



Universidade
Tuiuti do
Paraná

A SUA UNIVERSIDADE

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

MESTRADO EM PSICOLOGIA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

MIRELLIM TACIANA CARRIEL DE LIMA PLACA

Assistência domiciliar prestada por equipes Estratégia Saúde da Família a idosos com Doenças Crônico-Degenerativas em um município do interior de São Paulo

CURITIBA

2018

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
MESTRADO EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

MIRELLIM TACIANA CARRIEL DE LIMA PLACA

Assistência domiciliar prestada por equipes Estratégia Saúde da Família a
idosos com Doenças Crônico-Degenerativas em um município do interior
de São Paulo

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do
Paraná, como requisito necessário para obtenção do título
de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social Comunitária
Orientadora: Prof. Dra. Ana Claudia Nunes de Souza
Wanderbroocke.

CURITIBA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sydnei Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

P697 Placa, Mirellim Taciana Carriel Delima.

Assistência domiciliar prestada por equipes estratégica saúde da família a idosos com doenças crônico-degenerativas em um município do interior de São Paulo / Mirellim Taciana Carriel Delima Placa; orientadora Prof^a. Dr^a. Ana Claudia Nunes de Souza Wanderbroocke.

90f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2018.

1. Idoso. 2. Atendimento domiciliar. 3. SUS. 4. Psicologia social comunitária. I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia/ Mestrado em Psicologia. II. Título.

CDD – 301.1

Nome: Mirellim Taciana Carriel de Lima Placa.

Titulo: Assistência domiciliar prestada por equipes Estratégia Saúde da Família a idosos com Doenças Crônico-Degenerativas em um município do interior de São Paulo

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná para obtenção do Título de Mestre em Psicologia Social Comunitária.

Aprovado (a) em: 13/06/2018

Banca examinadora

Professor(a) orientador(a) Doutor(a) Ana Cláudia Nunes de Souza Wanderbroocke

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Assinatura _____

Professor(a) orientador(a) Doutor(a) Gislei Moscelin Polli

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Assinatura _____

Professor(a) orientador(a) Doutor(a) Mariane Lemos Lourenço

Instituição: Universidade Federal do Paraná

Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as surpresas e superações impostas no meio do caminho, a toda força e motivação que me proporcionou até nos momentos mais difíceis. Ao universo que conspirou a favor.

Clamo em agradecimento, ao Programa de Mestrado em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná – UTP, que me proporcionou novamente momentos únicos e ricos de aprendizagem. Foi um caminho de muita construção, de trocas de conhecimentos, de parcerias. Momentos que me trouxeram grande felicidade, pois, me aproximei de questões que me são muito importantes, e me trazem grande prazer.

Serei eternamente grata à Professora Doutora Ana Cláudia Nunes de Souza Wanderbroocke, por toda trajetória, por incorporar tudo que é do lado do conflito. Que através disso, construímos conhecimentos, trocamos experiências. Agradeço o acolhimento, os encontros e desencontros, e as mais diversas confusões, agradeço e desculpo-me. Foram anos de convivência, de proximidade e distância, que nos trouxe conhecimento sobre a vulnerabilidade em que algumas pessoas vivem e que alguns profissionais exercem suas carreiras. A isso, agradeço pelos momentos únicos que me proporcionou ao me guiar na criação e elaboração dos grupos focais, e na construção desse trabalho. A você, Ana, o meu mais sincero obrigada!

À Professora Doutora Mariane Lemos Lourenço, por sua dedicação à leitura do meu trabalho, e por me motivar a ir além e mostrar essa realidade a mais pessoas.

À Professora Doutora Gislei Moscelin Polli, por sua leitura minuciosa em meu texto, por me proporcionar novos horizontes e que sempre me acolheu com tanta inteligência e paciência, muito obrigada!

Não existem palavras que darão conta de expressar toda minha gratidão aos meus pais, Amiralio e Marli, grandes exemplos de tolerância, suportabilidade e amor. A vocês que construíram os pilares da estrutura que me sustenta, o amor que sempre demonstraram nos atos, em me apoiar e me sustentar emocionalmente e financeiramente, todos esses gestos serão inesquecíveis no decorrer de toda a minha existência. O meu desejo é que vocês usufruam de tudo que me ajudaram a construir até aqui, e que vivam muito!

A todos os familiares que me amam, me suportam e entendem a minha ausência. Em especial à tia Claudete, agradeço às orações, tia Marlene, irmã da mãe, agradeço por me incentivar e me acolher sempre. Aos meus primos lindos, que amo tanto de coração, em especial ao Eduardo que me orgulha e me deixa sempre muito feliz com o seu sorriso, ao primo Tiago que me motiva diariamente e que me ensina que os desafios estão ai para superarmos; ao meu priminho que amo e com cada abraço e um eu te amo (i amo tia) me motivou a chegar até aqui, obrigada João Rodrigo, tão pequeno e tão cheio de amor.

A todos os meus amigos que me incentivaram a continuar na caminhada e a concluir esse doloroso e prazeroso trajeto, em especial ao Iago, que sempre torceu por mim e me socorreu em momentos de dúvidas. A Fabi, minha querida amiga, que sempre trouxe palavras confortantes em momentos de angustia. Agradeço também a minha amiga e comadre Valeria, obrigada pelos convites a uma cervejinha gelada para acalmar o coração e o estresse.

Ao meu afilhado, tão pequeno e desde que estava no ventre já me motivava a ser cada vez melhor. Ao ver o seu rosto pela primeira vez, tive a certeza que por você lutaria dia-a-dia. Obrigada por existir e mesmo que sem saber me motivar.

Aos colegas do Mestrado, em especial ao meu hoje, amigo Xavier, obrigada pelo companheirismo, afinidades e incentivos ao longo de todo percurso. Obrigada também a Nanci, grande companheira que tive o prazer de conviver durante esse trajeto.

A minha vovó Maria Galli, vó preferida e também muito amiga, obrigada por tudo, meu amor.

Ao meu vovô Joaquim Carriel, já falecido, ao que sempre me incentivou desde criança a seguir o caminho do estudo, do bem e sempre, sempre buscar ser melhor, prometo que te levarei para sempre em meu coração e os seus ensinamentos me acompanharam a cada decisão.

A todos os professores e funcionários do programa de Mestrado em Psicologia Social Comunitária da Tuiuti, um obrigada especial à Luci Mara de Lima Chiquim, por todos direcionamentos dados com paciência, durante todos esses anos.

A todos os demais, que eu possa ter esquecido de mencionar.

Por fim, agradeço aos profissionais que fizeram parte desse trabalho, sem os quais nada existiria, obrigada por todas as trocas e construções que me proporcionaram ao longo desse trabalho, por me incentivar a buscar mais conhecimento para percorrer as linhas da escrita sobre as políticas públicas do SUS e a assistência aos idosos. Pela convivência, aprendizagem e trocas, sou imensamente grata!

*O ser humano, como ser gregário que é, só deve ser pensado como um ser em
interação*
Kenneth Gergen

RESUMO

Uma das maiores dificuldades no envelhecimento, tanto para o idoso como para a família, é enfrentar uma doença crônico-degenerativa (DCD), tendo em vista que nestes casos a expectativa é de constante agravamento da condição clínica. Considerando-se que gradativamente maior número de pessoas idosas enfrentarão as DCD, cabe a reflexão sobre como a saúde pública no Brasil está organizada para assisti-las em suas comunidades. Considerando esse cenário, a pesquisa teve como objetivo analisar a assistência domiciliar prestada por equipes ESF aos idosos com DCD em um município do interior de São Paulo, uma vez que a proposta da ESF é facilitar o acesso e o atendimento integral a todas as famílias nas comunidades, garantindo a continuidade, a longitudinalidade e a resolutividade das ações prestadas em saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado por meio de observação participante e grupos focais com seis integrantes de duas equipes ESF do município, uma atendendo população urbana e outra rural. Os resultados foram submetidos a análise de conteúdo e apontam a necessidade de uma reorganização dos serviços, em prol de fortalecer a rede para prestar assistência à população. Os relatos dos profissionais participantes indicam falta de estruturação para os atendimentos, dificuldades de locomoção, falta de profissionais e a pouca colaboração dos familiares no acompanhamento e tratamento de quadros específicos. Essas queixas apresentam significativa dificuldade na execução das atribuições das equipes, atrasando atendimentos, prestando assistência domiciliar precária. A pesquisa direciona que nesse município são diversos os desafios para se fazer consolidar a política pública da atenção básica. Entende-se que a elaboração de projetos terapêuticos, criados e desenvolvidos por equipes multiprofissional e intersetorial seria a principal saída para a busca de soluções.

Palavras-chave: Idoso. Atendimento domiciliar. SUS. Psicologia Social Comunitária.

ABSTRACT

One of the greatest difficulties concerning the aging process, both for the elderly and for the respective family, is facing a chronic degenerative disease (CDD), considering that expectations in these cases are of a constant worsening of the clinical condition. Considering that increasing numbers of elderly individuals will face CDD, reflecting on how public health in Brazil is organized to assist these individuals in their communities is a necessity. Considering this scenario, the present study aimed to analyze the home care provided for elderly CDD patients by ESF teams in a municipality in inner São Paulo, since the ESF proposal is to facilitate integral access and attendance to all families in the communities, guaranteeing health action continuity, longitudinality and resolutiveness. This is a qualitative study, carried out through participant observation and focal groups comprising six members belonging to two ESF teams in the city, one serving the urban and the other, the rural, population. The results were submitted to a content analysis. The results indicate the need for service reorganization, in order to strengthen the population assistance network and point out the need for a service reorganization, in order to strengthen the network to provide assistance to the population. The reports of the participating professionals indicate lack of structuring concerning attendance, locomotion difficulties, lack of professionals and lack of collaboration of family members in the monitoring and treatment of specific scenarios. These complaints present significant difficulties in the execution of team assignments, delaying care, providing precarious home care. The research indicates that several challenges exist in this municipality in order to consolidate the primary care public policy. It is understood that the elaboration of therapeutic projects created and developed by multiprofessional and intersectorial teams would be the main outlet for the search of solutions.

Keywords: Elderly. Home care. SUS. Community Social Psychology.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DAC	Doença do Aparelho Circulatório
DCBV	Doenças Cerebrovasculares
DCD	Doença Crônico Degenerativa
DH	Doenças Hipertensivas
DIC	Doenças Isquêmicas do Coração
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PSC	Psicologia Social Comunitária
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	Envelhecimento humano	17
2.1.1	Envelhecimento: das DCD à terminalidade	19
2.2	SUS e os princípios do atendimento em saúde	22
2.3	Estratégia saúde da família.....	25
2.4	Estratégia saúde da família e assistência domiciliar	31
2.5	Estratégia saúde da família e assistência domiciliar ao idoso.....	37
3	OBJETIVOS	41
3.1	Objetivo geral.....	41
3.2	Objetivos específicos	41
4	MÉTODO	42
4.1	Fundamentos ontológicos e epistemológicos.....	42
4.2	Delineamento do estudo	43
4.3	Local e participantes	43
4.4	Instrumentos	46
4.5	Procedimentos	46
4.6	Análise dos dados.....	48
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
5.1	Primeiro encontro.....	49
5.2	Segundo encontro.....	61
5.3	Terceiro encontro	75
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICE 1	92
	ANEXO 1.....	93
	ANEXO 2.....	96

1 INTRODUÇÃO

Envelhecer é uma experiência heterogênea, ou seja, algumas pessoas alcançam a última etapa da vida em boas condições de saúde, enquanto outras vivem este período com uma ou mais patologias. Uma das maiores dificuldades, tanto para o idoso como para a família, é enfrentar uma doença crônico-degenerativa (DCD), tendo em vista que nestes casos a expectativa é de constante agravamento da condição clínica.

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

Considerando-se que paulatinamente maior número de pessoas idosas enfrentarão as DCD, cabe a reflexão sobre como a saúde pública no Brasil está organizada para assisti-las em suas comunidades. Como são doenças que geralmente exigem tratamentos complexos, para receber assistência, os pacientes vinculam-se a centros de especialidades, atenção secundária em saúde, hospitais que oferecem serviços especializados na patologia em questão ou atenção terciária. Mesmo recebendo cuidados em todas essas esferas, os idosos devem continuar vinculados à atenção primária, operacionalizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que se organizam territorialmente e preveem em seus eixos de atuação: longitudinalidade, integralidade e coordenação dos cuidados aos moradores das áreas adstritas, por meio do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo principal objetivo é realizar ações de promoção integral da saúde, com tratamentos de baixa complexidade e

acompanhamento das famílias, tanto ambulatorialmente, como em domicílio, conforme a necessidade da população abrangida.

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

O interesse pelo tema de pesquisa surgiu a partir da prática da pesquisadora como psicóloga de um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) de uma cidade do sul do estado de São Paulo. No período em que desenvolveu seu trabalho, muitas vezes presenciou as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de dois setores – assistência social e saúde – que compartilham diversas ações, devido às influências políticas e de manejo dos recursos públicos. Além disso, por ser um município de pequeno porte e com parte significativa da população vivendo em situação de vulnerabilidade, foi possível acompanhar de maneira mais próxima como a carência e/ou a má aplicação de tais recursos afeta drasticamente a população que depende do apoio do Estado, principalmente em períodos de crise econômica, momento em que a pesquisa foi realizada. Se por um lado existe o aumento da expectativa de vida, demandando mais investimentos em saúde e estruturação das equipes, por outro, a instabilidade política e econômica do país pode se refletir na escassez de recursos destinados aos municípios e consequentemente, na fragilização dos serviços públicos de saúde.

Considerando esse cenário, a pesquisa foi elaborada a partir do seguinte questionamento: Como as equipes ESF de um município de pequeno porte prestam atendimento em domicílio aos idosos com DCD? A pergunta se justifica devido a proposta da ESF de facilitar o acesso e o cuidado integral a todas as famílias nas comunidades, garantindo a continuidade, a longitudinalidade e a resolutividade das ações prestadas (Brasil, 2011).

Algumas pesquisas já vêm elaborando um conhecimento sobre como tem ocorrido a assistência aos idosos pelas equipes ESF. Motta, Aguiar e Caldas (2011) e Amthauer e Werner (2017) estudaram seu trabalho nos cuidados com essa população em três municípios. Lima et al (2014) pesquisaram o atendimento oferecido na atenção primária, sob a perspectiva ambulatorial. Mais próximas do foco do presente estudo estão as pesquisas de Floriano et al (2012) e de Nogueira, Paula Sacha Frota et al (2017), relativas a cuidadores e idosos com DCD. O primeiro descreveu a maneira como os cuidadores familiares realizam o atendimento aos idosos em condição de dependência e concluiu que os estressores gerados por essas atividades podem comprometer sua saúde e desta forma, a enfermagem da ESF deve entender idoso e família como a unidade de cuidado, atentando para as necessidades de ambos os atores. O segundo, teve como proposta compreender como vivem os idosos com Alzheimer e suas percepções sobre as ações da ESF, avaliando que eles demonstraram relativa satisfação quanto à atenção dispensada, indicando a importância de um cuidado que potencialize a melhoria de sua condição de vida, independência e autonomia. Entre as pesquisas sobre idosos com DCD atendidos pela ESF, não foi localizada nenhuma com foco nos seus membros, tampouco com foco na assistência domiciliar.

O presente estudo foi desenvolvido na área da Psicologia Social Comunitária (PSC), que parte do pressuposto de que as pessoas e ambientes sofrem influências recíprocas e, portanto, o contexto em que estão inseridos proporciona condições de bem-estar ou de

sofrimento e exclusão. Nesse sentido, a PSC se volta para o reconhecimento e construção de práticas éticas e solidárias que promovam, entre outros aspectos, justiça e apoio social (Sarriera&Saforcada, 2014), através da compreensão de como uma equipe ESF presta atendimento aos idosos com DCD na comunidade, por meio das visitas domiciliares, entendidas como o principal elo entre pessoas idosas vulneráveis e o sistema de saúde pública.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento humano

Atualmente, em decorrência da evolução da tecnologia médica, houve um avanço da idade populacional, fato considerado uma grande conquista mundial. Devido à longevidade e à diminuição da natalidade, o número de idosos aumentou e tende a aumentar ainda mais, conforme dados do IBGE (2016) e da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005). Com isso, tem havido alteração na pirâmide etária, diminuindo a faixa de crianças e adolescentes e aumentando significativamente a de idosos.

A OMS concluiu que o mundo está envelhecendo e aponta que as projeções para 2025 são de que a população de 60 anos ou mais tenha em torno de 223% de aumento (694 milhões) comparado ao ano de 1970, podendo atingir dois bilhões até 2050 (OMS, 2005). No Brasil, a taxa de pessoas com 60 anos ou mais, nos anos 1970 era de 4,7 milhões. Em 2010 o número cresceu para 23,5 milhões e as projeções para 2025 indicam que possa chegar a 32 milhões de idosos brasileiros. Nas próximas quatro décadas, esse número poderá quase quadruplicar e atingir aproximadamente 58,4 milhões, o que corresponde a 26,4% da população (IBGE, 2012). Os dados da OMS classificam o Brasil como o sexto país do mundo em número de idosos (OMS, 2005).

Freitas, Queiroz e Souza (2010), explicam que a velhice é um processo complexo, no qual ocorrem diversas mudanças de ordem psicológica, biológica e social, podendo estar ligadas ao modo de envelhecimento propriamente dito. Mascaro (2004), categoriza a velhice como um curso heterogêneo, explicando que não existe uma única forma de envelhecer e de viver esse momento. Para o autor, cada sujeito encontra maneiras e sentidos diferentes de transpor esse decurso, o que impede de pensar a velhice acontecendo apenas de uma forma, pois não é um produto único. É um processo que está em constante mudança e que deve levar

em conta diversas variáveis, considerando que elas se modificam com o meio e situações em que são vivenciadas.

Cada vez mais é possível envelhecer com boa saúde e qualidade de vida, o que se tornou conhecido como ‘envelhecimento bem-sucedido’. Veras (2009) descreve que na atualidade, tal expressão se aplica quando permanece a qualidade de vida, a independência e o sujeito consegue manter a sua autonomia. Além disso, está relacionado à capacidade funcional do idoso, que deve estar ativo na sociedade, com participação na vida comunitária, em projetos sociais, econômicos e/ou culturais. Para classificar o mesmo conceito, pode-se pensar também na ideia de qualidade de vida, que Minayo (2000) explica como sendo uma visão polissêmica, tendo diversos significados e que varia de cultura para cultura, pois estão ligados às vivências individuais e coletivas, relacionando-se à subjetividade, constituindo uma construção cultural.

Por outro lado, não se pode falar apenas em envelhecimento com qualidade ou bem-sucedido, pois com o crescimento da população idosa, aparece também o aumento das enfermidades, o que conduz ao conceito de envelhecimento patológico. A Organização Mundial de Saúde (2015) apresenta o envelhecimento como um processo em nível biológico complexo, contemplando diversas perdas fisiológicas e danos moleculares, com diminuição significativa em suas capacidades funcionais intrínsecas, podendo surgir dificuldades em realizar as atividades diárias normais, perda da autonomia e declínio em suas funções. O mesmo documento menciona que existem mudanças psicossociais, casos em que os idosos passam a ter alterações em seus grupos de interações e convivências.

Nesse sentido, Motta e Aguiar (2011) chamam a atenção para a necessidade de se conhecer as doenças associadas ao envelhecimento, a fim de que possam ser efetivamente identificadas e não se confundam como processo normal do envelhecer. A partir dessa ideia, Bulla e Tsuruzono (2010) afirmam que as enfermidades em destaque neste contexto são as

DCD, que além do comprometimento orgânico, causam impacto nas relações familiares e sociais dos idosos.

Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) apontam que 69,0% dos idosos relatam possuir pelo menos uma DCD comprometendo suas atividades rotineiras, como tomar banho, alimentar-se e ir ao banheiro. Esse número ilustra a mudança no delineamento epidemiológico da população. As mesmas autoras elucidam a mudança que ocorreu nos últimos 40 anos no perfil dos idosos brasileiros, que sofreu uma alteração de doenças infectocontagiosas para um com predominância das DCD, dando ênfase à necessidade de profissionais se capacitarem para acompanhar essas alterações, obtendo conhecimento do processo de envelhecimento, a ponto de identificar a diferença entre o declínio dele decorrente ou devido a alguma doença.

2.1.1 Envelhecimento: das DCD à terminalidade

Fowler e Sá (2009) definem Doenças Crônico-Degenerativas (DCD) como aquelas que afetam a qualidade de vida, evoluindo paulatinamente de incapacidade para a morte de seus portadores. Sua etiologia é multifatorial e sabe-se que existe uma interação entre comportamento, meio ambiente e perfil genético. Felipe e Zimmermann (2011) explicam que essas doenças não são transmissíveis e as patologias podem ser diversas. O perfil epidemiológico das DCD aponta que as principais são: Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), Neoplasias Malignas e Diabetes Mellitus, representando 52% das causas de óbitos e cerca de 16% das internações (Brasil, 2006). No grupo de DAC destacam-se: Doenças Cerebrovasculares (DCBV), Doenças Isquêmicas do Coração (DIC) e Doenças Hipertensivas (DH), também associadas a outras doenças cardiovasculares.

As neoplasias, também conhecidas como câncer, estão entre as principais causas de morte no Brasil. Ao mesmo tempo em que o aumento dessas ocorrências - câncer de mama, próstata, cólon e reto - está associado ao melhor nível sócio-econômico, as taxas de incidências de câncer de colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral - estão associadas à pobreza

(Instituto Nacional do Câncer, 2006). Cabe esclarecer que 45% dos casos de câncer de mama prevalece em mulheres acima de 65 anos, o câncer de próstata é doença comum em idosos, assim como o câncer de cólon e reto (intestino) tem maior incidência neste grupo de pacientes.

O Diabetes Mellitus ou Diabetes do tipo 2 (média de 90% dos casos) é uma doença pouco sintomática ou assintomática, mais comumente diagnosticada em pessoas com mais de 50 anos (Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 1997). É a doença mais afeta à disfunção endócrina do pâncreas, atingindo acima de 150 milhões de pessoas. O quadro da doença no Brasil é de 7,6% da população entre 30 e 69 anos, e quando não controlado, acarreta vários riscos para a saúde, o que oferece maiores limitações aos pacientes, como: cegueira, insuficiência renal, amputações, lesões nervosas, doenças cardiovasculares, hipertensão e derrames (Fischer, 2012).

As demências são mais comuns em idosos e podem ser facilmente confundidas com o processo normal do envelhecimento. Inicialmente, acontecem alterações na memória, tais como esquecimentos de episódios recentes. Com o tempo, a doença progride e o idoso passa a não reconhecer familiares e amigos, ter dificuldades ao realizar atividades rotineiras, até atingir a dependência total. Isso ocorre devido à diminuição (morte) das células do cérebro. Podem ser manifestações de distúrbios diversos e apresentarem outras causas, porém, a demência mais comum é a Doença de Alzheimer (Associação Brasileira de Alzheimer, 2009).

Outra doença comum e de prevalência em idosos é a Doença de Parkinson, causada pela falta da substância dopamina, cuja diminuição ou ausência ainda são desconhecidas. Sua evolução é lenta, iniciando-se com tremores nas mãos, evoluindo para a boca e gerando dificuldade nos movimentos e equilíbrio (Souza et al, 2011).

Também é importante ressaltar que entre todas as doenças e respectivos fatores de risco citados, existem outros que podem possibilitar o desenvolvimento das DCD, como a ingestão de álcool em grande quantidade, o sobrepeso e a obesidade, o tabagismo, o sedentarismo, o

estresse e o colesterol elevado, assim como outros já citados. Todos são fatores modificáveis, a partir de maiores cuidados e controles, observados pelas pessoas e profissionais. Por outro lado, a idade é um fator não reversível e estas doenças estão claramente ligadas ao envelhecimento e à hereditariedade, ao sexo e à raça (Casado, Vianna & Thuler, 2009).

Como as DCD podem progredir em graus variados de incapacidade, cabe considerar que a pessoa idosa nesta condição, pode evoluir para a terminalidade, cuja identificação está atrelada, na prática, ao paciente fora de possibilidade de cura ou com morte inevitável. A própria equipe de saúde pode sentir receio em considerar o paciente terminal, pois é complexa a distinção entre este estado e um paciente com possibilidade de cura, considerando-se que não existe uma definição clara quanto a isso (Quintana, Kegler, Santos & Lima, 2006).

Uma vez que o idoso seja considerado sem possibilidade de tratamento curativo, cabe ao profissional de saúde oferecer-lhe suporte, pois quando ele eventualmente percebe e/ou intui que sua doença está se agravando, vivencia diversos sentimentos e emoções de forma mais intensa (Fonseca & Rebelo, 2010). É preciso principalmente preparar a família, para que possa lidar com todos esses fatores, tanto do ponto de vista familiar como do idoso.

Esses sentimentos estão atrelados, muitas vezes, ao medo da morte, da perda, à ansiedade e incertezas, e nesse momento, todos os envolvidos no processo apresentam necessidade de serem ouvidos, compreendidos, acompanhados. Os profissionais de saúde devem prestar serviços que amenizem a dor e demais sintomas, podendo utilizar-se de tratamentos paliativos para suprir essas demandas, incluindo componentes que aliviem a dor e os sintomas, apoio psicológico, espiritual e emocional, dando conforto à família de forma interdisciplinar (Fonseca & Rebelo, 2010).

2.2 SUS e os princípios do atendimento em saúde

A saúde, nos tempos mais remotos, era considerado como simplesmente não adquirir doenças. Com o passar do tempo, um significado mais amplo se fez necessário. Atualmente, entende-se saúde como o bem-estar biopsicossocial e que o processo saúde/doença está ligado e pode ser afetado por diversos fatores, entre eles: desigualdade, exclusão, baixa renda e baixa qualidade de vida. Esta concepção teve como marco a Carta de Ottawa, em 1986, que enfatizou os determinantes ambientais e estilo de vida como fundamentais à saúde (Teixeira, 2002).

Esta nova concepção e o reconhecimento das necessidades dos usuários dos serviços públicos, surgiram através de movimentos sociais, como o Movimento Sanitarista, foram discutidos na 8º Conferência Nacional de Saúde (1986) e consolidados na Constituição de 1988. A partir da homologação dessa Carta Magna, foram definidos ações e serviços a serem implantados pelo SUS, considerados de relevância pública. Dessa maneira, o poder público passou a regulamentar, fiscalizar e controlar todas as ações dos serviços de saúde (Brasil, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, o SUS possui alguns princípios doutrinários e fundantes, que orientam sua operacionalização: universalização, que garante o acesso à saúde a toda população, sem discriminação de sexo, raça, ocupação ou qualquer outra característica; a equidade, que tem como principal objetivo diminuir a desigualdade, ou seja, investir mais onde a carência for maior; e integralidade, organização dos serviços, para atender todas as questões de ordem biopsicossociais. A integração das ações, dos serviços e dos profissionais deve acontecer pensando em um único objetivo: atender o usuário e sanar suas necessidades quanto à promoção de saúde, à prevenção de doenças e ao tratamento/reabilitação (Brasil, 2000).

A integralidade, por ser um dos princípios doutrinários da política do SUS, é sistematizada por Mattos (2005) como três conjuntos de sentidos: a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como resposta aos problemas de saúde. O autor aponta que a integralidade, como traço da boa medicina, requer que o profissional reconheça não apenas as demandas explícitas do paciente, que não se mantenha aprisionado tão somente às questões de saúde orgânica, devendo conhecer o cidadão, sua história, sua caminhada e suas necessidades em um contexto geral, para que possa aplicar as melhores técnicas de prevenção de doenças e não se restringir à regulação de corpos.

Já a integralidade como modo de organizar as práticas é esclarecida por Mattos (2005), como a horizontalização dos programas que anteriormente eram verticais. A intenção é superar a fragmentação das atividades das unidades de saúde, articulando demandas programadas e demandas espontâneas, com a utilização de protocolos de diagnósticos e identificação de situações de risco à saúde. Por meio da horizontalização criam-se as atividades coletivas, entre equipe e comunidade. E por fim, a integralidade e as políticas públicas, que devem ser elaboradas especialmente para dar respostas aos problemas de saúde que deixam a população aflita (Mattos, 2005).

Para assegurar que todos os serviços relacionados ao SUS se efetassem, foram criados os princípios organizativos pelo Ministério da Saúde. O primeiro, intitulado Regionalização e Hierarquização, orienta que os atendimentos devem ser tratados de acordo com sua complexidade, ou seja, deve existir planejamento pautado nos critérios epidemiológicos, com articulação e consentimento da população a ser atendida, dentro dos limites e recursos disponíveis (Brasil, 2000).

O segundo princípio, Descentralização e Comando Único, está relacionado à distribuição de poder e responsabilidades entre as três esferas de governo. No SUS, a

descentralização deve acontecer até o município, conferindo-lhe condições gerenciais, financeiras e técnicas para exercerem essa função. Ainda segundo o Ministério da Saúde, todas as esferas de governo são autônomas e devem criar atividades para geração de saúde, respeitando sempre os princípios gerais e a participação da comunidade (Brasil, 2000).

O terceiro e último princípio é a participação popular, que tem como objetivo obter ajuda da comunidade para avaliar e controlar todas as ações e prestações de serviços da política pública. Aqui, a exigência é que sejam criados Conselhos que executem as Conferências de Saúde, para que a população possa participar ativamente (Brasil, 2000).

Para que todos esses princípios se tornassem realidade, foram definidos três tipos de atenção à saúde: inicialmente a atenção primária, após a célebre Declaração de Alma-Ata, quando se estabeleceram as tecnologias classificadas como simples e de baixo custo, em contraposição ao modelo hospitalocêntrico. Também é conhecida como atenção básica, restringindo os termos de média e alta complexidade para as assistências especializadas e hospitalares (Paim, 2002).

Na atenção primária, é importante que o trabalho contínuo e a assistência prestada ocorram de forma integral e com resolutividade, objetivando reduzir a demanda por consultas especializadas, exames, e especialmente serviços mais bem estruturados e dispendiosos, caracterizados como de média e alta complexidades, de forma que os recursos públicos sejam utilizados somente em procedimentos necessários (Franco & Júnior, 2004). Para que haja o encaminhamento da atenção primária à secundária e terciária, é imprescindível que todas as tentativas iniciais já tenham sido realizadas, esgotando as possibilidades de diagnósticos e tratamento, sendo de fundamental importância o repasse de informações prévias sobre o quadro do paciente, demonstrando responsabilidade com o usuário e o trabalho qualificado em equipe (Franco & Júnior, 2004).

Cecílio e Merthy (2003) indicam que a proposta da assistência integral à saúde consiste em reorganizar o trabalho realizado pela atenção básica, devendo ser executado de maneira dialética, buscando-se complementação e adição de saberes, fruto das práticas profissionais dos trabalhadores e suas articulações. Desta maneira, a atenção primária está ligada diretamente à Promoção e Prevenção da Saúde e ao acompanhamento e assistência domiciliar, visando proporcionar oportunidades iguais a todas as pessoas, para realizarem de forma integral e completa seu potencial de saúde (Buss, 2003).

No nível de atenção primária foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar o modelo assistencial, como uma estratégia de mudança da atenção básica e do sistema municipal, sofrendo posteriormente alteração em sua nomenclatura, para Estratégia Saúde da Família (ESF). Um de seus princípios básicos, o acolhimento, consiste em atender todos que buscam o serviço, e reorganizar o trabalho, descentralizando o foco do médico para toda equipe multiprofissional e qualificando a relação profissional-usuário, com ênfase em valores humanitários e de cidadania (Franco, Bueno & Merhy, 1999).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ESF são responsáveis por organizar o cuidado prestado, operacionalizando o projeto terapêutico como gestores, bem como acompanhar todo o seu processo e garantir acesso aos demais serviços de assistências à saúde. Outra missão dessas equipes é dar continuidade aos cuidados dos usuários, mantendo o vínculo com eles, para que continuem a receber assistência, mesmo nos casos em que sejam transferidos para outros níveis de atendimento (Franco & Júnior, 2004).

2.3 Estratégia saúde da família

A ESF possui grande capacidade de organizar e orientar o sistema de saúde, trabalhando com resolução de problemas, conhecimento das comunidades e da sua população territorial, buscando assim atender as demandas de forma específica e singular, alterando o modelo assistencial. Os princípios norteadores das equipes ESF estão vinculados a práticas de

saúde e a centralidade na pessoa e\ou família, atuando de maneira a atender necessidades específicas, criando vínculos com os usuários, permitindo a participação ativa da sociedade para elaboração de ações e intervenções, com base na integralidade (Hamann et al, 2015).

O papel das equipes ESF permite aos gestores, profissionais que as compõem e aos usuários do programa compreenderem que cada lugar possui uma dinâmica, pois está relacionada aos membros da comunidade e a forma como interagem. O trabalho realizado pela ESF veio para alterar o nível de desigualdade social e a iniquidade em saúde (Gondim, 2012).

A ESF é uma equipe multiprofissional, composta por no mínimo um médico clínico geral ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo também fazer parte dessa equipe o cirurgião dentista e\ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2012). Cada ACS deve atender no máximo 750 pessoas cadastradas e cada equipe ESF pode dispor de até 12 ACS. A ESF possui características de trabalho elaboradas e específicas, onde o cadastro dos doentes acompanhados é realizado pelos ACS, com intuito de ajudar na definição precisa do território. É realizado levantamento de dados através da ficha do Sistema de Informação da Atenção Básica, analisando-se os espaços sociais que os moradores frequentam (escolas, igrejas), ou a rede de suporte (associações), gerando informações auxiliares à compreensão sociocultural da população. Essas ações em saúde acontecem em domicílio ou em espaços comunitários (Brasil, 2012).

O trabalho realizado por território permite que a definição dos usuários proporcione maior possibilidade de vínculos entre equipes e usuários, lembrando que os ACS precisam possuir residência na área de abrangência e ter tempo de moradia no local, para que seja conhecido pela comunidade, facilitado o vínculo e a confiança entre a população e a equipe. Ambos precisam trabalhar de forma unificada e unida, considerando que passam a ser

referência do cuidado, pois garantem a continuidade e resolutividade das ações, preservando sua longitudinalidade (Brasil, 2011).

Com esse investimento da atenção básica em recursos para criação e ampliação do trabalho das equipes ESF, foram observados resultados positivos, a taxa de mortalidade infantil diminuiu, houve menos internação hospitalar, aumento da equidade, diminuição de custos e maior acesso aos serviços de saúde pública, com maior e melhor continuidade do cuidado (Reis et al, 2015).

A ESF constitui-se num espaço para atenção integral à saúde da população, com foco em especial à saúde da família e dos idosos, devido a sua proximidade com a comunidade, trabalhando com focos diferenciados, isto é, atendimento em ambulatório e em domicílio e com consultas agendadas ou de emergência (Brasil, 2013). Starfield (2002) explica também que a acessibilidade, a localização e a forma como as equipes atendem e prestam os serviços, incluindo horários e dias de atendimento e a utilização pela população dos serviços prestados, são dados importantes para que a atenção primária seja entendida como a porta de entrada aos serviços de saúde. Outro ponto importante é que a assistência qualificada da atenção básica está relacionada a integração das equipes, ou seja, o trabalho de rede, onde todos os níveis de assistência do sistema de saúde trabalhem de maneira integrada.

Os profissionais que fazem parte das ESF têm atribuições específicas e devem participar do processo de territorialização das áreas, realizando busca ativa, elaborando diagnóstico situacional, identificando riscos e vulnerabilidades, notificando doenças e os seus agravos, cadastrando famílias e indivíduos e acima de tudo garantindo a fidedignidade das informações e diagnósticos de saúde. Outras atribuições são a atuação interdisciplinar, a elaboração e articulação de reuniões sistemáticas e de rede, permitindo a profissionais de diferentes níveis de assistência, participação e planejamento das intervenções (Brasil, 2011).

Cabe ao enfermeiro acompanhar e atender os indivíduos e famílias cadastradas, realizando consultas de enfermagem, bem como a organização de grupos, solicitação de exames, prescrição de medicamentos, além da elaboração de atividades educativas da equipe de enfermagem, gerenciando as atividades realizadas pelos ACS, que possuem papel fundamental na elaboração dos vínculos entre os usuários e as equipes (Brasil, 2011).

O ACS, responsável pela criação e vinculação da equipe/comunidade, deve residir em sua área de atuação, pois é necessário que presencie a realidade das famílias, comunidades e indivíduos (Fortes & Spinetti, 2004). Precisa ter dedicação de 8 horas diárias para desempenhar sua função, pois é capacitado para adquirir informações sobre a saúde da comunidade, através das visitas domiciliares, que possibilitem criar diagnóstico situacional da comunidade, informando os demais membros da equipe os principais problemas de saúde identificados. Fazem parte de suas atribuições, ainda, cadastrar todas famílias e usuários, mantendo os cadastros sempre atualizados. Além das visitas domiciliares é necessário criar ações educativas, orientar as famílias quanto aos serviços e sua utilização. ACS é responsável pelo acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de outros programas de transferência de renda (Brasil, 2011).

O médico é responsável por atender a demanda das famílias cadastradas em sua área de atuação, realizando atividades programadas e ter tempo disponível para demanda espontânea, realizando consultas clínicas e procedimentos cirúrgicos de pequeno porte. Esses procedimentos podem ocorrer em ambulatório, em domicílio ou em espaços comunitários. Cabe ao médico também indicar internamento hospitalar ou em domicílio e por realizar o acompanhamento do assistido, além de realizar atividades em conjunto com o enfermeiro, criando ações educativas. O técnico e auxiliar de enfermagem devem realizar atividades pertinentes à profissão, sob a supervisão do enfermeiro, em domicílio, ambulatório ou espaços comunitários (Brasil, 2011).

Ao cirurgião dentista cabe criar ação conjunta com o técnico de saúde bucal, elaborando programação e ação em saúde bucal de acordo com o perfil da comunidade em atendimento, ações coletivas para a promoção e prevenção. É importante ressaltar que esse profissional deve sempre que necessário realizar procedimentos clínicos, como pequenas cirurgias, instalação de próteses e atendimento de urgências, bem como se programar para atender as demandas espontâneas e supervisionar a atuação do técnico em saúde bucal. Já o técnico em saúde bucal é responsável pelo acolhimento dos pacientes, a manutenção e preservação dos equipamentos odontológicos (Brasil, 2011).

A atenção básica como porta de acesso aos serviços, deve acontecer inicialmente pelo acolhimento, escuta e oferta de respostas para a população, visando diminuir as dúvidas e resolver os problemas de saúde expostos pelos usuários. Ao trabalhar com o objetivo de minorar os danos e os sofrimentos vivenciados pelos cidadãos, a equipe deve responsabilizar-se pela efetividade do trabalho executado e do cuidado prestado, mesmo que o usuário esteja sendo acompanhado em outros serviços de atenção em saúde. Aqui é importante lembrar da integralidade, no sentido de que os serviços se somam, os saberes se completam e as equipes juntam-se para atender de forma integral a comunidade, possibilitando a concretização do cuidado dirigido à população (Brasil, 2011).

Para fortalecer essa forma de assistência, foi criado em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2013). Recentemente, com a promulgação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde possibilitou ao município contar ao menos com uma equipe de ESF, responsável pela implantação das equipes NASF (Brasil, 2013). A atuação dessas equipes ESF e NASF de forma integrada facilita o atendimento e assistência prestados à população, pois possibilita a discussão compartilhada entre os profissionais, tanto nas UBS como na assistência domiciliar, permitindo a criação de planos de intervenção mais adequados e que se enquadrem na política de atenção integral, ou

seja, pensando o paciente como um todo, buscando alcançar todas as suas necessidades. Essas ações acontecem de diversas formas e são intersetoriais, objetivando prevenir e promover saúde (Brasil, 2013).

O NASF é composto por profissionais de áreas distintas, para atuar de forma integrada com as equipes de saúde da família e outras equipes da atenção básica, cujo trabalho em conjunto possibilita a assistência integral dos usuários, possibilitando uma análise maior e sistemática das ações sobre os problemas de saúde identificados (Brasil, 2009). O NASF possui diversas atribuições, entre elas trabalhar de forma integrada com a ESF, elaborar indicadores que avaliem o desempenho e as ações prestadas pelos profissionais das equipes NASF, elaborar a agenda de maneira que fortaleça as atividades pedagógicas e assistenciais (Brasil, 2011).

O NASF se organiza em duas equipes NASF 1 e NASF 2, cuja composição é definida pela gestão do município, tendo como única diferença a carga horária semanal. Fazem parte dessas equipes os profissionais, médico acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médicos psiquiatra, ginecologista, homeopata, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médicos geriatra, internista, do trabalho, veterinário, profissional com formação em arte ou educação e em saúde pública (Brasil, 2011).

O apoio matricial NASF é uma forma de dividir responsabilidades, em que as equipes que prestam assistência à saúde somam saberes e dividem responsabilidades através de ações conjuntas. Equipes de referências que trabalham de forma conjunta para atender os usuários dentro do seu território de abrangência. Para dar conta dessa demanda criou-se a tecnologia leve-dura que é responsável por uma ação clínica com os usuários, e a tecnologia leve que é responsável por criar ações de apoio educativo para as equipes (Brasil, 2009).

2.4 Estratégia saúde da família e assistência domiciliar

Diante do surgimento de necessidades de assistência em saúde no Brasil, em 1990 foi criado o SUS, para, entre outras finalidades, fortalecer os serviços de assistência domiciliar, que cada vez mais exigem investimento e ampliação, através da implantação de políticas públicas (Merhy, 2010).

Lima et al (2012) afirmam que o Brasil é um país pobre que enfrenta diversas situações de desigualdades que afetam a saúde da população e que o SUS pretende, por meio de suas ações, diminuir essas recorrências e promover saúde. Através dos princípios norteadores que embasam todas as ações nessa área, pela reorientação do sentido de saúde e do preparo dos profissionais que prestam os atendimentos em todos os níveis de atenção.

A assistência domiciliar prestada pelos profissionais das equipes ESF, ocorre como forma de diminuir a desigualdade e garantir acompanhamento integral aos pacientes. A assertividade no tratamento acontece com maior facilidade, pois acontece dentro da realidade de cada idoso em atendimento. Waldow e Borges (2011), colocam como aspecto fundamental do cuidado, o fato de o profissional se deslocar da sua realidade para a do outro, a do usuário, possibilitando sobretudo que mantenha sua dignidade e autonomia através da assistência no seu domicílio.

A assistência domiciliar é um trabalho que prioriza o diagnóstico focado na realidade do usuário, podendo também elaborar estratégias de ações educativas. É um instrumento fundamental para cuidados na saúde da família, enfatizando sua continuidade. Este modelo de atuação proporcionou mudanças significativas nas práticas institucionais de saúde, aplicando novas ações dos profissionais desta área, inserindo-os no local em que os usuários dos sistemas se relacionam, onde vivem, ou seja, na sua comunidade e mais que isso, em seu domicílio (Lacerda & Giacomozi, 2006). Para os autores, os profissionais que prestam esse tipo de assistência, possibilitam aos pacientes comodidade e segurança, pois geram interações

com as famílias, não se atendo apenas aos problemas de saúde detectados, mas proporcionando, além disso, a observação de questões sociais e econômicas. O contexto domiciliar vai além do espaço físico, ao considerar todos os aspectos pertinentes à interação e à vida do paciente, com as respectivas correlações.

Sabe-se que o local onde a assistência à saúde acontece, pode gerar implicações para o processo do tratamento. O hospital por exemplo, é um local que diminui ou zera a autonomia do paciente, colocando-o também em situações de instabilidade tanto emocional, quanto clínica, pois está diante de vulnerabilidades. Pensando no domicílio, é um lugar que o fortalece, trazendo a sua autonomia à tona, diminuindo os riscos (Feuerwerker, 2011).

Ainda para o autor Feuerwerker, a equipe de saúde deve valorizar o ambiente familiar, respeitar a família do paciente, compreender as relações que ocorrem e preservar acima de tudo os laços afetivos existentes. É importante que o domicílio seja transformado pela equipe em um ambiente favorável para que o cuidado possa gerar a recuperação da saúde.

É mister que a equipe tenha consciência de que o tratamento no domicílio é similar ao cuidado prestado no âmbito hospitalar, acontece dentro da estrutura necessária para gerar estabilidade e recuperação da saúde. É realizado um planejamento de intervenção, envolvendo rotina para acompanhamento do paciente com equipe interdisciplinar, podendo envolver diversos profissionais de saúde, como médico, enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, dentre outros. Também é eleito pela família alguém para ser o cuidador, que receberá todas as orientações de atenção domiciliar relacionada a esse trabalho em conjunto, realizado pela equipe de profissionais e cuidadores da família (Feuerwerfer & Mehry, 2008).

Um dos pontos que diferenciam as equipes que prestam assistência domiciliar das demais equipes de saúde, é o fato de que os vínculos se criam e se desenvolvem através da necessidade do sujeito de assistência domiciliar e não de assistência em algum

estabelecimento de saúde. Esses profissionais valorizam a história e a realidade dos pacientes, vivenciando não só os aspectos biológicos da doença (Silva et al, 2010).

Criou-se a atenção domiciliar para diminuir o número de pacientes institucionalizados, e para fortalecer os e seus familiares, promovendo a autonomia dos usuários. A atenção domiciliar faz parte de uma reorganização das equipes de saúde na atenção básica, com o intuito de diminuir a assistência hospitalar, e durante a internação de pacientes gerar atendimento focado na humanização. Para suprir tais objetivos a atenção básica conta com ações com foco em promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de doenças com foco na realidade do paciente. Também faz parte dessa estrutura domiciliar, a reabilitação dos pacientes em domicílio. Essas equipes são compostas por diversos profissionais, de áreas distintas, prestando a assistência domiciliar de forma multidisciplinar (Lacerda et al, 2006).

Para prestar a assistência domiciliar foram implementadas pelo SUS as equipes ESF, que devem contar com o apoio das equipes NASF, com profissionais de diversas áreas e possibilitando o atendimento integral aos usuários. Esse serviço tem como objetivo principal prestar apoio à atenção básica de saúde no Brasil, regulamentado pela Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011, que declara que o NASF é formado por uma equipe multiprofissional para atuar integrado com as equipes ESF, que devem também atender os pacientes em domicílio possibilitando melhor acompanhamento e recuperação do quadro (Brasil, 2013).

A demanda da criação e incorporação das equipes NASF se fez a partir do dia-a-dia das equipes ESF, que passaram a mostrar a necessidade de outros profissionais da saúde nos atendimentos e acompanhamentos prestados. Para isso, em 2008 o Ministério da Saúde através do SUS criou essas equipes NASF, com o objetivo de ampliação do cuidado e aumento do foco das ações da atenção básica em saúde (Rocha et al, 2017). Freire e Pichelli (2013), descrevem que essa inclusão proporcionou aumento de profissionais de outras áreas,

incluindo o psicólogo nas visitas domiciliares, para aprimorar, potencializar e ampliar os cuidados de assistência.

A visita domiciliar acontece no Brasil principalmente por esses dois vieses, através das equipes ESF e NASF, que trabalham de forma integrada para suprir as necessidades da população na atenção básica. O NASF faz a vez dos atendimentos especializados, suprindo toda a demanda da população em atendimentos mais sistemáticos e complexos, realizando atendimento especializado nos acompanhamentos da atenção primária (Freire & Pichelli, 2013).

As equipes NASF devem trabalhar de forma a esclarecer os usuários sobre a composição de seus quadros, facilitando seu acesso e sua comunicação com as equipes da rede, em especial com a ESF. A assistência deve ocorrer com intervenção transdisciplinar, com os profissionais realizando a troca de saberes, objetivando ampliar o olhar profissional sobre as situações e casos atendidos, buscando o tratamento e o acompanhamento adequados. É importante lembrar também, que NASF e ESF devem trabalhar unidos em prol de criar um plano terapêutico singular, visando cada caso especificamente. E por fim, os serviços devem oferecer maior qualidade à população, criando maior vínculo entre os usuários e os serviços de saúde (Brasil, 2014).

O apoio matricial fortalece essa interação para que a assistência em saúde ocorra de maneira compartilhada, através de um trabalho interdisciplinar, visando a integralidade e gerando resolução da atenção em saúde. Na atenção básica, equipes de saúde da família, ESF e NASF devem trabalhar de forma conjunta fortalecendo as dimensões técnico – pedagógica e a assistencial (Brasil, 2011).

As equipes ESF possibilitam a assistência domiciliar focada na realidade de cada paciente, uma vez que o ACS está em contato direto com a comunidade, mantendo a equipe sempre informada, não apenas no momento do atendimento, mas em seu contexto geral.

Pensando nos idosos, esse tipo de cuidado e assistência à saúde pode possibilitar autonomia e fortalecê-lo enquanto indivíduo, pois, estará em ambiente conhecido, sendo respeitado e acolhido dentro do seu domicílio, mantendo o seu vínculo com a família e com a comunidade (Brasil, 2013).

Segundo Mazza (2004) a assistência domiciliar é uma ferramenta que visa obter participação no planejamento das ações e da intervenção do paciente, família e comunidade, planejando, organizando a operação e o controle de cuidados básicos da saúde, utilizando-se de recursos locais e conhecimentos populares. As equipes ESF possuem como um instrumento de trabalho as visitas domiciliares, como uma estratégia para aproximação e criação de vínculos entre equipe e população atendida (Keblan, 2014).

Keblan (2014) explica que a visita domiciliar possibilita aos ACS e aos enfermeiros a proximidade com a realidade da família, podendo identificar o contexto social, socioeconômico, habitação, saneamento, entre outras, para então realizar intervenção no processo de saúde-doença. Através das visitas domiciliares os profissionais conseguem ter acesso a diversas situações, desde as mais complexas até as mais simples, detectando, se houver, violência e negligência familiar, situações econômicas, situações de drogadição. Essas situações exigem assistência interdisciplinar, com participação da família.

Outro serviço que faz parte da atenção domiciliar, são os internamentos domiciliares, que visam prestar atenção continuada, contando com tecnologia médica e diversos recursos que se fizerem necessários. Também se utiliza de equipamentos, medicamentos e materiais, para os pacientes que necessitam de acompanhamentos mais complexos, próximos aos oferecidos em ambientes hospitalares (Ribeiro, 2004). Dal Ben (2001) esclarece que para essa modalidade é necessário ter acompanhamento contínuo e que ele seja ininterrupto, acontecendo diariamente, com disponibilização de médico e profissionais da enfermagem 24 horas diárias, para prestarem esclarecimentos e orientações.

Para esse tipo de assistência é necessário que a família se responsabilize por algumas ações e cuidados, apresentando coparticipação no cuidado. A pessoa da família que irá assumir essa função deverá ser aquela que possuir algum tipo de proximidade com o paciente, realizando suas atividades de forma não remunerada (Brondani, 2010).

Para esse tipo de assistência, além das equipes ESF e NASF, o SUS criou também o programa “Melhor em Casa” em algumas regiões e que acontece efetivamente em domicílio. Foi criado em 2011 e passou a fazer parte dos Programas do SUS através da Portaria Ministerial 1.208 de 18 de junho de 2013. É indicado para os pacientes com dificuldades temporárias ou definitivas de deslocamento até alguma unidade de saúde, ou aqueles que estejam em situações em que a atenção domiciliar seja a mais indicada. O foco desse programa é evitar a hospitalização, para diminuir o risco de infecções hospitalares e prestar o cuidado próximo à rotina familiar (Brasil, 2018).

O Programa Melhor em Casa conta com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos, podendo atender cerca de 60 pacientes (Brasil, 2018).

Atualmente o programa conta com 980 equipes de profissionais diversos executando o seu atendimento em 25 Estados, atingindo em média 376 Municípios. As regiões contempladas contam com equipes preparadas para prestarem assistência em domicílio, criando ações de prevenção e tratamento das doenças, visando reabilitação e paliação (Brasil, 2018).

Por meio do SUS foram criados diversos programas que pudessem atender uma de suas principais doutrinas, que é a integralidade, em que o foco é o atendimento pensando no todo, e no ser humano como um ser único, levando em conta todas as suas demandas e necessidades. Essa doutrina visa olhar a pessoa como um todo indivisível, e como ser

integrante de uma comunidade. Suas ações devem ser construídas e planejadas dentro da promoção, proteção e recuperação em saúde, não podendo fragmentar as partes mesmo em atendimentos mais complexos (Rocha et al, 2017).

É importante lembrar também a criação das visitas domiciliares, um espaço para elaboração de novas lógicas de atendimento de saúde e cuidado, onde o profissional tem a possibilidade de conhecer além do problema de saúde do seu paciente, o contexto concreto em que ele está inserido, e uma visão mais ampla do processo saúde / doença / cuidado e recuperação (Rocha et al, 2017). As equipes de referência da atenção básica, visam garantir retaguarda da assistência especializada às equipes de profissionais de áreas diversas, apoiando-se uns aos outros, a fim de ampliar a eficácia da sua atuação.

2.5 Estratégia saúde da família e assistência domiciliar ao idoso

Com o intuito de realizar a assistência ao idoso de forma integral, é necessário agregar o atendimento domiciliar, com ações que visem prevenção, promoção e acompanhamento da saúde. A ESF enquanto atenção primária à saúde, tem como princípio manter a autonomia da pessoa idosa pelo maior tempo possível. Isto não exclui cuidados dirigidos aos idosos fragilizados física e/ou cognitivamente, e para tal, é necessário criar condutas que vão além do tratamento médico ambulatorial, incluindo-se a assistência domiciliar a fim de atender às necessidades de cada caso (Hérbert, 2015).

A equipe ESF pode contribuir nesse sentido, possibilitando melhoria da qualidade de vida do cuidador e dos serviços prestados aos idosos, utilizando-se de planejamento de intervenções realizadas em domicílio. Esse plano tem como objetivo principal ajudar a manter o bem-estar físico, emocional e cognitivo dos idosos e auxiliar os familiares na superação dos conflitos causados pela doença e suas consequências (Yamaguchi, 2010). Esses cuidados

começam pela organização na atenção básica, de forma multiprofissional, acolhendo e vinculando a clientela, sob a responsabilidade da equipe (Franco & Júnior, 2004).

Silva e Caldeira (2010) consideram que a ESF tem contribuído de forma significativa para as melhorias no âmbito de saúde, possibilitando o acesso aos programas na atenção básica, assim como sua expansão. Além disso, o acesso de pessoas idosas aos atendimentos domiciliares, possibilita que os profissionais possam conhecer a comunidade onde o idoso em acompanhamento reside.

De acordo com essa ideia, Hérbert (2015) diz que a procura pelos atendimentos domiciliares acontece por idosos afetados pelas DCD e pelas incapacidades que tais doenças provocam. Os pacientes procuram por auxílio no tratamento com a intenção de reduzir esses danos a ponto de criarem certa autonomia. Esse deve ser o principal objetivo de todo o sistema de saúde, para promover melhorias na qualidade de vida da pessoa idosa.

Também Amthauer e Werner (2017) demonstram em seu estudo, que prestar a assistência domiciliar conhecendo a realidade em que o idoso está inserido, possibilita adequar as necessidades destes ao serviço prestado, incentivando a participação em grupos de promoção da saúde, quando possível, assim permitindo que continuem socialmente ativos. Além disso, essa abordagem fortalece os vínculos dos profissionais com os pacientes, desenvolvendo amizade e confiança.

Essa assistência à saúde do idoso atualmente é um dos maiores desafios para a população que está envelhecendo, pois existe pequeno vínculo entre o serviço de saúde e a idade, levando em conta a atual modificação do padrão etário (Carneiro et al, 2013). Pensando em garantir seu direito à vida e à saúde, o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), define que os cuidados destinados a esse grupo devem ser prestados de forma conjunta, sobrepondo as responsabilidades entre família, Estado e sociedade. Atenção integral em domicílio, porém,

ainda existe de forma reduzida, o que dificulta o acesso deste nicho da população a esse tipo de assistência (Brasília, 2017).

O estudo intitulado “Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros”, teve como objetivo investigar o conhecimento e a percepção dos profissionais ESF ao realizar o atendimento aos idosos, descrevendo a importância do agente comunitário de saúde (ACS). Esses profissionais, além de cadastrar e acompanhar as famílias, realizam a interação entre todos os envolvidos no processo. Também faz parte da atribuição dos ACS registrar quais idosos já foram hospitalizados, os que regressaram de internação, realizar o mapeamento daqueles que precisam de acompanhamento e assistência domiciliar, precisando tomar decisões e identificar situações de risco, levando em conta a necessidade da comunidade (Motta, Aguiar & Caldas, 2011).

O mesmo estudo demonstra a importância da família na vida e na assistência aos idosos, mas também ressalta a sua necessidade de receber orientações e sentir-se apoiados pela equipe de ESF. Os autores afirmam que “os profissionais estão atuando, mas a rede não funciona. Isto tira a credibilidade do trabalho” (p. 781), ou seja, a falta de informação pelos familiares e a inexistência da rede faz com que o processo todo seja comprometido e a atenção básica se fragmente em sua resolutividade na prestação dos serviços, além de desmotivar e desgastar os profissionais pela carga pesada, ao mesmo tempo em que são pouco habilitados para atender essa esfera da população, requerendo maior capacitação. A pesquisa evidenciou ainda diversos pontos relevantes para a atenção à saúde do idoso atendido por ESF, como a necessidade de que esse público seja mais valorizado e que a velhice tenha reconhecimento social (Motta, Aguiar & Caldas, 2011).

Considerando a perspectiva do SUS no presente estudo, é notável que os idosos que necessitam e utilizam os serviços domiciliares, o fazem devido a algum comprometimento à saúde. Conforme Hèrbert (2015), os idosos que precisam dos serviços são portadores de

doenças crônicas e são afetados pelas incapacidades que elas acarretam. De acordo com o que condiz à geriatria e gerontologia, para realizar a assistência e a atenção ao idoso é imprescindível o conhecimento técnico, facilidade para a contextualização dos casos referentes ao envelhecimento e postura assertiva para trabalhar com diversas situações, imprevisibilidades e diversidades de casos e situações, conseguir trabalhar em equipe, pois o serviço acontece de forma multiprofissional.

A ESF tem como diretriz realizar o planejamento das atividades através do diagnóstico situacional, focando na família, na comunidade e nos idosos que estão inseridos nesse campo de atendimento (Brasil,2006). Silva e Antônio (2010) reforçam essas ideias, quando explanam sobre o atendimento oferecido pelos programas criados pelo SUS, que devem assegurar que as necessidades sejam atendidas. A ESF através do atendimento domiciliar proporcionou o maior acesso aos serviços básicos de saúde, aproximando os profissionais da comunidade e usuários dos programas (Brasil, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a assistência domiciliar prestada por equipes ESF aos idosos com DCD em um município do interior de São Paulo.

3.2 Objetivos específicos

- Conhecer como os profissionais se organizam para prestar a assistência domiciliar aos idosos com DCD.
- Identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais e suas consequências, ao realizarem a assistência domiciliar aos idosos com DCD.

4 MÉTODO

4.1 Fundamentos ontológicos e epistemológicos

Essa pesquisa é orientada pela Psicologia Social Comunitária, área que adota diferentes perspectivas teóricas oriundas da Psicologia Social para identificar e propor práticas comunitárias com o intuito de promover mudança social (Azevêdo, 2016), sempre em direção a relações mais éticas e solidárias, pautadas pelo princípio de justiça social. Para Sarriera e Saforcada (2014), a PSC adota a visão de que as pessoas são resultado de trocas e aprendizagens mútuas, dentro do contexto social no qual estão interagindo e através desse processo, se constrói a realidade em todas as suas perspectivas: social, econômica e cultural.

Por reconhecer que trocas sociais possibilitam a construção de significados sobre os fatos e eventos vivenciados, a PSC adota a pesquisa participante como um dos caminhos para a construção do conhecimento (Kippel & Camargo, 2015). Desta maneira, pretende-se nesta pesquisa não só levantar dados sobre a prática dos profissionais, mas possibilitar espaço de discussão para que, ao descreverem suas práticas, também reconheçam suas potencialidades e limitações ao prestar assistência aos idosos, na condição em questão. Entende-se que a pesquisa na área da PSC tem o compromisso de superar o distanciamento entre pesquisador e realidade pesquisada, uma vez que parte do pressuposto de que pesquisador e participantes constroem conhecimento conjuntamente, ou seja, a pesquisa também é compreendida como uma prática de construção social. De acordo com Spink (1999) a linguagem é o que traz sentido e significado para as coisas e para o nosso mundo, e através dela se realiza a prática social. A realidade é descrita através da linguagem, tudo que consideramos real é resultado de uma construção social, enfatizando a importância nas relações indivíduo e mundo.

4.2 Delineamento do estudo

A pesquisa adotada para esse estudo foi do tipo qualitativa, que tem como princípio entender, descrever e explicar os fenômenos sociais. Para Flick (2004) a pesquisa qualitativa vai além de utilização de métodos e teorias unificadas, ou seja, para o autor, diversas abordagens e métodos podem caracterizar as discussões e a sua prática. Portanto, será utilizada a observação participante e os grupos focais.

A observação participante tem a finalidade de conhecer as práticas da equipe ESF junto aos idosos com DCD na comunidade. Nesta situação, o observador torna-se parte da situação a ser observada, tanto o comportamento verbal como o não verbal dos participantes, incluindo aspectos do meio em que se inserem e realiza suas próprias anotações em um diário de campo (Moreira, 2004).

Outra estratégia que mapeia o estudo são os grupos focais. Flick (2009) considera os debates em grupo como um meio para aperfeiçoar a análise das opiniões dos participantes, ressaltando os pontos de concordância e divergência, possibilitando o tensionamento das posições individuais. Nesta perspectiva, a pesquisa se desenvolve quando ocorre a interação entre o pesquisador e todos os integrantes, buscando-se as construções realizadas anteriormente em outras relações sociais e permitindo que novas propostas surjam deste encontro. Entende-se que a partir deste delineamento é possível compreender de que forma acontece a assistência ao idoso com DCD na comunidade.

4.3 Local e participantes

A pesquisa foi realizada em um município do interior localizado ao sul do estado de São Paulo, no Vale do Ribeira. Conforme o IBGE (2017), o município em questão, está entre os 20 mais pobres do Estado de São Paulo, ocupando a segunda posição nesse *ranking*. Em 2015 o salário médio mensal da população era de 2,1 salários mínimos e apresentava a média

de mortalidade infantil de 32,26 para cada 1.000 nascidos vivos na cidade. Ainda segundo o IBGE (2017) apenas 44,9% da população conta com esgotamento sanitário adequado. A população estimada em 2014 era de 8.613 habitantes e no último censo do IBGE (2010) 7.729 habitantes. Este número está dividido em população urbana de 3.174 pessoas e rural de 4.555. A expectativa de vida dos moradores é de 65,20 anos, taxa de fecundidade de 3,38 filhos por mulher e taxa de alfabetização de 78,23% dos moradores (IBGE,2010).

Quanto a composição de sua população, de acordo a Prefeitura Municipal de Barra do Turvo, o município conta com o maior número de comunidades de quilombos do Estado de São Paulo e comunidades caiçaras, de índios Guarani, de pescadores tradicionais (o município se encontra entre dois rios) e de pequenos produtores rurais.

A receita principal do município é proveniente da agricultura, principalmente a agricultura familiar. As famílias possuem fontes de rendas diversas como criação bovina e bufalina, na qual a grande maioria está concentrada em produção de leite e carne, bem como plantação de frutas, verduras e legumes. Algumas famílias produzem queijo e doces diversos, que possuem como base da sua produção a banana, a goiaba, a laranja, entre outras, (http://www.barradoturvo.sp.gov.br/novo_site/index.php?exibir=noticias&ID=245, recuperado em 15 de maio, 2018).

As famílias que conseguem manter suas produções contam com a venda de seus produtos para o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), realizado através de uma parceria da Prefeitura Municipal com a CONAB e as Associações e Cooperativas do município. Desta forma os produtos das famílias cadastradas no programa são adquiridos para serem distribuídos para as famílias que não possuem renda fixa ou que dependem de programas sociais de apoio de renda. A cidade também disponibiliza uma feira realizada semanalmente na segunda – feira para que as famílias vendam os seus produtos

(http://www.barradoturvo.sp.gov.br/novo_site/index.php?exibir=noticias&ID=245,

recuperado em 15 de maio, 2018).

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito da saúde, em uma UBS, que conta com quatro equipes ESF, uma urbana, situada na região central, para atendimento nos bairros dentro da cidade e alguns já inseridos na área rural, porém, mais próximos da cidade, e outras três equipes rurais, divididas por bairros mais próximos dos territórios e áreas de cada equipe. Todas contavam com um médico, um enfermeiro e o número de agentes comunitários de saúde era diferenciado: Urbana e Rural I com 6 ACS e Rural II e III com 5.

Pelo número de habitantes deveria contar com quatro equipes rurais. Segundo informações coletadas na UBS pela pesquisadora, estava em andamento um novo processo seletivo para contratação de novos profissionais, e também relataram que um novo concurso seria realizado, o que não ocorreu até o término da coleta de dados. Um mapa do município com as divisões das áreas de atendimento pelas equipes ESF pode ser visualizado no Anexo 2.

Fizeram parte dessa pesquisa os membros de duas equipes ESF do município, indicadas pela coordenadora, entre eles: 2 médicas, 2 enfermeiras, 2 agentes comunitários de saúde, sendo um profissional de cada equipe. Destes, 5 eram mulheres e um homem. As idades variaram entre 26 e 42 anos, 5 possuíam formação superior, sendo duas médicas, duas enfermeiras e a ACS com formação em fisioterapia e um componente com ensino médio completo. Quanto à procedência 4 eram brasileiros e as 2 médicas estrangeiras, ligadas ao programa federal Mais Médicos.

Os profissionais que pertenciam à equipe urbana e as três equipes rurais, são responsáveis por atender 1476 das 2.055 famílias cadastradas no município. Quanto ao número de idosos, as equipes acompanhavam 1.217 idosos em domicílio, e destes cerca de 21 idosos eram acamados, necessitando de atendimento e acompanhamento sistemático. As equipes que participaram da pesquisa atendem o público Urbano e parte do público Rural,

nesta trabalho denominadas Equipe Urbana e Equipe Rural, A equipe Urbana possuía o número de 446 idosos cadastrados e em acompanhamento de visita domiciliar, sendo que 04 idosos eram acamados, já a equipe Rural possuía o número de 400 idosos cadastrados, dos quais 5 eram acamados.

Relatos da diretora das equipes ESF revelaram que o município não conta com 100% das famílias cadastradas, pois ainda existem regiões que não possuem ACS para acompanhamento e elaboração do prontuário.

4.4 Instrumentos

Foi utilizado um roteiro estruturado para levantamento de dados de identificação (Apêndice 1) abordando questões referentes a escolaridade, idade, residência e naturalidade.

Para os grupos focais, foi utilizado um roteiro de questões norteadoras, com uma questão proposta para cada encontro. 1) Como a equipe atende os idosos com DCD em domicílio? 2) Poderiam relatar casos de idosos com DCD atendidos em domicílio e as dificuldades enfrentadas pela equipe? 3) O que percebem que poderia ser melhorado no atendimento prestado aos idosos com DCD?

Um diário de campo foi utilizado para registrar as observações participantes. Este diário foi organizado em arquivos no computador pessoal da pesquisadora.

4.5 Procedimentos

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

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

Uma vez definidas as equipes ESF participantes, a pesquisadora entrou em contato com as enfermeiras, responsáveis pelos agendamentos das visitas domiciliares semanais, para dar início ao processo de observação participante. As observações foram realizadas no período de 25 de maio a 15 de junho de 2017. No período da manhã acompanhava a equipe urbana e no período da tarde acompanhava a equipe rural, sendo que cada equipe foi acompanhada por 4 vezes.

Em seguida, a pesquisadora entrou em contato com os profissionais de cada equipe, convidando-os a participarem dos grupos focais e explicou os objetivos e que se pretendia realizar três encontros com a equipe. Esses profissionais foram indicados pela Diretora do ESF, entre os que tinham disponibilidade para participação na pesquisa, sem prejudicar o quadro de atendimento das equipes. Após os profissionais declararem concordar, foi agendada a data de início, de acordo com a disponibilidade de todos. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) para lerem e assinarem antes do início dos encontros.

Os grupos focais ocorreram na sala de atendimento da equipe, no horário de permanência dos profissionais no prédio sede do trabalho, com duração média de 50 minutos e foram gravados em áudio, com um gravador de voz, para posterior transcrição e análise.

4.6 Análise dos dados

Os dados provenientes das observações participantes e dos grupos focais foram reunidos e submetidos ao tratamento proposto por Bardin (2011) para a análise de conteúdo. Inicialmente, na fase de pré-análise, foram realizadas leituras flutuantes do corpus de análise a fim de se determinar o caminho a ser percorrido. Desta forma, o conteúdo de cada encontro foi lido e depois estabelecidos os indicadores de análise. A interpretação dos dados foi organizada a partir destes indicadores, ilustrados com trechos de diálogos entre os profissionais e a pesquisadora, bem como das observações participantes. Após descrever os resultados a partir dos indicadores, os dados foram analisados, tomando-se como base a literatura pertinente à saúde coletiva e as categorias da Psicologia Social Comunitária.

Ao longo da apresentação e discussão dos resultados, os participantes foram identificados pelo cargo e se membros da equipe urbana ou rural. Partes dos diálogos estabelecidos entre os membros das equipes e a pesquisadora foram apresentados, e foi adotado o cuidado de trocar os nomes de usuários e localidades citados por nomes fictícios a fim de preservar o anonimato dos participantes que poderiam eventualmente serem identificados pelo local de atuação ou das pessoas por eles assistidas.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Primeiro encontro

Para dar início ao diálogo, foi lançada a questão “Como a equipe tem atendido os idosos com DCD?” Neste primeiro encontro, a pesquisadora levantou a rotina da equipe junto aos idosos e os indicadores a) rotinas da equipe junto aos idosos com DCD e b) dificuldades encontradas pelas equipes foram analisadas.

a) Rotinas da equipe junto aos idosos com DCD:

Os participantes indicam que os ACS são os grandes articuladores da assistência domiciliar prestada a esse público, pois são eles que identificam a demanda e repassam para o restante da equipe. Este funcionamento está em conformidade com a Portaria nº 2.488, que regulamenta o funcionamento das equipes ESF, que são multiprofissionais e devem ser compostas por médico - clínico geral ou especialista em saúde da família ou família e comunidade - um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os ACS são responsáveis por cadastrar a família, atualizar os prontuários de cada paciente, realizar visitas domiciliares em maior número do que o restante da equipe, pois eles identificam a demanda (Brasil, 2012).

A equipe Rural relata a importância do papel dos ACS, afirmando que eles possuem papel fundamental nesse tipo de assistência:

Bom, nossa equipe é, na verdade a gente depende dos nossos olhos né, que são os nossos ACS e eles é que vão, eles é quem vê a necessidade de cada paciente, a situação de saúde de cada um, de cada família. (Enfermeira, Equipe Rural)

As equipes fazem a diferenciação entre os idosos com DCD não acamados e os acamados. Os primeiros podem ser acompanhados ambulatorialmente, mas os segundos dependem das visitas domiciliares, que são identificadas pelos ACS ou solicitadas pela

família. Uma vez que o idoso é identificado como acamado, recebe visitas periódicas da equipe, conforme ilustrado no diálogo da Equipe Urbana:

Médica: *Eles vêm [família] se tem alguma queixa específica. Se tem uma queixa nesse momento, eles vêm até aqui solicitar uma visita ou através do ACS, mas tá programado fazer uma visita neles, eu acho que pelo menos, se é acamado é pra ser avaliado umas duas vezes por ano e se é acamado tem que ser sempre visita. Por exemplo, paciente que tem uma doença crônica que não é acamado é pra ser avaliado três vezes por ano, duas vezes em consulta e uma vez em visita domiciliar, mas se é acamado sempre visita domiciliar. Então, pelo menos umas duas vezes por ano, só que as vezes eles têm alguns sintomas, alguma queixa e aí vem aqui ou através do ACS eles pedem pra fazer visita.*

Enfermeira: *Então a gente acaba indo bem mais, a gente tá sempre indo lá e a gente tem que solicitar exames né, regularmente.*

Pesquisadora: *E quando é para solicitar exame, vocês vão em domicílio também?*

Enfermeira: *Domicílio, tudo em domicílio*

Médica: *É, porque o paciente que é acamado não sai de casa, então tudo tem que fazer em visita domiciliar.*

Enfermeira: *Para fazer a coleta é em domicílio, até a coleta, tudo em domicílio.*

A enfermeira da Equipe Rural também esclarece como procedem os atendimentos aos idosos com DCD em domicílio:

Às vezes algum fica acamado, daí a equipe vai até o domicílio e realiza a visita e normalmente a gente vai acompanhando até a recuperação desse paciente, mas quem vai na frente são os nossos ACS, eles é quem trazem as informações pra gente. E tem aqueles pacientes que já são crônicos que a gente faz uma visita mensal, dependendo da situação as vezes a gente vai até duas vezes por mês, igual Seu [fala nome do

usuário] a gente tava indo com uma frequência, hoje já não mais. Hoje nós só vamos no dia de trocar a sonda e aproveita e já faz tudo, faz o atendimento, vê como que ele ta, faz o procedimento e quando precisa assim, daí eles avisam. Mas hoje na situação dele só vai no dia de fazer a troca da sonda e aproveita e faz tudo, porque ele ta bem né. (Enfermeira, Equipe Rural)

Na descrição dos atendimentos prestados, as duas equipes diferem, sendo que na primeira a orientação protocolar é exposta, ou seja, atender os idosos com DCD acamados pelo menos duas vezes ao ano, ou mediante a solicitação da família ou do ACS. Apesar disso, deixam claro que na prática, há demanda de mais visitas do que consta no protocolo. A segunda equipe também deixa claro que as visitas dependem da solicitação dos ACS, mas apresentam uma frequência mais baseada na prática do que no protocolo, dando ênfase à tentativa de atender a necessidade de cada caso.

De acordo com a cartilha de orientação sobre as práticas da ESF, são os ACS que devem mapear a área, realizar o cadastro das famílias e identificar no grupo familiar pessoas que estejam em situação de vulnerabilidade e risco. As consultas e exames são agendados conforme a necessidade identificada pelo ACS responsável pela área, durante as visitas domiciliares que servem para esse acompanhamento das famílias e devem acontecer mensalmente pelos ACS e desta forma, manter a equipe ESF sempre informada sobre a situação da família. A equipe deve realizar visita domiciliar sempre que for necessário e os ACS realizarem a solicitação, pois são eles que estão em contato direto com a realidade da família e do paciente (Brasil, 2000).

Diante disso é possível verificar que as equipes trabalham conforme preconizado pelo SUS com relação às visitas e à assistência domiciliar. Os ACS devem estar à frente e realizar o vínculo com as famílias, bem como, sempre manter a sua equipe informada sobre a realidade das famílias, sua dinâmica familiar e social, limites, potencialidades e necessidades.

O relato evidencia a importância da existência e da integração da equipe ESF para atender a população de idosos, pois as visitas domiciliares possibilitam também visualizar como a família vive e se tem outras necessidades além da saúde e da doença. Esta modalidade de atendimento permite maiores chances de sucesso na intervenção, uma vez que oportuniza conhecimento integral da realidade do paciente assistido. Além disso, salienta-se a importância de o atendimento acontecer dentro da comunidade em que o idoso está inserido, possibilitando que a interação entre profissionais e usuários ocorra dentro da cultura local, em território, termo que designa lugar, espaço de interação e solidariedade, como exposto por Souza (2003). Essa interação permite que as equipes possam trabalhar visando sempre a realidade do paciente em questão, respeitando os seus limites e valorizando suas potencialidades para atender e suprir as suas necessidades.

Quando se trata de relatar o funcionamento da equipe, quanto ao atendimento domiciliar de idosos, o destaque dado ao papel dos ACS foi esclarecido pela Equipe Urbana:

ACS: Eu levo e só aviso 'ôh tal dia vai vir aqui fazer a coleta, tem que fazer o jejum e o preparo necessário né', agora pra tirar a doutora mesmo pra ir lá é só em caso que necessita mesmo né...

Médica: Que precisa né..

ACS: Ela já viu a paciente uma vez, já foi duas vezes, já conhece o caso e as vezes é só pra tá trocando a receita dele, prescrever alguma coisa, ela já conhece o caso, não precisa tá levando ela lá sempre, né?!

Pesquisadora: E tem o prontuário que vocês vão alimentando né? Como que é?

ACS: No caso o ACS que vai ta fazendo todo esse relatório, se a equipe tem alguma dúvida vai ter que pegar o meu relatório, né...

Enfermeira: Eles tem mais contato com o paciente né, eles que tem mais assim, eles sabem o que ta acontecendo dentro da casa né. (...) Eles que acompanham mais de

perto, lá dentro né...Ai eles vem e passam pra gente, olha ta acontecendo isso, ta acontecendo aquilo, assim... e a gente avalia pra ir lá ou, ou o que a gente pode fazer.

Da mesma maneira, na Equipe Rural, o próprio ACS explica suas funções dentro da dinâmica da equipe:

Eu faço minha visita uma vez por mês em cada família né, e quando surge fatos assim como de mais extrema necessidade né, a gente faz mais visita, fica mais perto, não só como toda semana a gente ta indo, ta passando né, além do relatório a gente se comunica via telefone né, com a equipe, whatsApp, com a enfermeira, com o grupo né, ta sempre conectado, passando os dados né e quanto a minha visita né, (...) faço o repasse de orientação segundo a médica passa pra nós né, a enfermeira passa, o remédio deles a gente costuma estar sempre revisando, como que eles estão tomando, acompanhando assim né, é, alguma coisa que a gente vê, ta sempre orientando, o dia-a-dia lá e aqui, a gente faz o elo da equipe, o médico e a família, a equipe e a família, então a gente é sempre o primeiro que aborda, qualquer situação sempre é a gente que aborda primeiro né, muitas vezes chama até a ambulância (...) a família sempre ta me solicitando, pega aquele vínculo com a gente né, e o primeiro tempo que eles vão lembrar é da gente, daí a gente faz o contato. (ACS, Equipe Rural)

Os relatos deixam claro a relevância da atuação do ACS, que presta o acolhimento, pois é quem deve fazer parte da comunidade e viabilizar a criação de vínculos com todos os seus membros e interface com a ESF. O ACS tem entre as suas responsabilidades orientar os pacientes sobre os serviços de saúde disponíveis e os necessários para cada caso, bem como acompanhar todas as famílias, por meio de visitas domiciliares e, junto com os demais membros da equipe, programar essas visitas, tendo em vista critérios de risco e vulnerabilidade (Brasil, 2000).

Por outro lado, a narrativa indica que os ACS também são responsabilizados por triar as situações que requerem a presença do médico ou outros profissionais a fim de evitar deslocamentos desnecessários da equipe. Essa ação também pode indicar certa fragilidade no atendimento, pois se faltarem ACS nos territórios, todo o trabalho pode ser prejudicado, fato que não é incomum acontecer. Revela também a importância de se trabalhar interdisciplinarmente e de investimento em formação continuada aos membros das equipes, de forma que um profissional possa indicar com segurança a necessidade da presença do outro.

As narrativas esclarecem, também, que a equipe segue diretrizes de atendimentos, ou seja, sabem quem atender, onde, como e quantas vezes fazê-lo ao ano. Porém, estas diretrizes nem sempre serão cumpridas, como se verá mais adiante neste trabalho, em função das dificuldades enfrentadas, quanto à estrutura dos serviços de saúde e que afetam seu funcionamento.

Apesar de o foco deste trabalho ser o atendimento domiciliar aos idosos com DCD, considera-se importante salientar que as atividades direcionadas aos idosos são apenas uma parcela menor na rotina da equipe, que se ocupa com todas as demandas de atendimentos da comunidade. Realizam os atendimentos ambulatoriais diários a todas as faixas etárias e atividades relacionadas aos programas específicos.

É bastante, por isso que a gente tem que se dividir, porque daí a gente tem, porque além das visitas a gente tem que fazer tipo, atender em policultura [puericultura], que é aqui né, tem que pesar, medir as crianças e a gente faz o pré-natal e tudo tem o dia certo, é tudo agendado, programado. Então nós temos também que programar as visitas, se não a gente não consegue fazer também as outras coisas. (Enfermeira, Equipe Urbana)

Ao observar o movimento e a preparação da equipe para sair e realizar visitas domiciliares, foi possível notar que além da dificuldade de encontrar veículo disponível, também possuem uma rotina puxada, onde realizam atendimentos ambulatoriais e os membros da comunidade (pacientes) sempre buscam por atendimentos e orientações até mesmo sem agendamento. A equipe encontra-se sobrecarregada, pois, existe uma grande demanda de atendimento ambulatorial.

(Diário de campo da pesquisadora, data 05/06/2017).

No caso dos idosos com DCD além dos atendimentos ambulatoriais e domiciliares, mencionaram também atividades em grupo com usuários hipertensos e diabéticos:

Essa semana não teve, mas a gente faz quarta-feira de manhã, a gente faz um encontro e daí é por bairro. Cada quarta-feira é um ACS, um bairro né. A gente faz uma palestra, tem um café da manhã saudável com eles, daí a doutora faz uma palestra, daí tem uma fisioterapeuta que faz exercício, né!?(Enfermeira, Equipe Urbana).

b) Dificuldades encontradas pelas equipes:

Ao relatarem como os idosos com DCD são atendidos, os membros da equipe Urbana já no primeiro encontro, deixam transparecer as dificuldades que enfrentam. A principal, e que perceptivelmente se reflete nas demais, é a quantidade de famílias atendidas:

Pesquisadora: *E vocês acompanham em média quantas famílias?*

ACS: *Cada ACS tem um número de família, só que estamos desfalcados. É pra cada ACS ter em média 200 famílias.*

Enfermeira: *Agora a equipe toda, meu Deus...é umas mil e poucas famílias*

ACS: *É, famílias né, não pessoas.*

Enfermeira: *É, é bastante, por isso que a gente tem que fazer assim, não dá pra...*

Pesquisadora: *Eu achava que era em torno de umas 300 assim.*

Enfermeira: Ahhh (risos), não, é mais! Famílias, pessoas eu não tenho nem noção de quantas são ...

Médica: Então veja, pela quantidade de famílias não dá pra gente fazer as visitas como é pra ser feito, não dá...não tem como. Passa um ano inteiro e vocês não conseguem ir em todas as casas.

A Equipe Urbana encontrava-se com um número maior de famílias em acompanhamento, pois há maior concentração nesta área da cidade. Já as equipes rurais lidavam com maiores distâncias, porém em áreas de menor densidade populacional. Os profissionais da Equipe Rural ao relatarem o número de famílias atendidas, demonstraram incerteza.

Enfermeira: Meu Deus, nunca somei tanto, mas acho que vai dar umas 500 [famílias], se não der 500, umas quase 500.

ACS: O que judia mais, o que leva nós a andar mais é a extensão de território, não é a quantidade, e não são aglomerados, os bairros são muito longe uma da outra né

Pesquisadora: e os bairro são de fácil ou difícil acesso?

ACS: Sim, muito difícil, se não fosse o caso de eu ter uma moto pra eu trabalhar, eu não conseguia dar conta da minha área, eu não ia conseguir visitar todos eles assim, tem dia que é difícil, é corrido né

O relato demonstra a importância de concretizar o que a política prescreve, isto é, o número de ACS deve cobrir 100% da população cadastrada e cada ACS deve ter no máximo 750 pessoas para acompanhar. Quanto ao número de famílias a política diz que cada ACS deve acompanhar de 20 a 250 famílias e essa definição deve considerar a realidade geográfica, econômica e a densidade da população, buscando facilitar o acesso (Brasil, 2000).

A equipe ESF deve ter no máximo 4.000 pessoas em acompanhamento na sua área, pois assume a corresponsabilidade pela saúde de cada membro, então o recomendado é que

cada equipe atenda uma média de 3.000 pessoas, devendo respeitar a equidade. A política diz que o número de pessoas por equipe deve estar de acordo com a vulnerabilidade da região e das famílias, já que quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deve ser o número de pessoas por equipe (Brasil, 2002).

A realidade das equipes que fizeram parte dessa pesquisa, demonstra um pouco da fragilidade e das dificuldades encontradas para desenvolverem esse tipo de assistência. A Equipe Urbana, por exemplo, é composta por uma médica, uma enfermeira e atualmente é composta por 6 ACS, que no momento da pesquisa estavam em fase de contratação. Essa equipe é responsável pelo atendimento e acompanhamento de 838 famílias, sendo 446 idosos e desses idosos 04 são acamados.

A área de atendimento dessa equipe abrange em média 09 áreas. O município em questão conta com uma grande área rural, porém, em contrapartida, enfrenta muitas necessidades e vulnerabilidades, além de dificuldades, como por exemplo, veículo para realizar suas visitas domiciliares e também dificuldade em locomoção de um domicílio para outro, considerando que existe uma distância significativa e dificuldade de acesso em algumas residências. Para prestar seus serviços, preservando os princípios da integralidade e equidade, seria necessário dispor de uma equipe completa, que pudesse criar estratégias de atendimento domiciliar mais eficazes. Seria importante que o município disponibilizasse um número maior de equipes, que pudessem dividir o número de famílias em acompanhamento e assim conseguissem dedicar maior tempo às famílias.

Já a Equipe Rural atende 638 famílias, acompanhando 400 idosos, dos quais 05 são acamados. É responsável por atender em média 11 áreas, sem dificuldade de locomoção, pois possui veículo próprio. Por outro lado, sofre com a dificuldade de acesso aos domicílios, considerando que a área rural possui lugares sem acesso de carro e a distância entre uma residência e outra é grande. Seria necessário um número maior de equipes, para atender essa

população, onde a vulnerabilidade é maior, para poderem dedicar mais tempo às visitas domiciliares, contando com auxiliar ou técnico de enfermagem, para que pudessem dividir as tarefas.

O número de famílias atendidas também é causa de dificuldade, uma vez que na jornada de 40 horas semanais que a equipe cumpre, 32 horas das atividades devem ser exclusivas para cumprirem os atendimentos em espaços comunitários. Porém, levando em conta as visitas domiciliares e apenas 08 horas disponíveis, conforme acordo com gestores, para atendimentos ambulatoriais de Urgência e Emergência, nem sempre sobram as 32 horas previstas.

O ACS da Equipe Rural utilizava sua motocicleta particular para realizar as visitas domiciliares em sua área, parcialmente de difícil acesso, com muitas subidas e morros e com as casas distantes umas das outras.

As observações da pesquisadora em campo também informaram sobre as dificuldades geográficas no território:

Ao sairmos para visitas com a Equipe Rural, dentro do carro os profissionais foram repassando a programação para os atendimentos. O tempo médio que levamos de uma residência para outra foi de 40 minutos, nesses bairros que possuem melhor acesso, porém, em nem todas as residências conseguimos chegar com o carro, foi necessário caminhada de 30 minutos até uma das residências visitadas no dia. Dessa forma conseguimos realizar apenas 3 visitas, em dois bairros, levando em média de 04 horas entre as visitas e o deslocamento de uma residência para outra. (Diário de campo da pesquisadora, Data 06/06/2017)

As dificuldades acima apresentadas são agravadas pela questão geográfica uma vez que na divisão do território, a Equipe Urbana ficou responsável também por uma pequena área rural.

Enfermeira: *No Bairro 1, bastante paciente? Olha ... nós fomos fazer uma visita lá hoje, o problema não é nem a quantidade é a distância de uma casa pra outra*

Médica: *a distância...*

Enfermeira: *A gente conseguiu numa manhã, a gente foi e fez uma casa no Bairro 1, lembra doutora aquele dia?!*

Médica: *Sim, só a paciente 1.*

Enfermeira: *Só a paciente 1, porque a casa dela é lá no final, a gente demorou bastante só pra chegar lá.*

Pesquisadora: *Sim, daí tem o tempo de visita né.*

Enfermeira: *Sim, daí já ta na hora de voltar.*

As equipes deixam claro que sentem dificuldade em realizar todas as suas atividades, pois na área em que são responsáveis pode haver grande distância entre uma residência e outra, o que prejudica a assistência prestada, diminui o número de visitas e o tempo que permanecem em cada casa.

Se a gente for fazer visita domiciliar mesmo, a gente não dá conta, assim pra todos, entendeu? A gente pega os mais crônicos, os que tem uma ferida a gente acompanha mais né, os que tem uma úlcera, né, igual, sonda, essas coisas a gente acompanha com mais frequência. (Enfermeira, Equipe Rural)

Então veja, pela quantidade de famílias não dá pra gente fazer as visitas como é pra ser feito, não dá ... não tem como. Passa um ano inteiro e vocês não conseguem ir em todas as casas. (Médica, Equipe Urbana)

Outra dificuldade apresentada, quanto à rotina dos profissionais envolvidos, é que muitas vezes o idoso ou a família exigem a presença do médico, não se contentando com a avaliação da ESF.

Em visita realizada na residência de uma idosa, ela relata: “semana passada ela esteve aqui né (apontando para a ACS), mas eu falei que a doutora que tinha que vir, to com muita dor e você que tem que ver a doutora”. Por fim, após a avaliação da médica a orientação era seguir com o mesmo medicamento e continuar os cuidados já passados anteriormente. É possível verificar que o saber médico sobressai em algumas comunidades, onde os moradores confiam apenas no que é dito por esses profissionais, porém, a equipe trabalha em conjunto e todas as informações são passadas para o prontuário e para a equipe. (Diário de campo da pesquisadora, Data 05/05/2017).

O planejamento da equipe ESF tem como um de seus objetivos manter o bem-estar físico, emocional e cognitivo dos idosos e prestar auxílio aos familiares, para que entendam o processo da doença, possam aceitá-lo e prestar assistência, proporcionando-lhes maior qualidade de vida (Yamaguchi, 2010). A presença constante dos ACS na vida dos idosos e familiares, fortalece a sua confiança e segurança, porém, é necessário que também se capacitem para lidar com as demandas biomédicas direcionadas tanto à sua própria categoria profissional, quanto a de outros membros da equipe.

Como descrito na Política do SUS, os ACS fazem o maior contato com a população, auxiliando, informando, cuidando, a fim de trazer qualidade de vida aos idosos e seus cuidadores. São eles que mantêm a equipe informada e atualizada de cada caso, mostram a necessidade de visitas domiciliares, exames e alterações dos medicamentos, conforme a construção de intervenção realizada por toda equipe (Brasil, 2012).

O contato com a realidade dessas equipes mostrou-nos a necessidade de ampliar as contratações de ACS, visando prestar assistência da melhor forma possível, uma vez que são eles os grandes responsáveis pelo contato com as famílias e a apresentação da realidade de cada um para os demais integrantes da equipe. A falta de ACS dificulta essa assistência e faz com que ela aconteça de forma fragmentada, atrasando ou dificultando a recuperação dos pacientes acompanhados.

Mas, além do número adequado de ACS nos territórios é importante pensar no atendimento interdisciplinar, conforme proposto pela ESF. Nesta modalidade, os profissionais além de estarem preparados para atuar conjuntamente, também precisam orientar os usuários sobre essa forma de atendimento, uma vez que se trata de um novo paradigma em saúde e principalmente quando se trata do público idoso, para pessoas que possivelmente estejam tendo seus primeiros contatos com essa forma de agir em saúde. A horizontalização das responsabilidades e o pressuposto de maior participação dos usuários e familiares, precisam ser comunicadas satisfatoriamente, pois do contrário, corre-se o risco de sentirem-se mal atendidos pela equipe.

5.2 Segundo encontro

Para iniciar o segundo grupo focal, foi lançada às equipes algumas perguntas norteadoras como: Poderiam relatar casos de idosos com DCD atendidos em domicílio e as dificuldades enfrentadas pela equipe?

Ao relatarem sobre os idosos atendidos foram identificados dois indicadores: a) casos de cuidados considerados bem-sucedidos e b) dificuldades estruturais para a realização da assistência domiciliar.

a) Casos de cuidados considerados bem- sucedidos:

Os casos bem-sucedidos acompanhados pela equipe, em grande parte foram atribuídos à presença de famílias suportivas e participativas, capazes de seguir as orientações das

equipes e cuidar de forma satisfatória até a recuperação ou falecimento do idoso. Como no caso relatado pela Equipe Urbana:

Enfermeira: *Ahhh, paciente 2...que você também foi lá.*

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

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

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

Enfermeira: *Mas ela ta bem cuidadinha.*

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

Enfermeira: *Ta a filha 1 e a filha 2, as duas cuidam dela lá. Aí esses dias elas reclamaram que ela não tava dormindo, a dra receitou Diazepam primeiro e ela ficou elétrica, não dormia e não deixava as meninas dormir.*

Médica: *Daí trocamos para Cronazepam que deu uma acalmada.*

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

ACS: *Ah não, da paciente 3 né, só que ela tinha a assistência da família né, só que a gente foi bem perto, a nossa equipe né, sempre toda, foi uma das pacientes que eu mais solicitei visita né, dentre todo o tempo que eu trabalhei, que a gente via, tava bem mais perto, a gente trabalhou, acompanhou. Ela saiu do bairro 2, saiu do bairro 3 veio pro bairro 2 pra casa de uma filha né, depois mudou pra casa de uma outra lá no bairro 4*

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

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

De acordo com a World Health Organization (2005), as famílias, na maioria das vezes, possuem papel fundamental no apoio ao idoso, uma vez que são elas que prestam a ajuda e dão amparo quando necessário. Segundo Colliselli et al (2017) a família possui uma grande importância no cuidado com o outro, por ser a primeira instituição que oferece esse apoio e segurança aos idosos que passam a ter dependência, pois é a fonte de suporte e a extensão do cuidado das equipes de saúde, que as orientam e guiam. As duas equipes relataram ter casos em que a família faz a diferença, a família consegue dar continuidade ao trabalho das equipes ESF e fortalecer o tratamento, prestando todo cuidado necessário em casa, dando também carinho e atenção, proporcionando qualidade de vida mesmo em situações de doença e fim da vida.

As visitas domiciliares passaram a existir no SUS através das ESF, pois, acredita-se que a participação de seus membros junto às comunidades, poderiam gerar construção de saberes, somando o popular com o técnico dos profissionais. Uma vez que os membros da comunidade discutem sobre sua realidade e os problemas de saúde ali presentes, poderiam ampliar a consciência dos problemas enfrentados e buscar soluções, alterando o modelo que vivem. De acordo com Bauman (2003), essa troca que existe entre os membros internos e externos da comunidade, intensifica o saber, e pode passar a ter mais peso do que as trocas anteriormente realizadas, apenas por membros da comunidade. Além disso de acordo com a Psicologia Social Comunitária, as pessoas possuem a capacidade de se estruturarem, através de uma construção coletiva, interagindo entre si e a partir de movimentos sociais (Melucci, 1998). A interação dos pacientes com os seus familiares, possibilita a estruturação e

reestruturação enquanto indivíduos, pois é rica em trocas de aprendizagem, influenciando a continuidade do trabalho, facilitando a aceitação do diagnóstico e seu tratamento.

b) Dificuldades estruturais para a realização da assistência domiciliar:

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

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

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

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

Pesquisadora: Eles não estão conseguindo prestar os cuidados então!?

Médica: Não, não estão cuidando bem dela....

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

Médica: Família é bem complicada. A irmã dela que ta cuidando dela, mas a senhora também é idosa, também tem doenças crônicas, tem dois filhos que mora na mesma casa, os dois são usuários, com esquizofrenia...toma remédio controlado. Na verdade,

não tem como cuidar melhor, não tem condições pra cuidar melhor dela... Não tem como... Ela faz o que pode.

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

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

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

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

Médica: *Ahhh sim, meu Deus como que eu me esqueci disso (risos)*

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

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

Enfermeira: *Haaaaa, eu nunca vi daquele jeito, nunca na minha vida eu vi, eu já vi casa suja. Eu fiquei impressionada.*

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

Enfermeira: *Tem uma agora que é uma paciente que a pouco tempo veio pra cá, ela também é Alzheimer. A gente levou assistente social, que ta acompanhando também*

com a gente e sempre que eu posso eu vou lá, vou lá na casa, porque assim a filha dela não tem estrutura nenhuma pra cuidar dela, psicologicamente falando, porque ela também é um pouco psiquiátrico. O assistente social já abordou, conseguiu tirar uma reclamação do genro, daí o genro se abriu e falou que os outros filhos dela lá de Curitiba, ficam usando a aposentadoria dela, que vão comprar carro né, enfim. E agora a gente entrou com relatório também pra investigar esse caso todo e tentar trazer a paciente para o Lar, porque a filha não tem condições nenhuma de cuidar dela.

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

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

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

Enfermeira: *Sozinho e teve um AVC.*

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

Esses profissionais estão em contato direto com as famílias e ao prestarem assistência em domicílio, presenciam a vida dos pacientes, tendo acesso às suas características individuais, singulares, conhecendo a realidade sócio-econômica, cultural, psicossocial, demográficas e epidemiológicas (Brasil, 2000). Diante dos casos em que as equipes se deparavam com famílias incapazes de dar suporte ao idoso ou idoso sem família, precisavam lidar ainda com limitações estruturais do sistema. Mais especificamente, a falta de

profissionais e de recursos materiais e por outro lado, dificuldades no trabalho em equipe e em rede.

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

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

Enfermeira: *Eu não consigo.*

Médica: *Se tivesse técnico...*

Enfermeira: *É, se tivesse técnico dava.*

Médica: *É, dava, mas estamos sem técnico.*

Enfermeira: *Aí não tem carro, não tem técnico.*

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

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

Enfermeira: *É, não tem técnico de enfermagem e não tem fisioterapeuta, tem fisioterapeuta lá em baixo né.*

Médica: *Mas para acompanhar em domicílio ou os que é domiciliado não ta recebendo a fisioterapia.*

Enfermeira: *Mas daí dificulta né, não é completo.*

Em alguns casos as famílias que dispunham de recursos, conseguiam pagar pelo profissional que a princípio, já deveria compor o NASF, responsável por dar apoio à ESF, como o relatado pela Equipe Urbana:

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

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

Enfermeira: *Aham, é porque, até tem, o lá do hospital*

Médica: *Mas tem que levar, os pacientes são debilitados*

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

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

Além dos profissionais que compõem as equipes ESF e NASF, muitas vezes faltam também especialistas na localidade. Pelo fato de as equipes atenderem regiões mais vulneráveis, somam-se as dificuldades, como a de deslocamento e possibilidade de agendamento ou pagamento a um especialista inexistente na localidade. Como consequência, muitas pessoas idosas permanecem desassistidas:

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

Médica: *Uma demência. Ela nunca passou com um especialista, né!?*

Enfermeira: *Não, nunca.*

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

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

Pesquisadora: *Ah, tem cardio aqui.*

ACS: *Tem, vem o que, uma vez por mês.*

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

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

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

Pesquisadora: *Vocês tem dificuldade com carro?*

Enfermeira: *Não temos.*

Médica: *Não tem carro para a Urbana.*

Essa dificuldade relacionada à estrutura material para os serviços acontecerem, apareceu em diversos momentos, e foram anotadas também no diário de campo da pesquisadora.

O horário combinado para o deslocamento da equipe do prédio sede do ESF para as visitas domiciliares não se cumpriu, permanecemos a esperar uma das equipes chegarem para que pudéssemos utilizar o mesmo veículo para deslocamento das visitas da equipe Urbana. Devido ao atraso pela espera do carro “emprestado”, o número de visitas programadas para o dia precisou ser reduzido (Diário de campo da pesquisadora, Data 05/06/2018).

Já os ACS não dispunham de veículo para as visitas domiciliares. Um dos ACS participante da pesquisa, utilizava a própria motocicleta para o trabalho, arcando com os custos do desgaste do veículo e do combustível. De acordo com esses relatos das dificuldades, Montero (1994) descreve que a comunidade percebe suas necessidades através da falta de

algo, ou quando algumas situações afligem e perturbam seus membros, por falta de assertividade na resolução dos problemas e ações. Os ACS apresentam dificuldades ao exercerem suas atividades, pois, sentem falta de um meio de locomoção, dificultando suas ações, o que causa limitação do número de visitas diárias. Aquele ACS que possui motocicleta própria e a utiliza para fins profissionais, é o que tem maior facilidade.

Eu falo, se não tivesse uma motinha, nós não tínhamos ido trabalhar (...) A quantidade de família não é tanta, quanto a extensão de uma para outra, de um bairro para outro. (ACS, Equipe Rural)

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

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

A política do SUS prevê algumas dificuldades que as equipes podem vivenciar e para tanto destinou recursos que deverão ser investidos nos aspectos importantes, a serem

identificados pelas equipes. Necessário, portanto, haver a descentralização dos recursos, municipalizando a saúde, com orientação para que os repasses, controle e acompanhamento dos recursos financeiros, seja de responsabilidade do gestor municipal (Coimbra et al, 2005). Aqui também é importante lembrar que o SUS tem os princípios voltados para a participação da comunidade, somando os saberes populares com os saberes técnicos, buscando assertividade nas ações. Essa participação social, busca fazer a população se responsabilizar tanto pelos problemas de saúde existentes naquele território, quanto pelas ações que serão desenvolvidas. Porém, essa participação é pouco utilizada e convocada, e muitas vezes, os profissionais criam as ações através da equipe e burocratizam a ação popular e social.

A visão da necessidade exposta pela ACS da Equipe Urbana, demonstra o que a política preconiza, enxergar os pacientes em atendimento como um todo, buscando realizar o atendimento de maneira integral, com foco em atender todas as necessidades.

ACS: Outra dificuldade também é o social, a parte social. Às vezes eles precisam de uma cadeira de banho, uma cadeira de roda e não tem.

A fala da ACS apresenta o que o SUS busca, o atendimento integral da saúde da população, buscando atender todos os aspectos necessários, parcerias com a rede, proximidade com a comunidade e com a realidade do paciente, para que possa criar o plano de intervenção mais adequado para cada realidade, buscando atender todas as suas necessidades. Oliveira e Tavares (2010) explicam que a ESF possui potencial para estimular e organizar a comunidade e gerar autonomia para as famílias. O modelo de atendimento das equipes está voltado para o tecnoassistencial, que propõem estabelecer e fortalecer os vínculos, promovendo saúde e sua prevenção, possibilitando fortalecimento dos grupos, a fim de encorajá-los a assumirem maior controle sobre sua saúde. Silva e Antônio (2010) relatam que os programas do SUS foram criados para assegurar que as necessidades dos pacientes fossem atendidas. As equipes ESF foram criadas para que houvesse essa aproximação dos

profissionais com a comunidade e com os usuários dos programas. As atividades intersetoriais devem suprir essa demanda, realizando trabalho articulado com o CRAS e as demais equipes, visando atender o usuário, conferindo-lhe chance de recuperação. Também existe a parceria entre ESF e equipes NASF.

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

ACS: Então eles alugaram uma casa e fizeram um pacote, o dono da casa faz janta, agua, luz, tudo incluso, foi a assistente social que fez. Ele teve AVC e ficou debilitado e é hipertenso. (...) Eu fui conversar com o assistente social, porque eles que estão cuidando desse caso, então porque ele se queixou do cartão dele no caso, né, que eles ficam com o cartão porque eles fecharam um pacote com o restante e do dinheiro não se sabe o que ta fazendo, porque não vai dar o salário inteiro esse pacote. Porque eu falei 'ali não tinha nada, não tinha uma bolacha, não tinha nada ali pra ele', e se ele tem vontade de comer alguma coisa. Então por isso que eu falei, 'precisa saber certinho pra onde ta indo o valor'. Aí ele foi no mesmo dia, agora eu to esperando ele me dá o relatório, ontem ele falou que vai me trazer, tem que saber onde ta indo cada centavo. (ACS, Equipe Urbana)

As equipes NASF são uma nova estrutura criada pelo SUS para se vincular a atenção primária à saúde em conjunto com as equipes ESF tendo como pressuposto a territorialização e a integralidade em seus atendimentos, prestando a educação em saúde permanente (Brasil, 2009). O trabalho em conjunto pode possibilitar aos usuários assistidos um acompanhamento

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

Essa dificuldade em dividir responsabilidades e somar saberes, se faz muito presente na realidade desses profissionais, inibindo a troca de informações e o planejamento das ações conjuntas. Foi possível perceber que são escassos os casos com atendimento contínuo e em conjunto. O trabalho de rede precisa ser fortalecido no município, para que os profissionais de diversos níveis de atuação e formação possam realizar um trabalho integral para a população.

É, na verdade, agora o psicólogo ta fazendo acompanhamento, a gente foi, fez visita, identificou a necessidade e passou pra ele a avaliação e ele ta indo quando nós vamos, mas não são casos de tanta complexidade. (Enfermeira, Equipe Rural)

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

No caso da [...] por exemplo, é um caso bem complexo, bem difícil. Nós fomos, eu, doutora, o ACS sempre conversando com o tio, pra tentar resolver o problema. Enfim, nunca se resolveu, aí foi solicitado visita da assistente social, psicólogo, só que assim, cada um foi um dia, ninguém foi junto, cada um com um relatório e foi o assistente social aqui do CRAS. (...) Nós fizemos um relatório, a assistente social com o psicólogo fizeram outro relatório e o psicólogo do CRAS outro relatório, três

relatórios. O relatório do CRAS contradiz tudo o que nós vimos, o que nós fizemos.
(Enfermeira, Equipe Rural)

A partir deste caso, pode-se visualizar que o problema não trata apenas dos atendimentos sendo realizados de maneira isolada, mas o quanto os profissionais dispensam em tempo para integrar as informações e estabelecer uma estratégia terapêutica. Rotineiramente, os atendimentos da equipe são registrados em prontuário, após as visitas realizadas. Mas, sempre que há necessidade de encaminhamento ou solicitação de uma consulta especializada ou para outro setor, se faz necessário o preenchimento de um relatório. Por fim, a comunicação entre os profissionais acaba ocorrendo em boa parte, por meio de relatórios, burocratizando o sistema e retardando as ações em saúde.

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

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

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

5.3 Terceiro encontro

O último encontro com cada equipe foi norteado pela questão: O que percebem que poderia ser melhorado no atendimento prestado aos idosos com DCD?

A partir das dificuldades apresentadas, os profissionais relataram as consequências dos problemas estruturais, tanto para eles como para os idosos em domicílio, dois indicadores que serão analisados a) dificuldades ao realizar esse tipo de assistência e b) pontos de melhorias dentro da realidade.

a) Dificuldades ao realizar esse tipo de assistência:

Os profissionais queixaram-se que as dificuldades enfrentadas no cotidiano geram sobrecarga de horas trabalhadas, como exemplificado pela enfermeira e ACS da Equipe Rural:

ACS: Até fora do nosso expediente nós estamos trocando mensagem.

Enfermeira: Peço até desculpas, mas eu tento, não consigo me desligar, pois eu tento, quando eles me vê lá, pior ainda [desculpa-se por ter passado mensagem durante o grupo focal].

Justificam que parte do trabalho que se dá além do horário também ocorre porque estão sujeitos à burocracia, que os faz perderem tempo, precisando compensar a atenção aos usuários além do horário:

Enfermeira: Como nós da saúde, nós, não aguenta mais fazer relatório, sabe é relatório pra isso, relatório pra aquilo e uma encheção de saco esse relatório.

ACS: Eu já estou até com vontade de fazer concurso pra vigia sabia.

Médica: E vou te falar, e aí, o que acontece, a gente não vê resultado, a gente não vê solução.

Este diálogo entre os membros da equipe expõe o desconforto com o preenchimento dos relatórios, necessários para registrar as solicitações de atendimento entre profissionais e entre setores. Também expõe a insatisfação quando mencionam a possibilidade de mudar de profissão e de não perceberem o resultado de suas ações. Eles enfrentam pressão diariamente para a execução de suas tarefas, os usuários dos serviços nem sempre possuem consciência sobre as dificuldades enfrentadas, fazendo cobranças tanto referentes ao atendimento, quanto a falta de medicações ou maior número de visitas e os profissionais muitas vezes encontram-se de “mãos atadas”, pois não possuem os recursos de que necessitam.

Outro ponto importante a relatar é que essas más condições de trabalho podem afetar o vínculo e a relação entre os profissionais e os pacientes acompanhados pelas equipes, podendo ter consequência na saúde dos usuários e também nos membros das equipes, pois geram estressores diários. O autor relata a importância de profissionais de enfermagem estarem satisfeitos com o seu trabalho, pois isso afeta a qualidade na assistência ao paciente e relaciona-se com a comparação entre resultados reais com os resultados ideais e almejados. Para isso entram em questão 3 pontos: a autonomia no trabalho, o relacionamento interpessoal e o cuidado com o paciente, conforme Bordignon (2015).

Como pode-se perceber pelos casos relatados ao longo desta pesquisa, os profissionais recebem pouca formação para atuar e atender as necessidades integrais dos usuários. Ao trabalharem em atendimento domiciliar precisariam de uma formação diferenciada, tendo em vista que esta estratégia envolve uma aproximação com as esferas psicossociais. O modelo biomédico, caracterizado pela compartmentalização dos saberes acaba sendo o mais presente nas práticas adotadas, que somados às dificuldades materiais geram a percepção de baixa eficiência.

Segundo Amaro (2003), quem presta esse tipo de assistência precisa de um grande preparo, pois as visitas domiciliares possuem fatores surpresa, impossíveis de antecipar. Além

disso, a qualificação também deve acontecer de maneira a fortalecer os profissionais, pois o contato direto com a realidade dos assistidos pode demonstrar a fragilidade, a vulnerabilidade e fraqueza de cada um e isso pode vir a afetar os membros das equipes. Considerando ainda que existem diversas situações de negligência familiar e de violência contra os idosos.

Como já foi relatado no segundo encontro, eles possuem acesso à realidade dos pacientes, possibilitando vivenciar casos de violência contra os idosos. Essas situações são multideterminadas e requerem ações complexas que muitas vezes vão além do preparo profissional.

b) Pontos de melhorias dentro da realidade:

Além da falta de capacitação, os participantes também relataram perceber que não há compreensão por parte dos gestores do município sobre a abrangência do trabalho que deve ser realizado pela equipe ESF e pouca valorização das visitas domiciliares. Este fato traz como consequência, na percepção da médica da Equipe Urbana, o escasso planejamento das visitas domiciliares.

Médica: *E se a gente conseguisse fazer mais visitas, ia ser muito bom, porque estamos fazendo visita só uma vez por semana e metade de um período e daí não dá. Tem muito idoso, tem muito domiciliado, tem muito acamado. Porque a gente não consegue se planejar como que tem que ser o atendimento desses pacientes, é só o que ta precisando, na hora e não é assim.*

Enfermeira: *Só que lá embaixo eles estão reclamando das nossas visitas.*

Médica: *Porque?*

Enfermeira: *Porque a gente ta fazendo visita.*

Médica: *Ué, mas esse é um trabalho nosso.*

ACS: *É nosso trabalho, eles querem o que?*

Médica: *Atendimento...*

Pesquisadora: *Não entendi, eles querem que vocês fiquem aqui?*

Enfermeira: *Isso, fazendo atendimento.*

De acordo com a Política do SUS que descreve as atividades a serem realizadas pelas equipes ESF, o foco do trabalho é diferenciado, pois ele pode ocorrer em domicílio e em ambulatório, podendo ser consultas agendadas ou emergenciais (Brasil, 2012).

Como resultado, as equipes compreendem que realizam um número menor de visitas domiciliares do que na realidade precisariam, face a complexidade das demandas dos usuários idosos. Pode-se inferir que este fato esteja relacionado com queixas da equipe quanto a relação com os usuários e as famílias, como ilustrado no diálogo da Equipe Urbana:

Médica: *As vezes a gente vai mais de uma vez na casa do mesmo paciente, explica o que tem que fazer, fala, 'faz assim, assim'. Eu falo, 'fala para ele' (apontando para a enfermeira), explica como faz, ela vai explica, fala ,fala. Daqui um mês ta aqui pedindo uma visita nova, e você fala 'mas vocês fez'? 'Ah mas não sei o que', sempre uma desculpa, e ai você explica de novo, então você vai lá mais de uma vez para explicar a mesma coisa.*

Enfermeira: *E eles não fazem, eles entendem, mas não faz. Tipo medicação, tem família que não quer dar, aí 'ah ele não compra, ah não quer', sabe, é sempre o acamado*

A mesma queixa foi apresentada pela Equipe Rural:

ACS: *Eu acho que várias famílias no sitio, não leva nada a sério, vc vai para trocar o remédios, as vezes nós levamos o remédio na casa, quantas vezes não levei, pego a receita, passo ali e já levo (...) já faz esse favor né, que já nem é nossa atribuição de leva pro, mesmo assim, as vezes a gente sente que eles não valorizam, hipertenso, diabetes, não é todos, há exceções, mas uma boa, uma grande parte eu acho que chega 50% ou passa, não tem compromisso com o tratamento.*

Em outro momento do grupo focal, o mesmo ACS relatou sobre a prática de automedicação identificada entre os usuários:

É mais fácil eles se auto medicar e comprar o que eles acham que é bom pra eles do que aquilo que o médico passar. (ACS, Equipe Rural)

Também denuncia o costume da população esperar receber todos os medicamentos gratuitamente na UBS, ou quando ali não encontram, solicitam para a assistência social.

Se a doutora passa um remédio que não tem na caixa, a primeira coisa vai acontecer uma fila, assistência social. Uns até pode mas eles gostam de bater na porta do prefeito, bater na assistência. Às vezes eu falo pro paciente, ó, existe farmácia, gente, é pra se usar, comprar. Mas ele não vê, em parte alguma do brasil, do sus, vai ter remédio completo pra tudo quanto é coisa, se não as farmácias fechavam, só que ele acham que é obrigação dar tudo os que eles querem. (ACS, Equipe Rural)

Nesse discurso fica clara a importância do diagnóstico situacional proposto pelo SUS, no qual a equipe deve realizar seu atendimento focado na realidade do paciente Brasil, 2006).

O que facilita o diagnóstico e o acesso aos serviços corretamente encaminhados, pois o trabalho deve acontecer de forma multiprofissional. Aqui é de fundamental importância entender também a forma de pensar das pessoas que vivem na comunidade, trazer recursos que gerem reflexões e criem possibilidade para perceberem que podem mudar suas vidas, beneficiando a si mesmas e aos outros membros (Freitas, 1998).

O trabalho em territorialização facilita o diagnóstico, realizado com foco nas características sociais do paciente, levando em conta todas as questões sociais, demográficas e epidemiológicas, valorizando suas potencialidades, agindo para favorecer suas condições de saúde e sua realidade. Além disso, as equipes podem identificar os problemas de saúde mais recorrentes na área de atuação e desta forma, elaborar junto com a própria comunidade um plano de ação para a sua região.

De acordo com Montero (2004) na perspectiva da Psicologia Social Comunitária, é necessária a conscientização dos sujeitos para o sucesso na intervenção. Ou seja, envolver todos no plano de ação fará com que tragam à tona os problemas de saúde enfrentados naquela comunidade. Poderão ser aplicados tratamentos alternativos criados pelo SUS, que são baseados em conhecimentos tradicionais, ou seja, voltados aos saberes populares, com objetivo de curar e prevenir diversas doenças. Espera-se que os profissionais possam agregar uns com os outros os saberes, a ponto de elaborar melhores ações para atender as comunitárias.

No decorrer da pesquisa foi possível verificar que as equipes precisam se adaptar à realidade em que as famílias vivem e à forma como os pacientes se colocam. Essa adaptação vai além da postura tradicional dos profissionais, uma vez que realizar assistência domiciliar em uma cidade do interior, onde todos se conhecem, gera também algumas interferências. Os profissionais atendem os idosos com carinho e atenção, que muitas vezes vão além daquilo que a cartilha recomenda.

A atenção das enfermeiras, o cuidado e o carinho que passam para os pacientes, de certa forma traz conforto e segurança para realizarem o tratamento. A postura de uma das médicas também cativa, quando atende aos idosos sorridente e com carinho. No caso de atendimento com frieza e deixando tudo por conta da enfermeira, pode gerar insegurança aos pacientes. Esse tipo de postura também aconteceu por parte de uma das profissionais, talvez pela dificuldade com o idioma, mas acaba interferindo na qualidade do atendimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como objetivo analisar a assistência domiciliar prestada aos idosos com DCD por equipes ESF em um município do interior de São Paulo. Dentre os objetivos específicos estava conhecer como os profissionais se organizam para assisti-los e identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais e suas consequências.

Os resultados da pesquisa apontaram que os profissionais vivenciam diversas dificuldades ao prestarem assistência domiciliar aos idosos e familiares. Todos os participantes relataram a falta de estruturação para os atendimentos, dificuldades de locomoção, falta de profissionais e a pouca colaboração dos familiares no acompanhamento e tratamento de quadros específicos.

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

Os resultados da pesquisa apontam para a necessidade de se pensar ações que superem a percepção de déficit das equipes tanto em relação a estrutura de trabalho quanto em relação aos usuários do sistema. Nesse sentido, ficou evidente a pressão para dar conta de uma rotina de atendimentos que vai além da estrutura existente e perdem a oportunidade de reflexão sobre as ações políticas, como ampliar os espaços de participação e reivindicação já previstos na estrutura do SUS, evidenciando o quanto o trabalho em saúde pode ser alienador.

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

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

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

Entende-se que o presente estudo contribuiu ao analisar o funcionamento de duas equipes ESF de um município do interior do estado de São Paulo, realidade distinta dos grandes centros urbanos onde a maioria dos estudos são realizados. Por outro lado, como as equipes do município encontravam-se com defasagem no número de profissionais, não foi possível contar com a participação de todos os membros, o que, acredita-se, teria contribuído para ampliar os dados da presente pesquisa.

Desta forma, sugere-se que outros pesquisadores interessados na temática, realizem pesquisas em contextos diferenciados de saúde, para enriquecer a compreensão das necessidades de assistência aos idosos no Brasil.

REFERÊNCIAS

- Amthauer, C., & Falk, J. W. (2017). Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 9(1), 99-105. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.99-105.
- Arantes, L. J., Shimizu, H. E., & Merchán-Hamann, E. (2016). Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1499-1510. doi: 10.1590/1413-81232015215.19602015.
- Atlas Brasil. (2013) *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013*. Recuperado de <http://www.novomilenio.inf.br/baixada/bsfotos/IDHM-PNUD-2010-Brasil.pdf>.
- Birman, J. (1994). *O futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 86).
- Bonet, O. (2004). *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bordignon, M., Monteiro, M. M., Mai, S., Martins, M. F. S. V., Rech, C. R. A., & Trindade, L. L. (2015). Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem da oncologia do Brasil e Portugal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(4), 925-933. doi: 10.1590/0104-0707201500004650014.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Brasil. Lei n. 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. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm.
- Brasil. Lei nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
- Brasil. Lei nº. 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Biossegurança em laboratórios biomédicos e de microbiologia. 4ª edição. Brasília. 2000.

- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Ensino Superior. (2001). *Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED)*. Brasília, DF: Autor. (Portaria Interministerial nº 610). Recuperado de <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/inc.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Autor. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2009). *Saúde na escola*. Brasília, DF: Autor. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. (2012). Brasília, DF: Autor. (Série E. Legislação em Saúde). Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. (2014). *Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília, DF: Autor. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004). *Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília, DF: Autor. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. (2005). Política nacional de assistência social PNAS/2004. Brasília, DF: Autor. (Norma Operacional Básica NOB/SUAS). Recuperado de http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf.
- Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Recuperado de <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-5B5046-041111-SES-MT5D.pdf>.
- Brondani, C. M., Beuter, M., Titonelli Alvim, N. A., Szareski, C., & Sonaglio Rocha, L. (2010). Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(3), 504-510. doi: 10.1590/S0104-07072010000300012.
- Bulla, C. L., & Tsuruzono, S. R. E. (2010). Envelhecimento, família e políticas sociais. *Revista de Políticas Públicas*, 14(1), 103-112.
- Burr, V. (2003). *Social constructionism*. London: Routledge.

- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Camargo, D. D. (2015). Processo participativo entre profissionais de saúde para integrar o atendimento à criança vítima de violência. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10(2), 340-353.
- Campos, G. W. D. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016.
- Carvalho, R. T., & Parsons, H. A. (2012). *Manual de cuidados paliativos*. São Paulo: ANCP.
- Casado, L., Vianna, L. M., & Thuler, L. C. S. (2009). Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Cancerologia* 55(4), 379-388.
- Cecilio, L. C. D. O., & Merhy, E. E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*, 1, 197-210.
- Coimbra, V. C. C., de Oliveira, M. M., Villa, T. C. S., & de Almeida, M. C. P. (2005). A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(1), 113-111. doi: 10.5216/ree.v7i1.847.
- Costa Neto, M. M. D. (2000). *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica.
- Cotta, R. M. M., Suárez-Varela, M. M., Llopis González, A., Cotta Filho, J. S., Real, E. R., & Ricós, J. A. D. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(1), 45-55. doi: 2001.v10n1/45-55.
- Cunha, G. T., & Campos, G. W. D. S. (2011). *Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970. doi: 10.1590/S0104-12902011000400013.
- Dal Ben, L. W. (2001). Home care. *Médicis*, 11, 14-15.
- Fernandes, M. T., & Soares, S. M. (2012). O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1494-1502. doi: 10.1590/S0080-62342012000600029.
- Feuerwerker L. C. M., & Merhy E. E. (2008). Atenção domiciliar na configuração de redes substitutivas: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(3), 180-188. doi: 10.1590/S1020-49892008000900004.
- Feuerwerker, L. C. M., & Merhy, E. E. (2011). Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde?.

- In R. A. Mattos, & T. W. F. Baptista. *Caminhos para análise das políticas de saúde* (pp. 290-305). Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- Fischer, B. (2003). *Diabetes: Introdução e a importância da atividade física na prevenção e tratamento*. Recuperado de http://www.gease.pro.br/artigo_visualizar.php?id=102.
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2004). Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Home care for the elderly: problem or solution? *Caderno de Saúde Pública*, 20(4), 986-994. doi: 10.1590/S0102-311X2004000400013.
- Floriano, L. A., Azevedo, R. C. S., Reiners, A. A. O., & Sudré, M. R. S. (2012). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(3), 543-548. doi: 10.1590/S0104-07072012000300008.
- Fonseca, F. C. V. J., & Rabelo, T. (2010). Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a26.pdf>.
- Fortes, P. A. D. C., & Spinetti, S. R. (2004). O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1328-1333. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500027.
- Fowler, D. J., & Sá, A. C. D. (2009). Humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico-degenerativas. *Mundo da Saúde*, 33(2), 225-230.
- Franco, T. B., & Magalhães Júnior, H. M. (2004). Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In E. E. Merhy, E. E., H. M. Magalhães Júnior, J. Rimoli, T. B. Franco & W. S. Bueno. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (2a ed., pp. 125-134). São Paulo: Hucitec.
- Franco, T. B., Bueno, Wanderlei S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 345-353. doi: 10.1590/S0102-311X1999000200019.
- Freire, F. M., & Pichelli, A. A. W. S. (2013). O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 33(1), 162-173. doi: 10.1590/S1414-98932013000100013.
- Freitas, M. D. F. Q. (1998). Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(1), 175-189. doi: 10.1590/S0102-79721998000100011.
- Freitas, Maria C. Q., Terezinha A., & Sousa, J. A. V. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 407-412. doi: 10.1590/S0080-62342010000200024.
- Genuth, S., Alberti, K. G., Bennett, P., Buse, J., Defronzo, R., Kahn, R., Kitzmiller, J., Knowler, W. C., Lebovitz, H., Lernmark, A., Nathan, D., Palmer, J., Rizza, R., Saudek, C., Shaw, J., Steffes, M., Stern, M., Tuomilehto, J., & Zimmet, P. (2003). Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 26(11), 3160-3167.

- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275. doi: 10.1037/0003-066X.40.3.266.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. (2010). *Construcionismo social: um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro: Editora do Instituto NOOS.
- Goffman E. (1988) *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Editora LTC.
- Gondim, G. M. M., & Monken, M. (2012). *Territorialização em Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública. Recuperado de <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>.
- Goyanna, N. F., Freitas, C. A. S. L., Brito, M. D. C. C., Netto, J. J. M., & Gomes, D. F. (2017). Idosos com doença de Alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 9(2), 379-386. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i2.379-386.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). *Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de http://www.sieg.go.gov.br/downloads/Divisao_Territorial_do_Brasil_e_Limites_Territoriais2.pdf.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Populacional 2010*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <https://censo2010.ibge.gov.br/>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). *Mudança demográfica no Brasil no início do Século XXI: subsídios para as projeções da população*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>.
- Instituto Nacional do Câncer. (2003). *Câncer no Brasil: dados do registro de base populacional*. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de <http://www.inca.gov.br/regpop/2003/>.
- Jenicek, M., & Cléroux, R. (1987). Epidemiología general de las enfermedades no infecciosas. In *Epidemiología: principios, técnicas, aplicaciones*. Barcelona: Salvat, 247-271.
- Junqueira, S. R. (2008). *Competências profissionais na Estratégia Saúde da Família e trabalho em equipe*. São Paulo: UNIFESP.
- Keblan, L. V. A., & Acioli, S. (2014). A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 161-169. doi: 10.5216/ree.v16i1.20260.
- Lacerda, M. R., Giacomozzi, C. M., Oliniski, S. R., & Truppel, T. C. (2006). Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, 15(2), 88-95. doi: 10.1590/S0104-12902006000200009.
- Lessa, F. J. D. (2000). *A avaliação do sistema de informações hospitalares na notificação do óbito – Recife - 1997*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, Brasil.

- Lessa, I. (2004). Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 931-943. doi: 10.1590/S1413-81232004000400014.
- Lima, T. J. V. D., Arcieri, R. M., Garbin, C. A. S., Moimaz, S. A. S., & Saliba, O. (2014). Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 265-276. doi: 10.1590/S0104-12902014000100021.
- Lima-Costa, M. F., Barreto, S. M., & Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 735-743. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300006.
- Malta, D. C., Santos, M. A. S., Stopa, S. R., Vieira, J. E. B., Melo, E. A., & Reis, A. A. C. D. (2016). A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 327-338. doi: 10.1590/1413-81232015212.23602015.
- Mascaro, S. A. (2004). *O que é velhice*. São Paulo: Brasiliense.
- Mattos, R. (2005). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco.
- Mazza, M. M. P. R., & Lefèvre, F. (2004). A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 68-77. doi: 10.1590/S0104-12902004000300008.
- Melo, Z. M. (1999). Os estigmas: a deterioração da identidade social. *Anais do Seminário Internacional sobre Sociedade Inclusiva*. Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Mendes, E. V. O. (2001). *Dilema fragmentado ou integração dos sistemas de serviços de saúde: por sistemas integrados de serviços de saúde: os grandes dilemas do SUS*, Salvador.
- Minayo, M. C. D. S., Buss, P. M., & Hartz, Z. M. D. A. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18. doi: 10.1590/S1413-81232000000100002.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Montero, M. (1994). Consciousness raising, conversion, and de-ideologization in community psychosocial work. *Journal of Community Psychology*, 22(1), 3-11. doi: [doi.org/10.1002/1520-6629\(199401\)22:1<3::AID-JCOP2290220102>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1520-6629(199401)22:1<3::AID-JCOP2290220102>3.0.CO;2-2)
- Montero, M. (2004). Comunidad y sentido de comunidad. In M. Montero. *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y processos* (pp. 197-223). Buenos Aires: Paidós.

- Motta, L. B. D., & Aguiar, A. C. D. (2007). Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 363-372. doi: 10.1590/S1413-81232007000200012.
- Motta, L. B. D., Aguiar, A. C. D., & Caldas, C. P. (2011). Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 779-786. doi: 10.1590/S1413-81232007000200012.
- Neri, A. (1995). Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In A. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida* (pp. 13-40). Campinas: Papirus.
- Nogueira, A. L. G., Munari, D. B., Santos, L. F., Oliveira, L. M. A. C., & Fortuna, C. M. (2013). Fatores terapêuticos identificados em um grupo de promoção da saúde de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(6), 1352-1358. doi: 10.1590/S0080-623420130000600015.
- Nogueira, P. S. F., Marques, M. B., Coutinho, J. F. V., Maia, J. C., Silva, M. J., & Moura, E. R. F. (2017). Fatores associados à capacidade funcional de idosos com hanseníase. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 711-718. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0091.
- Oliveira, J. C. A., & dos Santos Tavares, D. M. (2010). Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 774-781. doi: 10.1590/S0080-62342010000300032.
- Paim, J. S. (2002). Saúde política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Pereira da Silva, E., & Sudigursky, D. (2008). Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 504-508. doi: 10.1590/S0103-21002008000300020.
- Quintana, A. M., Kegler, P., Sifuentes dos Santos, M., & Diniz Lima, L. (2006). Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia*, 16(35), 415-425. doi: 10.1590/S0103-863X2006000300012.
- Reis, D. C., Flisch, T. M. P., Vieira, M. H. F., & Santos, J. W. S. (2012). Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(4), 663-674. doi: 10.5123/S1679-49742012000400016.
- Ribeiro, C. A. (2000). Assistência Domiciliar: uma “nova” modalidade de Atenção à Saúde. *Revista Brasil HomeCare*, 6(62), 38-42.
- Rocha, K. B., Conz, J., Barcinski, M., Paiva, D., & Pizzinato, A. (2017). A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(1), 170-185. doi: 10.15309/17psd180115.
- Sales, C. A., & Bucchi Alencastre, M. (2003). Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(5), 566-569. doi: 10.1590/S0034-71672003000500020.

- Santarém, J. M. (2012). *Musculação em todas as idades: comece a praticar antes que seu médico recomende*. Barueri: Manole.
- Santos, S. M. A. (2010). *Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador*. Campinas: Alínea Editora.
- Sarriera, J. C. & Saforcada, E. T. (2010). Introdução à Psicologia Comunitária: bases teóricas e metodológicas. Porto Alegre: Sulina
- Silva, E. P., & Sudigursky, D. (2008). Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 504-508. doi: 10.1590/S0103-21002008000300020.
- Silva, K. L., Sena, R. R. D., Seixas, C. T., Feuerwerker, L. C. M., & Merhy, E. E. (2010). Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, 44(1), 166-176. doi: 10.1590/S0034-89102010000100018.
- Simão. R. (2007). *Fisiologia e prescrição de exercícios para grupos especiais*. Rio de Janeiro: Phorte, 2007.
- Souza, C. F. M., Almeida, H. C. P., Sousa, J. B., Costa, P. H., Silveira, Y. S. S., & Bezerra, J. C. L. (2011). A doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor: uma revisão de literatura. *Revista Neurociencias*, 19(4), 718-723.
- Spink, M. J. (1999). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Starfield, B. (2002) *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, Governo Federal.
- Teixeira, E. C. (2002). O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. *Revista AATR*, Recuperado de <http://pt.scribd.com/doc/57253448/03-Aatr-Pp-Papel-Politicas-Publicas>.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554. doi: 10.1590/S0034-89102009005000025.
- Veras, R. P. (1995). *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. São Paulo: Relume Dumará.
- Waldow, V. R., & Borges, R. F. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), 414-418. doi: 10.1590/S0103-21002011000300017.
- World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- World Health Organization. (2005). *Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

APÊNDICE 1

Roteiro Sociodemográfico

Nome: _____

Sexo: Masculino ____ Feminino ____

Idade: ____ anos

Estado Civil: Solteiro(a) ____ Casado(a) ____ Amasiado (a) ____ Divorciado(a)/Separado(a) ____ Viúvo (a) ____

Escolaridade: Analfabeto (a) ____ Sabe ler e escrever ____ Ensino primário ____ Ensino secundário ____ Ensino técnico ____ Ensino superior ____

Se assinalou ensino técnico ou superior, qual curso: _____

ANEXO 1



Universidade Tuiuti do Paraná

Credenciada por Decreto Presidencial de 7 de julho de 1997 - D.O.U. nº 128, de 8 de julho de 1997, Seção 1, página 14295

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Mirellim T. C. de Lima Placa, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social Comunitária – Nível de Mestrado da Universidade Tuiuti do Paraná, sob orientação da Prof. Dra. Ana Claudia N. S. Wanderbroocke, convidamos você a participar de um estudo intitulado Significados da Assistência ao Idoso com Doença Crônico-Degenerativa, desenvolvido por uma equipe de Estratégia Saúde da Família. Este estudo é importante para possibilitar aos profissionais envolvidos, uma avaliação sobre suas potencialidades e limitações, com o intuito de aprimorar o atendimento a esses pacientes e uma reflexão sobre a sua prática.

O objetivo desta pesquisa é compreender como uma equipe de ESF significa a assistência em domicílio a idosos com doenças crônico-degenerativas.

Caso você deseje participar da pesquisa, será necessária sua assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A seguir, você receberá um instrumento em formato de questionário estruturado, para levantamento de dados sociodemográficos, que deverá ser respondido individualmente. Ao término das respostas, será dado início à discussão. Questões norteadoras: 1º encontro: Como a equipe tem atendido os idosos com DCD em domicílio? 2º encontro: Poderiam relatar casos atendidos por esta equipe? Quem participou dos atendimentos? Quais as principais necessidades psicossociais do idoso e sua família, percebidas pela equipe? 3º encontro: Quais as implicações da forma atual de assistência prestada aos idosos, familiares e profissionais? Quais aspectos podem ser melhorados? e o 4º e último encontro: Como avaliam a diferença entre atendimento real e atendimento ideal aos idoso com DCD? O que é possível para esta equipe?

Para tanto você deverá comparecer no prédio da Estratégia Saúde da Família, na rua Nabor Franco de Araújo – Centro, Barra do Turvo – SP, para os encontros do grupo de discussão, que terão duração aproximada de 1 hora e 15 minutos.

É possível que você experimente algum desconforto ao falar das suas atividades e da assistência aos idosos. Caso isso ocorra, sinta-se à vontade para não responder à pesquisa.

Os benefícios esperados com a realização desta pesquisa são a melhoria do atendimento ao idoso com doenças crônico-degenerativas e atender às necessidades da equipe que presta assistência a este público alvo. Ressaltamos que você talvez não seja diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas estará contribuindo para o avanço científico.

A pesquisadora Mirellim T. C. de Lima Placa, responsável por este estudo, poderá ser localizada na Rua Boarneges Carriel de Lima 116 – Centro, Barra do Turvo, telefone fixo: (15) 3577- 1635, celular: (41) 9909-7179, das 14:00h às 17:00h, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que quiser, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como a orientadora. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

O material obtido através de questionários e gravações será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado, queimado, ao término do estudo, no prazo de 1 ano.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa, para cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para os questionários, não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código, ou serão apresentados apenas dados gerais de todos participantes da pesquisa.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante da pesquisa, pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tuiuti do Paraná, pelo telefone (041) 3331-7668. Endereço: Rua Sidnei A. Rangel Santos 238, Sala 328, Bloco C. Horário de atendimento: das 13:30h às 17:30h.

Eu, _____ li este Termo de Consentimento e comprehendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu receberei uma via assinada e datada deste documento.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

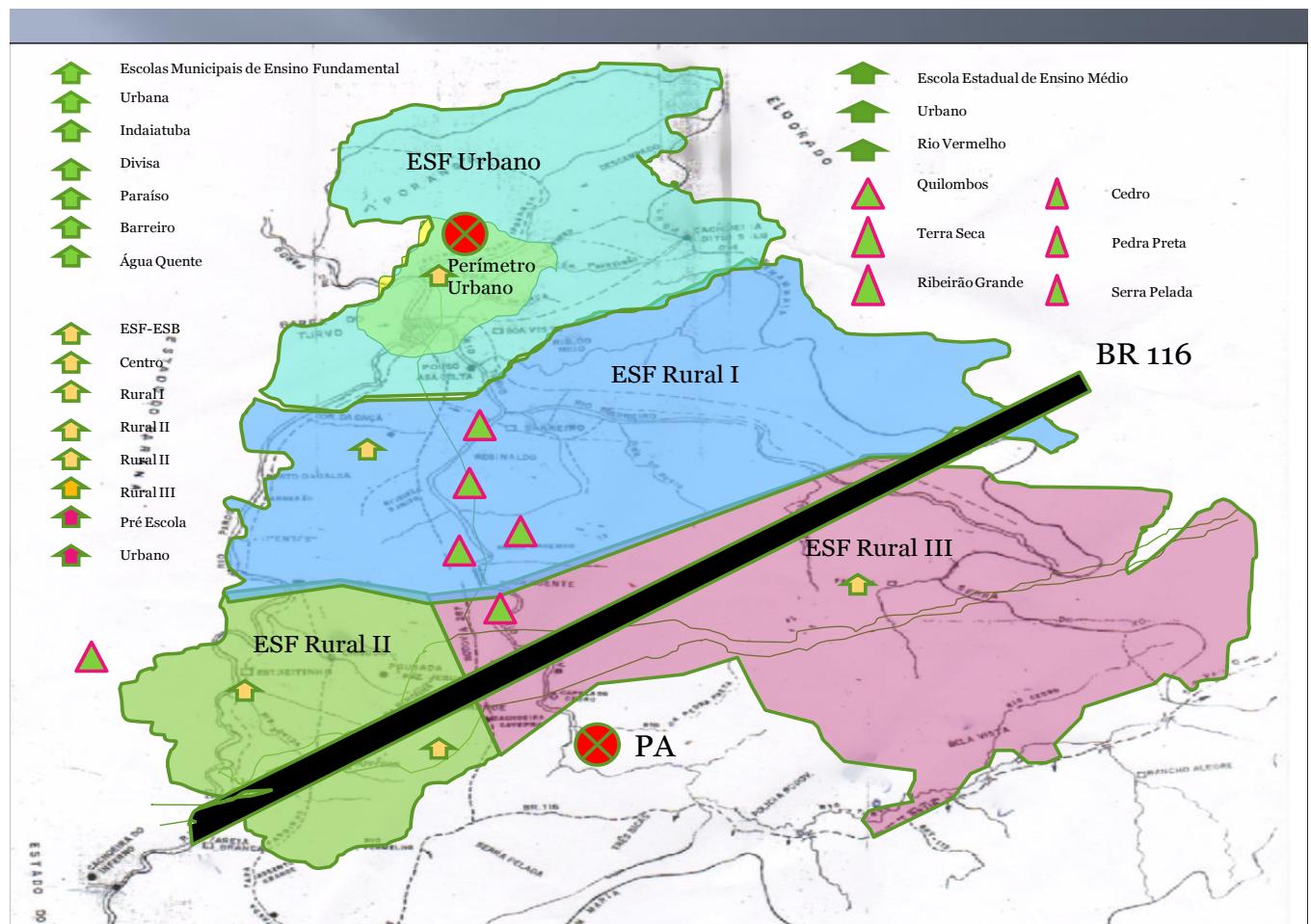
Barra do Turvo, ____ de ____ de 20____.

[Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal]

Mirellim Taciana Carriel de Lima Placa
Pesquisadora

ANEXO 2

DISTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS NA ÁREA GEOGRÁFICA DO MUNICÍPIO



Território

<i>Território área em Km²</i>	1.007,29
<i>Total</i>	7.729
<i>Urbana</i>	3.174
<i>Rural</i>	4.555
<i>População IBGE/2010</i>	
<i>Menores de 4 anos</i>	639
<i>Maiores de 60 anos</i>	1.066
<i>Mulheres em idade fértil</i>	2.238
<i>Partos</i>	110
<i>Densidade Demográfica</i>	7,64
<i>IDH</i>	0,663
<i>IPRS</i>	<i>Grupo 5</i>
<i>Distância da sede até a Referência Regional</i>	130Km