

CUIDADOS DO ADULTO IDOSO EM HOME CARE

Lilian Cristina Clemente dos Santos Organista

Bianca Beatriz Silva de Souza

Rafael Abrantes de Lima

Mateus Silva Soares

Allan Bruno Alves de Sousa Santos

Ana Cristina Silva Pinto

INTRODUÇÃO

O movimento de assistência domiciliar surgiu nos Estados Unidos da América (EUA) em 1947, no período pós-guerra. Então, vários enfermeiros se reuniram e começaram a tratar dos pacientes em casa. Foi na década de 1960 que o movimento ganhou mais importância (REHEM; TRAD, 2005).

Os hospitais estavam cheios; os leitos não eram suficientes; as filas para internações começaram a aparecer por toda parte; a população aumentou; havia muitos pacientes de guerra; o número de idosos crescia mais; a população precisava cada vez mais de cuidados médicos e de enfermagem e de novos hospitais.

Foi nesse período que surgiu o serviço de *home care*, em que os cuidados eram prioritariamente de enfermagem e voltados para os idosos crônicos terminais. No entanto, a demanda para atender outros tipos de pacientes com diferentes patologias foi grande.

A primeira agência de atendimento domiciliar do Brasil foi fundada em 1986 no Rio de Janeiro sob o nome de *Geriatric's Home Care*. Ela provocou a aprovação na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta a assistência domiciliar gratuita pelo

Sistema Único de Saúde (SUS) (MATOS, 2015).

Na década de 2000, surgiu a Resolução n.º 270, de 18 de abril de 2002, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que regulamenta as empresas e serviços de assistência domiciliar (COFEN, 2002).

A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n.º 1.668, de 07 de maio de 2003 regulamenta as normas técnicas para os serviços de saúde domiciliares e responsabiliza os profissionais pela interface interdisciplinar (CFM, 2003).

Somente em 2006 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no uso de suas funções, editou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n.º 11, de 26 de janeiro de 2006, com regras a serem obedecidas para o funcionamento de serviços de saúde domiciliares (BRASIL, 2006a).

O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Uma das principais características da população mundial neste início de um novo século é o aumento expressivo de pessoas com sessenta anos de idade ou mais. Dos cerca de seiscentos milhões de idosos vivendo hoje, no mundo, aproximadamente 370 milhões habitam em países em desenvolvimento, e as projeções para os próximos vinte anos apontam para uma população de mais de um bilhão de idosos, dos quais setenta por cento irão residir em países pobres ou em vias de desenvolvimento (FERNANDES; FRAGOSO, 2005).

O envelhecimento populacional é atualmente um fenômeno mundial. Como salientado por Veras *et al.* (2012), alcançar a idade avançada é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. No entanto, para que esse processo perdure, é necessário que o aumento da população que vive por períodos mais longos se dê com qualidade de vida.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo fisiológico que se inicia na concepção e perdura ao longo de toda a vida, configurando-se como um processo individual e único, influenciado por vários fatores, tais como ambiente, genética, cultura, estilo de vida, fatores de atenção e atividade de promoção à saúde (ROACH, 2003).

No Brasil, o aumento do número de idosos na população é expressivo: em 1940, era de quatro por cento; passou a 8,6% em 2000 (equivalente quinze milhões de pessoas); e projeções recentes indicam que esse segmento passará a quinze por cento em 2020 (IBGE, 2000).

Além disso, a população idosa também está envelhecendo, ou seja, onze por cento dos seus componentes apresentam idade de oitenta anos ou mais, sendo o segmento da população que mais cresce; em 2050, dezenove por cento dos idosos brasileiros estarão nessa faixa etária. O número de centenários deverá aumentar em quinze vezes, passando de 145 mil em 1999, para 2,2 milhões de indivíduos em 2050 (FREITAS, 2004).

O aumento do envelhecimento populacional no Brasil tem revelado inúmeros desafios, tanto para os idosos quanto para os cuidadores. Limitações, doenças crônico-degenerativas, incapacidades e situações complexas decorrentes do declínio funcional são situações que exigem cuidado nessa fase.

Essa mudança na estrutura etária da população brasileira ocorre concomitantemente com importantes mudanças no perfil epidemiológico. Além disso, verificam-se importantes mudanças tecnológicas, que levam à incorporação de mais capital e recursos humanos. Dessa forma, com os idosos representando uma proporção cada vez maior da população brasileira, entender as relações entre os fatores que afetam a saúde dessa faixa de população se tornou uma questão crucial para os formuladores e gestores dos sistemas de saúde (BRASIL, 2006b).

No envelhecimento, percebem-se diversas perdas, naturais do ciclo de vida, que culminam na velhice e em maior fragilidade do ser idoso. Daí o conceito de saúde para a pessoa idosa traduzir-se mais pela sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doenças. E participar ativamente de um contexto, de preferência familiar, mantendo-se com autonomia, é essencial para ela, além de contribuir para a sua saúde e bem-estar (SANTOS *et al.*, 2008).

Todos esses fatores resultam conseqüentemente numa maior demanda e procura por serviços de saúde que atuem nas intervenções de forma mais sensível e eficaz, capazes de intervir e melhorar a qualidade de vida dos idosos, integralmente, a fim de suprir suas necessidades de maneira holística, intensificando os investimentos para uma velhice saudável.

Alguns idosos podem ser acometidos por condições patológicas, tais como câncer, doenças osteomusculares e neurológicas crônicas, acarretando dependência funcional para a realização de atividades básicas, que, junto ao declínio da condição de saúde, passam a necessitar de cuidados paliativos.

De acordo com Lourenço *et al.* (2005), é necessário formular novas concepções de assistência à saúde da população idosa, que consigam englobar as diferenças nas condições de saúde desse contingente populacional que respeitem suas especificidades e peculiaridades.

De acordo com os mesmos autores, a atenção aos idosos requer significativas alterações nos clássicos modelos, de forma a priorizar ações de saúde voltadas para o idoso saudável, aliadas a programas qualificados para os já doentes (LOURENÇO *et al.*, 2005).

E o adulto idoso tem seus direitos amparados pelo Estatuto do Idoso, firmado pela Lei n.º 10.741, de 1 de outubro de 2003, que trata em seu Artigo 2º:

[...] que "a pessoa idosa desfruta de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral prevista nesta lei, assegurando, por lei ou por outros meios, todas as possibilidades e

facilidades para a preservação da integridade física, psíquica e saúde mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 2003).

É obrigatório a toda população, através de todos os poderes democráticos, ter assegurada a atenção integral à saúde por meio do SUS, seu direito a vida e ao bem-estar, alimentação, moradia, atenção domiciliar e dignidade, de forma articulada com a Lei Orgânica de Assistência Social.

LEGISLAÇÃO PARA O ATENDIMENTO EM *HOME CARE*

Com o advento da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, houve o primeiro indício de como o atendimento domiciliar seria oficialmente chamado no Brasil. Especificamente no artigo 19-I, que diz “São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar”. A partir dessa publicação, o *home care* se tornaria atendimento domiciliar e internação domiciliar (BRASIL, 1990, Art. 19-I).

No ano de 1999, a decisão do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do Estado de São Paulo, através da decisão DIR/006/1999, decidiu personalizar o termo e lançou em sua decisão a terminologia “Atendimento de Enfermagem Domiciliar - *Home Care*” (COREN, 1999).

No ano de 2001, a Resolução COFEN n.º 267, de 06 de outubro de 2001, aprovou atividades domiciliares *Home Care* por profissionais de enfermagem, definindo a prestação de serviços de saúde, famílias e grupos sociais de acordo com a complexidade exigida (COFEN, 2001).

Entretanto, o Conselho Federal de Farmácia (CFF), em sua Resolução nº 386, de 12 de novembro de 2002, referiu-se ao *home care* como “assistência domiciliar”, no intuito de fornecer apoio farmacológico à equipe multidisciplinar que atendesse ao paciente em domicílio (CFF, 2002).

Para que seja transferido ao esquema de atenção domiciliar para tratamento adicional, ou mesmo para que seja incluído em um esquema de assistência domiciliar sem sequer passar pelo hospital, o paciente deve estar em condições favoráveis para receber cuidados adicionais.

Conforme expresso na Resolução CFM N.º 1.668, de 07 de maio de 2003, em seu artigo 4º, os cuidados domiciliários se destinam a prestar assistência a pessoas com doenças cujo estado geral permita a sua realização no domicílio ou no domicílio de familiares (CFM, 2003).

O médico responsável pelo paciente é o único profissional que pode qualificar medicamente o paciente para ser transferido para o sistema de assistência domiciliar. Os pacientes só podem receber tratamento em uma unidade adicional se contiverem uma prescrição especial para atendimento domiciliar.

A Resolução CFM n.º 1.668, de 07 de maio de 2003, estabelece as normas técnicas necessárias para a manutenção dos pacientes em domicílio, definindo as obrigações do médico, do hospital, das empresas públicas e privadas. Está claro que o paciente só poderá ser transferido para o regime de atenção domiciliar com o seu próprio consentimento ou de seu responsável legal, o que está previsto no artigo 10: “A assistência domiciliar poderá ser viabilizada após anuência expressa do paciente ou de seu responsável legal, em documento padronizado que deverá ser apensado ao prontuário” (CFM, 2003).

Segundo Brasil (2006), esclarece a necessidade de cuidador informal familiar ou alguém contratado pela família, que é a pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

O desenvolvimento da atenção domiciliar privada no Brasil ocorreu de início sem o amparo de uma norma de licenciamento que orientasse, de maneira consistente e eficiente, a evolução da forma como a atenção domiciliar é prestada. As definições desse tipo de serviço estão sujeitas a diversas interpretações e a natureza fundamental desse trabalho é muitas vezes deturpada.

Há profissionais de longa data, no Brasil, com pouca experiência nesse setor, e os estrangeiros têm sofrido com a falta de compreensão da cultura brasileira e das realidades socioeconômicas. No entanto, a realidade vem sendo aperfeiçoada e traz as primeiras orientações para a aplicação da modalidade no país.

A prestação de cuidados de saúde domiciliar, com gestão de equipe multidisciplinar, visa a prestar cuidados em ambiente pós-hospitalar, com indicação médica e avaliação segundo protocolo de auditoria médica. Tem como objetivo prestar cuidados médicos em domicílio.

A Equipe Multidisciplinar de assistência deve atender aos seguintes entendimentos do Tribunal Superior do Trabalho (TST) (BRASIL, 2015, p.2):

- a) Acompanhamento pelo enfermeiro (a), conforme necessidade; assistência de auxiliar ou técnico de enfermagem, de acordo com a indicação e complexidade de cada caso;
- b) Atendimento médico em visita domiciliar: deverá ser feito mediante as orientações em relatório médico prévio, emitido pelo médico assistente em que conste o diagnóstico e os cuidados necessários;
- c) Fisioterapia: em sessões previamente autorizadas e com indicação do médico assistente, em relatório prévio e autorização da auditoria externa do Programa TST-Saúde;
- d) Serviços de nutrição e dietética: devem ser autorizados mediante indicação em relatório do médico assistente;
- e) Exames complementares em domicílio: apenas quando for indicada urgência e com autorização do Programa TST-Saúde;
- f) Fornecimento de materiais descartáveis e medicação: não estão incluídos na execução da assistência domiciliar;

g) Terapia respiratória: apenas com a indicação em relatório do médico assistente, em que conste detalhadamente o diagnóstico e a indicação de uso de gases medicinais ou não.

A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu capítulo IV, no artigo 19-I, parágrafos 2º e 3º, define:

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora;

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família (BRASIL, 1990).

Um importante indicador de que a questão do idoso está no centro dos interesses da agenda nacional foi a aprovação da Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que estabeleceu uma política nacional para a população idosa. De acordo com a redação da referida lei, a política nacional de envelhecimento tem como finalidade garantir os direitos sociais dos idosos, criando as condições para a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

GESTÃO DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE HOME CARE

O crescimento da população idosa proporciona que as práticas e cuidados a essa clientela sejam voltados para oferecer uma melhor qualidade de vida. Para isso, é primordial que o enfermeiro desenvolva suas habilidades e aprimore seus conhecimentos, a fim de conduzir, juntamente com a equipe técnica, uma prática de cuidado domiciliar mais segura (ANDRADE *et al.*, 2017).

Muitas famílias, em alguns momentos pós-hospitalização do paciente idoso, sentem-se fragilizadas para dar continuidade ao tratamento domiciliar, e nos hospitais está cada vez mais explícita a política de diminuição do tempo de internação, bem como a proposta de tratamento e seguimento dos pacientes no domicílio. (ANGERAMI; STEAGALL-GOMES, 1996)

Esse cuidado no domicílio, requer um acompanhamento 24 horas, em rodízio de plantão ou por horas, dependendo da necessidade do cliente, e essa assistência é administrada por enfermeiros e executada por pessoal auxiliar.

É importante orientar a clientela quanto ao significado do cuidado de enfermagem, para que as famílias não busquem alternativas para substituí-lo, como, por exemplo, pessoas que estejam desenvolvendo uma atividade doméstica. Vale lembrar, ainda, que o sistema de *Home Care* reflete um conjunto de atividades abrangentes, sistematizadas e contínuas, as quais englobam o indivíduo e sua família (MELLO, BACKES; BEN, 2016).

Com base na Resolução COFEN n.º 464, de 20 de outubro de 2014, que normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar, entende-se por atenção domiciliar

de enfermagem as ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e aos cuidados paliativos (COFEN, 2014).

Compete ao enfermeiro privativamente na atenção domiciliar: (COFEN, 2014):

- I - Dimensionar a equipe de enfermagem;
- II- Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar a prestação da assistência de enfermagem;
- III- Organizar e coordenar as condições ambientais equipamentos e materiais necessários a produção de cuidado competente, resolutivo e seguro;
- IV- Atuar de forma contínua na capacitação da equipe de enfermagem que atua na realização de cuidados nesse ambiente;
- V- Executar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnico científica e que demandem a necessidade de tomar decisões imediatas.

Estudos revelam que a centralidade do trabalho dos enfermeiros na atenção domiciliar reside na gestão dos serviços ou na assistência direta (FURÅKER, 2012).

Destaca-se, ainda, que esse profissional desempenha papel fundamental, tanto pela coordenação do plano de cuidados no domicílio quanto pelo vínculo que estabelece com usuários e familiares (SILVA *et al.*, 2012)

Desse modo, o enfermeiro responsável pela gestão dos serviços de *Home Care* torna-se um protagonista. Evidencia-se sua articulação entre as famílias e a equipe multiprofissional, além da possibilidade de desenvolver a capacitação do cuidador familiar, a supervisão dos técnicos de enfermagem e a identificação de demandas para outros profissionais. Assim, para a atuação no domicílio, ele deve apresentar habilidades básicas e avançadas, sendo que as competências para essa atuação precisam ser investigadas, divulgadas e sistematizadas (FURÅKER, 2012).

O enfermeiro no serviço de *Home Care* deverá ser capaz de fazer o ambiente trabalhar sobre o tratamento: é necessário ter empatia com as famílias e uma boa comunicação, pois muitas vezes ele é o elo entre o paciente e a equipe médica que está no hospital e deverá entender que a continuidade e o sucesso do tratamento estarão interligados ao trabalho da equipe. (ANDRADE *et al.*, 2017).

GERENCIAMENTO DE CUIDADO AO ADULTO IDOSO NO DOMICÍLIO

O gerenciamento do cuidado é conceituado como um planejamento das ações a serem implementadas na assistência de saúde, contendo, como foco, a utilização de processos administrativos e tecnológicos, por meio de ações diretas ou indiretas relacionadas aos usuários, articulando-se entre a equipe multidisciplinar de saúde (SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017).

Os profissionais de enfermagem, comprometidos no gerenciamento do cuidado a

pacientes idosos no domicílio, devem aplicar ao diálogo o processo interativo interpessoal, objetivando a compreensão de todos os membros da família, com enfoque nas informações relacionadas ao processo de envelhecimento natural e diferenciá-lo de acontecimentos patológicos (SANTOS *et al.*, 2013).

O processo de envelhecimento tem sido alvo de grande interesse pela sociedade, culminando em discussões com desdobramentos de alta relevância. Isso se deve ao aumento populacional de indivíduos acima de 60 anos, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, o que tem provocado um forte impacto no sistema de saúde. Dados do IBGE apontam que chegou a 29,6 milhões o quantitativo de indivíduos acima dos 60 anos, ou seja, 13,5% dos brasileiros. Estima-se que, em 2030 esse número alcance 43,2 milhões de indivíduos nessa mesma faixa etária, necessitando-se, assim, de uma maior atenção aos eventos preocupantes relacionados à saúde, com enfoque nas ações preventivas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (IBGE, 2020).

Nessa perspectiva, a Atenção Primária em Saúde (APS), na forma de *porta de entrada* para o serviço assistencial, integra-se às UBSs, incluindo as ações de Serviços de Atenção Domiciliar (SADs), com potencial para prestar assistência às demandas de saúde oriundas de pacientes idosos no domicílio.

No âmbito desses cuidados, o enfermeiro da equipe multiprofissional de saúde, realiza e aplica o planejamento do cuidado, almejando evitar processos hospitalares, promovendo todas as orientações relacionadas à profilaxia de doenças crônicas e suas complicações, e, por consequência, ofertando qualidade de vida e segurança à população idosa (ANDRADE *et al.*, 2017).

Aponta-se que um dos grandes desafios concernentes a essa questão é a falta de adesão às recomendações ofertadas pelos profissionais de saúde, combinada a hábitos de vida não saudáveis, o que acarreta um foco mais curativo do que preventivo.

As maiores avaliações negativas no gerenciamento de cuidados estão vinculadas a idosos com doenças crônicas que não realizam o tratamento farmacológico e não farmacológico de forma adequada, ocasionando um déficit nos resultados do gerenciamento dos cuidados.

Prezando pela segurança do paciente e o cuidado integral, o Enfermeiro deve elaborar seu plano de cuidados visando a englobar as áreas internas e externas do serviço de saúde, desenvolvendo atividades que abordem os pacientes em suas necessidades, promovendo atividades coletivas e individuais de promoção de saúde, bem como compreendendo sua liderança no contexto da atenção primária que envolve os princípios e diretrizes do SUS (BICA *et al.*, 2020).

Segundo Loyola Filho *et al.* (2004), as principais causas de internações hospitalares em idosos de 60 a 79 anos são insuficiência cardíaca, bronquite/enfisema pulmonar, outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas e pneumonias.

Nesse contexto, os cuidados voltados para prevenir internações hospitalares em

idosos podem estar direcionados a essas patologias.

Além disso, grande parte da população idosa é acometida por outras doenças crônicas não transmissíveis, e acabam fazendo uso da polifarmácia, sendo utilizadas de cinco a mais medicações em um mesmo período o que pode causar um risco de superdosagem para essa população, uma vez que o idoso apresenta um grau de fragilidade e que, por consequência, pode ficar sensibilizado com a polifarmácia.

Mais uma vez, mediante essas situações, cabe ao enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional, gerenciar as condutas relacionadas ao aprazamento das medicações utilizadas pelos idosos, intercalando horários ou até identificando com figurinhas que indiquem o momento e qual medicação utilizar, entre outras formas (LOYOLA FILHO *et al.*, 2004).

Ressalta-se que o planejamento em saúde é fundamental para o prognóstico positivo de pacientes idosos em tratamento domiciliar, implicando diretamente no declínio das taxas de hospitalização e aumento da qualidade de vida desses pacientes. Ademais, uma boa gerência dos serviços ofertados reflete grande impacto na população descrita, com resultados positivos, como longevidade associada à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Angélica Mônica *et al.* Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 1, p. 199-208, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>.

ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti; STEAGALL-GOMES, Daisy Leslie. Análise da formação do enfermeiro para a assistência de enfermagem no domicílio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 5-22, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11691996000200002>.

BICA, Matheus Couto *et al.* Gerenciamento do cuidado em estratégias saúde da família na percepção de enfermeiros. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, e74, p. 1-18, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769242518>.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada n.º 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 21, p. 78, 30 janeiro 2006.

BRASIL. Casa Civil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 182, p. 1, 20 setembro 1990.

BRASIL. Casa Civil. Lei n.º 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 3, p. 1, 05 janeiro 1994.

BRASIL. Casa Civil. Lei n.º 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 192, p. 1, 03 outubro 2003.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho (TST). **Protocolo - assistência domiciliar à saúde (home care)**. Brasília: TST, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n.º 270, de 18 de abril de 2002**. Aprova a regulamentação das empresas que prestam Serviços de Enfermagem Domiciliar – HOME CARE, de conformidade com o anexo, que é parte integrante do presente ato. Brasília: COFEN, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n.º 464, de 20 de outubro de 2014**. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Brasília: COFEN, 2014

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução n.º 386, de 12 de novembro de 2002. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito da assistência domiciliar em equipes multidisciplinares. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 242, p. 162, 16 dezembro 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n.º 1.668, de 07 de maio de 2003. Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 105, p. 84, 03 junho 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Decisão COREN-SP- DIR/006/1999**. São Paulo: COREN-SP, 1999.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; FRAGOSO, Kyldery de Melo. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. **Revista APS**, v. 8, n. 2, p. 173-180, 2005.

FREITAS, Elizabete Viana de. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: PY, Ligia; PACHECO, Jaime Lisandro; GOLDMAN, Sara Nigri. **Tempo de envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2004.

FURÅKER, Carina. Registered Nurses' Views on Competencies in Home Care. Home Health Care. **Management & Practice**, v. 24, n. 5, p. 221-227, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F1084822312439579>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: tabela 5235. Brasília: IBGE, 2020.

LOURENÇO, Roberto Aalves *et al.* Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000200025>.

LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio de *et al.* Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 229-238, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000400005>.

MATOS, Andréa Mendonça Dantas de. **O olhar da vigilância sanitária para as empresas que prestam serviços de atenção domiciliar no município do Rio de Janeiro**. 2015. Dissertação (Mestrado em Vigilância Sanitária) - Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

MELLO, Amanda de Lemos; BACKES, Dirce Stein; BEN, Luíza Watanabe Dal. Protagonismo do enfermeiro em serviços de assistência domiciliar – home care. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 1, p. 66-70, 2016. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n1.670>.

REHEM, Tânia Cristina Morais Santa Bárbara; TRAD, Leny Alves Bomfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, suppl, p. 231-242, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500024>.

ROACH, Sally. **Introdução à enfermagem gerontológica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SANTOS, José Luís Guedes dos *et al.* Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**. v. 66, n. 2, p. 257-263, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>.

SANTOS, Silvana Sidney Costa *et al.* Promoção da saúde para idosos: compromisso gerontogeriatría de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 4, p. 649-653, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000400018>.

SILVA, Kênia Lara *et al.* Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG*. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 3, p. 408-414, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300014>.

SILVA, Simone Santana da; ASSIS, Marluce Maria Araújo; SANTOS, Adriano Maia dos. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia saúde da família: diferentes olhares analisadores. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, e1090016, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>.

VERAS, Renato Peixoto. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100025>.