

# DIFICULDADES DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À PESSOA IDOSA

Juliana Souza Lago<sup>1</sup>

Joelma Batista Tebaldi<sup>2</sup>

Raimunda Silva d'Alencar<sup>3</sup>

**Resumo.** A Assistência Domiciliar (AD) é uma modalidade alternativa à hospitalização, crescente nos últimos anos, em função das modificações no perfil epidemiológico, a partir do crescimento da população idosa e do aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, dentre outros. Este estudo teve como objetivo conhecer a realidade da AD prestada pelos enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família (USF), identificando as principais dificuldades encontradas para a sua realização, importância e contribuições do enfermeiro da atenção básica no que diz respeito às práticas que favorecem a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Trata-se de pesquisa de campo descritiva, desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família dos municípios de Itabuna e Ilhéus, junto a enfermeiros. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada, da qual participaram 18 enfermeiros. A análise dos dados evidenciou equívocos importantes a respeito das modalidades que os profissionais dizem realizar, em comparação com o que apregoam os documentos oficiais, dificuldades e desafios encontrados para operacionalizar a

---

1 Enfermeira. Pesquisadora bolsista do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da UESC. *E-mail:* <julinha15@hotmail.com>

2 Enfermeira. D.ra em Educação. Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da UESC. *E-mail:* <joelmatebaldi@gmail.com>

3 Professora Assistente. Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da UESC. *E-mail:* <r\_alencar2@yahoo.com>

política de assistência domiciliar, sugerindo a necessidade de maior capacitação dos profissionais vinculados à Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chave.** Assistência Domiciliar. Velhice. Atenção Básica.

## HARDSHIPS FACED BY NURSES IN THE ELDERLY HOME CARE PROGRAM

**Abstract.** Home care (HC) is an alternative to hospitalization that has grown in recent years due to changes in the epidemiological profile, from the growth of the elderly population, the increased morbidity and mortality from chronic non communicable diseases, among others. This study aimed to describe the reality of HC provided by nurses of the Family Health Units (FHU), identifying the main difficulties encountered in carrying out this activity, besides addressing the importance and contributions of nurses to primary care with regards to practices that favor the promotion of active and healthy aging. This is the result of a descriptive field research developed in Family Health Units by nurses in the municipalities of Itabuna and Ilheus (South Bahia, Brazil). Data collection was conducted through structured interviews with 18 nurses. The data analysis showed significant misconceptions about the ways that professionals say they perform, compared with what the official documents state, highlighting the difficulties and challenges encountered to operationalize the home care policies, suggesting the need for more training of professionals involved in Primary Health Care.

**Keywords.** Home care. Old age. Primary Care.

## LAS DIFICULTADES DEL ENFERMERO EN LA ASISTENCIA DOMICILIARIA A LOS ANCIANOS

**Resumen.** La asistencia domiciliaria (AD) es una modalidad alternativa a la hospitalización y que ha crecido en los últimos años en virtud de las modificaciones en el perfil epidemiológico, a partir del crecimiento de la población anciana, aumento de la morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, entre otros factores. Este estudio tuvo como objetivo conocer la realidad de la AD prestada por los enfermeros en las unidades de salud de la familia (USF), identificando las principales dificultades encontradas para la realización de esta actividad, como también, abordar la importancia y las contribuciones del enfermero de atención básica en relación a las prácticas que favorecen la promoción de un envejecimiento activo y saludable. Se trata de una investigación de campo descriptiva, desarrollada en las Unidades de Salud de la Familia de los municipios de Itabuna e Ilhéus, junto a enfermeros. La recolección de datos fue realizada a través de entrevistas estructuradas, de la que participaron 18 enfermeros. El análisis de los datos evidenció equívocos importantes relacionados con las modalidades que los profesionales dicen realizar, en comparación con lo que dicen los documentos oficiales, las dificultades y desafíos encontrados para operacionalizar la política de asistencia domiciliaria, sugiriendo la necesidad de mayor capacitación de los profesionales vinculados a la Atención Primaria de Salud.

**Palabras clave:** Asistencia Domiciliaria. Vejez. Atención Básica.

# LES DIFFICULTÉS DE L'INFIRMIER DANS L'ASSISTANCE À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES

**Résumé.** L'assistance à domicile (AD) est une modalité alternative à l'hospitalisation et se développe ces dernières années à cause des modifications du profil épidémiologique, à partir de la croissance de la population plus âgée, l'augmentation du taux de mortalité causé par des maladies chroniques non transmissibles, entre autres. Cette étude a eu comme objectif de connaître la réalité de la AD proposée par les infirmiers dans les unités de santé de la famille (USF), identifiant les principales difficultés rencontrées pour la réalisation de cette activité, comme également, d'aborder l'importance des contributions de l'infirmier de l'accueil basique en ce qui concerne les pratiques qui favorisent la promotion du vieillissement actif et sain. Il s'agit d'une recherche descriptive, développée dans les Unités de Santé de la Famille des Villes d'Itabuna et d'Ilhéus, auprès d'infirmiers. La collecte de données a été réalisée à travers d'entrevues structurées avec la participation de 18 infirmiers. L'analyse des données a mis en avant les importantes erreurs commises avec les modalités que les professionnels disent réaliser, en comparaison avec ce que préconisent les documents officiels, les difficultés et les défis rencontrés pour mettre en oeuvre la politique d'assistance à domicile, suggérant la nécessité d'une meilleure préparation des professionnels liés à l'Attention Primaire de la Santé.

**Mots-clé.** Assistance à Domicile. Vieillesse. Attention Basique.

## 1 INTRODUÇÃO

O crescente envelhecimento da população brasileira, associado às probabilidades de alterações de saúde com o avançar da idade e do estilo de vida em

etapas anteriores à velhice, vem criando demandas importantes para as famílias e o sistema de saúde, que é pressionado a buscar alternativas capazes de reduzir os gastos e, paralelamente, preencher as necessidades da população como um todo.

As mudanças verificadas no quadro demográfico, decorrentes da melhoria das condições de vida da população e dos avanços científicos na área da saúde, associam-se a uma transição epidemiológica, em que doenças infecciosas agudas, presentes entre as populações mais jovens, são gradualmente substituídas por doenças crônico-degenerativas, aquelas que acometem em maior proporção as populações adulta e idosa.

O Ministério da Saúde, em publicação de 2002, aponta que 85% dos idosos brasileiros apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, enquanto 15% podem apresentar pelo menos cinco delas, o que significa demanda para os serviços de saúde e para os profissionais a eles vinculados (BRASIL, 2002). A dependência do sistema de saúde pública e os gastos associados são ampliados cada vez mais, não apenas em função do crescimento da população idosa e do aumento da longevidade, mas na medida em que a dinâmica da sociedade também acelera essa demanda.

Diante desse quadro e da tendência de crescimento da população idosa que não deve sofrer alterações nos próximos anos, as práticas de saúde serão maiores sobre as doenças crônicas e sobre a qualidade de vida.

As alternativas encontradas para dar conta desse quadro que vem se desenhando há algumas décadas é

a ampliação do sistema público de saúde e a inserção, nele, da assistência domiciliar, uma política pública de saúde sob responsabilidade dos profissionais que atendem nas unidades da Atenção Primária à Saúde diretamente em contato com a comunidade. Essa política se consolida concomitante com as metas da Organização Mundial da Saúde, quando cria o conceito de *envelhecimento ativo*, e o define como “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” e estabelece como meta a ser atingida até o ano 2020, o *envelhecer com saúde* (WHO, 2005, p.13).

Isso significa que todas as possibilidades devem ser encontradas para que a pessoa idosa, na medida do possível, continue mantendo as suas capacidades, tanto físicas quanto cognitivas, e continue vinculada à família e à comunidade a que pertence, mantendo papel ativo.

A assistência domiciliar, embasada nos pressupostos da Estratégia de Saúde da Família, é apresentada em diferentes documentos oficiais (programas, portarias, protocolos) como alternativa capaz de minimizar os problemas de saúde do idoso, cuidando dele em sua própria casa, cuidado este que pode representar mais rápida eficácia na sua recuperação (BRASIL, 1996; 1997; 1999; 2001; 2003; 2005; 2011; 2012; 2013).

Na perspectiva da AD, portanto, o profissional da enfermagem passa a ter um papel singular, ocupando uma posição privilegiada na promoção dos cuidados à saúde dessa pessoa idosa, quando sai do es-

paço público e pode adentrar em ambiente privado, particular, que não lhe pertence, espaço social e afetivo de pessoas em condição de fragilidade.

Este artigo é subsidiado pela pesquisa que objetivou conhecer o exercício da AD na perspectiva de profissionais da enfermagem<sup>4</sup>, a partir do destaque de cinco questões, de um total de 46 constantes da pesquisa. As informações aqui analisadas fizeram parte de entrevistas feitas com 18 enfermeiros (dois homens e dezesseis mulheres). As cinco questões destacadas dizem respeito à concepção do enfermeiro acerca da assistência domiciliar, fatores que a influenciam, motivação para realizá-la, frequência com que é desenvolvida, carga horária disponibilizada e dificuldades encontradas.

## **2 FALANDO DE CUIDADO NA ENFERMAGEM**

O processo de cuidar faz parte da vida desde os primórdios da humanidade e é tema que suscita discussões as mais variadas. A base do processo de atuação do profissional enfermeiro é o cuidado e tem o doente como principal objeto de sua prática. O cuidado em enfermagem envolve um complexo de ações e fundamenta-se na interação dos indivíduos, onde há uma relação mútua de crescimento e troca de saberes.

A enfermagem tem buscado compreender o ser humano em sua totalidade, voltando suas práticas

---

4 Desenvolvida pelo Núcleo de Estudos do Envelhecimento da UESC, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESC e registrada na PROPP sob N. 00220.1700.1055/2011.

muito mais ao doente e não às doenças, deixando de lado a relação distante profissional-sujeito doente, e estabelecendo um trabalho com expressão, criatividade e reconhecimento de que cada indivíduo, ainda que doente, apresenta suas particularidades e realidades diferenciadas.

De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar (2012), que trata das Diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica, é preciso haver uma abordagem integral à pessoa em seu contexto socioeconômico e cultural, dentro de uma visão ética comprometida com o respeito à individualidade. Assistir com integralidade inclui, dentre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios, intervindo dinamicamente nos rumos do cotidiano.

A abordagem do cuidado nada mais é do que a humanização nas relações. Cabe ressaltar aqui a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) proposta pelo Ministério da Saúde, apresentada como uma proposta para melhorar a qualidade das relações de trabalho na saúde. Embora não seja uma característica só da enfermagem, é nela que o cuidado se concretiza plenamente e se profissionaliza, pois ocupa o privilégio de estar mais assídua junto das pessoas em condição de vulnerabilidade, lutando pela vida e/ou pela melhoria da sua qualidade (WALDOW, 2006).

Para que as atividades da atenção domiciliar atendam às necessidades do usuário/família, é necessário haver o planejamento das ações em equipe e prescrição de cuidados, sendo flexível e de acordo com a realidade de cada indivíduo.

### **3 A ENFERMAGEM E O CUIDADO EM CASA**

#### **a) O papel do enfermeiro em documentos oficiais**

O papel do profissional da enfermagem vem sendo modificado ao longo do tempo, em função das novas possibilidades da profissão. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, foram formuladas diversas políticas destinadas aos serviços de saúde e assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi uma proposta de assistência integral à saúde da população, considerando as características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população (GIACOMOZZI, 2006).

A ESF surge, então, como uma tentativa de reorganizar a atenção básica, ampliar o acesso da população aos cuidados de saúde e resgatar o espaço domiciliar como ambiente terapêutico, possibilitando o acesso ao cuidado das pessoas incapacitadas aos serviços de saúde.

De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar (2012), é responsabilidade das equipes de atenção básica atender aos cidadãos conforme suas necessidades, que podem ocorrer por variadas motivações, a exemplo de barreiras geográficas e arquitetônicas das unidades de saúde, distância entre a residência do doente e a unidade, além do estado de saúde da pessoa demandante do cuidado.

Dessa forma, o enfermeiro, como integrante dessa equipe, deve reorganizar o seu processo de trabalho cumprindo com suas atribuições de acordo com as diretrizes e princípios do SUS<sup>5</sup>. Esse profissional, portanto, deve ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da pessoa demandante de cuidados.

### **b) A importância e as contribuições do enfermeiro para a AD**

O enfermeiro é integrante da equipe de saúde e tem o papel de proporcionar uma assistência aos idosos centrada em atitudes efetivas e de impacto, direcionadas para a educação em saúde e com foco na autonomia desse segmento populacional, fazendo com que tenha o potencial de realizar e desenvolver as atividades de vida diária (AVD) e o autocuidado. Deve, ainda, buscar conhecer cada vez mais o processo de senescência e patologias associadas, para que o cuidado seja exercido com qualidade, resultando em saúde física, bem-estar psicológico e uma diminuição no nível de dependência.

O enfermeiro deve atuar como planejador, organizador e implementador da assistência domiciliar, me-

---

5 Cabe ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica, o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, dentre outros documentos do Ministério da Saúde, preconizam as atribuições da área da saúde, incluindo o contexto da assistência domiciliar

lhorando a qualidade dessa assistência na Atenção Primária à Saúde, conforme sinaliza Duarte (2001). Fundamentando-se nessas informações, observa-se a necessidade de haver, no planejamento das ações de enfermagem, fatores/alternativas que possam estimular os idosos a realizarem atividades de vida diária sem dependência, uma vez que estas são essenciais para o desenvolvimento da sua capacidade funcional. É ainda Duarte (2001, p. 127) quem afirma que

a enfermagem desenvolve procedimentos na assistência domiciliar, tais como: cuidados com as necessidades fisiológicas básicas; tratamento de curativos; administração de medicamentos; administração de quimioterapia; cuidados e controles de pacientes com aparelhos; orientações, cuidados e controles de pacientes pós operatórios, com doenças transmissíveis, a família do paciente terminal; e capacitação do paciente e família para autocuidado.

De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a AD é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. O enfermeiro é um dos principais atores da prática do

cuidado em saúde e tem a AD como uma modalidade de atuação que busca contribuir com a assistência primária de saúde da população, mas requer planejamento e tempo para a sua efetivação.

Em uma das questões da entrevista, sobre a carga horária disponibilizada para a realização da AD, 55,5% dos enfermeiros entrevistados afirmaram que reservam um turno da semana para esse fim, o que significa quatro horas semanais; 27,8% afirmaram reservar dois turnos, portanto, oito horas semanais, e 16,7% não reservam tempo específico, afirmando que se encontram disponíveis de acordo com a demanda da população. Mesmo aqueles que reservam algum turno para esse trabalho, também se dizem disponíveis para a demanda da população, conforme uma das falas:

- [...] Agendo um período de quatro horas semanais; porém, a depender da demanda, vou a área sem problema.

Quando essa informação é comparada com outras ações desse profissional, e com respostas dadas pelos usuários dos serviços e pelos Agentes Comunitários de Saúde (embora não tenha sido objeto desta análise), percebe-se que esse agendamento pode não se concretizar na prática cotidiana e as visitas a que se referem apenas podem ocorrer esporadicamente, seja pela limitação de profissionais e equipes, seja por variadas dificuldades, que vão da falta de materiais básicos para um curativo, à violência que impede o livre ir e vir das pessoas nas áreas de atuação desses profissionais.

Dentre as principais dificuldades relatadas pelos enfermeiros para desenvolver a assistência domiciliar, destacam-se: a falta de materiais, o difícil acesso às moradias dos usuários, a equipe incompleta e a violência regional.

À falta de materiais se enquadram: impressos para registro de evoluções do paciente, vestimentas adequadas para os profissionais (bonés, bolsa, proteção solar), materiais para a realização de curativos (gaze, soro fisiológico, ataduras), dentre outros. Essas situações só podem dificultar o adequado atendimento à população como um todo e, em especial, àquela demandante da assistência domiciliar.

A ação desse profissional também pode estar sendo dificultada pela precária urbanização e saneamento básico, presentes em alguns bairros das duas cidades onde a pesquisa foi desenvolvida. São encontrados esgotos a céu aberto, ladeiras íngremes que não possuem ruas, apenas caminhos feitos pelos próprios moradores, alguns deles sem condições de trânsito de automóveis, o que dificulta o acesso aos domicílios e, conseqüentemente, a realização da AD.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera que a ESF deve ser composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. A formação incompleta das equipes que atuam nas ESF de Ilhéus e Itabuna foi outro fator impeditivo à realização da AD.

- [...] *A gente tenta sempre atender à demanda de visitas da unidade, mas nem sempre é possível atender a todos (E1).*

- [...] *Falta de equipe multiprofissional; só o enfermeiro trabalha com estratégia de saúde da família e cumpre 40 horas (E3).*

Essa situação acaba por sobrecarregar os profissionais existentes, na maioria das vezes impossibilitados de se ausentar da unidade para não deixá-la descoberta, considerando também que a AD demanda tempo e dedicação para que seja feita de forma adequada.

As ações relacionadas à promoção da saúde, prevenção e tratamento das pessoas idosas dependem do desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde no processo de cuidado integral, na perspectiva do exercício do trabalho em equipe e interdisciplinar (BARROS, 2011).

Em relação à violência, que representa uma realidade em todos os espaços brasileiros, o enfermeiro fica impossibilitado de sair de sua casa ou da unidade de saúde para realizar as visitas domiciliares, por força de violentos confrontos de bandidos que, em alguns dias, ordenam o fechamento de escolas e de unidades de saúde.

Essa violência faz com que os profissionais trabalhem sob tensão, amedrontados para sair de suas próprias casas e das unidades para os domicílios dos usuários de serviços de saúde.

Quanto à família, esta tem um papel fundamental e contribui para a promoção, prevenção e cura do paciente, pois é a base para todas as relações sociais. Na velhice ela ocupa papel ainda mais significativo, pela fragilidade que caracteriza um idoso adoecido. Nesse sentido, os enfermeiros na AD devem procurar

inserir e valorizar o conhecimento informal dos familiares, reconhecendo-os como sujeitos ativos no processo de cuidado, tratamento e recuperação.

Um aspecto importante do realce para o papel da família é que no domicílio, o enfermeiro encontra-se em um ambiente de construção de saberes e relações que precisam ser moldadas a partir do grau de compreensão e possibilidades de ação dos cuidadores. Isso facilita uma maior interação com o idoso e sua família, e uma efetiva construção de vínculo com os usuários. Por ser assim, deve respeitar as diferentes capacidades de aprendizagem e de execução dos cuidados, avaliando de forma constante a aprendizagem adquirida (LACERDA, 2003).

É importante realçar aqui que nenhuma dificuldade foi relatada pelo enfermeiro em relação ao atendimento à pessoa idosa, o que não significa que não a tenha, principalmente pelo despreparo desses profissionais no que diz respeito ao conhecimento geriátrico e gerontológico.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho permitiu conhecer um pouco da realidade da assistência domiciliar exercida pelos enfermeiros, identificando as principais dificuldades encontradas para a realização da assistência domiciliar e a importância desses profissionais no modelo de atenção básica.

Além das dificuldades assinaladas (falta de materiais, difícil acesso aos domicílios, equipes incompletas e violência), não se pode omitir a questão do

desconhecimento a respeito das políticas de atenção à pessoa idosa, e da própria Atenção Primária à Saúde, do despreparo desses profissionais que não recebem apoio de gestores municipais para a necessária atualização profissional, como participação em cursos, em congressos, além da própria agenda de trabalho, que não contempla tempo para discussões e debates sobre temas importantes que envolvem a população da própria área onde atuam.

Os resultados encontrados confirmam que há dificuldades na implementação da AD e que esta, quando ocorre, não é efetiva tampouco qualificada. A maioria das unidades de saúde não possui uma equipe mínima preconizada pela Política Nacional de Atenção Básica e, de acordo com as dificuldades já citadas, os enfermeiros realizam a AD de forma precária, sem planejamento em equipe, muitas vezes não cumprindo ou cumprindo de maneira falha a carga horária que dizem ter programado.

Finalmente, a pesquisa contribuiu para um novo olhar em relação aos profissionais da enfermagem no próprio ambiente de trabalho, tanto no que concerne às ações que desenvolvem, ao conhecimento das políticas que precisam dominar, aos relacionamentos internos às unidades onde atuam, bem como de demandas por capacitação e atualização de conhecimentos, para a oferta de uma assistência mais bem qualificada e mais prazerosa. Não se pode negligenciar o fato de que o medo tanto da violência quanto das precárias relações e condições de trabalho podem levar esses profissionais a estresses que prejudicam o atendimento à população.

## REFERÊNCIAS

BARROS, Terezinha Barbosa de; MAIA, Evanira Rodrigues; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. Rev Rene, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 732-41, out/dez. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. PORTARIA MPAS/SEAS Nº 73, DE 10 DE MAIO DE 2001. Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Brasília, DF. 2001

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Gabinete Presidencial. Decreto No. 1.948, que regulamenta a Lei 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília: DF. 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Decreto Lei n. 1948, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: DF, MPAS. 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n. 237-E, p. 20-24, 13 dez., seção I.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Portaria MPAS/SEAS Nº 73, DE 10 de maio de 2001. Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF): 14 maio 2001. Seção 1, p.174-184.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para assistência domiciliar na atenção básica. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.741/2003 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília: DF, 2003.

BRASIL, Lei nº 1074/2003. Estatuto do Idoso. Brasília: DF, outubro de 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS. Brasília,DF. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília, DF. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 4. ed.; 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N. 1.533/2012, de 16 de julho de 2012, que redefine a atenção. Brasília, DF. 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília,DF. v. 1, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 963/2013, de 27 de maio de 2013, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar - Departamento de Atenção Básica. Passo-a-passo para Implantação das Equipes de Atenção Domiciliar. Melhor em casa. Brasília, DF. 2013.

DUARTE, Ricardo; SANTOS, Carlos E. Reflexões sobre o cuidar de enfermagem na assistência domiciliar. UNISA, RevEnferm , n. 2, p. 125-8. 2001.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto & Contexto Enferm, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-53, out./dez. 2006.

LACERDA, MR, OLINSKI, SR. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. Texto & Contexto Enferm, v. 12, n. 3, p. 307-13. 2003.

WALDOW, Vera Regina. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. – Petrópolis, RJ; Editora Vozes, 2006.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION.  
Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.60p.: il.

Recebido em agosto de 2014  
Reapresentado em maio de 2015  
Aprovado em outubro de 2015