



REVISÃO

HOME ATTENDENCE: A REFLECTION ON VOCATIONAL TRAINING FROM THE PERSPECTIVE OF POLICIES DIRECTED TO THE ELDERLY

ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA REFLEXÃO SOBRE A CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DAS POLÍTICAS VOLTADAS PARA O IDOSO

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: UNA REFLEXIÓN SOBRE LA CAPACITACIÓN PROFESIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS POLÍTICAS DIRIGIDAS HACIA LOS ANCIANOS

Danusa Neves¹, Ingrid Petra², Rosângela Azevedo³, Selma Petra⁴

ABSTRACT

Objective: To reflect on home visits conducted by health professionals for the elderly from Articles 15 and 18 of the Statute of the Elderly within the Public Policies directed at the elderly in Brazil. **Methods:** this is a descriptive study, using the health care public policies and literary publications in the area of home care. **Results:** The discussion takes place around the training of health professionals for home care. **Conclusion:** We conclude that the current conformation of the Brazilian health system is necessary and essential to the training of health workers in order to conduct home care for the elderly and their families as advocated by public policies. **Descriptors:** Home care, Job training, Elderly, Family.

RESUMO

Objetivo: Refletir acerca da visita domiciliar realizada pelos profissionais da saúde aos idosos a partir das articulações dos artigos 15 e 18 do Estatuto do Idoso com as Políticas Públicas direcionadas aos idosos no Brasil. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, utilizando as políticas públicas de atenção à saúde e publicações literárias da área da saúde sobre atendimento domiciliar. **Resultados:** A discussão ocorre em torno da capacitação dos profissionais da saúde para a assistência domiciliar. **Conclusão:** Conclui-se que na atual conformação do sistema de saúde brasileiro é necessário e essencial a capacitação dos profissionais de saúde para procederem a atenção domiciliar aos idosos e seus familiares preconizada pelas políticas públicas. **Descritores:** Assistência domiciliar, Capacitação profissional, Idoso, Familiar

RESUMEN

Objetivo: Reflexionar sobre las visitas domiciliarias realizadas por profesionales de la salud a los ancianos a partir de las articulaciones de los artículos 15 y 18 del Estatuto de los Ancianos con las Políticas Públicas dirigidas a las personas mayores en Brasil. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, mediante las políticas públicas de atención a la salud y publicaciones literarias sobre el cuidado domiciliario. **Resultados:** El debate se produce en torno de la capacitación de los profesionales de la salud para la atención domiciliar. **Conclusión:** Se concluye que en la conformación actual del sistema de salud en Brasil es necesario y esencial la capacitación de los trabajadores de la salud para llevar a cabo la atención domiciliar a los ancianos y sus familias, impulsada por las políticas públicas. **Descriptor:** Atención domiciliar, La capacitación laboral, Ancianos, Familia.

¹Historiadora, Especialista em Gerontologia PIGG-UFF, aluna especial da disciplina Atenção a Saúde do Adulto e Idoso do Curso de Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde EEAAC-UFF. dncmattos@gmail.com. ²Odontóloga, Pós-Graduada em Odontogeriatría UFF, aluna especial da disciplina Atenção a Saúde do Adulto e Idoso do curso de Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde - EEAAC-UFF. ingridpetra@hotmail.com. ³Enfermeira Obstetra do Hospital Universitário Antônio Pedro, Mestranda em Ciências do Cuidado em Saúde - EEAAC- UFF. roaenhu@ibest.com.br. ⁴Doutora em Enfermagem, Professora Titular da Faculdade de Enfermagem UFF.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, com significativas mudanças demográficas no final do século XX. O crescimento do número de idosos no Brasil está bastante acelerado, e as estatísticas mostram que a faixa etária com maior crescimento nos países em desenvolvimento, é acima de 60 anos. Além disso, a proporção de pessoas com mais de 80 anos também apresenta um aumento significativo nos últimos tempos, e as projeções para os próximos vinte anos apontam para uma população de mais de um bilhão de idosos. Enquanto isso, nota-se uma redução da natalidade e da mortalidade¹.

A maioria dos idosos do nosso país apresenta, pelo menos, uma enfermidade crônica, as quais duram por vários anos e demandam serviços primário, secundário e terciário de saúde. Na transição epidemiológica, vem ocorrendo à substituição das doenças infecciosas pelas crônico-degenerativas que acometem principalmente os mais idosos².

Com o aumento das doenças crônicas e degenerativas, paralelo ao envelhecimento, torna-se necessário maior demanda de cuidados, o número de leitos ocupados por pessoas idosas tende a aumentar, há necessidade de profissionais com aprofundamento do conhecimento sobre gerontologia e geriatria seja no setor ambulatorial, hospitalar e também domiciliar, além do cuidado com os familiares e cuidadores deste sujeito que envelhece. Sabe-se que na desospitalização e após a alta hospitalar, o idoso e sua família, deveriam ser acompanhadas por uma equipe de saúde para que, as possíveis reinternações não ocorram com frequência, visto as complicações que as diversas doenças trazem nesta fase da vida. Deve-se destacar que a

assistência domiciliar como modelo de assistência deve ser enfatizada e mais estimulada entre os profissionais de saúde e os gestores, visando possibilitar melhor qualidade de vida para os idosos, associada a redução de custos.

Desta forma, este tipo de cuidado é importante na redução das perdas do idoso produzidas pelo envelhecimento; diminuindo a possibilidade de hospitalização num estágio avançado da doença, o que aumenta os custos econômicos, além de favorecer a humanização do cuidado. A desospitalização é uma tendência mundial da organização dos serviços de saúde, que possibilita aliviar a carência de leitos hospitalares e melhorar a qualidade de atendimento através da desconcentração dos locais de atendimento. Ao invés de unidades de grande porte, transfere-se a prestação dos serviços para unidades mais simples e para a própria residência dos cidadãos³.

Não só em caso de alta hospitalar, mas diversas são as possíveis indicações para assistência domiciliar aos idosos, seja com a perspectiva de promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida do idoso, acompanhamento e evitar as re-hospitalizações. Deve-se considerar que a assistência domiciliar é preconizada no Estatuto do Idoso no Artigo 15⁴.

O conceito de assistência domiciliar e o nível de assistência que será prestada no lar, precisa ser esclarecido e apresenta uma complexidade para os serviços de saúde de um modo geral. A assistência domiciliar pode ser entendida como “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna”. Os serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores,

acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos⁵.

A Visita Domiciliar pode ser entendida como método, técnica e instrumento, onde deve ser desenvolvida a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que as famílias possam desenvolver condições de independência na sua própria condição de saúde.

Com a amplitude e a complexidade que é a assistência domiciliar, é necessário preparação, qualificação e capacitação dos profissionais para proceder tal modelo de assistência. Tal necessidade decorre da especificidade que é cuidar de um idoso, ademais em seu domicílio, lugar de intimidade, de convívio familiar, onde muitos aspectos objetivos e subjetivos existem como os decorrentes das relações familiares do idoso e que, podem ser imperceptíveis para os profissionais quando atendem em seus consultórios.

No Estatuto do Idoso, Artigo 15, parágrafo 1, Inciso IV, assegura o atendimento domiciliar, incluindo a internação para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover. Segundo o Estatuto:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem

fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural.

A assistência domiciliar ao idoso é complexa por si só; além de requerer cuidados tanto assistenciais quanto sociais; as patologias são diversas, isto é, não são específicas; necessita de uma rede de apoio constituída pela família e comunidade, além da necessidade de integralidade, universalidade e equidade preconizadas pelo SUS. Vê-se várias nuances que os profissionais de saúde precisam dominar e conhecer necessitando de capacitação para proceder a assistência domiciliar. No Artigo 18 do Estatuto do Idoso, ressalta que as *“instituições de saúde devem atender os critérios mínimos para o atendimento às necessidades dos idosos, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais”*.

Entretanto, deve-se considerar que uma coisa é a descrição das Políticas Públicas de Saúde e outra é assegurar que sejam cumpridas e com qualidade tanto para o idoso, familiares e para os profissionais envolvidos nesta assistência domiciliar além, da complexidade que perpassa em tal ação.

METODOLOGIA

Neste sentido, este estudo tem o objetivo de refletir acerca da Assistência Domiciliar a partir das articulações do Artigos 15 e 18 do Estatuto do Idoso com as Políticas Públicas direcionadas ao idoso no Brasil.

A discussão ocorre em torno da capacitação dos profissionais de saúde para a realização da Assistência Domiciliar, sabendo-se que os profissionais são responsáveis pela realização desta atividade, sendo feita de forma que o idoso e seus familiares sejam os receptores de cuidados

de saúde, visando a melhoria de qualidade de vida, através destes agentes viabilizadores das políticas de atenção ao idoso assistido, necessitado de Assistência Domiciliar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Políticas públicas de atenção à saúde

A legislação que trata dos interesses do idoso começa a se constituir a partir da década de 70, até então a atenção aos idosos tinha um caráter caritativo dispensada por religiosos e entidades filantrópicas. No cenário das legislações encontramos menções em artigos do Código Civil, Código Penal, Código Eleitoral e a promulgação da Lei 6.179/1974 que institui a Renda Mensal Vitalícia.

As discussões efetivas direcionadas aos idosos têm como marco mundial a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada em Viena/Áustria em 1982, tendo como resultado o primeiro plano de ação voltado para sensibilizar governo e sociedade quanto à necessidade de políticas públicas direcionadas para os idosos.

No Brasil, essa luta vai resultar na aprovação da Lei 8842/94 que instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pelo decreto lei nº 1948/96. Tratava-se de uma lei abrangente, mas na verdade a busca era por uma lei forte que orientasse e norteasse as ações e direitos dos idosos, uma proteção específica ao grupo de idosos, como aconteceu com a criança e o adolescente.

A Política Nacional do Idoso foi aprovada com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. No capítulo VI referente às Ações

Governamentais, Artigo 10, Inciso II é prevista a estimulação da criação de incentivos e de serviços alternativos de atendimento à saúde do idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimento domiciliar e outros.

No ano de 1999 é aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), parte integrante do anexo da Portaria 1395/1999, do Ministério da Saúde. Na PNSI já explicita os locais onde deve-se proceder o cuidado com o idoso e fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento. A mesma define diretrizes norteadoras para as ações do setor saúde: promoção do envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional e assistência às necessidades de saúde do idoso nos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar⁶.

A PNSI define algumas diretrizes essenciais, entre elas, a assistência às necessidades de saúde do idoso, que prevê em meio aos serviços alternativos à internação prolongada, a inclusão, obrigatoriamente, da assistência domiciliar. A adoção de tal medida constitui estratégia importante visando diminuir o custo da internação, uma vez que assistência domiciliar é menos onerosa do que a internação hospitalar.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) tem como finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”, sendo contemplado com essa política, todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Em 1977/1999 surgiram diversos projetos no Congresso Nacional, dois dos quais faziam

referência ao Estatuto do Idoso, eram adaptações do Estatuto da Criança e do Adolescente e propostas de revogação da Lei 8842/94, entre outras, que não foram adiante.

Muitos documentos elaborados foram revisados e alguns direitos assegurados, contrariavam os interesses do governo sendo então revertidos. Finalmente em Outubro de 2003 o Estatuto do Idoso é sancionado pelo Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, entrando em vigor em 1º de Janeiro de 2004.

O Estatuto do Idoso embora amplie a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa e considerado um dos principais instrumentos de direito do idoso, não traz no seu bojo, meios de financiamento às ações propostas. Em contrapartida estabelece sanções penais e administrativas nos casos de descumprimento dos direitos aos idosos.

Como podemos ver, a legislação brasileira relativa aos cuidados dos idosos é bastante avançada, porém na prática ainda se mostra insatisfatória. No Estatuto, alguns artigos registram o direito que os idosos possuem em serem atendidos em diversos cenários e também reforça que os profissionais necessitam de capacitação para o atendimento nestes vários locais como é o caso dos Artigos n 15 e n 18 já mencionados.

O capítulo IV, Artigo 15, nos diz que:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Em 2005, o Ministério da Saúde resolve definir uma Agenda de Compromisso pela Saúde

que agrega: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto de Gestão, e o Pacto em Defesa da Vida. Este último reforça a prioridade da atenção à saúde do idoso e é, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria Nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006 que define como porta de entrada para atenção à saúde do idoso a Atenção Básica/Saúde da Família.

Na atenção básica a incorporação de medidas que levem a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes da Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, deve ser valorizada (PNSPI).

As políticas públicas de saúde, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública - os idosos e as idosas com alto grau de dependência funcional. Elas mostram que é *“possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades, tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade”*⁷.

Dessa forma torna-se imprescindível a oferta de cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos.

Importante atuação demonstra a preocupação em fazer valer a execução e cumprimento da legislação em pauta. Para isso a capacitação para cuidar do idoso, é uma exigência premente para toda equipe envolvida, que deve ser capaz de assistir da melhor forma e atender às necessidades da pessoa idosa.

O cuidado domiciliar também será facilitado a partir do conhecimento da condição de fragilidade e avaliação dos recursos locais, incluindo o cuidador familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentando uma rede de

solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a sua reinserção na comunidade.

Assim, o profissional necessita conhecer as diversas interfaces que compõem este modelo de assistência para que as ações de atenção primária, secundária e terciária sejam estabelecidas de acordo com a condição funcional da pessoa idosa. Prestar assistência à saúde no domicílio é muito mais que simplesmente levar a equipe de saúde ao paciente com dificuldade de locomoção, é compreender o contexto sócio-econômico e cultural do sujeito e seus familiares, o significado da dificuldade de locomoção para o paciente e sua influência na dinâmica familiar, é avançar na compreensão do contexto no qual estas pessoas se inserem, comprometer-se⁸.

Como observado, a legislação é ampla e prevê as diversas situações que o idoso pode estar exposto, cabendo ao profissional promover a qualidade de vida do sujeito, quando chamado a atendê-lo. Viver muito é importante, mas viver bem é fundamental. A preservação da autonomia e da independência funcional das pessoas idosas deve ser meta de todos os níveis de atenção e modelos de assistência, entre elas a domiciliar.

Assistência domiciliar aos idosos - A necessidade de capacitação profissional

Quanto mais se observa o crescimento da população geriátrica, particularmente dos “grandes idosos”, portadores de mais e maiores limitações, e quanto mais se conhecem as peculiaridades orgânicas, funcionais, psíquicas e sociais da chamada “terceira idade”, mais se torna patente a necessidade de uma estrutura de saúde especializada que possa oferecer, em todos os níveis de atenção à saúde, os múltiplos e complexos apoios requeridos por esta faixa da população.

Assim, não se pode deixar de considerar a

formação dos profissionais como primordial para o atendimento domiciliar ao idoso e seus familiares ,entretanto, tendo-se consciência que não é o suficiente para assistir tal sujeito nesta faixa etária , portanto, neste artigo, a ênfase estará voltada para a capacitação profissional.

Ao longo dos últimos anos, a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), lei nº. 9.394 de 20 de dezembro de 1996, configurou-se como um importante evento inserido no contexto de mudanças da formação e educação em saúde, uma vez que trouxe maior flexibilidade na organização dos cursos e carreiras, proporcionou a valorização da articulação entre instituições formadoras e serviços, definiu o ensino com base no desenvolvimento de competência e habilidades profissionais e estabeleceu grandes perspectivas para a formação de nível médio e superior.

No âmbito Federal, o Conselho Nacional de Educação, a partir de 2001, estabeleceu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), definindo os parâmetros de organização, de desenvolvimento e de avaliação dos projetos pedagógicos de cada curso das instituições de ensino superior, dando início a um movimento de transformações na educação, abrangendo o compromisso das universidades com os princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, através do desenvolvimento de ações de relevância social, nas quais a educação, o trabalho e as práticas sociais são articulados para formar profissionais conectados com as necessidades de saúde.

Além disso, na formação requer que se estimule a reflexão crítica dos docentes, dos profissionais das redes de serviços e dos estudantes inseridos nos diversos cenários de aprendizagem visto que, no momento atual, rico

em propostas de transformação, é preciso saber questionar, criar e agregar conhecimentos e experiências. A assistência à saúde domiciliar vem sendo implementada principalmente na Estratégia Saúde da Família, entretanto, com dificuldades por parte dos profissionais, devido à estrutura ofertada para sua atuação bem como à formação profissional.

Diversas são as interfaces que constituem a assistência ao idoso ainda mais se tratando do cuidado domiciliar que implica em diversos princípios apresentados mais adiante.

Assim, nos diversos currículos, precisam estabelecer estratégias para identificar as especificidades da assistência domiciliar tendo em vista a orientação das Políticas de saúde voltadas para a saúde do idoso com o objetivo de apontar a complexidade do atendimento domiciliar e a importância da formação, preparo e capacitação dos profissionais da saúde.

Deve-se ter em mente que para proceder o atendimento domiciliar é necessário a sua sistematização e operacionalização para estabelecer, uniformizar e socializar conceitos, os quais são imprescindíveis para ocorrência desta prática.

Na atenção domiciliar é preciso analisar em profundidade suas indicações concretas em razão das características da comunidade atendida e dos recursos disponíveis para assistir as pessoas com diferentes graus de incapacidade que as impossibilitam não somente de ir à unidade de saúde como também em muitos casos, a realizar atividades cotidianas básicas. Para proceder a sistematização é fundamental diferenciar as modalidades desta assistência.

Há a desapropriação profissional acerca dos termos e diferentes modalidades da atenção domiciliar à saúde utilizados por eles, havendo uma grande dificuldade no discernimento e

compreensão acerca das diferentes categorias. Desse modo, suas práticas podem não estar adequadamente fundamentadas nos objetivos, finalidades, características e tipo de assistência realizada.

A Assistência Domiciliar divide-se em três modalidades: atenção domiciliar que é um termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio; assistência domiciliar que é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio e internação domiciliar sendo um conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada³.

Alguns grupos que praticam a assistência domiciliar desdobram as definições da ANVISA caracterizando o atendimento domiciliar como o cuidado prestado no domicílio, para pessoas com problemas agudos, e que em função disto estejam temporariamente impossibilitadas de comparecer à Unidade Básica de Saúde (UBS). Já a internação domiciliar é o cuidado no domicílio de pacientes com problemas agudos ou egressos de hospitalização, que exijam uma atenção mais intensa, mas que possam ser mantidos em casa, desde que disponham de equipamentos, medicamentos e acompanhamento diário pela equipe da UBS e a família assuma parcela dos cuidados, não substituindo a internação hospitalar.

Na literatura também menciona que o acompanhamento domiciliar é o cuidado no domicílio para pessoas que necessitem contatos frequentes e programáveis com os profissionais da Equipe, como o portador de doença crônica com dependência física; fase terminal; idosos com

dificuldade de locomoção ou sozinhos; egressos do hospital, que necessitem acompanhamento por condição incapacitante; problemas de saúde, incluindo doença mental, o qual determine dificuldades de locomoção ou adequação ao ambiente da Unidade de Saúde.

Enquanto que a vigilância domiciliar é decorrente do comparecimento de um integrante da equipe até o domicílio para realizar ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população de sua área de responsabilidade, geralmente vinculadas à vigilância da saúde que a Unidade desenvolve, sendo elas: ações preventivas e o acompanhamento de egressos hospitalares, sendo a assistência domiciliar um importante instrumento para prevenção de reinternações, bem como para abordagem de problemas recorrentes de saúde.

Como pode ser visto a concepção da assistência domiciliar deve ser o primeiro elemento que o profissional deve conhecer e qual o seu objetivo.

Deve-se considerar os princípios que fundamentam o atendimento domiciliário para atingir seus objetivos, como: visão holística da atenção; avaliação e orientação multidimensionais; garantia dos princípios de equidade e universalidade; busca do melhor estado funcional; humanização do atendimento; suporte ao cuidador e suporte familiar. Aos profissionais cabe se inteirar acerca das concepções teóricas e filosóficas que embasam estes princípios.

O termo holística originou-se do grego “holos”, que se refere totalidade, correspondendo a uma concepção da realidade, em função de totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidade menores. Integrando as últimas teorias da física e outras, há um desenvolvimento do raciocínio para a

elaboração de sua concepção holístico-ecológica de saúde, inferindo a priori que todo processo de doença e cura é essencialmente mental, e como conseqüência, todas as doenças são de ordem psicossomática⁹.

Tanto a origem da doença como seu desenvolvimento e cura envolvem a interação contínua da mente e do corpo. Numa abordagem holístico-ecológica do processo saúde-doença, o organismo humano é concebido como um sistema, cujas dimensões biológicas, psicológicas, e espirituais são interligadas e interdependentes, sendo parte integrante de sistemas maiores, subentendendo que o homem como organismo individual está em contínua interação com seu meio ambiente físico e social⁹.

Os profissionais da área da saúde possuem um olhar que compartimentalizado do indivíduo, que divide o corpo em partes para ser avaliado. Esta visão é resultado principalmente do contexto de formação que ainda os profissionais da saúde são submetidos. Assim, na perspectiva holística concebe-se o idoso e sua família como um sistema no qual se evidencia que o problema de saúde do idoso, é também problema de todos os outros e não apenas do indivíduo. Nesta perspectiva, para se proceder o cuidado domiciliar, o trabalho de ver uma equipe multiprofissional com ações que sejam interdisciplinares.

A visão holística na saúde do idoso configura-se numa síntese que inclui a visão sistêmica da vida, o ecossistema, a integração dos diversos conhecimentos, a dimensão transpessoal, além da arte e da ética, a qual culmina na manifestação do modo - de - ser - cuidado que visa à manutenção e ao desenvolvimento da vida¹⁰.

A equipe multiprofissional é, hoje, uma realidade insofismável e necessária em todos os espaços onde se praticam ações que visam

melhorar a qualidade de saúde e de vida das populações. Para o trabalho da equipe, três fatores devem ser abordados: a interface do trabalho dos profissionais, a autonomia dos profissionais e a capacitação profissional.

A interface do trabalho dos profissionais é um tema complexo, na qual as áreas de competências de cada profissional são claras na grande maioria dos procedimentos e não há disputa em torno dessas. Há áreas de competências, entretanto, que são comuns a várias profissões, algumas que são complementares, algumas que são imbricadas e algumas que são de difícil especificação. O que vai regulamentar e estabelecer rotinas de trabalho em se tratando de assistência domiciliar é o debate democrático da equipe, que deve estabelecer protocolos de trabalho conjunto, não sendo cabível criar leis para definir verticalmente essa interface.

A autonomia dos profissionais pode ser considerada o ponto crucial da polêmica do trabalho em equipe principalmente na assistência domiciliar, momento em que cada profissional estará entrando na intimidade do sujeito idoso e seus familiares. Cada profissional de Saúde deve ter absoluta autonomia de trabalho naquilo que é claramente de sua área de competência, não podendo um ser tutorado ou comandado pelo outro. Com o trabalho de equipe, o conjunto dos profissionais deve estabelecer o fluxo e a inter-relação das ações.

A capacitação profissional, portanto, é fator essencial para uma atenção adequada da equipe de saúde, sendo esta imprescindível para o atendimento domiciliar adequado ao idoso. Assim, torna-se necessário voltar à atenção para a formação e capacitação de recursos humanos com vistas ao atendimento do fenômeno do envelhecimento (Gerontologia) e processo

saúde-doença dos idosos (Geriatría).

Na visão holística do idoso, o mesmo deve ser visto na sua totalidade e ainda, ser enfatizado a assistência a sua família pois esta é elemento importante no seu cuidado nos diversos cenários assistenciais. Na verdade, não deve ser considerado fácil para os profissionais, ao realizarem a assistência domiciliar, também ter um olhar para os integrantes daquela família. Isso se faz necessário pois uma das mais importantes funções da família ao cuidar de seus membros em situação de doença, o profissional pode observar um contexto de complexidades e singularidades, bem como um modelo de cuidado, a partir da conjunção de diversos conhecimentos, que é compatível com a visão holística que vem se afirmando no meio científico.

Um outro princípio que rege a assistência domiciliar é a avaliação multidimensional. Nela o profissional identifica os problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas. No entanto, qualquer instrumento tem limitações e, por si só, não é suficiente para o diagnóstico, devendo ser tomado como complementar e não utilizado de forma mecânica, pois nada substitui a escuta qualificada realizada por profissional de saúde habilitado, e a investigação de todos os aspectos (familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos, etc.) que envolvem a vida da pessoa. Os problemas identificados, caso não sejam adequadamente tratados, podem conduzir à situações de incapacidade severa - imobilidade, instabilidade, incontinência, declínio cognitivo - colocando o idoso em risco de iatrogenia.

Outro princípio que necessita de um olhar atento e de exercício constante pelos profissionais de saúde é a equidade. Quando se trata da pessoa idosa tem-se a tendência a considerá-la como um indivíduo que já viveu um

número considerável de tempo e que necessita dar oportunidade para outros. Entretanto, as pessoas idosas, a cada dia mais, vem lutando pela manutenção de sua qualidade de vida e exercendo a sua cidadania e o direito expresso na Constituição.

Na Constituição Brasileira, a equidade em saúde é tomada como igualdade, garantida pela gratuidade no acesso aos serviços de saúde, o que pressupõe não só uma divisão quantitativa de recursos, mas sua orientação à redução das desigualdades sociais, por meio do modelo assistencial. O termo equidade tem sido empregado pela literatura da área da saúde como diferenças consideradas injustas, além de desnecessárias e evitáveis, entre as pessoas ou grupos sociais.

Equidade em saúde implica idealmente que qualquer pessoa possa ter oportunidades justas para alcançar seu completo potencial de saúde e, na prática, que se possam evitar desvantagens no alcance desse potencial¹¹.

Desta forma, a equidade em saúde reflete com grande nitidez a equidade social. Em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e no morrer¹².

Além disso, os diversos grupos sociais apresentam demanda diferenciada aos serviços de saúde, em termos de volume e de tipo de problema. Essas diferenças precisam ser consideradas na programação da oferta de serviços quando se busca construir um sistema de saúde mais equânime. No caso da Constituição brasileira, a equidade na saúde foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, e seu conceito não está definido claramente na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Profissionais formados com as inserções na rede de atenção, e que conhecem o SUS e as políticas de saúde, frequentemente adquirem uma postura na sua atuação de compromisso diante das necessidades do SUS, o que é importante para o seu efetivo engajamento nas propostas de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Tais propostas constituem objetivos da formação de profissionais de saúde, a qual necessita se estruturar com base na problematização do processo de trabalho e da sua capacidade de atender adequadamente às necessidades de saúde das pessoas e das populações.

A equidade e universalidade parece que caminham juntas. A universalidade no acesso aos serviços de saúde preconizado pelo SUS, é garantida pela gratuidade dos serviços de saúde, evitando-se, assim, que situações econômicas desvantajosas possam dificultar o seu alcance. E é notório a desvantagem econômica da maioria dos idosos brasileiros que recebem aposentadorias que não suprem as suas necessidades.

Essa igualdade no acesso pressupõe que exista um sistema no qual o setor público tem importante participação e que faça corresponder a distribuição dos serviços de saúde ao perfil de necessidades das populações. Assim, o perfil da população idosa assistida deve ser, inicialmente, conhecida pelos profissionais de saúde. Não se pode cuidar de alguém sem conhecer a sua realidade, a sua vida, as suas perspectivas. Distribuir igualmente, somente levando em conta o quantitativo da população de cada área, na prática, leva à má distribuição e não permite o alcance dos grupos sociais mais vulneráveis.

O profissional que assiste a um idoso deve considerar que a capacidade funcional nesta faixa etária é considerada um dos princípios da gerontologia, implicando em qualidade de vida

nesta faixa etária. O estado funcional é a dimensão-base para a avaliação geriátrica. Esta se resume na avaliação dos fatores físicos, psicológicos e sociais que afetam a saúde dos pacientes mais idosos e frágeis¹³.

A capacidade funcional, em estudos da população idosa, é geralmente dimensionada em termos da habilidade e independência para realizar determinadas atividades. A capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso e mais recentemente vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde dessa população¹⁴.

O profissional não deve desprezar a avaliação de outros aspectos na vida do idoso. Outras dimensões, como a avaliação social e cognitiva, como bem-estar físico e saúde percebida; bem-estar psíquico; disponibilidade de ajuda informal sócio-familiar e disponibilidade de ajuda institucional; disponibilidade econômica para satisfação de necessidades básicas e não básicas; atividades da vida diária, medindo ainda a utilização e a necessidade sentida de vários tipos de serviços são também necessárias na avaliação geriátrica, mas interação de tal forma com o estado funcional, que uma alteração nesta dimensão pode indicar problemas nestas outras.

Assim, os profissionais devem conhecer os diversos instrumentos de avaliação funcional preconizadas pelo Ministério da Saúde e que nem sempre são apresentados no período de formação e também não são utilizadas nos serviços de saúde, sendo do conhecimento apenas dos especialistas em gerontologia e geriatria. Os métodos habituais de se realizar uma avaliação funcional estruturada consistem na observação direta (testes de desempenho) e por questionários, quer auto-aplicados ou concebidos para entrevistas face a face, sistematizados por meio de uma série de escalas que aferem os

principais componentes da dimensão.

As ações relacionadas à manutenção da capacidade funcional deverão ser prioritárias, visto que ao preservar esta capacidade, pode se contribuir para a melhoria da qualidade de vida desta população e conseqüentemente facilitar sua inclusão sócia.

Ao assistir um idoso no domicílio, outros aspectos devem ser observados pelos profissionais e que nem sempre são objeto da formação acadêmica. Na verdade, a formação de um profissional de saúde não se esgota no mero aprendizado de competências e habilidades de ordem técnica, mas inclui também o manejo de situações de ordem intersubjetiva, em que se assume importância todo um conjunto de valores éticos e morais. Tradicionalmente, entretanto, dá-se ênfase a objetivos educacionais do domínio cognitivo e, se necessário, àqueles de ordem psicomotora, mas pouco se faz em relação aos aspectos afetivos. E o idoso, no seu cuidado em saúde, valoriza tais aspectos.

Outro aspecto considerado para o atendimento domiciliar é a humanização da assistência. A humanização do atendimento à saúde caracteriza-se como um movimento no sentido da concretização um dos princípios do SUS no dia-a-dia dos serviços.

Cabe ressaltar que até a década de 80, o modelo de assistência à saúde no país era centrado no atendimento curativo, especializado, individual, tendo como principal espaço para as ações de saúde, o hospital. Além disso, não se constituía como direito de todos. A partir do movimento da reforma sanitária, nos anos 80, começa a se delinear um novo projeto de saúde que passa a valorizá-la como direito de todo cidadão a ser garantido pelo Estado, envolvendo princípios como a equidade do atendimento, a integralidade da atenção e a participação social

do usuário. Assim, alguns textos que enfocam a humanização, a partir da década de 80, a relacionam à possibilidade de constituir um projeto político, garantindo a operacionalização de um serviço de saúde que considere a dignidade do usuário e do trabalhador, como cidadãos, e isto inclui os idosos.

Desse modo, ao longo desses anos, a temática humanização vem se constituindo, no contexto atual de saúde, desde uma perspectiva caritativa até a preocupação atual com a valorização de saúde como direito do cidadão, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário.

Na possibilidade de resgate do humano, naquilo que lhe é próprio, é que pode residir a intenção de humanizar o fazer em saúde. Assim, buscar formas efetivas para humanizar a prática em saúde implica em aproximação crítica que permita compreender a temática para além de seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido.³¹ A política de humanização deve ser conhecida e os seus princípios devem fazer parte da prática dos profissionais e gestores da saúde. Com a Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde propõe estimular esse movimento, incentivando a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde.

A operacionalização da Política Nacional de Humanização dá-se pela oferta de dispositivos - tecnologias, ferramentas e modos de operar.

Dentre esses dispositivos, destaca-se o “Acolhimento”, que tem a característica de um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos usuários.

Outro princípio importante para a assistência domiciliar é a família do sujeito assistido. Acresce a esta observação que, a família é essencial para o cuidado em gerontologia. Hoje, não se pode cuidar do idoso sem cuidar também de sua família. O profissional deve conhecer os diversos tipos de família e buscar estar instrumentalizado para trabalhar com as diferenças e especificidades de cada uma.

As famílias estão em constante processo de transformação e mudança. Dentre estas teorias que buscam conceituá-las destaca-se a Teoria Sistêmica onde as famílias são compreendidas como sistemas baseados nas relações, com base em ganhos e perdas, distribuição do poder de cada um de seus membros, estabelecimento de papéis, desenvolvimento de códigos, simbologias e significados para atitudes e relações.

Todos os membros familiares acabam desempenhando tarefas e assumindo papéis, dentre os mais presentes são o prover e o cuidar. O prover, originalmente é um papel do gênero masculino, e está ligado ao sustento, ao poder de compra, às possibilidades e oportunidades daquela família na nossa sociedade capitalista. O cuidar, originalmente é um papel do gênero feminino, e está ligado ao desenvolvimento da afetividade, da alimentação, da atenção e vigilância constante. Estes são papéis em profunda transformação na nossa sociedade, e hoje, não são distinguíveis entre o homem e mulher.

Esse funcionamento nem sempre é

harmônico, o que pode contribuir para o surgimento de doenças nos diferentes membros familiares, em especial nos idosos, quando aos poucos perdem funções previamente definidas.

Observa-se a necessidade de serem estabelecidos esquemas assistenciais mais efetivos e dinâmicos, capazes de assistir as demandas crescentes dos idosos e de suas famílias e isto pode não ser objeto de observação dos profissionais de saúde. Com o objetivo de dimensionar a funcionalidade das famílias, alguns profissionais vêm desenvolvendo instrumentos com a proposta de avaliar a dinâmica de funcionamento de uma família para intervir de maneira a auxiliar o restabelecimento do equilíbrio dessa unidade de relações, quando uma disfunção for detectada. Dessa forma permite que ambos encontrem uma solução terapêutica adequada, em que o equilíbrio familiar seja a meta, melhorando a assistência ao idoso e diminuindo os custos emocionais da própria família.

O cuidador é o indivíduo, da família ou não, que assume os cuidados prestados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau) no contexto domiciliar e, nesta função, representa o elo entre paciente/família e equipe interprofissional. Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa.

O ato de cuidar é voluntário e complexo, tomado por sentimentos diversos e contraditórios como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação e choro. Esses sentimentos podem ser simultâneos e devem ser compreendidos, fazendo parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada. É importante avaliar a presença de estresse entre os

cuidadores, sendo um fator de risco da ocorrência de situações de violência contra os idosos ou de adoecimento do próprio cuidador.

É importante que outras opções assistenciais sejam oferecidas às famílias com o objetivo de adequar as necessidades emanadas pelos idosos. Os grupos de cuidadores podem ser uma estratégia útil para esse fim e o Guia Prático do Cuidador, elaborado pelo Ministério da Saúde, oferece orientações práticas para ao cuidador.

Baseado neste contexto, constata-se que a família deve ser tomada como perspectiva, considerando o grande potencial, aliando-se à manutenção e na restauração da saúde de seus membros, sendo o habitat natural da pessoa humana.

Pensar na família é um desafio para os profissionais de saúde, sobretudo num contexto em que o cuidado está orientado primariamente para atender às necessidades do indivíduo e não da unidade familiar.

A relevância da conexão existente entre o cuidado do indivíduo e o contexto familiar tem sido apontada como algo indispensável para o cuidado integral da pessoa doente. Foram identificadas nove categorias de intervenção com famílias, sendo: apoio à família, manutenção do processo familiar, promoção da integridade familiar, envolvimento da família, mobilização da família, apoio ao cuidador, terapia familiar, apoio a irmãos e educação de pais¹⁵.

O conhecimento das condições de apoio familiar, ambiente físico e psíquico de vida do paciente é, pois, para o profissional de saúde um elemento indispensável em sua atividade.

Dada a importância da família como órgão de apoio e de saúde, a impossibilidade dos idosos poder dispor destes recursos pode levá-lo a situações de morbidade significativa, seja sob prisma física, psíquico ou social. Até porque

muitas condições mórbidas desses pacientes não podem ser detectadas senão dentro do ambiente familiar. Visto que o paciente idoso, frequentemente, apresenta uma multiplicidade de sintomas e sinais que geralmente correspondem a comorbidades. É comum que o diagnóstico correto de algumas síndromes geriátricas exija o conhecimento das condições de vida e moradia do paciente, para que o profissional de saúde possa chegar a um correto diagnóstico.

Ao atender o usuário dependente, o atendimento domiciliar consegue aliviar a carga extremamente pesada que está sobre aquela família oferecendo-lhe apoio, suporte, orientação e tratamento, possibilitando maiores habilidades para um cuidado mais eficiente e menos cansativo. Isto, provavelmente, vai diminuir a necessidade de internações, asilamento, permitindo, assim, a continuidade da pessoa em seu próprio meio. Uma integração do atendimento domiciliar com os hospitais poderá contribuir para altas mais precoces, diminuindo o tempo de permanência no hospital. Seus familiares, acompanhantes e cuidadores não terão medo de recebê-lo em casa e poderão iniciar rapidamente sua recuperação.

O atendimento domiciliar pode ajudar a melhorar a qualidade de vida do paciente, ao permitir que este seja cuidado no ambiente familiar, junto ao carinho de seus entes queridos, e, também, ao ajustar o ambiente doméstico às necessidades. A maioria prefere ser cuidada em casa e os idosos, em especial, preferem melhor qualidade que maior quantidade de vida. O atendimento domiciliar parece exercer um papel central na obtenção desse desejo.

Além da formação deve-se considerar de suma importância os Conselhos profissionais que deveriam ter significativa participação da população, neste caso de idosos em analogia ao que

ocorre nos conselhos municipais, estaduais e federal de saúde.

CONCLUSÃO

O aumento do número de idosos no país é um fato e com ele ocorre o aumento da demanda por assistência de maior complexidade, visto a maior concentração de doenças crônicas nesta faixa etária. Entretanto, estes aspectos citados carregam consigo crescimento dos custos com a saúde além de outras questões biológicas, psicológicas e sociais no idoso.

Assim, a assistência domiciliar pode ser pensada como uma modalidade alternativa na atenção a saúde do idoso, visto que é garantida nas Políticas Públicas ao Idoso, especificamente no Artigo 15 do Estatuto do Idoso.

O Estatuto do Idoso é como marco de conquista da cidadania alertando quanto à necessidade das pessoas com 60 anos ou mais conhecerem bem o referido estatuto, já que foi instituído com o objetivo de regular os direitos assegurados a essas pessoas.

A partir do crescimento exponencial do conhecimento criou novas necessidades no mundo do trabalho. Nesta condição, o somatório dos conhecimentos e habilidades específicos dos diversos profissionais é considerada a melhor alternativa para a estruturação da atenção à saúde de idosos, surgindo, também, a necessidade da estruturação de equipes interprofissionais. Assim, a formação exerce uma ação essencial no que diz respeito ao atendimento das pessoas idosas e seus familiares. Hoje, os diversos cursos de graduação e pós-graduação dão um destaque em seus currículos a pessoa idosa e seus familiares.

Na atual conformação do sistema de saúde brasileiro, a formação e o desenvolvimento dos recursos humanos configuram-se como questões

fundamentais e estratégicas, para que as transformações no nível da produção do cuidado em saúde sejam efetivadas. Isso porque os princípios e as políticas do SUS necessitam cada vez mais de profissionais com formação acadêmico-científica, éticos, humanísticos, dotados de conhecimentos técnico-político e cultural para a cooperação e assessoramento na prestação dos serviços e nos movimentos sociais.

De fato, o SUS está exigindo dos profissionais, inseridos no processo de trabalho em serviço de saúde, clareza dos seus limites de atuação, intervenção e habilidade para construir e manter o vínculo, contratualidade e responsabilidade, o acolhimento entre o serviço e os usuários, a qualificação e a produção de saberes, dentre outros, como meios de superar o paradigma biologicista e buscar a promoção das ações voltada para o cuidado, em atenção às novas e complexas necessidades de saúde da população.

A reflexão a cerca da capacitação dos profissionais de saúde para procederem a atenção domiciliar preconizada pelas Políticas Públicas, faz-se necessária e importante a medida que aponta para as diversas interfaces e que devem nortear a atenção domiciliar e que necessitam ser conhecidas pelos profissionais.

Percebe-se que as políticas públicas não têm sido suficientes para dar conta das demandas e complexidades que é atender um idoso e seus familiares no domicílio, mesmo sendo preconizada no Estatuto.

No Sistema de Saúde brasileiro, a formação dos recursos humanos, configuram-se como essenciais para implementação de um modelo de assistência como o atendimento domiciliar, estando este assunto no artigo 18 do Estatuto do Idoso, quando enfatiza a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde .

REFERÊNCIAS

1. Andrade OG, Rodrigues RAP. Abordagem holística do sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral. *Ciênc. cuid. saúde*. 2002;1(1):185-191.
2. Ângelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva da Enfermagem [tese]. São Paulo; Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1997.
3. Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº11, de 26 de janeiro de 2006.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil; 1988.
5. Brasil. Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso.
6. Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasil. Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Educação Nacional.
7. Brasil. Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso.
8. Giacomozzi C, Lacerda M. R. Assistência à saúde domiciliar e seus diferentes conceitos. Curitiba: UFPR, 2005. 18 p.
9. Andrade OG, Rodrigues RAP. Abordagem holística do sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde Maringá*. 2002: 1(1):185-191.
10. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization; 1990.
11. Fleury S. Governabilidade e cidadania para a equidade em saúde. In: Tercer Foro Interamericano de Liderazgo de Salud, 2002.

Buenos Aires. Disponível em:
<<http://www.equidadensalud.org/foroliderazgo/archivos/fleury.pdf>>.

12. Paixão CM JR, Reichenheim ME. A review of functional status evaluation instruments in the elderly. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:7-19

13. Cornoni HJ *et al.* Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. Washington, DC. 1986. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

14. Craft MJ, Willadsen JA. Interventions related to family. *Nursing interventions*. 1992; 27(2): 517-540.

Recebido em: 03/06/2010

Aprovado em: 11/09/2010