

A ÓTICA DO PROFISSIONAL SOBRE A DOR TOTAL DE FAMILIARES/CUIDADORES QUE CUIDAM DE IDOSOS NO PROCESSO DE FINITUDE NO DOMICÍLIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

RESUMO

Ingrid Taliny Batista de Sousa¹

Prof. Helson Freitas da Silveira²

O presente trabalho busca relatar sob a ótica profissional como compreendemos a dor total de familiares/cuidadores que cuidam no domicílio de idosos no processo de terminalidade. O envelhecimento da população tem impactos importantes na saúde, apontando para a importância da organização da rede de atenção à saúde para a oferta de cuidados de forma integral. No Brasil o debate sobre as estratégias de inovação do cuidado em saúde é atual e relevante, pois a crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro tem estimulado o desenvolvimento de alternativas que contribuam para a produção da integralidade na rede de serviços de saúde. Uma das estratégias é a atenção domiciliar que é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Dessa forma, apresentamos um estudo do tipo relato de experiência e de natureza qualitativa, adotamos fontes de informações os registros do diário de campo. Nessa perspectiva, o presente trabalho mostrou que a atenção domiciliar é ferramenta que pode proporcionar ao paciente e seus familiares um cuidado diferenciado, de forma que o que está sob a atenção é o paciente, é a vida dele, seus desejos e vontades. Esperamos que compartilhando experiências nas práticas de saúde, possamos multiplicar e construir conhecimento.

Palavras-chave: Atenção Domiciliar; Cuidados Paliativos. .

¹ Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo de Maracanaú – CE.

² Orientadora de TCC do Curso de Especialização

ABSTRACT

This paper aims to report from a professional perspective how we understand the total pain of family members / caregivers who take care of the elderly in the terminality process. The aging of the population has important impacts on health, pointing to the importance of organizing the health care network to provide comprehensive care. In Brazil, the debate on health care innovation strategies is current and relevant, since the crisis of the Brazilian hospital care model has stimulated the development of alternatives that contribute to the production of integrality in the health services network. One of the strategies is home care, which is characterized by a set of actions for prevention and treatment of diseases, rehabilitation, palliation and health promotion, provided at home, ensuring continuity of care. Thus, we present a study of the type experience report and of qualitative nature, we adopted sources of information the records of the field diary. From this perspective, the present study showed that home care is a tool that can provide patients and their families with differentiated care, so that what is under the care is the patient, his life, his desires and wishes. We hope that by sharing experiences in health practices, we can multiply and build knowledge.

Keywords: Home Care; Palliative Care.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (2018), o envelhecimento da população tem impactos importantes na saúde, apontando para a importância da organização da rede de atenção à saúde para a oferta de cuidados de forma integral. O cenário de transição demográfica e epidemiológica, caracterizado pelo crescente envelhecimento populacional e aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas³ colocou em evidência os cuidados no final da vida, demandando a reorganização dos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS e os sistemas de saúde suplementar⁴.

De acordo com Queiroz et al. (2013) com fenômeno da medicalização social que, está relacionada a importantes transformações socioculturais, políticas e científicas, a sociedade redefiniu suas experiências humanas com a saúde, incorporando dessa forma as normas e condutas biomédicas. A crescente interferência da Medicina no cotidiano do indivíduo, transformou a morte, um fenômeno humano antes compartilhado pela família e pela comunidade, em um acontecimento técnico próprio dos hospitais. Nesse sentido, compreendemos que a medicalização implica de forma importante na construção dos sentidos e significados de processos vitais, como saúde, doença e morte.

Com o avanço das tecnologias em saúde, houve uma intensificação dos processos de medicalização das diversas etapas da vida, como os métodos de fertilização artificial, acompanhamento e interferência na gestação, parto, envelhecimento e morte. Processos esses em sua maioria visam múltiplas forma de

³ As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países de nosso continente, incluindo o Brasil. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países de nosso continente, incluindo o Brasil. Disponível em: < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:conceito-doencas-cronicas-nao-transmisiveis&Itemid=463>. Acesso: 23 de set. 2019.

⁴ A saúde suplementar é de livre iniciativa e possui, diante das normas constitucionais, caráter complementar, sendo fiscalizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. A ANS, criada pela Lei 9.961/00, possui natureza jurídica de uma Autarquia com regime especial e é vinculada ao Ministério da Saúde. A lei que a instituiu deu autonomia à entidade, que age como “órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde”. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso: 25 de set. 2019.

intervenção na vida e sobre a forma de viver, bem como seu prolongamento (MENEZES, 2003). Diante disso faz-se necessário refletir até que ponto o uso dos recursos de alta complexidade e hospitalização dos indivíduos são viáveis aos sistemas de saúde e sobretudo aos pacientes e familiares.

No Brasil o debate sobre as estratégias de inovação do cuidado em saúde é atual e relevante, pois a crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro tem estimulado o desenvolvimento de alternativas que contribuam para a produção da integralidade na rede de serviços de saúde (FEUERWERKER E MERHY, 2008). Uma das estratégias é a atenção domiciliar (AD).

Atualmente a Portaria N° 825, de 25 de abril de 2016, redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas, explicando no Art. 2º que:

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Diante do exposto, a realização do presente estudo se justifica a partir da inserção em um cenário de trabalho voltado para atenção domiciliar, em quanto assistente social, em uma empresa de saúde suplementar. As inquietações do cotidiano na atenção domiciliar e as habilidades inerentes a formação, juntamente com esse processo formativo, me fez refletir na forma como os familiares lhe davam com os cuidados ao final da vida de seus entes, na perspectiva da ampliação da dor para além da doença aparente, mas no tocante a dor social que acomete vários cenários do relacionamento com o meio social.

Nesse sentido o objetivo geral desse trabalho busca relatar como compreendemos a dor total de familiares/cuidadores que cuidam de idosos no final da vida inseridos no serviço de atenção domiciliar de uma unidade privada em Fortaleza-Ce. E como objetivo específico relatar de que forma acontece o cuidado do familiar/cuidador com o idoso em fim de vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), os idosos começaram a ser alvo das Políticas Públicas. A Constituição tem como fundamentos a cidadania e a dignidade da pessoa humana, e tem por objetivo promover o bem de todos e eliminar quaisquer formas de discriminação ou de distinção de qualquer natureza. Em relação aos idosos, a Constituição atribui tal dever à família, à sociedade e ao Estado, de modo a assegurar sua participação na comunidade, dignidade, bem-estar e direito à vida. No âmbito familiar, cabe aos filhos maiores amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade (BATISTA et al, 2011).

2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

[...] Tempo Rei!
Oh Tempo Rei!
Oh Tempo Rei!
Transformai as velhas formas do viver[...].
(Gilberto Gil) 1970.

Nas últimas décadas o Brasil está passando por uma considerável mudança demográfica na perspectiva do envelhecimento populacional. Segundo (IBGE, 2018) a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, de acordo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Nesse sentido, não só no Brasil, mas no mundo todo vem se observando essa tendência de envelhecimento da população nos últimos anos. Ela decorre sobretudo pelo aumento da expectativa de vida decorrente da melhoria nas condições de saúde.

Embora o processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as Doenças Crônicas não Transmissíveis são frequentemente encontradas entre os idosos. A tendência é termos cada vez mais indivíduos idosos, que apresentarão DCNT associadas sendo um dos

principais fatores de risco para o prejuízo da capacidade intrínseca, bem como funcional (PEREIRA, 2016).

De acordo com (BATISTA et al, 2011), “as incapacidades podem conduzir o indivíduo à uma condição de dependência, à equipamentos específicos ou ajuda de outrem para a realização de atividades cotidianas”. Nesse sentido é que acompanhamento pelas equipes de saúde é importante para a sua qualidade de vida do idoso e de sua família, na busca pela integralidade do cuidado.

Diante desse cenário, estratégias vêm sendo implantadas ao longo dos anos com vistas a promover qualidade de vida à pessoa idosa e sua família nas situações em que se vivencia perda da capacidade.

Uma das estratégias é a AD que visa maximizar a permanência do idoso em seu lar e é um dos pilares para produção de cuidado integral e articulado com a realidade do usuário de sua família (PEREIRA, 2016). Antes de contextualizar o cenário do idoso na AD, faz se necessário explanar como se institucionalizou essa modalidade de cuidado a saúde.

2.2 ATENÇÃO DOMICILIAR – AD

[...] A casa é sua
Por que não chega logo?
Nem o prego aguenta mais
O peso desse relógio [...].

(Arnaldo Antunes / Gonçalves Filho) 2009.

De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde (2012), “o cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social. Diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, que implicam a convivência entre profissionais e cuidadores familiares”.

A atenção domiciliar como extensão do hospital,

Surgiu em 1947 no Hospital de Montefiore, no Bronx (Estados Unidos), para abreviar a alta hospitalar. A importância da assistência domiciliar nos Estados Unidos cresceu a partir da década de 1980 com o surgimento da

AIDS. A mudança do perfil epidemiológico e a necessidade de encontrar maneiras mais efetivas em termos de custo levaram à exploração da atenção domiciliar também em outros países ocidentais. **No Brasil**, a primeira forma organizada de assistência domiciliar foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado em 1949. No início da década de 1990, seguindo uma tendência mundial, surgiu o serviço organizado na forma de cuidado domiciliar (*home care*), concentrado em empresas privadas e nos grandes centros (FEUERWERKER E MERHY, 2008).

Nesse sentido é que a atenção domiciliar surge como possibilidade ao cuidado hospitalar, se tornando uma alternativa do domicílio ser novamente espaço para produção de cuidado e dessa forma promover diferentes experiências e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde.

Tendo a desospitalização como um dos eixos centrais da AD, dentre seus objetivos pode-se citar a minimização das intercorrências clínicas; “a diminuição do riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos”; oferecer suporte emocional por intervenção da equipe multidisciplinar para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; trabalhar o papel do cuidador (que pode ser parente ou alguém contratado), dentre outros aspectos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

De acordo com a Portaria N° 825, de 25 de abril de 2016, a organização da AD se dá em três modalidades, onde na AD 1 o usuário que, tendo indicação de AD, necessita de cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais. Já na AD 2 o paciente deve atender ao objetivo de abreviar ou evitar hospitalização e nesse sentido apresenta: afecções agudas ou crônicas agudizadas; afecções crônico-degenerativas; necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal e prematuridade e baixo peso em bebês. Na AD 3 pessoa com os agravantes da AD 2, em uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, transfusão sanguínea entre outros), demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Ainda de acordo com a Portaria N° 825, a equipe deverá ser constituída por, no mínimo, 3 (três) profissionais de saúde de nível superior, “com carga horária semanal mínima de 30 horas, eleitos entre as seguintes categorias: assistente

social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; odontólogo; psicólogo; farmacêutico; e terapeuta ocupacional”.

Segundo o Ministério da Saúde (2012) “a atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade – universalidade – equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde–doença”.

Nesse sentido é que se faz necessário considerar a pessoa que necessita desse cuidado, dentro de contexto holístico (social, cultural, espiritual, familiar e etc.) sob uma visão ética e compromissada com o respeito e a individualidade do paciente, bem como da família.

2.3 A FAMÍLIA E O IDOSO NA DOR TOTAL.

Entende-se por família um o grupo social natural ou não de um sistema amplo, dinâmico e complexo, “cujos membros pertencem a um mesmo contexto social compartilhado, lugar do reconhecimento da diferença e do aprendizado quanto ao unir-se ou separar-se e sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE ,2012).

Partindo dessa concepção ampla de família, faz necessário refletir que ao prestar a assistência a saúde no domicílio do idoso, os profissionais envolvidos adentram o seu espaço social privado e doméstico. Ambientes com complexas relações familiares, diferentes formas de experiências de vida e multifacetado. “A construção de ambientes mais saudáveis para a pessoa em tratamento envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares”. As situações simbólicas que fazem parte desse universo particular da família influenciam diretamente na saúde de seus membros. Assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade, reconstruindo relações e significados (MINISTÉRIO DA SAÚDE ,2012).

Na maioria das vezes não estamos preparados para vivenciar o declínio na saúde de um ente, seja ele mais novo ou mais idoso. As famílias que passam pela experiência de ter um ente hospitalizado normalmente ficam fragilizadas em vários aspectos. Percebe-se que o ambiente hospitalar, que é carregado de simbologias, marca nos familiares a sensação de impotência diante das situações.

A possibilidade do cuidado a saúde no lar traz ao paciente o apoio constante da família e a identificação do meio que o cerca. Nesse sentido, é no acompanhamento domiciliar que se identifica em que contextos está inserido o processo do envelhecimento dos pacientes, as necessidades de cuidados paliativos⁵, a identificação de fatores de resiliência, bem como a identificação das relações familiares importantes no processo de cuidado em saúde. Diante da vasta possibilidade de contextos a serem identificados, se faz necessário o preparo de profissionais que compreendam essas realidades para além do paciente e a doença, entendendo que enfrentamento da finitude (seja por causas naturais pela idade avançada ou por terminalidade por doenças crônicas) é algo que precisa ser refletido e trabalhado pela a equipe do AD (MARQUES E BUGARELLI, 2018).

Vivenciar o momento de finitude do outro é subjetivo e amplo. A variedade de significados que a dor desse processo imprimir na vida dos sujeitos envolvidos é única. Nesse sentido, de acordo com Krause, 2012, a definição “abrange tanto os aspectos somáticos quanto os psíquicos do ser humano”, ou seja, se deve acreditar na subjetividade daquele que sofre.

O conceito de dor total foi criado pela enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders, nascida em 22 de junho de 1918, na Inglaterra; que dedicou sua vida aos doentes fora de possibilidade de cura. Para ela, quando não era mais possível curar, era possível cuidar. (ANCP, 2017). Cicely Saunders explica à dor sob uma visão multidimensional onde:

O conceito de **Dor Total**, traz o componente físico da dor que pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, sociais e também espirituais. **A dor física** é a causa mais óbvia de sofrimento, de deterioração física, e quando severa, a dor propicia a degradação moral do indivíduo. **A dor emocional** ou psíquica leva à mudança do humor, à perda do controle sobre a própria vida, à desesperança, mas também leva a uma necessidade de redefinição perante o mundo. **A dor social** vem com o medo do isolamento e abandono, da dificuldade de comunicação, da perda do papel social exercido junto à família, aos colegas, e às perdas econômicas. **A dor espiritual** se reflete na perda do sentido e significado da vida, da esperança; é a "dor da alma". A espiritualidade não deve ser confundida com religiosidade. A espiritualidade está mais ligada às

⁵ Proteger. Esse é o significado de paliar, derivado do latim pallium, termo que nomeia o manto que os cavaleiros usavam para se proteger das tempestades pelos caminhos que percorriam. Proteger alguém é uma forma de cuidado, tendo como objetivo amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual. Por esse motivo, quando ouvir que você ou alguém que conhece é elegível a cuidados paliativos, não há o que temer (ANCP – ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2017). Disponível em: <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>> . Acesso em: 20 out 2019.

questões de razão, sentido e significado da vida, enquanto a religiosidade se relaciona com as questões de fé e transcendência, mas, nem por isto, menos importante (KRAUSE, 2012).

Ainda de acordo com Gasparine, 2018 a especificidade dos sujeitos é tão relevante que mesmo que mecanismos físicos que levam à dor sejam os mesmos em todos os pacientes, a marcar que a dor provoca em cada um deles é única e absolutamente subjetiva, uma vez que o cenário de vida em que ela ocorre é totalmente individual. Essa leitura também se faz aos familiares, pois cada familiar lida com o processo de finitude do seu idoso de maneira particular.

3 MÉTODO

Essa pesquisa por relato de experiência tem como finalidade relatar, sob a ótica profissional, a percepção de como se dar o cuidado do familiar/cuidador com o idoso no processo de finitude. Nesse sentido, o olhar, o ouvir e o escrever “podem ser questionados em si mesmos, embora, em primeiro momento, passam nos parecer tão familiares e, por isso, tão triviais, a ponto de sentirmo-nos dispensados de problematizá-los” faz-se necessário a desnaturalização do aparente (Oliveira, 2000).

O relato de experiência está baseado nas percepções vivenciada durante o período de janeiro de 2019 até setembro de 2019, momento da contratação pela empresa privada até os dias atuais. A equipe do SAD é composta por Médico de Saúde da Família, Enfermeira, Fisioterapeuta, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudióloga e Assistente Social.

De natureza qualitativa, como fontes de informações utilizamos os registros do diário de campo, trabalhando a desnaturalização dos fenômenos do cotidiano do pesquisador e a prática observacional. As anotações em diário de campo aconteciam nos deslocamentos entre uma residência e outra e após as visitas domiciliares, já na sala de trabalho.

Nas visitas individuais, realizamos uma avaliação social que visa de maneira geral dialogar, conhecer, e explorar a realidade sociocultural e familiar dos sujeitos, através de seu espaço de vivência. A visita domiciliar permite uma profunda análise, nos possibilitando a interpretação dos fatos para além da fala dos pacientes e cuidadores, permitindo uma visão sólida do ambiente em que vivem. O objetivo não

é fiscalizar ou invadir privacidade, mas sim dar subsídios para uma intervenção em equipe multidisciplinar mais efetiva.

Visando identificar quantos trabalhos temos acerca da temática no Brasil, na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS , usamos como palavra-chave “Atenção Domiciliar” e com o filtro de assunto principal: assistência domiciliar e serviços de assistência domiciliar. Foram encontrados 15 arquivos, com 14 trabalhos disponíveis; com a palavra-chave “Cuidados Paliativos” e com filtro de assunto principal cuidados paliativos, foram encontrados 87 arquivos com 70 disponíveis; com palavra chave. Na CAPES, com a primeira palavra chave foram encontrados 864 com a seleção dos últimos cinco anos e no segundo descritor encontramos 1.679 arquivos com a delimitação de cinco anos. Quando associado Dor total AND Cuidados Paliativos encontrou-se 66 periódicos nos últimos cinco anos.

A perspectiva da pesquisa nesses portais de referência na saúde é para termos a percepção do quanto a temática vem sendo abordada e dar maior embasamento ao estudo. Nesse sentido, observamos que o número de trabalhos que referente aos cuidados paliativos vem aumentando nos últimos cinco anos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O SAD com a equipe própria da empresa, estruturada em local com base fixa e com as profissões relatadas, iniciou em janeiro do ano vigente. A equipe própria nasceu da proposta dos gestores reduzir custos com profissionais e empresas terceirizadas (prestadores) e sobretudo acompanhar melhor a qualidade do serviço prestado aos seus clientes.

Os trabalhos iniciaram com as visitas nos domicílios (enfermeira e assistente social) explicando migração do atendimento dos terceirizados para equipe própria. A cada migração os demais profissionais realizavam o mapeamento dos pacientes por bairros de Fortaleza-Ce e construía rotas para viáveis para atender os pacientes migrados.

As visitas aconteciam em equipe e de forma individual onde médico, enfermeira, nutricionista e assistente social normalmente uma vez por mês e

fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional semanalmente. Todos os pacientes tinham pelo menos acompanhamento médico, enfermeiro e assistente social.

As interpretações expressas nesse relato de experiência referem-se a percepção dos autores sobre a dor total de familiares que cuidam de idosos no final da vida inseridos no serviço de atenção domiciliar.

4.1 A ÓTICA DO PROFISSIONAL SOBRE O CUIDADO DO FAMILIAR/CUIDADOR COM IDOSOS EM FIM DE VIDA

*Se queres partir ir embora
Me olha da onde estiver
Que eu vou te mostrar que eu to pronta
Me colha madura do pé [...]
O apego não quer ir embora
Díaxo, ele tem que querer
Ó meu pai do céu, limpe tudo aí
Vai chegar a rainha
Precisando dormir
Quando ela chegar
Tu me faça um favor
Dê um manto a ela, que ela me benze aonde eu for
(Maria Gadú), 2013.*

Percebemos durante as visitas que os familiares e/ou cuidadores contratados assumiam dupla função, onde se dividiam entre o cuidado com o idoso e afazeres domésticos. Nos relatos presenciados nas visitas a tarefa de cuidar se demonstrou mais abrangente e complexa, incluindo a abdicação da vida social do familiar cuidador.

Os familiares, que na maioria das vezes também são cuidadores, tendem a distanciar-se da vida social à medida que a dependência do idoso se acentua. Sobrecarregados físico e emocionalmente geralmente há modificação na vida daquele que se propõe (ou não tem escolha) a assumir o papel de cuidador. Entendemos que o estresse do cuidador pode ser fator de risco para um cuidado menos eficiente ao idoso (SOUZA, 2012).

Nas vistas realizadas percebemos que o familiar e ou cuidador é o elo entre a pessoa cuidada, os demais familiares e a equipe assistencial, sendo este fundamental, pois além de passar a maior parte do tempo com a pessoa idosa, ele é capaz de dar continuidade ao cuidado segundo as prescrições dos profissionais.

Salientamos a importância de compreender que os cuidadores também precisam de cuidados, pois nem sempre encontramos famílias com os vínculos fortalecidos. Houveram casos em que os afetos estavam tão fragilizados por problemas que atravessaram toda uma vida que as orientações do cuidado com a saúde dadas ao familiar/cuidador para serem praticadas com o paciente não tinha adesão, pois o paciente não aceitava receber “ordens” daquele familiar.

Com relação ao cuidado da saúde ser em casa, percebemos que o cuidado nessas condições traz satisfação da comodidade aos familiares de poder cuidar dos seus idosos sem sair de casa, reforçando o quanto é difícil o deslocamento do paciente com dificuldade de locomoção. A atenção no domicílio com o idoso beneficia, principalmente, àqueles comprometidos em sua independência e tem por objetivo possibilitar condições para reintegração do idoso em seu seio familiar ou de apoio, proporcionando assistência humanizada e integral, visando à qualidade de vida (SOUZA, 2012).

Sobre o processo da terminalidade, na perspectiva da dor total, compreendemos que, no que diz respeito a dor física, os familiares tendem a ter uma maior preocupação, pois é o que está mais aparentemente materializado no paciente. Percebemos que essa preocupação muitas vezes está simbolicamente envolvida da negação do avanço da finitude. Percebemos situações que mesmo a equipe evidenciando a morte iminente do paciente, os familiares preferiam realizar internamento hospitalar e se surpreenderam de forma significativa com a sua partida.

Diante disso percebemos que mesmo diante do processo de finitude as famílias precisam ser melhor conduzidas a possibilidade da morte de forma que possamos passar as famílias que os cuidados paliativos tem como um dos seus princípios não abreviar a vida, assim como compreende que as novas tecnologias não devem prolongar a vida de forma não natural, pois levar o paciente a procedimentos/tratamentos muitas vezes considerados sem benefícios e onerosos, a exemplo das admissões muito prolongadas em unidades fechadas, submete o idoso à uma rotina de procedimentos invasivos, quando espera-se que esse idoso possa estar confortável e perto da sua família (COSTA et al, 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*És um senhor tão bonito
Quanto a cara do meu filho
Tempo, tempo, tempo, tempo
Vou te fazer um pedido
Tempo, tempo, tempo, tempo*

*Compositor de destinos
Tambor de todos os ritmos
Tempo, tempo, tempo, tempo
Entro num acordo contigo
Tempo, tempo, tempo, tempo
(Caetano Veloso), 1979.*

A atenção domiciliar mostrou-se como uma ferramenta que pode proporcionar ao paciente e seus familiares um cuidado diferenciado, de forma que o que está sob a atenção é o paciente, é a vida dele, seus desejos e vontades, e não a doença e “quanto tempo” ainda lhe resta.

Observamos que mesmo trabalhando o processo de finitude com as famílias a forma cultural de como compreendemos a morte ainda interfere nos cuidados com a saúde. A ideia social de que o homem sempre precisa de mais tempo de vida está entranhada na nossa sociedade. Entretanto, faz necessário refletir que tempo de vida não é necessariamente qualidade de vida. É preciso respeitar a singularidade dos sujeitos, mesmo quando esses não tiverem mais condições de se colocar.

O papel da equipe da SAD está em poder oferecer autonomia do cuidado aos familiares/cuidadores, pois as decisões de como deve ser esse cuidado devem ser compartilhadas, de forma que a equipe de saúde e familiares possam juntos construir uma relação de confiança e empatia.

Embora a Agência Nacional de Saúde, não inclua a Atenção Domiciliar no rol de obrigações das operadoras de saúde, seja como forma de liminar (via judicial) ou por concessão da operadora, há alguns anos esse serviço é uma realidade para os planos de saúde e tem se mostrado além de uma possibilidade de diminuir os índices de internação, uma maneira melhorar a humanização do cuidado a saúde.

Esperamos que compartilhando experiências nas práticas de saúde, possamos multiplicar e construir conhecimento.

REFERÊNCIAS

ANCP – ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2017. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>> . Acesso em: 20 out 2019.

ARAÚJO, C.M. et al. ARTIGO: **Atenção domiciliar ao idoso na visão do cuidador: interface no processo de cuidar**. Rev. Enfermagem Revista. V. 16. Nº 02. .Maio/Ago. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12926>>. Acesso: 25 de set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, **Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus>> Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, **Portaria nº 825**. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html> Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde**. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso: 25 de set. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BATISTA, M. P. P. et al. Políticas Públicas para a população. Revista Terapia Ocupacional Univ. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 200-07, set./dez. 2011.

COSTA,M. F., SOARES, J. C. **Livre como uma borboleta: simbologia e cuidado paliativo** . 2 Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000300631>. Acesso em: 27 out. 2019.

COSTA et al. **Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos**. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/sdeb/2016.v40n108/170-177/>>. Acesso em: 27 out. 2019.

FEUERWERKER LCM, MERHY EE. **A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas**. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(3):180–8.

GASPARINE F. A. V. M. **O Hospital e suas Demandas para o Psicólogo** , 2018. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0451.pdf>>. Acesso em: 20 out 2019.

IBGE. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. In: Paradella, R. Editoria: Estatísticas Sociais Rio de Janeiro, IBGE, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>> Acesso em: 13 out. 2018.

KRAUSE L. H. **Dor No Fim Da Vida: Avaliar Para Tratar**. Vol. 11 , N. 2 - Cuidados Paliativos. Abr/jun 2012. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=323>. Acesso em: 20 out 2019.

MENEZES RA. **Tecnologia e “Morte Natural”: O Morrer na Contemporaneidade**. *Physis* 2003; 13(2): 129-147.

Marques, F. **Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: A perspectiva humana do profissional do SUS**, 2018. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/os-sentidos-da-atencao-domiciliar-no-cuidado-ao-idoso-na-finitude-a-perspectiva-humana-do-profissional-do-sus/17017?id=17017>>. Acesso em: 20 out 2019.

Pereira, B.A. O Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar. Brasília, 2016.

QUEIROZ et al. **ARTIGO ARTICLE: Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9):2615-2623, 2013, Ceará.