemas encontrados que podem resultar em melhorias maiores são:

- ♦ Resistência de aproximação dos agentes comunitários com a enfermeira generalista
- ♦ Não realização de reuniões de equipe
- ♦ Ausência de atividades de promoção de saúde

Após o esboço dos nós críticos, esses são capazes de atingir de modo direto e indiretamente o principal dilema: Atenção ao cuidado do idoso e do cuidador.

Sendo assim, a equipe da Estratégia de Saúde da Família pretende ampliar a interdisciplinaridade com outros profissionais da saúde e desenvolver parceiras com a nutrição, assistentes sociais e fisioterapeutas. Essa parceria seria relevante na promoção e criação de grupos de apoio para os cuidadores. O intuito seria convidar para as atividades, além dos cuidadores informais, os familiares que possuem contato direto e próximo com o acamado. Nesses encontros irá ser realizado ações educativas e práticas, que proporcionaria a troca de experiência entre as famílias e contribuirá para esclarecer dúvidas para a peculiaridade de cada lar. Foi proposto também durante os grupos, atividades práticas de capacitação simulando algumas adversidades que podem ser encontradas durante o cuidado. O objetivo do grupo irá mais além e profundo, com atividades e palestras sobre a saúde do idoso, visando permitir o entendimento sobre a sua vulnerabilidade e importância do cuidado ser biopsicossocial afim de prover mais autonomia e bem estar.

Visando a sobrecarga emocional dos cuidadores, ao final de cada encontro com o grupo de apoio seria aplicado um questionário de avaliação do cuidador informal.

O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) será composto de 32 itens que avaliam: Interferência na vida pessoal, Satisfação com o papel e o familiar, Reações as exigências, Sobrecarga emocional Apoio familiar, Sobrecarga financeira e Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle. As respostas variam entre "Não/nunca", "Raramente", "Às vezes", "Quase sempre", "Sempre". A nota final varia de 32 a 160 pontos, de acordo com a soma dos 32 itens referente a cada domínio e por fim divide a

soma pelo número total de domínios. Os resultados altos correspondem com situações de maior sobrecarga e necessitam de intervenção.

Como intervenção foi proposto parcerias com psicólogas e maior intervenção da Equipe Multidisciplinar da Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multidisciplinar da Atenção Primária (EMAP) para amenizar os danos à medida que fosse observado sua necessidade. Somado a isso, foi pensando em grupos de atividades físicas aos cuidadores para correção de postura, hidroginásticas e pilates de modo que são um meio de lazer, convívio social e prevenção em saúde.

Como meio de controle e manutenção dos cuidados, providenciar a realização das reuniões de equipe seria fundamental, pois ao realiza-las seria possível identificar os motivos das vulnerabilidades das famílias reconhecidos por meio das visitas domiciliares, além da aproximação com a realidade singular de cada caso. Nesse sentido, pretende-se ainda incentivar nas reuniões a capacitação da equipe multiprofissional, com leituras dos Cadernos de Atenção Básica e políticas nacionais de saúde.

* **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SOBRECARGA DO CUIDADO INFORMAL**

Itens do QASCI

1. Sente vontade de sair da situação em que se encontra?
2. Considera que, tomar conta do seu familiar é psicologicamente difícil?
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar cuidando do seu familiar?
4. Entra em conflito com você mesmo por estar tomando conta do seu familiar?
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?
7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?
8. Os planos que tinha feito para essa fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar?
9. Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você?
10. Sente que a vida lhe pragou uma peça?
11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar serem imprevisíveis?
12. Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar preso(o)?
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?
14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?
15. Sente-se só e isolado(o) por estar cuidando do seu familiar?
16. Tem sentido dificuldades econômicas (financeiras) por estar tomando conta do seu familiar?
17. Sente que o seu futuro econômico (financeiro) é incerto, por estar cuidando do seu familiar?
18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?
19. Já se sentiu envergonhada(o) com o comportamento do seu familiar?
20. Sente que o seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?
21. Sente-se manipulado (usado) pelo seu familiar?
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?
23. Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?
24. Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?
26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?
28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar cuidando dele?
32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?

*QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais) - versão adaptada para o Brasil

Fonte: Monteiro EA, Mazin SC, Dantas RAS. The Informal Caregiver Burden Assessment Questionnaire: validation for Brazil. Rev Bras Enferm. 2015;68(3):364-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680307i>

RESULTADOS ESPERADOS

Durante a construção do trabalho, foram estipulados planos de intervenções que visaram atingir os dilemas em todas as proporções e dimensões que estavam ao alcance de serem sanadas pelas UBS e sua equipe.

Para essas ações espera-se alguns resultados mediante todo o esforço e desempenho de mútuos lados. Em relação à criação de grupo de apoio para os cuidadores, buscava-se com as parcerias com nutricionista, fisioterapeuta e assistente social uma ampliação da atenção desde a nutrição correta do idoso até sua relação com os familiares e cuidador. Além disso, as atividades práticas e educativas proporcionariam maior capacitação qualificada dos mesmos, com consequente evolução dos acamados avaliados pela melhora na qualidade de vida e condições dignas de saúde. Para os cuidadores diminuiria a sobrecarga que poderiam ser motivo para o desenvolvimento de doenças crônicas e emocionais.

O QASCI, tem a proposta de avaliar os cuidados informais de modo a intervir dividindo suas fragilidades com a EMAP/EMAD promovendo mais integralidade entre as diferentes ferramentas de saúde. Acrescentando-se o apoio psicológico para eles em conjunto com atividades físicas que estimularia liberação de hormônios que causam bem-estar e complementam a homeostase do organismo. Ao centrar o tratamento na pessoa, o cuidado integral e efetivo é empregado para evitar agravos.

Anexando-se mais resultados positivos com a capacitação, almeja-se melhoria na qualidade dos serviços prestados, bem como redução de escaras nos acamados, higiene corporal e bucal adequada e manuseio correto pelo cuidador da sonda nasoenteral.

Para os nós críticos, que se conceituam por serem problemas menores que refletem no verdadeiro e principal problema, teve-se a ideia de fazer reuniões mensais de equipe com o intuito de melhorar o controle e manejo das atividades e trabalhos que devem ser realizados na UBS. Com isso, seria uma maneira de criar vínculos e aproximação com as famílias do território, conhecendo mais a fundo os seus problemas e as raízes deles. Quanto à incentivar a capacitação da EMAP por meio de leituras de Cadernos de Atenção e guias de Atenção Primária, a intenção é evoluir as relações de trabalho e gestão de pessoas, mostrando que a equipe precisa trabalhar em conjunto para que as ações tenham um efeito resolutivo e atinja todas as metas que foram propostas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 13 de dezembro de 1999. Institui a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 237-E, 14 dez. 1999. Seção 1. p. 20-24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017

LUZARDO, A. R.; GORINI M. I.; SILVA, A. P. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. Revista Texto & Contexto Enferm. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-594, 2006

Martins T, Ribeiro JP, Garrett C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. Psicol Saúde Doenças [Internet]. 2003 [cited 2014 Dec 17]; 4(1):131-48. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/1050>

MAZZA, M. M. P. R.; LEFEVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo, v. 15, n. 1, p. 73-84, 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2007

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 520-525, set. 2007

RAMOS, V. A Consulta em 7 Passos. Lisboa: VFBM Comunicação Lda., 2008, p. 126

RESTA, D. G.; BUDÓ, M. L. D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de

pacientes e cuidadores domiciliares. Acta Sci. Health. Sci., São Paulo, v. 26, n. 1, p. 53-60, 2004.

ROMAN, A. C. Informatização do registro clínico essencial para a atenção primária à saúde: um instrumento de apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família. São Paulo, 2009. 106 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade de São Paulo

SANTOS, S. M. A. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea, 2003.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388-398, ago./dez. 2011.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1629-1638, ago. 2006