



## Texto 22

Unidade de Aprendizagem IV



# Cuidados de longa duração

*Edgar Nunes de Moraes e Célia Pereira Caldas*

O envelhecimento é o principal fator de risco para as grandes síndromes geriátricas, como incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência urinária, incapacidade comunicativa e iatrogenia. Mais comumente, essas incapacidades apresentam-se de forma associada, condição que denominamos de poli-incapacidades.

A dependência ou incapacidade funcional é a grande consequência das síndromes geriátricas, e a duração desse cuidado é imprevisível, com possibilidade de estender-se por alguns anos ou mesmo décadas.

O Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015) define os cuidados de longa duração como as atividades que são desenvolvidas por terceiros para garantir que as pessoas com ou em risco de uma significativa perda contínua de capacidade intrínseca possam manter um nível de capacidade funcional compatível com os seus direitos, liberdades fundamentais e dignidade humana, seja por meio da otimização ou da compensação de perda de capacidades, de forma a manter a funcionalidade e o bem-estar.

Famílias despreparadas para tal cuidado de longa duração podem desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e independência do idoso, o que denominamos de insuficiência familiar.

## Insuficiência familiar

A dimensão sociofamiliar é fundamental na avaliação multidimensional do idoso. A família constitui-se na principal instituição cuidadora dos idosos frágeis, devendo ser privilegiada nessa sua função. A transição demográfica, entretanto, atinge diretamente essa “entidade”, reduzindo de forma drástica sua capacidade de prestar apoio a seus membros idosos.

A redução da taxa de fecundidade trouxe profundas modificações na estrutura familiar. O número de filhos está cada vez menor, e as demandas familiares são crescentes, o que limita tanto a disponibilidade dos pais de cuidar de seus filhos quanto dos filhos de cuidar de seus pais.

Por sua vez, o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, a valorização do individualismo e os conflitos intergeracionais contribuem para as modificações nos arranjos domiciliares.

Essas mudanças sociodemográficas e culturais têm repercussões importantes no potencial de acolhimento às pessoas com incapacidades, que historicamente dependiam de apoio e cuidado familiar. A própria modificação nas dimensões das habitações limita as possibilidades de cuidado adequado às pessoas portadoras das grandes síndromes geriátricas, como incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incontinência esfincteriana. Essa fragilização do suporte familiar originou outra grande síndrome geriátrica, a insuficiência familiar, cuja abordagem é extremamente complexa (Figura 1).

O “cuidador” de idosos é caracterizado, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), como um trabalhador preponderantemente da esfera doméstica, podendo, entretanto, atuar também no âmbito institucional.



Para conhecer mais sobre o surgimento deste profissional e as discussões sobre a regulamentação de sua atividade, leia: “Formação de Cuidadores de Idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil”, de Daniel Groisman, disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13867>

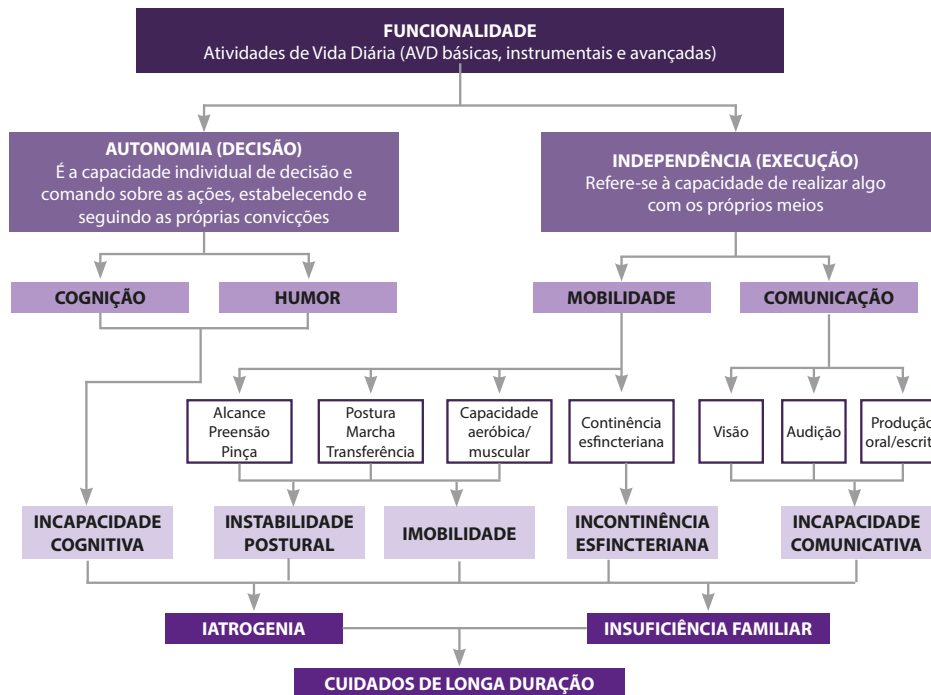
O sistema de cuidados prolongados abrange os cuidadores familiares, amigos, voluntários que prestam cuidados e apoio, cuidadores pagos e cuidadores não remunerados, coordenação de cuidados, serviços baseados na comunidade e os cuidados institucionais, bem como serviços que dão suporte aos cuidadores e asseguram a qualidade dos cuidados que prestam (por exemplo, oferecendo cuidados de repouso – respiro e informação, educação, acreditação, financiamento e formação). Esse sistema se sobrepõe significativamente ao sistema de saúde e aqueles que prestam cuidados de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

O *Guia prático do cuidador*, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), oferece orientações para todos aqueles que tem sob sua responsabilidade o cuidado de alguma pessoa com incapacidade ou deficiência. Busca, portanto, propiciar maior segurança nas ações prestadas e, ainda, orientar os cuidadores para a prática do autocuidado.



Leia o *Guia prático do cuidador*, do Ministério da Saúde, disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/22/COSAPI-pub-guia-do-cuidador.pdf>

Figura 1 – Grandes síndromes geriátricas



Fonte: Moraes e Lanna (2014).

O cuidado de longa duração é o “apoio material, instrumental e emocional, formal ou informalmente oferecido por longo período às pessoas que o necessitam, independentemente da idade” (CAMARANO, 2010). Esses serviços podem ser oferecidos no domicílio, na comunidade ou em instituições de longa permanência (CAMARANO, 2010). As unidades básicas de saúde oferecem cuidado de longa duração na medida em que oferecem suporte à atenção domiciliar.

Os cuidados de longa duração também são prestados em clínicas de reabilitação ou instituições hospitalares que oferecem cuidados de enfermagem especializados em longo prazo. Essas, porém, não são as modalidades assistenciais de longa duração mais utilizadas.

O cuidado de longo prazo é fornecido em *settings* que abrangem do domicílio aos centros comunitários, residências assistidas, instituições de longa permanência, hospitais e outros serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Envolve uma rede formada por centros-dia, hospitais-dia, centros de convivência; cuidado domiciliar formal; abrigo e residência assistida; clínicas geriátricas, leitos de cuidados prolongados, ILPI, atenção domiciliar (melhor em casa), Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e outros “novos” serviços que atendam às “novas” demandas envolvendo os diferentes sistemas que necessitam trabalhar de forma complementar e integrada (DUARTE; BERZINS; GIACOMIN, 2016).

Portanto, o cuidado de longa duração refere-se à gama de serviços de saúde e sociais necessários para ajudar as pessoas com déficits funcionais a viver da forma mais independente possível. Embora o início da prestação de serviços de longa duração possa ser desencadeado por uma doença aguda, é a incapacidade de realizar atividades da vida diária que cria a necessidade de cuidados de longa duração. A seguir, apresentamos alguns aspectos a serem destacados em relação a cada tipo de serviço de cuidados de longa duração: assistência domiciliar; serviços de habitação assistida e instituições de longa permanência.



Estudos apontam para a necessidade de atenção e cuidados voltados também para quem cuida. Se você quiser conhecer melhor esse tema, leia os textos:

- “Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos”, de Gratao et al. (2012). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a07v21n2.pdf>
- “Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática”, de Santos et al. (2016). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n4/a09v38n4.pdf>

## Atenção domiciliar

Na atenção domiciliar, os cuidados são prestados na casa do idoso. O objetivo desse atendimento é promover, manter ou restaurar a saúde do paciente e reduzir os efeitos da doença ou deficiência. Nessa modalidade assistencial, a equipe de enfermagem tem papel central. Os enfermeiros planejam os cuidados e lideram a equipe de técnicos, além de orientar os cuidadores para atender às necessidades físicas e emocionais do idoso, ajudando-o a desenvolver sua independência e minimizar o impacto de sua incapacidade. Envolve tanto o cuidado formal como o informal.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Domiciliar, Portaria n. 825 de 25 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), a atenção domiciliar será prestada em três modalidades.

Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso. As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD 1 devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.

Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente: afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário.

Considera-se elegível, na modalidade AD 3, o usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

As modalidades AD 2 e AD 3 são constituídas de equipes multidisciplinares próprias.

Os principais desafios a serem enfrentados pelo tratamento domiciliar passam pela garantia de recursos materiais que permitam a execução do serviço, formação de uma equipe com visão holística do processo saúde-doença, integração com os diversos níveis da hierarquia de atenção à saúde, incluindo o apoio contínuo da Estratégia Saúde da Família e, sobretudo, a visão do cuidador/familiar como elemento principal na prestação do cuidado, oferecendo treinamento e suporte no que precisar.

O cuidado informal refere-se a atividades realizadas por familiares e cuidadores não remunerados, e o cuidado formal envolve a ajuda de cuidadores pagos, além dos profissionais de saúde, que deverão orientar tanto os cuidadores formais como os informais.

O *home care* é um tipo específico de atenção domiciliar utilizado como alternativa para a hospitalização. É fornecido a pessoas que apresentem seu quadro clínico estabilizado, porém estejam em situação de alta dependência, necessitando de cuidados de enfermagem complexos.

## Tipos de clientes atendidos na atenção domiciliar

Indivíduos que vivem em suas próprias residências, que necessitam de ajuda nas atividades de vida diária e tenham membros da família e/ou amigos disponíveis e capazes para assumir o cuidado.

## Serviços de habitação assistida

Os serviços de habitação assistida têm base comunitária e estão se expandindo. É uma modalidade assistencial que representa uma opção aos idosos que querem se manter independentes, embora necessitem de alguma assistência. Esse tipo de moradia é oferecido na forma de *flats* ou condomínios para idosos.

A maioria dos pacientes prefere receber cuidados de longa duração em suas próprias casas. No entanto, dependendo da qualidade das relações intrafamiliares, a casa nem sempre é o melhor lugar para a prestação de cuidados. Também existem os idosos que não têm familiares ou não os têm próximos. Por isso, as alternativas de habitação assistida são muito importantes.

Os moradores de habitações assistidas são relativamente independentes. Vivem em apartamentos, dentro das residências de vida independente, e a instituição fornece, além das refeições, assistência planejada, de acordo com as necessidades do morador.

Essa modalidade assistencial, denominada em inglês *assisted living* (vida assistida), inclui habitação, alimentação e assistência limitada. É uma modalidade adequada para os idosos que precisam de alguma ajuda com as atividades diárias, mas não necessitam de cuidados em tempo integral.



## Tipos de clientes atendidos nas habitações assistidas

Indivíduos que não são capazes de viver de forma totalmente independente, mas não exigem o nível de atendimento prestado por uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI).

## Instituições de longa permanência para idosos

São organizações de assistência social, licenciadas e fiscalizadas pela Vigilância Sanitária, com uma equipe profissional organizada e que oferecem moradia.



Os serviços de habitação assistida não estão entre os oferecidos pelos serviços socioassistenciais no Brasil, mas já vêm sendo ofertados nos EUA e na Europa.

Para os serviços ofertados no Brasil, acesse a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf)

A legislação que regula o funcionamento das ILPI é a seguinte:

- Lei n. 9.782, de 26/01/1999 – Execução das ações de vigilância sanitária (lei que cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária).
- Estatuto do Idoso (2003).
- Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080/1990.
- RDC n. 283 da Anvisa, de 26/9/2005 – Regulamento Técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos: avanços e problemas.
- RDC n. 50 da Anvisa, de 21/2/2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
- Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) n. 109, de 11/11/2009 – Aprova a tipificação de serviços socioassistenciais.

De acordo com a Resolução n. 109/2009, do CNAS (CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2009), os objetivos das instituições de longa permanência para idosos são:

### ■ Gerais

- acolher e garantir proteção integral;
- contribuir para a prevenção do agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos;
- restabelecer vínculos familiares e/ou sociais;
- possibilitar a convivência comunitária;

- promover acesso à rede socioassistencial, aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas públicas setoriais;
  - favorecer o surgimento e o desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que os indivíduos façam escolhas com autonomia;
  - promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacionais – internas e externas –, relacionando-as a interesses, vivências, desejos e possibilidades do público.
- **Específicos:**
- incentivar o desenvolvimento do protagonismo e de capacidades para a realização de atividades da vida diária;
  - desenvolver condições para a independência e o autocuidado;
  - promover o acesso a renda;
  - promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência.

---

#### Para refletir

Você trabalha ou já visitou instituições de longa permanência para idosos? Elas funcionam conforme os objetivos descritos anteriormente?

---

## Tipos de clientes atendidos pelas instituições de longa permanência para idosos

Indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.

## Transições em situação de cuidados de longa duração – cuidado transicional

Um idoso que precisa de cuidados de longa duração necessita, eventualmente, realizar mudanças de cenários a fim de dar conta das intercorrências. Tais mudanças requerem cuidados específicos, denominados cuidados transicionais.

Essas transições de um cenário para outro podem causar estresse e ansiedade aos idosos e suas famílias. Sem perder a preocupação com o bem-estar do idoso, os aspectos clínicos da saúde precisam ser priorizados. Não pode haver descontinuidade de cuidados. Estratégias para reduzir mudanças bruscas de rotina, do nível de conforto e de cuidados médicos devem ser adotadas. Nas transições entre ambientes de cuidados, os membros da família desempenham papel fundamental.

Erros de continuidade de cuidados nas transições são lapsos inaceitáveis na segurança do paciente. Por sua vez, esses lapsos podem levar a internações recorrentes, o que é, além de caro, traumático. Portanto, o cuidado transicional é fundamental.

A transição pode ser suavizada pelo estabelecimento de comunicação clara e atitudes de cooperação entre os dois tipos de cuidadores: familiares e profissionais. Uma competência essencial para todos os profissionais de saúde deve ser a capacidade de desenvolver um bom relacionamento com os cuidadores familiares e fornecer orientação, treinamento e apoio necessário ao longo do *continuum* de cuidados. Tal competência deve ser construída por meio da capacitação profissional e educação continuada.

São exemplos de situações que demandam cuidados transicionais: internação de casa para o hospital; alta do hospital para casa; internação da ILPI para o hospital; alta do hospital para a ILPI; internação de casa para a ILPI.

## Considerações finais

Tomar a decisão de optar por cuidados de longa duração e escolher a modalidade adequada não é tarefa fácil. Existem fatores físicos, sociais e emocionais do indivíduo que a família e os profissionais devem considerar, além do custo.

O primeiro passo é buscar informação confiável e avaliar os recursos disponíveis. Portanto, alguns passos podem ser recomendados para escolher a modalidade de cuidados de longa duração: avaliar as necessidades do idoso; levantar possibilidades de financiamento dos custos; verificar as opções de modalidades assistenciais disponíveis no território; visitar as opções disponíveis.

A decisão deve ser baseada nesses passos, mas a palavra final deverá ser sempre do idoso. Ele ou ela precisam demonstrar de todas as maneiras que é seu desejo ser cuidado na modalidade assistencial que a família e os profissionais escolheram. De fato, o ideal é que o idoso participe da tomada de decisão.

As limitações funcionais e cognitivas podem impedir o paciente de decidir e fornecer seu consentimento. Essa é uma questão ética que requer muita atenção, e não há muita literatura sobre o consentimento informado no contexto dos cuidados de longo prazo.

Os cuidados de longa duração envolvem uma variedade de cuidadores (incluindo profissionais da saúde e da assistência), trabalhando em uma ampla variedade de *settings* (domicílios e instituições) que incluam serviços de suporte a esses cuidadores e reúnam gestores, especialistas, centros de pesquisa e ensino, trabalhando de forma integrada.

É necessária uma política transversal de cuidados de longa duração, envolvendo as políticas sociais e de saúde em conjunto com outros setores que venham a complementá-los, como, por exemplo, habitação, previdência e educação. Uma política de cuidados de longa duração necessita ser urgentemente construída e implementada e, em especial no que tange às pessoas idosas, deve garantir às mais fragilizadas a manutenção de sua dignidade e a garantia de assistência adequada e integral (DUARTE; BERZINS; GIACOMIN, 2016).

## Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução-RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 mar. 2002. Seção 1, p. 39.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução-RDC n. 283, de 26 de setembro de 2005. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 set. 2005. Seção 1, p. 58.

BOOCKVAR, K. S. et al. Prescribing discrepancies likely to cause adverse drug events after patient transfer. *Quality & Safety in Health Care*, London, v. 18, n.1, p. 32-36, Feb. 2009.

BRASIL. Lei n. 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*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jan. 1999.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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*, Brasília, DF, 26 abr. 2016. Seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 maio 2013. Seção 1, p. 30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Guia prático do cuidador*. 2. ed. Brasília, DF, 2009.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 733-781, 2003.

CAMARANO, A. A. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, A. A.; ALCANTARA, A. O.; GIACOMIN, K. C. (Org.). *Política nacional do idoso velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (Brasil). Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 nov. 2009. Seção 1, p. 82.

DRURY, L. J. Transition from hospital to home care: what gets lost between the discharge plan and the real world? *Journal of Continuing Education in Nursing*, v. 39, n. 5, p. 198-199, 2008.

DUARTE, Y. A.; BERZINS, M. A. V. S.; GIACOMIN, K. C. Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. In: ALCANTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 457-478.

EVASHWICK, C. J. The continuum of long-term care. In: WILLIAMS, S. J.; TORRENS, P. R. *Introduction to health services*. 7th. ed. Clyfton Park: Thompson Delmar Learning, 2008. cap. 9, p. 198-219.

GRATAO, A. C. M. et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 304-312, abr./jun. 2012.

GROISMAN, Daniel. Formação de cuidadores de idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil. In: MOROSINI, M. V. G. C. et al. (Org.). *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2013. p. 391-419.

HAUSER, J. M. Lost in transition: the ethics of the palliative handoff. *Journal of Pain and Symptom Management*, Madison, v. 37, n. 5, p. 930-933, May 2009.

LEVINE, C. et al. Bridging troubled waters: family caregivers, transitions, and long-term care. *Health Affairs*, Millwood, v. 29, p. 116-124, Jan. 2010.

MORAES, E. N. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, E. N.; LANNA, F. M. *Avaliação multidimensional do idoso*. 4. ed. Belo Horizonte: Folium, 2014.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra, 2015.

SANTOS, R. L. et al. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 161-167, 2011.

2010 Metlife market survey of nursing home, assisted living, adult day services, and home care costs. Westport: Metlife Mature Market Institute, Oct. 2010.