



UM ESTUDO SOBRE O DOMÍNIO PSICOLÓGICO E RELAÇÕES SOCIAIS DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA DE PAROBÉ/RS

Rosa Leães¹

Resumo: O envelhecimento da população demanda uma resposta abrangente da saúde pública. Contudo, o debate tem sido insuficiente e as evidências do que pode ser feito são limitadas. Com o aumento da população idosa, o serviço público tem investido em novos programas e políticas públicas voltadas para a pessoa idosa. Este estudo tem como objetivo principal analisar a percepção sobre os domínios psicológico e relações sociais com relação a qualidade de vida dos pacientes assistidos pelo Programa Melhor em Casa do Município de Parobé/RS. O delineamento desta pesquisa é descritivo, qualitativo e transversal. Foram participantes pacientes idosos ativos no Programa Melhor em Casa (06), pacientes que já foram atendidos pelo programa Melhor em Casa (03), familiares de pacientes em atendimento pelo Programa (04) e profissionais que atuam no Programa Melhor em Casa do Município de Parobé (04), totalizando 17 pessoas entrevistadas. Cabe salientar que as entrevistas, agendadas pela Coordenação do Programa Melhor em Casa, foram realizadas nas casas dos pacientes. No caso dos profissionais, esses foram entrevistados na Secretaria de Saúde do Município. Com base nas entrevistas semiestruturadas, avaliadas pela análise de conteúdo de Bardin, foi possível identificar que o atendimento domiciliar tem sido importante aliado na recuperação psicológica e na reinserção social dos pacientes idosos, conseqüentemente, contribuindo para a melhora da sua qualidade de vida. Importante ressaltar que a reinserção social desses pacientes está diretamente ligada a sua condição psicológica. Cabe salientar que estes pacientes são, na sua maioria, usuários apenas do Sistema Único de Saúde, não possuindo plano de saúde privado. É bom acrescentar ainda que a cobertura psicológica pela rede de serviços é atendida pelo Caps (Centro de Atendimento Psicossocial), o que, por sua vez, dificulta o acesso do paciente, ficando visível

¹ Mestre Diversidade Cultural e Inclusão Social Feevale

a necessidade de a equipe ter o atendimento deste profissional destinada aos pacientes vinculados ao Programa Melhor em Casa.

Palavras-chave: Idoso, qualidade de vida, relações sociais, emoções, Programa Melhor em Casa.

Abstract: The aging population requires a comprehensive public health response. However, the debate has been insufficient and the evidence of what can be done is limited. With the increase in the elderly population, the public service has invested in new programs and public policies aimed at the elderly. This study has as main objective to analyze the perception on the psychological domains and social relations with relation to the quality of life of the patients assisted by the Best Home Program of the Municipality of Parobé / RS. The design of this research is descriptive, qualitative and transversal. Participants from the semi-structured interviews were elderly patients active in the Best at Home Program, patients who were already cared for by the Better at Home program, relatives of patients assisted by the Program, and professionals who work in the Best Home Program of the Municipality of Parobé, totaling 17 people interviewed. It should be noted that the interviews were scheduled by the Coordination of the Better at Home Program, were carried out in the patients' homes, in the case of the professionals, they were interviewed at the Municipal Health Department. Based on the interviews, it was possible to identify that home care has been an important ally in the psychological recovery and social reintegration of elderly patients, consequently, contributing to the improvement of their quality of life. It is important to emphasize that the social reinsertion of these patients is directly related to their psychological condition. It should be noted that these patients are mostly users only of the Unified Health System, and do not have a private health plan. It is also good to add that the psychological coverage by the service network is attended by the Caps (Psychosocial Care Center), which, in turn, hinders the patient's access, making it evident the need for the staff to have this patients at the Better at Home Program.

Keywords: Elderly, quality of life, social relations, emotions, Better at Home Program.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento populacional, caracterizado pelo aumento da participação percentual dos idosos na população e conseqüente diminuição dos demais grupos etários, é um fenômeno já evidente no País e tende a ficar mais marcante nas próximas décadas. Vivemos uma forte tendência de aumento da proporção de idosos na população: em 2030, seria de 18,6% e, em 2060, de 33,7%, conforme projeção da População por Sexo e Idade, realizada pelo IBGE (IBGE, 2015).

A Atenção Domiciliar tem tido um espaço importante na saúde pública e privada, no entanto, a Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS) será o enfoque para desenvolvimento deste artigo. Em se tratando da importância das Redes de Atenção à Saúde (RAS), segundo Magalhães Jr e Silva (2008), a construção das redes de serviços se justificariam basicamente por três elementos: o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas; a maior perspectiva de avanços na integralidade e na construção de vínculos; e os custos crescentes no tratamento de doenças.

O Ministério da Saúde instituiu a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS mediante a portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, e a redefiniu com a portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013). Para atender as demandas mais urgentes foi criado o Programa Melhor em Casa, que deve atuar em rede com as demais políticas públicas de saúde, mas centrado no atendimento domiciliar. No município de Parobé/RS, o programa foi implantado em 2013, desde então, vem sendo referência para pacientes acamados com alta hospitalar, na sua maioria (60%) idosos e usuários do SUS. Conforme características do Município, a modalidade implantada foi Emad Tipo 1 – composta por um médico que também é coordenador, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma fisioterapeuta, recebendo o custeio mensal de R\$50 mil/mês. (PAROBÉ, 2013). O fato de a maioria dos pacientes vinculados ao programa serem idosos, com doenças crônicas, alto grau de dependência, instigou o estudo sobre os domínios psicológico e social e seus reflexos na qualidade de vida desses pacientes, pois raras pesquisas sobre este tema específico foram localizadas.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a maioria dos municípios que possuem o Programa Melhor em Casa, atendem grande número de pacientes idosos, acima de 60 anos. Dentre esses pacientes, 20 a 30% com idade superior a 75 anos, apresentavam problemas crônicos e internações em instituições hospitalares efetuadas indevidamente, na maioria das vezes por falta de estrutura e de atendimento na residência. Com a implantação do Programa Melhor em Casa, esses pacientes continuam o tratamento em seus lares, reduzindo, assim, as internações hospitalares em até 80% e, conseqüentemente, o risco de contaminação dos pacientes com as

internações, muitas vezes desnecessárias, reduzindo também os custos públicos.

O Programa Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de mantê-lo no aconchego do lar. Conforme a necessidade do paciente e critérios do programa, esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes profissionais (BRASIL, 2013).

Conforme as características técnicas do Programa Melhor em Casa, cada equipe pode atender, em média, 60 pacientes, simultaneamente, tendo como resultados melhorar e ampliar a assistência no SUS (Sistema Único de Saúde) para pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado em casa e perto da família. O Programa Melhor em Casa representa um avanço para a gestão de todo o sistema público de saúde, já que auxilia a desocupar os leitos hospitalares, proporcionando um melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais, oferecendo atendimento no lar, com acolhimento, humanização e vínculo. Estima-se que com a implantação da Atenção Domiciliar obtém-se economia de até 80% nos custos de um paciente, quando comparado ao custo desse mesmo paciente internado em um hospital (BRASIL, 2013).

Segundo Bottino e Aparício (2011, p. 173), na literatura médica atual, o termo qualidade de vida não tem um sentido único, podendo variar desde uma ênfase holística no bem-estar biopsicossocial de pacientes pós-tratamento, até descrever o impacto da saúde de uma pessoa na sua habilidade de viver uma vida plena. Este trabalho remete a este conceito, pois a qualidade de vida dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa sofre influência de todos os aspectos, especialmente dos domínios estudados: psicológico e relações sociais.

Constatou-se a necessidade de que estudos nesta área sejam realizados e aprofundados a fim de que se possa analisar a contribuição do Programa Melhor em Casa quanto aos domínios psicológico e social dos pacientes atendidos por ele, pois a maioria dos pacientes, quando chega em seus lares, possui seus movimentos comprometidos por consequência de AVC, acidentes e/ou doenças crônicas, afetando seu sistema emocional, dificultando a reinserção social desse paciente e, conseqüentemente, a retomada da qualidade de vida desses idosos. Neste sentido, o presente artigo tem como objetivo principal investigar a contribuição do Programa Melhor em Casa na qualidade de vida dos pacientes sob os domínios psicológico e social.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na busca constante de instrumentos que avaliassem a qualidade de vida em relação à vivência de cada um, define-a como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 1999, p. 20). Para tanto desenvolveu, a partir do Whoqol -100, composto por 100 questões, uma versão abreviada, o Whoqol Bref, composto por 26 questões realizadas a partir dos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, também chamados de facetas. Utilizou-se como base para esta pesquisa os domínios psicológicos e relações sociais do Whoqol Bref.

Conforme referem Neto e Dias (2014), o Programa Melhor em Casa ainda é jovem, mas representa um grande avanço na concepção de atendimento domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, inserindo esta modalidade de atenção na agenda dos gestores, trabalhadores e sociedade. Além disso, cabe ressaltar que neste período, desde sua implantação em 2013, contou com adequações nas normativas que resultaram de decisões tomadas a partir de uma escuta interessada do processo vivo de experimentação e invenção no cotidiano dos serviços.

MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada no Município de Parobé, no Rio Grande do Sul, emancipado há 35 anos, situado no Vale do Paranhana, Região

Metropolitana de Porto Alegre, com uma população de 51.502 habitantes, com sua economia centrada na indústria calçadista e no comércio. A população idosa é composta de 1900 homens e 2300 mulheres e possui uma cobertura de 60 % pela Estratégia de Saúde da Família e um Hospital Municipal 100 % SUS, contando com 99 leitos (PAROBÉ, 2013)

Para a apresentação da proposta de estudo, foi realizado um contato com a Secretaria de Saúde de Parobé e, somente após a autorização do município, iniciou-se a coleta das informações. A Coordenação do Programa Melhor em Casa apresentou uma listagem dos pacientes em atendimento naquele momento, relatando as dificuldades que esses teriam de participar da entrevista, devido aos grandes comprometimentos cognitivos e psicológicos, o que fez com que o público a ser pesquisado fosse ampliado. No intuito de obter êxito no trabalho, buscou-se pacientes que já haviam sido atendidos pelo Programa Melhor em Casa, familiares de pacientes em atendimento, mas que não possuíam naquele momento condições de responder ao questionário, desde que estivessem dentro dos critérios solicitados - idosos acima de 60 anos, há mais de seis meses vinculados ao programa - e também a equipe do Programa Melhor em Casa, com o objetivo de identificar a sua percepção quanto aos aspectos a serem analisados.

Este estudo possui um delineamento descritivo, de abordagem qualitativa, realizado através da aplicação de questionários semiestruturados, no período de agosto e setembro do ano de 2017 – subdivididos em questionários específicos para pacientes, familiares e profissionais. O instrumento de pesquisa apresentava questões norteadoras correlacionadas à percepção das pessoas idosas atendidas pelo Programa Melhor em Casa, quanto a sua condição psicológica e também a suas relações sociais, identificando sua evolução ou não durante e após o atendimento pela equipe do Programa Melhor em Casa. A análise do conteúdo foi realizada a partir do pressuposto de Bardin (2011).

A amostra foi composta por: pacientes ativos (06), pacientes já atendidos (03), familiares (04) residentes no município de Parobé e profissionais do programa (04), num total de 17 entrevistados. A coleta de dados foi realizada após todos os entrevistados assinarem o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram respeitadas as condições de sigilo e conforto. As pessoas foram entrevistadas individualmente em suas residências, conforme agendamentos feitos pela Coordenação do Programa, com data e horário informado à pesquisadora, os profissionais foram entrevistados na Secretaria de Saúde do Município.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após análise de conteúdo, entendeu-se que o estudo deveria ser analisado conforme o público entrevistado, o que facilitaria a identificação dos resultados, sendo assim, foram aplicados questionários com roteiro de entrevista semiestruturada para grupos com diferentes perfis, visando identificar a percepção destes grupos quanto a influência dos domínios psicológico e relações sociais na qualidade de vida dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa, são eles: Pacientes Ativos no Programa Melhor em Casa; pacientes já atendidos pelo Programa Melhor em Casa; familiares de pacientes vinculados ao Programa Melhor em Casa; profissionais que atuam no Programa Melhor em Casa.

PERCEPÇÃO DOS PACIENTES ATIVOS NO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Os pacientes do grupo que atendem esse perfil solicitado para a pesquisa estão vinculados ao Programa há mais de seis meses. Foram entrevistados três homens e três mulheres, com mais de 60 anos. Com as informações obtidas por meio das entrevistas, identificou-se que as mulheres são viúvas e dependem dos filhos(as), já no caso dos homens, as cuidadoras são as esposas, às vezes com apoio da família. Muitos desses pacientes possuem sequelas de AVC (Acidente Vascular Cerebral), estão acometidos por doenças crônicas, possuem alguma dependência física, provêm de famílias com grandes dificuldades socioeconômicas e muitas vezes sofrem pelo abandono de amigos e familiares. Os pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa, majoritariamente, dependem do atendimento do programa e

da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), pois não possuem plano de saúde nem condições de custear tratamentos particulares.

É possível identificar nos relatos dos pacientes as grandes dificuldades de mobilidade e o impacto que geram sobre o domínio psicológico e na ressocialização desses pacientes. Cabe analisar alguns relatos: “Eu chorava muito, por que tinha que ser assim comigo” (Paciente Ativo 1). Uma paciente cadeirante, devido a cirurgias e procedimentos constantes, menciona as dificuldades de aceitar a dependência, ela diz: “Vou na Igreja, sou evangélica, duas vezes por semana vou na Igreja, mas não tenho saído muito. Falo muito por telefone com parentes”. Essas falas se identificam com o que dizem Bottino e Aparício (2011, p. 175) sobre qualidade de vida na velhice ao afirmarem que a depressão em idosos muitas vezes possui características especiais, que dificultam o diagnóstico. Os referidos autores também frisam aspectos importantes que se somam e favorecem o aparecimento da doença: múltiplas doenças crônicas, usos de diversas medicações, mudanças no papel social, como a aposentadoria, perda de familiares e amigos, modificação da vida familiar (p.ex. casamento de filhos), redução de renda e suporte social.

Quando as dificuldades de locomoção e de acesso dentro da própria casa se tornam um elemento de desmotivação, é importante uma atenção ainda maior da equipe e da família. Mesmo com dificuldades econômicas, se busca alternativas para a socialização dos pacientes, que mudam suas rotinas repentinamente e muitas vezes deixam de ter uma vida ativa, passando a depender da ajuda de terceiros para suas necessidades diárias. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Durante as entrevistas, evidenciou-se a importância do atendimento multidisciplinar e a necessidade do atendimento psicológico, pois aparece como uma grande demanda apresentada pelos pacientes e pelos profissionais, o que auxiliaria muito, tanto na recuperação física, quanto na socialização deste paciente. A paciente Ativa 2 expressa: “Quero melhorar para não incomodar as pessoas, penso que incomodo muito os outros.”. A depressão

tem sido adversária na recuperação desses idosos, eles se sentem um “fardo” para familiares. A Rede de Assistência à Saúde (RAS) tem se tornado uma importante estratégia para assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços, através de uma assistência contínua a determinada população no tempo e lugar certos, com custo e qualidade adequados (MENDES, 2011).

A Paciente 3 demonstra a frustração da privação de movimentos em seu relato: “Meus filhos não conseguem sair comigo, tem seus compromissos [...] meu filho teve infarto [...] toma medicação, não pode dirigir. Tenho cinco filhos, por perto, mas para sair não tenho nenhum”. No decorrer das entrevistas, observou-se que os pacientes sentem muita falta de familiares que não se fazem presentes, geralmente, um ou dois acabam dividindo as responsabilidades com os cuidados. Constatou-se que o abandono de familiares e a falta de contato com netos contribui para a desmotivação desses pacientes, gerando, conseqüentemente, um quadro de depressão. Além disso, percebeu-se que muitos dos pacientes dão grande valor à religiosidade e sentem muita falta de frequentar a Igreja de sua preferência com regularidade, alguns recebem visitas de pastores e fazem esforço para ir à Igreja. Isso pode ser constatado na afirmação da Paciente Ativa 04: “Somos da Igreja, fazem culto aqui em casa, tenho muita fé”. Consoante Martins et al. (2009), a solidão manifestada por muitos idosos, pode estar associada à presença de limitações físicas geradas pela doença e à dificuldade de realizar atividades da vida diária, como o caminhar. Ressalta-se que alguns fatores podem contribuir para o afastamento social do idoso e conseqüente sentimento de solidão, já que o indivíduo torna-se recluso em seu domicílio. O acesso ao transporte e a preocupação com sua segurança pessoal podem ser citados como exemplos de barreiras arquitetônicas e sociais enfrentados pelo idoso que podem acentuar a sua solidão. Essas mudanças ocasionam efetivas reduções na capacidade funcional e podem agravar-se mediante condições ambientais e sociais inadequadas.

PERCEPÇÃO DOS PACIENTES JÁ ATENDIDOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Em relação aos pacientes já atendidos pelo programa, houve grandes avanços para a maioria dos pacientes durante o atendimento do Programa Melhor em Casa, tanto que, quando receberam alta, ficaram vinculados aos serviços da atenção primária. Esses serviços normalmente ficam sob responsabilidade da Estratégia de Saúde da Família, que atende a integralidade do paciente e busca apoio da rede em casos de necessidade de outros atendimentos - como é o caso de psicólogo – ou de encaminhamentos ao CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial). Infelizmente, nem todos dão continuidade, devido às dificuldades de deslocamento.

As tensões psicológicas e sociais podem apressar as deteriorações associadas ao processo de envelhecimento. Percebe-se, no indivíduo que envelhece, uma interação maior entre os estados psicológicos e sociais refletidos na sua adaptação às mudanças. A habilidade pessoal de se envolver, de encontrar significado para viver, provavelmente influencia as transformações biológicas e de saúde que ocorrem no tempo da velhice. Assim, o envelhecimento é decisivamente afetado pelo estado de espírito, muito embora dele não dependa para se processar (MENDES et al., 2005).

Analisando alguns relatos de pacientes já atendidos, como o Paciente 1, fica evidente o lamento pela perda de sua parceira: “É muito difícil lidar com isto (perda da esposa), nos enganaram”. Como esses pacientes são idosos, existem muitos casos de perda de parceiro(a), uma situação que, por si só já é delicada, mas quando enfrentam desafios de saúde, fica ainda mais difícil de superar a perda de amigos e familiares próximos. O Paciente 2 já atendido esclarece que gostaria de apoio profissional psicológico: “Não estou fazendo tratamento, estes dias passei muito mal, achei que iria morrer, orei muito, era tudo emocional”.

Já o Paciente 3 relata que sua vida mudou depois de ser atendido pelo Programa Melhor em casa, viveu novamente, segundo ele, que ficou meses na UTI: “eu sentia o cheiro das feridas de escaras no corpo, eu achava que não iria sobreviver [...]”, hoje realiza todas suas atividades diárias normalmente, se considera salvo e agradece ao atendimento que teve do programa.

Com base no estudo das entrevistas com os pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa, identificou-se uma satisfação dos pacientes com os resultados obtidos, com especial destaque para a superação de inúmeras dificuldades no tratamento, dedicação, apoio, formação e alternativas às deficiências sugeridas pelos profissionais. Essas falas remetem à importância do atendimento domiciliar e da Política de humanização, enfatizando que a humanização dos serviços é um eixo de práticas em saúde, uma estratégia para possibilitar e concretizar um dos princípios fundamentais do SUS: a integralidade em relação com seus princípios complementares da universalidade e da equidade. Uma prática de saúde pautada pela integralidade manifesta-se nas relações do profissional com o usuário, caracterizadas tanto pelo acolhimento, vínculo e cuidado nas práticas quanto pela responsabilização, resolutividade e intersetorialidade dos serviços. O foco está sempre nas relações entre o profissional e o usuário (JUNGES; SELLI; BENETTI, 2008).

PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES DE PACIENTES VINCULADOS AO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Nas entrevistas, a maioria dos familiares ressaltou a importância do Programa Melhor em Casa no que se refere ao apoio à família, pois precisam aprender a lidar com a situação nova, com a doença, com as necessidades físicas que são as mais evidentes e ocasionam as fragilidades emocionais nos pacientes. Muitos familiares, que também são cuidadores, não estão preparados para lidar com essa nova fase e muitas vezes também acabam desenvolvendo doenças e necessitando de tratamento.

Contudo, ressaltam os autores Rehen e Trad (2005), que os cuidadores devem ser membros da família, amigos ou pessoas próximas, com ou sem formação profissional específica. Ao longo das entrevistas, as questões emocionais foram ressaltadas de forma muito frequente pelos cuidadores, como pode-se ler no relato do Familiar 1: “Caí em depressão [...] fiz tratamento [...] pois é muito difícil [...]”, a filha cuidadora relata as dificuldades de aceitar a situação da mãe e diz que também adoece.

A maioria dos pacientes chega em casa dependente, alguns com boas perspectivas de melhoras, mas outros sem vislumbrar uma recuperação, serão dependentes até o fim de suas vidas, mas a família sempre tem esperança de que esta situação vá mudar. A depressão e o isolamento são muito evidentes ao longo das entrevistas, inclusive com familiares que acabam vivendo para cuidar de algum ente, deixando sua vida de lado. A participante, Familiar 2, relata a descrença na recuperação do seu familiar: “Fazem dois anos que cuido dele [...] foi muito difícil [...] pra mim. Chorava muito agora estou mais estável. Gostaria de atendimento psicológico.”. Já outra entrevistada – Familiar 3 - faz um relato de conformismo e busca aceitar a situação que vive: “Eu entendo o que Deus nos deu, temos que aceitar e fazer nossa parte. O Médico já disse que ele não vai melhorar.”. Familiar relata que aprendeu muito em como melhorar suas atividades diárias e viver melhor. Rigaud et al. (2011), por sua vez, ao tratarem do assunto, apontam como fundamental a capacidade de modelo de atenção para enfrentar e prover soluções para a crescente necessidade de instrumentalizar cuidadores familiares, a fim de garantir cuidados minimamente adequados à crescente demanda da população idosa e portadora de demências.

A discussão em torno do papel, da formação e da atuação do cuidador é muito complexa e alguns aspectos centrais relacionados ao cuidador na atenção domiciliar estão longe de serem enfrentados, das quais se destacam: sobrecarga física e emocional do cuidador, causando o seu adoecimento; incapacidade da rede do usuário em destacar alguém que desempenhe o papel de cuidador (muitos abandonam seu posto de trabalho para isso, por exemplo) somada à incapacidade do estado em garantir um cuidador nestas situações; dentre outras (CEBES, 2014). Muitos familiares acabam mudando sua rotina e até mesmo sua vida, pois deixam de trabalhar e, por não terem apoio de outros familiares e por falta de recursos financeiros, acabam se tornando cuidadores, sendo, nestes casos, fundamental o apoio do Programa Melhor em Casa e de uma rede de serviços capaz de atender integralmente a família, sob os diversos aspectos, garantindo assim a qualidade de vida de paciente e familiares.

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Com base nas entrevistas com os profissionais, identificou-se que a equipe na sua maioria está atuando desde o início do programa, portanto sem rotatividade. Os profissionais entrevistados demonstraram grande comprometimento com o Programa Melhor em Casa e, conseqüentemente, com os pacientes e familiares. Nas entrevistas com esse grupo, foram relatadas as grandes dificuldades encontradas quando iniciam o atendimento dos pacientes devido a sua condição psicológica, pois essa traz como consequência, em muitos casos, a dificuldade de inserção social deste paciente idoso, que muitas vezes já está debilitado por doenças crônicas e dificuldades de mobilidade.

Os profissionais referem que quando chegam para o primeiro atendimento domiciliar defrontam-se com situações de tristeza, encontram pacientes desanimados, desacreditados, os idosos dizem ser “um peso” para seus familiares. Aliado a isso, surgem questões referentes à estrutura como: moradia, alimentação, apoio familiar, dificuldade econômica e social, pois muitos são oriundos de famílias com limitações financeiras, necessitando de apoio de outras áreas para obter resultado.

O relato da Profissional 1 confirma essa afirmação: “Quando iniciamos o atendimento estes pacientes referem [...] acham que são o problema, bem complicada a parte emocional [...]”. Os profissionais atuam em rede, fazendo o possível para minimizar o sofrimento e dar apoio psicológico aos pacientes e familiares, segundo eles, em muitos casos, são as únicas pessoas que visitam estes pacientes. As tensões psicológicas e sociais podem apressar as deteriorações associadas ao processo de envelhecimento. Percebe-se no indivíduo que envelhece uma interação maior entre os estados psicológicos e sociais refletidos na sua adaptação às mudanças. A habilidade pessoal de se envolver, de encontrar significado para viver, provavelmente influencia as transformações biológicas e de saúde que ocorrem no tempo da velhice. Assim, o envelhecimento é decisivamente afetado pelo estado de espírito, muito embora dele não dependa para se processar, afirma Mendes (2005). O papel social dos idosos é um fator importante no significado do

envelhecimento, pois depende tanto da forma de vida que as pessoas tenham levado, como das condições atuais em que se encontram.

Ao longo do tratamento, os laços se estreitam entre paciente, familiares e profissionais, estabelecendo um vínculo, sendo que como se trata de pacientes idosos e com doenças crônicas, muitos acabam vindo a óbito, de acordo com o que relatam os profissionais: “fizemos o atendimento pós óbito, atendimento à família, é a parte mais difícil para nós [...]” (Profissional 1). A equipe relata que tem se apoiado mutuamente para lidar com estas perdas, mas menciona que um apoio psicológico seria importante.

Os profissionais relatam que se deparam com casos muito difíceis - seja familiar, de saúde, financeiro - em seus contextos de atuação, nos quais eles não conseguem intervir de forma direta, apenas conversando, buscando ganhar a confiança, apontando alternativas dentro daquela realidade: “às vezes a gente se frustra, por que a gente não consegue resolver o mundo” (Profissional 3). O Profissional 2 confirma essa situação: “[...] temos pacientes que quando chegamos estão desorientados, eles não têm vontade de se medicar, não querem o cuidado.”. Prosseguindo com os relatos, o Profissional 3 complementa: “[...] esta parte emocional para nós é muito importante, se os pacientes estiverem bem, nos auxilia no processo com o autocuidado e os resultados são melhores [...]” Já o Profissional 2 aponta: “a esperança, a religiosidade ajuda muito nestes casos, até os familiares necessitam de ajuda [...]”. E por fim, o Profissional 4 arremata: “sinto eles mais seguros e confiantes depois que nós esclarecemos dúvidas, apesar de que a maioria sofre de depressão”, confirmando o que dizem Brito et al. (2013) de que resgatam sua intrínseca relação da RAS e a busca pela integralidade, e apontam a potencialidade da atenção domiciliar na busca pela integralidade em seus três sentidos: vertical, horizontal e transversal.

Os profissionais da saúde, geralmente, focam suas ações de cuidado ao idoso no controle da morbidade e mortalidade. Recentemente, observa-se uma mudança de paradigma, com a tentativa de direcionar o foco da atuação na avaliação do impacto da doença e seu comprometimento na qualidade de vida do idoso, segundo Martins (2009).

Esses relatos remetem a uma análise sobre a percepção dos profissionais quanto à necessidade de atendimento especializado a esses pacientes, pois apesar de fazerem todo o possível para dar conta destas fragilidades, ainda assim, um profissional da psicologia teria um trabalho fundamental nesta equipe.

As relações sociais desses pacientes, segundo os relatos dos profissionais, ficam comprometidas, pois na sua maioria estão com suas condições físicas debilitadas, apresentando dificuldade de locomoção, tornando-se dependentes, sem apoio familiar, o que dificulta muito a sua mobilidade para participar de grupos, para ir à Igreja, para visitar parentes e amigos ou até mesmo para passear. Na medida em que suas condições emocionais não são tratadas adequadamente, o quadro se agrava, pois embora tenham debilitações físicas e inúmeras dificuldades financeiras, e estruturais na maioria das vezes, não se ajudam no processo de recuperação devido à questão emocional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população tem ocasionado mudanças no perfil epidemiológico e verifica-se um grande número de pacientes com doenças crônicas, degenerativas, com grandes dependências físicas e sequelas neurológicas e psicológicas. Verificou-se que muitos pacientes idosos atendidos pelo Programa Melhor em Casa são acometidos dessas doenças e possuem grande tendência à depressão e ao isolamento social, o que dificulta ainda mais o tratamento e sua recuperação, afetando diretamente a qualidade de vida desses idosos. As fragilidades dos serviços de saúde em atender este público são evidentes, porém foi possível identificar, neste trabalho, o grande empenho da equipe do Programa Melhor em Casa em suprir as deficiências dos pacientes durante o tratamento, buscando apoio na rede e demais serviços disponíveis no município, mas sabe-se que muito não depende somente deles, a transversalidade e funcionamento da rede de apoio é fundamental.

Os pacientes atendidos, na sua maioria, apresentam grande vulnerabilidade, com dificuldades socioeconômicas, renda insuficiente, moradia

inadequada, sem alimentação necessária, muitas vezes sofrem com ausência ou abandono da família, ocasionando um certo desestímulo em lutar pela sua recuperação. Ouvindo os pacientes, familiares e profissionais é possível identificar que a rede de serviços ainda precisa atuar de forma articulada, especialmente com relação ao Programa Melhor em Casa, para que esses casos possam ser discutidos na rede, prioritariamente quando ocorre a alta do Programa Melhor em Casa e deve ter atendimento na atenção primária. Destacar esse aspecto é relevante, porque muitos pacientes necessitam de apoio psicológico, bem como os cuidadores, durante e após se desvincular do Programa Melhor em Casa. Este adoecimento tem sido um dos fatores do isolamento social desses pacientes e a não efetividade do tratamento, que muito é devido à fragilidade emocional não tratada. Esta situação também leva ao abandono do tratamento. Pondera-se que, embora se tenha o CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) como referência para esses pacientes é importante avaliar as dificuldades de mobilidade e acesso desses pacientes ao serviço, evidenciando assim a necessidade de um profissional psicólogo disponível para o programa. Parece essencial manter uma rede de apoio estruturada e capacitada para atender essas demandas, atividades de prevenção e educação permanente em saúde, potencializar a capacitação de familiares e também orientar como lidar com estas situações é de extrema relevância.

Cabe salientar que dos nove pacientes, quatro são mulheres, vimos nas entrevistas semiestruturadas, avaliadas pela análise de conteúdo de Bardin, que o atendimento domiciliar tem sido importante aliado na recuperação psicológica e na reinserção social das pacientes, consequentemente melhorando sua qualidade de vida. Cabe ressaltar que as mulheres pacientes do programa demonstraram grande necessidade de participação social, apoio familiar e retomar suas atividades cotidianas com autonomia. A reinserção social esta diretamente ligada a sua condição psicológica.

As perdas são inevitáveis durante o processo de envelhecimento, mas é possível minimizar ou retardar essas perdas. O envelhecimento ativo corresponde ao equilíbrio biopsicossocial e à integralidade de um ser humano

que está inserido em um contexto social e que mesmo sendo idoso consegue desenvolver suas potencialidades. Cada vez mais se evidencia a necessidade de manutenção e ampliação de políticas públicas que acolham pacientes idosos, pois na sua maioria são doentes crônicos, mas que se dispuserem de atendimento adequado e condições de ambiente digno, podem retomar suas rotinas básicas e obter uma recuperação mais rápida. Cada vez mais existe a necessidade de conscientizar a família e amigos de seu papel neste processo de envelhecimento e na luta contra o preconceito e discriminação contra a pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BOTTINO, Cassio M. de C.; APARÍCIO, Marco A. Saúde mental e qualidade de vida na velhice: Aspectos psiquiátricos. In: NERI, Anita L. (Org.). *Qualidade de vida na velhice*. Campinas, SP, 2011. p. 173-187.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Biblioteca Virtual em Saúde. *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde 2005*. <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Programa Melhor em Casa: Serviço de Atenção Domiciliar 2013. 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa>>. Acesso em: 24 mai. 2017.
- BRITO, Maria J. M. et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*, v. 17, n. 4, p. 603-610, 2013.
- FLECK, Marcelo Pio de A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n. 1, p.19-28, mar. 1999.
- IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- JUNGES, José R.; SELLI, Lucilda; BENETTI, Silvia P. da C. Humanização e clínica aplicada na atenção primária. In: MEDEROS, José E.; GUIMARÃES, Cristian F. (Orgs.). *Sementes do SUS*. Sapucaia do Sul, RS. 2008.
- MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; SILVA, Silvio F. da. Redes de Atenção à Saúde: importância e conceitos. In: SILVA, Silvio F. (Org.). *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas, SP, 2008. P. 2753-2762.

- MARTINS, Josiane de J, et al. Avaliação de qualidade de vida de idosos que recebem atendimento domiciliares. Santa Catarina, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a05v22n3.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2017.
- MENDES, Márcia R. S. S. B., et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paulista de Enfermagem, v.18, n.4, Out./Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400011>. Acesso em: 15 dez. 2017.
- MENDES, Eugenio V. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- NETO, Aristides V. de O.; DIAS, Mariana B. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde: o que representou o Programa Melhor em Casa? Rio de Janeiro, RJ. 2014.
- PAROBÉ. Secretaria Municipal de Saúde de Parobé. Projeto de Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar: Melhor em casa. Parobé: Secretária da Saúde, 2013.
- REHEM, Tânia Cristina M. S. B.; TRAD, Leny Alves B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, n. supl., p. 231- 242, 2005.
- CEBES - REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE. Divulgação em saúde para debate. São Paulo, SP: CEBES. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em 15 dez. 2017.
- RIGAUD, A. S. et al. Support for patients with Alzheimer's disease and their caregivers by gerontechnology. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil, Montrouge, v. 9, n. 1, p. 91-100, mar. 2011.