



## A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA SAÚDE MASCULINA: A PARTICIPAÇÃO DOS CUIDADORES

Jucicleia Maiara da Silva Freitas<sup>1</sup>; Fábila Letícia Martins de Andrade<sup>1</sup>; Bruna Mendes da Silva<sup>1</sup>; João Paulo Franco de Azevedo<sup>1</sup>; Jocelly de Araújo Ferreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. [jhucyfreitas@gmail.com](mailto:jhucyfreitas@gmail.com)

<sup>2</sup> Professora. Doutoranda em Enfermagem-UFMG. Mestre em Enfermagem- UFRN. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. [jocellyaferreira@hotmail.com](mailto:jocellyaferreira@hotmail.com)

**Resumo:** A Atenção Domiciliar surge como um modelo substitutivo ou complementar no Sistema Único de Saúde, mediante a Lei Nº 10.424 de abril de 2002, pela busca da desospitalização, por uma assistência satisfatória que atenda holística e especificadamente cada usuário, preservando sua identidade social, política, cultural, econômica e familiar, prestando serviços de saúde em todos os níveis de atenção sob a luz da humanização. Este estudo tem como objetivo evidenciar na literatura a importância da atenção domiciliar na recuperação e manutenção da saúde do homem, bem como a contribuição dos cuidadores durante este processo. Esse estudo trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura, acerca da atenção domiciliar e o cuidado ao homem por parte do cuidador. A pesquisa foi realizada entre os meses de janeiro e março de 2017, por meio de livros, manuais, levantamento de dados organizados e ordenados na Biblioteca Virtual de Saúde. Para busca dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores: “Cuidados Domiciliares”; “Cuidadores”; “Saúde do Homem”, os cruzamentos foram executados com as palavras-chave junto ao operador booleano AND. Foram encontrados 97 artigos, destes 29 compuseram os resultados da presente pesquisa, após a utilização de critérios. O cuidado é uma característica peculiar à maioria das espécies, evidenciada em diferentes graus, o ser humano é eminentemente um ser de cuidado e essa ação parece estar ligada a sustentação e manutenção da vida e das relações afetivas e interpessoais. O ser humano e o cuidado são considerados indissociáveis, como se a vida fosse sinônimo do cuidar durante o processo de evolução, sendo o cuidar a maneira mais refinada sobre o viver. O cuidador é um personagem importante dentro desse cenário, ele é entendido como pessoa com ou sem vínculo com ser cuidado, que presta cuidados diretos de forma contínua ou regular e possui capacidade de auxiliar para suprir as necessidades emanadas no dia a dia, além de contribuir nas atividades diárias. O cuidador considera o cuidado como uma tarefa complexa, apontando algumas importantes limitações, como a resistência do indivíduo cuidado, o que exige do cuidador conhecimento e habilidades para lidar com certas situações inerentes no processo de cuidar, outra limitação são as abdições e alterações na vida e rotina dos cuidadores. Ele exerce vital importância nesse processo, porque dispõe de toda atenção a cerca das necessidades de saúde desses seres necessitados de cuidados.

**Palavras-chave:** Saúde do Homem, Cuidados Domiciliares, Cuidadores.

### Introdução

Diante do atual sistema de saúde, que permite aos cidadãos o direito à saúde de maneira universal, equânime e integral, vive-se uma realidade satisfatória em garantias e que possui perfil de desenvolvimento ascendente, uma vez que trata-se de um sistema recente, implantado na década de 90 e que tem muito a oferecer a população. É sobre o princípio de integralidade que o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde (MS), seguindo exemplos bem sucedidos de diversos outros países que depositaram em uma modalidade de



assistência à saúde paralela ao modelo médico hegemônico, hospitalocêntrico e fragmentado (SILVA et al., 2013).

A Atenção Domiciliar (AD) surge como um modelo substitutivo ou complementar no Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a Lei Nº 10.424 de abril de 2002, pela busca da desospitalização, por uma assistência satisfatória que atenda holística e especificadamente cada usuário, preservando sua identidade social, política, cultural, econômica e familiar, prestando serviços de saúde em todos os níveis de atenção sob a luz da humanização. O objetivo principal da AD pauta-se na produção de atos planejados para oferecer cuidados essenciais à recuperação da saúde ou melhora da qualidade de vida, além de garantir a continuidade destes cuidados e a integração junto às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013; ANDRADE et al., 2013).

A atenção domiciliar é um contínuo processo de interação, em que o Programa Melhor em Casa (PMC) supõe a existência de um cuidador, permeando a interação deste com o ser cuidado e a equipe de saúde atuante, realizando tarefas que baseia-se na prestação de cuidados prescritos pelas equipes do PMC, para restituir a autonomia e melhorar a qualidade de vida do ser cuidado dentro do seu contexto familiar. O cuidador não é reconhecido como profissão, mas integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o código 5162-10, do Ministério do Trabalho e Emprego (TEM), (SILVA et al., 2013; SANTOS; LEON; FUNGHETTO, 2011; BISCIONE et al., 2013; BRASIL, 2010).

Dentre o público atendido no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), os homens possuem grande expressividade quando considerado o contingente de mulheres no país, além da expectativa de vida delas ser maior do que a dos homens. Estes possuem especificidades interessantes, apresentam perspectivas próprias sobre o adoecer e seu perceber a saúde, embora reconheçam que possuem necessidades em saúde, eles evitam a procura por cuidados, devido à atitude de demonstrar a sua vulnerabilidade, o que confronta a masculinidade hegemônica construída historicamente pela sociedade, sendo este fato uma das grandes limitações sobre os cuidados prestados ao público masculino (ARRUDA; CORREIA; MARCON, 2014; CONNELL, 2013).

À vista disso, observa-se a necessidade de compreender a visão do cuidador sobre a prestação de cuidados ao público masculino em assistência domiciliar, para que seja possível a promoção da saúde e da autonomia, garantindo aos homens uma assistência qualificada e humanizada, incorporados aos princípios de integralidade, universalidade e equidade, fortalecendo o SUS, otimizando a assistência e oferecendo saúde de qualidade a população.



Este estudo tem como objetivo: evidenciar na literatura a importância da atenção domiciliar na recuperação e manutenção da saúde do homem, bem como a contribuição dos cuidadores durante este processo.

## **Metodologia**

Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura, acerca da atenção domiciliar e o cuidado ao homem por parte do cuidador. A pesquisa foi realizada entre os meses de janeiro e março de 2017, a partir de livros, manuais, bem como levantamento de dados organizados e ordenados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Para a busca dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores: “Assistência Domiciliar”; “Cuidador”; “Saúde do Homem”, os cruzamentos foram realizados de diversas formas com as palavras-chave utilizando o operador booleano “AND”. Encontrou-se 97 artigos, destes 29 compõem o resultado final da presente pesquisa, após a utilização dos seguintes critérios: disponibilidade na íntegra; idiomas de português, inglês ou espanhol; assunto principal a atenção domiciliar e publicado nos últimos 10 anos. Como critérios de exclusão considerou: publicações repetidas nas bases de dados, estudos científicos não disponíveis integralmente e artigos com acesso mediante pagamento.

## **Resultados e discussão**

A assistência domiciliar é preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo utilizada com o intuito de humanizar e garantir o conforto aos indivíduos, implementada quando as condições clínicas e familiares permitem. É fato que os cuidados no domicílio são uma prática remota pertencente à família, porém com a Revolução Industrial e a ascensão da medicina científica, houve a transformação do indivíduo em paciente e o deslocou do seio da família, retirando dela a autoridade da maneira de como cuidar, para o ambiente hospitalar, institucionalizando o cuidado (OMS, 2012 *apud* RODRIGUEZ, 2013).

No Brasil, os primeiros serviços domiciliares surgiram na década de 60, como uma nova modalidade de assistência à saúde e ainda como uma alternativa para combater a superlotação do ambiente hospitalar, por intermédio do Serviço de Assistência Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU). Todavia, a crescente evolução só foi possível a partir da década de 90 com o surgimento do SUS, que aos poucos foram sendo oferecidos serviços de atenção domiciliar a nível municipal e estadual, que assistia a população advinda dos



hospitais e as redes privadas de *home care*, que se fortaleciam tornando-se cada vez mais comuns (FEUERWERKER; MERHY, 2008; BRASIL, 2012).

Portanto, entende-se por atenção domiciliar, no âmbito do SUS, uma modalidade organizacional e assistencial da atenção à saúde, substitutiva ou complementar as existentes, propícia à prestação efetiva de novos modos de cuidados que contempla uma série de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, oferecidas no domicílio, tendo como garantia a continuidade dos cuidados e a integralidade com as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Percebe-se que a AD permite práticas em saúde que mais se aproxima do conceito da integralidade, uma vez que este conceito faz parte da ideia principal da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2011; BRITO et al., 2013).

A transição epidemiológica e demográfica tem aumentado às demandas da população, a necessidade de atenção social, econômica, afetiva e de cuidados contínuos. Nesse sentido, pressupõem-se que o ambiente domiciliar torna-se o local ideal para recuperação e que este prospera sobre o prognóstico, direciona o foco assistencial de acordo com as especificidades de cada indivíduo que necessita de atendimento de equipe clínica especializada no ambiente familiar, caracterizada pela permeabilidade da equipe, além da prestação de um cuidado ampliado em que ultrapassa as necessidades biológicas, trazendo a família e o usuário de volta a centralidade da produção de cuidados anteriormente restringidos aos profissionais de saúde (MARCOLIN et al., 2014).

Seguindo um caminho ascendente em territorialização e satisfação dos usuários, até novembro de 2016, existiam 657 equipes de Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e 320 Equipes Multiprofissional de apoio. com 366 municípios contemplados, em um contingente de 53.685. 656, com percentual de 26,25% de cobertura populacional no programa, com 2.985 internações, sendo repassados pela União cerca R\$ 53.220.000 para o EMAD e R\$ 3.606.000 para o EMAP aos estados e municípios no mês de dezembro de 2016. Nesse mesmo registro, o nordeste possuía cerca de 172 equipes de EMAD e 123 de EMAP, sendo 15 equipes de EMAD e 11 de EMAP no estado da Paraíba até novembro de 2016 (BRASIL, 2016).

A expansão foi significativa após a incorporação na Lei 8.080 em 2002, porém o Programa Melhor em Casa (PMC) foi instituído em 2011, através da Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, mais recentemente revogada pela Portaria nº 825 de 25 de Abril de 2016, em que redefine a AD no âmbito do SUS, de modo a garantir assistência às necessidades dos



indivíduos, melhorando seu bem estar, segurança e autonomia. Na Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, aprova-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que também prevê a assistência domiciliar como uma das ofertas de ações programáticas da Unidade Básica Saúde (UBS) (BRASIL, 2011).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) compõe-se, essencialmente, por duas equipes, EMAD que pode ser tipo 1 ou tipo 2, constituída por profissional médico, enfermeiro, fisioterapeuta e/ou assistente social e técnicos/ auxiliares de enfermagem, sendo a carga horária, o que diferencia o tipo de EMAD. A EMAD constitui-se por no mínimo três profissionais de nível superior, podendo ser assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2013).

A AD organiza-se em três modalidades, AD1, AD2, AD3, sendo atreladas às necessidades de cuidados, a periodicidade de visitas, a intensidade de cuidados da equipe multiprofissional, bem como ao uso de tecnologias. A subdivisão da AD, torna-se necessária para organização e compreensão do perfil dos atendimentos, para o planejamento da utilização dos recursos humanos, materiais e fluxos intra e intersetoriais (BRASIL, 2016).

Na AD1, atende-se usuários que necessitem de cuidados mínimos, com menos frequência e necessidades de intervenções multiprofissionais, de modo que se considerem os cuidados prestados pelos cuidadores como estáveis e satisfatórios. Essa modalidade de assistência é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica. Na AD2, os usuários apresentam necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, que demandem de atendimento no mínimo semanal. Na AD3, os usuários necessitam de atendimento de alta complexidade e com maior frequência, que demandem longos períodos de acompanhamento, sendo que as duas últimas modalidades são de responsabilidade do SAD (BRASIL, 2016; MARCOLIN et al., 2014).

O crescimento das práticas de cuidados domiciliares vem acompanhado de forte interesse sobre a desospitalização, redução de custos, no sentido de racionalizar os recursos, prevenção de riscos relacionados à assistência e ao ambiente físico hospitalar e ainda sobre a humanização. Assim, AD passa a ser considerada como possibilidade de cuidados substitutivos, desinstitucionalizando o modelo biomédico e permitindo a criação de novas práticas de cuidado, que engloba a família como principal promotora dessa assistência, em um ambiente seguro e acolhedor (SILVA et al., 2010).



Nos EUA, nas últimas cinco décadas a AD têm sido impulsionada para que haja corte de despesas com saúde, pois o cenário revela um contingente de pessoas cada vez mais doentes. Desse modo, a AD tornou-se a maneira mais viável para oferecer cuidados com um maior nível de conforto, de atenção e controle do indivíduo, com baixo investimento financeiro (BELLEHUMEUR et al, 2013).

Apesar dos grandes esforços para desospitalização nos serviços de saúde mediante a implantação e ampliação da atenção básica, ainda observa-se que o modelo médico hegemônico, liberal, hospitalocêntrico, voltado para o saber médico, fragmentado, biologicista e mecanicista. A atenção domiciliar surge, não para ser uma transferência de responsabilidade do governo para família, mas como um trabalho conjunto, em que o governo deve capacitar o cuidador para prestar os cuidados prescritos ao indivíduo sob a tutela do EMAD, sendo possível promover qualidade de vida e reestabilização da autonomia (BRASIL, 2012).

O PMC supõe a existência de um cuidador, permeando a interação deste com o ser cuidado e com a equipe de saúde atuante, realizando tarefas que baseia-se na prestação de cuidados prescritos pelas equipes do Programa Melhor em Casa (PMC), para restituir a autonomia e melhorar a qualidade de vida do ser cuidado dentro do seu contexto familiar, (SILVA et al., 2013; SANTOS; LEON; FUNGHETTO, 2011; BISCIONE et al., 2013).

O cuidado é uma característica peculiar à maioria das espécies, evidenciada em diferentes graus. O ser humano é eminentemente um ser de cuidado e essa ação parece estar ligada a sustentação e manutenção da vida e das relações afetivas e interpessoais. Portanto, o ser humano e o cuidado são considerados indissociáveis, como se a vida fosse sinônimo do cuidar durante o processo de evolução, sendo o cuidar a maneira mais refinada sobre o viver. O cuidado significa desvelo, importar-se, valorizar-se, mostrar a pessoa sua importância como ser humano, devendo ser realizado com carinho e responsabilidade, com valorização da vida, diminuindo o sofrimento de quem necessita de cuidados. O cuidado é considerado o propósito inteligente da vida (SANTOS, INCONTRIN, 2010).

Saber cuidar, significar entender e saber cuidar de si e do outro, tendo a perfeita percepção sobre a realidade, possibilidades e limitações, o cuidado faz parte da construção do ser humano, ele necessariamente deve estar antes das atitudes e com isso, presente em todas as ações e situações. O cuidado é a raiz primária do ser, de modo que antes de realizar qualquer ação, e mesmo que realizar a ação, sempre virá acompanhado do cuidado; desse



modo, o cuidado existe antes do agir humano, sendo uma maneira concreta a qual revela como é o ser (BOFF, 2005; SANTOS, 2010).

O cuidado no sentido nato da palavra procura garantir a vida ao sujeito, objetivando propiciar sobrevivência ao passo em que permite a satisfação das necessidades básicas, da melhora na autonomia, extrapolando o sentido clínico de controle sobre a doença que assumiu ao longo dos tempos. Historicamente a família é vista como a instituição central no que diz respeito à responsabilidade e melhor exemplo sobre o cuidar; nessa perspectiva a mulher recebe o título de melhor e mais adequada pessoa para exercer o cuidar, possui caráter nato a elas para desempenhar tal ação, mesmo com as mudanças sociais que passaram dentro da família, e apesar da evolução na concepção do cuidado, as características sobre quem realizava os cuidados no lar, foram as que menos apresentaram mudanças (ORTIZ et al., 2011).

Destarte, a família e a Enfermagem são nomeadas como melhores provedoras e gerenciadoras do cuidar, a primeira foi sem dúvidas a percussora guiada por saberes próprios e empíricos passados ao longo dos anos e das gerações; e a segunda é a ciência que tem o cuidado como foco central de suas ações. A Enfermagem é habilitada para realização de cuidados que possibilita reestabelecer a saúde e autonomia dos indivíduos sob sua tutela, buscando realizar a concretude do cuidar, em que suas ações permeiam as relações entre os seres que necessitam de cuidados em uma dinâmica intersubjetiva recíproca e até imperceptível durante o processo (ORTIZ et al., 2011; RAMOS et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015).

Com a perda da capacidade de um indivíduo para realizar suas funções básicas, entra em cena os personagens da família, da Enfermagem e outros cuidadores que tenham ou não vínculo familiar com a pessoa que necessita de cuidados, e faz desta ação uma atividade laborativa, contribuindo para recuperação da saúde e aumento da qualidade de vida. Os benefícios ao ser cuidado acontece mediante a oferta de cuidados necessários e humanizados. Saber cuidar entrelaça com os princípios éticos do ser humano e com o meio, começa com o sentimento que sensibiliza as pessoas sobre o que está a sua volta, se há capacidade de sentir, há a capacidade de agir para melhoria de si e do outro (CARVALHO et al., 2013).

O cuidador é um personagem importante dentro desse cenário, é entendido como sendo uma pessoa com ou sem vínculo com o indivíduo, que prestam cuidados diretos de forma contínua ou regular e possui capacidade de auxiliar para suprir as necessidades



emanadas no dia a dia, além de contribuir nas atividades diárias. O cuidador orienta-se pela equipe de AD a respeito dos cuidados que deverão ser prestados aos indivíduos diariamente no domicílio (BRASIL, 2016; FREITAS et al., 2011).

A função do cuidador envolve-se em um complexo processo ético e afetivo, considerando o cuidar como uma atitude de ocupação e envolvimento afetivo com o ser cuidado. Os cuidadores adquirem ou aprimoram a capacidade humana de cuidar, pela captação de conhecimentos e pela aplicabilidade. O processo de cuidar ultrapassa a identificação de sinais e sintomas clínicos das mais variadas patologias, centra-se nas alterações estruturais dos indivíduos que abalam sua totalidade de ser (CARVALHO et al., 2013).

Outrossim, abalar a totalidade significa dizer que a assistência deve acontecer com o indivíduo holisticamente, esbarrando na noção de cuidado como ação integral, que tem seu significado voltado para a saúde como um direito de ser e não apenas referente ao nível de atenção do sistema de saúde ao qual o indivíduo será assistido. A ação integral deve ser vista como relações interpessoais impressas em atitudes de tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento, vínculo e responsabilização, de modo que o trabalho tem como resultado a produção de formações relacionais ou rede de produção de vida (FREITAS, MENEGHEL, SELLI, 2011).

A função de cuidador domiciliar, não é considerada até o presente momento como uma profissão, mas como uma atividade ocupacional, exercida por pessoas com formação vulnerável, que segue sem a definição sobre a carga horária necessária e sem deliberação sobre quais os conhecimentos mínimos necessários para esta capacitação. O que sabe-se é que precisam de maior suporte das equipes de AD, reconhecido que muitas vezes o próprio familiar assume o papel de cuidador de maneira repentina e sem preparo para isto. O cuidador é um elo forte entre o usuário, a família e os profissionais de saúde, direcionando as condutas da equipe multiprofissional para que sejam prescritas atividades necessárias e seguras. O papel que o cuidador assume é extremamente relevante, ele passa a maior parte do tempo com o ser cuidado e garante a continuidade dos cuidado (FAHT, SANDRI, 2016; BRASIL, 2012).

Apesar de não ser profissão, integra-se a CBO sob o código 5162-10, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), porém tramita no Congresso um Projeto de Lei 4702/12 do Senado, que regulamenta a profissão de cuidador de idosos, restringindo o exercício da profissão à maiores de 18 anos, com curso de formação de cuidador concluído. Quando o





cuidador é contratado por pessoa física, segue a Lei nº 5.859 de 11 de dezembro de 1972, revogada recentemente pela Lei complementar nº 150 de 1 de junho de 2015, que dispõe sobre o contrato do trabalho doméstico, mas se o contrato for a partir de pessoa jurídica seguirá as Leis do trabalho, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943, que aprova e a consolidação das leis do trabalho, no momento o projeto segue aguardando a criação de comissão temporária para melhor apreciação e posterior aprovação (BRASIL, 2012).

Destarte, um cuidador pode receber remuneração ou não, sendo definido como cuidador formal ou informal respectivamente, o primeiro diz respeito à pessoa preparada em alguma instituição de ensino, para prestar cuidados no domicílio de acordo com as necessidades do indivíduo a ser cuidado; enquanto que o segundo trata-se de qualquer pessoa da família ou comunidade que presta cuidados, mediante as necessidades do indivíduo. Existem ainda cuidador primário e cuidador secundário, o primário assume toda ou maior parte da responsabilidade e cuidados, enquanto que o secundário que pode ser algum familiar ou amigo que complementam no auxílio, exercendo menor parte das atividades (BRASIL, 2012).

Em estudos realizados por Floriano et al (2012) e Araújo et al (2013) com cuidadores de idosos, considera-o como uma tarefa complexa, apontando algumas importantes limitações, como a resistência do indivíduo cuidado, o que exige do cuidador conhecimento e habilidades para lidar com certas situações inerentes no processo de cuidar, outras limitações são as abdições e alterações na vida e rotina dos cuidadores, distanciando-os da vida social, causando conseqüente isolamento social, sobrecarga física, emocional ou social, além da falta de apoio institucional ou familiar, dificuldades referentes à infraestrutura do ambiente e financeira (FLORIANO et al., 2012; ARAÚJO et al., 2013; ).

Independentemente das possibilidades da terapêutica para o indivíduo, o cuidador altera a dinâmica e a rotina familiar, reorganiza a própria vida para conviver com o doente, a doença e suas implicações, gerando para o cuidador a exaustão e a sobrecarga, em conseqüência de assumirem sozinho, na maior parte das vezes, a responsabilidade do cuidado, pois as famílias podem não participar ativamente do processo de assistência domiciliar, ou quando presentes participam de modo esporádico, o que gera a perda da energia, fadiga física e emocional do cuidador, comprometendo a qualidade do cuidado a ser prestado (NIETSCHE et al., 2013; MARCHI et al., 2016).



## Considerações finais

O serviço de atenção domiciliar tem alcançado amplo espaço no sistema de saúde brasileiro ganhando atenção e investimentos cada vez maiores da União, permitindo assistir grande quantidade de pessoas por meio de uma assistência individualizada, segura e humanizada, redirecionando os recursos, desocupando os leitos hospitalares com a redução de internações desnecessárias e otimização do serviço.

O público masculino tem revelado certa expressividade na utilização dessa modalidade de serviço, uma vez que esses usuários foram historicamente estigmatizados como negligentes com a própria saúde, devido fortes imposições sociais, o que tornou a assistência algo dificultoso exigindo uma atenção diferenciada para que se possa atender as reais necessidades de saúde. O cuidador exerce uma importância vital nesse processo, sendo ele que dispõe de toda atenção a cerca das necessidades de saúde desses usuários; e é a partir dele que acontece a recuperação ou manutenção da saúde dos indivíduos cadastrados no Programa Melhor em Casa.

## Referências

- ANDERLE, P et al. Perfil dos pacientes assistidos pela residência integrada em saúde: um olhar humanizado na assistência domiciliar. **Aletheia**, [s.l.], v.41, p. 164-173, 2013.
- ANDRADE, A. M et al. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev Gaúcha Enferm**, [s.l.], v. 34, n. 1, p. 111-117, 2013.
- ARAÚJO, C. M et al. Atenção domiciliar ao idoso na visão do cuidador: interface no processo de cuidar. **Rev. Enfermagem Revista**, v. 16, n. 2, p. 98- 110, 2013.
- ARAÚJO, J.S et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 149-158, 2013.
- ARRUDA, G.O; CORREIA, A. C. P; MARCON, S. S. Fatores associados aos indicadores de necessidades em saúde de homens adultos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 560-556, 2014.
- BISCIONE, F. M et al. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio Janeiro, v. 29, p. 73-80, 2013.
- BELLEHUMEUR, C et al. **Home Care:Cuidados Domiciliares: Protocolos Para prática Clínica**, Rio de Janeiro: Guanabara Koongan, 2013.



BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, 2005. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503>

BRASIL, lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília-DF, 15 de outubro de 2002.

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. – 2. ed. –Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, 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, Poder Executivo, Brasília-DF, 24 de outubro de 2011.

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. Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília-DF, 26 de janeiro de 2016

BRITO, M. J. M et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 17, n.4, p. 603-610, 2013.

CARVALHO, E. E et al. O saber cuidar do ser humano: uma abordagem para o cuidado de enfermagem na perspectiva de Leonardo Boff. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7,p. 990-994, 2013.

CONNELL, R. W; MESSERCHMIDT, J.W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241- 282, 2013.

DAY, C. B; PASKULIN, L. Benefícios da atenção domiciliar ao idoso portador de dano crônico: revisão sistemática da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p. 384-390, 2013.

Emprego, classificação, Brasil. 2. Profissão, classificação, Brasil. I. Brasil. **Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)**. II. Brasil. Secretaria de Políticas Públicas de Emprego (SPPE), 2010.

FATH, G; SANDRI, J. V. A. Cuidador de idosos: formação e perfil dos egressos de uma instituição de ensino. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 40, n, 1, p. 21-27, 2016.

FEUERWERKER. L. C. M; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, [s.l.], vol. 24, n. 3, p.180-188, 2008.

FERREIRA, F. P. C; BANSI, L. O; PASCHOAL, S. M. P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.911-926, dez. 2014.



FERREIRA, J.A; SENA, R.R. Man's Health at Home: an Integrative Review. **International Archives of Medicine**, [s.l.], v.9, n.330, p.1-10, 2016.

FLORIANO, L. A et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 543- 548, 2012.

FREITAS, I. B. A; MENEGHEL, S. N; SELLI, L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 301-310, 2011.

GOMES, M. F. P; FRACOLLI, L. A; MACHADO, B. C. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 470-475, 2015.

IBGE, Malha Municipal Simplificada - 2015; OpenStreetMap, 2010.

MARCOLIN, G. C. A et al. Panorama da atenção domiciliar do sistema único de saúde (sus): correlatividade com os serviços de atenção primária. **TEORIA E SOCIEDADE**, v. 22, n. 2, p. 254-275, 2014.

MARCHI, J. A et al. Significado de ser-cuidador de familiar com câncer e dependente: contribuições para a palição. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.1-8, 2016.

NASCIMENTO, L. C et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v, 61, n. 4, p. 514-517, 2008.

NIETSCHÉ, E. A et al. Equipe de saúde e familiares cuidadores: atenção ao doente terminal no domicílio. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 10, p. 55-62, 2013.

OLIVEIRA, W. T et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.129-137, 2012.

OLIVEIRA, S.G et al. Enunciados sobre a atenção domiciliar no cenário mundial: revisão narrativa. **Revista eletrônica trimestral de Enfermaria**, [s.l.], v. 39,p. 375-388, 2015.

ORTIZ, M. C et al. Mudanças no contexto do cuidado: desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1-9, 2011.

RODRIGUEZ, M. I. F. Internação domiciliar: avaliações imperativas implicadas na função de cuidar. **Psic. Rev**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 197-212, 2013.

RAMOS, L. D. C et al. Maternal care at home for children with special needs. **Invest Educ Enferm**, v. 33, n. 3, p. 492-499, 2015.

SANTOS, L. R; LEON, C.G. R. M. P; FUNGHENTTO, S. S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 855-863, 2011.

SANTOS, F. S; INCONTRI, D. A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 488-497, 2010.

SILVA, L. W. S et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, [s.l.], v. 58, n. 4, p. 471-475, 2005.