

Cuidando do idoso no hospital e em internação domiciliar: o que há de diferente?

*Caring for the elderly in hospital and home care:
what's different?*

Fernanda Bueno D'Elboux Couto

RESUMO: O objetivo primário deste texto é discutir o que a atenção domiciliar, e mais especificamente a internação domiciliar, difere da “atenção” oferecida na internação hospitalar dos pacientes idosos, e como os cuidadores desses idosos são influenciados pelo local no qual o idoso se encontra. Para isso descreveremos brevemente como se caracterizam esses tipos de cuidado e quem são os idosos atendidos; além de discutirmos o que, de forma geral, difere no atendimento, no tocante às relações interpessoais, entre aqueles que convivem com o idoso internado: seja em domicílio, seja no hospital.

Palavras-chave: Idoso; Assistência domiciliária; Internação hospitalar.

ABSTRACT: *The primary objective of this paper is to discuss what home care, and more specifically home care differs from “attention” offered during hospitalization of elderly patients, and as caregivers of the elderly, whether home or hospital caregivers, are influenced by place where the elderly is. For this we will briefly describe how to characterize these types of care, who are the elderly assisted. We will also discuss what, in general, differs in attendance, regarding interpersonal relationships among those living with hospitalized elderly: is at home, is in the hospital.*

Keywords: *Elderly; Home care; Hospitalization.*

Introdução

Envelhecer é um processo natural que implica mudanças graduais e inevitáveis relacionadas à idade e acontece a despeito de o indivíduo gozar de boa saúde e ter um estilo de vida ativo e saudável. O envelhecer normal está ligado à capacidade de adaptação do indivíduo aos rigores e às agressões do meio ambiente. A ideia de que a velhice é dominada pela doença nem sempre se mostra como realidade, pois, mesmo existindo perdas, tanto no nível biológico como econômico, social e psicológico, a manutenção das atividades e do engajamento social e familiar favorece o envelhecimento saudável (Ciosak, *et al.*, 2011).

As alterações próprias do envelhecimento levam a perdas sociais, motoras e afetivas, mas, para o idoso, a autonomia é mais útil do que a independência funcional, pois pode ser restaurada por completo mesmo se a dependência permanecer (Besse, Cecílio, & Lemos, 2014).

Uma proporção crescente do segmento populacional em idades avançadas e vivendo mais acarreta pressões no sistema de assistência, previdência social, saúde, educação e trabalho, e implica um maior custo de internamento e de tratamento, pois requer equipamentos e medicamentos mais dispendiosos (Brasil, 2001).

Esse envelhecimento populacional pode representar mais um problema do que uma conquista da sociedade, se os anos de vida ganhos não forem vividos em condições de independência e saúde. No Brasil observou-se, paralelamente ao crescimento de 51,8% do número de internações hospitalares pagas pelo SUS (Sistema Único de Saúde) entre 1984 e 1991, o aumento de 285,3% nas despesas, sendo principalmente na faixa etária de 60-69 anos (aproximadamente US\$ 350.00 por internação) (Chaimowicz, 1997).

Em 2001, segundo dados do SIH-SUS, os idosos responderam por 18,3% das hospitalizações, sendo a taxa de internação hospitalar, para homens e mulheres, na faixa etária de 60 anos ou mais, mais de duas vezes superior à verificada na faixa etária de 20 a 59 anos. Entre os idosos, o risco de internação aumentou acentuadamente com a idade: 11,8% aos 60-69 anos; 17,7% aos 70-79 anos e 24,2% aos 80 anos ou mais (Perez, 2008).

Uma das maiores preocupações é como os vários mecanismos de atendimento de saúde estão reagindo mediante o crescente número de idosos com maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, com comprometimento da capacidade funcional e aumento da necessidade de fortalecer as ações de prevenção e promoção de saúde (Aires, & Paz, 2008).

O crescimento do atendimento domiciliar no Brasil é recente, datando da última década do século XX. A difusão dessa modalidade de prestação de serviços ocorre tanto no setor privado quanto no setor público, fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde que, pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares, buscam saídas para uma melhor utilização dos recursos financeiros (Floriani, & Schramm, 2004).

O idoso, quando de posse de sua autonomia, sofre influência de sua situação econômica e social nos momentos de decisão de como deve ser seu cuidado. Essa decisão tem impacto não só na sua saúde – na mortalidade, morbidade e incapacidade – mas também na vida do resto da família, tanto pelo custo do atendimento, como pelo período de tempo que outros membros da família precisarão dedicar ao cuidado do idoso (Bós, & Bós, 2004).

A pesquisa de DelDuca, Martinez, e Bastos (2012), que traçou o perfil de 617 idosos dependentes de cuidados domiciliares, identificou algumas características desses idosos e entre elas está a incapacidade funcional e o fato de terem sido hospitalizados no último ano.

Diante da necessidade premente de formas variadas de cuidados em saúde aos idosos que possam ser aplicadas em situações diversas, faz-se necessário discutir as formas de cuidar que hoje estão sendo aplicadas. Essa discussão deve olhar o idoso em sua complexidade, deve levar em conta o indivíduo que viveu (ou ainda vive) sua autonomia e independência, e tem na própria história comportamentos e personalidade, que influenciaram as tomadas de decisão no decorrer da vida, nas relações consigo e com o outro. Também deve contemplar esse indivíduo como uma pessoa que faz parte de uma família, como membro ativo (financeiramente ou socialmente) e que tem importância na dinâmica familiar e influencia nas decisões familiares; ou, ainda, como alguém que já foi membro ativo dessa família e no momento, de forma aguda ou crônica, exerce um papel de pouca ou nenhuma autonomia, levando-o à dependência não só física, mas também financeira, social, e emocional.

O objetivo primário deste texto é discutir o que a atenção domiciliar, e mais especificamente a internação domiciliar, difere da “atenção” oferecida na internação hospitalar dos pacientes idosos, e como os cuidadores desses idosos, sejam eles domiciliares ou acompanhantes hospitalares, são influenciados pelo local no qual o idoso se encontra.

Para isso, descreveremos brevemente como se caracterizam esses tipos de cuidado, quem são os idosos atendidos. Também discutiremos o que, de forma geral, difere no atendimento, no tocante às relações interpessoais, entre aqueles que convivem com o idoso internado: seja em domicílio, seja no hospital.

Foram pesquisados artigos que pudessem ter seu conteúdo acessado na íntegra de forma gratuita, nas bases de dados da Scielo e da Bireme, na *Revista Kairós Gerontologia* e através do mecanismo de busca Google (restringindo os artigos àqueles de cunho científico), com as seguintes palavras-chave: idoso, hospitalização, atenção domiciliar, atendimento domiciliar, internação hospitalar, internação domiciliar.

Internação hospitalar

Ao definir hospital, o Ministério da Saúde refere-se a uma parte integrante de uma organização médica e social, com função básica de proporcionar assistência médica integral, curativa e preventiva em qualquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar (Amaral, Cunha, Labronici, Oliveira, & Gabbai (2001).

Em estudo de 2007, Carboni e Repetto perceberam, ao ler os prontuários dos idosos internados, que as causas das internações e reinternações geralmente são as doenças crônico-degenerativas e suas complicações. As autoras também pontuam que a pessoa idosa é portadora em média de, pelo menos, três enfermidades crônicas, e a probabilidade de internação hospitalar em decorrência de agravo à saúde é 20% maior. Com isso, tem-se observado aumento da demanda de leitos hospitalares por essa população.

Na Grande São Paulo, os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários, seja pela maior duração média de suas internações, seja pela maior frequência de reinternações a que estão sujeitos.

Enquanto 4,2% dos adultos (15 a 59 anos) foram hospitalizados uma vez durante o ano de 1981, a proporção quase quadruplicou entre os maiores de 70 anos. Ainda naquele ano, enquanto 5,8% dos adultos foram reinternados três vezes ou mais, a proporção quase triplicou entre os idosos. Se entre adultos as internações com duração igual ou superior a uma semana representaram menos de um quarto do total, entre os idosos elas representaram mais da metade (Chaimowicz, 1997).

Em 2004, 25% das despesas do SUS corresponderam a hospitalizações de pessoas idosas, que nesse período representavam 8,4% da população nacional. O índice de custo de hospitalização foi de R\$ 107,30/por pessoa/dia para o grupo com idade igual ou superior a 60 anos, sendo cinco vezes maior do que o segmento infantil. No período de 2001 a 2004, o custo com hospitalização cresceu 7% para cada indivíduo da faixa de 0 a 14 anos e 13% na faixa de 60 anos ou mais (Dutra, Moriguchi, Lampert, & Poli-de-Figueiredo, 2011).

Martin, Cordoni Júnior, Bastos, e Vieira da Silva, em 2006, fizeram uma pesquisa com dados do ano 2000 sobre as internações hospitalares da população idosa de uma cidade no sul do Brasil, realizadas pelo SUS. À população idosa (9,34% da população) corresponderam 20,18% das internações, 22,12% dos dias de permanência e 29,06% dos custos hospitalares do SUS.

Com relação ao cotidiano das relações do cuidado nas instituições hospitalares – que muitas vezes é indiferente, mecânico e automatizado, não facilitando a percepção do outro e tornando massificada a atuação profissional –, pode favorecer a despersonalização do ser humano e, por conseguinte, pôr em risco a manutenção de sua dignidade. O idoso hospitalizado mantém suas características prévias, as quais necessitam ser respeitadas e preservadas; logo, é importante ver o ser humano como o sujeito de atenção do sistema, não o contrário. Dessa forma, o cuidado ao idoso hospitalizado pode ocorrer norteado por relativa autonomia, desafiando as estruturas hospitalares a presenciar e viver um novo horizonte de atenção integral, no qual os princípios éticos alcancem uma dimensão mais ampla e efetiva, buscando a ampliação da qualidade do cuidado (Carreta Basegio, Bettinelli, & Lorenzini Erdmann, 2011).

O paciente hospitalizado, idoso e adoentado, necessita de acolhimento e identificação de suas ansiedades, angústias, medos. Ele também pode ter dúvidas sobre seu estado físico, em níveis que precisam ser detectados, observados e respeitados.

Necessita ter alguém com quem possa expressar e dividir seus temores e indecisões, a respeito das temáticas que ali o cercam e, sobretudo, necessita da observância do respeito e da ética no lidar com seu corpo, seus aspectos emocionais e sua religiosidade (Lustosa, 2007).

Novos papéis são ocupados involuntariamente pelo indivíduo internado, além da submissão a rotinas e normas nada ou pouco individualizadas e do compartilhamento de sua intimidade, espaço físico e sentimentos, na maioria desconhecidos, levando a um impacto dramático em sua vida (Zampieri, Wanderley, & Ventura, 2013).

A hospitalização do idoso desencadeia uma cascata de eventos que frequentemente culmina na diminuição da capacidade funcional e da qualidade de vida, complicações não relacionadas ao problema que levou à admissão hospitalar do idoso. Assim, para muitos idosos, a hospitalização não resulta em melhora de saúde; pelo contrário, há correlação com aumento da taxa de mortalidade e morbidade, piora do seu prognóstico e predisposição ao processo de fragilização (Dutra, *et al.*, 2011).

A possibilidade de alterações nas habilidades cognitivas devido ao afastamento de seus hábitos, costumes, rede de suporte social, trabalho, meio e cotidiano também é fator preocupante (Gutierrez, & Lima, 2012).

É importante ressaltar que além de ser privado do convívio familiar, o idoso internado tem risco de adquirir infecção hospitalar e isso pode prolongar a internação ou ainda levá-lo a óbito (Carboni, & Reppetto, 2007), além do aumento da dependência, do delírio e das quedas (Santos, & Sousa, 2013).

Valera e Turrini (2008) observaram que a elevada incidência de readmissões hospitalares pode ser atribuída à evolução de alguma doença crônico-degenerativa, à avançada idade dos pacientes, às complicações pós-operatórias, à não resolução do problema anterior e ao baixo seguimento das orientações recebidas. Tais achados sugerem a necessidade de investir em melhorias na qualidade do atendimento hospitalar e na extensão do cuidado no domicílio.

A hospitalização por doença aguda é um fator de risco importante para a perda funcional em idosos. A restrição ao leito traz grande perda de massa óssea e muscular e pode levar à perda da capacidade de deambulação, além de aumentar o risco de quedas e fraturas. Um em cada três idosos hospitalizados evolui com perda da capacidade em realizar atividades básicas da vida diária (ABVDs) e pelo menos 20% desenvolvem *delirium* durante a internação (Sales, Silva, Gil Júnior, & Jacob Filho, 2010).

A capacidade funcional é um importante marcador de saúde em idosos hospitalizados; um estudo para descrever as alterações da capacidade funcional de idosos durante a internação hospitalar observou que 19,1% pioraram funcionalmente e 21,3% faleceram durante o período.

Houve correlação significativa entre a piora funcional e a presença de déficit cognitivo, *delirium* e baixa capacidade funcional com a hospitalização (Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos (2004).

Internação domiciliar

O primeiro sistema de assistência domiciliar em saúde no Brasil foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1967, tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados e, para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica (Amaral, *et al.*, 2001).

Segundo Amaral e colaboradores (2001), os pacientes com doenças crônicas são o alvo desse programa de atenção à saúde, com necessidade de longa permanência no leito e que por qualquer motivo estejam incapacitados de exercer sua independência, apresentando em geral problemas sociais e econômicos, além dos problemas de saúde. Os mesmos autores afirmam que as empresas que fornecem o serviço podem oferecer todos os equipamentos, aparelhos e medicamentos necessários, com o intuito de melhorar as condições clínicas, de conforto e de bem-estar do paciente que não necessita mais de cuidados hospitalares e, sim, de atenção especializada domiciliar, o que pode acelerar a recuperação do paciente e promover redução dos custos.

Entre as modalidades oferecidas está a Assistência Domiciliar/Atendimento Domiciliar que é definida como o atendimento prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas à promoção de autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança. Caracteriza-se por ser um serviço de atendimento público ou privado em domicílio, por meio de um programa individualizado, de caráter preventivo e reabilitador, ao qual se articula uma rede de serviços e técnicas de intervenção profissional focada em atenção à saúde, pessoal, doméstica, de apoio psicossocial e familiar, e interação com a comunidade.

Pode ser provisório ou de natureza permanente, diurno e/ou noturno, para atendimento de idosos dependentes ou semidependentes, com ou sem recursos e mantendo ou não vínculo familiar (Brasil, 2001). O enfoque permanece nos cuidados crônicos e na continuidade de cuidados secundários, ou seja, convalescença (Amaral, *et al.*, 2001).

A Atenção Domiciliar é organizada em três modalidades – Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), tipo 2 (AD2) e tipo 3 (AD3) –, observando a complexidade e o quadro clínico do usuário. As AD2 e AD3 destinam-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitam de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, incluindo-se na AD3 o uso de equipamentos (por exemplo, suporte ventilatório não invasivo). São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares. Não serão incluídos na Atenção Domiciliar os indivíduos que necessitam de ventilação mecânica invasiva, monitoração ou assistência de enfermagem, todos de forma contínua (Pozzoli, 2012; Brasil, 2013).

A internação domiciliar está relacionada com o cuidar intensivo e multiprofissional no domicílio, caracterizado por deslocamento de uma parte da estrutura hospitalar para a casa do paciente, promovendo um cuidado de moderada a alta complexidade, semelhante a um hospital em casa. Seu desenvolvimento ressalta a relevância do contexto da família do cuidador familiar para o atendimento ao doente (Amaral, *et al.*, 2001; Brondani, Beuter, Titonelli Alvim, Szareski, & Sonaglio Rocha, 2010).

O atendimento domiciliar engloba muito mais do que um tratamento médico residencial padronizado: “É um método de atendimento ao cliente que enfatiza a autonomia e esforça-se para estimular suas habilidades funcionais dentro do seu próprio ambiente” (Aires, & Paz, 2008).

É necessário que o trabalho em equipe seja objetivado, pois a assistência mistura a interação entre o idoso, a família, os profissionais e também a rede ao redor do cuidado (Besse, Cecílio, & Lemos, 2014).

A assistência domiciliar em saúde tem como objetivos diversos benefícios sociais e econômicos, tais como a humanização do atendimento; a maior rapidez na recuperação do paciente; a diminuição no risco de infecção hospitalar; a otimização de leitos hospitalares para pacientes que deles necessitem; a redução do custo/dia da internação; a tranquilidade do paciente por estar perto de seus familiares; a prevenção e a minimização de eventuais sequelas e a redução de internações por recidivas (Amaral, *et al.*, 2001; Floriani, & Schramm, 2004; Santos, Leon, & Funghetto, 2011).

O atendimento em domicílio pode acarretar problemas quando o espaço é restrito, exigindo acomodação de móveis, compra de utensílios e aumento de despesas familiares, uma vez que o sistema público pouco investe na assistência domiciliar e os planos da rede particular, quando concordam em financiar o cuidado no domicílio, o fazem por período relativamente curto (Carvalho, & Pereira, 2001).

Diferentemente da necessidade de países como EUA, onde o seguro é a única maneira de garantir a segurança de todo e qualquer profissional, a pouca existência, ou mesmo a total inexistência, de preocupação com processos judiciais no Brasil, possibilita estratégias mais arrojadas e com qualidade, mantendo, em domicílio, pacientes instáveis e caracterizados de alto risco, conduzindo, desse modo, a assistência domiciliar a tornar-se um constante objeto de debates, publicações e atenção em pesquisas (Tavolari, Fernandes, & Medina, (2000).

Cuidador domiciliar e acompanhante hospitalar

Geralmente a função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, que assume tarefas de cuidado atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas. Outro fator determinante para o familiar tornar-se cuidador é a obrigação e/ou dever que o mesmo tem para com o idoso. Isso pode ser entendido como um sentimento natural e subjetivo ligado a um compromisso que foi sendo construído ao longo da convivência familiar (Cattani, & Girardon-Perlini, 2004; Silva, *et al.*, 2011).

As decisões para assumir os cuidados, no que diz respeito àqueles cuidadores informais, são mais ou menos conscientes e o processo parece obedecer a certas regras refletidas em torno de quatro fatores que estão relacionados com o parentesco (com frequência maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho); o gênero (com predominância para a mulher); a proximidade física (considerando quem vive com a pessoa que requer os cuidados) e a proximidade afetiva (destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos) (Cattani, & Girardon-Perlini, 2004).

Em pesquisa que objetivou avaliar os aspectos positivos e negativos de ser cuidador informal domiciliar, observou-se que 80% dos sujeitos referiram que a decisão de serem cuidadores não foi planejada, o que indica uma possível desorganização na vida dessas pessoas e que para essa nova atividade não lhes foi dado tempo para escolher e aceitar essa nova posição. Alguns chegaram a sentir que houve imposição dessa situação (Laham, 2003).

Em estudo para verificar as percepções dos cuidadores informais de pacientes atendidos por serviço de assistência domiciliar sobre o cuidar e seu impacto, avaliando-se aspectos positivos e negativos associados a esse papel e a influência da assistência domiciliar para o seu desempenho, observou-se que 86% dos cuidadores eram mulheres com idade média em torno de 58 anos, sendo que 62% eram donas de casa. Desses cuidadores, 30% eram cônjuges e 36% eram filhos dos idosos cuidados. Os aspectos positivos do cuidar foram associados ao ganho narcísico, ao aprendizado e a encontrar um sentido para a vida; já os aspectos negativos referiam-se principalmente à perda de liberdade, à solidão e ao cansaço (Laham, 2003).

Outro estudo, que pontua os sentimentos dos familiares que participam dos cuidados a pacientes com sequelas de acidente vascular encefálico, os sujeitos apresentaram-se envolvidos em um misto de sentimentos que envolvia retribuição, amor, satisfação, medo, tristeza, pena, culpa, angústia, insegurança, nervosismo e impaciência ao cuidarem de seus familiares idosos (Lavinsky, & Vieira, 2004). Em outro estudo também foram levantados sentimentos relacionados ao dever, à reclusão e ao confronto com as dificuldades (Marzari, & Girardon-Perlini, 2005). A possibilidade da criação de vínculos entre os profissionais da saúde que atendem o idoso e os seus cuidadores também foi ponto importante nos resultados da pesquisa de Drulla, Alexandre, Rubel, & Mazza, (2009).

A dinâmica da atividade de cuidar no domicílio pode, contudo, gerar uma ambiguidade identificada pelo bem-estar e pela tensão entre os familiares. O bem-estar é gerado nas situações em que os recursos familiares atendem a demanda de cuidados. Por outro lado, quando esses recursos são insuficientes, a demanda da própria família pode desencadear tensão no contexto familiar, pelo aumento dos conflitos entre os seus membros, pela falta de resolução dos problemas e pelas tarefas não concluídas (Diogo, Ceolim, & Cintra, 2005).

O planejamento de estratégias que protegem o cuidador torna-se absolutamente fundamental, sendo proteção aqui entendida no sentido como é defendida pelos bioeticistas Schramm e Kottow – com a recém-descrita bioética da proteção, com medidas que deem ao cuidador a possibilidade de planejar e de realizar outros interesses, com evitamento de um colapso em sua vida (Floriani, 2004).

A presença do familiar no decorrer da hospitalização do idoso e seu envolvimento no cuidado não devem ser vistos como delegação de responsabilidades ou como complementação de recursos humanos para a assistência de enfermagem. Na realidade, o papel da equipe é de parceria com o cuidador na busca da melhoria do cuidado do idoso. A inter-relação pessoal, o conhecimento anterior (do paciente ou do cuidar), a iniciativa, o controle emocional e a paciência foram apontados como fatores que facilitam a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado (Pena, & Diogo, 2005).

A hospitalização causa um impacto na família pela necessidade de um familiar para acompanhar o idoso durante a internação e, algumas vezes, essa tarefa recai sobre os que trabalham ou estudam, ou sobre outro idoso. Por isso, a escolha do familiar acompanhante às vezes é difícil, e quem acaba assumindo esse papel são as filhas e noras, que se dividem entre os cuidados com o idoso hospitalizado e os afazeres domésticos ou com outros membros da família (Vieira, Alvarez, & Girondi, 2011).

São fatores de estresse do acompanhante de idoso dependente no processo de hospitalização: a capacidade funcional do idoso (pois requer nova organização familiar de cuidado) e a saúde do cuidador familiar (e sua capacidade de cuidar também de si); relações familiares conturbadas (influência negativa na recuperação do idoso e na organização familiar de cuidados); interação com os profissionais que atuam junto ao idoso (relações de cooperação, empatia e desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento em saúde); percepção do cuidado e da necessidade de educação para o aprendizado para a nova situação; alta hospitalar (por medo do não acompanhamento desse idoso e da necessidade de ajuda técnica nos momentos de maior dificuldade) (Vieira, *et al.*, 2011).

Discussão

Uma estrutura familiar sólida e saudável garante ao idoso um lugar com papel ativo e participativo, o que pode lhe facilitar refazer o mapeamento de suas relações familiares e convivência social, garantindo-lhe qualidade de vida. A manutenção de uma vida de relação representa a saída saudável do indivíduo que envelhece, pois se evita o recolhimento narcísico e a regressão, responsável por tantos sofrimentos (Lustosa, 2007).

Em uma pesquisa realizada com alunos de um curso de medicina que utilizaram portfólios para observar e avaliar idosos em seus domicílios foram realizadas análises qualitativas das informações apresentadas por esses alunos levando-se em conta as vantagens e dificuldades encontradas nesse processo. Entre as vantagens, foram apontadas a possibilidade de criação de vínculos (35% dos relatos); recompensa afetiva da relação com os idosos (29,5%) e percepção diferenciada dos valores da pessoa idosa (21,8%). Já com relação às dificuldades foram salientados: a possibilidade de invasão da privacidade da família; as dificuldades de comunicação com o paciente; a abordagem das incapacidades e o baixo interesse do idoso (Cabrera, Turini, & Paccola, 2008).

A atenção em nível domiciliar pode, porém, enfatizar medidas preventivas, melhorar o cumprimento das medicações, providenciar medidas de arranjos para uma vida adequada e suporte social e melhorar o reconhecimento dos primeiros sinais de declínio clínico e/ou funcional (Kerber, Kirchof, & Cezar-Vaz, 2008).

Outro fator importante é que o paciente ficará afastado do risco de infecções hospitalares e do estresse da internação, sendo ainda beneficiado com a atenção de seu médico de confiança e com todos os recursos necessários, incluindo uma equipe multiprofissional (Amaral, *et al.*, 2001).

Uma diária hospitalar tem seu custo estabelecido, por vários autores, como algo em torno de R\$ 250,00 a R\$ 400,00 e, em caso de diária de UTI, os valores podem chegar até R\$ 4 mil por dia de internação; já a internação no domicílio pode reduzir em 30% a 70% esses valores. Em contrapartida, não devemos entender que a internação domiciliar é capaz de sanar a problemática das internações ou reinternações hospitalares. Gargana, *et al.* (2004), em pesquisa para relatar a experiência de um programa de internação domiciliar existente na rede pública de saúde do município de Santa Maria (RS), observaram que 20,5% dos idosos acompanhados necessitaram de reinternação que durou, em média, 7 dias.

Devido à fragilidade natural do organismo da pessoa idosa, seu período de internação é mais prolongado em relação a uma pessoa jovem com o mesmo quadro clínico e sua internação muitas vezes se torna traumática física e emocionalmente. Toda doença altera os fatores biológicos do indivíduo, porém o fator emocional, além de interferir em suas percepções e emoções, altera seus ciclos circadianos e sua percepção da dor, impedindo, muitas vezes, que a pessoa visualize seu quadro de melhora e contribua de forma ativa para a própria recuperação (Andrade, & Lobo, 2007).

Paskulin e Dias (2002) fizeram uma pesquisa de cunho qualitativo sobre a percepção dos idosos no atendimento em casa comparativamente ao atendimento recebido por ocasião de internação hospitalar, e a maioria prefere ser acompanhada em casa por ter mais liberdade, ser mais tranquilo, poder ficar com a família, comer aquilo de que gosta, escolher os horários, não precisar ver o sofrimento dos outros doentes, bem como não precisar esperar sua vez para ser atendido. Um dos idosos reforçou que em casa a melhora é mais rápida.

Por outro lado, um dos pacientes vê como desvantagem não ter recursos à mão como no hospital, necessitando de saídas emergenciais em busca de materiais.

Idosos e familiares não podem considerar a si próprios como receptores passivos de serviços de saúde, nem ser vistos desse modo. Eles precisam e devem ser agentes ativos na construção de um novo cuidado à saúde participando do tratamento e sendo apoiados nesse sentido.

Esse cuidado envolve informações atualizadas, instruções compartilhadas e rede de atenção integrada de forma a atuar na minimização dos efeitos incapacitantes das doenças e na diminuição do risco de óbito precoce (Carboni, & Reppetto, 2007).

A atividade do cuidar de um familiar idoso doente e dependente no domicílio dá-se no espaço onde parte significativa da vida é vivida, no qual o conhecimento e a memória de fatos e de relações íntimas são importantes tanto para o cuidador como para quem é cuidado. É um ambiente cujo cuidar é regulado por relações subjetivas e afetivas, construídas numa história comum e pessoal (Cattani, & Girardon-Perlini, 2004).

Sendo o cuidador familiar o tipo mais frequente no cuidado com o idoso, a funcionalidade familiar – descrita por Mazza e Lafevre (como citado em Torres, *et al.*, 2009) em termos da adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade de resolução da família junto aos seus membros e que se estabelecem no decorrer da história familiar –, é importante ponto a ser considerado nas relações do cuidar pois o influencia, independentemente de onde ele ocorre, seja em domicílio ou no hospital. Favorecer as relações familiares no decorrer na vida é construir uma rede capaz de desenvolver uma presença afetiva.

Devemos também levar em consideração o que Laham (2003) menciona em seu trabalho: a aceitação da situação de cuidado traz em si a resolução de um problema – o que fazer com o paciente – e a criação de outro – como proceder a modificações na própria vida e na dos circundantes.

Floriani e Schramm (2004) promoveram uma discussão sobre os aspectos problemáticos e conflituosos, do ponto de vista moral e ético, acerca do atendimento domiciliar e da internação hospitalar que pontua questões muito pertinentes. O domicílio do idoso é regido por suas regras (ou de sua família) e ele pode entender que lá não é o lugar ideal para seu cuidado e que sua permanência no hospital se faz necessária mesmo quando já está estável para o acompanhamento em casa. Soma-se a isso a insegurança dos profissionais que atendem esses indivíduos e suas famílias no hospital e se veem exercendo suas funções num ambiente sem os recursos disponíveis de um hospital, além da dificuldade de empatia necessária para a criação do vínculo profissional/paciente.

Em contrapartida, Kerber, e colaboradores (2008) observaram em sua pesquisa, que analisou o vínculo entre trabalhadores e usuários de um serviço de atenção domiciliária a idosos, que a convivência dos trabalhadores com os usuários no espaço domiciliar faz com que as relações entre ambos se estreitem, criando um vínculo maior e, com isso, proporcionando maior segurança à clientela do serviço.

Corre-se o risco de o atendimento domiciliar ser encarado apenas como uma mudança de local de tratamento e não como uma mudança de filosofia nos cuidados administrados ao idoso; a transformação do domicílio pela internação domiciliar pode provocar um complexo fenômeno social que melhora a vida para muitos pacientes graves, minando para outros as condições que tendem a promover importantes benefícios sociais e oportunidades (Floriani, & Schramm, 2004).

Um dos grandes objetivos da assistência domiciliar é a busca da autonomia do paciente no processo de tomada de decisões sobre seu cuidado. No hospital, é o doente que se adapta ao meio; no domicílio, é o profissional que precisa se adaptar (Santos, *et al.*, 2011). Contudo, é com uma relação empática que ocorre uma assistência humanizada e um comprometimento com o cuidado personalizado, contribuindo positivamente para a adaptação do idoso à hospitalização e favorecendo o seu equilíbrio físico e emocional (Martins, *et al.*, 2008).

Outra questão a ser pontuada é a violência contra idosos. Esse é um problema social cada vez mais presente em todas as sociedades, até nos países desenvolvidos. Uma das formas de violência menos conhecida e denunciada é a negligência doméstica, especialmente contra idosos que apresentam comprometimento funcional. Ela pode ser uma ação única ou repetitiva, ou mesmo uma ausência de ação. Cuidadores com alto grau de estresse e idosos com alta dependência são fatores predisponentes ao abuso e à negligência (Queiroz, Lemos, & Ramos, 2010).

Considerações finais

Os cuidados administrados no domicílio suscitam importantes questões bioéticas, visto que dizem respeito a ações que podem ter efeitos indesejáveis irreversíveis sobre os destinatários.

A permanência no hospital se faz necessária quando o idoso está num momento de instabilidade e ameaça de complicações e seu tratamento em casa o colocaria em risco, mas assim que possível, seu deslocamento para o tratamento no domicílio deve ser priorizado, para que possa usufruir do ambiente conhecido, da família e do grupo social que o cerca.

Os vários riscos à saúde do idoso com sua permanência no hospital além da necessidade, somados aos vários benefícios do convívio familiar e de suas rotinas devem ser pesados no momento da alta. A estruturação prévia da casa e das condições emocionais de todos os envolvidos também deve ser observada, além da instrumentalização técnica da família para recebê-lo. Contudo, os cuidados domiciliares levantam questões importantes, pois envolvem ações sobre o conjunto domiciliar, ou seja, o idoso, o cuidador, a família e sua estrutura física.

Os profissionais adentram o domicílio e propõem mudanças nas estruturas domiciliares, tanto físicas quanto as relativas às rotinas diárias, e a família se vê “obrigada”, pela ânsia de melhora do ente querido, a modificar toda a sua estrutura, o que pode levar a um funcionamento familiar desajustado, propiciando angústia e expectativas negativas em todos.

É necessário que o processo de cuidar seja conduzido de forma integrada, desde a internação hospitalar até a transferência para o cuidado domiciliar (e vice-versa) e, complementando isso, que haja o desenhar de estratégias e a tomada antecipada de decisão sobre quais atitudes assumir nas situações de maior ansiedade, como na iminência da morte. Devemos lembrar que o local onde a morte ocorre não é o fator mais importante, mas, sim, como ela ocorre. Esse momento é marcante para todos os envolvidos; portanto, todas essas pessoas devem ser ouvidas e suas crenças e convicções levadas em consideração, inclusive aquelas do idoso enquanto sua autonomia estiver presente. Devemos lembrar que a família é a responsável pelo idoso e, por isso, a equipe que o assiste deve respeitar suas vontades.

São queixas dos cuidadores familiares a solidão que a função impõe, a sobrecarga de tarefas e a dificuldade de encontrar outro cuidador que os ajude a reduzir as horas consecutivas de trabalho e dívida com eles as funções. Poderíamos inferir que a permanência do idoso no hospital passaria parte da tarefa do cuidar à equipe assistencial e, com isso, poderia aliviar a sobrecarga desse familiar.

Observamos, porém, que há o sentimento de culpa e uma luta interna entre a obrigação de devolver o cuidado recebido desse idoso em outro momento da vida e a sensação de cansaço. Isso nos mostra a importância de manter à disposição do cuidador, esteja ele no domicílio do idoso ou no ambiente hospitalar, um apoio terapêutico para que ele possa se sentir acolhido, partilhar suas angústias e aceitá-las como normais do processo de cuidar.

Outras pesquisas precisam ser realizadas dando ênfase às diferenças significativas entre a internação hospitalar e a domiciliar, pensando na influência de cada uma delas sobre os indivíduos envolvidos (família, idoso e equipe técnica) para que se elaborem estratégias, sejam educacionais, sejam assistenciais.

Referências

Aires, M. & Paz, A.P. (2008). Necessidades de cuidados aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(1), 83-89.

Amaral, N.N. do, Cunha, M.C.B., Labronici, R.H.D.D., Oliveira, A.S.B., & Gabbai, A.A. (2001). Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Revista de Neurociências*, 9(3), 111-117.

Andrade M., & Lobo E.L. (2007). Importância da visita domiciliária para o idoso portador de doença crônica após a alta hospitalar. *Informe-se em Promoção da Saúde*, 3(2), 12-14.

Basegio Carretta, M., Bettinelli, L.A., & Lorenzini Erdmann, A. (2011, set.-out.). Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 958-962.

Besse, M., Cecílio, L.C.de O., & Lemos, N.D. (2014). A Equipe Multiprofissional em Gerontologia e a Produção do Cuidado: um estudo de caso. São Paulo (SP): *Revista Kairós Gerontologia*, 17(2), 205-222.

URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/22662/16432>.

Bós, A.M., & Bós, A.J.G. (2004). Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 113-120.

Brasil (2001). Ministério da Previdência e Assistência Social. *Normas de Funcionamento de Atenção ao Idoso no Brasil*. Recuperado em 01 janeiro, 2015, de: http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/politicas_publicas/8.pdf.

Brasil (2013). Ministério da Saúde. Portaria número 963, de 27 de maio de 2013. *Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado em 01 janeiro, 2015, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.

- Brondani, C.M., Beuter, M., Titonelli Alvim, N.A., Szarecki, C., & Sonaglio Rocha, L. (2010, jul.-set.). Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. *Texto e Contexto de Enferm.*, 19(3), 504-510.
- Cabrera, M.A.S., Turini, B., & Paccola, L.B.B. (2008). O uso de portfólio na prática de atendimento domiciliar a idosos no curso de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(2), 180-187.
- Carboni, R.M., & Reppetto, M.A. (2007). Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(1), 251-260. Recuperado em 01 janeiro, 2015, de: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a20.htm>.
- Carvalho, V.L., & Pereira, E.M. (2001). Crescendo na diversidade pelo cuidado domiciliar aos idosos – desafios e avanços. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 54(1), 7-17.
- Cattani, R.B., & Girardon-Perlini, N.M.O. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 254-271.
- Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 184-200.
- Ciosak, S.I., Braz, E., Costa, M.F.B.N.A., Nakano, N.G.R., Rodrigues, J., Alencar, R.A., & Rocha, A.C.A. L.da (2011). Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(Esp.2), 1763-1768.
- DelDuca, G.F., Martinez, A.D., & Bastos, G.A.N. (2012). Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(5), 1159-1165.
- Diogo, M.J.D., Ceolim, M.F., & Cintra, F.A. (2005). Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(1), 97-102.
- Drulla, A.G., Alexandre, A.M.C., Rubel, F.I., & Mazza, V.A. (2009). A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 667-674.
- Dutra, M.M., Moriguchi, E.H., Lampert, M.A., & Poli-de-Figueiredo, C.E. (2011). Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 106-112.
- Floriani, C.A. (2004). Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(4), 341-345.
- Floriani, C.A., & Schramm, F.R. (2004). Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Caderno de Saúde Pública*, 20(4), 986-994.
- Gargana, F., Silveira, A.E.S., Nesi, A., Bülow, A.R., Rocha, D.S.da, Oliveira, D.M. de, & Ribeiro, L.V.M. (2004). Internação domiciliária: uma experiência no sul do Brasil. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, 48(2), 90-94.
- Gutierrez, B.A.O., & Lima, V.L. (2012). A influência da rede de suporte social nos aspectos biopsicossociais de pessoas idosas hospitalizadas. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(Número Especial 13, Temático “Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais”, 355-372.
URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17311/12857>.
- Kerber, N.P.da C., Kirchhof, A.L.C., & Cezar-Vaz, M.R. (2008). Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. *Texto Contexto em Enfermagem*, 17(2), 304-312.

- Laham, C.F. (2003). Percepções de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. Dissertação de mestrado em Ciências. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Lavinsky, A.E., & Vieira, T.T. (2004). Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(1), 41-45.
- Lustosa, M.A. (2007). Atendimento ao paciente idoso. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar – SBPH/Rio de Janeiro*, 10(2), 7-11.
- Martin, G.B., Cordoní Júnior, L., Bastos, Y.G.L., & Vieira da Silva, P. (2006). Assistência hospitalar à população idosa em cidade do sul do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 15(1), 59-65.
- Martins, J.de J., Schneider, D.G., Bunn, K.R., Goulart, C.A., Silva, R.M.da Gama, F. O.da, & Albuquerque, G.L.de. (2008). A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 37(1), 30-37.
- Marzari, F., & Girardon-Perlini, N.M.O. (2005). Cuidar no domicílio: percepção de cuidadores familiares da área rural. *Revista Mineira de Enfermagem*, 9(4), 322-328.
- Paskulin, L.M.G., & Dias, V.R.F.G. (2002). Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. *Revista Brasileira de Enfermagem/Brasília*, 55(2), 140-145.
- Pena, S.B., & Diogo, M.J.D. (2005). Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(5), 663-669.
- Perez, M. (2008). A população idosa e o uso de serviços de saúde. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ*, 7(1), 30-37.
- Pozzoli, S.M.L. (2012). Assistência Domiciliar no apoio aos idosos portadores de dependência: uma reflexão sobre sua aplicação na atenção primária. São Paulo (SP): *Revista Kairós Gerontologia*, 15(4), 155-167. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/7961/12675>.
- Queiroz, Z.P.V.de, Lemos, N.D., & Ramos, L.R. (2010). Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2815-2824.
- Sales, M.V.C., Silva, T.J.A., Gil Júnior, L.A., & Jacob Filho, W. (2010). Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. *Geriatrics & Gerontologia*, 4(4), 238-246.
- Santos, G., & Sousa, L. (2013). Qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento. São Paulo (SP): *Revista Kairós Gerontologia*, 16(1), 7-25. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17625/13126>.
- Santos, L.R., Leon, C.G.R.M.P., & Funghetto, S.S. (2011). Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1), 855-863.
- Silva, L.W.S.da, Araújo, T.C., & Santos, F.F., Lima, A.A., Santos, G.B., & Lima, L.V. (2011). A família na convivência com o idoso acamado no domicílio. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(Número Especial 9, Temático “Família Ciclo Vital e Velhice”), 75-87. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6488/4704>.

Siqueira, A.B., Cordeiro, R.C., Perracini, M.R., & Ramos, L.R. (2004). Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*, 38(5), 687-694.

Tavolari, C.E.L., Fernandes, F., & Medina, P. (2000). O desenvolvimento do home health care no Brasil. *Rev. Admin. Saúde*, 3(9), 15-18.

Torres, G.V., Reis, L.A., Fernandes, M.H., Alves, G.S., Sampaio, L.S., & Mascarenhas, C.H.M. (2009). Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Avaliação Psicológica*, 8(3), 415-423.

Valera, R.B., & Turrini, R.N.T. (2008). Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. *Ciencia y Enfermeria*, 14(2), 87-95.

Vieira, G.B., Alvarez, A.M., & Girondi, J.B.R. (2011). O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(1), 78-89. Recuperado em 01 janeiro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8719>.

Zampieri, R.C., Wanderley, K.da S., Ventura, M.M. (2013). O simbólico do idoso hospitalizado em enfermaria geriátrica: um estudo de caso. São Paulo (SP): *Revista Kairós Gerontologia*, 16(4), 251-260.

URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/19680/14569>.

Recebido em 09/05/2015

Aceito em 30/06/2015

Fernanda Bueno D'Elboux Couto - Fisioterapeuta (Uniban) e Terapeuta Floral (ABREFLOR). Especialista (Unifesp) e Mestre (Unicamp) em Gerontologia. Fisioterapeuta da Santa Casa de Itu/Hospital São Camilo. Atendimento domiciliário aos idosos e suas famílias há quase vinte anos.

E-mail: fernanda_couto@hotmail.com