

Paula Bertoluci Alves Pereira

**Relatório Final – Lições Aprendidas e Recomendações
acerca das Experiências de Excelência no Cuidado à
Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar**

Produto 04 - Lições aprendidas e recomendações - (Documento técnico, contendo relatório final, sintetizando as experiências selecionadas, bem como um rol de conclusões e recomendações com objetivo de subsidiar a construção de diretrizes para a atenção domiciliar de pessoas idosas, a partir dos avanços identificados.), parte do Projeto de Mapeamento de Experiências de Excelência no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar em parceria com Ministério da Saúde e OPAS/OMS.

Brasília

2017

Produto 04 - Lições aprendidas e recomendações (Documento técnico, contendo relatório final, sintetizando as experiências selecionadas, bem como um rol de conclusões e recomendações com objetivo de subsidiar a construção de diretrizes para a atenção domiciliar de pessoas idosas, a partir dos avanços identificados).

1. Apostas e aprendizados a partir do Mapeamento de Experiências de Excelência no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar

A 1ª Edição do Mapeamento de Experiências de Excelência no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar foi fruto da parceria entre a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI/DAPES/SAS/MS) e a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD/DAHU/SAS/MS) do Ministério da Saúde, em cooperação técnica com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil.

Teve como objetivo mapear, conhecer e dar visibilidade a experiências e práticas bem-sucedidas no SUS, no cuidado à pessoa idosa no âmbito domiciliar, buscando seu potencial de inovação e indicando resultados alcançados e caminhos para sua ampliação.

O projeto ocorreu em quatro etapas ao longo do segundo semestre de 2016:

1. Divulgação do edital e inscrição das experiências – 01 de setembro a 07 de outubro, sendo prorrogado o prazo até 16 de outubro de 2016;
2. Seleção dos trabalhos inscritos – 17 de outubro a 01 de novembro de 2016;
3. Divulgação dos resultados – 03 de novembro de 2016
4. Apresentação das experiências selecionadas em Evento em Brasília/DF – 13 e 14 de dezembro de 2016.

Foram inscritas trinta e nove experiências realizadas por equipes de saúde que atuam em onze estados brasileiros, tendo representatividade nas cinco regiões do país: norte (1); nordeste (6); centro-oeste (6); sul (10); sudeste (16). Destes, a grande maioria são de serviços de saúde municipais, correspondendo a 84,61 por cento; já serviços estaduais e distritais, 7,61 por cento cada.

A maior parte das experiências foram de trabalhadores de serviços de atenção domiciliar (SAD), correspondendo a 56,41 por cento, o que já era esperado considerando que a característica fundamental é a sua atuação no contexto domiciliar. Houve participação significativa de experiências vinculadas à atenção básica, com 33,33 por cento, sinalizando que o cuidado domiciliar também pode ser uma importante estratégia a ser adotada na atenção básica para além do preconizado pela portaria ministerial. Instituições hospitalares, equipes da gestão estadual, bem como parcerias entre universidade e serviços de saúde somaram 10,25 por cento.

Os trabalhos foram orientados a serem alocados em dois eixos: gestão do cuidado ao idoso na atenção domiciliar e cuidado ao idoso na atenção domiciliar, totalizando 20,51 por cento e 79,48 por cento, respectivamente.

A seleção das experiências de excelência pelo grupo de trabalho composto por representantes da OPAS, Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI) e Coordenação Geral da Atenção Domiciliar (CGAD) do Ministério da Saúde proporcionou momentos importantes para reflexão e aprendizado a partir dos trabalhos enviados e acerca das políticas e discussões já existentes em torno do tema da pessoa idosa e o cuidado domiciliar.

Em função de empate técnico durante o processo de seleção, foram indicadas onze experiências de excelência, ao invés de dez como preconizava o edital. Receberam destaque nos critérios de clareza e objetividade na produção escrita, reprodutibilidade em contextos similares, alinhamento com os princípios do SUS e com as portarias que se referem à pessoa idosa e ao cuidado domiciliar, e principalmente na relevância e caráter inovador e reflexões sobre as apostas e desafios encontrados.

Grande parte das experiências advieram dos serviços de saúde municipais (81,81 por cento), destes, 66 por cento são oriundos de capitais e regiões metropolitanas e 33,33 por cento de cidades interioranas. Em relação a instituições estaduais e do distrito federal, representaram 11,11 por cento cada uma.

Observa-se que o cuidado domiciliar a pessoas idosas vem sendo uma estratégia adotada não somente pelos SAD, mas há experiências potentes sendo realizadas pela atenção básica. Também se mostra reprodutível para diversas realidades, considerando que foram selecionados trabalhos de

municípios com diferentes portes populacionais, tanto de regiões metropolitanas e capitais, como interioranas.

Em evento realizado em Brasília em dezembro de 2016, onde se reuniram os representantes das experiências selecionadas, foi possível conhecer a fundo os trabalhadores e equipes de saúde envolvidos em cada processo, bem como fortalecer e dar visibilidade ao que já é realizado diariamente nos rincões de nosso país através do SUS. Momento de emoção, de abraços, de encontros, de trocas de saberes e aprendizados pelos que estão lá e cá defendendo a vida e lutando por uma saúde pública universal, com equidade e integralidade.

As experiências voltadas para o campo da gestão indicaram interessantes discussões. Os SAD podem atuar como observatórios da rede pelo intenso trabalho de conexão que faz no dia a dia com os demais pontos de atenção a fim de garantir a continuidade do cuidado. Nesse sentido, pode identificar os nós existentes e traçar estratégias para superá-las.

No município de Ribeirão Preto/SP, a fim de promover o cuidado odontológico aos usuários do SAD, em sua maioria idosos, foi estabelecido o fluxo de atendimento para os mesmos na rede de saúde, a fim de garantir o apoio especializado para além do realizado pela equipe do SAD e responsabilizar os pontos de atenção, evitando que o usuário peregrinasse pelos serviços em busca de atendimento.

A articulação entre serviços de saúde e intersetorial é algo fundamental, porém ainda um desafio latente. O conceito de rede ainda se limita ao que cada um entende ser de sua alçada, ao que é “meu” e o que é “seu”, esquecendo que na realidade o usuário é “nosso”. Em alguns momentos, ele pode estar um pouco mais sob as vestes de uma equipe, mas garantir a integralidade de seu cuidado é principalmente compartilhar projetos terapêuticos entre trabalhadores dos diversos serviços da rede que compõem o rol de cuidados.

Em Jardinópolis/SP, esse tema orientou as discussões sobre linha de cuidado à pessoa idosa na rede de saúde. A equipe do SAD vivenciava dificuldades junto aos equipamentos de saúde na articulação e compartilhamento do cuidado e promoveu um encontro reunindo diversos trabalhadores a fim de explorar a necessidade da responsabilização de cada ator na rede de atenção à saúde para que a integralidade do cuidado seja de fato efetiva e fluxos e parcerias sejam construídos.

Para além da construção de tecnologias leve-duras, encontros como este proporcionam conhecer cada um que se envolve no cuidado pessoalmente, olho no olho, e a compreender ao que o outro se dedica, o que pode possibilitar ações mais coletivas e colaborativas.

Se a conexão em rede se faz fundamental, usar ferramentas que auxiliem na gestão do cuidado de cada serviço também o é, principalmente quando se trata de pessoas idosas que necessitam do atendimento domiciliar. Geralmente, são situações em que a pessoa possui algum grau de dependência funcional, o que pode ocasionar dificuldade no acesso aos equipamentos de saúde, bem como nos seus arranjos familiares para o seu cuidado e que podem se tornar “invisíveis” aos olhos da rede, justamente por estarem “escondidas” em suas residências.

Para tanto, podem ser utilizadas algumas estratégias e ferramentas que garantam a gestão do cuidado.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa elaborada pela COSAPI é um instrumento criado com vistas a integrar as informações a respeito do usuário e sua família, possibilitando traçar um plano de cuidado respeitando as suas singularidades e dando peso à vulnerabilidade quando existente. Pode funcionar como uma ferramenta para conhecer o perfil da população idosa atendida e estabelecer os fluxos para o seu acompanhamento, como o atendimento domiciliar quando necessário. Tal estratégia foi apresentada por trabalhadores da atenção básica do município de Prudentópolis/PR.

Partindo para o eixo do cuidado em saúde, a experiência de Uberlândia/MG nos convoca a refletir sobre o papel do controle social no monitoramento das ações em saúde junto às equipes e comunidade e a potência ao se estabelecer parcerias que promovam o cuidado do idoso “invisível”. A mobilização da comunidade por meio dos conselheiros locais de saúde foi crucial para que fossem construídos planos de cuidado no âmbito domiciliar junto à equipe de saúde da atenção básica para idosos com alto grau de dependência funcional.

Sabe-se que a falta de investimento e recursos humanos e materiais limitados somam-se ao desafio de produzir cuidado em regiões em que há significativa desigualdade social. A construção de parcerias no território se faz

fundamental para suprir e lidar com as “pedras no meio do caminho”, e não minimiza a responsabilidade dos gestores em darem o suporte que necessitam.

Para que cumpra com o seu papel de ordenadora do cuidado, o investimento na atenção básica é necessário. Considerando os contrastes sociais e heterogeneidades de nosso país, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se faz essencial para a produção de cuidado. É uma alternativa bastante potente por seu processo de trabalho preconizar a proximidade com o território em que atua.

Apesar de ainda estar pautada em ações programáticas de saúde e ciclos de vida, há arranjos que conseguem se organizar de forma a dar mais intensidade de cuidado e a usar o domicílio enquanto possibilidade de produzir integralidade e vida.

Em Pomerode/SC, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuam com o desafio de superar a lógica fragmentada e médico centrada. Utilizam como ferramenta de aproximação e vínculo o programa de entrega de medicamentos em domicílio a pessoas com dependência funcional, principalmente idosos.

O NASF tem em seu rol de atividades tanto o apoio matricial às equipes como a realização de ações coletivas e atendimentos compartilhados. Dependendo dos arranjos produzidos em cada lugar, esses profissionais são limitados ao seu núcleo e a atuarem de forma individualizada, muitas vezes pela demanda reprimida existente e pelo modo hegemônico de se produzir saúde.

Potencializar o papel do farmacêutico e do terapeuta ocupacional e outros em ações junto ao domicílio de forma compartilhada com outros profissionais da equipe ESF e agente comunitário em saúde (ACS) pode trazer grandes benefícios. Um deles é colocar em pauta discussões acerca da medicalização excessiva, as dificuldades de manejo de medicamentos e a criação de alternativas para o cuidado de idosos que já vivenciam perda de sua capacidade funcional e dependem de familiares/cuidadores que também possuem dificuldade para fazê-lo. Também permite conhecer o perfil do território, bem como executar orientações e atividades para promover o ganho de autonomia dos idosos e seus cuidadores.

Diferente da atuação no NASF, mas ainda no campo da tecnologia leve e da promoção de autonomia, as experiências dos SAD de Curitiba/PR e João

Pessoa/PB abordaram o papel da nutrição e fonoaudiologia, respectivamente. Em ambas, tratam as especificidades e potencialidades de cada núcleo profissional no cuidado ao idoso no domicílio e trazem à tona os sentidos e significados da alimentação para o outro e como produzir modos compartilhados junto ao cuidador/família e usuário, tanto em situações de prevenção (com possibilidade de melhora da capacidade intrínseca) como nos cuidados paliativos.

O domicílio é um lugar que nos possibilita conhecer de outro ângulo a forma como as famílias se organizam e se relacionam e nos desterritorializa de conhecimentos “pré-concebidos”, nossos preconceitos. Ter porosidade para lidar com as disputas e compartilhar o projeto terapêutico junto ao idoso e sua família pode ajudar a ressignificar alguns conceitos, medos e angústias durante o processo do cuidar e a produzir junto com o outro, possibilidades reais respeitando os limites de cada um.

Assim como a tecnologia leve é primordial para a porosidade nos planos de cuidado, a tecnologia dura quando bem utilizada pode impactar positivamente na qualidade de vida do idoso com perda funcional. O acesso à equipamentos que promovem a adaptação para algumas funções podem contribuir para o aumento da capacidade funcional e do seu autocuidado e até mesmo possibilitar o seu acesso extra-domicílio, mesmo que haja limitação de sua capacidade intrínseca. No entanto, as opções existentes são inacessíveis para uma grande parte da população. O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite possui diretrizes e recomendações sobre a aquisição desses materiais, porém muitos serviços ainda não estão habilitados. A referência ainda fica centralizada em centros de reabilitação de cidades de grande porte e instituições filantrópicas.

O desenvolvimento de equipamentos de tecnologia assistiva com baixo custo por meio de parcerias entre o serviço de saúde e outras instituições foi foco da experiência da equipe do SAD vinculado ao Hospital Geral de Fortaleza/CE. Poderá ser um estímulo para que mais estudos se voltem a essa área e uma alternativa para o acesso a esses equipamentos, já que a tecnologia assistiva ainda é um campo colocado em segundo plano por necessitar principalmente do investimento da gestão para garantir materiais e recursos humanos.

Um tema que perpassou muitos trabalhos e que merece atenção para uma discussão ampliada que envolva vários setores do poder público, bem como representantes da sociedade civil é sobre o cuidador.

A considerar os rumos demográficos e epidemiológicos, cada vez mais esse ator será necessário para dar suporte a idosos que necessitam, em algum grau, auxílio em suas atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Parte integrante do tripé junto à pessoa idosa e à equipe de saúde, em sua maioria, assumem esse papel familiares próximos, do gênero feminino, de forma impositiva. São irmãs, filhas, esposas que são relegadas ao cuidado e abdicam de sua vida em prol do outro. Muitos são os casos em que deixam de trabalhar para promover o cuidado integral, o que irá impactar financeiramente na família.

É um desafio latente e que precisa ocupar a agenda nacional e dar visibilidade às inventividades locais para dar subsídio à construção de políticas públicas.

Dois experiências de São Paulo/SP, contribuíram para esse debate, por meio do Programa de Acompanhante de Idosos (PAI) vinculado à ESF municipal. As equipes do PAI acompanham idosos frágeis e/ou em vulnerabilidade social na realização de suas atividades diárias em seu lar e outras necessidades de saúde e sociais.

Além do embate acerca do tema, apresentaram as estratégias que algumas equipes vêm realizando para o envelhecimento saudável, influenciando na auto estima, funcionalidade e capacidade intrínseca.

A equipe do PAI Boracéia fez a capacitação dos profissionais acompanhantes para que elaborassem junto com os idosos artesanatos com recicláveis. A fim de promover a socialização entre os usuários e a construção de rede de apoio, os idosos que conseguiam, executavam as atividades nas residências de outros que, em função de sua limitação da capacidade funcional, não conseguiam se deslocar.

No PAI São Mateus, os profissionais receberam o apoio matricial do NASF de referência, capacitando-os para atividades de reabilitação motora e cognitiva no lar com melhora significativa da capacidade funcional e intrínseca dos idosos acompanhados. Dados colhidos pela equipe apontam que nove (32,14 por cento) dos vinte e oito idosos em restrição ao leito ou que faziam uso de cadeira

de rodas conseguiram deambular sem apoio após noventa dias do início das atividades com os acompanhantes. O apoio e compartilhamento do cuidado entre equipes é fundamental para potencializar a produção de cuidado, principalmente em contextos que exigem a participação multiprofissional e intersetorial.

O espaço domiciliar é cada vez mais visto como um lugar potente para a produção de cuidado do idoso, por estar próximo de sua família e de seu lar. Em países que vivenciam drástica mudança demográfica com maioria de idosos em sua população, vem crescendo cada vez mais a discussão acerca de alternativas para possibilitar o prolongamento de seu cuidado no domicílio. As políticas voltadas à pessoa idosa no Brasil também seguem essa recomendação.

Entretanto, vivenciamos várias situações em que se faz necessária a institucionalização dos mesmos nas Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI).

O trabalho advindo da equipe do SAD de Brasília/DF problematizou essa questão. Qual seria a definição de domicílio, senão o local onde estabelecemos e organizamos nossa vida, construímos vínculos e rotinas?

Independente do que motivou a ida do idoso à ILPI, ela se torna o seu território existencial, a sua residência, nem que seja por um tempo definido. Olhar para este lugar e traçar arranjos de cuidado para idosos que necessitam do atendimento domiciliar e referenciar os demais que conseguem fazer o acompanhamento nas unidades básicas de saúde é também responsabilidade das equipes de saúde em relação ao seu território adscrito em alguns modelos de domicílios coletivos. Na experiência apresentada, o vínculo foi estabelecido com uma ILPI filantrópica e detectou alguns idosos antes “invisíveis” aos olhos da saúde.

Apesar de muito ser realizado na micropolítica do trabalho, ainda são poucas as equipes que registram os seus feitos e que usam como educação permanente para o seu processo de trabalho.

Como provocação para futuros trabalhos, coloca-se o desafio de incorporarem em suas práticas formas de avaliação e monitoramento do que é realizado no cotidiano a fim de possibilitar reflexão, aprendizado e divulgação nos meios acadêmicos e nas comunidades locais, bem como em mídias das ações em saúde de excelência que são feitas no SUS. Publicizar o que vem

sendo realizado traz motivação para encararmos as dificuldades diárias e oxigênio para invenções.

2. Desafios e reflexões como subsídio para a construção de políticas públicas

O mapeamento das experiências de excelência no cuidado ao idoso no contexto domiciliar fomentou ricos debates e aprendizados, chamou atenção para ações em saúde inovadoras que vem sendo realizadas e passíveis de serem reproduzidas e trouxe à tona alguns nós que se configuram como grandes desafios atuais e futuros.

Pontos a serem destacados a fim de se pensarem em diretrizes ao cuidado da pessoa idosa no contexto domiciliar são a atenção domiciliar como modelo substitutivo; o investimento em materiais/insumos e recursos humanos e ênfase no critério de vulnerabilidade para reorganização das equipes ESF e NASF, bem como promover maior articulação e parceria na rede de saúde e intersetorial com ações compartilhadas; a construção de alternativas para suporte do cuidador familiar e à pessoa idosa; e, a inclusão de temas relacionados às singularidades do processo de envelhecimento e a desconstrução de estigmas junto às equipes de saúde, idoso e família a fim de problematizar o cotidiano e ressignificar a vida.

As experiências de AD no Brasil e no mundo indicam a potência no cuidado à pessoa idosa no âmbito domiciliar, mesmo apresentando diferenças em sua normatização, regulação, financiamento e operacionalização. A portaria nacional que institui o Programa Melhor em Casa e o cofinanciamento para as equipes de AD possibilitou a implantação de muitos serviços ao redor do país, no entanto a oferta ainda é insuficiente comparada à demanda.

Alguns países adotam a AD como estratégia principal da política de cuidado prolongados à pessoa idosa e com vistas a dar suporte ao cuidador familiar, em grande parte com sobrecarga física e emocional. No Brasil, a AD não é exclusiva à assistência de idosos, embora os mesmos sejam maioria no serviço. O arranjo adotado irá influenciar nesse contexto, uma vez que modelos e equipes mais rígidos e impermeáveis às necessidades do local em que atuam

podem produzir invisibilidades, tais como a desassistência a usuários que vivem em contexto de vulnerabilidade, como idosos em fragilidade.

Quando há porosidade, a AD pode se configurar como modelagem alternativa que produz cuidado no território existencial do idoso de modo não hegemônico e de forma a tecer soluções criativas, compartilhadas e singulares.

Faz-se necessário pensar na linha de expansão da AD, por meio dos serviços de AD, como um dispositivo para produzir mudanças na lógica do cuidado hospitalar e para evitar a institucionalização, restringindo a utilização nestes serviços às situações em que a intensividade e especificidade do cuidado exigir. Para tanto, há necessidade em reorganizar as redes de atenção à saúde, colocando a AD como uma das estratégias centrais, investir em recursos humanos e materiais/insumos e incentivar a educação permanente aos trabalhadores como meio substancial ao seu aprendizado e como um observatório da rede, com vistas a identificar os nós na articulação entre serviços e possibilidades para solucioná-los.

Além dos SAD, as equipes de ESF também são responsáveis pelo cuidado no contexto domiciliar. A depender do arranjo adotado, as equipes ESF enfrentam dificuldade para garantir a intensividade do cuidado na AD às pessoas idosas em situação de fragilidade. Mesmo experiências que reorganizam o seu processo de trabalho para aumentar a frequência do cuidado à idosos frágeis, esbarram na rigidez das ações programáticas como direcionadoras da atenção básica. Outros motivos a serem somados são o baixo investimento em recursos humanos e o acesso aos materiais e insumos que ficam à mercê da gestão municipal.

O critério para a composição das equipes e definição de área adstrita é realizado principalmente de acordo com o número de pessoas o que pode dificultar o monitoramento e acompanhamento de casos complexos e produzir invisibilidades no território, como um idoso que tem dificuldade em acessar a unidade básica de saúde pela perda de sua capacidade funcional.

Para tanto, é necessário considerar a vulnerabilidade local e suas singularidades como critério na implantação das equipes e organização do processo de trabalho, como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica, em lugares que exigem maior intensividade, como o cuidado no contexto domiciliar.

Profissionais da saúde como farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educador físico, assistente social, fonoaudiólogo precisam ser inseridos cada vez mais na cena do cuidado nos serviços de AD, na atenção básica e/ou o incremento dos NASF, descentralizando as ações hoje pautadas principalmente na figura do médico. São trabalhadores que podem agregar novos saberes à luz do processo de envelhecimento, ressignificando e desconstruindo alguns estigmas sobre o mesmo.

A Classificação Internacional de Funcionalidade ocasionou uma mudança de paradigma, antes focado na doença, e atualmente determinado segundo os aspectos sociais, biológicos, ambientais e funcionais da pessoa para a construção do seu projeto terapêutico. São transformações na lógica médico hegemônica que carecem de investimento na micropolítica do cuidado por meio de espaços de educação permanente das equipes para problematização e reflexão acerca do trabalho produzido.

Assuntos como a medicalização e o uso racional de medicamentos, cuidados paliativos, morte e finitude, capacidade funcional e autonomia, adaptação de atividades básicas e instrumentais de vida diária, alimentação e prevenção de distúrbios comuns em algumas patologias são temas comuns no universo do idoso e novos olhares e estratégias compartilhadas com equipe multiprofissional são necessárias para o seu manejo. Ainda carecem de discussões em que se aprofundem as singularidades e mudanças oriundas do processo de envelhecimento e os arranjos os quais são feitos em função dessas especificidades aliado à problematização das políticas públicas atuais.

Além da inclusão de novos núcleos de saber na atenção básica e nos serviços de AD, é preciso estimular a realização de parcerias entre serviços da rede de saúde para a produção de cuidado compartilhado e estratégias como o matriciamento, para diminuir o vazio assistencial na reabilitação e na própria AD.

Por último, o papel do cuidador familiar vem ganhando destaque por ser o ator responsável por garantir o cuidado do idoso no domicílio e fazer o elo entre junto à equipe de saúde. É uma tarefa árdua, sendo muito comum estar associado a sobrecarga física e emocional. Muitas vezes a pessoa relega a sua vida em prol do outro, podendo influenciar no contexto pessoal, profissional e também financeiro, uma vez que nem todos conseguem conciliar o emprego à

função de cuidador. Soma-se a isso todos os gastos destinados à pessoa idosa para suprir suas necessidades diárias de cuidado que recaem sobre a família.

Considerando as heterogeneidades locais, a desigualdade social e as mudanças sociais com diminuição dos núcleos familiares, é urgente a construção de políticas públicas voltadas à proteção da pessoa idosa e do cuidador familiar. Afinal, o que faremos com idosos dependentes que possuem rede de apoio ínfima ou ausente? Famílias as quais a renda mensal é insuficiente para comprar alimentos? Arranjos frágeis que deixam o idoso em situação de extremos riscos? As ofertas brasileiras ao cuidador ainda são restritas, porém trazem aprendizados importantes. Os achados internacionais fomentam discussões em prol do incentivo e proteção ao trabalho do cuidador, expansão da AD e centros-dia, subsídios governamentais à família/idoso, dentre outros.

Neste sentido, faz-se necessário priorizar o debate para a construção de políticas públicas em prol do cuidador familiar como medida de proteção a ele e ao idoso que requer cuidado contínuo e integral.

3. Recomendações aos gestores e instituições governamentais

- **Fomentar que a Atenção Domiciliar se configure como modelo substitutivo:** a AD é uma importante estratégia para a mudança do modelo hospitalar e para evitar a institucionalização da pessoa idosa, para tanto é necessária a reorganização da rede de atenção à saúde e o investimento em recursos humanos e materiais/insumos, bem como na porosidade dos seus projetos tecnopolíticos. Nas situações de vulnerabilidade, pode ser bastante potente por produzir inovações e alternativas de cuidado diante da realidade vivida e de forma compartilhada com idoso e seu cuidador.
- **Enfatizar a vulnerabilidade como critério de implantação das equipes de saúde da família:** considerando as heterogeneidades do país e a significativa desigualdade social, estimular que a implantação das equipes de saúde da família leve em consideração o critério de vulnerabilidade preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, diminuindo a

quantidade de pessoas adstritas por equipe para garantir a intensividade do cuidado às pessoas idosas que necessitam do acompanhamento domiciliar, por exemplo.

- **Incrementar o quadro de profissionais das equipes de AD, atenção básica/ESF e/ou NASF:** Dado o vazio assistencial em ações voltadas à reabilitação e habilitação às atividades de vida diária, percebe-se que o investimento na inserção de profissionais que atuam nesse escopo na atenção básica pode tecer novas possibilidades de cuidado à pessoa idosa com perda da capacidade intrínseca, promovendo ganhos em sua funcionalidade e qualidade de vida. O investimento no NASF pode ser uma alternativa para o matriciamento das equipes e desenvolver ações compartilhadas que deem visibilidade ao tema da funcionalidade e autonomia e estratégias de cuidado na perda das mesmas, no contexto domiciliar.
- **Ampliar o debate e incrementar as políticas públicas à pessoa idosa, dando visibilidade ao tema do cuidador familiar:** Promover discussão nacional sobre as políticas públicas à pessoa idosa, trazendo para a cena o cuidador familiar e as estratégias que podem apoiá-lo nessa atividade, mapeando as experiências locais existentes e envolvendo áreas intersetoriais, com a presença de gestores, trabalhadores e usuários.
- **Enfatizar as singularidades e a desconstrução de estigmas relacionadas ao processo de envelhecimento à rede de cuidados à pessoa idosa:** Divulgar continuamente diferentes experiências no cuidado à pessoa idosa no âmbito da AD no SUS, seja na atenção básica ou serviços de AD, visando mostrar as especificidades de cada região do país e possibilitar a troca de experiências e novas construções neste campo. Investir na educação permanente dos profissionais e equipes de saúde no tema do envelhecimento e cuidados à pessoa idosa, com vistas ao melhor cuidado e atenção a esta crescente população.
- **Promover maior articulação e parceria na rede de saúde e intersetorial:** ampliar as possibilidades de articulação em rede de saúde

e intersetorial, incentivando ações compartilhadas e parcerias como o apoio matricial entre equipes para continuidade do cuidado domiciliar ao idoso. A AD pode ser um potente observatório de rede ao gestor e trabalhador com vistas a monitorar e identificar desafios e possibilidades de costura na rede de cuidado à pessoa idosa.