

## **Assistência domiciliar prestada aos idosos em um município do interior de São Paulo**

*Home care provided to the elderly in a municipality in the interior of São Paulo*

*Atención domiciliar a ancianos en una ciudad del interior de São Paulo*

Mirellim Taciana Carriel de Lima Placa  
Ana Claudia Wanderbroocke  
Gislei Mocelin Polli

**RESUMO:** Este artigo tem como objetivo analisar a assistência domiciliar prestada aos idosos com doença crônico-degenerativa (DCD), por equipes Estratégia Saúde da Família (ESF), em um município do interior de São Paulo. Trata-se de pesquisa qualitativa, com dados coletados por meio de grupos focais, com profissionais de saúde de duas equipes ESF, e analisados através de análise de conteúdo. Os dados apontam para a necessidade de integração das equipes de assistência à saúde e fortalecimento do trabalho em rede.

**Palavras-chave:** Idoso; Equipes de saúde; Atendimento domiciliar.

**ABSTRACT:** *This article aims to analyze the home care provided to the elderly with chronic-degenerative disease (DCD) by Family Health Strategy (ESF) teams in a municipality in the interior of São Paulo. This is qualitative research, with data collected through focus groups with health professionals from two ESF teams and analyzed through content analysis. The data points to the need for integration of health care teams and strengthening of networking.*

**Keywords:** *Elderly; Health Team; Home Care.*

**RESUMEN:** *Este artículo tiene como objetivo analizar la atención domiciliar brindada a los ancianos con enfermedad crónico-degenerativa (DCD), por equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), en una ciudad del interior de São Paulo. Se trata de una investigación cualitativa, con datos recopilados a través de grupos focales, con profesionales de la salud de dos equipos de la ESF, y analizados mediante análisis de contenido. Los datos apuntan a la necesidad de integrar equipos de atención médica y fortalecer el trabajo en red.*

**Palabras clave:** *Anciano; Equipos de salud; Cuidados en el hogar.*

## **Introdução**

O processo de envelhecimento não acontece de maneira idêntica para todos. Enquanto algumas pessoas alcançam a última etapa da vida em boas condições de saúde, outras vivem este período com uma ou mais patologias. Em muitos casos, esse processo é acompanhado pela presença de uma ou mais doenças crônico-degenerativas (DCD). Uma das maiores dificuldades, tanto para o idoso como para a família, é enfrentar tais doenças, tendo em vista que, nestes casos, a expectativa é de constante agravamento da condição clínica.

Segundo Fowler e Sá (2009), doenças crônico-degenerativas (DCD) são aquelas que afetam a qualidade de vida, evoluindo em graus variados de incapacidade ou até mesmo para a morte de seus portadores como: neoplasias malignas, doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus, demências, entre outras. Pelas estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), em decorrência do aumento da expectativa de vida mundial, houve uma inversão no quadro epidemiológico nos países industrializados, com maior controle de doenças infectocontagiosas, paralelamente ao aumento do número de casos de DCD, algumas associadas ao processo de envelhecimento humano.

Considerando-se que, paulatinamente, um maior número de pessoas idosas enfrentará as DCD, cabe a reflexão sobre como a saúde pública no Brasil está organizada para assisti-las em suas comunidades.

Como são doenças que geralmente exigem tratamentos complexos, para receber assistência, os pacientes vinculam-se a centros de especialidades, atenção secundária em saúde, hospitais que oferecem serviços especializados na patologia em questão ou atenção terciária. Mesmo recebendo cuidados em todas essas esferas, os idosos devem continuar vinculados à atenção primária, operacionalizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas se organizam territorialmente e preveem, em seus eixos de atuação, fatores como os de: longitudinalidade, integralidade e coordenação dos cuidados aos moradores das áreas adstritas, por meio do programa Estratégia Saúde da Família (ESF). O principal objetivo é realizar ações de promoção integral da saúde, com tratamentos de baixa complexidade e acompanhamento das famílias, tanto ambulatorialmente, como em domicílio, conforme a necessidade da população abrangida.

Parte-se do pressuposto de que os atendimentos aos idosos com DCD são um desafio para os profissionais da atenção primária, uma vez que esses pacientes apresentam diversas fragilidades e limitações, que podem ser de ordem física, psicológica e/ou social. Muitas vezes necessitam de visitas domiciliares, o que envolve as relações familiares e a necessidade de articulação de ações com outros serviços de saúde que também os acompanham. Além disso, são situações para as quais a ciência não dispõe, muitas vezes, de recursos para deter o avanço da doença, implicando em cuidados contínuos, com a somatória de demandas, tanto dos doentes como daqueles que os assistem, bem como no acompanhamento do agravamento e perda da pessoa atendida (Silva, & Sudigursky, 2008).

Alguns pesquisadores procuraram identificar como as equipes ESF têm prestado assistência aos idosos. Motta, Aguiar e Caldas (2011) e Amthauer e Falk (2017) estudaram o trabalho nos cuidados com essa população em três municípios. Lima, Arcieri, Garbin, Moimaz e Saliba (2014) pesquisaram o atendimento oferecido na atenção primária, sob a perspectiva ambulatorial. Mais próximas do foco do presente estudo estão as pesquisas de Floriano, Azevedo, Reiners e Sudré (2012) e de Nogueira, *et al.* (2017), relativas a cuidadores e idosos com DCD. O primeiro estudo descreveu a maneira como os cuidadores familiares realizam o atendimento aos idosos em condição de dependência e concluiu que os estressores gerados por essas atividades podem comprometer sua saúde e dessa forma, a enfermagem da ESF deve entender idoso e respectiva família como uma unidade de cuidado, atentando para as necessidades de ambos.

O segundo estudo teve como proposta compreender como vivem os idosos com Alzheimer e suas percepções sobre as ações da ESF, avaliando que eles demonstraram relativa satisfação quanto à atenção dispensada, indicando a importância de um cuidado que potencialize a melhoria de sua condição de vida, independência e autonomia. Entre as pesquisas sobre idosos com DCD atendidos pela ESF, não foi localizada nenhuma com foco nos profissionais, tampouco com foco na assistência domiciliar.

Considerando esse cenário, esta pesquisa teve como objetivo analisar a assistência domiciliar prestada aos idosos com DCD por equipes ESF em um município do interior de São Paulo. O interesse se justifica devido à proposta da ESF de facilitar o acesso e o cuidado integral a todas as famílias nas comunidades, garantindo a continuidade, a longitudinalidade e a resolutividade das ações prestadas (Brasil, 2011).

## **Método**

### *Delineamento do estudo*

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, que tem como princípio entender, descrever e explicar os fenômenos sociais por meio de diferentes técnicas (Flick, 2004). Optou-se pela realização de grupos focais por serem considerados um meio para aperfeiçoar a análise das opiniões dos participantes, ressaltando os pontos de concordância e divergências. Nessa perspectiva, a pesquisa se desenvolve quando ocorre a interação entre o pesquisador e todos os participantes, buscando-se as construções realizadas anteriormente em outras relações sociais e permitindo que novas propostas surjam desse encontro. Entende-se que, a partir deste delineamento, foi possível compreender de que forma acontecia a assistência ao idoso com DCD na localidade pesquisada.

### *Local e participantes*

A pesquisa foi realizada em um município localizado ao sul do estado de São Paulo, no Vale do Ribeira que está entre os vinte mais pobres do Estado de São Paulo, ocupando a segunda posição nesse *ranking*. Os dados foram coletados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que contava com quatro equipes ESF, uma urbana, situada na região central e outras três equipes rurais.

Todas contavam com um médico, um enfermeiro, sendo que o número de agentes comunitários de saúde (ACS) era diferenciado: Urbana e Rural I com seis; ACS e Rural II e III com cinco. Pelo número de habitantes, a cidade deveria contar com quatro equipes rurais. Segundo informações coletadas na UBS pela pesquisadora, estava em andamento um novo processo seletivo para a contratação de novos profissionais e um novo concurso seria realizado, o que não ocorreu até o término da coleta de dados.

Fizeram parte desta pesquisa os membros de duas equipes ESF do município, indicados pela coordenadora, entre eles: duas médicas, duas enfermeiras, dois agentes comunitários de saúde. Destes, cinco eram mulheres e um homem. As idades variaram entre 26 e 42 anos, cinco possuíam formação superior, sendo duas médicas, duas enfermeiras e uma ACS com formação em fisioterapia e um componente com ensino médio completo. Quanto à nacionalidade, quatro eram brasileiros e as duas médicas estrangeiras, ligadas ao programa federal Mais Médicos.

Os profissionais participantes pertenciam à equipe urbana e a uma das equipes rurais, neste trabalho denominadas Equipe Urbana e Equipe Rural, responsáveis por atender 1476 das 2.055 famílias cadastradas no município. Quanto ao número de idosos, as equipes acompanhavam 1.217 idosos em domicílio, e destes cerca de 21 idosos eram acamados, necessitando de atendimento e acompanhamento sistemático. A equipe Urbana possuía o número de 446 idosos cadastrados e em acompanhamento de visita domiciliar, sendo que quatro idosos eram acamados, já a equipe Rural possuía o número de 400 idosos cadastrados, dos quais cinco eram acamados. Relatos da diretora das equipes ESF revelaram que o município não conta com 100% das famílias cadastradas, pois ainda existem regiões que não possuem ACS para acompanhamento e elaboração do prontuário.

### *Procedimentos e instrumentos*

Primeiramente, a proposta de pesquisa foi apresentada à Secretaria Municipal de Saúde da cidade, com o fim de explicar seu objetivo e solicitar autorização dos responsáveis. Na sequência, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) sob CAAE 59258816.1.0000.8040.

De posse das autorizações, foi solicitado à diretora da UBS permissão para a realização dos grupos focais com as equipes ESF da localidade. Como no momento da pesquisa havia defasagem de equipes, a mesma concordou em indicar duas; uma da área urbana; e outra da área rural para a pesquisa, de modo a não prejudicar o andamento das atividades.

Em seguida, a pesquisadora entrou em contato com os profissionais de cada equipe, convidando-os a participarem dos grupos focais e explicou os objetivos e que se pretendia realizar três encontros com a equipe. Esses profissionais foram indicados pela Diretora do ESF, entre os que tinham disponibilidade para participação na pesquisa, sem prejudicar o quadro de atendimento das equipes. Após os profissionais declararem concordar, foi agendada a data de início, de acordo com a disponibilidade de todos. Os encontros aconteceram no período de 25 de maio a 15 de junho de 2017, na sala de atendimento da equipe, no horário de permanência dos profissionais no prédio-sede do trabalho, com duração média de 50 minutos. Os debates ocorridos durante a realização dos grupos focais foram gravados em áudio, com um gravador de voz, para posterior transcrição e análise.

Foi utilizado um roteiro estruturado para levantamento de dados de identificação abordando questões referentes à escolaridade, idade, residência e naturalidade. Para os grupos focais, foi utilizado um roteiro de questões norteadoras, com uma questão proposta para cada encontro: 1) Como a equipe atende os idosos com DCD em domicílio? 2) Poderiam relatar casos de idosos com DCD atendidos em domicílio e as dificuldades enfrentadas pela equipe? 3) O que percebem que poderia ser melhorado no atendimento prestado aos idosos com DCD? O foco deste artigo é apresentar os dados provenientes do segundo encontro realizado com as duas equipes.

Os princípios éticos foram respeitados conforme determina a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, entre eles a solicitação para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como os participantes foram identificados pela profissão, e se membros da equipe urbana ou rural e tomando-se o cuidado de trocar os nomes de usuários e das localidades por letras, a fim de preservar o anonimato.

## **Análise dos dados**

Os dados provenientes dos grupos focais foram reunidos e submetidos ao tratamento proposto por Bardin (2011), para a análise de conteúdo. Inicialmente, na fase de pré-análise, foram realizadas leituras flutuantes do *corpus* de análise, a fim de se determinar o caminho a ser percorrido. Dessa forma, o conteúdo de cada encontro foi lido e depois estabelecidos os indicadores de análise. A interpretação dos dados foi organizada a partir destes indicadores, ilustrados com trechos de diálogos entre os profissionais e a pesquisadora, ou de narrativas dos participantes. Após descrever os resultados a partir dos indicadores, os dados foram analisados, tomando-se como base a literatura pertinente à saúde coletiva e gerontologia. Com base no segundo encontro com as equipes foram identificados dois indicadores: a) casos de cuidados considerados bem-sucedidos; e b) dificuldades estruturais para a realização da assistência domiciliar.

## **Resultados e Discussão**

Os dados discutidos foram provenientes do segundo encontro com cada equipe e obtidos a partir das perguntas norteadoras: Poderiam relatar casos de idosos com DCD atendidos em domicílio e as dificuldades enfrentadas pela equipe?

### *a) Casos de cuidados considerados bem-sucedidos:*

Os casos bem-sucedidos acompanhados pela equipe, em grande parte foram atribuídos à presença de famílias suportivas e participativas, capazes de seguir as orientações das equipes e cuidar de forma satisfatória até a recuperação ou falecimento do idoso. Como no caso relatado pela Equipe Urbana:

Enfermeira: *“Ah!, o paciente X ... que você também foi lá.”*

Médica: *“Agora deu de novo o AVC e agora ela ficou acamada, agora quase nem fala, não dá pra caminhar nada.”*

Pesquisadora: *“É porque quando fomos lá, ela falava bem, andava.”*

Médica: *“Aham, falava bem. Agora ela teve de novo.”*

Enfermeira: *“Mas ela tá bem cuidadinha.”*

Médica: *“Aham, as filhas dela cuidam muito bem.”*

Enfermeira: *“Tá, a filha A e a filha B, as duas cuidam dela, lá. Aí, esses dias, elas reclamaram que ela não tava dormindo, a doutora receitou Diazepan primeiro, e ela ficou elétrica, não dormia e não deixava as meninas dormir.”*

Médica: *“Daí, trocamos para Cronazepan que deu uma acalmada.”*

A Equipe Rural também mencionou casos em que perceberam que a equipe e a família conseguiram dar um bom suporte ao idoso, como segue:

ACS: *“A paciente Y, né?, só que ela tinha a assistência da família, né?, só que a gente foi bem perto, a nossa equipe, né?, sempre toda, foi uma das pacientes que eu mais solicitei visita, né?, dentre todo o tempo que eu trabalhei, que a gente via, tava bem mais perto, a gente trabalhou, acompanhou. Ela saiu de casa pra casa de uma filha, né?, depois mudou pra casa de uma outra.”*

Enfermeira: *“É, o dela era câncer de pulmão. Eu tenho um ano e sete meses mais ou menos, e ela já tava.”*

ACS: *“Só que ela tinha o amparo dos filhos, né?, todos cuidavam, agora na fase final mesmo, todos revezavam, né?, uma noite era um, outra noite era outro, uma noite era um, era outro, né?”*

De acordo com a OMS (2005), as famílias, na maioria das vezes, assumem um papel fundamental no apoio ao idoso, uma vez que são elas que prestam a ajuda e dão o amparo, quando necessário.

Segundo Mocelin, *et al.* (2017), a família tem uma grande importância no cuidado com o outro, por ser a primeira instituição que oferece esse apoio e segurança aos idosos que passam a ter dependência, pois é a fonte de suporte e a extensão do cuidado das equipes de saúde, que as orientam e guiam.

As duas equipes relataram ter casos em que a família faz a diferença, conseguindo dar continuidade ao trabalho das equipes ESF e fortalecendo o tratamento, prestando todo o cuidado necessário em casa, dando também carinho e atenção, proporcionando qualidade de vida mesmo em situações de doença e fim da vida.



As visitas domiciliares passaram a existir no SUS através das ESF, pois se acredita que a participação de seus membros, junto às comunidades, poderia gerar construção de saberes, somando o popular com o técnico dos profissionais. Uma vez que os membros da comunidade discutem sobre sua realidade e os problemas de saúde ali presentes, poderiam ampliar a consciência dos problemas enfrentados e buscar soluções, alterando o modelo que vivem. Essa troca que existe entre os membros internos e externos da comunidade, intensifica o saber, e pode passar a ter mais peso do que as trocas anteriormente realizadas, apenas por membros da comunidade. Além disso, as pessoas têm a capacidade de se estruturarem, através de uma construção coletiva, interagindo entre si e a partir de movimentos sociais (Melucci, 1998).

*b) Dificuldades estruturais para a realização da assistência domiciliar*

Predominaram durante os grupos focais, contudo, os relatos dos casos considerados difíceis de serem trabalhados, devido à: a) ausência de família ou famílias que não conseguiam cuidar satisfatoriamente do idoso em domicílio; e/ou b) limitação da estrutura do sistema de atendimento, outros dois indicadores que serão discutidos.

Os problemas dos cuidados aos idosos em domicílio foram relacionados às situações nas quais outros idosos eram os responsáveis pelos cuidados, mas também apresentavam problemas físicos ou psíquicos. A presença de outros familiares, usuários de drogas ou com quadros psiquiátricos, também foram apontados como dificultadores.

A Equipe Rural relatou o caso de uma idosa que estava acamada, com 81 anos e começou sofrendo com escara em um calcanhar, que evoluiu para o outro, e para os dois lados do quadril. Segundo a equipe, fizeram várias visitas e orientações para que ela fosse mudada constantemente de posição, mas os familiares não seguiram as orientações:

*Enfermeira: “A gente orienta a família que tem que mudar, ficar mudando, tem que dar medicação... aí, ela não toma, ela não come, ela não gosta que mexe nela; então, eles deixam ela lá.”*

*Médica: “Não estão cuidando bem dela...”*

*Enfermeira: “Só que a família é problemática. É bem complicada.”*

*Médica: “Família é bem complicada. A irmã dela que tá cuidando dela, mas a senhora também é idosa, também tem doenças crônicas, tem dois filhos que moram na mesma casa, os dois são usuários, com*

*esquizofrenia... toma remédio controlado. Na verdade, não tem como cuidar melhor, não tem condições pra cuidar melhor dela... Não tem como... Ela faz o que pode.”*

Enfermeira: *“A gente foi na última consulta agora, foi encaminhado...”*

Médica: *“Estamos tentando colocar ela no Lar de Idosos.”*

A mesma equipe relatou o caso de uma família em situação de vulnerabilidade e que tem um idoso com problema renal. Este caso foi encaminhado para receber visita domiciliar, mas diante dos problemas a equipe estava sem saber exatamente como proceder:

Enfermeira: *“A casa toda parece que abandonada. Mora um monte de gente, tem odor forte, cheiro de xixi, de sujeira.”*

Médica: *“Ah! sim, meu Deus!, como que eu me esqueci disso... (risos).”*

Enfermeira: *“Então, ele tem problema renal, ele é idoso também. A mulher dele tem problemas, tipo, acho que ela tem um retardo, né? E ela cuida dele e ele tem problema renal, tem pressão alta. Então, só que, daí, ele tava passando, fazendo acompanhamento, sabe!? E deram alta pra ele, porque ele não toma a medicação, ele não segue uma dieta, ele não faz nada. Nada, nada. Daí, mandaram a gente acompanhar, levar a assistente social lá.”*

Médica: *“A gente vai, né?, o problema é que a gente orienta e não tem condições de fazer nada ali. Eles não têm condições nem de fazer uma dieta, nem de comprar remédio, nada. E a própria sujeira adoece.”*

A Equipe Urbana se deparou com um caso em que desconfiaram de abuso financeiro, por parte dos filhos da idosa com Alzheimer:

*“Tem uma, agora, que é uma paciente que há pouco tempo veio pra cá, ela também é Alzheimer. A gente levou assistente social, que tá acompanhando também com a gente, e sempre que eu posso, eu vou lá; vou lá na casa, porque assim a filha dela não tem estrutura nenhuma pra cuidar dela, psicologicamente falando, porque ela também é um pouco psiquiátrica. O assistente social já abordou, conseguiu tirar uma reclamação do genro; daí, o genro se abriu e falou que os outros filhos dela, ficam usando a aposentadoria dela, que vão comprar carro, né?, enfim...”*

*E agora a gente entrou com relatório também pra investigar esse caso todo e tentar trazer a paciente para o Lar, porque a filha não tem condições nenhuma de cuidar dela.” (Enfermeira Equipe Urbana)*

Além de famílias que apresentam problemas simultâneos, que vão além da questão orgânica, existe o desafio de lidar com os idosos que adoecem e moram sozinhos. Como o caso apresentado pela Equipe Rural:

Enfermeira: *“Ele mora sozinho; aí, foi feito um acerto de um senhor levar o aluguel, a luz e as refeições e ficava um valor X; aí, ele pegava, ele já falou: ‘Ah, ele traz, mas não traz na hora certa’.”*

Pesquisadora: *“Mas ele é sozinho? Não tem ninguém, nem que more fora, filhos?...”*

Enfermeira: *“Sozinho e teve um AVC.”*

ACS: *“Ele até tem filhos, mas os filhos não querem saber, um caso de abandono, né? ...abandonou as crianças quando eram pequenas, agora ele tá sozinho.”*

Esses profissionais estão em contato direto com as famílias e, ao prestarem assistência em domicílio, presenciam a vida dos pacientes, tendo acesso às suas características individuais, singulares, conhecendo a realidade socioeconômica, cultural, psicossocial, demográfica e epidemiológica (Brasil, 2014).

Diante dos casos em que as equipes se deparavam com famílias incapazes de dar suporte ao idoso ou idoso sem família, precisavam lidar ainda com limitações estruturais do sistema. Mais especificamente, a falta de profissionais e de recursos materiais e, por outro lado, dificuldades no trabalho em equipe e em rede.

No caso do atendimento supramencionado da idosa com escaras, se houvesse a possibilidade de atendimentos diários de profissionais, a institucionalização poderia ser evitada, mas a equipe não dispunha de um técnico e/ou auxiliar em enfermagem e de carro, para deslocamentos até a casa da usuária mais vezes na semana:

Médica: *“Acompanhar bem, sabe?, porque tem que ser uma visita diária e curativo diário.”*

Enfermeira: *“Eu não consigo...”*

Médica: *“Se tivesse técnico...”*

Enfermeira: “É, se tivesse técnico dava.”

Médica: “É, dava, mas estamos sem técnico.”

Enfermeira: “Aí não tem carro, não tem técnico.”

A falta de profissionais reduz o número de visitas sistemáticas, que poderiam melhorar o acompanhamento, incluindo curativos e controle de medicação:

Médica: “Funcionários também [não tem], porque na verdade a maior parte dos idosos precisam de fisioterapia e não tem fisioterapeuta.”

Enfermeira: “É, não tem técnico de enfermagem e não tem fisioterapeuta, tem fisioterapeuta lá em baixo, né?”

Médica: “Mas para acompanhar em domicílio ou os que é domiciliado não tá recebendo a fisioterapia.”

Enfermeira: “Mas daí difículta, né?, não é completo.”

Em alguns casos, as famílias que dispunham de recursos conseguiam pagar pelo profissional que, em princípio, já deveria compor o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), responsável por dar apoio à ESF, como o relatado pela Equipe Urbana:

ACS: “Mas parece que eles vão pagar para fazer fisioterapia nela.”

Médica: “A fisioterapia ajudava muito, sabe?, pelo menos a movimentar melhor, a pelo menos eles não precisar levantar ela pra fazer qualquer coisa, pra dar banho nela, pra levar no banheiro, pra tudo, pelo menos com a fisioterapia ajudava.”

Enfermeira: “Aham, é porque, até tem, o lá do hospital...”

Médica: “Mas tem que levar, os pacientes são debilitados...”

Pesquisadora: “Aqui tem NASF, né!? O fisioterapeuta faz parte dessa equipe que deve trabalhar em conjunto com vocês.”

Enfermeira: “Então, tinha, né? Mas foi dispensado e parece que não podia fazer outro seletivo e tem que esperar o concurso, que agora vai ter.”

Além dos profissionais que compõem as equipes ESF e NASF, muitas vezes faltam também especialistas na localidade. Pelo fato de as equipes atenderem regiões mais vulneráveis, somam-se as dificuldades, como a de deslocamento e possibilidade de

agendamento ou pagamento a um especialista inexistente na localidade. Como consequência, muitas pessoas idosas permanecem desassistidas:

Pesquisadora: *“Mas qual é o quadro dela, o que ela tem?”*

Médica: *“Uma demência. Ela nunca passou com um especialista?”*

Enfermeira: *“Não, nunca.”*

O ACS da mesma equipe relatou a ausência de outros especialistas para uma consulta, havendo necessidade de deslocar o usuário para outra localidade:

ACS: *“Mas em outros acompanhamentos que ela vai fazer fora, vai ter que ser assim, por exemplo. no pneumo, neuro, cárdio; não o cárdio ela tá fazendo aqui, agora, porque agora tem aqui.”*

Pesquisadora: *“Ah, tem cárdio aqui?”*

ACS: *“Tem, vem o quê?, uma vez por mês...”*

Se um idoso permanecer em domicílio favorece a proximidade com familiares e comunidade; por outro lado, foi possível observar que, pelo distanciamento geográfico e a falta de recursos materiais, muitos idosos perderam ou não receberam assistência de especialistas de que tinham necessidade, tanto em termos de atenção secundária como terciária.

Além da falta de profissionais, os participantes das duas equipes se queixaram principalmente da falta de veículos que facilitariam a cobertura de um número maior de atendimentos, assim como de motocicletas para os ACS, tendo em vista que a região onde trabalham exige grandes deslocamentos entre as casas:

Enfermeira: *“Nós, do Urbana, aqui...Pra gente ir até eles é carro, né!?”*

Pesquisadora: *“Vocês têm dificuldade com carro?”*

Enfermeira: *“Não temos carro.”*

Médica: *“Não tem carro para a Urbana.”*

Já os ACS não dispunham de veículo para as visitas domiciliares. Um dos ACS participante da pesquisa, utilizava a própria motocicleta para o trabalho, arcando com os custos do desgaste do veículo e do combustível.

Os ACS apresentam dificuldades ao exercerem suas atividades, pois sentem falta de um meio de locomoção, dificultando suas ações, o que causa limitação do número de visitas diárias. O ACS que possui motocicleta própria e a utiliza para fins profissionais, é o que tem maior facilidade, como o participante narrou: *“Eu falo, se não tivesse uma motinha, nós não tínhamos ido trabalhar (...) A quantidade de família não é tanta, quanto a extensão de uma para outra, de um bairro para outro.”* (ACS, Equipe Rural).

Uma das diretrizes da ESF é realizar os seus atendimentos por região, dividindo a equipe por território que gere proximidade entre as comunidades em acompanhamento, pois o diagnóstico deve acontecer diante da realidade situacional, com foco na família, na realidade do paciente e na comunidade (Brasil, 2006). Montero (2004) relata a importância de contextualizar a comunidade na qual será realizada a intervenção, pois a problemática será apontada através dos relatos dos sujeitos, refletindo a consciência sobre sua própria realidade e possibilitando que se crie intervenções viáveis.

Essas equipes trabalham com dificuldade em realizar tanto as visitas domiciliares, como os atendimentos em espaços comunitários, privilegiando os atendimentos ambulatoriais, dificultando essa troca e a construção de intervenções com foco na realidade dos indivíduos e na participação da comunidade local. Seria necessário criar estratégias de atendimentos e grupos de discussão em espaços comunitários para desenvolver um planejamento de ações, sobre as quais tanto a equipe quanto os membros da comunidade acreditassem ser, tal planejamento, viável e adequado para a realidade em questão.

A política do SUS prevê algumas dificuldades que as equipes podem vivenciar e, para tanto, destina recursos que deverão ser investidos nos aspectos importantes que forem identificados pelas equipes. Aqui também é importante lembrar que o SUS tem os princípios voltados para a participação da comunidade, somando os saberes populares com os saberes técnicos, buscando-se assertividade nas ações (Coimbra, Oliveira, Villa, & Almeida, 2005).

Tal participação social busca fazer a população se responsabilizar tanto pelos problemas de saúde existentes naquele território, quanto pelas ações que serão desenvolvidas. Entretanto, essa participação é pouco utilizada e convocada, e muitas vezes, os profissionais criam as ações através da equipe e burocratizam a ação popular e social.

A visão da necessidade, exposta pela ACS da Equipe Urbana, demonstra o que a política preconiza, ou seja, enxergar os pacientes em atendimento como um todo, buscando realizar o atendimento de maneira integral, com foco em atender todas as necessidades: *“Outra dificuldade também é o social, a parte social. Às vezes, eles (os idosos atendidos) precisam de uma cadeira de banho, uma cadeira de roda e não tem.”* (ACS, Equipe Urbana).

A fala da ACS apresenta o que o SUS busca: o atendimento integral da saúde da população, tentando-se incluir todos os aspectos necessários, parcerias com a rede, proximidade com a comunidade e com a realidade do paciente, para que se possa criar um plano de intervenção mais adequado para cada realidade, buscando atender todas as suas necessidades. Oliveira e Tavares (2010) explicam que a ESF possui potencial para estimular e organizar a comunidade e gerar autonomia para as famílias.

O modelo de atendimento das equipes está voltado para o technoassistencial, que propõe estabelecer e fortalecer os vínculos, promovendo saúde e prevenção, possibilitando o fortalecimento dos grupos, a fim de encorajar os idosos a assumirem maior controle sobre sua saúde. As atividades intersetoriais deveriam suprir essa demanda, realizando um trabalho articulado com o CRAS e as demais equipes, visando a atender o usuário, conferindo-lhe uma chance de recuperação.

Quanto ao trabalho em conjunto, entre as equipes ESF e NASF, os participantes relataram situações em que o encaminhamento de situações problemáticas, associadas à vulnerabilidade das famílias, foi sanada ou estava sendo acompanhada. Um exemplo foi a identificação de um idoso que morava sozinho e teve um AVC e, pela ação de um assistente social, foi efetuado um acordo com um comerciante local para melhorar a assistência ao idoso:

*“Então, eles alugaram uma casa e fizeram um pacote, o dono da casa faz janta, água, luz, tudo incluso, foi a assistente social que fez. Ele teve AVC e ficou debilitado e é hipertenso.(...) Eu fui conversar com o assistente social, porque eles que estão cuidando desse caso; então, porque ele se queixou do cartão dele no caso, né?, que eles ficam com o cartão, porque eles fecharam um pacote com o restante e do dinheiro, não se sabe o que tá fazendo, porque não vai dar o salário inteiro, esse pacote. Porque eu falei: ‘ali não tinha nada, não tinha uma bolacha, não tinha nada ali pra ele’, e se ele tem vontade de comer alguma*

*coisa? Então, por isso, que eu falei: 'Precisa saber certinho pra onde tá indo o valor'. Ai ele foi no mesmo dia, agora eu tô esperando ele me dar o relatório; ontem, ele falou que vai me trazer, tem que saber onde tá indo cada centavo.'* (ACS, Equipe Urbana)

O trabalho em conjunto pode possibilitar, aos usuários assistidos, um acompanhamento e um tratamento integral e completo, visando a atender de forma singular cada usuário. A corresponsabilidade entre as equipes NASF e ESF é fator essencial para a vinculação dos usuários. O trabalho em equipe, de maneira a fortalecer a rede, também possibilita a criação de um projeto terapêutico singular, pois as duas equipes compartilham suas visões sobre cada caso, possibilitando maior qualidade nas intervenções para a população (Brasil, 2009).

Existe dificuldade em dividir as responsabilidades e somar os saberes na realidade desses profissionais, o que acaba inibindo a troca de informações e o planejamento das ações conjuntas. Foi possível perceber que são escassos os casos com atendimento contínuo e em conjunto. O trabalho em rede precisa ser fortalecido no município aqui em foco, para que os profissionais de diversos níveis de atuação e formação possam realizar um trabalho integral para a população, como presente na narrativa da enfermeira da equipe rural: *"É, na verdade, agora o psicólogo tá fazendo acompanhamento; a gente foi, fez visita, identificou a necessidade, e passou pra ele a avaliação e ele tá indo quando nós vamos, mas não são casos de tanta complexidade."* (Enfermeira, Equipe Rural)

No relato dos participantes, sobressaem os atendimentos isolados entre as especialidades. A equipe ESF solicita o atendimento de assistente social e psicólogo e estes atendimentos são realizados separadamente, como nos exemplos a seguir da Equipe Rural:

*"No caso da Z, por exemplo, é um caso bem complexo, bem difícil. Nós fomos, eu, a doutora, o ACS, sempre conversando com o tio, pra tentar resolver o problema. Enfim, nunca se resolveu; aí, foi solicitado visita da assistente social, psicólogo, só que assim, cada um foi um dia, ninguém foi junto, cada um com um relatório e foi o assistente social aqui do CRAS. (...) Nós fizemos um relatório; a assistente social e o psicólogo fizeram outro relatório e o psicólogo do CRAS, outro relatório, três relatórios. O relatório do CRAS contradiz tudo o que nós vimos, o que nós fizemos."* (Enfermeira, Equipe Rural)



A partir desse relato, é possível perceber que os atendimentos são realizados de forma isolada, o que resulta em dispêndio de tempo e esforço para integrar as informações e estabelecer uma estratégia terapêutica. Rotineiramente, os atendimentos da equipe são registrados em prontuário, após as visitas realizadas. Mas, sempre que há necessidade de encaminhamento ou solicitação de uma consulta especializada ou para outro setor, se faz necessário o preenchimento de um relatório. Por fim, a comunicação entre os profissionais acaba ocorrendo em boa parte por meio de relatórios, burocratizando o sistema e retardando as ações em saúde.

Outro aspecto apresentado foi a distância entre setores que deveriam trabalhar de forma bastante próxima, fortalecendo a intersetorialidade:

*“Uma queixa que eu tenho assim, do CRAS, porque infelizmente eles só gostam de pedir favor pra nós, mas eles não vêm na nossa reunião pra fazer, pra ajudar nós em nada, mas só pra pedir favor. (...) Eu acho que falta mais da parte deles, foi feito uma parceria de eles trazer pra nós, pros agente de saúde, era pra ser uma educação continuada, né?, palestra, trabalho, um preparo maior pra nós, né?, e eles nunca trouxeram nada, eles só vêm pedir favor pra nós, sabe?, entregar bilhetinho de bolsa família, de reunião.” (ACS, Equipe Rural)*

Diante do relato do ACS, é possível verificar a necessidade da intersetorialidade, que remete ao conceito de rede, sendo necessária a vinculação entre os serviços, com o que os profissionais trabalham através da articulação, somando vários saberes e várias visões sobre cada contexto, buscando elaborar a melhor estratégia de intervenção para cada caso. As ações acontecem e são elaboradas para se complementarem, fortalecendo as relações horizontais entre os parceiros de rede para, então, gerar a integralidade.

### **Considerações Finais**

Este estudo teve como objetivo analisar a assistência domiciliar prestada aos idosos com DCD, por equipes ESF, em um município do interior de São Paulo. Os resultados da pesquisa apontaram que os profissionais vivenciam diversas dificuldades ao prestarem assistência domiciliar aos idosos e familiares.

Todos os participantes relataram a falta de estruturação para os atendimentos, dificuldades de locomoção, falta de profissionais e a pouca colaboração dos familiares no acompanhamento e tratamento de quadros específicos.

Tais fatos resultam em significativa dificuldade para a execução das atribuições das equipes: atraso nos atendimentos, prestação de assistência domiciliar precária e atraso ou agravamento nos quadros em acompanhamento. São inúmeros os desafios na consolidação da política da atenção básica nesse município, exigindo, sem dúvida, o aumento no quadro de funcionários e maior cobertura de recursos, tanto em investimento para a locomoção desses profissionais, como em pontos de atendimento qualificados — os passos fundamentais, imprescindíveis de fato, para melhorar o atendimento de idosos do município. Necessárias são também outras melhorias com relação à integração das equipes de assistência à saúde e fortalecimento do trabalho em rede, para garantir a equidade e a integralidade no atendimento.

Tendo em vista que a proposta da ESF para atendimento constitui novo paradigma em saúde, os dados da pesquisa também evidenciam a necessidade de capacitar os profissionais para a construção de novas metodologias de trabalho e a elaboração de um projeto terapêutico singular, providências capazes de ir além do modelo biomédico em saúde, a proposta que se pretende superar. Estas metodologias poderiam incluir a maior participação das comunidades nos processos de saúde e busca de alternativas para as dificuldades identificadas, valorizando as características e potencialidades locais.

No que tange especificamente à assistência prestada aos idosos em domicílio, os dados alertam para o risco de que, ao se privilegiar a assistência domiciliar, os idosos fiquem desassistidos de atendimento especializado, presente nos níveis secundários e terciários em saúde. A atenção primária deveria ser o elo entre os diferentes níveis de assistência e nunca a única forma de assistência à população idosa.

Também se considera relevante mencionar que, quando a equipe se depara com casos de maior complexidade, como negligência ou abandono de pessoas idosas, a ineficiência do sistema de atendimento domiciliar eleva o risco de novamente vitimizar os idosos, na medida em que a institucionalização em lares substitutos aparece como única alternativa de cuidados. A construção de projetos terapêuticos pela equipe multiprofissional e intersetorial precisaria ser a via principal de busca de solução e somente depois de fracassadas as alternativas pensadas em equipe é que a institucionalização do idoso deveria ser considerada.

Entende-se que o presente estudo traz sua contribuição, ao analisar o funcionamento de duas equipes ESF de um município do interior do estado de São Paulo, realidade distinta dos grandes centros urbanos, onde a maioria dos estudos são realizados. Por outro lado, como as equipes do município encontravam-se com defasagem no número de profissionais, não foi possível contar com a participação de todos os membros, o que se fosse possível, acredita-se, teria contribuído para ampliar os dados da presente pesquisa. Dessa forma, sugere-se que outros pesquisadores, interessados na temática, realizem pesquisas em contextos diferenciados de saúde, para enriquecer a compreensão das necessidades de assistência aos idosos no Brasil.

## Referências

Amthauer, C., & Falk, J. W. (2017). Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 9(1), 99-105. Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.99-105.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Autor. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2009). *Saúde na escola*. Brasília, DF: Autor. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_24.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf).

Brasil. (2011). Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>.

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília, DF: Autor. (Cadernos de Atenção Básica, n.º 39). Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf).

Coimbra, V. C. C., Oliveira, M. M., Villa, T. C. S., & de Almeida, M. C. P. (2005). A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(1), 113-111. Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: DOI: 10.5216/ree.v7i1.847.

Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre, RS: Bookman.

- Floriano, L. A., Azevedo, R. C. S., Reiners, A. A. O., & Sudré, M. R. S. (2012). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(3), 543-548. Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: DOI: 10.1590/S0104-07072012000300008.
- Fowler, D. J., & Sá, A. C. D. (2009). Humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico-degenerativas. *Mundo da Saúde*, 33(2), 225-230. Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/67/225a230.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/225a230.pdf).
- Lima, T. J. V. D., Arcieri, R. M., Garbin, C. A. S., Moimaz, S. A. S., & Saliba, O. (2014). Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 265-276. Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: DOI: 10.1590/S0104-12902014000100021.
- Melucci, A. (1989). Um objetivo para os movimentos sociais. *Revista Lua Nova*, 17. Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451989000200004>.
- Mocelin, C., Silva, T. G., Celich, K., Madureira, V. F., Souza, S. S., & Colliselli, L. (2017). O cuidado do idoso dependente no contexto familiar. *Rev. Cuidad. Fundam.*, 9(4), 1034-1039. Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31883>.
- Montero, M. (2004). Comunidad y sentido de comunidad. In: Montero, M. *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos* (pp. 197-223). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Motta, L. B. D., Aguiar, A. C. D., & Caldas, C. P. (2011). Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 779-786. Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: DOI: 10.1590/S1413-81232007000200012.
- Nogueira, P. S. F., Marques, M. B., Coutinho, J. F. V., Maia, J. C., Silva, M. J., & Moura, E. R. F. (2017). Fatores associados à capacidade funcional de idosos com hanseníase. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 711-718. Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0091.
- Oliveira, J. C. A., & Tavares, D. M. S. (2010). Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 774-781. Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: DOI: 10.1590/S0080-62342010000300032.
- Organização Mundial de Saúde. (OMS). (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Silva, E. P., & Sudigursky, D. (2008). Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 504-508. Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de: DOI: 10.1590/S0103-21002008000300020.

Recebido em 29/04/2019

Aceito em 30/07/2020

**Mirellim Taciana Carriel de Lima Placa** – Psicóloga. Mestre em Psicologia, Universidade Tuiuti do Paraná, UTP.

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-2241-6854>

URL: <http://orcid.org/0000-0002-2241-6854>

E-mail: micarriel@gmail.com

**Ana Claudia Wanderbroocke** - Especialista em Psicologia Hospitalar e Psicossociologia. Mestre em Psicologia Clínica (PUC-SP). Doutora em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, UTP. Filiada à Universidade Tuiuti do Paraná e Faculdades Dom Bosco.

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-2876-5326>

URL: <http://orcid.org/0000-0002-2876-5326>

E-mail: anawdb@gmail.com

**Gislei Mocelin Polli** - Psicóloga. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, UTP.

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-7254-7441>

URL: <http://orcid.org/0000-0001-7254-7441>

E-mail: polli.m.gislei@gmail.com