

O CUIDADO DOMICILIAR AO IDOSO DEPENDENTE E AS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADOR FAMILIAR: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Silvia Tainá Barroso Guedes (1); Ana Camila de Medeiros Araújo (2); Gisele Dias Dantas (3); Juliana Araújo do Nascimento (4); Matheus Figueiredo Nogueira (5).

- (1) Acadêmica de Enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. silviataina@gmail.com
- (2) Acadêmica de Enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. milaaaam@gmail.com
- (3) Acadêmica de Enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. diasgd19@gmail.com
- (4) Acadêmica de Enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. juliana.f.n@outlook.com
- (5) Doutor em Saúde Coletiva. Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. matheusnogueira.ufcg@gmail.com

Resumo: INTRODUÇÃO: A população mundial se encontra em um processo de transição demográfica e o número de pessoas com idade singular ou superior 60 anos cresce cada vez mais. Com o aumento da expectativa de vida, os perfis das doenças se alteram passando a serem crônicas não-transmissíveis e incapacitantes para os idosos. São os membros da família que costumam desempenhar o papel de cuidador, devido à imposição social e o vínculo afetivo que eles possuem com o idoso. OBJETIVO: Descrever ações que embasam o cuidado domiciliar ao idoso dependente e as implicações para o cuidador familiar. METODOLOGIA: Este estudo é embasado em uma abordagem quanti-qualitativa do tipo revisão bibliográfica. Os dados foram levantados através das bases de dados e periódicos à exemplo do SciELO e BVS, utilizando como descritores de busca os termos: ‘assistência domiciliar’ and ‘cuidadores’ and ‘idoso fragilizado’. Além dos artigos, livros e manuais do Ministério da Saúde. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Em grande parte do mundo, o envelhecimento da população tornou-se realidade nas últimas décadas. A totalidade da população idosa vem crescendo de forma expressiva no Brasil. Assim, os cuidados prestados no domicílio, junto à família, vêm se tornando a única opção disponível para o idoso dependente. CONCLUSÕES: A mudança do perfil de saúde da população idosa trouxe a necessidade de alterações nas formas de cuidado dessa população, e uma delas foi o retorno ao modelo de cuidados domiciliares.

Palavras-chaves: Envelhecimento, Idoso, Cuidadores, Família.

INTRODUÇÃO: A população mundial se encontra em um processo de transição demográfica e o número de pessoas com idade singular ou superior 60 anos cresce cada vez mais. Avalia-se que o Brasil até 2025

conterá a sexta maior população de idosos do planeta e este novo perfil populacional contém suas peculiaridades morfofuncionais e sociofamiliares (SILVA et al; 2011; VERAS et al, 2014).

Com o aumento da expectativa de vida, os perfis das doenças se alteram passando a serem crônicas não-transmissíveis e incapacitantes para os idosos. Tais agravos causam alterações físicas, emocionais e cognitivas que prejudicam a autonomia da população idosa, demandando cuidados constantes e diários pelos os seus cuidadores (STACKFLETH et al, 2012).

Nesse sentido, o cuidador será a figura responsável por realizar funções que o idoso se encontra incapacitado de exercer. Há dois tipos de cuidadores: os formais que consiste nos profissionais que exercem as atividades baseadas em sua formação e os informais desempenhados por familiares, vizinhos ou amigos (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2012). Assim, o respectivo estudo tem enfoque no cuidado informal, em particular no cuidador familiar.

O ambiente domiciliar é a primeira escolha dos idosos para viverem, bem como da sua família, mesmo que estes estejam acometidos por problemas de saúde crônicos ou dependência elevada (CARVALHAIS; SOUSA, 2013). Nessa lógica, são os membros da família que costumam desempenhar o papel de cuidador, devido à imposição social e o vínculo afetivo que eles possuem com o idoso. Normalmente, apenas uma única pessoa assume a função, chamado de cuidador principal ou primário, seja por

disponibilidade, vontade, imposição, desejo e outros (SILVA et al, 2011).

Também é observado que o cuidador familiar se torna susceptível à adquirir níveis variados de ansiedade, estresse e desgaste físico e emocional, sobretudo decorrente das mudanças dos seus papéis sociais, bem como se adaptar ao seu novo ofício, pois irá requer deles dedicação, paciência e abdicção para cuidar do idoso dependente (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2012).

Certamente, o cuidado ao idoso com dependência completa ou parcial é um desafio para o cuidador familiar, uma vez que o cuidado pode variar desde um intermediário ao um intensivo (SILVA et al, 2011). Por isso, vislumbra-se que o serviço de saúde deve compreender uma assistência que inclua tanto o adoentado, quanto o cuidador.

Desse modo, a assistência domiciliar entra como uma aliada para prover medidas que cuidem do familiar do idoso, podendo ser desde orientações da equipe de saúde sobre as melhores maneiras de prestar assistência ao mais velho, ou mesmo, introduzir programas de assistência de inclusão para o cuidador (SILVA et al, 2011). Tais ações podem melhorar a qualidade de vida deste familiar, uma vez que suas necessidades básicas serão preservadas e assim otimizando o cuidado ao idoso dependente. Mas também, é válido

salientar que o profissional enfermeiro pode ser um mediador para proporcionar o bem-estar ao cuidador.

O objetivo do referente estudo é descrever ações que embasam o cuidado domiciliar ao idoso dependente e as implicações para o cuidador familiar.

METODOLOGIA: Este estudo é embasado em uma abordagem quanti-qualitativa do tipo revisão bibliográfica. Os dados foram levantados através das bases de dados e periódicos à exemplo do SciELO e BVS, utilizando como descritores de busca os termos: ‘assistência domiciliar’ *and* ‘cuidadores’ *and* ‘idoso fragilizado’. Além dos artigos, livros e manuais do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Em grande parte do mundo, o envelhecimento da população tornou-se realidade nas últimas décadas. Segundo estudo, “*as mudanças nas condições de vida da população e os avanços da medicina no combate a enfermidades reduziram mortalidades precoces e promoveram um aumento dos anos de vida*” (CELADE, 2012, p. 11).

Nos países subdesenvolvidos, o envelhecimento da população está em

crescimento constante. A definição de envelhecimento, do ponto de vista demográfico e segundo Valdés, “está relacionada com o aumento na proporção de pessoas de idade avançada, em relação ao resto da população. Porém, têm-se considerado a importância de definir também como a inversão da pirâmide de idades, uma vez que o fenômeno não é somente um aumento da proporção de idosos, mas como também uma diminuição da proporção de crianças e jovens entre 0 e 14 anos (VALDÉS, 2014, não paginado).”

No Brasil, o último censo demográfico realizado pelo IBGE em 2010 ratifica a concretude deste fenômeno. Observa-se que o avanço tecnológico, o investimento em saúde pública e a utilização de antibióticos importados no período pós-guerra na década de 1940 corroboraram a queda da mortalidade no país, refletindo no aumento da expectativa de vida (IBGE, 2011).

Para estudar a questão do crescimento da população idosa, considerar-se-á idoso aquele indivíduo que, segundo o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, tenha 60 anos ou mais de idade. Essa definição resulta numa heterogeneidade do segmento considerado idoso, já que estão

incluídas pessoas de 60 a 100 anos ou mais de idade (CAMARANO, 2011).

A totalidade da população idosa vem crescendo de forma expressiva no Brasil. Segundo Camarano (2011), enquanto há um crescimento do contingente populacional acima de 60 anos há também a diminuição da população considerada jovem. Embora a população idosa não seja homogênea, principalmente pelas diferenças de gênero, qualidade de vida, suporte familiar e outras implicações, a ciência demográfica está observando que os avanços da medicina e a melhora na qualidade de vida dos idosos - tendo como consequência a diminuição da mortalidade, são fatores que estão ocasionando o envelhecimento da população brasileira acima de 60 anos (IBGE, 2009).

Camarano e Kanso (2009) afirmam que, sob o ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional é o resultado da manutenção - por um período de tempo razoavelmente longo - de taxas de crescimento da população idosa superiores às da população mais jovem. Ou seja, os baixos índices de fecundidade, somados à queda da mortalidade, levam o Brasil a igualar as faixas etárias de sua população. Indicadores sociodemográficos do IBGE (2009) evidenciam que a população idosa vem aumentando com o passar dos anos, podendo

até se igualar à população de crianças e adolescentes no ano de 2030.

Segundo o IBGE, em 2030, de acordo com as projeções, o número de idosos já superará o de crianças e adolescentes (menores de 15 anos de idade), em cerca de 4 milhões, diferença essa que aumenta para 35,8 milhões, em 2050 (64,1 milhões contra 28,3 milhões, respectivamente). Nesse ano, os idosos representarão 28,8% contra 13,1% de crianças e adolescentes no total da população (IBGE, 2009, não paginado).

Projeções realizadas pelo IBGE (2008) para os anos de 2030 e 2050 confirmam que o contingente populacional de idosos no Brasil irá crescer significativamente, e que a queda da taxa de fecundidade total é um dos motivos para esse envelhecimento da população. Entretanto, a evolução da estrutura etária brasileira está ocorrendo por vários motivos, os ganhos sobre a mortalidade e, como consequência, os aumentos da expectativa de vida, associam-se à relativa melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, às campanhas nacionais de vacinação, aos avanços tecnológicos da medicina, ao aumento do número de atendimentos pré-natais, bem como o acompanhamento clínico do recém-nascido e o incentivo ao aleitamento materno, ao aumento do nível de escolaridade da população, aos investimentos na infraestrutura

de saneamento básico e à percepção dos indivíduos com relação às enfermidades. O aumento da esperança de vida ao nascer em combinação com a queda do nível geral da fecundidade resulta no aumento absoluto e relativo da população idosa (IBGE, 2008, não paginado).

Esse acelerado processo de envelhecimento populacional, e os recentes aumentos na expectativa de vida, inclusive entre as pessoas de 60 anos ou mais, têm chamado atenção sobre as condições de saúde durante esses anos adicionais de vida e sobre a incidência futura de morbidade, morbidade múltipla, disfuncionalidade e mortalidade entre os idosos (PINNELLI; SABATELLO, 1993). Com o envelhecimento da população, vem aumentando a quantidade de idosos dependentes no domicílio, seja por consequência de uma doença crônica não transmissível, ou pelo ônus do próprio envelhecimento.

A avaliação da capacidade funcional vem se tornando um instrumento particularmente útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, porque muitos têm várias doenças simultaneamente, que variam em severidade e provocam diferentes impactos na vida cotidiana. A Organização Mundial da Saúde definiu incapacidade funcional como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente

desejadas na sociedade (WHO, 1991). Frequentemente, é avaliada através de declaração indicativa de dificuldade, ou de necessidade de ajuda, em tarefas básicas de cuidados pessoais e em tarefas mais complexas, necessárias para viver independente na comunidade.

O quadro de incapacidade funcional torna-se ainda mais preocupante quando se observa que no Brasil, apesar da Política Nacional de Saúde do Idoso, há carência de programas governamentais direcionados para essa população com dependência. Assim, os cuidados prestados no domicílio, junto à família, vêm se tornando a única opção disponível para o idoso dependente. Mesmo onde existe oferta de serviços formais de apoio, a família continua a desempenhar o papel principal no suporte, ainda que com escassos recursos físicos, financeiros e humanos (ARAÚJO; PAUL; MARTINS, 2012). No idoso, as incapacidades funcionais podem gerar problemas de saúde como diminuição da autoestima, depressão, isolamento social, atrofia, úlceras, infecções, entre outros, promovendo diminuição na qualidade de vida, com impacto no cotidiano e, muitas vezes, conflitos em toda a família, diante das atribuições do cuidar de um idoso com sequelas.

No Brasil, a classe de idosos atingida por incapacidade funcional está dentro de um

contexto de instituições frágeis, pobreza, desigualdade social e processo de envelhecimento acelerado. Essas mudanças no perfil demográfico e nas condições de vida da população brasileira demandam a reorganização dos serviços de saúde de modo a responder às necessidades dos indivíduos com perdas funcionais e dependência, e de suas famílias, o que inclui a prestação de cuidados de saúde no domicílio.

A necessidade de utilização mais eficiente dos recursos de saúde estimulou a criação de Programas e Serviços para o provimento de cuidados domiciliares nos setores público e privado. No setor público, muitas experiências ligadas a hospitais originaram-se de tentativas de racionalização do uso dos leitos e tiveram o mérito de demonstrar que é possível prover, no domicílio, com melhoria da qualidade de vida do paciente, cuidados até então restritos ao ambiente hospitalar (DUARTE; DIOGO, 2000).

Os cuidados domiciliários de saúde compreendem o conjunto de atos e relações que acontecem no domicílio, envolvendo paciente, familiares e equipe de saúde, com a finalidade de promover a inclusão social, a melhoria da qualidade de vida, a preservação ou a recuperação da saúde por meio da instrumentalização do paciente e/ou seu

cuidador e da disponibilização direta ou referenciada dos recursos materiais e humanos necessários à realização das ações pertinentes à sua condição de saúde. A finalidade do provimento desses cuidados é ampliar o acesso de pessoas funcionalmente incapacitadas e com dependência aos serviços e cuidados de saúde, mediante a ação conjunta e integrada da família, da sociedade organizada e do Estado, de forma a viabilizar a esses indivíduos a melhor qualidade de vida e o maior grau de independência possíveis, incentivando a autonomia, a participação social, a dignidade e solidariedade humana (WHO, 2000).

Os cuidados domiciliários de saúde para idosos dependentes estão em rápida expansão em vários países. Isto se deve basicamente à interação, em diferentes medidas, do entendimento que a permanência do idoso em seu domicílio, em condições adequadas, está associada a uma melhor qualidade de vida do que quando ele é institucionalizado; que o envelhecimento da população produz alterações na demanda dos serviços de saúde, que se expressam pelo aumento de casos de doenças crônico-degenerativas e risco de incapacidades; e que a elevação dos custos dos sistemas de saúde decorre principalmente do consumo elevado de serviços hospitalares ou institucionais por

idosos mais vulneráveis (ESPINOSA et al., 2000).

É aceito, embora não haja estudos que confirmem de modo claro que os idosos com incapacidades funcionais e dependência que são cuidadas no domicílio alcançam melhor qualidade de vida do que aquelas mantidas em hospitais ou institucionalizadas. São beneficiadas ao terem garantido o acesso aos serviços e à assistência mais humanizada, o que favorece o exercício da autonomia e da responsabilidade pela própria saúde.

Com base em Guia, Duayer e Mishima (2000), propõe-se como critério de elegibilidade para o recebimento de cuidados de saúde no domicílio o grau de Incapacidade Funcional para as Atividades da Vida Diária (BRASIL, 1994). Esse grau classifica o idoso em várias escalas e com base nesse resultado, há uma hierarquização nos cuidados em *Home Care*, fracionando o *Home Care* de primeiro nível, de segundo e de terceiro (PAPALÉO NETTO, 1999).

É de fundamental importância que todos os sujeitos envolvidos nesse cuidado estejam em consonância e cientes de suas responsabilidades. A família esteja intimamente relacionada a esses cuidados domiciliares, porque cabe a mesma zelar para que o ambiente do domicílio seja próprio para o cuidado. Os profissionais de saúde devem

se responsabilizar pelas orientações e execução dos procedimentos técnicos cabíveis no provimento do cuidado. A todos cabe o empenho no desenvolvimento de um relacionamento com base no respeito, no diálogo e no afeto para viabilizar a recuperação do paciente e, quando ela não é mais possível, uma atitude positiva frente à doença e à morte.

O paciente e seus familiares devem ser informados sobre seu estado de saúde e participar dos projetos terapêuticos, atuando como sujeitos no processo saúde-doença e no cuidado. É importante que estejam cientes das rotinas do serviço, a exemplo dos parâmetros para o estabelecimento da periodicidade das visitas ou do procedimento em caso de intercorrências clínicas. Os familiares devem ser orientados sobre como proceder a vigilância do estado de saúde do paciente, ou seja, estar atentos para as mudanças na aceitação da alimentação, no comportamento, no padrão do sono (DUAYER; OLIVEIRA, 2005).

Define-se como cuidador, o indivíduo responsável por auxiliar o usuário que apresenta alguma limitação para realizar suas necessidades básicas. Logo, há dois tipos de cuidador: o formal é o profissional que estudou e se formou para prestar o cuidado e informal é um familiar ou um amigo que

exercem cuidados para aquele indivíduo dependente. O cuidador ainda pode ser classificado como: principal, aquele que contém o maior nível de responsabilidade ao cuidar do enfermo; e o cuidador secundário, que são amigos, familiares, vizinhos ou profissionais que providenciam um auxílio ou complementam no ato de cuidar (BRASIL, 2012).

Dessa maneira, é válido expor o Projeto de Lei (PL nº 2880/2008), que visa regularizar a profissão de cuidador, delimitando o âmbito de atuação e fixando uma remuneração mínima. O mesmo ainda está em tramitação pela câmara dos deputados, sendo desarquivado em fevereiro de 2015. Ele foi criado pelo deputado Otávio Leite (PSDB/RJ), no ano de 2008.

A partir dessa análise, delimitou-se a figura do cuidador familiar que prestam cuidados a idosos dependentes, assim discorrendo sucintamente sobre eles, bem como realizando uma interligação sobre as implicações que surgem a estes ao desempenhar tal função.

Uma vez que, o cuidado em âmbito domiciliar na maioria das vezes é desempenhado por uma única pessoa, ou seja, pelo cuidador principal responsável por desempenhar as principais atividades ao idoso fragilizado, logo tal tarefa é sinônimo de

exaustão e estresse para o familiar. Há uma mudança na relação entre idoso e cuidador, que anteriormente era de reciprocidade e passa a ser de dependência, no momento em que as atividades desempenhadas têm finalidade de propiciar bem-estar biopsicossocial. Como também, são aspectos estressantes para o cuidador as doenças que se instalam no idoso, o encargo das obrigações, as restrições de sua vida, a falta de informações, ausência de apoio psicológico, financeiro e físico para desempenhar o cuidado ao idoso diariamente (STACKFLETH et al, 2012).

Dessa maneira, fica explícito que o ato de cuidar não é fácil, mas uma ação complexa. É necessário que o serviço de atenção domiciliar exerça um cuidado extra dentro núcleo familiar, como supervisionar, orientar e capacitar àquelas pessoas que estão cuidando dentro do domicílio. Como também, avaliar as limitações e dificuldades deste cuidador, pois muitas atividades podem ser simples para o profissional de saúde que é habituado a realizar, mas são difíceis para o familiar que nunca realizou. Logo, tais medidas podem preservar a saúde do cuidador e melhorar a saúde do idoso dependente (BRASIL, 2012).

O cuidador familiar deve ser visto como indivíduo que também necessita de intervenções de promoção e prevenção, sendo

que ele é susceptível ao adoecimento decorrente da sobrecarga emocional, física e mental proveniente de sua função. Portanto, as visitas domiciliares prestadas pelas equipes de atenção domiciliar (AD) são elas a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD); a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) e equipes da atenção básica (AB) são fundamentais para avaliar o nível de sobrecarga de trabalho do cuidador familiar (BRASIL, 2012).

Assim, torna-se imprescindível que as equipes da AD e AB desenvolvam medidas que reduzam esta sobrecarga, conseqüentemente as implicações que ela acarreta a saúde. Dessa forma, os profissionais podem orientar os cuidadores a compartilhar o cuidado com outros membros da família e realizar rodízios entre os cuidadores principais, como também praticar educação continuada e compreender as necessidades do cuidador informal (BRASIL, 2012).

Ou seja, tais métodos evitam que doenças agudas ou crônicas, sejam desenvolvidas pelo o cuidador, visto que a sobrecarga pode levar ao desencadeamento de doenças, e conseqüentemente levam ao uso de medicações. Logo, aquele que cuidava torna-se tão doente quanto idoso dependente. Por isso, é necessário que a equipe de saúde da AD ou AB tenha um olhar diferenciado para a

figura do cuidador, bem como dar apoio psicossocial, espiritual e técnico, além de uma escuta ativa em todo processo de trabalho da atenção domiciliar (BRASIL, 2012).

CONCLUSÕES: A mudança do perfil de saúde da população idosa trouxe a necessidade de alterações nas formas de cuidado dessa população, e uma delas foi o retorno ao modelo de cuidados domiciliares. No entanto, evidencia-se a necessidade de desenvolver novas formas de apoio formal aos cuidadores familiares, exercidas por instituições públicas ou privadas, e também para dar suporte aos profissionais da atenção básica, quando se deparam com os idosos que não possuem o suporte familiar ou não o recebem. Tal informação vai ao encontro da necessidade, cada vez mais presente, de se identificar as pessoas com incapacidades importantes e que ficam à margem do sistema de saúde, já que apresentam um tipo de incapacidade que não é contemplado pelo sistema e, portanto, não é por ele conhecido.

REFERÊNCIAS: ARAÚJO, I; PAUL, C; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n. 4, ago.2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400011>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

BORGES, M.M.C.; TELLES, J.L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, Set./Dec., 2010. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n3/v13n3a02.pdf>>. Acesso em 11 nov. 2015

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Normas Jurídicas do Senado Federal. 1994. Brasília (DF). Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>> Acesso em: 11 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Projeto de lei n. 2880, de 26 de fevereiro de 2008. Regulamenta a Profissão de Cuidador de Pessoa, delimita o âmbito de atuação, fixa remuneração mínima e dá outras providências. Legislação Federal; Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=384533>> Acesso em: 14/11/2015.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, n. 05, jul/ago/set., 2011. Disponível em: <http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=58&Itemid=76&idrev=8>. Acessado em: 11 nov 2015

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Rio de Janeiro: **IPEA**, 2009.

CARVALHAIS, M; SOUSA, L. Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.1, p.160-172, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/15.pdf>> Acesso em: 12/11/2015.

CELADE. **Proyecciones de población**. 2012. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/50561/ObservatorioDemografico2012.pdf.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2015

DUARTE, Y.A.O; LEBRÃO, M.L.; LIMA, F.D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panamerica Salud Publica**, São Paulo, v. 17, n.5, p. 370-

8, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26274.pdf>>. Acesso em 11 nov. 2015

DUAYER, M.F.; OLIVEIRA, M.A.C. Cuidados domiciliários no SUS: uma resposta às necessidades sociais de saúde de pessoas com perdas funcionais e dependência. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, maio/ago. 2005. Disponível em: <http://ideiasnamesa.unb.br/upload/bibliotecaIdeias/1390304348A_alimentacao_saudavel_e_a_promocao_da_saude_no_contexto_da_SAN_-_p._125.pdf#page=97> Acesso em 11 nov 2015

IBGE. **Censo demográfico 2010: famílias e domicílios (resultados da amostra)**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2015.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores>>

res_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012>.pdf. Acesso em: 11 nov. 2015.

PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: **Atheneu**, 1999.

PINNELLI A.; SABATELLO E. Determinants of the health and survival of the elderly: suggestions from two different experiences-Italy and Israel. Conference on Health and Mortality Trends Among Elderly Populations: Determinants and Implications - United Nations/IUSSP/ WHO; 1993 Jun 21-25;. Sendai City, Japan.

PITELLI DA GUIA, R.; DUAYER, M.F.; MISHIMA, E. Estratégia para implementação de cuidados domiciliares de saúde na esfera do Sistema Único de Saúde – SUS. **São Paulo**: [s.n.], 2000.

SILVA, L. W. S; ARAÚJO, T. C; SANTOS, F. F; et. al. A família na convivência com o idoso acamado no domicílio. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n.3, 2011. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6488/4704>> Acesso em: 12/11/2015.

STACKFLETH, R; DINIZ, M. A; FHON, J. R. S; et. al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 768-774, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/19.pdf>> Acesso em: 14/11/2015.

UESUGUIL, H. M; FAGUNDES, D. S; PINHO, D. L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v.24, n.5, p. 689-694, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/15v24n5.pdf>> Acesso em: 14 nov. 2015.

VALDÉS, J. V. Situación del adulto mayor en contexto mundial, latinoamericano y Cuba. **Havana**, Cuba, 19 mar. 2014.

VERAS, R. P; CALDAS, C. P; MOTTA, L. B; et. al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 357-365, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0357.pdf>> Acesso em: 12/11/2015.

WHO. Disability prevention and rehabilitation. **Geneva**: WHO; 1981.