

Gestão do cuidado domiciliar por cuidadores familiares de idosos após a alta hospitalar

Management of home care by family caregivers to elderly after hospital discharge

Gestión del cuidado domiciliario por parte de cuidadores familiares de ancianos luego del alta hospitalaria

Rosângela Aparecida Elerati Silva¹

ORCID: 0000-0002-6158-1369

Camila do Nascimento Silva¹

ORCID: 0000-0002-0751-7366

Patrícia Pinto Braga¹

ORCID: 0000-0002-1756-9186

Denise Barbosa de Castro Friedrich¹

ORCID: 0000-0002-3321-1707

Ricardo Bezerra Cavalcante¹

ORCID: 0000-0001-5381-4815

Edna Aparecida Barbosa de Castro¹

ORCID: 0000-0001-9555-1996

¹Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

²Universidade Federal de São João del Rei. São João del Rei, Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva RAE, Silva CN, Braga PP, Friedrich DB, Cavalcante RB, Castro EAB. Management of home care by family caregivers to elderly after hospital discharge. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 3):e20200474. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0474>

Autor Correspondente:

Edna Aparecida Barbosa de Castro
E-mail: edna.castro@uff.edu.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 17-05-2020 **Aprovação:** 14-09-2020

RESUMO

Objetivo: Compreender a gestão do cuidado domiciliar por cuidadores familiares de idosos dependentes após a alta hospitalar. **Métodos:** Investigação qualitativa orientada pela hermenêutica-dialética, ancorada na teoria da ação comunicativa. Dados coletados por entrevista semiestruturada com 11 participantes. **Resultados:** Construíram-se duas categorias: Gerência da multiplicidade de cuidados pelo cuidador e Relação entre cuidador familiar e rede de atenção à saúde. Ações assistenciais e gerenciais realizadas rotineiramente provocam mudanças significativas na vida do cuidador familiar. Este não percebe planejamento, periodicidade de assistência domiciliar nem apoio em procedimentos requeridos. **Considerações Finais:** A gestão do cuidado domiciliar de idosos dependentes após a alta hospitalar é complexa, envolvendo sobrecargas física e emocional, bem como dificuldades em obter o apoio dos serviços de saúde. Requer o planejamento compartilhado entre equipe de saúde e família desde a alta e melhor visibilidade do papel da atenção primária quando o paciente é atendido por serviço de atenção domiciliar.

Descritores: Idoso; Cuidadores; Enfermagem; Assistência Domiciliar; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand the management of home care by family caregivers of dependent elderly people after hospital discharge. **Methods:** Qualitative research guided by hermeneutics-dialectic, anchored in the theory of communicative action. Data collection took place using a semi-structured interview with 11 participants. **Results:** Two categories were constructed: Management of the many types of care by the caregiver and the relationship between family caregiver and health care network. Care and management actions carried out routinely cause major changes in the family caregiver's life. He/she does not recognize planning, home care periodicity or support in required procedures. **Final Considerations:** The management of home care for dependent elderly people after hospital discharge is complex, involving physical and emotional overloads, as well as difficulties in getting support from health services. The planning shared between the health team and the family since the discharge is required, and the better visibility of the role of primary care when the patient is assisted by a home care service.

Descriptors: Aged; Caregivers; Nursing; Home Nursing; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la gestión del cuidado domiciliario de cuidadores familiares de ancianos dependientes luego del alta hospitalaria. **Métodos:** Investigación cualitativa orientada por la hermenéutica-dialéctica, apoyada en teoría de la acción comunicativa. Datos recolectados mediante entrevista semiestruturada, con 11 participantes. **Resultados:** Elaboradas dos categorías: Gerenciamiento de múltiples cuidados del cuidador y Relación entre cuidador familiar y red de atención de salud. Las acciones asistenciales y de gestión rutinarias provocan cambios significativos en la vida del cuidador familiar, que no percibe planificación, periodicidad de atención domiciliar ni apoyo para procedimientos necesarios. **Consideraciones finales:** La gestión del cuidado domiciliario de ancianos dependientes luego del alta hospitalaria es compleja, involucrando sobrecargas física, emocional y dificultad para obtener apoyo de los servicios de salud. Requiere planificación compartida entre equipo de salud y familia desde el alta, y mayor visibilidad del papel de la atención primaria cuando el paciente es atendido por servicios de atención domiciliaria.

Descriptorios: Anciano; Cuidadores; Enfermería; Atención Domiciliaria de Salud; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

O progressivo aumento das internações hospitalares de pessoas idosas por causas agudas ou agudização de doenças crônicas constitui-se em um fenômeno no contexto da saúde de sociedades contemporâneas, demandando a organização dos serviços. Dá-se ênfase para a promoção da saúde no envelhecimento, por meio de serviços de diferentes densidades tecnológicas, integrados e capazes de acolher e resolver as necessidades de cuidados inerentes ao mundo da vida dessas pessoas⁽¹⁻²⁾.

Nessa perspectiva, a Atenção Domiciliar (AD), na forma de política pública, integra-se à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs), com potencial para atender às demandas de idosos dependentes, que mantêm necessidades de cuidados após alta hospitalar⁽³⁾. A saída da pessoa idosa do hospital para o domicílio implica a existência de serviços integrados, capazes de, com um olhar gerontológico, acolher o idoso e a sua família, evitando-se as reinternações e promovendo a continuidade do envelhecimento com qualidade. A AD agrega potencial para incluir esse olhar e responder à interlocução entre os serviços da RAS, gerindo a transferência de cuidados para o contexto domiciliar com o intuito de garantir a continuidade do serviço iniciado na rede hospitalar⁽⁴⁾.

No âmbito desses cuidados, o enfermeiro da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad) busca integrar as suas ações tanto com os hospitais, intermediando o processo da alta, como com outros serviços da RAS, destacando-se a Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, tal enfermeiro é o profissional que dialoga/interage com a enfermagem da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que, na comunidade, é copartícipe no cuidado requerido pelo paciente e sua família residentes em sua área de abrangência⁽⁵⁾.

A transição entre modelos assistenciais com a transferência dos cuidados hospitalares para o domicílio, em processos de desospitalização, expõe a necessidade de uma análise pormenorizada e investimento em estudos que elucidem, na gestão do cuidado domiciliar ao idoso, os papéis da família e da enfermagem na oferta de cuidados básicos, instrumentais e especializados. A alta antecipada para a continuidade do cuidado em casa explicita a complexidade dos processos envolvidos no cenário familiar e comunitário. Além disso, é crescente a demanda dessa modalidade de atenção para usuários idosos.

A gestão do cuidado significa prover e disponibilizar tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia. Segundo essa concepção, a gestão do cuidado envolve cinco dimensões – individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária – dinâmicas e interdependentes⁽⁶⁾. Neste estudo, sem pretender descolar a gestão do cuidado de seu contexto global, a ênfase será para a dimensão familiar. São considerados na presente pesquisa os aspectos da dinâmica familiar, seus recursos, modos de operar a vida, não descartando contradições, conflitos, tensões e sobrecargas e seu mundo de relações, no qual se incluem os serviços de saúde, como os de AD, agregando elementos da lógica institucional de operar o cuidado⁽⁶⁾.

O enfoque na dimensão familiar se justifica, pois grande parte dos idosos, após a alta, requerem cuidados para a abordagem

terapêutica a uma doença ou agravo que se manifesta concomitantemente às condições naturais do processo de envelhecimento, com possibilidade de comprometimento ou agravamento da capacidade funcional e cognitiva. A família precisa ser preparada e apoiada por profissionais de saúde para o enfrentamento dessa situação⁽⁷⁾. Soma-se a isso a existência de um déficit de cuidadores frente à demanda crescente dessa população, o que evidencia a necessidade de formação de profissionais para atendê-la e atuar nas diversas questões envolvendo o cuidador, considerado elemento central na atual configuração dos SADs⁽⁸⁾.

O cuidador familiar integra o contexto do cuidado domiciliar à pessoa idosa dependente e muitas vezes aprende sozinho as ações de cuidado ao idoso, com busca por uma rede de suporte e de recursos para o cuidar, o que inclui acesso a informação, equipamentos e materiais. Além disso, precisa lidar com tensões e conflitos nas relações familiares, bem como conciliar o tempo para realização de suas atividades pessoais⁽⁹⁾. Sendo assim, o cuidado domiciliar precisa ser compatível com essas necessidades, visando não apenas a adaptação do cuidador às mudanças que se operam em seu estilo de vida ao assistir o familiar idoso, mas também a promoção, preservação e manutenção da sua saúde⁽¹⁰⁾.

Para que se avance na compreensão sobre a gestão do cuidado de idosos dependentes de cuidados domiciliares, é relevante que se identifiquem os tipos de apoio ou de suporte que a família necessita, considerando-se a interlocução com os serviços de saúde existentes na RAS, especialmente com a ESF. Conhecer qual é a demanda, quando e como familiares demandam e mobilizam esse tipo de cuidado é fundamental, pois constitui a base para o desenvolvimento de instrumentos de planejamento das ações de saúde e sistematização do processo de cuidar^(3,10). Assim, a questão investigada que orientou o objetivo deste estudo foi: como ocorre a gestão do cuidado por cuidadores familiares em serviço de AD ao idoso dependente após a alta hospitalar no SUS?

OBJETIVO

Compreender a gestão do cuidado domiciliar por cuidadores familiares de idosos dependentes após a alta hospitalar.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Referencial teórico-metodológico

A pesquisa foi realizada com o arcabouço metodológico e procedimentos da Hermenêutica Dialética⁽¹¹⁻¹²⁾, sustentando-se na teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas⁽¹³⁾. Justifica-se essa escolha pela natureza da questão, situada no contexto de relações entre cidadãos e serviços de saúde, em que se extrai a práxis em seu sentido pleno, segundo um pensamento ético-político que não a descola do mundo da vida e dos acontecimentos, precedendo a

construção da ciência. A teoria da ação comunicativa contribui para compreender e explicar o fenômeno da gestão do cuidado domiciliar por interlocuções, diálogos e ações comunicativas estabelecidas entre profissionais e usuários, segundo três componentes próprios ao mundo da vida: a cultura, a sociedade e a pessoa.

Tipo de estudo

Trata-se de investigação de abordagem qualitativa, compreensivo-explicativa, orientada pelo método da hermenêutica-dialética, ancorando-se na teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas e relatada segundo o protocolo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Cenário do estudo

A pesquisa ocorreu em um município de porte médio de Minas Gerais, com 564.319 habitantes, onde se estima um total de 74.049 idosos (13,12% da população geral). Os serviços da RAS se distribuem em oito regiões de saúde e contam com 63 UBSs, sendo 42 com ESF e 21 no modelo tradicional, três Unidades de Pronto Atendimento, 11 hospitais e um serviço de Atenção Domiciliar com cinco Emads e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (Emap).

Fonte de dados

Entre abril de 2017 e março de 2018, o município teve 6.825 idosos hospitalizados que tiveram alta hospitalar, dentre os quais 5.486 (80,38%) residiam em áreas cobertas pela APS, sendo que 3.751 (68,37%) altas hospitalares foram referentes a idosos residentes em áreas de abrangência de UBS com ESF. Do total de 6.825 altas hospitalares, 89 idosos, após a alta, foram admitidos/acompanhados no SAD. Dentre os idosos admitidos no SAD, 13 foram eleitos para participação na pesquisa, sendo que os depoimentos de seus cuidadores à entrevista semiestruturada constituíram-se como fonte dos dados.

Participantes do estudo

Incluíram-se intencionalmente no estudo cuidadores, maiores de 18 anos, considerados cuidadores principais, responsáveis por um familiar idoso, dependente de cuidados domiciliares após a alta hospitalar, obtida no período de abril de 2017 a março de 2018, e residentes em ruas adstritas a uma das UBSs com ESF do município sede da pesquisa. Excluíram-se dois cuidadores que auxiliavam indiretamente idosos parcialmente dependentes que residiam sozinhos.

Procedimentos metodológicos

A pesquisa foi desenvolvida em duas fases. Na primeira, levantaram-se dados secundários em bancos oficiais do Departamento de Informática do SUS, em Planilhas de cadastro de usuários por Emad do SAD/Programa Melhor em Casa e em Prontuários. O objetivo foi o de explorar e descrever o cenário da pesquisa para identificação dos potenciais participantes. Na segunda fase, ocorreram as Visitas Domiciliares (VDs) para o acesso aos participantes e a coleta de dados. As VDs foram realizadas pela pesquisadora principal, em processo de formação por mestrado

acadêmico, acompanhada por estudante de graduação em enfermagem, ambas experientes no funcionamento dos serviços, mas sem vínculos prévios com os participantes.

A VD incluiu três procedimentos: (1) obtenção de dados socio-demográficos e de saúde, que adotou instrumentos estruturados, elaborados especificamente para coletar informações sobre sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, cor da pele, profissão, renda, doenças da pessoa idosa e de seu cuidador familiar principal, acrescentando deste último o grau de parentesco, tempo em que se encontra na função de cuidador e número de horas dedicadas ao cuidado ao familiar idoso; (2) confirmação do estado de dependência do idoso (roteiro próprio da pesquisa, contendo questões sobre atividades básicas e instrumentais da vida diária, capacidade cognitiva, de interação e atenção e de comunicação); (3) entrevista guiada por roteiro semiestruturado com as seguintes questões desencadeadoras: como é para o(a) senhor(a) ter que cuidar de um familiar idoso dependente de cuidados em casa após a alta hospitalar? Como a enfermagem da UBS participa do cuidado em sua casa após a alta hospitalar? Como o(a) senhor(a) percebe o atendimento de enfermagem da UBS, considerando que o seu familiar idoso está admitido no serviço de AD? O tempo médio gasto com a obtenção de cada depoimento foi de 50 minutos.

Coleta e organização dos dados

As entrevistas foram realizadas em espaço reservado, restrito às pesquisadoras e ao participante, a fim de proporcionar privacidade e segurança. Foram interrompidas com a saturação teórica dos dados, ou seja, quando as informações se apresentavam suficientes para responder às questões deste estudo⁽¹⁴⁾. Não houve recusa ou desistência em participar da pesquisa.

Antes de cada VD, telefonava-se aos cuidadores familiares dos idosos identificados na primeira fase, agendando dia e horário mais convenientes. As entrevistas foram realizadas de única vez e sequencialmente, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os depoimentos foram gravados com uso de aparelho *smartphone* em modo *off-line* e, em seguida, transcritos na íntegra, corrigindo apenas os vícios de linguagem, com o cuidado de não modificar as características essenciais do texto e de seu significado exposto. Para garantia de anonimato, os cuidadores receberam códigos alfanuméricos, iniciados pela letra C, seguida do número da entrevista (Exemplo: C01). Os dados textuais foram organizados e editados com apoio do *Software Open Logos* na versão 2.0⁽¹⁵⁾.

Análise dos dados

A análise dos dados coletados na primeira etapa constituiu-se na exploração do cenário para a pesquisa qualitativa, aspecto inerente às pesquisas orientadas pela Hermenêutica Dialética. Os dados textuais resultantes das entrevistas foram ordenados, classificados, contextualizados e analisados, segundo a proposição do referencial teórico, com os seguintes passos: ordenação dos dados após transcrição das entrevistas gravadas, releitura do material, organização em banco de dados textuais com o apoio do *Software OpenLogos 2.0*, constituindo-se o *corpus* que foi tecnicamente trabalhado.

Na fase de classificação dos dados, fez-se uma leitura horizontal e exaustiva dos textos. Em seguida, procedeu-se à leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade⁽¹²⁾. Com a análise das falas dos participantes sobre as questões consonantes com a teoria da ação comunicativa, construíram-se duas categorias: Gerência da multiplicidade de cuidados pelo cuidador e Relação entre cuidador familiar e rede de atenção à saúde, apresentadas a seguir. O referencial teórico⁽¹³⁾ apoia e permite interpretações e inferências sobre a questão e a discussão com resultados de outras pesquisas nacionais e internacionais publicadas sobre o tema.

RESULTADOS

Apresentam-se inicialmente as características sociodemográficas, necessidades de saúde e de cuidados das 11 pessoas idosas que, após a alta, eram cuidadas no domicílio, bem como a caracterização dos cuidadores que participaram da pesquisa, para melhor compreensão das ações assistenciais e gerenciais nesse contexto.

A média de idade das pessoas idosas era de 75 anos, dez eram católicas, 11 recebiam aposentadoria até dois salários mínimos, três eram analfabetas e oito tinham ensino fundamental I e II incompletos. Todas conviviam com doenças crônicas não transmissíveis, sendo que nove delas tinham doença pulmonar obstrutiva crônica e dez apresentavam hipertensão arterial sistêmica. Além disso, foram observadas entre os idosos outras doenças, como Alzheimer, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica e doenças articulares. A totalidade de idosos recebia cinco ou mais medicações diariamente, demandando o auxílio ou a realização de cuidados para suprir necessidades relacionadas às atividades básicas e instrumentais da vida diária e aos procedimentos terapêuticos: curativos, medicações, oxigenoterapia, suporte nutricional e outros referentes à saúde mental.

Os 11 cuidadores entrevistados residiam com o familiar idoso, sete tinham idade acima de 60 anos, cinco possuíam ensino fundamental I ou II incompletos, dez eram do sexo feminino, sendo sete na condição de esposa e cuidadora principal, e cinco cuidavam há mais de cinco anos do seu familiar idoso.

Gerência da multiplicidade de cuidados pelo cuidador

Ao ofertar as atividades assistenciais, no contexto familiar, o cuidador menciona as dificuldades relacionadas ao grupo de ações de sua rotina diária, explicitando as adaptações feitas no modo de organização familiar:

O primeiro passo foi mudar de casa... Por causa do cansaço dele, a casa tinha degrau. Então... Foi esse primeiro passo. (C04)

Depois que ele adoeceu, aí mudou a rotina de todo mundo, porque todo mundo teve que auxiliar do jeito que dava para ser feito. Quem estava no emprego saiu para poder cuidar... [...] dentro de casa, mudou a rotina de muita coisa, porque até na nossa alimentação teve que mudar. (C11)

Não tem como sair e deixá-lo [...]. A gente não sai... Não tem lazer, não tem... Porque às vezes a gente tem oportunidade de sair, mas ele está desanimado, sentindo dor nas pernas. (C06)

O cuidador principal aponta a realização de múltiplas atividades para atender às necessidades do idoso, incluindo cuidados com higiene, alimentação, medicações, curativos e procedimentos terapêuticos, como a oxigenoterapia. Cita uma rotina diária que requer a sua presença constante ao lado do familiar, nas 24 horas, na tomada de decisões, priorizando segurança:

A gente assume 24 horas por dia. [...] Todos os cuidados! [...] medicação, alimentação, banho... (C01)

[...] dá banho, remédio... tudo que ela precisa, a gente não mede dificuldade... É tanta coisa que você faz [...] igual as vezes que ela já teve diarreia. Então, eu tive que mudar ela duas, três vezes na madrugada. Às vezes, remédio também, não combinou muito, aí, ocasionou problema. (C03)

O oxigênio, os remédios, um curativo no pé, porque ele tem uma ferida no pé, mas ela já está cicatrizada, mas tem que ficar olhando pra ver se ela não volta, é... buscando gaze no posto. (C11)

Aí, ela veio aqui ontem [enfermeira], eu falei pra ela que agora eu estou dando banho nele no leito porque, se acontecer alguma coisa... É alimentação, banho, medicação [...] eu fico a maior parte do tempo dentro do quarto, para não deixar ele sozinho. (C02)

Na rotina diária, os participantes relatam assumir outras tarefas da casa, como lavar roupas, preparar a comida, cuidar de netos, além de auxiliar o familiar idoso em suas necessidades, contando, por vezes, com o apoio de outras pessoas da família:

[...] o que eu faço no dia é minha obrigação, comida, lavo roupas, cuido da minha netinha, arrumo a casa [...]. A gente faz o que pode [...]. (C09)

[...] Não deixo ficar sujas, com xixi [urina], as roupas de cama dele. Eu não deixo! Se tiver molhada, [a roupa] vai para máquina. [...] Sempre limpinhas as roupas dele, aqui na gaveta. (C08)

Se eu tiver que sair, aí, a minha irmã leva ele para hemodiálise, ela dá o banho, ela arruma tudo. (C07)

[...] para levar ele no banheiro, voltar com ele, tomar banho, geralmente o meu filho ajuda [...]. Mas a hora de enxugar as pernas, que ele não pode abaixar que cansa, eu que faço. A não ser o dia que ele está muito bem, aí, ele faz tudo sozinho. (C10)

Relação entre cuidador familiar e a rede de atenção à saúde

Em suas falas, os cuidadores apontam que a UBS contribui com o cuidado que realizam no domicílio, sendo que procuram apoio no serviço quanto ao fornecimento de insumos e orientação para o cuidado terapêutico relacionado ao tratamento da doença do idoso sob seus cuidados:

Quando eu vou lá [UBS], eu sou muito bem atendida em tudo que eu solicito. [...] eu vou lá mais por causa das receitas. Ela usa fralda e, para pegar fralda na Secretaria da Saúde, precisa da receita. Aí, eu vou no posto. (C05)

[...] a agente de saúde que passa de vez em quando. [...] ela mora aqui perto. Então, ela costuma passar aqui. Aí, eu converso, às vezes, peço alguma coisa, alguma orientação, alguma ajuda... (C08)

Quando ele veio de alta, elas [profissionais do posto] vieram, prontificaram a fazer o curativo [...] elas vinham fazer o curativo, ensinou ela a fazer [...] deram muita atenção, dão muita atenção para gente. (C02)

De acordo com os participantes, apesar da aproximação territorial, a assistência domiciliar só é prestada quando solicitada pelo cuidador familiar, não havendo planejamento e periodicidade:

Ah, seria bom se eles marcassem mesmo uma consulta em casa, uma visita. De vez em quando, alguém viesse por livre e espontânea vontade, ou então ligasse perguntando como é que está, já que a gente mora tão próximo [...], mas é preciso cobrar. (C07)

Visita para ele não tem. Uma vez na vida, outra na morte é que aparece aqui um dali do posto. Mas é preciso cobrar, sabe? (C09)

Como ele não está podendo ficar andando sozinho, eles deveriam fazer uma visita de vez em quando. A doutora vai nas casas por aí e na minha ela não vem. Veio esse ano, posso considerar ela veio uma vez em janeiro. (C11)

Sobre a enfermagem, os participantes esperam que contribua para a gestão do cuidado por meio de atenção, orientação, além de ensino e apoio para a realização de procedimentos. Entretanto, fazem crítica sobre a ausência do enfermeiro em visitas domiciliares:

Eu acho assim.... é passar, perguntar se está precisando de alguma coisa, aquele paliativo. [...] a presença do enfermeiro, vir aqui, ver o que está faltando e o que não está faltando. (C03)

[...] do posto aqui eu não tenho o que reclamar, tirando, às vezes, a ausência das enfermeiras, que deveriam dar mais atenção ao caso dele. Eu sei que tem gente que tem problema pior do que o dele. (C11)

[...] a gente só precisava do apoio deles para vir aqui [domicílio], medir a pressão dele, saber como ele está pelo menos. Uma vez no mês, já ajudaria, medir a glicose dele, ver se precisa aumentar a dose, porque a gente está dando 20 unidades. Agora não se sabe se está fazendo efeito ou não. (C08)

Segundo os participantes, a falta de recursos materiais e de medicamentos na UBS dificulta a gestão do cuidado domiciliar. Para suprir as demandas de cuidados do familiar idoso dependente após a alta, os cuidadores buscam outros pontos da RAS:

Eu quase não vou ao posto de saúde, porque, chega lá, eles [...] não têm recursos, não têm um computador, tudo é fichinha, papel, é troço do meu avô [...] ter boa vontade para atender não é o bastante. (C10)

Ah, eles não têm como fazer muita coisa... faltam remédios. Outro dia, precisei de pegar uma pomada, ela [médica] não passou. (C03)

A gente pede o atendimento lá no posto só quando ele está precisando muito, porque ele já é muito bem assistido no hospital. Lá tem todos os médicos, exames, tudo faz lá. (C11)

Todas as vezes que ele passa mal, a gente vai para a UPA direto. No posto, é mais para controle e ganhar o remédio. (C01)

DISCUSSÃO

Este estudo mostra que a gestão do cuidado domiciliar por cuidadores familiares de uma pessoa idosa após a alta hospitalar acontece em um contexto complexo de cuidados, envolvendo sobrecargas física e emocional relacionadas às rotinas assistenciais, para compensar as deficiências do familiar idoso em manter as atividades básicas da vida diária, e às gerenciais, para prover as demandas de tratamento, prevenção de agudizações e reinternação. Envolve também dificuldades para obter apoio de serviços de saúde para os cuidados no domicílio. Isso é corroborado por achados de um estudo australiano que mostra, além desses aspectos, que pacientes e cuidadores têm progressivamente assumido a carga de tratamento quando o idoso muda do cenário hospitalar para o domiciliário⁽¹⁶⁾.

A rotina assistencial do cuidador visa atender às demandas relacionadas às atividades básicas da vida diária da pessoa idosa desospitalizada, o que gera a necessidade de adaptação na organização familiar. O sentimento de ser responsável por tudo mostrou-se como uma característica fundamental da experiência dos cuidadores nesse âmbito e expôs a necessidade destes de ter um tempo para si. Esses cuidadores buscam o apoio de outros membros da família à medida que o idoso se torna mais dependente e/ou se intensifica a demanda de cuidados. Todavia, em consonância com outros estudos, os participantes explicitaram que as tarefas associadas com o cuidar são atribuídas ao cuidador principal, causando desequilíbrio na unidade familiar pela diversidade e quantidade de atividades a serem realizadas⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Os depoimentos mostram que, além de assumir a função de cuidador principal, este mantém a higienização do ambiente da casa e das roupas pessoais do idoso, de cama e banho, faz escolhas e adaptações com as novas demandas que surgem no cuidado diário, desenvolve habilidade de identificar o aparecimento de situações novas, que exigem mais dedicação, além do cuidado com netos. Especialmente quando o cuidado domiciliar é assumido por um único familiar, a função de cuidador se torna mais desgastante, comprometendo sua saúde, o que causa isolamento e perda de sociabilidade⁽¹⁷⁾. O cuidar deve ser entendido como um papel que pode ser compartilhado com outros membros da família, como irmãos, genros, maridos e, até mesmo, com o serviço de saúde. Entretanto, é possível reconhecer que, na prática, nem sempre há compartilhamento de tarefas, o que causa sobrecarga ao cuidador familiar principal⁽¹⁸⁾.

Os participantes relatam contar com a ajuda de outros membros da família em algumas situações, como auxílio na higiene do idoso e na sua condução aos serviços de saúde. Mesmo quando o idoso desospitalizado não está completamente dependente, o cuidador se mantém presente, auxiliando-o em atividades simples, como vestir roupas, calçar meias, alimentar-se, além das necessidades mais vitais, de cunho terapêutico, como, por exemplo, oxigenoterapia, administração de medicamentos, realização de curativos. Entretanto, os múltiplos cuidados assistenciais e gerenciais, por vezes de alta complexidade, são desenvolvidos de modo concomitante pelo cuidador, distribuídos nas 24 horas, sendo que nem sempre conta com rede social, apoio ou supervisão de um serviço de saúde para ensinar e acompanhar. Isso acarreta prejuízo ao cuidado ao idoso e desgaste emocional ao cuidador^(10,19).

Após alta hospitalar, o cuidador familiar é um elemento fundamental para ajudar o idoso na adaptação à vida cotidiana. Porém, essa atividade constitui um desafio, pois idosos e familiares criam condições que podem resultar em práticas inseguras na gestão dos cuidados no domicílio. Alguns fatores podem contribuir para isso, como, por exemplo, despreparo para assumir a nova situação de saúde, problemas no ambiente domiciliar, falta de equipamentos e insumos especializados, incapacidade dos idosos para realizar atividades físicas e tendência ao isolamento⁽²⁰⁾. Além disso, é preciso levar em consideração que orientações para o autocuidado e gestão do cuidado no domicílio, fornecidas no momento da alta, podem ou não ser seguidas pelo paciente e família, o que requer o envolvimento dos serviços de saúde na gestão do cuidado domiciliar⁽²⁰⁾.

A interlocução permanente entre o cuidador familiar do idoso dependente após a alta hospitalar e serviços da RAS, incluindo o suporte no domicílio pelos profissionais da APS, pode auxiliar os cuidadores no provimento dos cuidados. Com as ações comunicativas, pode-se alcançar um ponto comum, expondo a necessidade de reconstrução de um espaço de discussão ética entre cuidadores familiares de idosos, que se deve manter aberto e crítico. Assume-se nesta análise que a racionalidade implícita na gestão do cuidado domiciliar de idosos dependentes inspira-se nas relações sociais, por meio da intersubjetividade, que possibilita a autonomia no processo de cuidar e com maior entendimento do ser e estar no mundo do cuidado de saúde⁽¹³⁾.

Os cuidadores relatam ser bem acolhidos pela equipe multiprofissional da UBS, contudo, em suas falas, revelam obstáculos para um atendimento integral, como a falta de inovação tecnológica e ausência de recursos materiais apropriados para o atendimento. Destacam, além disso, que o apoio ofertado se dá somente na própria unidade de saúde e não no domicílio do usuário, ou seja, o atendimento se limita à disponibilização de materiais que o cuidador vai buscar, como receitas e medicações, algumas vezes indisponíveis. Considerando as necessidades de auxílio explicitadas pelo cuidador, ressalta-se ser necessário o apoio formal, com destaque para o papel do cuidado de enfermagem como possibilidade de apoio⁽⁷⁾. Frente às demandas diárias do cuidado ao paciente, a Enfermagem deve buscar estratégias para diminuir o sofrimento dos familiares, tanto no momento da alta quanto durante o atendimento domiciliar⁽²¹⁾.

A assistência ofertada pela UBS, segundo as falas dos cuidadores, não corresponde à expectativa que tinham ao assumirem os cuidados domiciliares ao familiar idoso após a alta. As saídas para a busca constante pelo serviço tornam o cuidar em domicílio ainda mais difícil, demandando mais trabalho e esforço por parte da família. Essas questões se tornam perceptíveis quando os entrevistados relatam que buscam a UBS para solicitar VDs de profissionais e que estas não acontecem. A VD é uma estratégia de cuidado importante para produzir construções criativas e singulares de cuidado, fortalecendo as práticas de atenção aos idosos⁽²²⁾.

Constata-se uma lacuna nos serviços das UBSs do contexto estudado, haja vista que a VD, além de ser uma estratégia de atendimento aos idosos dependentes pela ESF, estimula as interlocuções com os SADs para a prevenção das readmissões hospitalares tanto em curto como em longo prazo após a alta. O

atendimento por serviços de atenção domiciliar previne a mortalidade e contribui para aumentar a qualidade de vida, o nível funcional e as habilidades cognitivas dos pacientes, podendo ser mais econômico que o serviço hospitalar⁽²³⁾. No entanto, uma única visita feita por equipe especializada não é suficiente para prevenir readmissões.

Salienta-se que, no contexto familiar, tanto os profissionais da ESF quanto os do SAD podem auxiliar os cuidadores nas ações assistenciais e gerenciais ao idoso dependente. As famílias precisam de apoio profissional para que possam organizar e estabelecer uma rotina de cuidados e desempenhar adequadamente o seu papel no cuidado⁽¹⁰⁾.

A ESF pode ser considerada como um dispositivo para apoiar a gestão do cuidado domiciliar aos idosos dependentes, em que a equipe responsável pela VD acompanhará o paciente com rituais sistemáticos, instrumentos tecnológicos, saberes e poderes⁽²⁴⁾. A supervisão profissional e a pactuação de objetivos, metas e atribuições entre os envolvidos no cuidado aos idosos auxiliarão os familiares a assumir o seu papel de provedores de cuidados, contando com a ajuda do sistema de saúde⁽²⁵⁾.

Baseado no exposto, verifica-se a relevância de os cuidadores familiares se tornarem alvo de política pública específica, visto que a responsabilidade do cuidado de pessoas idosas e doentes demanda a interlocução entre a família e o Estado, considerando que o cuidador domiciliar é ativo na gestão do cuidado, com poder de interferir no plano de cuidado dos profissionais de saúde.

Identificou-se que os cuidadores de idosos desospitalizados com agravos crônicos complexos com potencial de agudização buscavam apoio para o cuidar além da UBS, em serviços na modalidade ambulatorial de urgência para o suporte em ocorrências agudas ou em ambulatórios vinculados a um hospital. Esse resultado aponta a necessidade de se estabelecerem espaços de articulação interinstitucionais em que a pactuação de fluxos de atendimento seja uma prioridade, sobretudo com os serviços de APS. Destaca-se que os serviços de APS é reconhecido pela Política Nacional de Atenção Domiciliar como âmbito privilegiado do cuidado, sendo responsável pela maior parte dos cuidados em AD no Brasil⁽²⁶⁾. Com vistas à integralidade do cuidado ao idoso, a AD precisa contar com o apoio da RAS, com articulação dinâmica nos diferentes níveis de atenção e serviços⁽²¹⁾.

Vislumbrando a gestão do cuidado no domicílio pela perspectiva dos profissionais de saúde, em que se inclui a Enfermagem, há que se considerar o fato de a pessoa que requer cuidados ser idosa e a assistência domiciliar ser um processo inerente ao trabalho da ESF. Salienta-se que a percepção que os participantes têm da enfermagem da ESF é positiva, embora destaquem a ausência de enfermeiros em atendimentos sistemáticos no domicílio do paciente a fim de proporcionar atenção, ensino e apoio aos familiares na realização de procedimentos. Para que seja definido o tipo de atendimento que o idoso necessita em casa, os conhecimentos relativos às áreas de geriatria e gerontologia são fundamentais para que o enfermeiro se aproxime da promoção da saúde das pessoas idosas, desempenhando o cuidado de forma integral, sem priorizar somente os idosos que apresentam doenças ou agravos⁽²⁷⁾.

Devido à grande demanda de trabalho da equipe, um dos critérios que vêm sendo utilizados pelo enfermeiro na sistematização das

VDs é a avaliação do risco familiar. No entanto, apesar de ser uma importante alternativa de cuidado aos idosos dependentes, essa prática precisa ser partilhada com outras redes de apoio que possam dar continuidade ao atendimento do idoso e de seu cuidador⁽²⁸⁾.

De acordo com Habermas⁽¹³⁾, a gestão do cuidado no domicílio pode ser compreendida pela interlocução, em um dado contexto regido por normas sociais, entre a família, inscrita no mundo da vida, subjetivo, repleto de vivências e sentimentos, e os serviços de saúde, inseridos em um sistema objetivo e coerente, por meio de seus modos de organização e lógicas do trabalho profissional. A comunicação estabelecida entre esses sujeitos sobre as ações empreendidas e necessárias para o cuidado do idoso no domicílio explícita e aponta suas demandas.

A família do idoso dependente desospitalizado precisa de apoio profissional para se preparar para acolher e gerir o cuidar desse idoso, dimensionar e prover recursos para atender às necessidades do cuidado domiciliar. Os profissionais de saúde, no que concerne ao seu estoque de conhecimentos sobre o cuidado, precisam buscar competências para além das que trazem de sua formação, com vista a compreender as necessidades complexas do contexto de cuidado domiciliar, considerando o processo de envelhecimento e o aparato tecnológico que têm disponíveis.

Limitações do estudo

Neste estudo, a abordagem à questão se deu pela ótica dos cuidadores familiares de idosos dependentes. Outras dimensões compõem a gestão do cuidado domiciliar e requerem investigações específicas. Os dados encontrados referem-se a uma realidade que pode se diferenciar de outra, o que impede a generalização dos resultados.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde e Política Pública

Os achados desta pesquisa contribuem para o trabalho do enfermeiro na atenção à saúde do idoso dependente, pois fornecem subsídios para as tomadas de decisão no campo da sistematização da assistência de enfermagem, por meio de planos de cuidado integrados entre os profissionais do SAD e ESF que

valorizam a participação do cuidador familiar tanto como agente quanto como sujeito no processo de cuidar. O estudo contribui com reflexões sobre a relevância da promoção da saúde das pessoas idosas dependentes de cuidados familiares após a alta hospitalar com vistas à prevenção de reinternações e à qualidade do processo de envelhecimento. Reforça a importância de implementação de políticas públicas que dirijam ações ao cuidador familiar rumo à qualificação da atenção à saúde do idoso a partir de dispositivos existentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação possibilitou compreender que a gestão do cuidado na atenção domiciliar ao idoso após a alta hospitalar sob a ótica dos cuidadores familiares se estabelece por meio de ações assistenciais e gerenciais realizadas rotineiramente, provocando mudanças significativas na vida do cuidador familiar. Soma-se a isso o fato desse cuidador não perceber planejamento, periodicidade de assistência domiciliar, nem apoio contínuo em procedimentos requeridos pelos idosos sob seus cuidados.

A gestão do cuidado de idosos dependentes após a alta no domicílio é complexa, envolvendo sobrecargas física e emocional, além de dificuldades em obter o apoio dos serviços de saúde. Requer o planejamento compartilhado entre equipe de saúde e família desde a alta e melhor visibilidade do papel da APS quando o paciente é atendido por serviço de atenção domiciliar. Salienta-se a importância de manter o vínculo dos idosos com os serviços de APS quando estes estão cadastrados em SAD, dada a importância do apoio desse nível de atenção nas ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos e das reinternações.

Sugere-se a realização de novas investigações na área da atenção domiciliar no que tange à população idosa, considerando que a AD tem potencial para reduzir hospitalização e reinternações, contribuindo para melhorar a qualidade de vida tanto da pessoa idosa quanto do cuidador familiar.

FOMENTO

Agradecemos à Universidade Federal de Juiz de Fora pelo apoio financeiro a esta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Gonçalves Neta FCC, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Home care organization with the Better at Home Program. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2016-0002. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2016-0002
2. Silva KL, Castro EAB, Toledo ST, Gonçalves J, Ribeiro AD. Political pathway of home health care in Minas Gerais. *Rev Min Enferm.* 2019;23:e-1155. doi: 10.5935/1415-2762.20190002
3. Chibante CL, Santos TD, Valente GC, Espírito Santo, FH, Santos L. Nursing care management to elderly patients: the search for evidence. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10(Supl.2):848-58. doi: 10.5205/reuol.6884-59404-2-5M-1.1002sup201620
4. Xavier GTO, Nascimento VB, Carneiro JN. The contribution of home care to the construction of health care networks from the perspective of health professionals and elderly users. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(2):e180151. doi: 10.1590/1981-22562019022.180151
5. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):199-208. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0214
6. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu).* 2011;15(37):589-599. doi: 10.1590/S1414-32832011000200021

7. Costa SRD, Castro EAB, Acioli S. Nursing support for self-care of family caregivers. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(2):197-202. doi: 10.12957/reuerj.2015.16494
8. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciêns Saúde Colet*. 2016;21(3):903-12. doi: 10.1590/1413-81232015213.11382015
9. Fernandes CS, Angelo M. Family caregivers: what do they need? An integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):675-82. doi: 10.1590/S0080-623420160000500019
10. Couto AM, Caldas CP, Castro EAB. Family caregiver of older adults and Cultural Care in Nursing care. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):959-66. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0105
11. Stein E. Dialética e hermenêutica. Síntese [Internet]. 2003 [cited 2020 Jun 11];10(29):21-48. Available from: <https://faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/2087/2381>
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 416 p.
13. Habermas J. Teoria do agir comunicativo: racionalidade da ação e racionalização social. São Paulo: Martins Fontes; 2012. 736 p.
14. Nelson J. Using conceptual depth criteria: addressing the challenge of reaching saturation in qualitative research. *QRJ*. 2016;17(5):554-70. doi: 10.1177/1468794116679873
15. Camargo Jr KR. Apresentando Logos: um gerenciador de dados textuais. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(1):278-87. doi: 10.1590/S0102-311X2000000100032
16. Slatyer S, Aoun SM, Hill KD, Walsh D, Whitty D, Toye C. Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:220. doi.org/10.1186/s12913-019-4042-0
17. Mocelin C, Silva TG, Celich K, Madureira VF, Souza SS, Colliselli L. The care of dependent elderly on the family context. *Rev Pesqui*. 2017;9(4):1034-39. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1034-1039
18. Yavo IS, Campos EMP. Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. *Psicol Teor Prát*. 2016;18(1):20-32. doi: 10.15348/1980-6906/psicologia.v18n1p20-32
19. Santos Sousa JI, Silva BT, Rosa BM, Garcia EDQM, Roque TS. Sobrecarga de trabalho em familiares de idosos em cuidados paliativos. *Res, Soc Dev*. 2020;9(4): e146943001. doi:10.33448/rsd-v9i4.3001
20. Hestevik CH, Molin M, Debesay J, Bergland A, Bye A. Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative meta summary. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):224. doi: 10.1186 / s12913-019-4035-z
21. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. Home Care within the Unified Health System: challenges and potentialities. *Saúde Debate*. 2019;43(121):592-604. doi: 10.1590/0103-1104201912123
22. Assis AS, Castro-Silva CR. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. *Physis*. 2018;28(3):e280308. doi: 10.1590/s0103-73312018280308
23. Lembeck MA, Thygesen LC, Sørensen BD, Rasmussen LL, Holm EA. Effect of single follow-up home visit on readmission in a group of frail elderly patients: a Danish randomized clinical trial. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:751. doi: 10.1186/s12913-019-4528-9
24. Oliveira SG, Kruse MHL. Better off at home: safety device. *Texto & contexto enferm*. 2017;26(1):e2660015. doi: 10.1590/0104-0702017002660015.
25. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EN, Lacerda MR. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate*. 2016;40(110):172-82. doi: 10.1590/0103-1104201611013
26. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-12. doi: 10.5712/rbmf11(38)1259
27. Anjos KF, Boery RNSO, Bacelar K, Santa Rosa DO. Responsibilities for the care with the dependent elderly in the household. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34:e34893. doi: 10.18471/rbe.v34.34893
28. Nakata PT, Costa FM, Bruzamol CD. Nursing care for the elderly in the family health strategy. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(Supl.1):393-402. doi: 10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201719