

## ATENDIMENTO DOMICILIAR DA POPULAÇÃO IDOSA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS DESTA MODALIDADE

**Resumo:** O Atendimento Domiciliar é uma tendência mundial que vem sendo implementada como estratégia através do processo de desospitalização. Com o objetivo conhecer as potencialidades e desafios no Atendimento Domiciliar da população idosa, foi feita uma revisão integrativa sobre a temática nas bases de dados LILACS e SCIELO. Os resultados mostram que a população idosa atendida em domicílio é predominantemente do sexo feminino, cujos principais problemas são: Hipertensão Arterial, Acidente Vascular Cerebral e Demência. Como potencialidades, destacam-se a desospitalização, redução de infecções e aumento da autonomia. As estratégias estão voltadas à capacitação dos profissionais, utilização de tecnologias e integração com redes de atenção à saúde. Conclui-se que apesar dos desafios relacionados aos serviços de atendimentos domiciliares, esta modalidade tem muitas potencialidades, como a redução de custos em saúde e infecções, além do cuidado mais centrado no paciente e familiares.

**Descritores:** Atendimento Domiciliar, Assistência Domiciliar aos Idosos, Serviços de Cuidados Domiciliares.

Home care of the elderly population: potentialities and challenges of this modality

**Abstract:** Home care is a global trend that has been implemented as a strategy through the process of dehospitalization. With the objective of knowing the potentialities and challenges in the home care of the elderly population, an integrative review was made on the theme in the LILACS and SCIELO databases. The results show that the elderly population attended at home is predominantly female, whose main problems are: Arterial hypertension, cerebrovascular accident and dementia. As potentialities, we highlight the dehospitalization, reduction of infections and increased autonomy. The strategies are focused on training professionals, using technologies and integrating with health care networks. It is concluded that despite the challenges related to home care services, this modality has many potential, such as the reduction of health costs and infections, in addition to the care more centered on the patient and family.

**Descriptors:** Home Care, Home Assistance to the Elderly, Household Services.

Atención domiciliar para la población de personas mayores: potencialidades y desafíos de este modo

**Resumen:** La Atención Domiciliar es una tendencia global que se ha implementado como estrategia a través del proceso de deshospitización. Con el objetivo de conocer las potencialidades y retos en el cuidado domiciliar de la población anciana, se realizó una revisión integradora del tema en las bases de datos LILACS y SCIELO. Los resultados muestran que la población de edad avanzada atendida en casa es predominantemente femenina, cuyos principales problemas son: hipertensión arterial, accidente cerebrovascular y demencia. Como potencialidades, se destacan la deshospitización, la reducción de infecciones y el aumento de la autonomía. Las estrategias se centran en la formación de profesionales, el uso de tecnologías y la integración con redes de atención médica. Se concluye que a pesar de los desafíos relacionados con los servicios de cuidado en el hogar, esta modalidad tiene muchos potenciales, como la reducción de los costes sanitarios y las infecciones, además de la atención más centrada en el paciente y la familia.

**Descritores:** Atención Domiciliar, Asistencia domiciliar a ancianos, Servicios para el hogar.

**Ana Priscila Feitosa Define**

Pós Graduada do Curso de Administração Hospitalar do Centro Universitário São Camilo.  
E-mail: ana.define@globocom

**Celia Maria Francisco**

Doutora em Ciências da Saúde (EEUSP), Especialista em Geriatria e Gerontologia (UNIFESP), MBA em Gestão de Saúde (USP). Docente do Centro Universitário São Camilo.  
E-mail: celia.francisco@prof.saocamilo-sp.br

**Mayonne Beatrice Kpoghomou**

Pós Graduada do Curso de Administração Hospitalar do Centro Universitário São Camilo.  
E-mail: mayonnebea@yahoo.fr

Submissão: 21/06/2019  
Aprovação: 30/10/2019

**Como citar este artigo:**

Define APF, Francisco CM, Kpoghomou MB. Atendimento domiciliar da população idosa: potencialidades e desafios desta modalidade. São Paulo: Revista Recien. 2019; 9(28):113-122.

## Introdução

Com o aumento da expectativa de vida, a população idosa vem crescendo mundialmente. Este cenário não é diferente no Brasil, o país vem enfrentando um aumento rápido da sua população em processo de envelhecimento nos últimos 50 anos, fato que altera significativamente sua estrutura social, principalmente a do sistema de saúde<sup>1,2</sup>.

Esta transição demográfica com um envelhecimento populacional cada vez mais acentuado caracteriza uma mudança no perfil epidemiológico da população, com o aumento de doenças crônicas não transmissíveis e seus agravos, o que desencadeia gastos mais elevados nos sistemas hospitalares. Associado a este fenômeno, estão as tecnologias em saúde, a procura excessiva por cuidados de saúde e o interesse dos profissionais de saúde por novas áreas de pesquisas e atuação, que contribuíram para o aumento da expectativa de vida<sup>1,2</sup>.

Além das inúmeras modificações anatômicas e fisiológicas do organismo, que associado ao comprometimento da funcionalidade, torna a população idosa frágil e vulnerável, o que exige políticas públicas e estratégias que visam melhor qualidade de vida para os idosos<sup>1</sup>.

Dentro deste contexto, surgiu a necessidade de ofertar serviços de saúde que priorizassem o atendimento aos idosos, com a exigência por maior privacidade, individualização e humanização da assistência à saúde, além da necessidade de maior integração da equipe profissional com o cliente e sua família<sup>3</sup>.

Entretanto, entre os serviços ofertados, destaca-se o Atendimento Domiciliar (AD) que historicamente

já existe desde os primórdios, no qual a assistência era realizada no domicílio do paciente ou do próprio médico. Consta que na Europa e América do Norte, o AD surgiu de forma organizada de cuidado em 1947 com o objetivo de descongestionar os hospitais, e que no Canadá este tipo de serviço funciona desde os anos 60<sup>3</sup>.

Contudo, a internação hospitalar ainda é um recurso muito utilizado na atenção à saúde do idoso, e seu uso repetido e prolongado, podem trazer consequências negativas à saúde, como diminuição da capacidade funcional, aumento da fragilidade, infecção hospitalar, entre outros. Acredita-se que a hospitalização em idosos deveria ser a última opção indicada, quando esgotadas outras ações para o manejo adequado dos agravos à saúde<sup>4,5</sup>.

Por isso, o AD é uma tendência mundial que vem sendo implementada como estratégia através do processo de desospitalização. Isto, contribui na diminuição do risco para infecções, reduz custos hospitalares, otimiza os leitos hospitalares, e proporciona maior conforto para o paciente e sua família<sup>6,4</sup>.

Esta modalidade de AD é considerada um seguimento de saúde que também propõe a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação no âmbito do processo saúde-doença a partir de cuidados prestados em domicílio, garantindo a continuidade dos cuidados prestados nos hospitais, visando atender às necessidades de saúde da população idosa com custo-efetividade<sup>7</sup>.

Portanto, considerando a importância deste serviço, o ministério da saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil por meio da Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011 e

modificada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, a Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012 e a seguir a Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013 que regulamentam o AD no país e a portaria nº 825, de 2016 que está em vigor<sup>1</sup>.

*A Política Nacional de Atenção Domiciliar contextualiza a atenção domiciliar (AD) no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde”<sup>1</sup>.*

No entanto, apesar da AD ganhar destaque nas práticas de saúde, ela ainda não está integralmente inserida nos sistemas de atendimento à saúde e na capacitação dos profissionais de saúde<sup>7</sup>. Por outro lado, como benefícios, AD possibilita a participação ativa proporcionando a satisfação das necessidades naturais do usuário influenciando na recuperação da saúde e alcance do bem-estar<sup>6,7</sup>.

Trata-se de um atendimento que surgiu em resposta à individualização da assistência prestada; aliada à possibilidade da pessoa dependente e a família manter maior controle sobre o processo de tomada de decisões relacionadas ao cuidado<sup>8</sup>. Em resumo, AD promove a autonomia do paciente; o conforto do lar; a relação com os profissionais da equipe; autoconfiança e qualidade de vida; satisfação das necessidades; manutenção na família e na comunidade como ambiente terapêutico<sup>7</sup>.

Com isto, este estudo torna-se relevante e teve como objetivo conhecer as potencialidades e desafios no AD da população idosa, visto que é uma estratégia importante no processo de cuidado prestado, principalmente entre os idosos, além da produção científica no Brasil ainda ser incipiente.

## Material e Método

Trata-se de uma revisão integrativa, que tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de estudos realizados sobre determinado assunto de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, além de possibilitar a inclusão de novas literaturas, podendo assim chegar a mais e diferentes conclusões, de acordo com os resultados obtidos<sup>8</sup>.

Foram seguidas as seguintes etapas: definição do objetivo da investigação; estabelecimento dos critérios para a obtenção da amostra; definição das informações a serem extraídas e categorização dos estudos; avaliação dos dados e interpretação dos resultados. Foram utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), da Biblioteca virtual em saúde (BVS) para as buscas no período de março à maio de 2019. Os descritores selecionados para esta pesquisa foram: Atendimento Domiciliar, Assistência Domiciliar aos Idosos, Serviços de Cuidados Domiciliares.

Com estes descritores encontrou-se 526 artigos. Posteriormente foram aplicados os critérios para a seleção da amostra como: estudo limitado aos humanos idosos, publicados no idioma português e inglês, texto completo disponível, publicados nos últimos dez anos que abordassem a temática: “Atendimento domiciliar ao idoso”. Após essa seleção, todos os estudos foram submetidos à leitura cuidadosa segundo aspectos relevantes para o estudo, como: título do estudo; periódico; ano de publicação; temática central. Após leitura na íntegra e análise minuciosa selecionou-se 20 estudos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos nesta pesquisa.

A fim de garantir a fidedignidade e a consistência da análise, os estudos passaram individualmente por criteriosa revisão e, dessa forma, foram definidos três eixos temáticos. Para melhor distribuição dos artigos, levaram-se em consideração, especialmente, os resultados apresentados nos estudos, sendo apresentados em quadro categorizado por meio da descrição dos conteúdos.

## Resultados e Discussão

A partir dos vinte estudos selecionados, foi possível estabelecer eixos temáticos: perfil da população atendida em domicílio (Eixo 1), estratégias propostas pelos Serviços de AD no cuidado da população idosa (Eixo 2) e potencialidades e desafios do atendimento domiciliar da população idosa (Eixo 3), conforme apresentados no quadro 1.

### Eixo 1 - E1 - Perfil da população atendida em domicílio

**Quadro 1.** Eixos temáticos de acordo com os estudos selecionados em base de dados SCIELO e LILACS. São Paulo, 2019.

ESTUDOS	RESULTADOS	EIXOS
Wachs LS, Nunes BP, Soares MU, Facchini LA, Thumé E, 2016 <sup>14</sup>	Os resultados destacam a maior utilização do AD por idosos mais vulneráveis.	<b>EIXO 1</b>
Yonekura T, Silva CA, Godoi GA, 2017 <sup>16</sup>	O grupo com pior condição social possuía a maioria dos usuários atendidos, sem ou com até três anos de escolaridade, de cor negra ou parda, imigrantes da região nordeste, da religião evangélica e propriedade da residência alugada ou cedida.	
Savassi LCM, 2016 <sup>2</sup>	A PNAD representou um avanço ao reconhecer a APS como responsável pela AD1 numa lógica de cuidados contínuos crescentes, mas as lacunas entre equipes de AD e APS, de formação profissional, e de sobrecarga de tarefas persistem.	<b>EIXO 2</b>
Lima AAD, Spagnuolo RS, Patrício KP, 2013 <sup>3</sup>	Revelou poucos estudos referentes à AD na dinâmica social de idosos e a necessidade de ampliar as discussões para além do campo da saúde.	
Silva KL, Sena RR, Feuerwerker LCM, Souza CG, Silva PM, Rodrigues AT, 2013 <sup>21</sup>	A AD na saúde suplementar é permeada por tensões que evidenciam a urgência de maior regulamentação no campo.	
Castro Villas Bôas ML, Eri Shimizu H <sup>22</sup>	O tempo gasto no AD revelou a complexidade desse modelo e a potencialidade para subsidiar o dimensionamento de pessoal e reorganização do serviço.	
Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, de Cota Freitas LF <sup>20</sup>	O trabalho desenvolvido no PAD possui interface com outros pontos da rede de atenção à saúde, sendo considerado significativo para se efetivar os princípios doutrinários do SUS.	<b>EIXO 3</b>
Silva KL, Silva YC, Lage ÉG, Paiva PA, Dias OV, 2017 <sup>23</sup>	Foi possível compreender que, na perspectiva dos usuários, o AD apresenta novas relações que ampliam o acesso, a autonomia e a qualidade de vida do usuário.	
Vasconcelos JF, Ferreira CN, Santana CES, Souza CR, Valente MLF, 2015 <sup>4</sup>	Constata-se que a principal razão para a obtenção da economia é a possibilidade de oferecer um tratamento em regime domiciliar	
Santos LR, Leon CGRMP, Funghetto SS, 2011 <sup>6</sup>	O AD vem se tornando imprescindível para reduzir custos hospitalares, permanência hospitalar, número de re-internações e de complicações clínicas, bem como o aumento da participação da família no cuidado ao paciente, proporcionando melhor qualidade de vida.	<b>EIXOS 1-2</b>
Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS, 2010 <sup>9</sup>	AD foi estatisticamente associada à história prévia de AVC, à presença de sinais de demência e à incapacidade para as atividades da vida diária.	
Ferreira FPC, Bansi LO, Paschoal SMP, 2014 <sup>12</sup>	A população atendida é predominantemente do sexo feminino, com idade avançada e recebe assistência multiprofissional. Os serviços de AD e o Programa Acompanhante de Idosos valorizam a manutenção da família e da comunidade como ambiente terapêutico, postergando a institucionalização.	<b>EIXOS 1-3</b>
Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC, 2016 <sup>11</sup>	Há um déficit na oferta de serviços de AD no contexto nacional considerando as demandas por cuidados e necessidades de saúde que se apresentam.	
Biscione FM, Szuster DAC, Drumond EF, Ferreira GUA, Turci MA, Lima Júnior JF, et al., 2013 <sup>13</sup>	Visitas domiciliares regulares de médico e enfermeiro aumentam significativamente o tempo livre de hospitalização nos pacientes assistidos.	
Day CB, Paskulin L, 2013 <sup>15</sup>	A mortalidade foi menor em pacientes que receberam AD e houve redução de custos.	
Freitas IBA, Meneghel SN, Selli L, 2011 <sup>17</sup>	Escutar os diálogos travados entre equipe e cuidadores defrontou-nos com a contradição presente no discurso institucional que ao mesmo tempo que estimula o cuidado de si impõe normas, deveres e fazeres.	<b>EIXOS 1-2- 3</b>
Pozzoli SML, Cecílio LCO 2017 <sup>18</sup>	A alteridade vivida pelos cuidadores e a sobrecarga de responsabilidades são algumas expressões captadas no campo de pesquisa que indicam a necessidade de associar serviços de saúde a serviços de apoio sociais.	
Oliveira Machado D, Silva FM, Mahmud SJ, Fengler FL, Paskulin LMG, 2014 <sup>10</sup>	A maioria era do sexo feminino e idade superior a 65 anos, sendo as principais patologias: tromboembolismo e AVC. As demandas centrais de cuidado de enfermagem foram realização de curativos e monitoramento da glicemia capilar.	
Silva A E, Sena RR, Braga PP, Paiva PA, Dias OV, 2017 <sup>7</sup>	Os gestores de saúde dos municípios estudados têm superficial conhecimento sobre as potencialidades da AD, embora demonstrem conhecimento quanto às políticas implementadas pelo Governo Federal.	



Os estudos mostram que o perfil que mais se beneficiam mais com os programas de AD abrange a população idosa, do sexo feminino, com doenças crônico-degenerativas e neurodegenerativas, além de outros problemas como quedas, problemas de locomoção, demandas da vida diária e internações hospitalares recentes, quadro 1.

São pacientes frágeis, em condições econômicas desfavoráveis, baixa escolaridade, de cor negra ou parda, com alto grau de vulnerabilidade social, ética e cultural.

O envelhecimento da população e a transição epidemiológica dão origem a diferentes problemas sociais ocasionando o surgimento de um novo perfil de demandas por cuidados específicos de saúde, trazendo desafios e orientando a busca por formas de cuidado que podem fornecer cobertura para o atual cenário. Neste contexto a AD ganha ascensão pois é uma modalidade de atendimento com “expertise” em monitorar, prevenir, manter, tratar ou restaurar a saúde dos indivíduos, através de ações realizadas no ambiente doméstico<sup>9,10,11</sup>.

Com o passar do tempo e o envelhecimento, as doenças crônicas e degenerativas como: hipertensão arterial, diabete mellitus, doenças renais, entre outras, passam a exigir cuidados contínuos e de longa duração<sup>9, 11</sup>.

Neste cenário, a AD surgiu como uma categoria de atenção à saúde do idoso, levando em consideração o perfil demográfico e as ocorrências epidemiológicas de cada região. Esta assistência é oferecida para idosos frágeis e vulneráveis, com agravos de saúde, senilidade, dependência funcional, transtornos mentais e rede familiar precária<sup>12</sup>.

O perfil dos pacientes idosos elegíveis ao PAD, é fortemente influenciado pela maior dependência para as atividades da vida diária - tais como alimentação, banho, problemas de locomoção, portadores de polipatologias crônicas e quadros demenciais, o que tem imposto rearranjos familiares, contratação de pessoas ou serviços para atendimento às necessidades cotidianas desta população<sup>11,13</sup>.

São pacientes com doenças neurodegenerativas como demência, por exemplo, aqueles que se alimentam pela via enteral, submetido a oxigenioterapia suplementar, a presença de úlcera de pressão e o antecedente de internação hospitalar recente<sup>13</sup>.

Observa-se que na maioria dos estudos os usuários sob cuidados de uma equipe AD, são idosos e admitidos por problemas de locomoção, feridas, problemas respiratórios, uso de antibióticos, suporte ventilatório, e necessidade de monitorar os níveis de glicemia<sup>10,13</sup>.

Ocorre que historicamente a AD vem passando por diversos cenários em relação aos perfis de atendimentos, envolvendo cuidados a pacientes com lesões cutâneas, graves distúrbios neurológicos, pacientes que precisavam de tratamentos paliativos, bem como a desospitalização de pacientes depois de longos períodos de internação<sup>10</sup>.

Associa-se à ao perfil de AD, a população idosa, sexo feminino, hipertensão arterial, diabetes mellitus, quedas, hospitalizações ou ter estado acamado em algum momento nos últimos 30 dias, e história de doenças crônicas<sup>9,10,14</sup>.

Os estudos também mostram que a maioria dos usuários atendidos são do sexo feminino. Este fato está relacionado ao reflexo do crescimento desigual da

expectativa de vida entre os sexos, com percentual mais elevado entre as mulheres. No entanto, observa-se que doenças cardíacas é uma patologia prevalente em homens e sua incidência aumenta com a idade, aumentando a prevalência desta população no AD<sup>13, 15,16</sup>.

Um importante achado, e que requer mais estudos, é a prevalência de AD que aumenta linearmente com a idade, e diminuiu em função do aumento da escolaridade e da situação econômica<sup>14</sup>.

Estas dificuldades de ordem econômico-social como alto custo do tratamento, distanciamento de familiares, tem sido reconhecido como perfil de doente que deve receber o atendimento pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)<sup>16,17</sup>.

Outros apontamentos foram encontrados na literatura em relação ao perfil de idosos atendidos no AD, estes podem viver em um cenário de disfunção familiar, negligência dos familiares, além da exploração financeira, concluindo que existe vulnerabilidade ética, social e cultural nesta situação<sup>18</sup>.

Em suma, além das doenças crônicas não transmissíveis com agravos que atingem a população idosa, associa-se ao perfil atendido em AD os usuários do sexo feminino, e em condições socioeconômicas desfavoráveis.

## **Eixo 2 - E2 - Estratégias propostas pelos Serviços de AD no cuidado da população idosa**

No quadro 1, observa-se que neste modelo de atendimento as estratégias estão voltadas para a formação de profissionais; a utilização de sistemas informatizados de gestão para horizontalizar os processos de trabalho das equipes, sinalizar riscos e permitir uma visão abrangente do paciente; o dimensionamento adequado dos profissionais para o

AD e o planejamento, coordenação e avaliação das ações em AD para um processo de cuidados contínuo e articulado com as redes de atenção no âmbito do SUS.

A valorização da família e da comunidade e a regularidade de visitas também compõem a estratégia de AD para que o cuidado aconteça dentro do contexto do paciente favorecendo a recuperação como um todo.

A modalidade de AD, começa a despontar como uma das maneiras mais efetivas para substituir o atual modelo de saúde, transformando algo fragmentado e de custos altos em uma otimização da utilização de recursos, qualificação do cuidado e um tratamento de maior integralidade, centrado no usuário e em suas necessidades<sup>7</sup>.

Trata-se de uma modalidade assistencial substitutiva ou complementar às existentes que visa promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação prestadas em domicílio. Mas existem divergências na organização dos serviços de AD no País porque atuam de forma não sinérgica, com retrabalho, o que dificulta a continuidade e a qualidade do cuidado<sup>19,20</sup>.

No entanto, importantes políticas têm sido evidenciadas, como em 2011, quando o Ministério da Saúde redefiniu o AD no âmbito do SUS e enxergou a Atenção Primária a Saúde e o SAD como organizações integradas de cuidados, propondo níveis de complexidade clínica e tecnológica, delimitando o cuidado entre os serviços<sup>2,7</sup>.

Para tal, organizou as ações da APS como o nível 1 da AD1 (usuários com baixa complexidade atendidos mensalmente nas Unidades Básicas de Saúde) e que se integram a outros dois níveis, a AD2 (Usuários de

média complexidade atendidos semanalmente através do SAD) e AD3 (usuários de alta complexidade, com dificuldade física de locomoção até uma UBS, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde<sup>2,7</sup>.

Ainda em 2011, a Política Nacional de AD promoveu a acessibilidade à inúmeros locais antes sem acesso, proporcionando aos usuários menos riscos de infecção hospitalar, por exemplo<sup>7</sup>.

Além disso, o AD integra desde 2011 a Rede de Urgência e Emergência (RUE) com o título “Programa Melhor em Casa”. Também considerada uma modalidade de AD integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), apresenta ações de prevenção, tratamento, reabilitação, palição e promoção da saúde, sendo desenvolvido através do SAD e composto por Equipes Multidisciplinares. O programa também compreende que o cuidador é uma pessoa apta para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades cotidianas<sup>19</sup>.

Outra estratégia, é o sistema de informação (SI), ferramenta que potencializa a organização dos serviços de AD, como a gestão da informação entre equipes, possibilitando uma prática de vigilância em saúde pelos profissionais de saúde, reduzindo a superlotação das emergências com a transição dos cuidados hospitalares<sup>19,20</sup>.

Considera-se que o AD visa a restauração da saúde e adaptação dos doentes para restabelecer sua independência, manter sua autonomia, reintegrá-los em seu núcleo familiar, resgatando sua identidade e convívio social, ou seja, garantir a humanização das ações em saúde e a preservação da capacidade

funcional do indivíduo em esferas socioculturais, psicológicas e familiares<sup>3</sup>.

A proposta do AD é um cuidado individualizado, favorecendo a sua recuperação não apenas biológica e sim como um todo. O diferencial do AD para o atendimento hospitalar é a assistência recebida em casa resultando em um cuidado integral e humanizado, melhorando a qualidade de vida do paciente e da família<sup>21</sup>.

Estudos que possibilitem a análise do tempo gasto pela equipe multiprofissional em serviço de AD, também poderá subsidiar o dimensionamento adequado de profissionais de saúde e a infraestrutura necessária para atender às especificidades do serviço, e de um modo geral, o planejamento e organização do serviço<sup>22</sup>.

O AD na maioria das vezes trabalha em conjunto com um cuidador responsável, formal ou informal e o trabalho de equipe multidisciplinar que permite o desenvolvimento e adaptação de funções, favorecendo a autonomia e independência funcional do paciente e melhorando a qualidade de vida<sup>9,12</sup>.

Fazer uma avaliação sistêmica levando em consideração situação econômica, familiar e social são competências do Profissional Visitador. As atividades dos profissionais de saúde que atuam em AD, podem eventualmente ter que lidar com características específicas como falta de acesso geográfico, maior integração com comunidades e adaptação aos limites impostos pelo modo de vida daquela população<sup>2</sup>.

Este profissional deve possuir competências específicas para o AD como protagonismo e criatividade para estabelecer uma atuação eficaz pois cuidará de pessoas com restrições, situações de disfuncionalidade ou de vulnerabilidade familiar<sup>2</sup>.

Os serviços de AD vão desde cuidados pessoais de atividades de vida diária até o uso de alta tecnologia hospitalar com rede de apoio para diagnóstico e outras medidas terapêuticas, além de suporte comunitário e realização de tarefas externas<sup>12</sup>.

Enfim, as estratégias utilizadas no AD, exige uma gestão com planejamento, logística, tecnologias em saúde, informatização, avaliação das necessidades biopsicossociais e profissionais qualificados.

### **Eixo 3 - Potencialidades e desafios do atendimento domiciliar da população idosa**

A maioria dos artigos enfatizam como vantagem a diminuição de internações reduzindo custos hospitalares e infecções; a ampliação do acesso ao cuidado; aumento da autonomia e qualidade de vida em virtude da maior participação da família e recebimento de um cuidado mais humanizado além da redução da mortalidade quando optam pelo AD, quadro 1.

Este modelo traz também desafios estruturais, pois convive com sérios problemas de recursos que gera conflitos e fraca interação entre gestores e pessoal de campo comprometendo a qualidade do serviço.

As ações em AD têm como proposta atender necessidades básicas humanas trazendo conforto e satisfação, gerando um equilíbrio biopsicofisiológicos<sup>23</sup>.

Outro benefício é a possibilidade de reduzir infecções hospitalares e a recuperação do paciente em sua casa, no meio familiar e em sua realidade social, o que demonstra a real contribuição da modalidade de AD como parte do SUS<sup>10</sup>.

Por isso este sistema conhecido também como Home Care vem sendo implementado em hospitais

através do processo de desospitalização e ocasiona diminuição do risco de contrair infecções um dos principais problemas a saúde que aumenta o tempo de permanência e o custo com antibióticos<sup>4</sup>.

Essa redução dos riscos de infecção gera economia com os custos da hospitalização, racionalização dos leitos hospitalares, reduz os custos da assistência, proporciona maior conforto para o paciente e sua família e torna o cuidado mais humanizado<sup>4,13</sup>.

Apesar das avaliações da efetividade da AD ainda serem incipientes, há evidências dos benefícios relacionados à melhora na qualidade de vida, redução da mortalidade e admissão em instituições de longa permanência; os efeitos sobre o risco de internação hospitalar<sup>13</sup>.

Por exemplo, observou-se que o aumento da frequência de visitas domiciliares funcionou como fator protetor para internação nos pacientes do PAD, ou seja, a frequência de visitas domiciliares dos profissionais de saúde comparadas à frequência de internação hospitalar dos pacientes em AD mostrou-se como um indicador de efetividade<sup>13</sup>.

A AD também pode proporcionar a redução do risco de ocorrência de evento fatal e com isso a melhora na qualidade de vida de pacientes e queda de mortalidade dos idosos<sup>15</sup>.

Outros autores concordam que AD tem demonstrado vários benefícios para os usuários, porém, consideram também um grande desafio atender o número de idosos que poderiam se beneficiar do serviço de AD e não conseguem pois a quantidade de idosos necessitados é muito maior quando comparado ao de trabalhadores qualificados que desejam trabalhar com essa modalidade<sup>11</sup>.



A partir dessas constatações, evidencia-se a necessidade quantitativa e qualitativa de trabalhadores para o AD, para dar sustentabilidade deste modelo de atenção em conformidade com as mudanças demográficas e epidemiológicas e a fim de garantir a AD de acordo com a complexidade do cuidado demandado<sup>11</sup>.

Outros desafios para o AD abrange o desenvolvimento de estratégias para lidar e melhorar o cenário que se apresenta em relação aos cuidadores informais, a maioria são mulheres idosas, que cuidam de seus familiares, idosos e dependentes, de forma continuada e muitas vezes sem suporte de outros no âmbito familiar e social<sup>11,17,18</sup>.

Ocorre que surge a sobrecarga do cuidador informal decorrente de eventos estressantes que provocam impactos biopsicossociais, como a depressão, a fadiga, a perda de sono, falta de tempo para si, sobrecarga emocional e financeira, conflitos familiares, sentimentos de escravidão e desamparo no processo de cuidar, desespero pela falta de conhecimento sobre patologias que atingem o doente e técnicas inerentes ao cuidado<sup>11,17,18</sup>.

Um outro problema apontado em um estudo é a diferença de visão entre os administradores e os coordenadores de campo quanto as necessidades dos serviços. Ocorre que a dificuldade na disponibilização de recursos, faz com que a gestão destes recursos pelos coordenadores seja contrária às orientações dos gestores. Esta falta de harmonia entre os profissionais que possuem cargos estratégicos impacta negativamente na operação do AD e compromete a qualidade do serviço<sup>7</sup>.

Para superar essa visão equivocada é necessário analisar todas as etapas do processo, identificando os

problemas, o que resultaria em decisões mais assertivas. Isso ocorre porque historicamente o SUS, preconiza a integralidade do cuidado à saúde, mas convive com problema de recursos<sup>7</sup>.

Apesar dos desafios estruturais o AD é um ponto importante nas Redes de Atenção à Saúde, pois permite superar dificuldades de acesso na rede, dando atendimento, facilitando diagnósticos e garantindo transporte e insumos para o cuidado. O Programa Melhor em Casa amplia o acesso e a qualidade de vida dos usuários, focando nas necessidades e dando autonomia<sup>23</sup>. Entretanto, esta realidade exigirá a tomada de novos caminhos, com a adoção de modelos de serviços de apoio social inovadores que servirão às diversas concepções de AD<sup>18</sup>.

Contudo, e apesar dos desafios para os gestores e profissionais de saúde que atuam nesta modalidade, o AD ainda é um modelo de saúde que apresenta vantagens para os Sistemas de Saúde, usuários e familiares.

## **Conclusão**

Apesar dos desafios relacionados aos serviços de atendimentos domiciliares, esta modalidade tem muitas potencialidades, como a desospitalização, redução dos custos em saúde e das infecções, além do cuidado mais centrado no paciente e familiares. Entretanto, os desafios em AD são melhorar o déficit quantitativo e qualitativo de profissionais para atender a demanda de idosos que necessitam de cuidados em domicílio, diminuir a sobrecarga dos cuidadores informais e reduzir o déficit nos recursos materiais e estruturais relacionadas à gestão. Em suma, considerando as potencialidades e desafios do AD, é necessário desenvolver novas ferramentas gerenciais específicas para esta modalidade.

## Referências

1. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do idoso), e legislação correlata. 5. ed., rev. e ampl. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara. 2017; 1-59.
2. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Med Família Comunidade*. 2016; 11(38):1-12.
3. Lima AAD, Spagnuolo RS, Patrício KP. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. *Psicologia em Estudo*. 2013; 18(2):343-51.
4. Vasconcellos JF, Ferreira CN, Santana CES, Souza CR, Valente MLF. Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida. *J Bras Econ Saúde*. 2015; 7(2):110-5.
5. Nunes BP, Soares MU, et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51:1-10.
6. Santos LR, Leon CGRMP, Funghetto SS. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16:855-63.
7. Silva AE, Sena RR, Braga PP, et al. Desafios nos modos de pensar e fazer gestão na atenção domiciliar em Minas Gerais. *Ciência Cuidado Saúde*. 2017; 16(1):1-7.
8. Mendes KDS, Silveira RCdCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
9. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(6):1102-11.
10. Machado DO, Silva FM, Mahmud SJ, et al. Care demands regarding home care service: a descriptive study. *Online Braz J of Nursing*. 2014; 13(3):353-61.
11. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21:903-12.
12. Ferreira FPC, Bansi LO, Paschoal SMP. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. *Rev Bras Geriat Gerontol*. 2014; 17(4):911-26.
13. Biscione FM, Szuster DAC, et al. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte/MG, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29:s73-s80.
14. Wachs LS, Nunes BP, Soares MU, et al. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32:e00048515.
15. Day CB, Paskulin L. Benefícios da atenção domiciliar ao idoso portador de dano crônico: revisão sistemática da literatura. *Rev Enferm UERJ*. 2013; 21(3):384-90.
16. Yonekura T, Silva CA, Godoi GA. A desigualdade social e o perfil de saúde dos idosos atendidos por um serviço de assistência domiciliar do município de São Paulo. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. 2017; 22(1):117-127.
17. Freitas IBA, Meneghel SN, Selli L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciência Saúde Coletiva*. 2011; 16:301-10.
18. Pozzoli SML, Cecílio LCO. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. *Saúde em Debate*. 2017; 41:1116-29.
19. Pires MRGM, Gottens LBD, et al. Sistema de informação para a gestão do cuidado na rede de atenção domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à continuidade assistencial no SUS. *Ciência Saúde Coletiva*. 2015; 20:1805-14.
20. Andrade AM, Brito MJM, et al. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(2):111-7.
21. Silva KL, Sena RR, Feuerwerker LCM, et al. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. *Saúde e Sociedade*. 2013; 22:773-84.
22. Castro Villas Bôas ML, et al. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(1):32-40.
23. Silva KL, Silva YC, Lage EG, et al. Por que é melhor em casa? a percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enferm*. 2017; 22(4):e49660.