

DESAFIOS PARA O INTERNAMENTO DOMICILIAR DO IDOSO NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA

CHALLENGES FOR THE HOME HOSPITALIZATION OF THE ELDERLY FROM THE FAMILY PERSPECTIVE

RETOS PARA LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARA DE LOS ANCIANOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA FAMILIA

Sara Ingrid de Rezende Ferreira¹
Elen Ferraz Teston²
Gleice Kelli Santana de Andrade³
Bianca Cristina Ciccone Giacon-Arruda⁴
Daniela Miyuki Sato⁵
Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida⁶

Como citar este artigo: Ferreira SIR, Teston EF, Andrade GKS, Giacon-Arruda BCC, Sato DM, Almeida RGS. Desafios para o internamento domiciliar do idoso na perspectiva da família. Rev baiana enferm. 2021;35:e42249.

Objetivo: conhecer as vivências que permeiam o internamento domiciliar do idoso na perspectiva da família. **Método:** estudo exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido com dez cuidadores familiares de idosos cadastrados em um Serviço de Atenção Domiciliar. Os dados foram coletados de abril a junho de 2019, por meio de entrevista individual semiestruturada e submetida à análise de conteúdo. **Resultados:** a atenção domiciliar proporciona benefícios ao cuidado, como o conforto do lar, vínculos afetivos e apoio dos profissionais de saúde. A inexperiência nos cuidados diretos no domicílio, a escassez de recursos materiais e financeiros e a ausência de integração entre os serviços foram descritos como desafios para o cuidado. As ações de capacitação do cuidador para a alta hospitalar implicam na continuidade do cuidado e aperfeiçoamento das habilidades necessárias. **Considerações finais:** os resultados demonstraram a importância da compreensão das potencialidades e os desafios para as famílias cuidarem do idoso no domicílio.

Descritores: Cuidador. Assistência Domiciliar. Enfermagem. Idoso.

Objective: to know the experience that permeates the home hospital stay of the elderly from the family perspective. Method: exploratory study with a qualitative approach, developed with ten family caregivers of the elderly registered in a Home Care Service. Data were collected from April to June 2019, through semi-structured individual interviews and submitted to content analysis. Results: home care provides benefits to care, such as comfort from home, affective bonds and support from health professionals. Inexperience in direct care at home, scarcity of material and financial resources and lack of integration between services were described as challenges for care. The actions of training the caregiver for hospital discharge imply the continuity of care and improvement of the necessary skills. Final

¹ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-8250-5616>.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. elen-1208@hotmail.com. <http://orcid.org/0000-0001-6835-0574>.

³ Enfermeira. Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-3493-9190>.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-8433-6008>.

⁵ Estudante de Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-1918-5511>.

⁶ Enfermeiro. Doutor em Ciências. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-9054-5562>.

considerations: the results demonstrated the importance of understanding the potentialities and challenges for families to care for the elderly at home.

Descriptors: Caregiver. Home Care. Nursing. Old.

Objetivo: conocer las experiencias que impregnan la estancia hospitalaria domiciliar de los ancianos desde la perspectiva de la familia. Método: estudio exploratorio con abordaje cualitativo, desarrollado con diez cuidadores familiares de ancianos inscritos en un Servicio de Atención Domiciliaria. Los datos fueron recolectados de abril a junio de 2019, a través de entrevistas individuales semiestructuradas y sometidos a análisis de contenido. Resultados: la atención domiciliar aporta beneficios a la atención, como la comodidad desde el hogar, los vínculos afectivos y el apoyo de los profesionales de la salud. La inexperiencia en la atención directa en el hogar, la escasez de recursos materiales y financieros y la falta de integración entre los servicios se describieron como desafíos para la atención. Las acciones de formación del cuidador para el alta hospitalaria implican la continuidad del cuidado y la mejora de las habilidades necesarias. Consideraciones finales: los resultados demostraron la importancia de comprender las potencialidades y desafíos de las familias para cuidar a los ancianos en el hogar.

Descriptores: Cuidador. Cuidado en el Hogar. Enfermería. Viejo.

Introdução

O envelhecimento é um processo natural que implica em mudanças graduais, físicas e mentais, relacionadas à idade. Entretanto, salienta-se que envelhecer não é sinônimo de adoecer, sendo esta condição influenciada por fatores genéticos, bem como por comportamentos de risco adotados ao longo da vida⁽¹⁾.

Embora os países desenvolvidos sejam pioneiros no aumento populacional no número de idosos, a transição demográfica também tem ocorrido de forma acentuada nos países em desenvolvimento⁽²⁾. Estima-se que, em 2050, a população mundial terá dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais, e o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas nessa faixa etária⁽³⁾.

Por sua vez, a transição epidemiológica tem refletido no perfil de adoecimento, em especial, pela prevalência das condições crônicas. Destarte, observa-se maior uso dos serviços de saúde com necessidade de internação hospitalar, e elevado tempo de ocupação de leitos demandados pela população idosa, em comparação às outras faixas etárias. Nesse cenário, vislumbram-se inúmeros desafios à sociedade, em especial ao setor saúde, no qual se faz necessário o planejamento estratégico de ações que favoreçam um envelhecimento com qualidade de vida^(4,5).

Atinente a isso, o Programa Melhor em Casa surgiu como estratégia para promover a

desospitalização e garantir ao usuário a continuidade da assistência no domicílio⁽⁶⁾. Destaca-se a Atenção Domiciliar (AD), modalidade de assistência à saúde organizada em um modelo de assistência destinado a pacientes sob condição clínica estável que permanecerão dependentes de cuidados com uso de dispositivos médicos ou não, para tratamento, reabilitação e prevenção de agravos, bem como para oferecer suporte às suas famílias e àqueles que necessitam de AD em internamento domiciliar⁽⁷⁾.

Nesse contexto, a permanência de um indivíduo no ambiente domiciliar, sob condições de adoecimento com dependência, pode alterar a dinâmica familiar, implicando na necessidade de todo o grupo se reorganizar para atender às necessidades de cuidado. Embora os aspectos que permeiam o ato de “cuidar” possam refletir de forma positiva no fortalecimento das relações, atenta-se para os sentimentos ambíguos que poderão surgir com a rotina e fragilizar o elo familiar para além do cuidado prestado⁽⁸⁾.

A prática do cuidar emite reflexos que variam de um sujeito para outro devido às diferenças existentes tanto entre aqueles que cuidam como entre aqueles que recebem os cuidados. Dessa forma, entende-se que as ações de cuidados não se concretizam de modo único ou homogêneo, e suas repercussões possibilitam vivências inéditas⁽⁹⁾. Ademais, na maioria das

vezes, o cuidado é assumido por um cuidador, familiar ou não. Embora o manejo e a expressão do cuidado sejam intrínsecos de cada indivíduo e expressos de várias formas de acordo com a cultura, o papel do cuidador é comumente atribuído a um familiar referenciado como cuidador principal, que executa e se responsabiliza pela maior demanda de cuidado direto⁽¹⁰⁾.

Entretanto, o processo de cuidar, assumido na maioria das vezes por um familiar, pode ser permeado por constantes desafios com potencial de refletir negativamente em sua execução, como a inversão de papéis, a sobrecarga, cuidadores com a saúde fragilizada, além dos sentimentos de insegurança e tristeza que permeiam o cuidado. Esses impactos podem ser evidenciados em desgaste biopsicossocial gradativo, assistência ineficaz e redução da qualidade de vida dos envolvidos⁽⁹⁻¹¹⁾.

Desse modo, acredita-se que, ao cuidar também do familiar cuidador, pode-se proporcionar além de melhor cuidado ao paciente, melhor qualidade de todo o grupo familiar. Assim, atenta-se para a importância de estudos que explorem o processo de desospitalização e internação domiciliar na perspectiva do familiar que vivencia e realiza os cuidados, com vistas a conhecer as suas necessidades e subsidiar o planejamento de ações de cuidado na AD.

Nessa perspectiva, questiona-se: Como o cuidador familiar vivencia a internação domiciliar? Para responder a esse questionamento, o presente estudo tem como objetivo conhecer as vivências que permeiam a internação domiciliar do idoso na perspectiva da família.

Método

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, vinculado ao Projeto de Pesquisa “Cuidado Domiciliar ao Adulto e Idoso na Percepção dos Profissionais de Saúde, Pacientes e Cuidadores”. As diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) nortearam a descrição da metodologia do estudo.

Os participantes do estudo foram cuidadores familiares de idosos cadastrados no Serviço de

Atenção Domiciliar (SAD) de um hospital público de Mato Grosso do Sul. Trata-se de um serviço com alta rotatividade de admissões e altas, cuja maioria são pacientes pediátricos, paliativos e idosos. O serviço possui duas equipes assistenciais credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS) no “Programa Melhor em Casa”, compostas por enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e técnicos de enfermagem, distribuídos nos distritos Sul e Oeste, que compreendem geograficamente quatro regiões urbanas da cidade. Ainda, possui uma equipe de apoio formada por assistente social e terapeuta ocupacional.

Os participantes do estudo foram cuidadores familiares de idosos em cuidado domiciliar, acompanhados pelas equipes multiprofissionais de abrangência de dois distritos de saúde atendidos pelo SAD, nas modalidades AD2 e AD3, uma vez que esses pacientes demandam maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo. Os distritos foram selecionados por conveniência em relação à proximidade com a Universidade.

Definiu-se como cuidador familiar principal aquele que estava cadastrado no SAD. A identificação dos cuidadores familiares ocorreu após o recebimento de uma lista solicitada ao serviço contendo os registros de idosos em acompanhamento.

Inicialmente, com apoio dos profissionais do SAD, procedeu-se à divulgação do estudo informando que a pesquisadora principal realizaria o contato telefônico para apresentar os objetivos do estudo e o convite para participação. Após o aceite em participar da pesquisa, ocorreu o agendamento da visita domiciliar.

Para a seleção dos participantes, considerou-se uma amostra intencional, com os seguintes critérios de inclusão: familiares na função de cuidador principal dos idosos em cuidado domiciliar há, no mínimo, três meses, com idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos aqueles que não foram localizados por contato telefônico para agendamento da entrevista após três tentativas em dias e horários alternados, e aqueles que, durante o desenvolvimento da pesquisa, o idoso assistido viesse a óbito.

Do total de 19 idosos em cuidado domiciliar cadastrados no serviço, participaram da pesquisa 13 cuidadores familiares. Os dados foram coletados pela pesquisadora principal, que não possuía vínculo com a instituição nem com os participantes, por meio de uma única entrevista semiestruturada e audiogravada com o cuidador familiar. O instrumento de coleta de dados foi constituído de um formulário para caracterização do cuidador e do idoso, a fim de se obter as variáveis sociodemográficas e clínicas, e da seguinte questão norteadora: Fale sobre o processo de internamento domiciliar e o cuidado executado. Ademais, foram disparadas questões de apoio para explorar e aprofundar as informações relacionadas ao objetivo do estudo.

Inicialmente, esse instrumento foi submetido a um teste piloto com o primeiro cuidador entrevistado, com o objetivo de validar a compreensão e a sua necessidade de adequação, principalmente de adequação da questão norteadora com o objetivo do estudo. No entanto, o instrumento demonstrou-se adequado e não sofreu alterações. A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2019, e as entrevistas tiveram duração média de 50 minutos.

Após a transcrição na íntegra, o material obtido foi submetido à análise de conteúdo, modalidade temática. Desse modo, seguiram-se três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A sequência consistiu na leitura flutuante, com a pré-exploração de todo o material obtido e apreensão pela pesquisadora de aspectos e significados gerais. Em seguida, procedeu-se a identificação das unidades de registro, anotações das expressões significativas, e, posteriormente, a categorização das falas de acordo com as suas semelhanças e diferenças⁽¹²⁾. As falas foram identificadas pela letra E (Entrevistado), seguidas pelo número indicativo da ordem de realização das entrevistas, vínculo e idade (Ex: E7, vínculo, idade).

Após aprovação da Secretaria de Saúde, o projeto foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), Certificado de Apresentação de

Apreciação Ética (CAAE) n. 02623818.4.0000.0021, e aprovado pelo Parecer n. 3.226.138.

Resultados

Das 13 entrevistas realizadas, 3 tiveram problemas de gravação de áudio identificados no momento da sua transcrição. Dessa maneira, participaram do estudo dez cuidadores familiares, dos quais seis eram do sexo feminino, cinco eram casados, três solteiros e dois divorciados, e a idade variou entre 36 e 60 anos (média de 46 anos). Quanto ao nível de escolaridade, cinco tinham o ensino fundamental incompleto, dois o ensino médio completo e três incompleto. Em relação ao grau de parentesco dos familiares, nove eram filhos e um esposo. Todos declararam seguir uma religião. Quanto à existência de problemas de saúde, quatro referiram ter Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo dois concomitantes com transtorno de depressão.

Benefícios da internação domiciliar: “parece que a recuperação dela está mais rápida”

A modalidade de cuidado domiciliar, na perspectiva dos cuidadores, proporcionou implicações importantes, como a influência positiva do ambiente domiciliar (o conforto do lar) e a presença da família na recuperação do idoso.

Em comparação ao hospital, é bem melhor porque hoje ela pode fazer as coisinhas que fazia antes, não tanto como antes, tem algumas limitações, mas ela está à vontade aqui. Aqui é o cantinho dela. (E1, filha, 42 anos).

Muitos pontos positivos, a convivência com a família, estar dentro da casa dela. Quando ela estava lá [hospital], o psicológico dela se ela não saía de lá era porque estava pior. Ela falava “se eles não me dão alta é porque estou pior”. Quando ela chegou em casa, no outro dia estava já outra coisa, a convivência com a família, se ele está em um tratamento desse a convivência com a família é a melhor coisa que tem. (E6, filha, 48 anos).

Os cuidadores familiares expressaram também o sentimento de satisfação na qualidade do cuidado ofertado ao idoso, associado à possibilidade de contar com o apoio dos demais membros da família e no suporte recebido do SAD. Ademais, no ambiente domiciliar, como consequência do processo de cuidado, surge o sentimento de satisfação em ver o idoso bem cuidado:

A gente faz o suficiente para manter qualidade de vida para ela. Me agrada isso, eu me sinto grato, pelo fato dela ficar com a gente independente da forma que ela está ou não, está sempre aí. Quando ela recebe a visita do médico, ela sempre está bem hidratada, corada, então eu entendo que não dá pra voltar atrás, mas dá para mantermos o máximo de qualidade de vida para ela, então para nós é gratificante ver ela bem. (E8, filho, 42 anos).

Nós pegamos uma parada dura porque quando ela veio de lá minha mãe não estava pesando nem 40 quilos, estava bem magrinha, com o tempo fomos se adaptando, pegamos uma pessoa que saiu do coma, debilitada, quase morreu e hoje está aqui firme e forte, pra nós isso é muito mais gratificante. Pra lidar com ela hoje é fácil, no começo não tínhamos a mínima ideia, eu mesmo falava pra minha esposa, como nós vamos fazer com a mãe quando ela voltar para casa, eu mesma não tinha a mínima noção e hoje estamos aí. (E8, filho, 42 anos).

Ademais, a divisão de responsabilidades entre os familiares foi destacada como recurso positivo para a realização do cuidado domiciliar:

Quando eu assumi este papel de cuidadora, foi eu e minha filha que também mora aqui apesar de que meus irmãos me ajudam bastante, são bem ativos, estão todos os dias aqui, tem um que mora aqui comigo, se eu preciso sair eles me ajudam. (E6, filha, 48 anos).

Só positivos, ter os profissionais aqui, vem fisioterapeuta uma vez por semana, vem o clínico, a fonoaudióloga. Eles me passam segurança, eu falo que uma cuidadora sem eles não faz nada, eles sempre estão acompanhando e orientando. Se ela chegar a passar mal final de semana eu já sei para onde ir: UPA [Unidade de Pronto Atendimento], e se for feriado, mesma coisa! Fora isso, eu posso ligar para eles e se eles estão por aqui já vem logo, senão eles já me orientam por telefone ou agendar uma visita. (E3, filha, 60 anos).

Em especial, em situações de instabilidade do quadro clínico no domicílio, os participantes destacaram a relevância das capacitações recebidas da equipe do SAD para realização das técnicas pelos cuidadores familiares.

Ela passou mal, deu o que eles chamam de rolha na traqueia, mas como SAD já tinha me orientado quanto ao que fazer, eu fui fazendo os procedimentos. Não foi uma situação boa, foi logo no começo quando ela estava em casa. (E2, filha, 40 anos).

Quando eu me sentia insegura quanto algum procedimento recorria ao SAD porque foi eles que me ensinaram, de lá que veio para cá. Tivemos uma aula disso [aspirar]. (E1, filha, 42 anos).

Desafios para o cuidado ao idoso em internação domiciliar: “Puxa! E agora?”

Observa-se, nessa categoria, os desafios para o cuidado da família à pessoa idosa em internação domiciliar, em especial em relação à

insegurança na realização de procedimentos e a identificação de fatores que podem limitar o cuidado prestado.

Alguns participantes relataram que a in experiência diante das novas demandas de cuidado a serem realizadas por eles no domicílio geraram sentimentos, como medo e insegurança.

Foi assustador! Sentimento de medo. Porque assim, lá no hospital ela tinha toda a assistência, aí tinha boras que eu ficava olhando, “Meu Deus! vou ter que aspirar minha mãe”, ficava pensando! [...]. (E2, filha, 40 anos).

O procedimento pior foi aspirar. Eu sentia dó. Porque eu não gosto de vê-la sentindo dor. Tinha dias que ela sentia dor, mas agora ela toma morfina, então não está sentindo mais dor. A sensação de dor é muito triste, você ver sentindo dor. (E5, filha, 51 anos).

Além disso, dificuldades em relação ao monitoramento e interpretação das informações também foram destacadas:

Quando ela recém chegou foi preocupante. Nos primeiros 20 dias vieram um grupo de alunos lá da faculdade com a professora e disseram para gente comprar um oxímetro e ver a saturação dela a noite enquanto dormia. Vimos e deu 67 a saturação enquanto dormia. Ela [a profissional] disse – “não pode! Ela vai morrer dormindo!” Aí foi outro susto, porque para gente era normal. (E7, filho, 57 anos).

No entanto, observou-se que o tempo de cuidado e as experiências trouxeram segurança na realização das diferentes demandas de cuidado.

Eu acordava logo no começo muito à noite e eu ia lá ver se ela estava respirando, já aconteceu de eu acordar e ter medo de abrir o quarto dela. Antes eu dormia com ela, hoje eu durmo em um quarto separado. Me deu medo, eu confiava no SAD, mas sabia que eles não estariam aqui todos os dias. Mas hoje eu tenho mais confiança, mais tranquilidade para lidar com ela, com a doença, não é fácil, mas sinto mais confiança. (E6, filha, 48 anos).

Hoje me sinto bem para realizar o cuidado, mas na primeira semana eu não tinha confiança [...] Eu tive dificuldade sim, de movimentação mesmo com ela, pois ela não tinha coordenação nenhuma. Então eu tinha medo de deixá-la cair à noite mesmo assim, hoje já tenho maior compreensão. (E3, filha, 60 anos).

Os entrevistados destacaram também fatores que limitam a realização do cuidado no contexto domiciliar, como a indisponibilidade de recursos materiais, a necessidade de adaptações no ambiente domiciliar, por vezes inviabilizada pela escassez de recursos financeiros, e a ausência de integração entre a equipe do SAD e a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Não faltar coisas de curativo, alimento e remédio essas coisas assim, se eu for procurar no posto de saúde tem, às vezes pode não ter. (E3, filha, 60 anos).

Se tivesse condições, eu já teria feito um banheiro no quarto dela com mais espaço. Ela usa o banheiro do meu quarto, mas é apertado. A casa não é adaptada para ela então o que a gente for conseguindo a gente vai fazer e melhorar nesse sentido para ela. (E7, filho, 57 anos).

Puxa e agora? Teve que ter toda a estrutura para ela aqui dentro tipo, um CTI [Centro de Terapia Intensivo] dentro de casa [...]. (E1, filha, 42 anos).

A UPA e o SAD se comunicam, na unidade não [UBS], sabem por que o agente de saúde fez o cadastro, então veio a enfermeira e fez avaliação, então eles sabem da existência dela, mas não vêm. (E8, filho, 42 anos).

Discussão

Os dados deste estudo permitiram descrever as vivências de cuidadores familiares de idosos em internação hospitalar e o papel do SAD nesse processo. O cuidado em saúde, diante das repercussões da transição demográfica e epidemiológica, tem procurado adequar-se para atender às necessidades da população idosa em todos os níveis da Rede de Assistência à Saúde (RAS)⁽¹⁾. Nesse sentido, a modalidade de AD propõe a continuidade do cuidado no conforto do lar, acompanhada por cuidadores, aliada à garantia de uma assistência holística e humanizada pela equipe multiprofissional do SAD⁽¹³⁾.

Em relação ao perfil geral encontrado dentre os cuidadores familiares do presente estudo, pode-se perceber a predominância de cuidadores filhas, com baixa escolaridade. Culturalmente, as mulheres têm sua imagem associada ao dom de cuidar⁽¹⁴⁾. Entretanto, estudos não anulam que essa inversão dos papéis (filhos cuidando de pais) e a presença de sentimentos ambíguos podem impactar na relação dos entes, na saúde de quem cuida e na qualidade de quem recebe o cuidado⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Embora tenham sido identificados no presente estudo sentimentos positivos em relação à execução do cuidado domiciliar, ao assumir a responsabilidade para o cuidado, por vezes podem surgir reflexos nocivos à saúde já fragilizada do cuidador, decorrentes da sobrecarga quando presente⁽¹⁵⁾. Assim, destaca-se a necessidade de cuidado e o acompanhamento em

relação à saúde dos cuidadores familiares, em decorrência de comorbidades pré-existentes apresentadas pelos participantes, em especial as relacionadas aos problemas psíquicos.

A influência positiva do ambiente domiciliar para a recuperação do idoso, destacada nesta investigação, corrobora achados de outros dois estudos com cuidadores familiares, os quais também indicaram a internação domiciliar e o processo de cuidado estabelecido no conforto do lar e na presença do vínculo familiar como fator favorável ao processo de reabilitação e aumento do bem-estar do idoso, bem como na melhora do quadro clínico do paciente^(5,16). Do mesmo modo, estudo realizado com cuidadores familiares, idosos e profissionais de saúde sobre a percepção do cuidado domiciliar, enfatizou a melhora significativa das condições de saúde da pessoa idosa em internamento domiciliar⁽¹¹⁾.

No tocante ao cuidador familiar, observou-se a satisfação em ver o idoso bem cuidado no domicílio. Tal resultado vai ao encontro de achados de estudo que explorou a experiência de cuidadores de idosos com doença crônica no estado de Osun, na Nigéria, que apontou o sentimento de orgulho em cuidar. O mesmo estudo ressaltou, também, que embora haja desafios inerentes à prática de cuidado domiciliar, os participantes destacaram a felicidade e a satisfação frente ao processo⁽¹⁷⁾.

Os participantes consideraram a divisão de responsabilidade com outros membros da família como um recurso positivo na assistência domiciliar. Eles referiram o apoio/auxílio na dinâmica cotidiana, seja ele direto ou indireto, para os cuidados básicos, como o banho e a alimentação, e que esse compartilhamento proporcionou maior tempo para atender outras demandas pessoais com redução da sobrecarga.

O cuidador se apresenta como figura essencial para garantia da continuidade do cuidado. No entanto, não se exclui a possibilidade da divisão de responsabilidades entre os outros familiares para evitar-se a sobrecarga⁽¹⁷⁾. Assim, a união da família e a possibilidade de compartilhamento do cuidado são influentes no processo de adaptação à nova rotina e na qualidade de

vida dos responsáveis pelos cuidados⁽¹⁶⁾. Não obstante, essa divisão de responsabilidade entre os demais familiares e o apoio ao cuidador principal ainda é pequena na maioria dos casos, o que implica no cuidado isolado e na sobrecarga do cuidador⁽¹⁷⁾.

Diante disso, destaca-se a necessidade de atuação dos profissionais de saúde na oferta de subsídios para envolver os diferentes membros familiares no cuidado, mediante ações que amparem e transmitam segurança aos familiares e pacientes em casos de instabilidade clínica e acompanhamento rotineiro, por exemplo. Avulta-se o vínculo com a família como precursor das demais ações, como a implantação de um plano de cuidado e a instrumentalização dos cuidadores⁽⁵⁾.

Cabe salientar que as dificuldades relacionadas à execução dos cuidados enfrentadas pelo cuidador, por vezes, poderiam ter sido amenizadas ainda com o familiar hospitalizado, visto que, nesse período de internação, o cuidador, sob supervisão dos profissionais, pode desenvolver competências e habilidades que implicariam na redução da insegurança e da ansiedade quando sozinho no domicílio⁽¹⁶⁾.

A importância do idoso e da família estarem inseridos no programa de AD foi apontada pelos cuidadores familiares do presente estudo, principalmente com relação ao vínculo e o suporte oferecido pela equipe do SAD que, em muitos casos, ultrapassam os atendimentos de rotina. Salientou-se o retorno dado pelos membros da equipe nos casos de emergência fora do horário de trabalho e a disposição para esclarecimentos de dúvidas, principalmente na chegada do idoso ao domicílio.

Na perspectiva dos familiares desta pesquisa, a segurança é estabelecida mediante o acompanhamento e esclarecimento daquilo que desconhecem, o que facilita a adaptação ao seu novo papel e a realização dos cuidados. Estudo realizado em Portugal sobre a vivência do cuidador familiar em fase de transição para o cuidado no domicílio destacou a prática de orientação ainda no ambiente hospitalar e a interação prévia com os profissionais em busca da aprendizagem do

processo de cuidado como fatores que facilitam esse processo⁽¹⁸⁾.

Nesse sentido, o acesso ao SAD deve contemplar as capacitações oferecidas para o manejo diário e cuidados frente à instabilidade clínica do idoso no domicílio, com vistas a possibilitar ao cuidador e à família maior tranquilidade diante das adversidades. O contato com a equipe do SAD deve representar a garantia do acompanhamento e obtenção de orientações precisas, que reduzam a necessidade de recorrer a unidades de emergência devido à agudização clínica do paciente⁽¹⁹⁾.

Atenta-se para a consistência de conhecimento, competência e habilidade técnica do cuidador para prestação do cuidado no ambiente domiciliar. Assim, a importância da capacitação desenvolvida pelos profissionais e o recebimento de instruções práticas para a realização do cuidado domiciliar é, sobretudo, de grande relevância para a efetividade desse processo⁽¹⁷⁾.

Portanto, diante da eficiência da modalidade de cuidado, ressaltam-se as competências e habilidades dos profissionais do serviço para a identificação de aspectos positivos e negativos vivenciados pelos cuidadores. Tais ações irão possibilitar a construção de planejamento de ações a serem pactuadas com o cuidador, que abarquem as singularidades da família, valide as potencialidades e reduza as dificuldades vivenciadas.

Logo, pode-se inferir que os pacientes e as famílias acompanhados pelo SAD, após alta hospitalar, reconhecem os benefícios da recuperação em âmbito domiciliar, mas despertam a reflexão sobre a importância do suporte oferecido pelo serviço para alcances satisfatórios no que concernem à adaptação e continuidade dos cuidados. Desse modo, os profissionais de saúde devem atentar-se ao acompanhamento e sistematização dos cuidados a serem executados pelos cuidadores familiares no domicílio, por meio de estratégias que visem reduzir os impactos psicológicos e as dificuldades iniciais do manejo, e possibilite uma transição mais agradável ao ambiente domiciliar.

O cuidado domiciliar abarca aspectos que influenciam na rotina da família e nas

responsabilidades atribuídas ao cuidador. Nesse sentido, destaca-se a importância do reconhecimento das dificuldades que permeiam essa modalidade de cuidado pelos profissionais de saúde, em especial, no âmbito do cuidado de idosos dependentes em AD. Estudo realizado com sete cuidadores de idosos dependentes assistidos por Programa de Atenção Domiciliar de um Hospital Universitário de São Paulo apontou, como desafio da nova realidade, a reorganização da família e a inversão de papéis por parte dos membros familiares⁽¹⁴⁾.

Assim, o processo de cuidado nesse cenário é marcado por fragilidades, em especial, no que diz respeito ao receio dos familiares/cuidadores para prestar a assistência, muitas vezes com recursos insuficientes e com limitações na execução e no entendimento dos procedimentos necessários para o cuidado⁽²⁰⁾.

Salienta-se que, embora o papel de mediar a desospitalização, a oferta de capacitação e recomendações ao cuidador seja atribuído ao serviço de saúde, os participantes referiram-se às dificuldades vivenciadas e às limitações frente ao cuidado domiciliar, com destaque para a insegurança na realização dos procedimentos invasivos no domicílio. Estudo que explorou a experiência de 15 cuidadores familiares de idosos na Tailândia demonstrou que os obstáculos do cuidado domiciliar estão na inexperiência do cuidador, principalmente na presença de agravamento da clínica do idoso, que consiste em dificuldades na identificação precoce dos sinais de alerta, na execução de técnicas corretas e na falta de dispositivos para monitoramento⁽²¹⁾.

Nesse cenário, uma vez identificadas as alterações clínicas e o manejo correto, tem-se impacto direto na manutenção da vida e preservação anatomofisiológica do idoso, aspectos que devem ser considerados pelos profissionais do SAD, juntamente com os cuidadores familiares, no que tange à planificação do cuidado e a adaptação à nova rotina. Assim, é importante identificar a necessidade de orientações ao cuidador diante das situações de emergência, pois, entende-se que, quanto maior o conhecimento, o cuidador terá mais segurança para oferecer

assistência segura, que evite reinternações do idoso assistido⁽²²⁾.

Em suma, destaca-se que, na maioria das vezes, mesmo após a alta do SAD, o idoso permanece dependente, o que reforça a importância do preparo dessa família para a promoção de cuidados e prevenção de agravos, de forma a facilitar a reabilitação, inclusão, autonomia e independência do idoso. Isso sugere que será preciso que os envolvidos no cuidado desenvolvam estratégias que visem a consolidação de uma prática mais segura, resolutiva e de caráter permanente.

A internação no domicílio também implica em preocupação com as condições que vão além do conhecimento e das práticas exercidas para o cuidado no ambiente domiciliar, conforme referido pelos participantes deste estudo, como, por exemplo, as dificuldades cotidianas experimentadas diante da necessidade de adaptações na residência, para mais praticidade na realização do cuidado, conforto e segurança dispendidos ao idoso, mas que, por vezes, são inviabilizadas pela escassez de recursos financeiros. Estudo realizado em Minas Gerais com 15 cuidadores apontou que os participantes mencionaram a importância dos insumos e a adaptação do ambiente, porém como uma realidade distante para algumas famílias, que resultam em assistência limitada e incerta⁽²³⁾.

Dessa forma, percebe-se que o cuidador estabelece novas formas de atender o familiar diariamente, e que as relações, em parte fragilizada, a sobrecarga, a viabilidade de recursos e a existência de barreiras físicas e de acesso configuram-se como aspectos que perpetuam nessa modalidade de cuidado.

Ainda, as falas dos cuidadores despertaram reflexão quanto à contrarreferência entre os serviços da RAS, que por vezes não ocorre. Tal fato influencia no acompanhamento e cuidado integral ao idoso e sua família. Estudo realizado no Rio Grande do Sul, com enfermeiros do SAD, buscou conhecer a articulação do serviço de AD com as redes de atenção, e demonstrou os impactos positivos na construção do cuidado contínuo, na presença de integração dos serviços⁽²⁴⁾.

Exige-se, portanto, que as equipes de saúde trabalhem na complexidade do território domiciliar, na

multiplicidade da dinâmica familiar, e contemple os valores e saberes dessa família ao cuidado.

Frente a essa perspectiva, é inquestionável a importância dessa modalidade de cuidado em resposta às mudanças demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais no contexto da saúde no Brasil. Mesmo diante dos desafios relacionados à implantação, consolidação e qualificação do cuidado, os benefícios abarcam o maior bem-estar ao idoso e sua família, o fortalecimento dos vínculos afetivos, a maior autonomia da família, e a redução de ônus ao sistema de saúde público ganha cada vez mais destaque.

Portanto, as particularidades do cuidado na AD precisam ser exploradas em todas as suas dimensões, alcançando usuários e cuidadores integralmente, já que, por vezes, essa modalidade não se enquadra no atendimento da RAS, o que incita a refletir em estratégias de produção de políticas e ordenação da gestão para identificar as reais necessidades desse contexto. O cenário atual propõe e convoca todos os envolvidos na modalidade de cuidado domiciliar a fomentar, refletir, reinventar e criar novas possibilidades em saúde de forma abrangente e intervencionista⁽²⁵⁾.

Os dados obtidos neste estudo, mesmo que comparados com outros da literatura, limitam-se a uma realidade local, com uma amostra específica de cuidadores com características próprias. Ainda, percebeu-se que a escassez de estudo quanto aos desafios iniciais na percepção dos cuidadores, em especial em situações de emergência no domicílio, restringiu uma discussão mais aprofundada, necessitando, assim, de mais pesquisas para fomentar esse e outros desafios que permeiam a atenção domiciliar.

Considerações finais

Os participantes ressaltaram os benefícios proporcionados pela AD, a exemplo do conforto do lar, vínculos afetivos e apoio dos profissionais do serviço, vistos como satisfatórios para a recuperação do idoso, além do sentimento de satisfação do cuidador. A indisponibilidade de recursos financeiros, estruturais, apoio familiar e a inexperience mencionada pelos cuidadores

neste estudo, configuram como desafios na dinâmica de cuidado no domicílio.

Embora destacada a importância do SAD, atenta-se para a atuação dos profissionais da equipe como facilitadores nessa fase de transição e o preparo do cuidador por meio de orientações e visitas mais frequentes, a fim de reduzir os impactos iniciais e proporcionar autonomia e segurança para a realização dos cuidados no domicílio.

Os achados deste estudo demonstram a importância da compreensão pela equipe de saúde das vulnerabilidades e potencialidades no contexto familiar, de modo que sejam exploradas e inseridas no plano de cuidado, uma vez que foi evidenciado que as ações de capacitação ofertadas ao cuidador para alta hospitalar implicam na qualidade e continuidade do cuidado, e no aperfeiçoamento das habilidades necessárias no domicílio.

Sobretudo, sugere-se a realização de mais estudos que proponham intervenções efetivas no contexto domiciliar, abarcando cuidador e idoso e os desafios enfrentados, de modo a reduzir as internações desnecessárias e consolidar o cuidado seguro no domicílio.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Sara Ingrid de Rezende Ferreira e Elen Ferraz Teston;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Sara Ingrid de Rezende Ferreira, Elen Ferraz Teston, Gleice Kelli Santana de Andrade e Bianca Cristina Ciccone Giacon-Arruda;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Sara Ingrid de Rezende Ferreira, Elen Ferraz Teston, Gleice Kelli Santana de Andrade, Bianca Cristina Ciccone Giacon-Arruda, Daniela Miyuki Sato e Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida.

Referências

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev bras geriatr gerontol.* 2016;19(3):507-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

2. Alves JED. Envelhecimento populacional e desenvolvimento humano nos municípios brasileiros. *Revista Longevidade* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 22];(58):9-12. Available from: <https://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/view/739>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047* [Internet]. Rio de Janeiro (RJ); 2018 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/>
4. Dantas IC, Pinto Junior EP, Medeiros KKAS, Souza EA. Perfil da mortalidade e os desafios para atenção domiciliar do idoso brasileiro. *Rev Kairós*. 2017;20(1):93-108. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p93-108>
5. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare enferm*. 2017;22(4):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.49660>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF); 2013 [cited 2020 Sep 22]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. Brasília (DF); 2016 [cited 2020 Sep 22]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
8. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EM, Lacerda MR. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate*. 2016;40(110):172-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611013>
9. Veras R, Oliveira M. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):887-905. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>
10. Sousa RB. A Atenção domiciliar na desospitalização de pacientes. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago"* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 23];4(2):102-13. Available from: <http://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/78>
11. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EM, Lacerda MR. Atenção domiciliar na estratégia saúde da família: perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais. *Estud Interdiscip Envelhec* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 22];23(2):73-85. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/61187/52447>
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016.
13. Wachs LS, Nunes BP, Soares MU, Facchini LA, Thumé E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3):e00048515. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00048515>
14. Limeira A, Hashimoto T, Silva T, Silveira C, Maeda S. O domicílio como espaço de cuidado: a perspectiva dos cuidadores familiares. In: *Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*, 8, 2019, Lisboa, PT. Atas (on-line) Lisboa: CIAIQ; 2019. v. 2, p. 1333-42. [cited 2020 Sep 22]. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2291>
15. Couto AM, Caldas CP, Castro EAB. Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional. *R pesq cuid fundam*. online 2019;11(4):944-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.944-950>
16. Silva MS, Beuter M, Benetti ERR, Bruinsma JL, Donati L, Girardon-Perlini NMO. Situações vivenciadas por cuidadores familiares de idosos na atenção domiciliar. *Rev Enferm UFSM*. 2019;9(e10):1-21. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769232528>
17. Faronbi JO, Faronbi GO, Ayamolowo SJ, Olaogun AA. Caring for the seniors with chronic illness: The lived experience of caregivers of older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;82:8-14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.01.013>
18. Antunes PF, Marques PAO. Transition to the family caregiver role in Portugal. *Porto Biomed J*. 2017;2(6):254-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2017.05.002>
19. Souza V, Lage ÉG, Matozinhos FP, Abreu MNS. Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(6):624-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900087>

20. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41(spe):e20190155. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
21. Soontorn T, Pongtriang P, Songwathana P. Thai family caregivers' experiences helping dependent elders during medical emergencies: a qualitative study. *Australas Emerg Care.* 2020;23(2):71-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.11.002>
22. Zenteno A, Cid P, Saez K. Autoeficacia del cuidador familiar de la persona em estado crítico. *Enferm univ.* 2017;14(3):146-54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.001>
23. Silva KL, Sena RR, Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;38(4):e67762. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>
24. Weykamp JM, Siqueira HCH, Cecagno D, Medeiros AC, Paula SF, Pedroso VSM. Home Care Service and Health Care Networks. *R pesq cuid fundam online.* 2019;11(5):1117-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1117-1121>
25. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde debate.* 2019;43(121):592-604. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>

Recebido: 2 de novembro de 2020

Aprovado: 28 de junho de 2021

Publicado: 22 de julho de 2021



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais.

Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.