



ARTIGO ORIGINAL

PERCEÇÃO DE PESSOAS IDOSAS ACERCA DA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS PRESTADOS POR UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR*

AGED PEOPLE'S PERCEPTION ABOUT THE TRANSITIONAL CARE PROVIDED BY A MULTIPROFESSIONAL HOME-BASED ASSISTANCE TEAM

HIGHLIGHTS

1. A atenção domiciliar possibilitou a segurança das pessoas idosas.
2. Articulação dos serviços de saúde no cenário do envelhecimento populacional.
3. Os idosos são favorecidos com a atenção domiciliar.
4. O cuidado domiciliar proporcionou a manutenção e recuperação funcional.

Jeane Roza Quintans¹ 
Marta Maria Melleiro¹ 

ABSTRACT

Objective: to understand the aged people's perception about the care provided by a Multiprofessional Home-based Assistance Team in the city of São Paulo - Brazil. **Method:** a qualitative study using oral life stories. The data were collected between August 2020 and October 2021 by means of semi-structured interviews. The sample consisted of nine aged women assisted by the Multidisciplinary Home-based Assistance Team. The data were treated according to oral life stories, presented in the form of narratives and categorized. **Results:** seven thematic categories emerged from the narratives. The participants' perception of the health care provided by the team was positive and necessary, mainly because it favored access to the resources provided by the Unified Health System. **Conclusion:** the importance of home-based care for care continuity for aged people is highlighted. The study reinforced the need to include the finitude process in the planning of care actions in health services.

DESCRIPTORS: Older Adults' Health; Comprehensive Health Care; Health Services for Aged People; Health Care Quality; Qualitative Research.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Quintans JR, Melleiro MM. Aged people's perception about the transitional care provided by a multiprofessional home-based assistance team. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2023 [cited in "insert year, month, day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91261>.

INTRODUÇÃO

O enfrentamento das desigualdades, principalmente na velhice, torna fundamental a melhor compreensão da dinâmica do processo de envelhecimento populacional brasileira. Assim como os determinantes sociais, pois quanto maior a vulnerabilidade na fase adulta, piores são as condições de vida na velhice¹⁻².

Nessa direção, o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas com ênfase no envelhecimento saudável e ativo são imprescindíveis. Uma vez que contribui com a redução das iniquidades, desigualdades e exclusão social no processo de envelhecimento da população brasileira.

Nessa lógica, a transição do cuidado entre os serviços desponta como uma relevante alternativa no enfrentamento da falta de acesso e da descontinuidade do cuidado. Estes fatores afetam, multidimensionalmente, as condições de vida dos indivíduos, pois levam ao aumento das iniquidades sociais e econômicas, ao interferir na renda, na dinâmica social e familiar, na saúde e no bem-estar da população idosa^{1,3}.

A transição de cuidado à pessoa idosa é a modalidade de atenção à saúde que contribui com a qualidade e segurança na linha de cuidado. Decerto, por intermédio da garantia de acesso e da continuidade assistencial, promove a transferência segura entre diferentes modalidades de atenção, a resolutividade e a eficácia do cuidado prestado.

As visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de saúde, na transição de cuidados, foram classificadas como alternativas para redução das taxas de internações. Assim, no Brasil, destaca-se o Programa Melhor em Casa, modalidade de atenção domiciliar instituída pela Portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011, atualizada pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013⁴⁻⁵.

Esse programa é operacionalizado por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) ou Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), diferenciadas pela carga horária de trabalho e perfil dos profissionais de saúde, a saber⁴: EMAD tipo 1, tipo 2 e EMAP. Na diretriz da equipe de apoio EMAP não são mencionados os profissionais médico, enfermeiro e gerontólogo. A CHS varia de acordo com o número de integrantes da equipe, a somatória das horas deve ser de, no mínimo, 90 horas de trabalho por equipe, sendo que os profissionais não podem apresentar CHS inferior a 20 horas⁴.

A EMAD e EMAP possibilitam a transição do cuidado com a articulação e integração com da Rede da Atenção à Saúde. Por meio das ações no território, diminuíram a demanda e/ou o período de internação, o que favoreceu a redução de despesas com internações no Sistema Único de Saúde (SUS)⁵.

O estudo demonstrou que o Programa Melhor em Casa reduziu os gastos com internações aproximadamente 4,7% em 2011, 5,8% em 2012 e 10,2% em 2013. Ao direcionarem os resultados para a população idosa, verificaram uma redução de 9,6% de despesas ao SUS, demonstrando ser uma política pública eficiente⁵.

Frente ao que foi mencionado, cabe inferir que os cuidados de transição vêm contribuindo com o acesso aos serviços no processo de atenção à pessoa idosa. Assim, o presente estudo apresentou o objetivo de compreender a percepção de pessoas idosas acerca da assistência prestada por uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar do município de São Paulo – Brasil.

MÉTODO

Estudo de cunho qualitativo, com o emprego da abordagem da história oral de vida. Essa abordagem contribuiu para a identificação de lacunas relacionadas à atenção a saúde das pessoas idosas, frente a sua natureza ampla, complexa e heterogênea⁶.

A coleta de dados ocorreu com pessoas idosas usuárias do serviço ofertado pela EMAD, localizada na zona Oeste de São Paulo (SP), que assistiu a um total de 804 usuários no período de 2015 a 2020. Do total de atendimentos, 93% eram pessoas idosas, apresentando alta demanda mesmo não sendo um serviço específico para o atendimento dessa população⁷.

Para a constituição da amostra, foram selecionados os usuários com idade igual ou superior a 60 anos, com capacidade de comunicarem-se verbalmente e sem quadro demencial avançado. Essas informações foram verificadas a partir de uma relação cedida à pesquisadora pela equipe. A lista apresentava dados de usuários de acordo com os critérios de seleção, sendo descritos: nome, data de nascimento, contato telefônico do responsável principal, data de início do atendimento pela EMAD, número do prontuário, doenças e situação atual de saúde.

Após, uma pesquisadora realizou a leitura dos prontuários e solicitou aos profissionais a sinalização dos usuários com maior disponibilidade para participação do estudo. Essa indicação considerou a experiência e vínculo dos profissionais da EMAD. A partir dessas informações, iniciaram-se os contatos telefônicos para uma primeira aproximação. Dessa maneira, a pesquisadora pôde apresentar-se e explicitar os objetivos da pesquisa.

Após os esclarecimentos e o aceite dos participantes, foram realizados os agendamentos para apresentação pessoal da pesquisadora e a realização da entrevista no domicílio. As entrevistas ocorreram no período de agosto de 2020 a outubro de 2021, sendo gravadas com o consentimento dos entrevistados, utilizando-se um gravador digital e sua duração variou de 60 a 180 minutos.

Para a realização das entrevistas foram utilizadas as seguintes questões norteadoras: 1) conte-me como o senhor (a) sente-se em relação à sua saúde; 2) Como foi que o senhor (a) começou a ser atendido (a) Pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)? 3) Fale-me sobre o atendimento que vem recebendo pela EMAD; 4) O senhor(a) tem apoio de alguma pessoa ou instituição?

A coleta de dados somente ocorreu em momentos quando os usuários da EMAD demonstraram segurança em receber a pesquisadora em seus domicílios. Bem como, após a aprovação dos órgãos competentes e da flexibilização da SMS-SP em relação ao isolamento social decorrente da pandemia Covid-19.

As histórias contadas pelos participantes foram transformadas em narrativas escritas. Esse processo foi uma etapa cuidadosa e complexa, realizada por meio das etapas de transcrição, textualização e transcrição. Essas etapas possibilitaram a transformação da oralidade em conteúdo escrito, ocorrendo assim, o congelamento da realidade narrada⁸.

A etapa da transcrição considerou a transformação do conteúdo oral em texto. Após, foi realizada a etapa da textualização, para a identificação das repetições, a organização cronológica das falas e a exclusão de elementos textuais e vícios de linguagem. Na etapa da transcrição, ocorreu a incorporação de elementos não presentes nas falas, para a recriação do contexto da entrevista e apresentação ao leitor do sentido percebido durante a coleta de dados⁸.

Após a finalização das narrativas, os participantes foram, novamente, contatados para que fosse realizada a sua conferência, as quais frente à vigência da pandemia Covid-19, foram cuidadosamente realizadas por telefone. Alguns solicitaram pequenos ajustes, que

foram prontamente acatados⁸.

Em seguida, foi realizada a categorização dos dados, expressos nas narrativas, constituiu-se na convergência das percepções das pessoas idosas acerca das singularidades de suas trajetórias de vida⁹⁻¹⁰.

O processo de categorização possibilitou o contato profundo com o conteúdo das narrativas, por meio da leitura horizontal, transversal e exaustiva, tratando os dados em todos os seus aspectos, agrupando-os e classificando-os, de forma que possibilitasse a sua interpretação e a sua articulação⁸⁻¹⁰. Para manutenção do sigilo, as pessoas idosas foram identificadas com codinome de aves.

A análise do material seguiu as regras de exaustividade, de representatividade, ao identificar características essenciais em relação à temática estudada, de homogeneidade, de pertinência e de exclusividade, por meio da ordenação e classificação dos dados e da leitura exaustiva das narrativas⁹.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética com parecer nº 3.803.296, respeitando os trâmites legais estabelecidos por esses órgãos.

RESULTADOS

O contexto da investigação possibilitou compreender o cotidiano e os processos de trabalho da EMAD em questão. As situações complexas no âmbito domiciliar que se deparam, sejam pelas condições clínicas dos usuários ou pela situação socioeconômica, acarretaram desdobramentos que afetaram todo o manejo assistencial.

Participaram deste estudo nove pessoas idosas, residentes na Zona Oeste do Município de São Paulo, com idade média de 74,5 anos, sendo a menor idade 63 e a maior 93 anos. Todos os participantes do estudo apresentavam múltiplas morbidades e capacidade funcional reduzida.

A capacidade funcional reduzida incluiu fatores que resultaram na dificuldade de locomoção aos serviços de saúde, o que remeteu à necessidade frequente de cuidados e acompanhamento contínuo à saúde no domicílio. Ao considerar a renda, os participantes recebiam cerca de um salário-mínimo e afirmaram não possuir condições econômicas para suprir totalmente o tratamento. Visto que os insumos necessários para tal nem sempre eram disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, sendo preciso o apoio de familiares.

Os participantes demonstraram satisfação em compartilhar verbalmente as suas memórias. Sendo possível a identificação de sete categorias, a saber:

1) Rede de atenção à saúde e a importância de sua articulação para a continuidade do cuidado: esta categoria explicitou a importância da articulação dos serviços de saúde no cenário do envelhecimento populacional.

Eu sempre tive a melhor impressão do Sistema Único de Saúde, embora a maioria das pessoas não tenha essa impressão. Minha companheira fez o cadastro para poder pegar as fraldas na Unidade Básica de Saúde e foi aí que falaram do programa EMAD. E assim, começaram a vir aqui médicos e enfermeiros maravilhosos [...]Andorinha-azul.

Com o atendimento que recebi em casa e com os remédios que usei, posso afirmar que melhorei muito. Eu comecei a ser atendida pela EMAD depois da internação, por meio da Unidade Básica de Saúde. Lá me informaram que tinha essa equipe que realiza o atendimento domiciliar. A minha irmã e eu fomos até a UBS, eu estava em um estado crítico, chegando lá eu fui atendida pela assistente social e o médico [...]Beija-flor-rubi.

2) Reconhecimento do EMAD como um serviço domiciliar basilar às pessoas idosas: apresenta a percepção das pessoas idosas acerca do atendimento domiciliar, modalidade assistencial que favoreceu o acesso à Rede de Atenção à Saúde, a integralidade do cuidado e a humanização da atenção à saúde.

A EMAD é um serviço que está dentro da UBS, os insumos são retirados na UBS e tenho que fazer o controle periodicamente lá. A EMAD não vem toda semana aqui em casa, vem quando eu peço, vem duas vezes por mês. A minha filha envia mensagens via internet para a médica. Tsuru.

O pessoal da EMAD ajuda muito... Eles até conseguiram cadeira de rodas, cadeira de banho e estou cadastrado para receber fralda. É muito bom contar com o apoio deles. Quando algo está errado, nós pedimos orientação. Eles nos aconselham, vêm aqui, olham, duas vezes por semana. Eles medem a pressão e a temperatura. Então, é muito bom, porque eu meço a pressão em casa, mas ficamos na dúvida se está certo. Nós temos mais segurança com eles vindo aqui e quando eu preciso, também, fornecem a ambulância para ir para a quimioterapia. Acauã.

3) Rede de suporte informal no processo de assistir às pessoas idosas dependentes: os dados demonstram que a rede de suporte informal está presente no cotidiano das pessoas idosas constituído por relações voluntárias, principalmente, pelo apoio de mulheres - filhas, esposas ou irmãs.

[...] eu só tenho apoio da minha filha, ela faz tudo! Qualquer coisa que eu preciso, que não estou me sentindo bem, faz a comida, ajuda com o banho, compra remédios... Canário do Campo.

Apoio, é uma palavra que significa amparo, auxílio e ajuda... Além da EMAD quem me ajuda é a minha irmã, é a pessoa que posso sempre contar da minha família. Eu acho que não dou muito trabalho, mas ela sempre me ajudou muito. Hoje eu consigo tomar banho sozinho, vestir a roupa... Por enquanto, ainda dá, mas sei que se precisar de alguma coisa eu posso contar com a minha irmã. Tucano

Os meus filhos se casaram muito novos, eles trabalham, mas ganham muito pouco e quase não conseguem se manter... Eles me ajudam quando podem, hoje quem está sendo a minha mão direita é a minha filha, porque se não fosse ela... porque com essas doenças, estou viva por um milagre. Sabiá-Laranjeira

4) Senilidade e a precariedade financeira como obstáculos à autonomia da pessoa idosa: apresenta os obstáculos à autonomia da pessoa idosa, desveladas pelos participantes, que interfere de maneira transversal na saúde física, mental e social.

Gostaria de poder fazer alguma coisa, mas não consigo fazer porque eu não me mexo, fico deitada na cama. Eu quero me levantar, presto atenção porque essa parte não sai do lugar (apontando para o quadril). Então, isso eu faço na fisioterapia. Eu fico sentada com esse pé que não mexe. Sentada, não dá para fazer quase nada durante o dia. Eu gostava de lavar uma louça pra distrair, mas eu não consigo porque a torneira é alta e eu não consigo levantar. Canário do Campo

Para os idosos, podia melhorar o benefício, para que pudessem pelo menos se alimentarem melhor. Eu digo isso por mim, pela minha idade, pela minha saúde, eu tenho que ter toda a semana uma fruta e um legume... O que o governo fez? Tirou os bilhetes de ônibus dos aposentados. Isso daí era para fazer uma greve, porque isso não era para acontecer. O salário das pessoas idosas é uma miséria... Com o meu salário, gasto mais da metade com aluguel, eu cheguei a emprestar dinheiro do banco para eu poder tomar remédio. Tem remédio que no posto não tem e o governo não ajuda. Quando eu vou receber, eu não fico nem com 200 reais. Tem remédio que eu uso que não tem no SUS. O remédio que eu uso para pressão o posto não tem, o remédio que para depressão está sempre em falta... E com tudo isso eu vou sofrendo, porque tem família que nem pode ajudar e os mais velhos

precisam de tanta coisa... Sabiá Laranjeira.

5) Espiritualidade como estratégia para o enfrentamento das adversidades na velhice: recurso utilizado para o enfrentamento do sofrimento e das incertezas relacionadas ao adoecimento e ao futuro.

[...] Ninguém sabe como será daqui para frente. Eu não tenho medo, porque confio em Deus! Então, será o que Deus quiser [...] Vamos ver se dá certo daqui para frente. Eu espero que dê tudo certo e eu fique bom, com saúde e assim continuar a vida... Se Deus quiser! Acauã

Jesus Cristo está voltando e eu estou muito feliz com isso! Então, é isso, o que nós andamos fazendo de ruim! Você mesmo, você tem uma bíblia? Então, procure ler, orar, onde você estiver, não precisa nem ajoelhar, procura só com a mente, falando com Jesus.... Canário do Campo

Eu tenho muita fé! Sou católica e messiânica. Só consegui passar por tudo isso porque tinha muitas pessoas orando por mim. Aprendi que religião é aquela que a gente se sente bem. Pedi forças a Deus para conseguir comer, tive a intuição de comer o feijão e o mingau do café. Sabiá Laranjeira

6) Finitude e perdas vivenciadas na velhice: apresentou o luto antecipado das pessoas idosas diante das perdas que ocorreram na velhice.

Eu fiz 63 anos, sei que estou numa idade em que as coisas ficarão mais difíceis. A médica me disse que eu tenho que ter paciência, pois o meu Acidente Vascular Cerebral foi algo muito agressivo... Eu falei: doutora, há quatro anos eu escuto as pessoas me dizerem, pelo menos quatro vezes por dia, a palavra paciência. O que eu queria mesmo era poder ter a minha vida de volta, mas sei que não a terei... Andorinha-azul

Sinto que meu futuro é breve... Estou muito velho já... São 81 anos e eu desejo ter saúde até o fim. Ter saúde até o fim e viver mais uns aninhos... Já não gosto de fazer quase nada. Tudo é sempre tão igual, em casa tudo sempre a mesma coisa [...] Tucano

Como dizem algumas pessoas, eu espero a morte. Não tenho mais plano nenhum, nem plano de ganhar dinheiro e eu sempre fui muito assim... gostava de fazer alguma coisa para mim, ganhar um dinheirinho para mim. Eu tinha uma máquina de tricô, que era uma fábrica para mim. Vendia, sabe? Gostava muito, mas com o tempo eu não estava podendo mais usar a máquina, então, eu resolvi vender para uma pessoa, mas eu gostava, era um bom trabalho, pois ganhava meu dinheiro e trabalhava em casa mesmo. Canário do Campo

7) Pandemia COVID-19: impacto, inquietude e perspectivas: apresentou os sentimentos, como o medo e a inquietude vivenciados nesse período. Além disso, explicitaram a dificuldade de compreensão decorrente das diferentes informações apresentadas pelos meios de comunicação e pela propagação de falsas notícias.

Agora apareceu essa pandemia e ficamos sempre nós dois em casa. Eu não estou gostando dessa pandemia, mas também não sei tanto assim o que está acontecendo... O povo fala que não é nada disso, que não existe, que não está morrendo tanta gente assim... Nós não sabemos a verdade, são muitas informações diferentes. Aqui na minha casa ninguém teve Covid, graças a Deus! Tucano

DISCUSSÃO

A articulação da Rede de Atenção à Saúde apresentou um panorama que abrangeu as diretrizes do SUS e a integralidade do cuidado da população idosa. Contudo, as narrativas destacaram o atendimento público à saúde como uma providência divina e não como um

direito constitucional.

O estudo demonstrou que a população não compreende os serviços público como direito; o Sistema Única de Saúde é tido, muitas vezes, como um estigma social, compreendido como um ato filantrópico. Dessa maneira é compreendido como um local para pessoas que não possuem renda para pagar pelo serviço de saúde privado¹¹.

Esses dados trouxeram a reflexão sobre a necessidade de uma melhor compreensão do Sistema Única de Saúde como um direito. Efetivamente, para que a população possa utilizá-lo, exigi-lo e avaliá-lo sem preconceitos e estigmas. Ratificando que o controle social é uma maneira de incentivar a melhoria dos serviços e evitar a degradação do sistema de saúde. Por outro lado, o reconhecimento da EMAD como um serviço domiciliar basilar às pessoas idosas enfatizou a percepção dos usuários da existência de um serviço integrado à Rede de Atenção à Saúde.

A demanda pela atenção domiciliar é crescente no contexto do sistema de saúde dado o envelhecimento populacional brasileiro, pois as pessoas idosas com condições crônicas e dependência funcional tendem a requerer mais essa modalidade de atenção¹². De acordo com um estudo de revisão sistemática, os sinalizadores de necessidade da atenção domiciliar incluíam: dependência funcional para as Atividades de Vida Diária, declínio cognitivo, mobilidade reduzida, doença crônica e idade avançada¹².

A assistência ofertada pela EMAD favoreceu a intermediação entre as necessidades apresentadas pelas pessoas idosas e a continuidade do cuidado. Dessa maneira, contribuiu com o acesso no âmbito da saúde, conceito multidimensional que engloba o cuidado necessário e a qualidade de vida das pessoas idosas^{1,13}.

Os participantes valorizaram as consultas médicas ofertadas no domicílio, como também, os atendimentos de reabilitação disponibilizados pelo serviço de fisioterapia e fonoaudiologia. As narrativas ressaltaram, ainda, a relevância da assistência de enfermagem, atribuída às coletas de exames, curativos e vacinas realizadas na comodidade do lar.

A atenção domiciliar, quando comparada aos cuidados hospitalares habituais, reduziu os gastos na saúde ao prevenir a hospitalização e o uso frequente de cuidados de saúde especializados. Essa modalidade de cuidado também estimulou a atividade física dos usuários, contribuindo com melhores evoluções nos quadros de saúde¹⁴.

A atenção domiciliar, como a disponibilizada pela EMAD, possibilitou a segurança das pessoas idosas ao diminuir o risco de internações hospitalares. Além de colaborar com a permanência de seus usuários no domicílio pelo maior tempo possível.

No âmbito do domicílio, as narrativas enfatizaram a importância da rede de suporte informal no processo de assistir as pessoas idosas dependentes. Os participantes deste estudo afirmaram que as ações dessa rede de apoio estavam centradas no auxílio do autocuidado, como banho, troca de roupas e alimentação.

Esses dados vão ao encontro dos achados de um estudo transversal, realizado com 348 idosos que residiam em comunidade no município de Várzea Grande, Mato Grosso, no qual o cuidado das pessoas idosas é centrado na família, provido, primeiramente, pela filha ou nora; em seguida pelo filho ou genro; e, posteriormente, pelo cônjuge¹⁵. Por outro lado, a crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho sinaliza a dificuldade da figura feminina ser a única responsável pelo cuidado das pessoas idosas dependentes¹⁶⁻¹⁷.

Outra dificuldade destacada foram os problemas sociais que estão dificultando as novas gerações de proverem as próprias necessidades, dificultando o exercício de cuidador informal, fazendo com que as pessoas idosas sintam-se como um fardo para a sociedade¹⁶⁻¹⁷. Outro aspecto importante, é a diminuição das redes de suportes informais familiares, decorrentes da diminuição dos arranjos familiares, remetendo à necessidade da valorização do apoio comunitário.

A literatura destacou que o suporte oferecido pela rede de convívio das pessoas idosas pode ser a única alternativa para a sobrevivência. Sendo a ponte para o encaminhamento a um serviço formal de atendimento, sinalizando aos profissionais demandas reprimidas do território¹⁷.

Diante desse cenário, nota-se que as demandas da população idosa dependente exigem uma assistência constante. Contudo, as diretrizes da EMAD não abarcam a assistência diária aos seus usuários, sendo requerida a presença de um cuidador. O serviço possibilita o atendimento domiciliar, realiza a orientação aos familiares e cuidadores, coopera com o acesso dos usuários na Rede de Atenção à Saúde entre outras ações⁵.

Nesta investigação, os participantes associaram a velhice, sobretudo, ao surgimento de doenças, as quais os incapacitam para as Atividades de Vida Diária. Os estudos afirmam que a complexidade dos problemas de saúde provoca mortalidade e dependência nas pessoas idosas^{3,18-19}.

A dependência acrescenta demandas aos serviços domiciliares e cuidados de longa duração. Isso afirma a necessidade da implementação de ações efetivas, que possibilitem a maximização da funcionalidade pelo maior tempo possível^{3,18-19}.

No âmbito social, a pobreza e a desigualdade na velhice persistem ao longo do tempo, quando os problemas de saúde são acentuados. Um estudo realizado no México demonstrou que devido ao aumento de trabalhos informais, da baixa renda e da falta de benefícios previdenciários, a capacidade dos filhos ajudarem financeiramente seus familiares está diminuindo²⁰.

Este apoio é vital e influencia a renda total das pessoas idosas no México, impossibilitando o acesso aos serviços de saúde, ao tratamento e ao suprimento das necessidades básicas de subsistência²⁰. Nessa direção, as pessoas com baixa condição socioeconômica que não possuem o apoio financeiro de familiares, podem ter uma velhice mais incapacitante, afetando gravemente a possibilidade de um envelhecimento saudável. Por outro lado, as narrativas destacaram que a espiritualidade e a religiosidade apresentaram desfechos positivos para o enfrentamento de eventos estressores na velhice, agindo como base motivacional pela busca de significados e compreensão dos episódios vivenciados.

A espiritualidade estimulou o autocuidado, a socialização e a resiliência para o enfrentamento dos desafios da velhice até a morte, dando sentido para a própria vida, além de promover saúde e bem-estar²¹⁻²². Cabe salientar que as necessidades espirituais, quando não supridas, podem acarretar piora da qualidade de vida e menor satisfação com a assistência à saúde. Assim, é relevante considerar a espiritualidade nos planos de cuidados estruturados pelos serviços formais²³.

Os dados também jogaram luzes à finitude, marcada pela diminuição da capacidade funcional e cognitiva. As narrativas também citaram mudanças de papéis sociais vivenciados, como por exemplo, a morte de entes queridos e de outros fatores biopsicossociais, que resultaram em sentimentos e reações vivenciadas no processo de luto.

As perdas na velhice e a percepção da própria finitude foram definidas pela literatura como morte simbólica; as reações apresentadas podem influenciar negativamente a saúde e a capacidade física; a sensação da diminuição da funcionalidade física e mental; o sentimento de falta de qualidade das relações interpessoais; a redução de bens materiais e do poder aquisitivo; a diminuição da autonomia; o sentimento de inutilidade e a falta de bem-estar^{1, 24-26}.

Por fim, as pessoas idosas trouxeram o impacto, as inquietudes e as perspectivas diante da pandemia Covid-19. Pois essa afetou a saúde mental das pessoas idosas, por meio de sentimentos como o medo, a solidão, a ansiedade e a tristeza²⁷⁻²⁸.

O isolamento social foi uma das estratégias utilizadas para a contenção do avanço da pandemia, como o fechamento ou restrições de funcionamento de comércios e locais de trabalho. Tais estratégias, embora necessárias, levaram à diminuição da renda das famílias.

A diminuição de renda familiar determinou, para muitas pessoas, o não cumprimento do isolamento social. Um resultado do estresse acarretado pela precariedade financeira e falta de perspectiva futura em relação ao trabalho²⁹.

Outrossim, a pandemia COVID-19 destacou a necessidade de estratégias efetivas de atenção integral às pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, sejam os residentes de Instituições de longa Permanência para Idosos ou os que vivem em situação de rua. Validando a urgência da atenção integral às pessoas idosas com abordagem humanitária, universal e com equidade³⁰.

Destaca-se que os resultados devem ser interpretados considerando as limitações do estudo, mesmo considerando as potencialidades dos achados apresentados. Especificamente, foram exploradas as experiências e vivências de pessoas idosas dependentes, que no momento da coleta eram assistidas pela EMAD. Logo, não podem refletir a realidade de usuários independentes que não necessitem do atendimento domiciliar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação permitiu a compreensão do serviço ofertado pela EMAD que proporcionou a manutenção e/ou recuperação da capacidade funcional nas pessoas idosas. Adicionalmente, fortaleceu o vínculo entre usuários e profissionais, a redução do número de hospitalizações e de idas aos serviços de urgência, bem como a continuidade do cuidado. Essa modalidade de atenção favoreceu a integração com a comunidade/Rede de Atenção à Saúde, contribuindo com o acesso da população idosa aos serviços necessários e em tempo adequado.

Outrossim, esta investigação ratificou que as ações dos profissionais de saúde que trabalham com a população idosa devem ter como foco o bem-estar e a integração da Rede de Atenção à Saúde. Nessa perspectiva, a pessoas idosas devem ser o centro da rede de atenção e de todos os recursos existentes na comunidade.

Para a Enfermagem, Geriatria e Gerontologia, o estudo reforçou a necessidade de incluir o processo de finitude no planejamento das ações de cuidado nos serviços de saúde, remetendo a importância do desenvolvimento de pesquisas que contribuam com a capacitação dos profissionais sobre essa temática.

REFERÊNCIAS

1. Estrela FM, Soares CFS e, Cruz MA, Silva AF, Santos JRL, Moreira TMO, et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25]; 25(9):3431-3436. Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.14052020>.
2. Ministério da Saúde (BR). E-Gestor Atenção Básica: informação e gestão da Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [cited on 2022 feb 20]. Available in: <https://unarus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Gest%C3%A3o-e-Avalia%C3%A7%C3%A3o-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilo-vepdf-compressed.pdf>.
3. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Docrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. Cochrane Database

Syst Rev. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];4(4):CD013574. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8133397/pdf/CD013574.pdf>.

4. Dumas RP, Silva GA e, Tasca R, Leite I da C, Brasil P, Greco DB, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];36(6):e00104120. Available in: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002 [cited on 2022 feb 20]. Available in: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.
6. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DC, Mendonça MHM de, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à COVID-19. Saúde debate [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];44(4):161-176. Available in: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prtrLwWLzNJZf-QRy/?lang=pt>.
7. Peduzzi M, Schraiber LB.[Internet]. Processo de trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, editores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. [cited on 2022 feb 20]; p. 320-28. Available in: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>.
8. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. [Internet]. 2003.[cited on 2022 feb 20]. Available in: <https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/11PSF-contradicoes.pdf>.
9. Maciel FB, Santos HL dos, Carneiro RA da S, Souza EA de, Prado NM de BL, Teixeira CF de. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];25(2):4185-4195. Available in: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XsyXgfVksPRS38tgfYppqBb/?lang=pt>.
10. Assunção AA, Simões MRL, Maia EG, Alcântara MA de, Jardim R. COVID-19: limites na implantação dos equipamentos de proteção individuais recomendados aos profissionais de saúde. Ciênc. da Saúde. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 05]; 25(2):16 p. Available in: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1018/1465>.
11. Faria HP de, Werneck MA, Santos MA dos, Teixeira PF. Processo de trabalho em saúde. 2. ed. [Internet]. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2009 [cited on 2022 feb 20]. Available in: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>.
12. Minayo MC de S. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. Rev Saude Transform Soc. [Internet]. 2011 [cited on 2022 feb 25];1(3):2-11. Available in: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/652/844>.
13. Patias ND, Hohendorff JV. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. Rev Psicol. Estud. [Internet]. 2019 [cited on 2022 feb 25];24:e43536. Available in: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536>.
14. Boeckmann LM, Rodrigues MC, Santos DS dos, Melo MC, Campos MCT de, Griboski RA. O uso de checklists com ferramentas de apoio na elaboração de pesquisas qualitativas. In: I Seminário Internacional de Pesquisa em Saúde e do II Simpósio de Pesquisa em Enfermagem do Distrito Federal. [Internet]. 2018 [cited on 2022 feb 25]; Available in: <https://proceedings.science/anais-do-simpe-2018/papers/o-uso-de-checklists-como-ferramentas-de-apoio-na-elaboracao-de-pesquisas-qualitativas#>.
15. Ribeiro MA, Araújo Júnior DG, Cavalcante AS, Martins AF, Sousa LA de, Carvalho RC, et al. (RE) organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: experiência de Sobral-CE. Rev APS Em Revista. [Internet]. 2018 [cited on 2022 feb 25];2(2):177-188. Available in: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.125>.

16. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. [cited on 2023 feb 22] 2011; 27(2): 388-394. Available in: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.
17. Ministério da Saúde (BR). Protocolos e orientações aos profissionais e serviços de saúde sobre atendimentos – COVID-19. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited on 2022 feb 20]. Available in: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>.
18. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário Oficial da União*, 13 jun 2013 [cited on 2022 feb 15];12(seção 1):59. Available in: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
19. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União*, [Internet]. 24 abr 2016 [cited on 2022 feb 15]. Available in: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581.
20. Teixeira CF de S, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto IC de MP, Andrade LR de, et al. Saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];25(9):3465-3474. Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.
21. Dunlop C, Howe A, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *Rev BJGP Open*. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25]; 4(1). Available in: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>.
22. Cirino FMSB, Aragão JB, Meyer G, Campos DS, Gryscek AL de FPL, Nichiata LYI. Desafios da atenção primária no contexto da covid-19: a experiência de diadema. *Rev. bras. med. fam. Comunidade*. [Internet]. 2021 [cited on 2022 feb 25];16(43):2665. Available in: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1282258>.
23. Silva WN de S, Silva KC, Araújo AA de, Barros MBSC, Monteiro EMLM, Bushatsky M, et al. As tecnologias no processo de empoderamento dos cuidados primários de enfermagem em contexto da covid-19. *Cienc Cuid Saude*. [Internet]. 2022 [cited on 2022 feb 25];21:e58837. Available in: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/58837/751375153704>.
24. Greenhalgh T, Koh GC, Josip C. Covid-19: a remote assessment in primary care. *The BMJ*. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];368:m1186. Available in: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182>.

PERCEÇÃO DE PESSOAS IDOSAS ACERCA DA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS PRESTADOS POR UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR*

RESUMO:

Objetivo: compreender a percepção de pessoas idosas acerca da assistência prestada por uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar do município de São Paulo - Brasil. **Método:** estudo qualitativo, com o emprego da história oral de vida. Coleta de dados entre agosto de 2020 até outubro de 2021, com entrevistas semiestruturadas. Amostra foi de nove idosas atendidas pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar. Os dados foram tratados de acordo com a história oral de vida, apresentados na forma de narrativas e categorizados. **Resultados:** das narrativas emergiram sete categorias temáticas. A percepção dos participantes acerca da assistência à saúde prestada pela equipe, mostrou-se positiva e necessária, por sobretudo favorecer o acesso aos recursos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde. **Conclusão:** destaca-se a importância da atenção domiciliar para a continuidade do cuidado das pessoas idosas. Reforçou a necessidade de incluir o processo de finitude no planejamento nas ações de cuidado dos serviços de saúde.

DESCRIPTORIOS: Saúde do Idoso; Assistência Integral à Saúde; Serviços de Saúde para Idosos; Qualidade da Assistência à Saúde; Pesquisa Qualitativa.

PERCEPCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE LA TRANSICIÓN DEL CUIDADO BRINDADO POR UN EQUIPO MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN DOMICILIARIA*

RESUMEN:

Objetivo: comprender la percepción de los adultos mayores sobre la asistencia prestada por un Equipo Multiprofesional de Atención Domiciliar en la ciudad de San Pablo, Brasil. **Método:** estudio cualitativo, que usa la historia oral de vida. Recolección de datos entre agosto de 2020 y octubre de 2021, con entrevistas semiestruturadas. La muestra estuvo compuesta por nueve mujeres de tercera edad que atendidas por el Equipo Multidisciplinario de Atención Domiciliar. Los datos fueron tratados como historia oral de vida, presentados en forma de narraciones y categorizados. **Resultados:** siete categorías temáticas surgieron de las narrativas. La percepción de los participantes sobre la asistencia sanitaria que prestó el equipo fue que era positiva y necesaria, principalmente porque favoreció el acceso a los recursos que brinda el Sistema Único de Salud. **Conclusión:** se destaca la importancia de la atención domiciliar para la continuidad del cuidado del adulto mayor. Reforzó la necesidad de incluir el proceso de finitud en la planificación de las acciones de cuidado en los servicios de salud.

DESCRIPTORIOS: Salud del Adulto Mayor; Atención Integral de Salud; Servicios de Salud para el Adulto Mayor; Calidad de la Atención de la Salud; Investigación Cualitativa.

*Artigo extraído da dissertação do mestrado "Avaliação da transição de cuidados na perspectiva de pessoas idosas assistidas por uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2022.

Recebido em: 20/01/2022

Aprovado em: 16/03/2023

Editora associada: Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi

Autor Correspondente:

Jeane Roza Quintans

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, PPGEn- Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo, SP, Brasil CEP: 05403-000

E-mail: jeanequintans@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **Melleiro MM**; Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Quintans JR, Melleiro MM**; Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Quintans JR, Melleiro MM**. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).