

## TRAMAS DA ATENÇÃO DOMICILIAR: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS NAS PERSPECTIVAS DOS IDOSOS, CUIDADORES E PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Emanoel Avelar Muniz (1); Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas (2).

(1) *Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF) da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Sobral. E-mail: [emanoelavelar@gmail.com](mailto:emanoelavelar@gmail.com)*

(2) *Docente do MASF e do curso de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), pós-doutoranda em enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), orientadora da pesquisa. E-mail: [cibellyaliny@gmail.com](mailto:cibellyaliny@gmail.com)*

### RESUMO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma ação potente para ampliar a integralidade na Estratégia Saúde da Família (ESF) e torna-se necessária devido ao crescente número de idosos dependentes de cuidado no domicílio. Assim, objetivou-se comparar as perspectivas dos idosos, familiares/cuidadores e profissionais da ESF sobre a AD. Esta pesquisa é de abordagem qualitativa do tipo exploratória, o campo de pesquisa foi o município de Sobral, a coleta de informações ocorreu de setembro de 2014 a março de 2015. Os sujeitos do estudo foram vinte e oito profissionais da equipe mínima da ESF, treze idosos que recebem AD, apresentaram dependência nas Atividades da Vida Diária e possuíam capacidade cognitiva preservada, além de treze familiares/cuidadores. Para a coleta de informações utilizou-se a entrevista semiestruturada e o grupo focal. A análise do material se deu pela codificação temática segundo Uwe Flick (2009) e a triangulação de métodos proposta por Minayo, Assis e Sousa (2005). Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Foram observadas diferentes percepções e sentimentos sobre a AD, nesse sentido, a relação entre o profissional, idoso e família assume um papel central em todo o processo de cuidado. Relatou-se a dinamização de parcerias entre a equipe multiprofissional, o apoio/suporte à família pela equipe é frágil, visto que o cuidado é só para o idoso, foi percebido uma relação de dependência, onde os papéis não estão bem definidos, sendo necessário potencializar ferramentas de estímulo a autonomia e corresponsabilização.

**Palavras-chave:** Assistência Domiciliar, Saúde do Idoso, Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

The Home Care (HC) is a powerful action to increase the completeness of the Family Health Strategy (FHS) and it becomes necessary due to the increasing number of dependent elderly care at home. Thus, the objective was to compare the perspectives of seniors, family / caregivers and FHS professionals about HC. This research is a qualitative approach of the exploratory type, the research field was the city of Sobral, information gathering took place from September 2014 to March 2015. The study subjects was twenty-eight professionals Minimum FHS team, thirteen older they get AD presented dependence in activities of daily living and cognitive ability had preserved, and thirteen families / caregivers. To collect information used the semi-structured interviews and focus groups. Analysis of the material was due thematic coding second Uwe Flick (2009) and triangulation methods proposed by Minayo, Assisi and Sousa (2005). This study was approved by the Ethics Committee of the State University Valley Acaraú. Different perceptions and feelings were observed on the AD in this regard, the relationship between the professional, elderly and family plays a central role throughout the care process. It was reported the promotion of partnerships between the multidisciplinary team, the support / support the family by the team is fragile, as the care is only for the elderly, a relationship of dependency was perceived, where the roles are not well defined, requiring boost stimulus tools autonomy and co-responsibility. **Keywords:** Home Nursing, Health of the Elderly, Family Health Strategy.

## INTRODUÇÃO

A mudança do perfil de saúde da população idosa trouxe a necessidade de alterações nas formas de cuidado dessa população, e uma delas foi o retorno ao modelo de cuidados domiciliares. Para dar corpo a esse novo modelo, segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) de 2006, entre as várias ações projetadas na ESF e em execução, encontra-se a prática sistemática das visitas domiciliárias, promovidas pelas equipes de saúde da família (RESENDE & DIAS, 2008). Além disso, um dos grandes potenciais da ESF reside em sua capacidade de oferecer suporte e fortalecer as famílias que estão sob sua responsabilidade (SILVA, GALERA & MORENO, 2007).

O cuidado domiciliar pode ser uma oportunidade significativa para que a autonomia do indivíduo e família se concretize, já que o cuidado no domicílio do usuário, paciente/cliente e família é uma ação e atitude, pois mais do que um fazer é um momento de vivenciar com o indivíduo e a família situações de saúde-doença, em seu *locus* de habitação, de relações e de significado de vida (LACERDA, 2010).

Por fim deve-se considerar as especificidades inerentes à assistência domiciliar ao idoso, primeiramente com relação ao espaço de cuidado que passa a ser o domicílio e em segundo lugar os atores envolvidos que tendem a ter uma relação mais duradoura e conflituosa já que envolve três entes responsáveis pelo processo saúde-doença do idoso, o familiar/cuidador e o profissional de saúde (VIEIRA et al., 2011).

Assim, devido à importância de aprofundar o conhecimento teórico nesse tema, visto o grande potencial da AD para ampliar a integralidade na atenção à saúde, provocar mudanças na prática dos profissionais da ESF e do grande número de idosos e familiares/cuidadores que não se sentem amparados pelo sistema/equipe de saúde decorre a necessidade de refletir sobre como se dá o cuidado às famílias na AD de idosos com comprometimento funcional no contexto da ESF, a partir das perspectivas dos idosos, cuidadores e profissionais.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa é de abordagem qualitativa do tipo exploratória, o campo de pesquisa foi os territórios de seis Centros de Saúde da Família da sede do município de Sobral, a coleta de informações foi desenvolvida no período de setembro de 2014 a março de 2015. Os sujeitos do estudo foram vinte e oito profissionais da equipe mínima da ESF, incluindo quatro enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem e vinte e três Agentes Comunitários de Saúde, sessenta e dois idosos que recebem AD foram

abordados, dos quais apenas treze foram incluídos no estudo, pois apresentaram dependência na realização das Atividades da Vida Diária segundo índice de Katz e possuíam capacidade cognitiva preservada de acordo com o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), além de seus respectivos familiares/cuidadores também em número de treze.

Para a coleta de informações utilizou-se a entrevista semiestruturada e o grupo focal. A proposta de análise do material escolhida foi à codificação temática segundo Uwe Flick (2009) e a triangulação de métodos proposta por Minayo, Assis e Sousa (2005). Adotaram-se as recomendações éticas para pesquisas envolvendo seres humanos obtendo a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú nº do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) = 31215114.9.0000.5053 .

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da comparação das perspectivas dos idosos, cuidadores e profissionais, foram identificados os tópicos semelhantes e específicos de cada grupo, através da análise dos consensos, conflitos e contradições presentes no modo como a AD vem sendo operacionalizada na ESF de Sobral. A seguir elaborou-se um quadro síntese:

Quadro 2 – Comparação das perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais sobre a AD na ESF de Sobral, Ceará, 2015.

<b>PERSPECTIVA</b>	<b>IDOSO</b>	<b>CUIDADOR</b>	<b>PROFISSIONAL</b>
<b>Percepções e sentimentos sobre a AD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indecisão/confusão</li> <li>- Desaprovação</li> <li>- Satisfação</li> <li>- Impotência</li> <li>- Inexistência de cuidado</li> <li>- Conformismo</li> <li>- Atendimento parcial das necessidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divergências</li> <li>- Satisfação</li> <li>- Desvalorização da ESF</li> <li>- Felicidade</li> <li>- Agradecimento</li> <li>- Conforto</li> <li>- Segurança</li> <li>- Importância</li> <li>- Impotência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependência</li> <li>- Abandono/negligência</li> <li>- Maus tratos</li> <li>- Estresse</li> <li>- Angústia</li> <li>- Impotência</li> <li>- Ausência de empatia</li> <li>- Juízo de valor negativo</li> <li>- Progresso</li> </ul>
<b>Ações de apoio/suporte as famílias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não reconhece</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acesso a medicações</li> <li>- Agendamento de consultas e exames</li> <li>- Não reconhece</li> <li>- Encaminhamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acesso a medicamentos</li> <li>- Agendamento de consultas e exames</li> <li>- Conversas/orientações</li> <li>- Distribuição de tarefas</li> <li>- Atenção psicossocial</li> <li>- Auxílio na alimentação, materiais e aparelhos</li> <li>- Projeto SOL</li> <li>- Grupo de mulheres e de convivência.</li> </ul>
<b>Fatores facilitadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhora das condições de saúde</li> <li>- Acompanhamento e avaliação da saúde</li> <li>- Verbalização de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento do ACS</li> <li>- Acolhimento dos profissionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoio do NASF e Residências</li> <li>- Disponibilidade de medicamentos, exames e profissionais</li> <li>- Garantia de transporte</li> <li>- Abertura da gestão</li> <li>- Interesse e presença</li> </ul>

	<p>problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comodidade</li> </ul>		<p>do ACS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prazer pelo trabalho</li> <li>- Integração da equipe</li> <li>- Trabalho intersetorial</li> <li>- Programa Melhor em Casa</li> <li>- Condição financeira da família.</li> </ul>
<b>Fatores limitantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistencialismo</li> <li>- Falta de medicamentos</li> <li>- Acompanhamento não sistemático</li> <li>- Desinteresse dos profissionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento não sistemático</li> <li>- Ausência do médico</li> <li>- Falta de medicamentos</li> <li>- Falta de adesão ao tratamento pelo idoso</li> <li>- Grande demanda</li> <li>- Falta de tempo e interesse dos profissionais</li> <li>- Falta de transporte</li> <li>- Dificuldade de acesso a consultas e exames</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de materiais, medicamentos e transportes</li> <li>- Comodismo do idoso e família</li> <li>- Desconfiança do idoso na família</li> <li>- Despreparo dos cuidadores</li> <li>- Aspectos culturais e nível de escolaridade</li> <li>- Maus tratos/violência</li> <li>- Sobrecarga do cuidador</li> <li>- Idosos vivendo sozinhos</li> <li>- Grande demanda</li> <li>- Desvalorização da AD</li> <li>- Sobrecarga de trabalho</li> <li>- Desorganização da equipe</li> </ul>
<b>Estrutura do domicílio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pequeno espaço físico</li> <li>- Precárias condições de ventilação</li> <li>- Barreiras físicas</li> <li>- Satisfação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barreiras físicas</li> <li>- Falta de adaptações</li> <li>- Precária acessibilidade da comunidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaço limitado</li> <li>- Piso esburacado</li> <li>- Acesso difícil</li> <li>- Ausência de banheiro</li> <li>- Precárias condições de higiene e ventilação</li> <li>- Criação de animais.</li> </ul>

Fonte: Dados do autor.

Identificou-se divergências nos discursos dos idosos, cuidadores e profissionais nas suas percepções e sentimentos relacionados à AD variando da inexistência de cuidado, atendimento parcial das necessidades até satisfação, agradecimento e progresso no estado de saúde. Chama atenção o sentimento de impotência compartilhado pelos três grupos demonstrando a complexidade e os desafios do trabalho em AD.

Gomes et al. (2012) informam que sujeito, família e profissionais podem ser consideradas unidades complexas que, ao se articularem e organizarem formam um sistema a ser compreendido na relação que mantêm com o ambiente e o tempo. Nesse ínterim, a equipe atua como apoio às famílias, instrumentalizando-as para o cuidar.

No que se refere as ações de apoio e suporte oferecidas a família pelas equipes da ESF, o grupo de idosos e parte dos cuidadores não reconheceu nenhuma, evidenciado a necessidade de potencializar estratégias e ferramentas nesse sentido. Alguns cuidadores e os profissionais destacaram a facilitação do acesso a medicações de uso contínuo e a marcação de consultas e exames como formas de ajuda. No discurso dos profissionais foram incluídas as conversas, orientações, atenção psicossocial, disponibilização de alimentos, aparelhos e materiais, a realização de grupos e projetos.

Brasil (2012) comenta que as redes formais de apoio ao idoso/família são frágeis, pois é visível a ausência de relações e interações que se conectem de forma integrada para gerar um trabalho conjunto. Fica evidente que o cuidado é somente para o idoso, ficando o familiar cuidador excluído deste processo.

Com relação aos fatores positivos da AD cada grupo apresentou especificidades, os idosos referiram melhora nas suas condições de saúde por conta do acompanhamento e avaliação dos profissionais, possibilidade de verbalização de problemas e a comodidade de receber o cuidado no domicílio pela equipe da ESF. Os cuidadores destacaram o acompanhamento frequente dos ACS e o acolhimento realizado pelos profissionais de suas queixas e dúvidas.

Os profissionais por sua vez elencaram o apoio do NASF e das Residências, a disponibilidade de medicamentos, exames e profissionais, a garantia de transporte, a abertura da gestão, a integração da equipe, etc. Ganhou destaque também a importância do prazer pelo trabalho, da articulação intersetorial e da condição financeira da família para a construção de um cuidado domiciliar de qualidade e humanizado. Um aspecto positivo da AD compartilhado pelos cuidadores e profissionais é o interesse e presença constante no domicílio do ACS.

Nesse sentido, Motta, Aguiar e Caldas (2011) destacam a centralidade do trabalho dos ACS para a atenção aos idosos. Sua função inclui cadastrar, acompanhar as famílias e intermediar a relação entre idosos, famílias e equipes. É sua atribuição registrar os idosos que foram hospitalizados e/ou regressaram de internação hospitalar, e identificar aqueles que necessitam de assistência domiciliar, mediante critérios acordados localmente pelas equipes.

Dentre os fatores limitantes da AD os três grupos de sujeitos relataram a falta de medicamentos, o acompanhamento não sistemático dos idosos e famílias ocasionado muitas vezes pela desorganização da equipe, o desinteresse de alguns profissionais e a desvalorização da AD ao idoso pela ESF, a grande demanda de trabalho nas unidades de saúde e a falta de transportes frequente.

Carvalhais e Sousa (2013) sugerem que o principal obstáculo para a realização de cuidados domiciliares de qualidade é a escassez de recursos e a desorganização traduzida em falta de tempo, desordem e frustração. Nesse sentido, Lacerda (2010) insiste na preparação, no ter atitudes, no aceitar o desafio que cuidar nas residências apresenta e no querer fazer são imprescindíveis para que o profissional realize o cuidado domiciliar.

Os profissionais de saúde destacaram como entraves para a realização do cuidado ao idoso no domicílio o comodismo do próprio idoso e família, a desconfiança do idoso no cuidado prestado pelos familiares, o despreparo dos cuidadores e a sobrecarga de trabalho destes. Foram frequentes os relatos de violência ao idoso, incluindo desde negligência até maus-tratos, esses casos merecem um olhar vigilante da equipe e o acionamento de serviços de proteção quando necessário. Borges e Telles (2010) também destacaram as interações familiares negativas com referências aos maus-tratos com os idosos como um dos fatores limitantes do cuidado domiciliar.

De acordo com os idosos, cuidadores e profissionais alguns domicílios apresentam barreiras físicas e ausência de adaptações que permitam ao idoso com comprometimento funcional viver com o máximo possível de autonomia. Goyanna (2013) também encontrou fragilidades quanto à adaptação dos domicílios às necessidades do idoso, mesmo reconhecendo que existe um esforço dos familiares quanto ao ajuste desse espaço. Nesse contexto, muitas vezes a condição socioeconômica é fator limitante para a realização de tais mudanças.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa proporcionou um diagnóstico da AD ao idoso para o sistema de saúde de Sobral e trouxe algumas contribuições para a gestão da ESF no município como a necessidade de sensibilização dos profissionais, especialmente os enfermeiros sobre a relevância e especificidades do cuidado domiciliar ao idoso e cuidador, exigindo um perfil profissional e competências que não foram adquiridas durante a formação acadêmica, mas devem ser desenvolvidas no ambiente de trabalho através de processos de educação permanente.

Diferentes percepções e sentimentos sobre a AD foram observados entre os sujeitos envolvidos. Nesse sentido, a relação entre o profissional, idoso e família assume um papel central em todo o processo de cuidado. Outra característica presente foi à dinamização de parcerias entre a equipe multiprofissional através da comunicação e contribuição das categorias para o plano de cuidados.

Assim, a ESF de Sobral apresenta algumas potencialidades como a boa relação entre os profissionais e uma preocupação com a autonomia e independência do idoso, porém, é preciso que a família seja capacitada com o apoio do sistema de saúde através de um acompanhamento sistemático, no qual a promoção da qualidade de vida do idoso e família seja estabelecida como política pública de saúde.

Como limitação do estudo identificou-se a pequena verbalização dos idosos e cuidadores e a não participação da categoria médica durante a coleta de dados podendo interferir para uma análise mais abrangente da questão de pesquisa. É importante a continuidade de pesquisas sobre esta temática envolvendo também outras características de idosos e cuidadores, além das perspectivas dos profissionais do NASF e do SAD como o Programa Melhor em Casa.

## REFERÊNCIAS

Borges MMMC, Telles JL. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2010 [citado em 28 jul. 2015]; 13(3): 349-360. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232010000300002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232010000300002&lng=en).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. v.1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Carvalho M, Sousa L. Qualidade dos cuidados domiciliares em enfermagem a idosos dependentes. Saude soc. [Internet]. 2013 [citado em 28 jul. 2015]; 22(1): 160-172. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000100015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100015&lng=en).

Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa; tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Gomes IM, Faver L, Hermann AP, Lacerda MR. Aspectos éticos nas redes sociais de apoio no cuidado domiciliar à luz do pensamento complexo. Enfermagem em Foco [Internet]. 2012 [citado em 28 jul. 2015]; 3(3): 110-113. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/292>

Goyanna NF. Idosos com doença de Alzheimer: como vivem e percebem a atenção na Estratégia Saúde da Família. Sobral. Monografia [Graduação em Enfermagem] - Universidade Estadual Vale do Acaraú; 2013.

Lacerda MR. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 [citado em 28 jul. 2015]; 15(5): 2621-2626. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000500036&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500036&lng=en).

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. (Org.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Motta LB, Aguiar AC, CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado em 28 jul. 2015]; 27(4): 779-786. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2011000400017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000400017&lng=en).

Resende MCF, Dias EC. Cuidadores de idosos: um novo / velho trabalho. Physis [Internet]. 2008 [citado em 27 jul. 2015]; 18(4): 785-800. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312008000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312008000400010&lng=en&nrm=iso).

Silva L, Galera SAF, Moreno V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. Acta paul. enferm. [Internet]. 2007 [citado em 27 jul. 2015]; 20(4): 397-403. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002007000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000400002&lng=en).

Vieira CPB, Fialho AVM, Freitas CHA, Jorge MSB. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2011. [citado em 11 Ago. 2015]; 64(3): 570-579. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672011000300023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000300023&lng=en).