



Antonio João de Araújo Xavier

**Situação de saúde e organização dos cuidados de idosos domiciliados na Estratégia  
Saúde da Família em Vitória da Conquista (BA)**

Teixeira de Freitas

2021

Antonio João de Araújo Xavier

**Situação de saúde e organização dos cuidados de idosos domiciliados na Estratégia Saúde da Família em Vitória da Conquista (BA)**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Rocío Elizabeth Chávez Alvarez.

Linha de Pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis.

Teixeira de Freitas

2021

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)**  
**Sistema de Bibliotecas (SIBI)**

X3s Xavier, Antonio João de Araújo, 1975-

Situação de saúde e organização dos cuidados de idosos domiciliados na Estratégia Saúde da Família em Vitória da Conquista (BA) / Antonio João de Araújo Xavier. – Teixeira de Freitas: UFSB, 2021. - 100f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia, Campus Paulo Freire, Centro de Formação em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2021.  
Orientadora: Dra. Rocío Elizabeth Chávez Alvarez.

1. Saúde do idoso. 2. Autocuidado. 3. Serviços de assistência domiciliar – Vitória da Conquista (BA). 4. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDD – 618.97

**Elaborada por Raquel da Silva Santos – CRB-5ª Região/ 1922**

Antonio João de Araújo Xavier

**Situação de saúde e de cuidados de idosos domiciliados na Estratégia Saúde da Família em Vitória da Conquista (BA)**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 08/10/2021.

Banca Examinadora:



Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi – UFOP (membro externo)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Soraya Dantas Santiago dos Anjos – UESC (membro externo)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Maria dos Santos de Moraes – UFSB (membro interno)

Teixeira de Freitas

2021

A meus pais, que a seu modo tanto fizeram. E  
a quem o tempo já pesa.

## **AGRADECIMENTOS**

Meus agradecimentos a Jaqueline, Vinícius e Eduardo, que souberam contribuir com sua alegria e afeto, mesmo em minhas ausências.

À professora Rocío, que foi apoio constante nesta caminhada e colaborou decisivamenteem sua concretização.

Aos vários amigos, que numa palavra, num gesto ou mesmo num silêncio também participaram desta construção.

*Muitas pessoas morrem gradualmente; adoecem, envelhecem. As últimas horas são importantes, é claro. Mas muitas vezes a partida começa muito antes. A fragilidade dessas pessoas é muitas vezes suficiente para separar os que envelhecem dos vivos. Sua decadência as isola. (...). Isso é o mais difícil — o isolamento tácito dos velhos e dos moribundos da comunidade dos vivos.*  
(Norbert Elias, 2011)

## RESUMO

O envelhecimento populacional tem trazido novos desafios aos sistemas de saúde. A presença de condições crônicas, acompanhadas de multimorbidade, fragilidade e incapacidade funcional em parte considerável dessa população idosa tem trazido déficit para seu autocuidado, além de acentuar sua restrição ao domicílio e limitar o acesso oportuno e continuado desses indivíduos aos serviços de saúde, o que contribui para fragilizar, mais ainda, sua situação de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) atua no território onde vivem esses idosos, sendo sua responsabilidade a oferta contínua e coordenada de cuidados a partir do domicílio, mas as equipes, muitas vezes, têm dificuldade em reconhecer as características e necessidades dessa população vulnerável, o que pode repercutir no planejamento e na prestação de cuidados a esses idosos domiciliados. O objetivo do presente estudo foi analisar a situação de saúde de idosos domiciliados em territórios de saúde da ESF do município de Vitória da Conquista (BA) e a organização do cuidado domiciliar, à luz do referencial teórico da Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem. A abordagem quanti-qualitativa, tipo estudo de caso, foi realizada utilizando a técnica de entrevista semiestruturada com cuidadores de idosos domiciliados e com profissionais de saúde da ESF. Os dados foram organizados em categorias e interpretados através da análise de conteúdo de Bardin, permitindo uma aproximação com a realidade em que vive essa população domiciliada e a organização dos cuidados domiciliares. Os resultados demonstraram relevantes níveis de incapacidade para o autocuidado entre os idosos domiciliados. Também foram observados arranjos diversos para o apoio ao autocuidado providos, em geral, por cuidadores familiares informais e com um precário suporte para o desempenho desse papel. Além disso, alguns desses cuidadores, por sua vez, também apresentaram limitações para o seu próprio autocuidado. A assistência domiciliar em nível comunitário provida pelas equipes da ESF incluídas na pesquisa demonstrou fragilidades em seu planejamento e execução, tanto no que se refere ao cuidado ao idoso domiciliado como ao suporte ao cuidador. A Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem possibilita uma identificação mais ampla das características e necessidades em saúde dos idosos domiciliados, contribuindo para uma prática interprofissional na ESF, ao permitir caracterizar suas demandas e necessidades de cuidados, assim como dos seus cuidadores familiares, e também para a organização da rede assistencial e da oferta dos cuidados profissionais desenvolvidos pelas equipes de Saúde da Família.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Atenção domiciliar. Estratégia Saúde da Família. Déficit do Autocuidado.



## ABSTRACT

Population aging has brought new challenges to health systems. The presence of chronic conditions, accompanied by multimorbidity, fragility and functional disability in a considerable part of this elderly population has brought deficit for self-care, as well as accentuating its restriction at home and limiting timely and continued access of these individuals to health services, which contributes to weakening, even more, their health situation. The Family Health Strategy (ESF) operates in the territory where these elderly people are living, and their responsibility is the continuous and coordinated offer of care from the home, but the teams often find it difficult to recognize the characteristics and needs of this vulnerable population, which can impact on the care planning and provision for this homebound elderly. The objective of the present study was to analyze the health situation of the domiciled elderly in health territories of the Municipality of Vitória da Conquista (BA) and the organization of home care, in the light of the theoretical reference of Dorothea's Self-Care Deficit. The quantitative approach, case study type, was performed using the semi-structured interview technique with caregivers of domiciled elderly and with health professionals. The data were organized into categories and interpreted through Bardin's content analysis, allowing an approximation with the reality in which this domiciled population lives and the organization of home care. The results demonstrated relevant levels of disability for self-care among the homebound elders. Several arrangements were also observed for supporting self-care provided in general by informal family caregivers, with a precarious support for playing that role. In addition, some of these caregivers, in turn, also presented limitations for their self-care. Home care at community level provided by the teams of the ESF included in the survey demonstrated weaknesses in the planning and implementation of care for the domiciled elderly and also in the support for the caregiver. The Self-Care Deficit Theory of Orem enables a broader identification of the characteristics and health needs of the domiciled elderly, contributing to an interprofessional practice in the ESF, by allowing to characterize their demands and needs for care, as well as their family caregivers, and also to the organization of the care network and the provision of professional care developed by the family health teams.

Keywords: Elderly health. Home care. Family Health Strategy. Self-Care Deficit.

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 -	Mapa urbano de Vitória da Conquista, Bahia.....	35
Tabela 1 -	Distribuição dos idosos domiciliados por faixa etária e sexo. Vitória da Conquista, 2021.....	42
Tabela 2 -	Distribuição de idosos domiciliados segundo estado civil, renda familiar, anos de estudo, número de cômodos e de residentes por domicílio. Vitória da Conquista, 2021.....	42
Tabela 3 -	Distribuição dos idosos domiciliados com nível de dependência para o autocuidado por faixa etária, de acordo com o instrumento CADEM. Vitória da Conquista, 2021.....	44

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita domiciliar

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	20
3	<b>OBJETIVO GERAL</b> .....	22
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
4	<b>MARCO TEÓRICO: DO AUTOCUIDADO AOS CUIDADOS PROFISSIONAIS NA VELHICE</b> .....	23
5	<b>METODOLOGIA</b> .....	33
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
5.2	LOCAL DE ESTUDO.....	34
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	36
5.3.1	<b>Participantes</b> .....	36
5.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	38
5.5	PROCESSAMENTOS E ANÁLISE DE DADOS.....	39
5.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	40
6	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	41
6.1	CARACTERIZAÇÃO E DEMANDAS DE AUTOCUIDADO EM IDOSOS DOMICILIADOS.....	41
6.2	AUTOCUIDADO DO IDOSO DOMICILIADO – UM PROCESSO DE ARRANJOS FAMILIARES E DE DESAFIOS NA ABORDAGEM DO CUIDADO PROFISSIONAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	45
6.2.1	<b>Declínio cognitivo e limitações físicas entre idoso domiciliados</b> .....	45
6.2.2	<b>Entre a (in)capacidade e a (in)dependência para o autocuidado do idoso domiciliado</b> .....	48
6.2.3	<b>Arranjos familiares – entre o autocuidado da “cuidadora” e do idosodomiciliado</b> .....	52
6.2.4	<b>Os desafios da equipe de saúde da família para o cuidado profissionaldos idosos domiciliados</b> .....	57
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	68
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	73

<b>APÊNDICE A – MODELO DE INSTRUMENTO PARA ENTREVISTAS TELEFÔNICAS.....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE.....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE C - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....</b>	<b>81</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional observado nas últimas décadas tem sido produzido por grandes mudanças demográficas ocorridas em vários países do mundo. Observado inicialmente nos países desenvolvidos, como consequência da redução das taxas de natalidade e de mortalidade, esse fenômeno é percebido também nos países em desenvolvimento.

Em países com alto nível de desenvolvimento, como França e Bélgica, a dinâmica de envelhecimento populacional tem se desenrolado por um período mais longo, durante o último século. Nos Estados Unidos, em 1790, pessoas com 65 anos ou mais constituíam menos de 2% da população; hoje, representam 14%. Na Alemanha, na Itália e no Japão, passam dos 20% (GAWANDE, 2015).

Na América Latina, por sua vez, a mudança nas pirâmides etárias tem sido também relevante, porém tem transcorrido em um intervalo de tempo significativamente menor. Na última década, tem-se observado um decréscimo da população na faixa etária menor de vinte anos, enquanto a população adulta e maior de 50 anos tem tido um crescimento positivo. Tal mudança permite caracterizar nessa região um processo de envelhecimento relativamente acelerado de sua população, e que, conseqüentemente, contribui para gerar uma relação de dependência com enormes desafios para a sociedade (CEPAL, 2020).

O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, tem experimentado um rápido e característico processo de envelhecimento de sua população (UCHÔA *et al.*, 2012). O número de indivíduos acima de 60 anos aumentou em 500% nos últimos 40 anos, devendo passar dos 32 milhões em 2020. A expectativa de vida entre os brasileiros, no período de 1990 a 2016, aumentou de 68 anos para 75 anos. Há ainda uma diferença significativa entre os gêneros masculino e feminino, com maior expectativa de vida presente no sexo feminino, fenômeno que caracteriza a feminização do envelhecimento em nosso meio.

Ainda como consequência dessas mudanças demográficas, têm-se observado também novos arranjos familiares e domiciliares, como o aumento de lares multigeracionais, em que famílias residem com idosos na mesma unidade habitacional, assim como, por outro lado, a existência de lares unipessoais, onde o idoso reside só (CAMARANO *et al.*, 2004).

Tais mudanças demográficas têm trazido novos desafios aos sistemas de saúde em todo o mundo (VERAS, 2009), uma vez que esse envelhecimento populacional comumente é acompanhado de um processo igualmente recente de transição epidemiológica, a partir de um cenário de maior prevalência de doenças infectocontagiosas, para outro, em que passam a ter maior peso as doenças crônicas não transmissíveis. Assim sendo, à medida que a idade avança, aumenta o número de indivíduos que relatam apresentar alguma condição crônica,

de modo que quase 80% dos brasileiros com mais de 65 anos relatam apresentar ao menos uma doença crônica. Também relevante é a presença de multimorbidade entre a população idosa, chegando a serem encontradas 3 ou mais condições crônicas, simultaneamente, em até 50% dos idosos (NUNES *et al.*, 2018).

Como consequência dessa multimorbidade, é comum o uso, por esses idosos, de vários fármacos para diferentes condições ao mesmo tempo (BLANCO-REINA *et al.*, 2015). Wallace e Paauw (2015) alertam sobre o uso simultâneo de cinco ou mais fármacos, situação denominada como polifarmácia, condição frequente entre os indivíduos idosos, por um lado em razão da presença da já mencionada multimorbidade nesse grupo populacional, mas por outro lado também pelo uso cada vez mais ampliado de medicamentos para a prevenção primária e a prevenção secundária em condições diversas nessa mesma população. No entendimento de Aragão e Alvarez (2020), a saúde ora se reduz à medicalização, dado que o número de medicamentos consumidos por vezes pode levar a crer que produzem ou equivalem a uma melhor saúde. Assim, o consumo de medicamentos segue a constituição da política farmacêutica (p. 47).

Dessa forma, se a expectativa de vida tem aumentado ao longo dos anos, também há um aumento relativo de indivíduos longevos convivendo com elevada carga de morbidade e em uso de polifarmácia – e conseqüentemente, risco aumentado de

desenvolver reações adversas aos medicamentos em uso. O resultado do panorama descrito acima é uma população cada vez mais numerosa de idosos com alto risco para o desenvolvimento de morbidades, com a possibilidade de desenvolvimento de impactos importantes em sua capacidade funcional. Estima-se que 15,2% dos idosos com 60 anos ou mais, no Brasil, apresentem capacidade limitada para o desempenho adequado e independente de suas atividades de vida diária (AVD). Em indivíduos com renda mais baixa ou com menor nível educacional, essa limitação é inversamente proporcional, com aumento da dependência desses idosos nas AVD (IBGE, 2010).

Esse declínio da capacidade funcional na população idosa, por sua vez, pode levar esses indivíduos a uma eventual perda de habilidades necessárias ao seu autocuidado. Aqui se refere tanto às AVD elementares, que se encontram afetadas em parte significativa deles, como também às habilidades para o autocuidado necessário como resposta individual no processo saúde-doença. Tudo isso, por fim, repercute no grau de dependência desses indivíduos, deixando-os mais vulneráveis e expostos, quando comparados aos idosos que ainda mantém preservada sua independência (MUNIZ *et al.*, 2016).

Nesse contexto geral, em acréscimo, o idoso pode ainda encontrar-se restrito ao seu

domicílio e proximidades, com diminuição das oportunidades de participação social, e tendo também limitado seu acesso oportuno e continuado aos serviços de saúde, em decorrência de sua idade avançada, de sua carga de morbidade e capacidade funcional, assim como também de fatores sociais, psicológicos e ambientais (ORNSTEIN *et al.*, 2015). Um estudo nos EUA estimou que 2 milhões de idosos de 65 anos e mais, atendidos pelo Medicare, preenchiam critérios para serem considerados como restritos ao domicílio, tanto de forma completa como parcial, com dificuldades em sair de casa, mesmo na área peridomiciliar, ou com saídas somente se acompanhadas por uma outra pessoa (NORMAN *et al.*, 2018).

Em se tratando do cuidado desses idosos restritos ao domicílio, em geral a fonte regular de apoio ao autocuidado, nesses casos, constitui-se da própria família. Sobretudo é a mulher, quer seja uma filha ou esposa, quem se torna a cuidadora principal, informal, não remunerada, e que na maioria das vezes proporciona os cuidados relacionados com as AVD e com as atividades complexas relacionadas ao processo de adoecimento do idoso. Ou seja, evidencia-se aqui uma já notada feminização do cuidado (ALVES *et al.*, 2019).

Na visão de Fonseca, Mendes e Figueiredo (2018), por outro lado, oferecer tais cuidados aos idosos fragilizados também pode trazer ônus para a saúde do próprio cuidador familiar, do ponto de vista social, físico e mental, situação que pode se agravar ainda mais quando são realizados os cuidados, por esse cuidador, de maneira isolada e sem uma preparação adequada. Supõe-se, assim, como sendo necessário que a família seja capacitada para esse cuidado, ao tempo em que se preserve o apoio e o acompanhamento sistemático por parte do sistema de saúde (MUNIZ *et al.*, 2018).

Por sua vez, o cuidado formal aos idosos é proporcionado de duas maneiras: por profissionais capacitados para essa função, com formação ou experiência em serviço para o cuidado no domicílio, e remunerados para esse fim; e na prestação de cuidados domiciliares, por profissionais de saúde que atuam nas redes de atenção à saúde. No SUS, as equipes de Saúde da Família também integram essas redes assistenciais, como provedoras de cuidados domiciliares para indivíduos com restrição de locomoção e que apresentem necessidade de cuidados com menor grau de complexidade, em modalidade designada como Atenção Domiciliar de Nível 1 (BRASIL, 2016; SAVASSI, 2016). Neste último caso, no entanto, muitas vezes os idosos domiciliados persistem como uma população invisibilizada do ponto de vista da oferta dos cuidados e da assistência regular, chegando a receber cuidados apenas de forma episódica e fragmentada, inclusive com idas eventuais também aos serviços de emergência. Assim, acaba-se por contribuir para uma possível maior deterioração de sua condição crônica, ao tempo em que esses idosos já enfrentam desafios funcionais e sociais.



Esse cenário, portanto, requer um modelo de prestação de cuidados apropriados e responsáveis, integrados ao cotidiano da prática dos profissionais de saúde na APS (LEFF *et al.*, 2015).

No Brasil, o sistema público de saúde tem na Estratégia Saúde da Família (ESF), sua rede de cuidados primários, a principal porta de entrada para as redes assistenciais. Ela é considerada coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, que deve garantir uma atenção primária integral e resolutiva, exercendo os atributos de cuidado regular e contínuo para a população (BOUSQUAT, 2019).

Na ESF se desempenham atividades a partir de um espaço privilegiado, próximo ao nível comunitário, com potencial para o desenvolvimento de ações de gestão do cuidado das pessoas sob sua responsabilidade e com um papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o ordenamento das redes assistenciais e para a efetivação da universalidade, da equidade e da integralidade, princípios fundamentais do sistema público de saúde (BRASIL, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2018; BOUSQUAT, 2019). As equipes da ESF, que compõem a rede de Atenção Primária à Saúde, devem, portanto, atuar próximo às comunidades onde vivem essas populações de idosos, representando a primeira linha de prestação de serviços de saúde a esses indivíduos nas redes assistenciais (HOSKINS *et al.*, 2005).

Almeida et al. (2018) reforçam que:

[...] deve ser incentivado o acompanhamento do usuário no território de modo a prover o apoio social requerido, com fortalecimento da rede de apoio informal, familiar e de cuidadores, que necessariamente só pode ser realizado no território, e que tem no Agente Comunitário de Saúde (ACS) um de seus pilares fundamentais (p. 255).

Assim, a partir do reconhecimento de seu território de atuação, as equipes de Saúde da Família podem programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade sob sua responsabilidade, considerando os diferentes elementos para esse planejamento em saúde, como os ambientais, históricos, demográficos, econômicos, sanitários, sociais e culturais. Uma função fundamental, portanto, na atuação dessas equipes de saúde é a identificação dos usuários idosos no território, mapeando aqueles mais vulneráveis, de forma a atender suas necessidades em saúde, além de acompanhar a evolução das condições de saúde com ênfase na sua funcionalidade, assim como monitorar o seu seguimento na rede assistencial (BRASIL, 2014).

A realização de ações de atenção domiciliar, portanto, destinada a indivíduos idosos vulneráveis que possuam problemas de saúde controlados ou compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até o serviço de saúde, se torna prática

relevante na ESF. Torna-se fundamental prover suporte assistencial aos idosos domiciliados que necessitem de cuidados domiciliares regulares, que demandem menor frequência e menor necessidade de recursos complexos de saúde (BRASIL, 2016), assim como oferecer apoio para as famílias e as pessoas envolvidas no processo de cuidados a esses idosos. Além disso, as equipes de Saúde da Família devem estar disponíveis para a assistência inicial em intercorrências ocorridas no domicílio, orientando adequadamente dentro da rede assistencial os casos que não puderem ser resolvidos no nível de cuidados na APS.

Por outro lado, contudo, não é incomum que tais equipes de Atenção Primária tenham dificuldade em reconhecer as características e necessidades desse grupo populacional vulnerável de idosos domiciliados (SAVASSI, 2012), bem como em conseguir planejar e se reorganizar para a prestação desse cuidado a partir do próprio domicílio desses indivíduos (CUNHA, SÁ, 2013; PASKULIN, 2011). Não raro se observa a descontinuidade do cuidado a esses idosos domiciliados, assim como o inadequado suporte aos cuidadores informais envolvidos, o que contribui para o aumento da carga de sofrimento e morbidade em ambos os grupos de pessoas (MUNIZ, 2016, 2018).

Na visão de Aragão e Alvarez (2020), o serviço de saúde não consegue mobilizar os pacientes no seguimento da busca pela autonomia e autocuidado, mantendo o ciclo de atendimentos pontuais e superficiais, na maioria das vezes. Isso se reflete na angústia vivenciada pelo profissional de saúde e/ou da equipe, não sendo esses, por vezes, capazes de satisfazer às demandas de saúde da população atendida. Tal fato repercute, ainda que involuntariamente, para a diminuição da qualidade do atendimento nesses serviços (ARAGÃO; ALVAREZ, 2020).

Segundo Starfield (2002), o papel das redes de cuidados primários estará melhor desempenhado na medida em que elas consigam desenvolver os atributos considerados por ela como essenciais, a saber: acesso ou primeiro contato; longitudinalidade; integralidade ou abrangência; e coordenação do cuidado. Além desses, Starfield reconhece como relevantes para esse fim a centralidade na pessoa, a orientação familiar e comunitária, os chamados atributos derivados. Assim, tendo em vista os atributos da APS, espera-se que as equipes de Saúde da Família sejam capazes de planejar e desenvolver suas práticas considerando também o idoso vulnerável domiciliado, identificando suas singularidades e suas necessidades em saúde, bem como provendo suporte a familiares e cuidadores informais. Seu eventual sucesso em desempenhar tais atributos, portanto, possibilitará também ao idoso domiciliado um cuidado oportuno, contínuo e coordenado, desde seu domicílio até outros pontos da RAS, quando necessário.

Em contrapartida, Bousquat et al. (2019) chamam a atenção para a importância de superar as fragilidades nas redes de atenção à saúde (RAS), na sua dimensão política, estrutural e organizacional, e os desafios na consolidação da APS como porta de entrada efetiva e preferencial do SUS, dada sua limitada capacidade resolutiva e de coordenação do cuidado, ainda existentes.

Portanto, a prática de cuidados às pessoas idosas exige uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual estes últimos estão inseridos (BRASIL, 2006). Paratá, faz-se necessário o reconhecimento dos idosos vulneráveis domiciliados nos territórios de saúde e de suas necessidades singulares, sua atual situação e condição de saúde, como sendo ações de fundamental importância na ESF, sobretudo no atual contexto de envelhecimento populacional. O domicílio deve, assim, ser potencializado como um espaço de cuidado legítimo, digno e natural para as práticas em saúde das equipes multiprofissionais voltadas para o idoso vulnerável na rede de cuidados primários da APS.

## 2 JUSTIFICATIVA

Justificou-se este estudo pela necessidade de se aprofundar na compreensão sobre a situação de saúde de idosos em atenção domiciliar e sobre como são organizados os cuidados informais a esses idosos domiciliados, assim como os cuidados formais providos pelas equipes de Saúde da Família, em um dado território de saúde do município de Vitória da Conquista (BA), dada a pouca ou nenhuma informação nesse território de saúde e a dificuldade em encontrar informação sistematizada sobre as reais necessidades e demandas de cuidado desses idosos domiciliados pertencentes às áreas de abrangência das equipes da ESF, assim como pela pouca disponibilidade de referências na literatura científica.

Desse modo, o desenvolvimento do estudo permitiria ampliar o leque de informações sobre essa população afetada, para uma maior possibilidade da organização do cuidado integral desses idosos e do planejamento das ações de saúde a partir das visitas domiciliares desenvolvidas pelos profissionais de saúde que trabalham nas equipes da ESF.

Nesse sentido, este projeto propôs-se discutir com base na seguinte pergunta do problema: “como é a situação de saúde e a organização dos cuidados de idosos domiciliados em um dado território de saúde do município de Vitória da Conquista?”. Dessa forma, foi construída a tentativa de se aprofundar sobre a questão dos desafios que enfrentam os idosos domiciliados em relação às suas demandas e necessidades e como se organizam os cuidados na família, assim como também conhecer de que formas os profissionais de saúde enfrentam essa situação no seu dia a dia e como organizam seu processo de trabalho para atender a essas necessidades, trazendo para esta discussão a perspectiva dos próprios idosos, dos seus cuidadores e dos profissionais de saúde da ESF.

Diante dessa necessidade de ampliar o conhecimento sobre os idosos domiciliados e seus cuidados na prática de saúde da família, poderemos abordar futuramente essa problemática com propostas para a melhoria na sistematização da assistência domiciliar à saúde na APS, contribuindo, por um lado, com a superação das dificuldades persistentes no dia a dia das equipes de saúde da família para a reorganização dos cuidados, e por outro lado, com uma prática colaborativa e sensível que acolha as próprias famílias que enfrentam esse drama real na comunidade e no SUS, a fim de alcançar, gradativamente, uma melhoria na qualidade de vida e de saúde da população idosa domiciliada.

Por fim, justificou-se também o estudo pelo fato de o pesquisador fazer parte do quadro docente do curso de Medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), de modo que poderá contribuir na produção do conhecimento e nas práticas desenvolvidas nos territórios da APS do município de Vitória da Conquista (BA),

principalmente através de atividades relacionadas à atenção domiciliar, realizadas junto aos discentes no internato do curso de Medicina, a fim de aprimorar as metodologias, abordagens e práticas voltadas aos pacientes idosos domiciliados do território de saúde. Além disso, também possibilitará fortalecer a parceria entre a academia (UESB) e a Gestão de Saúde do município e os profissionais de saúde atuantes na APS, para o desenvolvimento de ações conjuntas integradas, em prol das demandas e necessidades de saúde da população do SUS.

### **3 OBJETIVO GERAL**

Analisar a situação de saúde de idosos domiciliados e a organização do cuidado familiar e profissional no território da Estratégia Saúde da Família do município de Vitória da Conquista (BA).

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar os idosos domiciliados no território de saúde, de acordo com o perfil de vulnerabilidades e déficit de autocuidado.
- Conhecer a organização do cuidado familiar e profissional aos idosos domiciliados no território da Estratégia Saúde da Família.
- Analisar e compreender a situação de saúde dos idosos domiciliados e seus cuidadores e as demandas por cuidados profissionais no território da Estratégia Saúde da Família.

#### **4 MARCO TEÓRICO: DO AUTOCUIDADO AOS CUIDADOS PROFISSIONAIS NA VELHICE**

Para que se desenvolvam de maneira adequada e se mantenham saudáveis e em estado de bem-estar, os indivíduos necessitam desenvolver, em alguma medida, capacidades que lhes permitam cuidar de si, com esse objetivo, frente às mais diversas circunstâncias e ciclos de vida. Tais capacidades lhes possibilitam agir de forma consciente, deliberada e efetiva, num contexto de autonomia e independência, produzindo uma ação intencionalmente direcionada ao cuidado de si mesmo, voltada para o bom funcionamento da vida e para a manutenção da saúde e bem-estar.

No campo da saúde, o autocuidado, como conceito relacional da autonomia, diz respeito às capacidades do sujeito que o tornam apto a agir, sob sua liberdade de escolha, com o propósito da busca de seu bem-estar, de maneira a desenvolver ferramentas que permitam certa independência dos serviços dos profissionais de saúde e da própria biomedicina (ARAGÃO; ALVAREZ, 2020).

Através da contribuição dos estudos de Dorothea Orem sobre a Teoria Geral do Autocuidado (OREM, 2005), desenvolvida durante o período entre 1959 e 1985, passa-se a melhor reconhecer as capacidades necessárias para o cuidado de si mesmo, por parte dos indivíduos. A Teoria Geral do Autocuidado oferece uma explicação da demanda de ação contínua dos indivíduos, que são vistos como detentores do poder humano (chamado de “agência de autocuidado”) para desenvolver e exercer as capacidades necessárias para conhecer e atender os componentes de suas demandas terapêuticas de autocuidado (OREM, 2005. p. 143, tradução nossa).

Na gestão do autocuidado, discutem-se quais os requisitos necessários para que esse cuidado possa se desenvolver de forma adequada, em quais situações se podem identificar uma limitação ou incapacidade para esse autocuidado e quais os indivíduos e os recursos que devem ser eventualmente mobilizados para apoiar o cuidado quando se percebe esta limitação ou incapacidade. Assim, tal deficiência, descrita no que Orem denominou *Teoria do Déficit de Autocuidado*, implica também na necessária mobilização de recursos de apoio, tanto por parte de cuidadores informais como também de profissionais de saúde, mais particularmente dos profissionais de enfermagem – por ela chamados de Sistemas de Enfermagem (OREM, 2005).

A autora (OREM, 2005), refere, basicamente que:

[...] A enfermagem é necessária quando os sistemas operacionais do indivíduo para conhecer e atender às suas próprias demandas de autocuidado, no todo ou em parte, num tempo determinado (ou seja, sua agência de autocuidado), não são adequadas devido a seu estado de saúde

ou condições relacionadas com os cuidados à saúde” (p. 143, tradução nossa).

Orem considera sua teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas: a **Teoria do Autocuidado**, que aborda o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a **Teoria do Déficit de Autocuidado**, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem; e a **Teoria dos Sistemas de Enfermagem**, que descreve as relações que devem ser criadas e mantidas para que se produza a ação de enfermagem, tendo como foco o apoio e o desenvolvimento do indivíduo sob a ação desse cuidado (TOMEY; ALLIGOOD, 2002 *apud* QUEIRÓS *et al.*, 2014).

A definição de autocuidado é, portanto, fundamental na teoria de Orem. Trata-se, de modo geral, das práticas e ações conduzidas pelos indivíduos, levando a seu amadurecimento e aperfeiçoamento, e que são necessárias nas mais diversas etapas de sua vida com o objetivo de sua preservação e na busca por saúde e bem estar pessoal. Esse autocuidado é universal, está presente na maioria dos aspectos vivenciais, não se restringe apenas a AVD e atividades instrumentais e se acumula na forma de aprendizado de competências ao longo da vida (QUEIRÓZ, 2010).

A aquisição dessas competências pressupõe que o indivíduo apresente a capacidade de aprender, o que resulta em mudanças pessoais mediante a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes durante a vida, assim como a autonomia para a produção de ações conscientes e deliberadas, levando-o à tomada de decisão sobre aquilo que deve ser feito para se chegar a um resultado esperado. Também pressupõe a existência e a qualidade dos sistemas de interações humanas, nos quais está inserido e aos quais esse indivíduo é exposto, e nos quais se incluem os efeitos condicionantes das interações de uma pessoa com as outras, com consequências potencialmente positivas ou negativas. Igualmente, pressupõe a capacidade de aplicar o conhecimento científico para fins práticos (o aprendizado de “tecnologias”), para a produção de uma ação sobre si e sobre outros. E, por fim, a existência de relações de parentalidade, multifacetadas e complexas, em um processo dinâmico que envolve indivíduos, famílias e sociedade, com o objetivo de possibilitar a jornada em direção ao desenvolvimento do indivíduo e à sua adequada funcionalidade na idade adulta (TAYLOR *et al.*, 2001).

De modo mais específico, Orem identificou cinco conceitos que abrangem sua Teoria do Autocuidado, definidos como: 1) capacidades de autocuidado; 2) ações de autocuidado; 3) demandas de autocuidado terapêutico; 4) déficit de autocuidado; e 5) capacitação de enfermagem. Além desses conceitos, Orem define um conceito secundário,



denominado requisitos de autocuidado, separados em três grupos diferentes, quais sejam os requisitos universais, os requisitos de desenvolvimento e os requisitos de desvios da saúde (QUEIRÓS *et al.*, 2014).

As **capacidades de autocuidado** são referidas por Orem como os elementos necessários ao indivíduo para a obtenção da ação de autocuidado, na forma de conhecimentos, de habilidades e de experiência para o exercício dessa ação. Elas estão compostas por três elementos básicos. Inicialmente, ela trata das disposições e capacidades fundamentais ao indivíduo para a aprendizagem e para a realização de uma atividade qualquer durante a vida, abrangendo, por exemplo, aspectos da funcionalidade do indivíduo, como a acuidade visual e auditiva adequadas. Em seguida, aborda os chamados componentes de poder, aqui relacionados à capacidade de aprender sobre a importância de uma ação de autocuidado, como, por exemplo, da necessidade de alimentação adequada, de ingestão hídrica regular e da atividade física para a saúde e o bem-estar. Por fim, Orem fala sobre a operabilidade das **ações de autocuidado**, que significa a condição na qual o indivíduo já se encontra pronto para a prática em si do autocuidado e a executa de maneira independente (OREM, 2006, *apud* QUEIRÓS *et al.*, 2014).

A reunião, assim, dessas capacidades possibilita ao indivíduo aquilo que Orem define como agência de autocuidado (“*self-care agency*”) e permite considerá-lo como o próprio agente do seu autocuidado (“*self-care agent*”). Entende-se assim que ele é plenamente capaz de desempenhar, consciente e deliberadamente, ações para a preservação de sua vida e para o bom desenvolvimento de sua saúde e bem estar. Essas chamadas **ações de autocuidado** são condutas aprendidas e modeladas durante a vida, diante de cenários e contextos singulares, sendo influenciadas pelos mais diversos fatores externos, tais como idade, sexo, escolaridade, ambiente cultural e familiar.

A definição do conceito de **demanda de autocuidado terapêutico** é um constructo que se refere à percepção consciente ou inconsciente de necessidades vitais que determinem o direcionamento de ações de autocuidado voltadas para essas necessidades específicas, por parte dos indivíduos, durante sua vida ou mesmo apenas por períodos específicos de tempo, em eventos individuais ou em ciclos vitais. Aqui, tais necessidades são denominadas por Orem como requisitos do autocuidado.

Esses requisitos são chamados de universais quando dizem respeito à boa manutenção da integridade estrutural ou funcional humana, comuns a todas as pessoas e nos mais diversos momentos da vida. Estão muito próximos do conceito de necessidades essenciais para a sobrevivência fisiológica, de acordo com a hierarquia clássica de Maslow e

nela representadas na base de sua pirâmide de necessidades, conforme nos descreve Gawande (2015).

Também é possível notar um paralelo entre esses requisitos universais do autocuidado e a identificação e a busca por instrumentos e medidas de funcionalidade entre idosos, cuja aferição se tornou o modelo da escala de atividades básicas de vida diária de Katz (1989). Abrangem, entre outros, a necessidade de ingestão regular de água e comida, assim como o equilíbrio entre a atividade física e mental e o descanso adequado.

Quando os requisitos de autocuidado estão relacionados a ciclos vitais tipicamente humanos e os consequentes processos de adaptação e maturação dos indivíduos, eventualmente frequentes e esperados no decorrer da vida, são chamados de requisitos de desenvolvimento. Assim é o caso, por exemplo, de eventuais necessidades de ajustamentos adaptativos a situações novas, como o casamento e a gravidez, ou mesmo ao modo como se vivencia a adolescência e o envelhecimento ao final da vida.

Por fim, os **requisitos de autocuidado** são definidos como sendo relacionados a desvios de saúde quando o indivíduo está diante da necessidade de ações terapêuticas voltadas para o tratamento, controle ou reabilitação de problemas de saúde existentes em um certo período de sua vida. São aqui considerados como requisitos de autocuidado no desvio de saúde, por exemplo, a autopercepção diante de uma condição mórbida recente, a busca por ajuda profissional e a adoção das medidas terapêuticas prescritas em função dessa mesma condição.

Diante da existência de demandas de autocuidado terapêuticos que não são plenamente atendidas pelo próprio indivíduo, em função de limitações percebidas em sua agência de autocuidado (“*self-care agency*”), segundo Orem, tem-se caracterizado, nesse momento, um **déficit de autocuidado** terapêutico. Aqui se entende, portanto, a existência de um desequilíbrio entre as capacidades de autocuidado do indivíduo e os requisitos de autocuidado, temporária ou definitivamente a ele apresentados, e capazes de afetar sua saúde e seu bem-estar – e, eventualmente, a integridade de sua vida. A caracterização de tal situação é, por definição, o ponto principal da Teoria do Déficit de Autocuidado (OREM, 2005).

Sabe-se que durante o processo de envelhecimento, em particular, há uma notada perda da funcionalidade pelo idoso em várias dimensões, tanto biológicas, como psíquicas e sociais (MUNIZ et al., 2016). Somada a isso, a experiência do envelhecer com condições crônicas, por vezes, implica em potencial acúmulo de danos e incapacidades durante a vida, produzindo maior prejuízo em uma já sentida perda de funcionalidade direcionada para as

AVD. A pessoa idosa, assim, habitualmente requererá apoio e assistência sempre que os declínios físico e cognitivo limitem o desempenho de suas ações de autocuidado (TAYLOR *et al.*, 2001).

Destarte, impossibilitado de ser o próprio agente de autocuidado durante um processo de envelhecimento com restrições das suas capacidades funcionais, o indivíduo passa a ter a necessidade da provisão de algum grau de cuidado a partir de um outro sujeito, aqui denominado de agente de autocuidado terapêutico, capaz de ajudá-lo a superar suas limitações com o objetivo de atender às exigências de autocuidado – por vezes tão complexas quanto maior for o número de condições que representem requisitos de desvios de saúde.

Essa estrutura é proposta por Taylor *et al.* (2001), ao dialogar com a teoria de Orem, como uma unidade de cuidados dependentes, que pode estar composta pelo indivíduo socialmente dependente, já com limitações existentes em sua agência de autocuidado (“*self-care agency*”), e por agente(s) de cuidados dependentes (“*dependent-care agents*”).

Para Orem, esses outros indivíduos, os agentes de autocuidado terapêutico, aceitam e cumprem a responsabilidade de reconhecer e suprir a demanda terapêutica de autocuidado do outro que se encontra dependente. Ao nosso modo de ver, esses agentes podem ser cuidadores informais ou profissionais de enfermagem, além de outros profissionais, necessários para satisfazer a demanda de autocuidado do indivíduo.

Entre os cuidadores informais se encontram, geralmente, os indivíduos próximos da pessoa dependente, como um familiar ou alguém com vínculo significativo, e habitualmente não remunerados. Já entre os profissionais, podemos encontrar indivíduos capacitados nas técnicas e conhecimentos específicos para as demandas, também específicas, no que Orem denominaria de capacidades de agência de enfermagem (*care agency*) e que representam a essência do modelo de enfermagem proposto por ela.

Um primeiro arranjo, então, de agência de autocuidado terapêutico, numa situação de déficit de autocuidado e, portanto, decorrente da existência de uma condição de dependência, é naturalmente provido por cuidadores familiares. No caso particular de idosos com déficit de autocuidado terapêutico e que estejam em seu domicílio, os cuidadores informais habitualmente são pessoas do convívio próximo, em sua maioria do sexo feminino, casadas, e na faixa etária entre 41 e 50 anos, como demonstram inúmeros estudos sobre o fenômeno da feminização entre cuidadores de idosos no domicílio (ALVES *et al.*, 2019; JESUS *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2018).

O estudo de NUNES *et al.* (2018) identificou que muitos desses cuidadores

informais estão desempregados – ou se desvincularam de seus empregos em razão das responsabilidades que desde então passaram a assumir nesse processo do cuidado. É comum que vivam em co-residência com o indivíduo dependente e, eventualmente, são beneficiados também pela renda auferida por ele, quando há recebimento de tal provento.

Usualmente, os cuidadores familiares têm que assumir a responsabilidade do cuidado de forma praticamente repentina, sem qualquer preparo prévio, quer seja técnico, quer seja psicológico. As tarefas das quais são incumbidas a partir desse momento são, muitas vezes, desenvolvidas sem orientação ou suporte adequados, particularmente quando há aplicação de tecnologias assistenciais de saúde mais sofisticadas e que não são familiares à maioria das pessoas em seu cotidiano.

Essa nova situação promove alterações profundas nas rotinas pessoais desses cuidadores e no redirecionamento de seu tempo para o envolvimento com o cuidado do outro, e podem afetar, de forma significativa, a sua própria qualidade de vida (PEREIRA *et al.*, 2018; ALVES *et al.*, 2019; JESUS *et al.*, 2018). Em adição a isso, e talvez como consequência, passa a ser comum o fato de negligenciarem o seu próprio autocuidado, acumulando, assim, o risco de desenvolver doenças físicas e emocionais que venham também a comprometer sua própria saúde (COSTA; CASTRO, 2014).

Diante dessas dificuldades por parte dos cuidadores informais, torna-se concreta, pois, a possibilidade desse desequilíbrio se refletir negativamente nos cuidados prestados ao idoso domiciliado, na forma de situações de violência física e psicológica, de negligência e de abandono. Consequentemente, passa a existir uma díade de cuidado que é disfuncional, na qual um indivíduo inicialmente reconhecido como portador de déficit para o autocuidado tem sua demanda de autocuidado terapêutico suprida, mas de forma prejudicada, em decorrência de limitações na capacidade de poder desse outro agente terapêutico, agora também ele com reconhecida necessidade de apoio para o seu próprio autocuidado.

Claramente, tal situação disfuncional representa um acúmulo de conflitos e sofrimentos, cuja intervenção terapêutica profissional, aqui representada pelo profissional de enfermagem, ou, de forma mais abrangente, pela equipe multiprofissional de Saúde da Família, deve identificar e buscar os elementos necessários para sua mitigação ou, idealmente, sua superação.

Assim, chega-se ao último constructo da teoria geral de Orem, ou seja, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Aqui também se reconhecem componentes de poder, dessa vez associados ao agente de cuidados de enfermagem e constituídos pela capacidade de manter a assistência, de tomar decisões técnicas, de adquirir conhecimentos e aplicá-los na prática

clínica, de ordenar ações de autocuidado com fins a obter determinados objetivos de saúde, de realizar ações de autocuidado, de educação e motivação para o autocuidado (NAVARRO-PEÑA; CASTRO-SALAS, 2010).

De acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, segundo Orem, um dos níveis de prática por ela identificados seria o que ela descreve como *sistema totalmente compensatório*, que compreende a plena substituição de capacidades de autocuidado do indivíduo que, por si só, não teria condições nem capacidade de assumi-lo. Para Orem, é o profissional de enfermagem o provedor desses cuidados (QUEIRÓS *et al.*, 2014), com a presença constante desse agente terapêutico próximo do paciente dependente. Esse tipo de situação, por sua vez, não é o cenário habitualmente esperado na maioria dos domicílios com idosos vulneráveis.

Conforme a análise de Orem, outra medida aplicada na prática seria a oferta de cuidados na forma de um *sistema parcialmente compensatório*, em que ocorre a realização de apenas algumas ações de autocuidado que o indivíduo não seria capaz de realizar por si próprio. Para a teórica, este sistema é de atribuição da enfermagem, mas cabe aqui uma reflexão no contexto mais abrangente da Estratégia Saúde da Família. Neste cenário, a equipe mínima tem atribuições de cuidados em saúde voltados para os indivíduos em seu território, de forma interprofissional e interdisciplinar, por meio da atuação em equipe multiprofissional e do trabalho colaborativo, adotando o planejamento das ações atreladas às especificidades da população atendida com vistas ao cuidado integral dos usuários (PEDUZZI, 2016).

Desse modo, a teoria de Orem passa a ter, aqui também, sua aplicabilidade, na medida em que todos os membros da equipe mínima da ESF estejam envolvidos no processo de cuidado – ou seja, médico, enfermeira e/ou Agente Comunitário de Saúde (ACS). E, eventualmente, quando houver disponibilidade do apoio do núcleo matricial do NASF, envolver também outros profissionais da saúde, como fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, psicólogo, entre outros, para que os usuários de saúde obtenham a assistência integral requerida conforme suas necessidades, também no domicílio, dentro da lógica do sistema parcialmente compensatório, conforme o modelo desenvolvido por Orem (QUEIRÓS *et al.*, 2014).

Considerando, assim, que o indivíduo domiciliado pode ainda preservar, mesmo que em parte, capacidades para seu autocuidado, esses agentes terapêuticos seriam responsáveis por suprir ações que o idoso e, possivelmente, também o seu cuidador teriam dificuldades em executar, desde a perspectiva da Teoria do Autocuidado de Orem. Alguns exemplos

seriam a necessidade de uso de curativos especiais, da troca de sistemas de sondagem nasal, oral, urinária, de exercícios respiratórios com equipamentos, de controle e aferição de sinais vitais, oximetria, pulso, pressão arterial, nutrição parenteral e enteral sofisticada, entre outros.

Por fim, o último sistema de práticas, desde a perspectiva de Orem, seria o *sistema de apoio-educação*, onde a enfermagem, na visão da Teoria do Déficit de Autocuidado, provê ensino e supervisão de ações de autocuidado, dado que o indivíduo é capaz de realizar seu autocuidado e de adquirir aprimoramento nessas ações. Nesse sentido, cabe ao terapeuta oferecer apoio e aprendizagem, suporte fundamental para o idoso, quando possível, mas também para os seus cuidadores. Levamos, assim, esta análise para o contexto da Estratégia Saúde da Família e sua equipe, ressaltando a educação em saúde, e sendo as intervenções educativas o principal eixo desse sistema, por entender que o ser humano é capaz de tomar decisões conscientes e deliberadas em busca de se desenvolver, a fim de alcançar metas de saúde e bem-estar, tanto para si como para os outros ao redor.

Assim, a ação de apoio-educação, em seus diversos contextos e possibilidades, busca permitir ao indivíduo com déficit de autocuidado o poder aprender, de modo a expandir suas capacidades de autocuidado e, eventualmente, suprir as lacunas eventualmente existentes no desenvolvimento de suas ações de autocuidado. Compreende-se, portanto, que, se essa atuação é aplicável quando voltada para o indivíduo com déficit de autocuidado, também o é para os cuidadores informais. Nesse sentido, pode tomar a direção do apoio e supervisão no aprendizado de competências relevantes na promoção de cuidados voltados ao indivíduo dependente, mas também no apoio, ao mesmo tempo, na educação e na motivação para o cuidador, capacitando-o para busca também de seu próprio autocuidado (COSTA; CASTRO, 2014).

Para Orem, esse processo, dentro do seu modelo proposto, é, portanto, um sistema que possibilita realizar um diagnóstico amplo sobre as necessidades de cuidados dos indivíduos em direção a uma melhor condição de bem-estar e saúde, assim como também permite fazer um planejamento e intervir sobre uma determinada situação de saúde.

Nesse sentido, o método, para conduzir este processo, deve ocorrer obedecendo aos seguintes critérios: determinar quais os requisitos de autocuidado; determinar a existência ou não da competência para o autocuidado (“*self-care agency*”); determinar qual a necessidade terapêutica, ou seja, qual a demanda de autocuidado terapêutico existente; mobilizar as competências do enfermeiro (“*care agency*”) - no caso da ESF, dos profissionais da equipe da ESF (grifo nosso) - eventualmente necessárias no apoio e suporte ao autocuidado do

indivíduo; e, por fim, o planejamento da assistência nos sistemas de enfermagem (TOMEY; ALLIGOOD, 2002 *apud* QUEIRÓS *et al*, 2014).

Um aspecto relevante nesse planejamento da intervenção é o envolvimento do indivíduo e de seus cuidadores familiares, na medida em que o modelo teórico proposto por Orem busca motivar e desenvolver os indivíduos em suas capacidades de autocuidado, potencializando sempre que possível sua autonomia e independência, para que sejam efetivamente capazes de produzir ações de autocuidado, tanto para si como para outros em situação de dependência. Incluem-se aqui, claramente, elementos no processo de cuidado que vão além de uma abordagem meramente prescritiva.

A abrangência do modelo teórico proposto por Orem, portanto, permite um enfoque que, para além de um olhar puramente biomédico, incorpora uma abordagem mais holística do indivíduo (in)dependente e do seu entorno familiar e comunitário, potencializando suas capacidades para sua emancipação e autonomia na busca por saúde e bem-estar.

Tendo como base a teoria de Orem, dessa forma, percebe-se o complexo cenário em que idosos com variados níveis de incapacidade e ou dependência se encontram e, conseqüentemente, suas demandas por suporte regular para a realização de tarefas de autocuidado. Tal apoio, em geral provido por familiares, não raro pode requerer, por parte dos sistemas de enfermagem – e aqui, em uma compreensão abrangente na APS, por parte das equipes de Saúde da Família – um arranjo que seja total ou parcialmente compensatório dessas necessidades.

Por outro lado, no contexto do idoso domiciliado, pode requerer apenas o apoio educacional aos envolvidos no processo de cuidado, como é o caso dos cuidadores informais na díade que configura uma unidade de cuidados parcialmente dependentes. O próprio cuidador informal poderá, a depender de sua idade, talvez, também já avançada, e de outras necessidades específicas, apresentar ele mesmo limitações para o seu autocuidado, no que caberá o reconhecimento dessas necessidades e o direcionamento de ações na prática da ESF e que visem o apoio inclusive também a este agente informal de cuidados.

Além disso, e tendo como território desse cuidado o domicílio em que se encontram esses idosos domiciliados e com algum déficit de autocuidado, é natural que a ação profissional se dê a partir de serviços existentes nas proximidades de onde residem esses idosos. No Brasil, a disponibilidade de serviços assistenciais atuando a nível comunitário e a partir de uma rede de cuidados primários em saúde se dá através das equipes multiprofissionais da ESF, no primeiro nível de atenção à saúde, a APS.

Soma-se também a esse fato a complexidade das necessidades em saúde

apresentadas pelos idosos vulneráveis, o que torna, por um lado, limitado e ineficiente o cuidado focado na ação puramente prescritiva e biológica; e, por outro lado, transforma em imprescindível a ação multiprofissional para atendê-las, ou seja, o trabalho em equipe, com a aplicação de uma clínica ampliada e o desenvolvimento do plano terapêutico singular (PTS) mais adequado para cada caso e cada família dependente de autocuidado, em diferentes níveis (MARQUES *et al.*, 2019).

Pressupõe-se assim a possibilidade de novas abordagens dos indivíduos idosos domiciliados, em que a identificação das diferentes condições para o déficit de autocuidado e o subsequente planejamento de ações terapêuticas compensatórias, conforme cada caso e demanda identificada pela equipe da ESF, permitam a construção de arranjos assistenciais que envolvam também os demais profissionais das equipes de Saúde da Família e os usuários do sistema de saúde e suas famílias.

Tais arranjos assistenciais, nessa proposta de construção multiprofissional do cuidado, a partir do modelo proposto por Orem, tem o potencial de, ao permitir um diálogo interprofissional e capacitar os indivíduos no desenvolvimento e fortalecimento de sua autonomia na busca por saúde e bem-estar para si e para suas famílias, possibilitar uma reflexão sobre o modelo atual de assistência a essa população idosa vulnerável, crescente e muitas vezes invisível para um modelo assistencial ainda essencialmente prescritivo, médico-centrado e que é limitado em sua capacidade de oferecer um cuidado que atenda às aspirações desses indivíduos, com a preservação de sua dignidade como pessoas e seres humanos.

Compreender que o modelo econômico e social da saúde interfere na saúde e autonomia e na forma como lidamos com a perda parcial destas é o primeiro passo para a construção verdadeira de relações interpessoais e também para com as instituições responsáveis pela prestação de cuidados em saúde. Que sejam saudáveis e com o reconhecimento e a promoção de autonomia dos indivíduos, permeadas pelo autocuidado, na busca da felicidade de todos os envolvidos nesse processo (ARAGÃO; ALVAREZ, 2020).



## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa quanti-qualitativa, de tipo descritivo, exploratório e transversal, que foi desenvolvida em Unidades de Saúde da Família do município de Vitória da Conquista (BA).

Dado o levantamento de dados sociodemográficos referente à caracterização dos indivíduos da pesquisa, este estudo visou ser, em parte, quantitativo, no sentido da criteriosa análise descritiva de tais dados encontrados, para uma melhor quantificação dos resultados. Essa abordagem possibilitou a aproximação com o objeto de estudo, a fim de realizar uma análise precisa, evitando, assim, distorções que possam ser manipuladas pelo pesquisador e representem fielmente o que está sendo investigado (MARCONI; LAKATOS, 2010; RICHARDSON *et al.*, 2009).

Do ponto de vista qualitativo, por sua vez, visou retratar o maior número possível de elementos existentes nesta realidade encontrada, referente à situação de saúde dos idosos domiciliados, no âmbito da ESF, levantando informações relevantes sobre os arranjos a respeito do autocuidado e do cuidado familiar e profissional desenvolvidos com os idosos domiciliados nos territórios de saúde pesquisados.

Em se tratando de um tema sensível em uma população vulnerável, como é o cuidado do idoso domiciliado, a abordagem qualitativa permitiu uma nova possibilidade de aprender e compreender o sujeito e suas vivências, superando os limites dos métodos das ciências naturais e captando a realidade do sujeito no seu próprio contexto, onde o fenômeno ocorre de forma dinâmica (COLLET; ROZENDO, 2001).

O referencial teórico-metodológico da pesquisa qualitativa, sob a luz da Teoria do Déficit do Autocuidado, de Orem, deu suporte para a análise dos significados da realidade vivenciada pelos idosos em situação domiciliar, como vivem seu dia a dia e como convivem com a organização dos seus cuidados diante do processo saúde-doença; como desenvolvem suas redes de suporte com a família, comunidade e serviço de saúde; e desvelando suas expectativas e sugestões para melhorias em sua qualidade de vida e de saúde no território que habitam.

Portanto, buscou nos introduzir no plano das construções intersubjetivas, imersas nas relações sociais desses sujeitos, o que ultrapassa a mera aplicação de técnicas, no sentido de superar os problemas socio sanitários, aproximando nessa análise a academia, serviços, gestão e comunidade (BOSI, 2012).

## 5.2 LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Vitória da Conquista, situado na região sudoeste da Bahia e com uma população estimada em aproximadamente 340.000 habitantes (IBGE, 2019) – o que o torna o terceiro maior da Bahia e um dos maiores do interior do Nordeste. É o município polo de referência para as atividades econômicas na região sudoeste da Bahia e norte de Minas Gerais, incluindo, entre outros, a prestação de serviços na área de ensino superior e assistência em saúde.

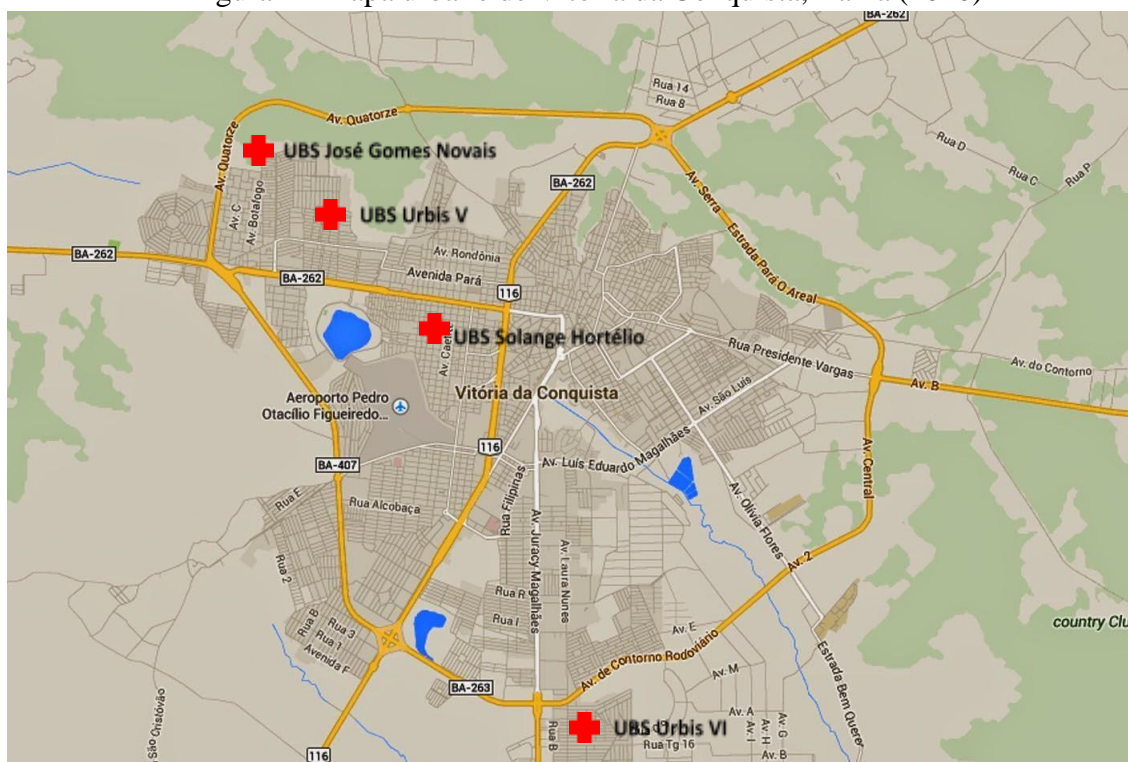
O sistema local de saúde está organizado, no município, em redes assistenciais nos níveis de atenção primária e de média e alta complexidade. A rede de cuidados primários é composta por 17 Unidades Básicas de Saúde, comportando ao todo 45 equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família, das quais 28 atuam na zona urbana e 17 atuam na zona rural. Também compõem essa rede de cuidados primários sete outros Centros de Saúde, atuando em modelo tradicional e compostos por profissionais médicos de especialidades básicas (clínica geral, pediatria e gineco-obstetrícia).

Além desses, fazem parte da rede local de saúde dois ambulatórios de especialidades, um sob gestão municipal e outro sob gestão estadual, além de outros ambulatórios contratados à rede privada como rede complementar, todos em conjunto abrangendo as áreas de média e alta complexidade em cardiologia, oncologia, nefrologia, entre outras.

A rede hospitalar é composta por três grandes unidades hospitalares, sendo uma municipal, voltada para a assistência materno-infantil (Hospital Municipal Esaú Matos); outra sob gestão estadual (Hospital Geral de Vitória da Conquista); e a última uma unidade filantrópica (Santa Casa de Misericórdia Hospital São Vicente de Paulo). Há também outras unidades hospitalares de pequeno e médio porte pertencentes à iniciativa privada e que complementam a rede assistencial provendo serviços de cirurgia, clínica médica e obstetrícia.

A rede local de saúde também conta com ambulatórios universitários, pertencentes aos cursos de graduação em Medicina de duas universidades pública (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e Universidade Federal da Bahia) e uma universidade privada (Faculdades Santo Agostinho), as quais também desenvolvem atividades de ensino e extensão em vários cenários de práticas na rede assistencial local, incluindo várias das Unidades Básicas de Saúde.

Figura 1 - Mapa urbano de Vitória da Conquista, Bahia (2020)



Fonte: Adaptado de MapasBlog (2015?).

Para efeitos deste estudo, o levantamento de dados foi realizado no nível primário de atenção à saúde, nas Unidades Básicas de Saúde que atuam no modelo de atenção Estratégia Saúde da Família e onde estão inseridas atividades de ensino e extensão da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, onde atua o pesquisador. Assim, as Unidades Básicas de Saúde José Gomes Novais, Solange Hortélio, Urbis V e Urbis VI (figura 1) fizeram parte da pesquisa. Todas estão situadas na região oeste de Vitória da Conquista, nos bairros Zabelê e Brasil, à exceção da última, localizada na região sul da cidade, no bairro Espírito Santo.

A população adscrita às Unidades Básicas de Saúde onde se realizou o estudo apresenta-se, de modo geral, em número acima dos limites preconizados nacionalmente, tanto em decorrência da expansão populacional, como também pela insuficiente expansão da rede assistencial. Cada uma dessas Unidades Básicas de Saúde conta com duas equipes de Saúde da Família, sendo que cada equipe é composta por médico(a), enfermeiro(a) e cirurgião(ã)-dentista e por, em média, dez agentes comunitários de saúde por equipe. Todas funcionam nos dois períodos, matutino e vespertino, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 17:00. Oferecem consultas médicas e de enfermagem, vacinas, procedimentos odontológicos e atividades de educação em saúde para as comunidades assistidas. Também oferecem atendimentos no domicílio para cuidados regulares de supervisão a indivíduos com condição crônica e dificuldades de locomoção.

## 5.2.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

### 5.2.2 Participantes

Os participantes do estudo compreenderam idosos domiciliados, acamados ou com restrição de locomoção, e seus cuidadores, residentes na área de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família onde são desenvolvidas atividades acadêmicas do curso de Medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em Vitória da Conquista-BA, sendo as Unidades Básicas de Saúde José Gomes Novaes, Solange Hortélio, Urbis V e Urbis VI as designadas para esta pesquisa (figura 1).

Os idosos que fizeram parte da pesquisa foram definidos a partir do banco de dados das oito equipes de Saúde da Família participantes, conforme seus registros disponíveis de idosos domiciliados, e escolhidos aleatoriamente pelo pesquisador. Foram, então, selecionados dois participantes por área de abrangência de cada uma das equipes de saúde, totalizando assim 16 domicílios com os respectivos idosos e/ou cuidadores, o que possibilitou obter uma amostra de conveniência de participantes pertencentes às UBS do estudo.

Também participaram da pesquisa os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família mais diretamente envolvidos na organização e execução de cuidados domiciliares, o(a) médico(a) e o(a) enfermeiro(a) das equipes de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde José Gomes Novaes, Solange Hortélio, Urbis V e Urbis VI, onde são desenvolvidas atividades acadêmicas do curso de Medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em Vitória da Conquista-BA. Ao todo, portanto, foi prevista a participação na pesquisa de oito médicos(as) e oito enfermeiros(as) dessas equipes, totalizando assim dezesseis participantes dentre os profissionais de saúde. No entanto, apenas três profissionais de saúde se disponibilizaram a participar voluntariamente do estudo.

Os critérios de inclusão para a participação dos idosos foram: ter 60 anos ou mais, independente de sexo, raça ou gênero, ter alguma restrição ou dificuldade de locomoção ou mental, e com necessidade de assistência de saúde no domicílio. Os critérios de inclusão dos cuidadores foram: ser maior de idade, independente de raça, sexo e gênero, ser o cuidador informal principal do idoso no domicílio, independente do grau de consanguinidade com o idoso. E, para os profissionais, basicamente, ser médica(o) ou enfermeira(o), realizar as visitas domiciliares aos idosos em seu território e pertencer à equipe da ESF da área de abrangência estudada.

Os critérios de exclusão para todos os participantes envolveram: não aceitar participar voluntariamente do estudo; o idoso e cuidador terem suporte de cuidado domiciliar

em complexo suplementar/hospitalar; ou que, no momento da pesquisa, tenha sido remanejado pela família para outro endereço fora da área de abrangência do território estudado.

Sabe-se que as pesquisas com seres humanos em saúde, demandam riscos, desde mínimos até maiores. No caso deste estudo, parte desses riscos foram controlados pelo pesquisador ao utilizar de contato remoto com os participantes, por meio das entrevistas telefônicas (idosos e/ou cuidadores) ou pela aplicação de formulário *online*, no caso dos profissionais de saúde. Em ambos, embora também pudessem ocasionar eventual desconforto emocional ao trazer recordações ou lembranças sobre a temática investigada, não houve manifestações dessas demandas por parte dos participantes.

Em todo caso, o pesquisador esteve preparado para oferecer suporte nos casos cabíveis, através de acompanhamento por parte da equipe de Saúde da Família de referência, assim como pelo internato de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob supervisão do pesquisador.

Entre os benefícios da pesquisa para os participantes da mesma, ressaltou-se a possibilidade de usufruir de uma maior e melhor assistência de saúde em seu domicílio, como proposta estabelecida a partir dos resultados deste estudo, tanto por parte dos idosos como de seus cuidadores, através das possibilidades de diálogo com a equipe da ESF para a reorganização e requalificação dos profissionais de saúde da área de abrangência do estudo. Além disso, ganhos a longo prazo para a melhoria da qualidade de vida e de saúde dos idosos e seus cuidadores na Estratégia Saúde da Família, quer seja no cenário estudado, quer seja também, por sua aplicabilidade, em outras realidades que enfrentam similares desafios com idosos em situação de cuidados domiciliares no SUS e, principalmente, na Atenção Primária à Saúde.

### 5.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi utilizada, como técnica principal de coleta de dados, a entrevistasemiestruturada, desenvolvida através de contato telefônico com os idosos e/ou seus cuidadores. Essa escolha deveu-se à situação de grave crise de saúde pública originada pela pandemia do novo coronavírus, que estamos vivenciando em nosso país desde março do ano passado e, também, no cenário onde se desenvolveu esta pesquisa, onde também a própria rede assistencial adotou medidas de reorganização para o enfrentamento da crise da covid-19 (BRASIL, 2020a).

O instrumento para coleta de dados foi elaborado por meio de questionário específico e respondido pelos participantes idosos e/ou cuidadores durante as entrevistas e compreendeu

as seguintes perguntas norteadoras: 1) *Como está atualmente sua saúde física e mental e como está sendo cuidado?*; 2) *Quais são suas necessidades de saúde e que cuidados precisa dos profissionais ou serviço de saúde?*; 3) *Quem conforma sua rede de apoio nos cuidados de sua saúde?*; 4) *Quais as facilidades e dificuldades para o acesso do serviço de saúde para colocar em prática seus cuidados?* Além dessa entrevista, outros pontos de interconexão com o roteiro norteador foram abordados, conforme as necessidades do pesquisador, de ampliar os dados obtidos por meio telefônico. Já os dados sociodemográficos específicos e de déficit de autocuidado foram levantados também por meio de entrevistas telefônicas, conforme instrumentos específicos descritos no Apêndice A.

Com relação aos profissionais de saúde, médicas(os) e enfermeiras(os), como melhor forma de captar sua atenção diante das múltiplas atribuições e sobrecarga de trabalho na ESF, a fim de que pudessem responder oportunamente às questões do projeto de pesquisa, foi disponibilizado um formulário de perguntas através de plataforma gratuita *online Google Forms*, para que realizassem o seu preenchimento com tranquilidade e no tempo adequado. O roteiro norteador para a entrevista com os profissionais de saúde está descrito no Apêndice B e foi enviado a partir de dezembro de 2020, logo após a coleta de dados de dados junto aos profissionais de saúde ter sido autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, e esteve disponível por três meses para seu preenchimento. Não obstante, como relatado anteriormente, poucos profissionais de saúde aderiram ao estudo.

A técnica de entrevista semiestruturada pretendeu melhor compreender a situação de saúde do idoso domiciliado e a necessidade de apoio da rede assistencial para seu autocuidado e cuidado profissional pela equipe da ESF, na perspectiva dos participantes da pesquisa. As entrevistas foram realizadas através de contato telefônico com os participantes durante o primeiro quadrimestre de 2021, após a liberação para coleta de dados junto aos usuários ter sido efetivamente autorizada pela Secretaria Municipal de Vitória da Conquista, o que só veio a ocorrer em fevereiro de 2021.

Os dados coletados com os profissionais de saúde serviram para melhor caracterizar a organização de suporte e cuidado aos idosos domiciliados e aos seus cuidadores na área de abrangência sob responsabilidade dessas equipes de Saúde da Família. A perspectiva buscada foi a dos próprios profissionais de saúde envolvidos nesse processo de cuidados, tendo como base questões relacionadas à identificação, em seu território, dos idosos domiciliados e de suas necessidades de déficit de autocuidado - assim como de seus cuidadores. Ao mesmo tempo, buscou revelar aspectos do planejamento e da gestão do cuidado propostos para esses indivíduos identificados no território de atuação da equipe de Saúde da Família e as

limitações enfrentadas.

#### 5.4 PROCESSAMENTOS E ANÁLISE DE DADOS

O material coletado nas entrevistas (por telefone e formulário *online*) foi consolidado e processado de forma ordenada, seguindo a ordem: primeira transcrição, na íntegra, das entrevistas em formato digital; segunda transcrição com limpeza ortográfica, para uma leitura compreensível e que conservasse o sentido expressado pelos participantes, arquivamento das entrevistas escritas em pastas digitalizadas e codificadas por sujeitos entrevistados.

Uma vez obtido e agrupado o material coletado, este foi submetido à proposta da análise de conteúdo de Bardin (2011), na modalidade temática. Segundo Bardin (2011), essa análise prevê as fases de pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. A primeira fase consiste na leitura inicial e leituras flutuantes, focadas nos objetivos do tema que permitem que o pesquisador entre em contato com as falas e narrativas dos sujeitos da pesquisa para tecer suas primeiras impressões sobre o texto explorado, que vai catalogando em mensagens que são associadas como Unidades de Registro (UR), e agrupando-as por semelhança de significados. Estes, por sua vez, conformam categorias e subcategorias de acordo com os temas de interesse que vão aparecendo nas mensagens analisadas.

A fase de exploração do material consiste na leitura dos agrupamentos extraídos na fase anterior, com aprofundamento da análise para confirmar as categorias e temas do estudo investigado. O tratamento dos dados levou-nos a interpretar e analisar o conteúdo de forma aprofundada, com base no referencial teórico-metodológico utilizado para esta pesquisa, à luz do marco teórico e da sustentação da Teoria Geral de Autocuidado de Orem, desvelando o tema central e os elementos principais da temática do estudo de forma significativa.

Os resultados são descritos no próximo capítulo e constituem elementos importantes sobre a situação atual dos idosos domiciliados na área de abrangência estudada e como eles e seus cuidadores, se organizam e vivenciam o autocuidado e cuidados profissionais, levando em consideração o déficit de autocuidado aos quais estão expostos dada sua condição de fragilidade e vulnerabilidade biopsicossocial.

Da mesma maneira, permitiu mostrar no contexto estudado como se dá a organização dos cuidados a partir da assistência em saúde domiciliar pelos profissionais da ESF, no intuito de avançar na discussão sobre esse ponto delicado de entrecruzamentos de situações, cuidados e sujeitos envolvidos, e trazer propostas futuras para a melhoria dos cuidados em domicílio, tanto do ponto de vista do suporte aos cuidados informais, quanto da requalificação dos cuidados profissionais na Saúde da Família.

## 5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Sul da Bahia, de onde o pesquisador é discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), tendo sido aprovado com número de parecer 4.356.156, e somente depois dessa autorização o projeto foi executado, seguindo todas as normas e critérios éticos para estudos com seres humanos em saúde e ciências humanas e sociais. O sigilo foi garantido para todos os participantes, respeitando a confidencialidade dos nomes, dados pessoais e dados coletados, dos idosos e seus cuidadores e dos profissionais de saúde.

Importante salientar que somente os participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma voluntária, fizeram parte da pesquisa, sem com isso prejudicar seu contato com o SUS e garantindo em todo momento a assistência nos serviços de saúde da ESF da área onde está adscrito o idoso domiciliado (APÊNDICE C). No caso dos idosos e seus cuidadores, o TCLE foi apresentado por telefone e a aceitação foi gravada em áudio, em razão da excepcionalidade da pandemia de covid-19. Uma cópia em versão digital, assinada pelo pesquisador, foi também enviada para o participante, quando houve sua aceitação em participar da pesquisa. Tudo isso para evitar maior exposição e qualquer contato físico entre o pesquisador e os pacientes e seus cuidadores, seja pela presença física propriamente dita, seja pela troca de objetos e materiais potencialmente contaminados, a fim de prevenir quaisquer riscos de transmissão da covid-19 para essa população vulnerável.



## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após apresentação do projeto e seus objetivos na quatro ESF, foram disponibilizados, durante os meses de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021, por meio do Google Forms, os TCLE e os questionários de pesquisa aos profissionais médicos e enfermeiras das equipes de Saúde da Família selecionadas para participar deste estudo (Anexo B). Ao todo, foram disponibilizados 16 questionários, sendo que apenas 3 foram respondidos pelos profissionais das equipes de Saúde da Família durante esse período.

Também foram realizadas as entrevistas entre os usuários apenas durante os meses entre março e abril de 2021, devido à suspensão da pesquisa e coleta de dados com os idosos e/ou cuidadores durante os meses de janeiro e fevereiro deste ano, por decisão da Secretaria Municipal de Saúde.

Dentre a lista dos contatos de idosos domiciliados e seus cuidadores informados pelas equipes de Saúde da Família participantes, escolheu-se aleatoriamente os números telefônicos e seus endereços a serem contactados. Os usuários que não foram contactados, mesmo após sucessivas tentativas, assim como aqueles que manifestaram não desejar participar da pesquisa por qualquer razão, foram excluídos da pesquisa. O intuito foi entrevistar idosos domiciliados e seus cuidadores. No entanto, devido à disfunção cognitiva ou física dos idosos selecionados, assim como também devido a aspectos relacionados ao comprometimento de seu estado de saúde no momento da primeira abordagem por telefone, foi possível realizar apenas a entrevista dos seus respectivos cuidadores. Assim, ao todo, foram realizadas entrevistas de 16 (dezesesseis) cuidadores de idosos domiciliados, conforme registros obtidos através das equipes de Saúde de Família participantes da pesquisa.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO E DEMANDAS DE AUTOCUIDADO EM IDOSOS DOMICILIADOS

Com base no questionário sociodemográfico aplicado durante as entrevistas realizadas (Anexo A), houve uma distribuição aproximada entre os gêneros masculino e feminino entre os idosos abordados (43,75% e 56,25%, respectivamente), embora com maior presença de longevidade representada no sexo feminino (25% contra 6,25% para indivíduos acima de 90 anos de idade). Esses dados são demonstrados na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos domiciliados por faixa etária e sexo. Vitória da Conquista, 2021

<b>Faixa Etária</b>	<b>Masculino (n=7)</b>	<b>Feminino (n=9)</b>	<b>Total N (%)</b>
< 70 anos	1 (6,25%)	0 (0%)	1 (6,25%)
70 a 80 anos	1 (6,25%)	1 (6,25%)	2 (12,5%)
80 a 90 anos	4 (25%)	4 (25%)	8 (50%)
> 90 anos	1 (6,25%)	4 (25%)	5 (31,25%)
<b>Total</b>	<b>7 (43,75%)</b>	<b>9 (56,25%)</b>	<b>16 (100%)</b>

Fonte: Dados de campo. Elaborado pelo autor.

Também foi identificado que a maioria dos idosos eram viúvos(as) (62,5%) e apresentavam baixa escolaridade, com 75% deles tendo menos que 4 anos de estudo. A renda familiar mensal era composta por até 3 salários-mínimos na maioria das famílias (87,5%), entretanto dois cuidadores se negaram a responder sobre essa questão. As residências onde viviam esses idosos domiciliados possuíam entre 4 e 8 cômodos em sua maior parte (68,75%), e nelas habitavam, em sua maioria, mais de duas e até 6 pessoas (68,75%), como registrados na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de idosos domiciliados segundo estado civil, renda familiar, anos de estudo, número de cômodos e de residentes por domicílio. Vitória da Conquista, 2021

<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Casado (a)	4	25%
Solteiro(a)	4	6,25%
Viúvo(a)	10	62,5%
União estável	0	0%
Divorciado	1	6,25%

<b>Renda familiar</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Até 1 SM*	7	43,75%
De 1 a 3 SM	7	(43,75%)
Acima de 3 SM	0	0%
Não informaram SM	2	12,5%
<b>Anos de estudo</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Até 4	12	75%
Entre 4 e 8	4	25%
Acima de 8	0	0%
<b>Nº cômodos</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Até 4	1	6,25%
Entre 4 e 8	11	68,75%
Acima de 8	4	25%
<b>Nº residentes no domicílio</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Até 2	5	31,25%
Entre 2 e 6	11	68,75%
Acima de 6	0	0%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

\* SM= salário-mínimo.

Fonte: Dados de campo. Elaborado pelo autor.

No que diz respeito aos aspectos sociodemográficos dos idosos domiciliados participantes da pesquisa, eles corroboram outros estudos que têm demonstrado a predominância da feminização nesse grupo etário (UCHÔA et al, 2012), assim como um contexto de maior vulnerabilidade socioeconômica (CAMARANO et al, 2004), revelada por meio de uma menor escolaridade e menor renda familiar, associada a uma maior chance de adoecer ou de apresentar problemas de saúde nessa população.

Por sua vez, foram identificadas a partir das entrevistas com os cuidadores, por meio da aplicação do instrumento específico, as demandas de autocuidado dos idosos domiciliados,

conforme proposição do modelo CADEM (Anexo A), que apresenta o déficit de autocuidado, e subsequente dependência para o autocuidado, desenvolvido a partir do referencial teórico de Orem (DIAS, 1996).

De acordo com o referido instrumento, foram analisadas as funções: comunicação, atividades diárias, capacidade de deambulação, eliminações e mobilização. Com base nessa análise, os idosos foram incluídos em quatro categorias de capacidade de autocuidado, conforme descrito na tabela 3. Dentre os idosos que participaram da pesquisa, a imensa maioria apresentava necessidade moderada a grande no apoio ao autocuidado (68,75%) ou mesmo dependência total para o seu autocuidado (25%).

De acordo com o instrumento CADEM, elaborado por Dias (1996), as funções avaliadas correspondem à comunicação (C), às atividades diárias (A), à deambulação (D), às eliminações (E) e à mobilização (M). Quando entrecruzadas, essas informações caracterizam os diversos Níveis de Dependência para o Autocuidado (nível I, II, III e IV) e apontam, como resultado, as demandas de autocuidado profissional.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos domiciliados com nível de dependência para o autocuidado por faixa etária, de acordo com o instrumento CADEM. Vitória da Conquista, 2021

Faixa Etária	Níveis de Dependência para o Autocuidado			
	I	II	III	IV
< 70 anos	-	-	1 (6,25%)	-
70 - 80 anos	-	-	1 (6,25%)	1 (6,25%)
80 - 90 anos	-	-	6 (37,50%)	2 (12,5%)
> 90 anos	-	1 (6,25%)	3 (18,75%)	1 (6,25%)
<b>Total</b>	-	<b>1 (6,25%)</b>	<b>11 (68,75%)</b>	<b>4 (25%)</b>

Fonte: Dados de campo. Elaborado pelo autor.

No Nível I, a pessoa se encontra sem alterações funcionais e demonstra autocuidado adequado; no Nível II, existe uma independência ameaçada, embora o sujeito seja capaz de ajustamentos que o tornam ainda hábil para o seu autocuidado, mesmo que com certo apoio e ajuda profissional; no Nível III, existe um autocuidado baixo, em razão da já significativamente comprometida situação de saúde do indivíduo, que pode decorrer do envelhecimento, de perdas sociais, entre outros fatores, e neste caso o sujeito necessita de

ajuda moderada a grande para alcançar seu autocuidado; por fim, já no Nível IV, o indivíduo se mostra totalmente dependente de ajuda para manter seu autocuidado.

Com base nos dados da pesquisa, portanto, podemos observar que os idosos domiciliados do estudo apresentaram os maiores níveis de dependência para o autocuidado em todas as faixas etárias, permanecendo entre os níveis III e IV, o que demonstra uma necessidade reconhecidamente maior ou total de ajuda profissional para manter seu autocuidado, o que Orem (2005) define amplamente em sua Teoria do Déficit de Autocuidado.

## 6.2 AUTOCUIDADO DO IDOSO DOMICILIADO – UM PROCESSO DE ARRANJOS FAMILIARES E DE DESAFIOS NA ABORDAGEM DO CUIDADO PROFISSIONAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir deste momento, descrevemos os resultados obtidos por meio das entrevistas com os cuidadores dos idosos domiciliados e do pouco material levantado com os profissionais de saúde, e que dizem respeito à situação de saúde e organização do cuidado familiar e profissional desses idosos domiciliados.

Assim, foram identificadas quatro categorias de estudo que apresentamos e analisamos a seguir: *Declínio cognitivo e limitações físicas entre idosos domiciliados; Entre a (in)capacidade e a (in)dependência para o autocuidado do idoso domiciliado; Arranjos familiares para o autocuidado da cuidadora e do idoso domiciliado; Os desafios da equipe de saúde da família para o cuidado profissional dos idosos domiciliados;* e que representam em seu conjunto, o tema central desta pesquisa, como sendo o ***Autocuidado do idoso domiciliado – um processo de arranjos familiares e de desafios na abordagem do cuidado profissional na saúde da família.***

### 6.2.1 Declínio cognitivo e limitações físicas entre idoso domiciliados

As condições de saúde e do envelhecimento do indivíduo idoso se refletem na forma como ele se encontra, no momento presente, do ponto de vista maior ou menor preservação de sua saúde física e mental. Esse status funcional do indivíduo idoso, entre outros aspectos, condiciona sua autonomia e sua independência, parte considerável dos requisitos básicos para sua capacidade de autocuidado.

Os processos fisiológicos que se desenvolvem ao se envelhecer são já bastante conhecidos, como nos alerta Elias (2011), mas não a experiência singular do indivíduo que

envelhece. Sabe-se que o envelhecer não é homogêneo em si, assumindo formas e processos distintos, conforme se fale sobre história de vida no campo ou cidade, sobre aspectos econômicos e sociais, sobre questões de raça e gênero, ou sobre situações de dependência ou independência (FARIA; SANTOS, 2016).

Assim, o envelhecimento, por si próprio, vivenciado em sua singularidade, pode, naturalmente, afetar de diversas formas essa capacidade, embora, por outro lado, também possa deixar preservados requisitos que mantenham sua funcionalidade, ainda que parcialmente. Algumas dessas características, que dizem respeito a como se encontram a saúde física e a saúde mental dos idosos do estudo, foram relatadas durante as entrevistas com seus cuidadores (EC), com capacidades mantendo-se preservadas em níveis variados, como se pode perceber nas seguintes falas.

*Mesmo com as limitações que tem, aparentemente ele está bem [de saúde]. Ele se alimenta bem. (...) Às vezes, não sei se é mania, ele fica no quarto deitado e (...) conversando sozinho. Mas no dia a dia, ele conversa com a gente normal. (EC04).*

*Ela está boa [do ponto de vista da saúde mental], ela conversa tudo certinho. Tudo ela fala pra gente. Não está esquecida, não. O juízo dela está bonzinho, ela fala tudo certinho. Não esquece, nem nada. (EC05).*

*Agora, a saúde mental dele é boa. Ele não... Antes de a gente descobrir, ele teve um pouquinho de - em dezembro, por aí - ele teve um pouquinho de esquecimento. A memória dele falhava. Lembrou de coisas que aconteceram quando ele era jovem. (EC07).*

*Eu acho que a saúde dele é “beleza”! (...) Ele se comunica, fala comigo. Pai é muito ativo ainda. Só é surdo, ele não escuta nada! Mas enxerga bem. Mas se falar um pouco mais alto com ele, ele entende tudo. (...) Ele não esquece nada, fala as coisas tudo certinho. Não falha em nada. Está muito bem! (EC08).*

*Ela está bem. Como está conseguindo fazer fisioterapia, está ajudando muito. Está boa [de saúde]. (...) [Saúde mental está boa], não percebo nada. Nem mesmo que a questão da amputação tenha afetado em nada. Está normal. (EC09).*

*A saúde mental está boa. Ela é lúcida, ela conhece todo mundo. Ela lembra de coisas que nem eu lembro. A saúde mental dela está ótima. Em nenhum momento, nem quando ela teve o AVC, ela não perdeu o sentido, não. (EC14).*

Por outro lado, os declínios físico e cognitivo podem passar a se tornar cada vez mais perceptíveis e limitantes na medida em que avança o envelhecimento. E se acentuam, sobretudo, quando se desenvolve no idoso alguma complicação ou dano decorrente de condições crônicas preexistentes, tão prevalentes entre esses grupos etários. Na maioria das

vezes, essas condições crônicas e sua conseqüente carga cumulativa de morbidade se apresentam associadamente na velhice e, eventualmente, lhes impõem maiores limitações em sua capacidade funcional, mudando a percepção de um cenário de presença ou ausência de doenças crônicas para outro, de grau de capacidade funcional (MENEZES; MARTINS, 2016).

Dessa forma, a frequente concomitância entre envelhecimento e multimorbidade, com impacto acumulado com o decorrer do tempo sobre a funcionalidade do idoso, resulta muito comumente em maior vulnerabilidade individual e prejuízo na manutenção da autonomia e da independência entre esses indivíduos. Le Breton (2018) descreve esse processo como um lento desaparecimento, enquanto as forças diminuem e a saúde começa a definhir. É o que se pode observar nos relatos dos cuidadores.

*Ele fica sem aquela noção [das coisas] que a gente tem, virou criança, perdeu a lucidez. (EC01).*

*Ele está muito debilitado, muito, muito... Eu estou forçando ele a sobreviver, como a médica disse. (...) Ele não quer mais comer, eu forço ele comer. O almoço dele é verdura batida. Eu cozinho a carne com batatinha, com cenoura, cozinho tudo e depois bato no liquidificador, passo na peneira e dou para ele. Aí ele fica: “ah, não quero mais”. (...) Ele se comunica quando a gente puxa. Eu forço muito a mente dele, procuro conversar com ele, puxar o passado, [vou] puxando conversas, essas coisas. (...) Então, tem hora que ele esquece, tem hora que ele lembra. Mas sempre a gente procura conversar com ele. Se não puxar, ele fica na solidão, ele fica quieto. (EC02).*

*Já tem uma certa demência. Ela tem uma repetição das histórias (...) de vida dela. Conta, passam 2 a 3 minutos e ela conta de novo, com o mesmo entusiasmo, parecendo que está contando uma novidade. (EC03).*

*Ela está ficando cada vez mais fraca, de tanto ficar na cama (EC05). A cada dia ela vai ficando mais frágil (...) para se alimentar, tem que pegar na mão dela (EC06.1). Ela está frágil, muito fraca (...) ela esteve pior, mas agora graças a Deus ela melhorou, né?. (EC10).*

*Ela se comunica, mas ela tem a questão também do mal de Parkinson, que dá esquecimento, né? Que a gente tem que ficar conversando com ela e relembrando as coisas. Tem hora que ela lembra de coisa de mil novecentos e “mundo era quadrado” lá atrás... ela lembra. E esquece [coisas recentes]. (...) A saúde mental de minha mãe, eu estou achando que ela está boa de memória. Só que ela tem uns esquecimentos, entendeu? (EC10).*

*Agora, tem mais ou menos uns 10 dias que ele não está muito bem de saúde. (...) Tem piorado muito, ele geme o tempo todo. Ele não está conseguindo comer, se alimentar. (...) Ele chora um pouco, porque ele fica triste quando ele não lembra os dias da semana. (...) E ele não gosta de ser dependente. Então, ele se sente mal. Ontem à noite, ele chorou muito, porque ele não lembrava qual era o dia da semana certo. Então, ele está assim. Ele está muito dentro do quarto e ele não gosta. (EC07).*

*Ela ‘deslizou’ um pouco. Depois que meu pai faleceu, por esses dias, aí ela caiu um pouco mais. Assim, que é normal, mas... De uns três anos para cá ela debilitou bastante, em consequência dos problemas de saúde. (...) Ela fica um pouco esquecida de algumas coisas, fica meio aérea. (EC11).*

*Minha avó ‘deu’ um AVC há três anos atrás. Ela vive de cama. Tudo a gente dá na mão dela, na boca dela. Ela usa fralda. Ela, antigamente, até conversava com a gente, mas ela está ficando devagar, entendeu? Ela já não fala muito. (...) Devido ao tempo de cama que ela está, tem hora que ela está lúcida e tem hora que ela não está. (...) Mas eu estou vendo que ela está ficando, assim, debilitada (...). Acho [a saúde mental] não muito boa. Porque antes ela conversava com a gente. Chegava lá, ela perguntava da família, como estava. Hoje ela não pergunta mais. Às vezes ela esquece (...). Também ela não pergunta por ninguém. (EC12).*

*A saúde dele não está muito boa, não. Ele operou do coração, tem duas pontes safena e uma mamária. (...) Tem hora que ele fala coisa com coisa. Tem hora que ele não sabe nem quem é ele. Tem hora que ele não sabe nem quem sou eu. (EC13).*

*Ela se comunica bem. Só que ela tem muita falta de ar, porque ele tem problema cardíaco. Agora mesmo ela está sentindo falta de ar. (...) [A saúde dela] tá complicada! Tá complicada! (EC14).*

*No geral, [a saúde dela] não é mais 100%, né? Tem a dependência e, também, a gente tem que ter todo cuidado. Não deixa só. (...) Consegue [se comunicar plenamente]. Agora é que está esquecendo alguma coisa, né? Com o passar... Antes, ela era bem ativa, e até hoje ela é cuidadosa, organizada. Mesmo ela acamada, ela gosta de ter tudo organizado. (...) [Saúde mental] é normal. Só que ela esquece algumas coisas do momento, não do passado. No momento, ela esquece, fica lá no passado, aí depois ela lembra. (EC15).*

*A saúde física dele é debilitada. Ele tem muitos problemas: é cardiopata, tem câncer de próstata também. Já teve uma orquiectomia. Teve AVC e é muito sequelado, né? (...) Ele apresentou um quadro de demência, mas eles falaram que era uma demência momentânea. Às vezes passa por aquele nervoso, tem aquelas visões, depois ele melhora. (...) A saúde mental dele tem um déficit, não é 100%. A demência dele é assim: ele está dormindo, na hora que ele acorda, aí ele tem aquela visão de que a pessoa está fazendo algo de errado. Aí ele fala que a gente usa droga e me xinga bastante, xinga muito. Aí toma aquela realidade e depois passa. E ele fica calmo. Uma demência súbita, né? É momentânea. (EC16).*

### **6.2.2. Entre a (in)capacidade e a (in)dependência para o autocuidado do idoso domiciliado**

A razão, portanto, pela qual o idoso, eventualmente, desenvolve alguma perda e prejuízo funcional pode ser explicada, em grande parte, pelo acúmulo de desfechos desfavoráveis em sua saúde, associado ou não ao próprio processo de envelhecer, por si



mesmo, vivenciado em sua singularidade. Contudo, ainda assim, podem estar preservados elementos significativos da sua capacidade para o autocuidado, permitindo-lhe desenvolver ações e tarefas relacionadas a sua saúde e seu bem estar.

Nesse sentido, através de estímulos voltados para a manutenção de sua capacidade funcional residual ou para a reabilitação do idoso, ou mesmo ainda através de pequena ajuda, ele/ela tem a capacidade de desenvolver parte de suas ações de autocuidado. Já foi observado que as razões pelas quais esses indivíduos idosos se mantêm motivados a desenvolver ou retomar seu autocuidado, usando como referência a teoria de Orem, também podem passar, por sua vez, por sentimentos e experiências pessoais, como o medo da própria morte ou o desejo do retorno a um estado de saúde prévio e de melhor qualidade (ABOTALEBIDARIASARI *et al.*, 2016).

Por outro lado, ainda que motivados e capazes para a suficiência de seu autocuidado, para outras atividades podem existir, simultaneamente, níveis variados de dependência, conforme preconizado por Orem (2005). E, assim, passam a transitar entre as ambivalências da (in)capacidade e da(in)dependência, entre momentos de autossuficiência e momentos em que se faz necessária alguma “ajuda” ou “apoio”, momentâneo ou regular, como se pode notar pelas falas dos cuidadores.

*(...) ela é bem lúcida. Ela toma banho sozinha, é independente, mas a gente ajuda a se vestir e a lavar o cabelo. (...) Ela consegue caminhar [dentro de casa] com apoio, mas assim, ela esbarra [se apoia] na mesa, na parede. Quando precisa atravessar a rua, por exemplo, andar fora de casa, ela se apoia no braço da gente. Mas dentro de casa ela anda [de forma] independente, assim, só se apoiando. (...) A gente coloca fralda à noite pra ela não ter que ficar levantando à noite, mas durante o dia ela consegue ir ao banheiro. (EC03).*

*Precisa de ajuda para ir ao banheiro e para tomar banho. Ele caminha com apoio, com uma muleta, mas às vezes ele tem dificuldade e a gente precisa ficar do lado, ajudando. (EC04).*

*Ele é uma pessoa que não gosta muito de ajuda de outra pessoa, não. Consegue [ir ao banheiro sozinho]. (...) Geralmente, quando ele não consegue ir ao banheiro, ou que ele não quer, tem um “bacio” embaixo da cama. Ele pega, faz o xixi. Consegue [se mover], agora ele sente muita dor, entendeu? (EC07).*

*Ela mesmo toma banho sozinha, eu só levo ela até o banheiro. [Ela] veste a roupa sozinha. [Ela não caminha] não, porque ela é amputada. Na verdade, é bem difícil ela sair da cama dela. (EC09).*

*No momento, ela não está acamada. Ela ficou acamada quando teve o AVC. Mas agora, no momento, ela está caminhando dentro de casa. Mas*

*não anda para a rua, não. Só dentro de casa. Devagarzinho. Ela anda devagar e a gente tem que estar sempre com ela. Pra ela não se machucar. (EC10).*

*Toma banho sozinha, sem apoio. Veste a roupa sozinha. Ela sente muita falta de ar, quando ela vai ao banheiro. Até na cama aqui, ela sente. (...) Ela é acamada. Só levanta para ir ao banheiro. E, quando ela não está muito cansada, ela vem comer na mesa. Se não, eu levo pra ela lá [no quarto]. (EC14).*

No entanto, o processo de envelhecimento, e como ele decorre na experiência singular do idoso frente às suas condições de vida e saúde, eventualmente acarreta um prejuízo cada vez mais relevante às capacidades individuais para o autocuidado por parte da pessoa que envelhece. Esse prejuízo, quer seja sobre sua capacidade cognitiva, quer seja sobre sua limitação física, na medida em que impacta sua funcionalidade, impede o desenvolvimento pleno e independente para ações de autocuidado, mesmo em suas dimensões mais simples (MENEZES; MARTINS, 2016).

Pode-se perceber então, por um lado, o aprofundamento da deterioração da capacidade funcional do idoso, de forma progressiva, e, por outro lado, a necessidade cada vez maior de apoio para o autocuidado. E, conseqüentemente, por fim, uma dependência cada vez maior para a execução dessas ações, como explicitado pelos cuidadores.

*Ele tem Alzheimer, já pulando para a 'quarta fase'. Já está avançado. Ele é muito esquecido, (...) lembra só do passado. Eu dou banho nele. Ele tem a cadeira de banho, aí eu levo ele. Tem a cadeira de banho, tem a cama hospitalar. Ele usa fralda. (...) Precisa de ajuda total para ir ao banheiro, em uma cadeira própria para o banho. Ele usa fraldas para as suas eliminações e, no banho, fazemos a higiene pessoal dele. Para a alimentação, também é necessário levamos ele até a mesa, embora ele consiga comer sozinho. E como esquece das coisas, se não controlarmos sua rotina, acha que precisa comer toda hora. (EC01).*

*Ele usa fraldas. E ele tem hora que lembra das coisas, tem hora que ele esquece. (...) Aí, quando ele lembra, ele toca [a corneta]. A gente vai lá, tira a fralda dele, coloca ele no vaso e ele faz a necessidade dele. Mas para o xixi, ele não pede. E tem hora que ele não se lembra e faz a necessidade [cocô] na fralda. Mas para mim, já é uma vitória. (EC02).*

*Ela não aguenta caminhar só, não. Do sofá para o quarto e no quarto, é tudo com a andadeira. A gente tira ela do quarto, põe na área com a andadeira, da área a gente põe no sofá. Ela caminha um pouquinho na sala, com a andadeira, mas aí ela volta para o sofá, de noite. (...) Quando ela vai para o banheiro [recebe ajuda], porque ela não levanta só. Na cama também, ela não levanta só. (EC05).*

*Precisa de apoio; a filha dela é que cuida dela. Apoio total, praticamente. Pra ir ao banheiro, ela não vai sozinha. Pra tomar banho, ela não toma banho sozinha. (...) Minha irmã é quem fica 24 horas com ela [cuidando da mãe]. Todos os cuidados ela precisa de um... Vai no banheiro, ela precisa de uma ajuda. Pra alimentação... A gente fica 24 horas ao lado dela. (EC06.1).*

*Eu não deixo ele sozinho tomar banho, não, que ele não pode. Ele não tem firmeza nas pernas. Eu dou banho nele sentado na cadeira, que eu fico com medo dele cair e eu não aguentar segurar ele. (EC08).*

*Como ela 'deu' AVC, deu também um 'início de infarto', ela não se mexe. Ela não consegue nem ficar sentada numa cadeira, num sofá. [Nem] numa cadeira de rodas que a gente comprou, tudo bonitinho para ela, ela não consegue ficar sentada. (...) A gente senta ela [na cama], fica segurando e a gente dá a comida dela. (EC12).*

Em uma revisão sobre o conceito de motivação para o autocuidado entre idosos vivendo com condições crônicas de saúde, LeBlanc (2018) ressalta seu caráter multidimensional, influenciada em nível individual, sistêmico e comunitário, e também condicionada pelo processo do envelhecimento e pela convivência com condições crônicas de saúde e suas eventuais complicações. É nesse contexto multidimensional, em que se percebe que o indivíduo idoso, gradual ou repentinamente, deixou de reunir as capacidades básicas para a manutenção de suas tarefas de autocuidado.

O prejuízo para a manutenção das capacidades fundamentais para o autocuidado entre os idosos domiciliados abordados foi achado comum nesta pesquisa, conforme notado pela aplicação do instrumento CADEM (DIAS, 1996). Tais capacidades para o autocuidado se mostraram prejudicadas entre esses idosos, na medida em que sua funcionalidade declinou, por questões relacionadas ao envelhecimento, mas também por aspectos individuais e psicossociais. Assim também se mostraram deficitários seus componentes de poder, representados pela capacidade em aprender novas habilidades para seu próprio autocuidado. E, por fim, a capacidade de execução ou operabilidade das ações de autocuidado esteve prejudicada entre os idosos participantes da pesquisa (QUEIRÓS *et al.*, 2014).

Ao não conseguir manter as capacidades fundamentais para o autocuidado, resultou comprometida sua agência de autocuidado (“*self-care agency*”), ficando ainda, mais claramente notado entre os idosos participantes o seu déficit de autocuidado, conforme descrito por Orem (2005), com a subsequente necessidade de se organizarem formas de apoio ao autocuidado do idoso, na forma de arranjos possíveis, em seu cenário familiar e comunitário.

### 6.2.3. Arranjos familiares – entre o autocuidado da “cuidadora” e do idoso domiciliado

A partir da percepção da existência de limitações para a boa manutenção do autocuidado, segundo Orem (2005), inclusive no que se refere a questões básicas relacionadas à auto-suficiência para o bem viver, é esperado que haja movimentos no sentido da formação de alguma rede de apoio ao cuidado do indivíduo idoso. Geralmente, quando possível, uma primeira resposta, com esse objetivo, se dá a partir de iniciativas vindas da própria família. Esse processo não é simples e implica na identificação de disponibilidades nem sempre existentes a princípio, mas que se abrem e se ajustam nas formas possíveis. Mais comumente, esses arranjos envolvem familiares próximos, como filhas, filhos e cônjuges.

Em recente estudo, realizado também em cenários comunitários em Vitória da Conquista, Alves et al. (2019) encontraram que a maioria dos cuidadores de idosos dependentes era formada por cuidadores informais, mulheres, entre 40 e 60 anos de idade. Tais arranjos, ao se estabelecerem em unidades de cuidado dependente (TAYLOR *et al.*, 2001), assumem formas e pactuações variadas, conforme pode ser percebido nos relatos dos cuidadores a seguir.

*Eu e minha irmã cuidamos dela. Minha irmã mora em uma casa vizinha, mas eu trabalho um dia e folgo outro, e no dia em que estou trabalhando a minha irmã fica com ela durante o dia e eu retorno à noite. E todas as noites eu estou em casa. (EC03).*

*Sou mais eu que assumo [os cuidados]. Tem meu pai que ajuda na alimentação, quando é para dar algum alimento para ela. Mas no geral, sou eu mesmo. Na verdade, eu sempre ajudava, já cuidava dela antes. Só que depois, com a amputação [...]. (EC09).*

*A gente cuida dela direitinho (...). A gente segura o melhor pra ela [a mãe da neta é a principal cuidadora]. A gente anda, a gente está ali, uma conversando com a outra. E ela vive mais (...inaudível) com a minha mãe. Está todo mundo bem. (EC12).*

*Eu tenho uma filha, ela está fazendo enfermagem, e ela já está na ativa, na Home Care, e ela cuida de idoso também na Home Care. (EC15).*

A partir de então, esses arranjos familiares voltados para o apoio ao autocuidado do idoso, nas unidades de cuidados dependentes, podem existir de maneira mais ou menos harmônica e funcional ao longo do tempo. São eventualmente buscadas formas possíveis de equilíbrio e apoio mútuo em resposta à responsabilidade do cuidar do idoso, culturalmente definida em nosso meio, assim como também pelo vínculo afetivo existente na família (FONSECA, 2019).

No entanto, tais arranjos, representam um desafio para os indivíduos envolvidos no processo de cuidados, tanto do ponto de vista individual como dos membros da família implicados, como explicitado pelos cuidadores.

*Até o momento eu estou bem, eu procuro não misturar as coisas, entendeu?. (EC01).*

*Tem hora que, pra levantar [da cama], a gente tem que levantar pelos braços, porque ela não aguenta levantar pra sentar na cama, não. Aí eu tenho, assim... Chega tá doendo aqui meu braço, de um lado, sabe? Eu tenho muitas irmãs. Mas elas, quando vem, vem dar banho aqui nela pra mim. Hoje é dia de uma vir dar banho. Eu não aguento, sabe? (...) Eu tenho duas irmãs que moram aqui por perto. Mas elas vem só dar banho em mãe e saem. Tem vez que some. Só uma que vem mais. Dia e noite sou eu [quem cuida]. Entra dia, sai dia, tudo é eu. Às vezes, quando ela está muito ruim, eu ligo logo para elas pra vir cá e elas vem. É assim. Mas tudo é eu. (EC05).*

*Tem meu irmão, que mora aqui vizinho, também. Ele dá uma ajuda para mim. Mas é um pouco difícil. (EC06.2).*

*(...) geralmente, somos eu e minha mãe [que cuidamos]. É um pouco difícil! Ele é uma pessoa difícil de lidar. Pela idade, pelo jeito que ele*

*foi criado, pela natureza dele. (...) Se você fosse pensar normal, como ela [a esposa e cuidadora do idoso] sofreu muito - fazer igual a meu irmão [diz] -, o normal não era nem pra cuidar dele. Mas ela, não: é o tempo todo cuidando, mesmo que ela não tenha mais a obrigação. Mas ela está [cuidando]. (EC07).*

*Mas acho que não [estou afetada pelo cuidar], porque cuidar de meu pai... Só eu não “guentando” ficar em pé, mesmo, porque eu estando “guentando” andar, fazer os movimentos. Sinto muita dor no corpo à noite, mas durante o dia, quando eu levanto, já vou dar banho nele, já vou ajeitar, aí eu fico boazinha. Eu fico bem. Eu “guento” cuidar dele muito bem! Quando eu não “guento”, meu marido “guenta”, é assim. Nós dois é que “luta” com ele. (EC08).*

*[Minha saúde] está ok. Acho que depois da rotina contínua, às vezes a gente “dá” um pico de estresse, por conta dessa rotina. Mas a gente acaba tirando de letra. É um pouco cansativo. Eu consigo... Como eu disse: é um movimento, assim, que vai variando, acho que por conta da rotina, a gente vai achando um gatilho (...). Aí vem a questão da quarentena. Mas eu consigo ‘sedimentar’ (...). (EC09).*

*Eu sou deficiente físico. (...) Meu pai sofre muito de falta de ar. (...) E é assim, aqui é um pelo outro, aqui. E tem nós dois pela minha mãe. A gente, na medida do possível, está levando. (EC10).*

*Tudo bem com ela [e os cuidados com ela]. O negócio é o peso, é fora. Estando em casa, eu consigo. Está tudo bem. (EC15).*

Como já observado, o indivíduo que assume a função de cuidador, em geral, é do

sexo feminino. Tratam-se, em sua maioria, de esposas e filhas que, na maioria das vezes, precisam reorganizar suas vidas pessoais e profissionais para o apoio ao idoso domiciliado. Alves *et al.* (2019) também encontraram em sua pesquisa, em cenário parecido e, portanto, corroborando os dados deste estudo, a situação de vulnerabilidade social a que estão submetidas essas cuidadoras de idosos.

No campo pessoal, particularmente, muitas vezes é necessário a esse cuidador ou cuidadora abdicar de interesses pessoais para poder se dedicar ao cuidado domiciliar, exigindo mudanças e adaptações à situação de dependência de cuidados (COSTA; CASTRO, 2014). Essas escolhas nem sempre são assumidas sem que se gere, em consequência, um conflito interno, como se percebe nas falas descritas.

*Mexe muito com tudo na gente. O físico, tudo, né? Já vai fazer 8anos que ela está assim. (...) Desde esses 8 anos eu cuido, e mexe muito com a gente. O físico... Cansa um pouco. Mas... tem que cuidar, né? (...) Minha vida agora é mais para ela. Para cuidar dela. Ela não toma banho sozinha, não faz mais nada sozinha. Depende tudo da gente. (...) A gente sofre junto, né? Até nos cuidados da gente [abdicamos] um pouco... em tudo, né? Na vida sentimental da gente. Só dedicando a ela agora. (EC06.2).*

*Eu não posso sair. Eu saio, assim, correndo, pra resolver um negócio dele, pegar um remédio, pegar uma insulina, pegar outra coisa assim. (EC13).*

Da mesma forma, também a vida profissional, principalmente das cuidadoras, é afetada em níveis variados pelo apoio ao cuidado desse idoso domiciliado. Isso pode ser notado através das dificuldades em conciliar com os compromissos profissionais as obrigações para com o cuidado no domicílio e pode ser percebido nas falas a seguir.

*Eu fico abalada. Desde quando ele [meu pai] adoeceu, eu já chegueia ficar 2 meses sem dormir, ligada. (...) Ele não pode tomar remédio para dormir (...), já tentamos 3 remédios, (...) mas ele fica alucinado, fica pior. (...) E como eu durmo com ele, são duas camas de solteiro no quarto, então tudo que ele passa, “passa” para mim. No outro dia eu acordo, ele fica assim... tem hora que fica alucinado e aí vai dormir, como se nada aconteceu, e eu tenho que estar com um sorriso - que ninguém tem nada a ver [com isso] - para ir para o meu trabalho. (...) A gente fica abalada também, tem vez que fica nervosa, que a gente chora, um nervoso, e não dorme... Vou ser sincera, eu já me acostumei. E não posso misturar as coisas. Eu fico sem dormir, não posso ficar de mau humor. Não vou mentir, tem dia que eu acordo estressada, nervosa. Mas deixo meu “nervo” em casa, vou para o meu trabalho, ninguém tem culpa do que está acontecendo. Ele também não tem culpa. E vida que segue(...). (EC02).*

*Tenho minha casa, tenho meu trabalho, tem a casa de minha mãe. Não deixa de ser cansativo. Não deixa de ser. Normal, né?. (EC11).*

*Eu parei, na verdade, a minha vida para cuidar dela. Então, eu fico a maior parte [do tempo] em casa, para cuidar dela. Não trabalho. (EC14).*

Como visto, o apoio familiar ao autocuidado do idoso domiciliado/acamado, no geral recai sobre cuidadoras familiares mulheres. Também, já foi notada a necessidade, por parte dessas últimas, de reorientar suas próprias rotinas pessoais e profissionais para dedicar tempo a esse apoio ao indivíduo idoso.

Para Ferreira *et al.* (2018), discutir a influência da cultura na determinação dos papéis de gênero, e principalmente na feminização do cuidado do idoso, engloba um olhar para a multidisciplinaridade de conhecimento e para a interação complexa entre atributos de gênero e vivências culturais, com o intuito de desenvolver políticas sociais e de saúde direcionadas à mulher e de mudanças nas definições de papéis, de maneira que o cuidado do idoso seja atribuído ao familiar mais apto a realizá-lo, sem necessariamente ser o gênero o principal determinante para cumprir essa função.

Faria *et al.* (2016) nos lembram, assim como observado neste estudo, que a desgastante rotina envolvida no processo de cuidado no domicílio envolve ações voltadas ao apoio para a higiene pessoal do idoso, assim como para a sua alimentação, locomoção, mudança de posição na cama e na cadeira, além da administração de medicamentos conforme a prescrição médica. E, em sua imensa maioria, os cuidadores informais não recebem treino ou capacitação para oferecer apoio ao cuidado ao idoso acamado.

Esses cuidadores, por vezes, também apresentam idade avançada ou problemas de saúde física ou mental, cuja atenção é eventualmente postergada em razão da necessidade de apoio contínuo ao idoso domiciliado. Fonseca *et al.* (2018) destacam aspectos a respeito da qualidade de vida e bem-estar do cuidador, que desempenha essa função sem a adequada preparação, sobre como isso se reflete na qualidade dos cuidados aos idosos domiciliados em condições de fragilidade, e alertam para a necessidade de intervenções educativas direcionadas ao binômio idoso-cuidador.

Assim, essa desgastante rotina de cuidados, tendo em vista a necessidade constante do apoio, mas também o período de tempo muitas vezes alongado pelo qual essa necessidade se desenvolve, também representa um desafio à manutenção da funcionalidade dessa estrutura de apoio ao autocuidado. Tal fato, por vezes, se manifesta na disfuncionalidade dessa díade de cuidados dependentes (TAYLOR *et al.*, 2001), assim como no próprio adoecimento do cuidador responsável, que não raro, negligencia aspectos do seu próprio autocuidado, como pode ser percebido nas falas dos cuidadores neste estudo.

*Eu já tentei sair, porque não me sinto bem; não acho que vou bem, principalmente psicologicamente falando; outras coisas que eu estou vivendo [também], acabou misturando tudo. (EC04).*

*E eu que tomo conta dela. Tem hora que dói meu ombro, o braço...É sofrimento! Agora mesmo, eu estou sentindo de uma perna, [está] doendo na perna. Estou até imaginando - porque eu que cuido dela, né? -, e a perna minha doendo, doendo... Quando não é a perna, é o lado do braço meu, no lado da vesícula, que eu acho que é de tanto eupegar ela, levantar, sabe? Aí, dói. Eu tenho que tomar um remédio ou passar uma pomada ligeiro. É sofrimento!. (EC05).*

*Tudo é eu! Muito difícil [pra mim]! Muito difícil! Eu mesmo, agora, estou fazendo uns exames. Estou com problema na vista. A mama, saindo aquela secreção... Fiz uma mamografia, vou buscar o resultado hoje, 'modi' eu ver. E já imaginando - Ave Maria! -, se eu tiver alguma coisa, quem é que vai cuidar dele? [Quando ele acorda à noite] Eu levanto, venho cá pra sala, vou lá dentro, até que o dia amanhece. Fica difícil! (...) Tem tempo [envolvida] com os exames dele. Não, eu agora vou ter que cuidar de mim, pra poder tomar contadele. (EC13).*

*Há mais de 10 anos [estou envolvida nessa rotina de cuidados]. A médica passou a me acompanhar, por causa do tratamento de hormônio, são (...8?) anos que ela está me acompanhando. Aí eu tomohormônio e também tomei um tempo um... como é que se diz, um "relaxantezinho", né? Algo, assim, fraco, mas pra eu relaxar, pra me acalmar, pra me dar mais calma. Eu tomei durante seis meses. Atualmente, não [uso mais]. Uso o enalapril, pra pressão, e também tibolona, de 2,5mg. [Essa rotina de cuidados] afetou bastante. (EC16).*

Costa e Castro (2014), por sua vez, também observaram que cuidadores familiares informais apresentavam eles próprios algum nível de déficit de autocuidado. Além disso, notaram como tal achado contribuía para o aumento da tensão sobre o seu papel de cuidador e para um aumento do seu prejuízo em termos de condições de saúde, sobretudo pela falta de cuidados preventivos.

Na pesquisa sobre as condições de saúde de cuidadores de idosos dependentes, Alves *et al.* (2019), verificaram que a maioria desses cuidadores referiu problemas de saúde (59,5%), sendo mais citadas a hipertensão arterial e as doenças osteomusculares. Adicionalmente, Faria *et al.* (2016), em sua pesquisa, observaram a inexistência ou fragilidade da rede de apoio formal profissional para o cuidado domiciliar ao idoso, assim como para o apoio e capacitação do cuidador informal desse idoso domiciliado, o que também foi corroborado nos resultados desta pesquisa.



#### 6.2.4. Os desafios da equipe de saúde da família para o cuidado profissional dos idosos domiciliados

O território/espaço em que se desenrolam essa necessidade de apoio ao autocuidado do indivíduo idoso e os arranjos familiares pactuados para responder ou atenuar essa necessidade é, naturalmente, o próprio domicílio desse idoso. Nesse sentido, o cenário domiciliar se insere em um campo de cuidados comunitários que se encontra sob a responsabilidade de equipes de profissionais de saúde atuando em serviços de cuidados primários, na Estratégia Saúde da Família (ESF). Entretanto, o cuidado domiciliar, por sua vez, requer a reorganização dos serviços de saúde a partir das necessidades identificadas entre os indivíduos envolvidos (FARIA et al, 2016).

As equipes multidisciplinares na ESF atuam pautadas pela interprofissionalidade em saúde, e são as responsáveis pelo cuidado dos usuários do território, no fiel cumprimento dos princípios do SUS, a integralidade, universalidade e equidade. Cabe portanto, à APS, como porta de entrada do SUS, por meio dos serviços comunitários e seus territórios de abrangência definidos sob seus cuidados, identificar as mais variadas demandas em saúde nesses territórios de atuação (PEDUZZI, 2016). Assim, a partir das visitas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é possível reconhecer vulnerabilidades de idosos frágeis residentes nesses territórios de atuação, e por meio desses ACS, as diversas demandas assistenciais podem ser apresentadas e discutidas junto aos demais profissionais da equipe de saúde da ESF, como médicos(as) e enfermeiros(as).

O reconhecimento de necessidades em saúde do indivíduo idoso domiciliado pode, portanto, se dar pelos contatos com essa equipe multiprofissional, desde a sua ponta mais avançada, ou seja o ACS atuando no território de saúde sob sua responsabilidade. Como relatam as(os) cuidadoras(es), quando se referem ao contato com a ESF/Posto/UBS:

*Tudo que acontece com ele, eu chego [e falo] com o ACS o que meu pai está sentindo, ele vai no Posto, fala com a médica. Como nessa pandemia ela não está fazendo visita domiciliar. Eu tiro foto, se ele está com alguma alergia no corpo [e passo a foto para a equipe de saúde] (...). Esses dias ele estava com uma tosse bem forte, falei tudo com ela [a médica], falei o que ele estava sentindo. Ela me passou a medicação e com três dias ele estava bom. (EC02).*

*O que não dá pra resolver, eu entro em contato com a agente de saúde, ela passa para o médico ou para a enfermeira e vai me retornando. Quando a gente vê que não resolveu, aí o médico solicita ver o paciente, aí a gente vai até a UBS. A enfermeira não vinha sempre, agora ela está vindo para a troca da sonda. (EC04).*

*A ACS dizia: “tal dia a médica vem ver seu H.” Aí ela vinha. Eu esperava*

*ela aqui. Não precisava pedir [para vir]. Eles vinham ver, sabe? Estava tudo bem. (EC08).*

A forma como, a partir desse reconhecimento de necessidades em saúde de idosos domiciliados por parte do ACS, ou mesmo de outros membros das equipes de saúde, tais demandas são trazidas para discussão junto às equipes multidisciplinares na ESF, implica na identificação e pactuação dos processos de trabalho interprofissional por parte dos profissionais de saúde dessas equipes (BRASIL, 2020b). Essa pactuação, naturalmente, envolve capacidades de organização e planejamento do cuidado domiciliar a ser fornecido, entre as diversas ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da ESF. Além disso, implica na necessidade de existirem momentos dedicados a esse planejamento. Embora variando de acordo com suas particularidades, as equipes de Saúde da Família habitualmente têm momentos para discussão de necessidades em saúde existentes no território, como por exemplo em suas reuniões semanais, momentos fundamentais para o planejamento e organização das ações em saúde nos territórios de saúde (SAVASSI, 2016; VOLTOLINI *et al.*, 2019). Eventualmente, essas demandas também são apresentadas no dia a dia das rotinas de trabalho na ESF, por meio do acolhimento a demandas trazidas à Unidade de Saúde da Família pelos próprios familiares, como percebido entre as equipes pesquisadas.

No entanto, nem sempre esse processo pareceu estar claramente definido na rotina de trabalho das equipes pesquisadas, sugerindo alguma fragilidade no seu processo de planejamento para a atenção a idosos domiciliados. De certo modo, essa resposta a demandas de idosos domiciliados pareceu apenas buscar atender a demandas episódicas apresentadas pelos familiares, através dos ACS ou diretamente aos profissionais de nível superior.

Ainda assim, tal resposta nem sempre pareceu ser capaz de se concretizar, mesmo quando acolhida e pactuada com familiares, por esbarrar em dificuldades estruturais, como a disponibilidade de transporte. Esses aspectos podem ser percebidos nas respostas abaixo, apresentadas por profissionais de saúde, médicos (EM) ou enfermeiros (EE), das equipes envolvidas na pesquisa.

*Na equipe, traçamos um plano terapêutico singular para a melhor assistência possível. (...) No momento não sei quantos idosos domiciliados existem na ESF, preciso confirmar essa quantidade. (EM01).*

*Não há propriamente um planejamento das VD's a idosos domiciliados. Os ACS nos informam sobre as necessidades por eles identificadas e, conforme a disponibilidade da equipe, fazemos os agendamentos. (EE01).*

*Não há um fluxo claro pactuado para as VD's aos idosos domiciliados, elas vão ocorrendo conforme as prioridades de saúde percebidas pela Equipe de Saúde da Família, a partir do que nos é trazido por ACS e familiares". (...)*

*Não há um planejamento propriamente dito dessas VD's. As prioridades que são trazidas são consideradas para o agendamento das VD's, mas dependemos ainda da disponibilidade de veículo institucional para que de fato ocorram. (EE02).*

Para Onofri *et al.* (2016), a atenção à saúde do idoso na ESF é pautada essencialmente pelo atendimento às queixas e pelas condutas medicamentosas, sendo o foco os aspectos biológicos, o que requer um maior investimento nos fluxos de atendimento e na definição de critérios para esses cuidados, com vistas ao acesso igualitário dessa população e à capacitação profissional.

Nesse sentido, Arantes *et al.* (2016), reconhecem os diversos avanços na ESF no sentido da universalização dos cuidados primários, mas alertam, também, para os desafios ainda persistentes e complexos e que exigem um maior esforço político-institucional que envolvam o financiamento, a formação profissional, a gestão e educação de pessoal e o desenvolvimento de ações intersetoriais, assim como requerem ações de planejamento organizativo com participação social, de modo a atender às reais necessidades da população, a fim de superar processos de trabalho ainda baseados no modelo biomédico. O que, na visão deles, estaria no alcance do equilíbrio entre a abordagem individual em tempo oportuno e a comunitária para enfrentar os determinantes sociais.

Tal situação também foi retratada neste estudo, na medida em que, mesmo quando identificadas e respondidas as demandas eventuais para o cuidado domiciliar de idosos com dificuldade de se deslocarem até a USF, a pactuação da continuidade dos cuidados não se mostrou como parte do planejamento regular subsequente entre as equipes pesquisadas. Assim, ainda que se tratem de indivíduos com necessidades de cuidado longitudinal por parte dessas equipes, a sequência da atenção domiciliar pareceu estar condicionada ao aparecimento de novas demandas ou de intercorrências apresentadas, ao longo do tempo, pelos familiares às equipes de Saúde da Família pesquisadas, conforme se percebe nas falas dos profissionais de saúde.

*A continuidade do cuidado domiciliar é atendida por livre demanda, seja da ACS ou do familiar, dado que o acesso é livre na USF para trazerem essas demandas até a médica, enfermeira, técnicos de enfermagem e equipe NASF, mas não existe uma pactuação prévia [com o paciente ou família] para dar continuidade aos cuidados domiciliares do idoso. (EM01).*

*Praticamente não há pactuação para continuidade do cuidado. Para cuidados de enfermagem, como a troca de curativos diários, a equipe tenta se programar para esse tipo de demanda, mas nem sempre é possível. Para uma pactuação de continuidade de cuidados médicos, por sua vez, há maior dificuldade, em razão da grande demanda de pacientes, de modo que não é possível manter essa regularidade na assistência a esses indivíduos. (EE01).*

*Não há um processo de pactuação para a continuidade dos cuidados domiciliares. Novas VD's ocorrem na medida em que somos demandados novamente pelo idoso ou seu cuidador, conforme as prioridades apresentadas naquela semana. (EE02).*

Ainda, ao se considerar as demandas de apoio ao autocuidado terapêutico por parte de idosos domiciliados e a forma como se organizam os arranjos para provimento desse apoio ao autocuidado, em suas mais diversas formas, uma atenção particular deveria ser direcionada ao cuidador informal. Este, conforme visto anteriormente, é, não raro, um familiar sem formação adequada para o provimento de apoio ao autocuidado.

Por outro lado, por vezes, trata-se o cuidador de um indivíduo também idoso, ou com seus próprios problemas de saúde, e a partir de então submetido, além de outros fatores, ao estresse pela sobrecarga no papel de cuidador. Também se evidenciou no estudo não ser esse indivíduo alvo de algum tipo de ação mais estruturada por parte das equipes pesquisadas, embora tenha sido percebida certa visibilidade do cuidador por parte de alguns profissionais das equipes, como retratado em alguns depoimentos.

*Tento direcionar o olhar também para o cuidador, buscando reforçar junto a ele a importância de seu próprio autocuidado. Nesse sentido, caso ele tenha alguma necessidade em saúde, como por exemplo uma condição crônica, busco também fazer uma avaliação de sua saúde. Outro aspecto que busco dar atenção é com relação a sua sobrecarga nos cuidados ao idoso domiciliado, tentando alternativas para organizar e distribuir esses cuidados a fim de aliviar sua sobrecarga. (EE01).*

*Não há uma abordagem sistematizada para o cuidador do idoso domiciliado, apenas tentamos estimar as condições de saúde desse idoso e as dificuldades que o cuidador eventualmente tenha com seu cuidado. (EE02).*

Tais desafios na abordagem dos cuidados profissionais podem e devem ser superados desde um olhar direcionado para a sistematização da prática, que na perspectiva da Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem (2005) poderia ser incentivado por meio do sistema de apoio-educação, provendo ensino e supervisão de ações de autocuidado para incentivar as capacidades de realização do autocuidado do paciente **e dos seus cuidadores** (grifo nosso), na tentativa de atingir suas próprias metas de bem-estar e qualidade de vida. Apoio aos cuidados que, para Costa e Castro (2014), deve ser direcionado para o aprendizado de competências relevantes na promoção de cuidados voltados ao indivíduo dependente, mas também voltado à educação e motivação para o cuidador, capacitando-o para a busca de seu próprio autocuidado.

Ressalta-se que os poucos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família que participaram da pesquisa e que responderam às perguntas do formulário apresentaram, como principais dificuldades para a organização da atenção domiciliar, em suas respectivas áreas de abrangência, o número excessivo de população adscrita e a consequente sobrecarga de demandas na ESF, o que foi relatado como consumindo muito de seu tempo disponível e assim limitando o desenvolvimento de atividades no domicílio, conforme descrito nas entrevistas com os médicos (EM) ou com os enfermeiros (EE).

*Nossa maior dificuldade para a atenção a idosos domiciliados está relacionada à sobrecarga de população adscrita em nossa área de abrangência, o que acaba limitando a disponibilidade de agenda regular para as VD's. (EE01).*

*Nossa principal dificuldade para a organização dos cuidados domiciliares é a sobrecarga de demandas variadas que temos na USF, muitas vezes chegando a consumir os turnos de VD e prejudicando a oferta e continuidade desse tipo de cuidados. (EE02).*

Conforme Peduzzi *et al.* (2013, 2016), a lógica do trabalho isolado dos profissionais de cada área e independente das demais, reflete sua longa e intensa formação isolada e centrada no seu saber específico que, somado à sobrecarga de trabalho das equipes, repercute nas lacunas na programação para o trabalho e ações interprofissionais compartilhadas, o que pode explicar os depoimentos dos profissionais de saúde entrevistados.

Por outro lado, a partir de março de 2020 houve a necessidade da reorientação das atividades assistenciais nas unidades de Saúde da Família do município de Vitória da Conquista, assim como em outras localidades, com a suspensão de atenção às condições crônicas e a criação de fluxos rápidos de acolhimento e triagem de indivíduos suspeitos ou diagnosticados com Covid-19, como respostas iniciais propostas para o enfrentamento dessa pandemia (BRASIL, 2020a). Consequentemente, em razão dessas medidas tomadas para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, houve prejuízos esperados na manutenção da oferta de cuidados domiciliares aos idosos acamados. Isso, naturalmente, impactou qualquer planejamento sobre a atenção domiciliar, como se pode observar na fala de um dos profissionais da ESF:

*Antes da pandemia da Sars-CoV-2 fazíamos as visitas com frequência, tínhamos um planejamento quinzenal, mas com o aumento de sintomáticos respiratórios na porta de entrada e das demandas não agendadas crescentes, ficaram prejudicadas as visitas por parte do profissional médico. (EM01).*

A resposta assistencial, assim, na forma de qual profissional e quando esse profissional atende à necessidade apresentada, variou conforme o tipo da demanda, mas também de acordo com capacidades da equipe de Saúde da Família, no que se refere às disponibilidades de tempo e de transporte para a visita domiciliar, conforme relatado pelos profissionais de saúde que responderam aos questionários.

É necessário, aqui, o registro de que poucos foram os profissionais de saúde dentre as equipes pesquisadas que responderam aos questionários propostos, mesmo tendo sido feitos esclarecimentos e ampla divulgação dos objetivos da pesquisa entre eles. Cabe analisar mais em profundidade o porquê da ausência de participação mais efetiva dos profissionais de saúde na pesquisa, médicos(as) e enfermeiros(as), sendo possivelmente sugerida como explicação a sua própria percepção de fragilidades nos processos de planejamento e execução das ações de atenção domiciliar a idosos restritos ao domicílio, assim como dos prejuízos ao cuidado domiciliar dos idosos que eventualmente se acentuaram durante a pandemia de Covid-19, e a consequente necessidade de reorganização de suas rotinas de trabalho para a resposta a essa nova condição (MENDES, 2021).

Desse modo, tais fragilidades no planejamento e na organização e execução da atenção domiciliar por parte das equipes de Saúde da Família pesquisadas, anteriores ou agravadas pela pandemia, também puderam, de fato, ser percebidas pelos usuários com demandas de cuidados domiciliares, conforme se observa nas declarações dos cuidadores dos idosos:

*Ela recebia uma visita da médica [da equipe da ESF], que era agendada, mas não tinha uma rotina, se era quinzenal, ou mensal. Era agendada quando tinha alguma necessidade. Geralmente, era para repetir exames, pra trocar receita. (EC03).*

*Só com mãe, quando ia fazer exame, vinha aqui em casa [médico ou enfermeira]. Eles marcavam lá, marcavam a data, não sei se era com oito dias ou era com quinze, mais ou menos, aí vinha cuidar de mãe, fazia exame aqui. P. (ACS) trazia a médica e fazia exame de mãe aqui mesmo. Mas ficou difícil! (EC05).*

*Médico [da equipe da ESF], em casa, não [vem]. Sobre médico, em casa, não [solicitamos ao ACS]. Essa semana, veio aqui a enfermeira (ou técnica de enfermagem?), para ver o diabetes dela, a glicemia, como estava. (EC06.2).*

*Quando a gente precisou, ia até o Posto. Eu levei ele, acho que no ano passado, no Posto. Passou por doutora A., ela conversou, ela passou os remédios. Mas foi mais de dezembro para cá que foi mais quando ele veio precisar. (...) A gente chamou doutor H. aqui, porque a gente não consegue muito no Posto. P. [a ACS] ficou de mandar a médica vir, mas ela não veio. Aí, a minha irmã resolveu chamar o doutor e pagar ele [doutor H.] que veio*

*dar uma olhada aqui em casa. (EC07).*

*[A equipe da ESF] não colabora muito, não. Não vou mentir. Não colabora muito, não. Mas a gente vai falar, mas as “mulher” lá [na USF] que bota problema, bota empecilho. Porque minha mãe não pode ir lá [na USF], eu também não posso ir lá, porque eu tenho deficiência. Meu pai não pode caminhar. Aí tem que pagar um carro pra levar ela lá, pra medir uma “pressãozinha”. Poderia vir aqui em casa, mas não vem. Era obrigação deles, não era? Mas não vem. Agora está pior [por causa da pandemia]. (EC10).*

*Não recebe, não [VD da equipe da ESF]. Que eu saiba [nunca recebeu], não. Nunca. Médico nenhum [vai lá]. Eu falo assim... Elas falavam que ou tem que ir lá no Posto... Mas minha mãe não tem condição de ir no Posto pra todo dia trocar [curativo]. Aí eu prefiro passar lá, como não é muita dificuldade. Aí pra “mim” fazer, eu mesmo faço. Minha mãe não tem condições de ir todo dia. Com o estado [de saúde] de minha mãe, eu não posso ficar esperando o SUS. (EC11).*

*Não, não vem [a equipe da ESF para a VD], não. Nunca veio. Não vinha, não [antes da pandemia]. Já [solicitamos]. Nunca deu certo. Ele mesmo, quando ele estava com o pé dele que feriu entre os dedos, e aquilo ali foi empretecendo o pé, que foi preciso amputar, a minha filha foi lá no Posto, falou com a médica e a médica não veio. (EC13).*

*Por enquanto, não [recebemos VD da equipe da ESF]. Às vezes tem as promessas, né?. (EC16).*

A respeito disso, Bolzan *et al.* (2020) alertam sobre as dificuldades da equipe multidisciplinar com idosos fragilizados para a efetividade do cuidado domiciliar, o que pode impactar nas intervenções implementadas. Ao mesmo tempo, recomendam que os profissionais da equipe da ESF realizem busca ativa dos idosos fragilizados/acamados, considerando seu aspecto multidimensional, dado que esses idosos podem ter sua comunicação comprometida, o que acarretaria problemas desde cognitivos até funcionais. Ainda, chamam à atenção para o aumento das VD, para a avaliação das necessidades apresentadas pelos idosos e seus cuidadores, a fim de proporcionar mais informações, estratégias e treinamentos de cuidados domiciliares, o que vai de encontro com as conclusões da pesquisa desenvolvida por Flores Gonzales e Seguel Palma (2016).

Outro achado diz respeito à percepção da falha nos processos de planejamento e execução da atenção domiciliar na ESF, nos territórios estudados, naturalmente agravada a partir da eclosão da pandemia de Covid-19 e o impacto sobre a reorganização das rotinas de trabalho das equipes de saúde, tornando esse idoso domiciliado cada vez mais distante e invisível para o sistema de saúde (MENDES, 2021).

Essa fragilidade foi, por um lado, relatada pelos cuidadores, mas também lhes permitiu apontar, por outro lado, a existência do que lhes pareceu tentativas de reorganizar a atenção aos idosos domiciliados, conforme podemos perceber nos relatos destes cuidadores.

*Depois dessa pandemia, tudo ficou mais difícil. No passado, [a eSF] sempre vinha ou quando a gente precisava, procurava o Posto de Saúde. Se não fosse a pandemia, seria mais fácil [acessar serviços de saúde]. (EC01).*

*Fora da pandemia, não. Eu ia no Posto ou então pedia ao ACS, eles vinham aqui e era sempre bem acompanhado. Ela sabe os medicamentos que ele toma, então ela medicou e paliou [a alergia no corpo]. (EC02).*

*Nosso acesso antes da pandemia era mais fácil. Quando precisava, eu falava com a agente de saúde, ela marcava e o médico vinha, pedia alguns exames (...). O médico, a gente sempre recebeu a visita, inclusive de estudantes, mas depois da pandemia a gente não recebeu mais a visita. (EC04).*

*Antes da pandemia, o médico [da eSF] atendia ela em casa. Mas, depois da pandemia, a ACS toda semana está lá [na casa da idosa]”. (EC12).*

Um outro fator apontado pelos cuidadores entrevistados e que também poderia ter contribuído para a fragilização dos cuidados domiciliares nos territórios pesquisados, foi o medo em se expor à contaminação pelo SARS-Cov-2, particularmente no que se refere a grupos populacionais de risco, como é o caso dos idosos. Esse sentimento de insegurança foi refletido na fala deste cuidador.

*Com a pandemia, a gente evita o máximo [o contato com os profissionais da equipe da ESF]. Antes da pandemia, às vezes quando a gente solicitava [VD], vinham, mas às vezes demorava, não era de toda semana estar na casa da gente. (EC01).*

Um outro problema capaz de fragilizar a atenção domiciliar a idosos acamados, mesmo desde antes da pandemia, foi observado pelos usuários entrevistados, como sendo a grande rotatividade entre médicos atuando nas equipes de Saúde da Família. Essa rotatividade, notadamente, causa prejuízos na oferta e na continuidade dos cuidados ao idoso domiciliado.

*Nenhuma [enfermeira] veio. A única que veio aqui foi a doutora C., a ACS que trouxe. Depois, mais nada. Já estava na pandemia. Mas a médica saiu [da UBS] e eu não sei se entrou outro médico. Mas ela precisa muito [da VD]. Tudo isso é dificuldade para minha vó. Porque o cardiologista não vem em casa, mas o clínico geral estava vindo, né? (EC14).*

*E médico clínico, já vieram e, assim, geralmente eles vem, pedem alguns*



*exames, mas se deslocam de uma unidade para outra. Ou sai e não fica mais [médico] na Unidade. Sabe, é muito difícil, né? Não tem aquela permanência do médico na Unidade. E acaba quebrando [a rotina de cuidados], porque a gente vai lá, mas aí a médica não está, ou a médica está de licença ou a médica está de atestado. E quando a gente vai procurar novamente, a médica não está mais na Unidade. (EC16).*

Por fim, as formas como as equipes de saúde da ESF que participaram da pesquisa planejam e executam os cuidados domiciliares a idosos em seus respectivos territórios apresentaram grandes desafios e expuseram suas fragilidades, tanto no que se refere a aspectos estruturais e de recursos humanos, como também com relação à gestão da prática clínica, conforme foi observado através dos registros coletados junto a usuários cuidadores de idosos domiciliados e também aos próprios profissionais envolvidos, ainda que, neste último caso, em uma parcela reduzida deles.

O planejamento para o cuidado domiciliar, em razão de características populacionais e também das redes assistenciais no sistema de saúde no Brasil, tem trazido desafios para os profissionais de saúde envolvidos nesse processo (SAVASSI, 2016; ARANTES *et al.*, 2016). A Teoria Geral do Autocuidado de Orem, considerada para a prática da equipe multiprofissional na ESF, traz a possibilidade de identificação de necessidades de apoio e cuidado envolvendo o idoso e seu cuidador informal, inclusive com utilização de instrumentos que trazem elementos dessa Teoria (DIAS, 1996). A metodologia proposta por Orem tem também o potencial de contribuir para a formação profissional, na medida em que desperta este último a lançar um olhar mais amplo sobre o diagnóstico das necessidades em saúde de indivíduos com déficit de autocuidado (HACKEL; FAWCETT, 2018).

A partir dessa identificação de necessidades por parte do idoso domiciliado com déficit de autocuidado, planos de ação podem ser pactuados pela equipe de saúde e outros atores envolvidos, como por exemplo, os cuidadores desses idosos, e que vão na direção dessas necessidades identificadas, quer se trate de ações de maior suporte técnico profissional ou apenas de apoio educacional ao idoso ou ao seu cuidador, na forma do que Orem (2005) caracteriza, respectivamente, sistemas parcialmente compensatórios e sistemas de apoio-educação. Propostas de intervenções educacionais baseadas na Teoria de Orem (2005), abordando indivíduos com condições crônicas de saúde, trouxeram maior conhecimento e motivação para o autocuidado, assim como sugeriram a adoção de programas estruturados de suporte para a promoção do autocuidado entre esses indivíduos (MOHAMMADPOUR *et al.*, 2015; ABOTALEBIDARIASARI, G. *et al.*, 2016).

Indo de encontro com as intervenções educacionais, na pesquisa de Ortiz-Mallasén *et al.* (2020), a proposta de um programa estruturado de intervenção buscando melhorar o conhecimento sobre o cuidado de pessoas dependentes e facilitar o seu apoio, realizado por profissionais de saúde na APS e voltada a cuidadores informais, possibilitou uma melhora do apoio social percebido pelo cuidador, embora com resultados ainda limitados com relação a outros desfechos, como dor lombar e sobrecarga ao cuidar, o que, segundo os autores, demandaria maiores estudos com essas populações.

Assim também, em seu estudo, Tao *et al.* (2012) examinaram a influência de fatores socioambientais na reinternação de pacientes em cuidados domiciliares de saúde e, tendo a Teoria de Orem como referência, observaram desequilíbrios entre capacidade funcional e déficit de autocuidado produzindo maiores chances de reinternação hospitalar entre esses indivíduos. Nesse sentido, reforçamos o trabalho coordenado e colaborativo da equipe da ESF, a fim de superar tais desafios que podem acarretar maiores prejuízos entre os idosos domiciliados, como por exemplo a maior frequência de reinternação hospitalar.

Assim, portanto, a aplicação da Teoria de Orem na prática das equipes de saúde multiprofissionais da ESF pode oferecer e agregar subsídios para a potencialização e concretização da Clínica Ampliada, na medida em que, como esta última, sugere um diagnóstico amplo e holístico do idoso domiciliado, suas necessidades e seu contexto familiar e social, e busca desenvolver a autonomia do sujeito, sua família e comunidade para a resolução de seus problemas de saúde (BRASIL, 2009).

A partir desse diagnóstico amplo de necessidades em saúde, é possível a construção colaborativa e multiprofissional de propostas de ação, envolvendo também o paciente e seu entorno como protagonistas nesse processo, e voltadas para as vulnerabilidades identificadas. Sobre a identificação dessas vulnerabilidades e as práticas em saúde, Ayres (2001) nos diz que:

Na prática, o conceito de vulnerabilidade pode contribuir para renovar as práticas de saúde coletiva na perspectiva ampliada, tendo como base que “[...] a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2001, p. 71).

Diante, portanto, do envelhecimento populacional vivenciado nas últimas décadas em nosso país, juntamente com o aumento da prevalência de condições crônicas, o domicílio vem se tornando cada vez um espaço legítimo de cuidados, embora ao mesmo tempo desafiador. A Teoria de Orem, nesse sentido, permite aos profissionais da ESF, em seu

território de práticas, ampliar seu olhar sobre as necessidades em saúde dos idosos domiciliados, mas também dos cuidadores informais envolvidos no apoio ao autocuidado desse idoso. O conhecimento desse *locus* é fator primordial para a compreensão do indivíduo, de sua família e de seu modo/estilo de vida e somente a partir daí é que se pode traçar um plano de ação voltado para o indivíduo e suas necessidades; antes disso, qualquer planejamento é inoperante (ALBUQUERQUE, 2003).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a análise da situação de saúde e da organização dos cuidados informais familiares de idosos domiciliados no território de quatro equipes da ESF do município de Vitória da Conquista (BA). Foram características predominantes a feminização e a longevidade entre a população idosa e as cuidadoras informais, além da baixa escolaridade e menor renda familiar, o que de certa forma, podem contribuir como fatores complicadores para adoecer durante o processo do envelhecimento.

O déficit para o autocuidado nos idosos domiciliados se revelou numa maior vulnerabilidade e dependência para o autocuidado, de moderada até total, na medida em que eles apresentaram os maiores níveis de dependência (III e IV), conforme proposto pelo modelo CADEM, baseado nas funções por este identificadas (comunicação, atividades diárias, capacidade de deambulação, eliminações e mobilização) e na Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem.

Dessa maneira, ao analisar a situação de saúde desses idosos, surgiu o tema principal do “Autocuidado do idoso domiciliado – um processo de arranjos familiares e desafios na abordagem do cuidado profissional na ESF”, que perpassou pelo declínio cognitivo e pelas limitações físicas entre os idosos domiciliados; pelas (in)capacidade e (in)dependência para o autocuidado do idoso domiciliado; pela observação da necessidade de arranjos familiares para o autocuidado dos idosos e das cuidadoras, representadas, predominantemente, por mulheres integrantes da família; até possibilitar um olhar sobre os desafios das equipes de Saúde da Família para o cuidado profissional dos idosos domiciliados.

No entanto, os depoimentos levantados foram centralizados nos cuidadores dos idosos e contaram com escassa participação dos profissionais de saúde. Dessa forma, ficou evidenciada uma limitação do estudo, dado que a perspectiva dos profissionais pouco pode ser explorada para fins de generalização a partir de seus resultados. Outros estudos serão necessários para melhor compreensão da perspectiva dos profissionais de saúde sobre o processo de apoio e cuidado a idosos domiciliados nos seus territórios de atuação.

Os profissionais de saúde devemos estar atentos e compreender que o processo do envelhecimento não é homogêneo, está também associado às complicações decorrentes de multimorbidades, interferindo na saúde física e mental do idoso domiciliado e no exercício pleno de sua autonomia, o que se traduz em (in)capacidade e (in)dependência funcional para o autocuidado.

Eventualmente, algumas capacidades funcionais podem estar preservadas nesse idoso

e devem ser estimuladas por meio do acompanhamento sistematizado e contínuo dos profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde, como definido a partir da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem, com o objetivo de possibilitar que os idosos domiciliados desenvolvam tarefas e ações elementares para sua própria saúde e bem-estar.

Por outro lado, existem momentos na vida dos idosos domiciliados em que eles transitam pela ambivalência da (in)capacidade e da (in)dependência, ou seja, passam por momentos de autossuficiência mas também de deterioro físico, e é nos momentos críticos que eles precisam de uma rede de suporte bem estruturada, individual, sistêmica e comunitária, tanto por parte da família e da comunidade, como por parte do sistema de saúde público, de maneira a contribuir com o desenvolvimento de ações promotoras de saúde e bem-viver. Diante disso, a principal rede de apoio profissional nos cuidados domiciliares dentro do território do SUS deve ser a equipe de Saúde da Família.

Assim, um aspecto importante a considerar, quando da assistência a idosos fragilizados, acamados e restritos ao domicílio, é a reorganização do cuidado profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF), com a operacionalização das agendas para satisfazer as necessidades e demandas singulares desses indivíduos, com uma abordagem holística e assistência longitudinal da equipe de Saúde da Família. Sem essa reorganização do processo de trabalho direcionado para as reais necessidades dos pacientes domiciliados, os cuidados profissionais ficarão comprometidos.

A família é o suporte principal, já demonstrado inúmeras vezes em estudos que tratam sobre o assunto, sendo as filhas, esposas ou irmãs, comumente identificadas como as cuidadoras informais principais, seja por escolha própria ou por falta de opção quando dos arranjos familiares para o cuidado do idoso domiciliado.

No entanto, uma parcela considerável de cuidadoras de idosos é composta também por idosas ou por cuidadoras que estão com a saúde comprometida, ou que acabam tendo deteriorada sua saúde durante o processo de cuidar. Estas mulheres, principalmente, são invisíveis para os serviços de saúde, o que se comprova ao perceber que parece não existir um planejamento específico na ESF que seja direcionado para essas cuidadoras de idosos domiciliados e que leve em consideração a educação em saúde, a capacitação para o apoio ao autocuidado do idoso ou o acompanhamento contínuo da saúde física e mental das mesmas.

Sabe-se que o cuidador, muitas vezes, deixa de lado sua vida pessoal e profissional para apoiar o idoso da família, que perdeu parcial ou totalmente sua capacidade funcional para o autocuidado. Isso representa outro aspecto da vulnerabilidade social em torno dessa problemática, basicamente, de difícil manejo, ainda mais quando se nota que a situação é de

abandono dessa família e/ou desses indivíduos idosos e que podem, também, estar envolvidos em conflitos internos relacionados à situação que vivenciam. Essa situação, notadamente, requer uma abordagem interprofissional, multidimensional e intersetorial, com ativação de toda a rede de atenção à saúde e da rede de assistência social no âmbito das políticas públicas, na tentativa de garantir a adequada preparação física e mental desses cuidadores, mas também a qualidade dos cuidados proporcionados aos pacientes no domicílio. Ou seja, torna-se necessário ampliar o olhar na APS para o binômio idoso(a) – cuidador(a) com ações que sejam, de fato, efetivas.

O déficit de autocuidado expressado, tanto nos idosos domiciliados do estudo como em seus cuidadores, coloca-os em latente condição de vulnerabilidade sócio-sanitária, aumentando a tensão, as angústias e, sobretudo, os problemas de saúde. Nessas condições, compreensivelmente, pouco podem se dedicar ao autocuidado, mesmo no que se refere a ações básicas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

O cenário onde se desenvolvem os cuidados ao idoso domiciliado se encontra no território da saúde comunitária do SUS, dentro da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Por isso a importância de colocarmos todos os nossos esforços no aprimoramento e na requalificação dos profissionais de saúde na APS. A iniciativa e o interesse devem ser, principalmente, da gestão local, através do diálogo aberto com as equipes de Saúde da Família sobre a realidade concreta e a situação de saúde dessa população, para que as ações planejadas e programadas não fiquem no esquecimento ou sejam meramente inatingíveis.

Muito se diz dos sérios problemas que atravessam as equipes de Saúde da Família, que, assoberbadas em suas funções, convivem com uma grande sobrecarga de trabalho, cujo foco é a produção exigida, sem o mínimo de análise e compreensão da realidade na comunidade. Isso foi demonstrado também neste estudo e é nesse sentido que devemos todos focar a nossa atenção, para que a expectativa de todos os envolvidos, pacientes, cuidadores e profissionais de saúde, se transforme em realidade, assim possibilitando um cenário em que os idosos domiciliados não sejam mais esquecidos, abandonados ou negligenciados no SUS.

Entre os atores sociais que desempenham um papel importante no reconhecimento e no acompanhamento dos idosos fragilizados e com níveis variados de déficit de autocuidado na comunidade estão os agentes comunitários de saúde (ACS), que representam o elo entre os demais profissionais da equipe na ESF e do matriciamento (NASF), e entre os idosos restritos ao domicílio, seus cuidadores e famílias. A função dos ACS no território de saúde é de extrema relevância e responsabilidade, e especial atenção deve ser dada a eles por parte dos profissionais de saúde e da gestão local, garantindo melhores condições de trabalho e

ferramentas necessárias para seu bom desempenho na comunidade. Nesse sentido, materiais e equipamentos, educação permanente e fortalecimento do vínculo para a permanência profissional são necessários, o que garante a prestação do serviço de saúde com qualidade e a valorização dos trabalhadores que lidam no dia a dia com os pacientes, os idosos domiciliados e suas famílias na comunidade.

Outro aspecto que prejudicou a organização dos cuidados profissionais na ESF, no que se refere aos idosos domiciliados, foi a pandemia do novo coronavírus. Houve a necessidade de reorientação do planejamento e atividades assistenciais no território da APS, com maior atenção aos pacientes com síndrome aguda respiratória, diagnosticados ou suspeitos de covid-19, em detrimento da atenção de pacientes com condições crônicas. Tudo isso gerou impactos na atenção domiciliar de pacientes idosos, sendo que, por um lado, os profissionais de saúde não realizavam a busca ativa no território e, por outro lado, os idosos e seus cuidadores não procuravam os serviços de saúde, refletindo o medo de todos os indivíduos em se expor à contaminação do vírus da covid-19.

Algumas fragilidades podem ser observadas no processo de planejamento da atenção aos pacientes idosos domiciliados, embora essas respostas estejam contempladas nos documentos fundantes da legislação do SUS e da Política Nacional da Atenção Básica. Fragilidades essas que são acentuadas no atual Programa Federal Previne Brasil, o que expõe as dificuldades estruturais da atenção de Saúde do Idoso, centrada basicamente na doença e na queixa-conduta medicamentosa, ou seja, com foco nos aspectos biológicos, com pouco investimento na promoção da saúde e na prevenção de agravos nessa população específica.

Reconhece-se assim, que existem avanços na ESF, o que permitiu a universalização dos cuidados primários no SUS, mas ainda precisam ser analisados e confrontados os desafios recorrentes mediante políticas públicas efetivas pautadas no planejamento participativo e sistematizado, com abordagem individual e comunitária, que demandem a responsabilidade de todos os profissionais de saúde envolvidos, desde a ponta na APS até a gestão em saúde, de maneira que os problemas, necessidades e demandas da população idosa sejam atendidos em tempo oportuno e garantindo o cuidado longitudinal no domicílio, a fim de se superar as fragilidades do modelo biomédico ainda existente.

Importante repensar as estratégias de cuidado para idosos domiciliados com o suporte da Teoria do Autocuidado de Orem, não apenas para sua aplicação pelos profissionais da enfermagem, mas como por toda a equipe de Saúde da Família, dado que reúne elementos importantes a serem aproveitados para a identificação do déficit de autocuidado na população idosa, a análise das capacidades funcionais e os níveis de dependência dessa população. Tanto

os médicos, como os enfermeiros e ACS devem atuar conjuntamente no diagnóstico da situação e condições de saúde dos idosos domiciliados, para o planejamento de ações programáticas permanentes que cheguem a atender as reais demandas e necessidades desse grupo prioritário e sua saúde não se veja mais prejudicada pela inoperância do SUS em nível local.

No âmbito da assistência à saúde dos idosos domiciliados no SUS, cabe também o comprometimento e envolvimento da academia, representado pelas instituições de ensino superior e seus cursos na área da saúde, atuantes no território, tanto no nível da graduação como da pós-graduação, *lato sensu*, como as residências multiprofissionais, e *stricto sensu*, como o mestrado profissional, de maneira que se priorizem ações compartilhadas de educação permanente, de educação em saúde e de diagnóstico situacional, e em parceria com as equipes de Saúde da Família, para assim conseguir uma maior aproximação dos idosos, seus cuidadores e famílias na comunidade, com vistas à manutenção do autocuidado do paciente e o incentivo à qualificação dos cuidadores para o adequado desempenho de suas funções, no intuito de alcançar suas metas de bem-estar e melhoria na qualidade de vida.

Por fim, inserir a Teoria Geral do Autocuidado de Orem na formação e na prática de Saúde da Família seria de grande valia para a sistematização da assistência ao idoso domiciliado e também para o cuidador informal, com a contribuição de docentes, discentes e profissionais de saúde com um olhar ampliado para a identificação das necessidades de saúde dos indivíduos com capacidades funcionais comprometidas em níveis variáveis e para o planejamento e execução de ações de apoio ao autocuidado dessa população, pactuadas de forma compartilhada e colaborativa, por meio de sistemas parcialmente compensatórios e ou sistemas de apoio-educação, conforme preconizados por Orem.

Não menos importante é resgatar a partir desta pesquisa, o protagonismo do paciente, conforme preconizado pela Clínica Ampliada, de maneira a enxergar o idoso domiciliado como um ser holístico e promover a autonomia do sujeito e sua família no processo saúde-doença e do autocuidado. A partir do reconhecimento das reais necessidades de saúde e de apoio para o autocuidado desse idoso domiciliado, assim como dos sujeitos envolvidos no provimento desse apoio (cuidadores) e de suas próprias capacidades e fragilidades, tendo o domicílio como *locus* privilegiado, permitir aos profissionais da ESF a construção compartilhada de planos de ação, de fato, voltados para essas necessidades singulares.



## REFERÊNCIAS

- ABOTALEBIDARIASARI, G. et al. Self-care motivation among patients with heartfailure: A qualitative study based on orem's theory. **Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal**, Vol. 30, No. 4, 2016.
- ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença?** Editora Casa do Psicólogo: Cedecis, São Paulo, 2003.
- ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 244-260, set. 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500244&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500244&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 mai. 2020.
- ALVES, B. S. et al. Caracterização dos cuidadores informais de idosos dependentes quanto aos aspectos demográficos e de saúde. **Revista de Saúde Coletiva da UEFB**, [S.l.], v. 9, p. 113-118, nov. 2019. Disponível em: <<http://periodicos.uefs.br/ojs/index.php/saudecoletiva/article/view/3684/4030>>. Acesso em: 17 de maio de 2020.
- ARAGÃO, M. M., ALVAREZ, R. E. C. Autonomia/autocuidado, triálogo na Atenção Básica. In: PINHO, Paula Hayasi et al. **Saúde da família em terras baianas** (Orgs.). Cruz das Almas (BA): EDUFRB, vol. 7, 2020. p.39-56.
- ARANTES, L. J. et al. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>>. Acesso em: 4 set. 2021.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/rJ5dYsWzDHmR8TFcwjmsrZP/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: ago. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Editora Edições 70, 2011.
- BLANCO-REINA, E. et al. Optimizing elderly pharmacotherapy: polypharmacy vs. undertreatment. Are these two concepts related? **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 71 (2), p. 192-207. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25380629/>>. Acesso em: jan. 2021.
- BOLZAN, N. C. et al. Communication difficulties of the multidisciplinary team with frail elderly: integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 9, p. e825997907, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7907>>. Acesso em: 4 sep. 2021.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, Março de 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 mai. 2020.

BOUSQUAT, A. et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, e00099118, 2019, Epub June 17, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pv3MZr9z77kkRmC4ZPnDGrk/?lang=pt>. Acesso em: 4 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (2012). **Resolução nº466/2012**. Recuperado em 12 de maio de 2020. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (versão 09)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

CAMARANO, A. A. et al. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Os novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), **Observatorio Demográfico 2019** (LC/PUB.2019/24-P), Santiago, 2020.

COLLET, N; ROZENDO, C. Questões metodológicas da pesquisa no campo da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 09: n. 03: (106-11), 2001.

COSTA, S. R. D.; CASTRO, E. A. B. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.67(6):979-86, nov./dez., 2014. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reben/a/dFdgMHTLRHK97tgZG8vcftL/?lang=pt#:~:text=As%20principais%20estrat%C3%A9gias%20foram%3A%20apoio,dificuldades%20e%20estimulando%20suas%20potencialidades>>. Acesso em: set. 2021.

CUNHA, M.S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.17, n.44, p.61-73, jan./mar. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/YBt5R98dMgwPVDpSTWgXGNJ/?lang=pt>. Acesso em: ago. 2021.

DIAS, D. C. Instrumento para avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes adultos – CADEM. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.49(3): 315-332, jul./set., 1996.

Disponível em: <

[https://www.researchgate.net/publication/307847142\\_Instrumento\\_para\\_avaliacao\\_da\\_capacidade\\_de\\_autocuidado\\_de\\_pacientes\\_adultos\\_CADEM](https://www.researchgate.net/publication/307847142_Instrumento_para_avaliacao_da_capacidade_de_autocuidado_de_pacientes_adultos_CADEM)> Acesso em: jun. 2021.

ELIAS, N. **A Solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2011.

FARIA, L.; SANTOS, L. A. C. *Sense of Coherence*: o Sentido de Coerência nos caminhos do envelhecimento. In: **Envelhecimento: um olhar interdisciplinar**. FARIA, L. et al (org). São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

FARIA, L. et al. Sentimento mútuo: as relações de cuidar e ser cuidado no domicílio. In: **Envelhecimento: um olhar interdisciplinar**. FARIA, L. et al (org). São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

FERREIRA, C. R.; ISAAC, L.; XIMENES, V. S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher?.

**Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 108-125, jun.2018. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072018000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 set 2021.

FLORES GONZALES, E.; SEGUEL PALMA, F. Suporte social funcional em cuidadores familiares de idosos com dependência grave. **Investigación y Educación en Enfermería**, vol. 34, n. 1, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a08>. Acesso em: 4 sep. 2021.

FONSECA, R. S. B. et al. O cuidado domiciliar de idosos frágeis: implicações para a qualidade de vida de cuidadores informais. **Revista Kairós: Gerontologia**, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 425-440, dez. 2018. doi:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i4p425-440>. Acesso em: 09 maio 2020.

GAWANDE, A. **Mortais: Nós, a Medicina e o que realmente importa no final**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008), um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

HACKEL, J; FAWCETT, J. Teaching and learning from case studies: The Added Value of Using a Nursing Conceptual Model to Construct Cases. **Nursing Science Quarterly**, 2018, Vol. 31(3) 263–271.

HOSKINS, I. et al. Hacia una Atención Primaria de Salud adaptada a las personas de edad. **Revista Panamericana de Salud Publica/Panamerican Journal of Public Health**, 17(5/6), 2005.

KATZ, S.; STROUD III, M. D. Functional assessment in geriatrics: a review of progress and directions. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 37, n. 03, 1989. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2645355/>>. Acesso em: fev. 2021.

JESUS, I. T. M. *et al.* Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, 2018; 21(2): 199-209. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/NgcYD36rdz5MHGFHKhwlp/?lang=pt>>. Acesso em: jan. 2021.

LE BRETON, D. **Desaparecer de si: uma tentação contemporânea**. Rio de Janeiro: Vozes, 2018.

LEBLANC, R G. Self-care among older people living with chronic conditions. **Int J Older People Nurs**. 2018; e12191.

LEFF, B. *et al.* The Invisible Homebound: Setting quality-of-care standards for home-based primary and palliative care. **Health Affairs**, Bethesda, v. 34, n. 01, pp.21–29, 2015.

MAPASBLOG. Mapas de Vitória da Conquista – BA. 2015?. Disponível em: <https://mapasblog.blogspot.com/2014/06/mapas-de-vitoria-da-conquista-ba.html>. Acesso em: março, 2021.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia da pesquisa**. 5ª ed. 4ª reimp. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, A. L. N. et al. Abordagem familiar e projeto terapêutico singular na estratégia saúde da família: estudo de caso com idosos. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. 2019;7(1):72-83. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4979/497958150013>>. Acesso em: mar. 2021.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível**. CONASS, Brasília: 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-lado-oculto-de-uma-pandemia-a-terceira-onda-da-covid-19-ou-o-paciente-invisivel/>. Acesso em 07 de Agosto de 2021.

MENEZES, R. L. ;MARTINS, A. C. Envelhecimento na perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. In: **Envelhecimento: um olhar interdisciplinar**. FARIA, L. *et al* (org). São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

MOHAMMADPOUR, A. *et al.* The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. **J Clin Nurs**. 2015 Jun; 24(11-12):1686-92. doi:10.1111/jocn.12775. Acesso em: mar. 2021.

MUNIZ, E. A. et al. Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Revista Kairós: Gerontologia**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 133-146, jun. 2016. ISSN 2176-901X. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/30365>>. Acesso em: 09 mai. 2020. doi:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i2p133-146>.

MUNIZ, E. A. et al. Atenção domiciliar na estratégia saúde da família: perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**; 23 (2): 73-85 ,ago, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/61187>. Acesso em: 9 maio, 2020.

NAVARRO-PEÑA, Y.; CASTRO-SALAS, M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. **Enfermería Global**, Murcia, n° 19, junho, 2010.

NORMAN, G. J. et al. Home and community-based services coordination for homebound older adults in home-based primary care. **BMC Geriatrics**, 2018, v.18: 241. doi.org/10.1186/s12877-018-0931-z.

NUNES, D. P et al. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, supl. 2, 2018.

ONOFRI, V. A. et al. Elderly health care in the Family Health Strategy and the prevalence of common mental disorders. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. 2016, v. 19, n. 1 [Accessed 4 September 2021], p. 21-33. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15004>>. Acesso em: jan. 2021.

OREM, D. E. Dorothea E. Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. p. 141-48. In: Parker, M.E. **Nursing theories and nursing practice**. 2nd ed. 2005. Disponível em: <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/65492/1/5.pdf#page=164>. Acesso: jan. 2021.

ORNSTEIN, K. A. et al. The Epidemiology of the Homebound in the United States. **JAMA Internal Medicine**. Chicago, v.175, n. 7: p.1180–1186, 2015.

ORTIZ-MALLASÉN, V. et al. Evaluación de la efectividad de un programa de intervención en cuidadores no profesionales de personas dependientes en el ámbito de la atención primaria. **Atención Primaria**, Volume 53, Issue 1, January 2021. <<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.011>>. Acesso em: jun. 2021.

PASKULIN, L. M. G. et al. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16(6): 2935-2944, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/8QpnsGrY3ytd3sNGcjmMg5r/?lang=pt>>. Acesso em jun. 2021.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.4, p.977-83, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JwHsjBzBgrs9BCLXr856tzD/abstract/?lang=pt>>. Acesso

em: jul. 2021.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface Comunicação Saúde Educação**. São Paulo, v.20, n.56, p.199-201, 2016. Disponível em: <

PEREIRA, L. T. S. *et al.* Um olhar sobre a saúde das mulheres cuidadoras de idosos: desafios e possibilidades. **Revista Kairós : Gerontologia**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 277-297, março de 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/33500>>. Acesso em: 17 mai. 2020.

QUEIRÓS, P. J. P. Autocuidado, transições e bem-estar. **Revista Investigação em Enfermagem**, Coimbra, v. 21, 5-7, 2010.

\_\_\_\_\_. *et al.* Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, Série IV, n.º3, nov./dez. 2014.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. Revisada e ampliada. São Paulo: Atlas, 2009. 334p.

SAVASSI, L. C. M. *et al.* Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde. **J Manag Prim HealthCare** 2012; 3(2):151-157.

\_\_\_\_\_. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária a Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, 2016;11(38):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11(38)1259).

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TAO, H *et al.* The Influence of Social Environmental Factors on Rehospitalization Among Patients Receiving Home Health Care Services. **Advances in Nursing Science**, vol. 35, no. 4, 2012, p. 346–358.

TAYLOR, S. G. *et al.* A Theory of Dependent-Care - A Corollary Theory to Orem's Theory of Self-Care. **Nursing Science Quarterly**, 14: 01, 2001.

UCHÔA, E. *et al.* Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43(3): p. 548-54, 2009.

VOLTOLINI, B. C. *et al.* Reuniões da estratégia saúde da família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. **Texto Contexto Enferm [Internet]**. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477>. Acesso em: 28 ago. 2021.

WALLACE, J.; PAAUW, D. S. Appropriate Prescribing and Important Drug Interactions in Older Adults. **Medical Clinics of North America**, 99(2), 295–310. 2015 mar. doi:10.1016/j.mcna.2014.11.00. Acesso em: abr. 2021.

## APÊNDICE A – MODELO DE INSTRUMENTO PARA ENTREVISTAS TELEFÔNICAS

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICO E DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE IDOSOS DOMICILIADOS\*

#### Dados gerais:

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo: \_\_\_\_\_

3. Estado civil:

( ) casado/a ( ) solteiro/a ( ) união estável ( ) viúvo/a ( ) divorciado/a

4. Escolaridade (em anos de estudo):

( ) até 4 anos ( ) de 4 a 8 anos ( ) mais que 8 anos

5. Profissão/Ofício: \_\_\_\_\_

6. Renda familiar mensal (em salários mínimos):

( ) até 1 salário mínimo ( ) até 3 salários ( ) até 5 salários ( ) acima de 5 salários

7. Quantas pessoas residem no domicílio?

( ) até 2 pessoas ( ) até 6 pessoas ( ) acima de 6 pessoas

8. Quantos cômodos há na casa?

( ) até 4 cômodos ( ) de 4 a 8 cômodos ( ) mais que 8 cômodos

#### Déficit de autocuidado - o idoso consegue realizar:

a) Comunicação: total (...) Parcial (...) Ausente (...)

b) Atividades diárias: total (...) Parcial (...) Ausente (...)

c) Deambulação: total (...) Parcial (...) Ausente (...)

d) Eliminações: total (...) Parcial (...) Ausente (...)

e) Mobilidade: total (...) Parcial (...) Ausente (...)

## **APÊNDICE B - ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE**

1. Qual sua categoria profissional? E há quanto tempo atua em sua equipe de Saúde da Família?
2. No mês, quantos turnos são dedicados para as visitas domiciliares (VD)? Existe algum fluxo pactuado entre os profissionais envolvidos no cuidado a idosos domiciliados? Se sim, favor mencionar.
3. Como é feito o planejamento das VDs?
4. Quantos idosos domiciliados ou acamados existem na área de abrangência da ESF em que você atua? Sabe quais os tipos de cuidados profissionais habitualmente demandados por esses idosos domiciliados?
5. Com base no tipo de cuidados profissionais demandados pelos idosos domiciliados em sua área de abrangência, como sua equipe de saúde se organiza para o cuidado no domicílio?
6. Em sua opinião, quais as maiores dificuldades para o desenvolvimento das ações de cuidado profissional mais demandadas nas VDs em sua área de abrangência?
7. Como é pactuada a continuidade do cuidado domiciliar ao idoso em sua área de abrangência?
8. Que tipo de abordagem é habitualmente direcionada para o cuidador do idoso domiciliado?



## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

### MODELO PARA PROFISSIONAL DE SAÚDE

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**Situação de saúde e de cuidados de idosos domiciliados na Estratégia Saúde da Família em Vitória da Conquista (BA)**”, desenvolvida pelo médico e mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia **Antonio João de Araújo Xavier**. Neste estudo pretende-se analisar como se encontra a situação de saúde dos idosos e como se produzem os cuidados para esses idosos domiciliados, tanto por parte da família como por parte dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Justifica-se o estudo devido à carência de informações e as dificuldades encontradas no cuidado familiar e profissional, com o intuito de reorganizar esses cuidados a partir do olhar dos idosos, seus cuidadores e dos profissionais de saúde. Para este estudo, o profissional de saúde responderá a um questionário online, por meio do formulário *Google*, com duração máxima de 20 minutos, dessa maneira, estaremos contribuindo com o distanciamento social devido à pandemia pelo Sars-Cov-2.

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer prejuízo em seu trabalho na Unidade de Saúde da família ou no SUS. Sua identidade será mantida em sigilo e seu nome não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, devido ao possível desconforto emocional que poderá sentir ao responder alguma pergunta sobre os cuidados desenvolvidos com os idosos domiciliados, quando perguntado no questionário. No entanto, a fim de amenizá-los, você poderá optar por não responder a pergunta, de interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento e, caso deseje, será oferecido suporte emocional/psicológico do NASF no SUS para ser atendido em sua demanda.

Os benefícios deste estudo são gerar informação relevante para conhecer a situação

atual de saúde dos idosos domiciliados que permitirá a elaboração de propostas de reorganização dos cuidados familiares (informais) e profissionais (formais) na Estratégia Saúde da Família. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizadose o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisadorresponsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma das vias será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, identificado com N° \_\_\_\_\_(RG), fui informado dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa, de forma clara e detalhada e entendi a explicação e sabendo que não vou ganhar nada e posso sair quando quiser, **declaro que aceito participar**. Este Termo é assinado eletronicamente através do formulário respectivo no Google Forms.

Vitória da Conquista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) participante da pesquisa (profissional de saúde)*

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar a qualquer momento com o pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSB:

**Pesquisador(a) Responsável:** Antonio João de Araújo Xavier.

Departamento de Ciências Naturais/DCN. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Estrada do Bem Querer, Km 04. Bairro Universidade. Vitória da Conquista-BA. 45083-900. Fone: (77) 3424-8655 / E-mail: antonio.xavier@uesb.edu.br

**CEP/UFSB- Comitê de Ética em Pesquisa**

Campus Paulo Freire. Universidade Federal do Sul da Bahia. Telefone (73)3291-2089, e-mail: cep@ufsb.edu.br Endereço: Avenida Getúlio Vargas, no 1732 A, Bairro Monte Castelo, Teixeira de Freitas/BA, CEP 45996-108.

## MODELO PARA IDOSO

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) para participar da pesquisa “**Situação de saúde e de cuidados de idosos domiciliados na Estratégia Saúde da Família em Vitória da Conquista (BA)**”, desenvolvida pelo médico e aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia, **Antonio João de Araújo Xavier**. O objetivo do estudo é analisar como se encontra a situação de saúde dos idosos e como são realizados os cuidados para esses idosos no domicílio, tanto por parte da família como por parte dos profissionais da Unidade de Saúde da Família. Este estudo é importante devido à falta de informações sobre o tema, e servirá para ajudar a organizar os cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde para os idosos do território de saúde. Você estará sendo convidado a participar de uma entrevista por telefone, com duração máxima de 20 minutos, dessa maneira, estaremos contribuindo com o distanciamento social devido à pandemia do novo coronavírus.

Você não terá nenhum gasto financeiro, nem receberá qualquer quantia em dinheiro por sua participação. Você será esclarecido(a) em todas suas dúvidas e será livre de escolher se quer participar ou não desta pesquisa, podendo retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer prejuízo ou modificação na forma em que é atendido na Unidade de Saúde, e seu nome será protegido por anonimato, não sendo identificado em nenhuma publicação desta pesquisa. Este estudo apresenta risco mínimo, devido ao possível desconforto emocional que poderá sentir ao responder alguma pergunta sobre os seus cuidados desenvolvidos ou recebidos, quando perguntado na entrevista. Mas, será encaminhado para receber suporte psicológico/emocional do especialista do NASF caso você precise e demande esse atendimento ou poderá optar por não responder à pergunta ou interromper a entrevista se assim o desejar e a qualquer momento.

Esta pesquisa produzirá alguns benefícios como obter informação importante sobre a situação atual de saúde dos idosos que se encontram domiciliados, o que permitirá melhorar a reorganização dos cuidados profissionais oferecidos aos idosos pertencentes à Unidade de Saúde e também, melhorar a educação em saúde para os idosos e seus cuidadores. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados e o material que indique sua

participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por 5 anos, e depois desse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma das vias será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será entregue a você.

Eu, \_\_\_\_\_, identificado com N° \_\_\_\_\_(RG), fui informado dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa, de forma clara e detalhada e entendi a explicação e sabendo que não vou ganhar nada e posso sair quando quiser, **declaro que aceito participar (por meio de gravação de meu áudio)**. Este Termo é assinado em duas vias, uma assinada por mim (participante), por meio de gravação de meu áudio, e pelo pesquisador, por meio de arquivo digital, ficando uma via com cada um de nós. Considerando os direitos dos participantes (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 9º) e compreendendo que serei entrevistado portelefone, decido:

Sim, autorizo a divulgação da minha voz.  
divulgação da minha voz.

Não, não autorizo a

Vitória da Conquista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável*



\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) participante da pesquisa (idoso)*

(impressão digital)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar a qualquer momento com o pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSB:

**Pesquisador(a) Responsável:** Antonio João de Araújo Xavier.

Departamento de Ciências Naturais/DCN. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Estrada do Bem Querer, Km 04. Bairro Universidade. Vitória da Conquista-BA. 45083-900. Fone: (77) 3424-8655 / E-mail: antonio.xavier@uesb.edu.br

**CEP/UFSB- Comitê de Ética em Pesquisa**

Campus Paulo Freire. Universidade Federal do Sul da Bahia. Telefone (73)3291-2089, e-mail: cep@ufsb.edu.br Endereço: Avenida Getúlio Vargas, no 1732 A, Bairro Monte Castelo, Teixeira de Freitas/BA, CEP 45996-108.

## MODELO PARA CUIDADOR

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) para participar da pesquisa **“Situação de saúde e de cuidados de idosos domiciliados na Estratégia Saúde da Família em Vitória da Conquista (BA)”**, desenvolvida pelo médico e aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia, **Antonio João de Araújo Xavier**. O objetivo do estudo é analisar como se encontra a situação de saúde dos idosos e como são realizados os cuidados para esses idosos no domicílio, tanto por parte da família e seus cuidadores, como por parte dos profissionais da Unidade de Saúde da Família. Este estudo é importante devido à falta de informações sobre o tema, e servirá para ajudar a organizar os cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde para os idosos do território de saúde. Como cuidador principal do idoso, você estará sendo convidado a participar de uma entrevista por telefone, com duração máxima de 20 minutos, dessa maneira, estaremos contribuindo com o distanciamento social devido à pandemia do novo coronavírus.

Você não terá nenhum gasto financeiro, nem receberá qualquer quantia em dinheiro por sua participação. Você será esclarecido(a) em todas suas dúvidas e será livre de escolher se quer participar ou não desta pesquisa, podendo retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer prejuízo ou modificação na forma em que é atendido na Unidade de Saúde, e seu nome será protegido por anonimato, não sendo identificado em nenhuma publicação desta pesquisa. Este estudo apresenta risco mínimo, devido ao possível desconforto emocional que poderá sentir ao responder alguma pergunta sobre os cuidados recebidos pelo(a) idoso(a) no domicílio, seja por parte dos cuidadores ou dos profissionais de saúde, quando perguntado na entrevista. Mas, será encaminhado para receber suporte psicológico/emocional do especialista do NASF caso você precise e demande esse atendimento ou poderá optar por não responder à pergunta ou interromper a entrevistase assim o desejar e a qualquer momento.

Esta pesquisa produzirá alguns benefícios como obter informação importante sobre a situação atual de saúde dos idosos que se encontram domiciliados e os cuidados que eles recebem dos seus cuidadores e dos profissionais de saúde, o que permitirá melhorar a

reorganização dos cuidados profissionais oferecidos aos idosos pertencentes à Unidade de Saúde e também, melhorar a educação em saúde para os idosos e seus cuidadores. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados e o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por 5 anos, e depois desse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma das vias será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será entregue a você.

Eu, \_\_\_\_\_, identificado com N° \_\_\_\_\_(RG), fui informado dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa, de forma clara e detalhada e entendi a explicação e sabendo que não vou ganhar nada e posso sair quando quiser, **declaro que aceito participar (por meio de gravação de meu áudio)**. Este Termo é assinado em duas vias, uma assinada por mim (participante), por meio de gravação de meu áudio, e pelo pesquisador, por meio de arquivo digital, ficando uma via com cada um de nós. Considerando os direitos dos participantes (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 9º) e compreendendo que serei entrevistado portelefone, decido:

Sim, autorizo a divulgação da minha voz.

Não, não autorizo a divulgação da minha voz.

Vitória da Conquista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável*



(impressão digital)

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) participante da pesquisa (cuidador)*



Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar a qualquer momento com o pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSB:

**Pesquisador(a) Responsável:** Antonio João de Araújo Xavier.

Departamento de Ciências Naturais/DCN. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Estrada do Bem Querere, Km 04. Bairro Universidade. Vitória da Conquista-BA. 45083-900. Fone: (77) 3424-8655 / E-mail: antonio.xavier@uesb.edu.br

**CEP/UFSB- Comitê de Ética em Pesquisa**

Campus Paulo Freire. Universidade Federal do Sul da Bahia. Telefone (73)3291-2089, e-mail: cep@ufsb.edu.br Endereço: Avenida Getúlio Vargas, no 1732 A, Bairro Monte Castelo, Teixeira de Freitas/BA, CEP 45996-108.