EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO DOMICILIAR A IDOSOS DEPENDENTES

Performance of multiprofessional home care teams with a focus on follow-up on dependent elderly people

PEREIRA, JÉSSICA DE AQUINO
Universidade Estadual de Campinas
Centro Universitário de Jaguariúna

GÓES, ÉMERLYN ROBERTA DE SOUSA
Graduanda da Faculdade de Enfermagem – UNICAMP

SANTOS, IGOR FERNANDO
Graduando da Faculdade de Biologia – UNICAMP

FEITOZA, ANA BEATRIZ MARCHÃO
Aluna do Ensino Médio
Bolsista do PIBIC - Ensino Médio – UNICAMP

CARDOSO, ANA BEATRIZ ROSA
Aluna do Ensino Médio
Bolsista do PIBIC - Ensino Médio – UNICAMP

SARTORI, PRISCILA SOARES
Aluna do Ensino Médio
Bolsista do PIBIC - Ensino Médio – UNICAMP

SILVA, ELIETE MARIA
Professora Associada - Faculdade de Enfermagem – UNICAMP

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo analisar a produção científica acerca da atuação das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar com foco no acompanhamento dos idosos dependentes. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura por meio de consulta às bases de dados MEDLINE, LILACS, IBECS e BDENF. Foram incluídos artigos em português, espanhol e inglês, publicados entre 2015 e 2019. A estratégia básica de busca foi: “Equipe de Assistência ao Paciente” OR “Enfermagem” AND "Serviços de Assistência Domiciliar" AND “Idoso”. Do total de artigos encontrados, 37 responderam à questão norteadora e, portanto, constituíram a amostra final desta revisão. Emergiram duas categorias, que são descritas e discutidas, a saber: “Cuidado multiprofissional na atenção ao idoso” e “Cuidado centrado na pessoa idosa”. Este estudo nos mostra a importância do trabalho em equipe multiprofissional para o cuidado centrado na pessoa e em seus familiares, bem como nos traz os cuidados em relação ao estímulo à preservação da autonomia e independência, bem como estratégias para o enfrentamento de questões centrais na atenção domiciliar, tais como tomada de decisão compartilhada, comunicação, disfunções familiares, sobrecarga, dependência, dor e cuidados paliativos, uso de medicamentos, queda, lesões por pressão e saúde mental.

Palavras-chave: Equipe de Assistência ao Paciente, Serviços de Assistência Domiciliar, Idoso.

Abstract: This study aims to analyze the scientific production about the performance of multiprofessional home care teams with a focus on monitoring dependent elderly people. An integrative literature review was carried out by consulting the MEDLINE, LILACS, IBECS and BDENF databases. Articles in Portuguese, Spanish and English published between 2015 and 2019 were included. The basic search strategy was: “Patient Care Team” OR “Nursing” AND "Home Care Services" AND “Elderly”. Of the total number of articles found, 37 answered the guiding question and, therefore, constituted the final sample of this review. Two categories emerged, which are described and discussed, namely: “Multiprofessional care for the elderly” and “Care centered on the elderly”. This study shows us the importance of multiprofessional teamwork for care centered on the person and their family members, as well as providing care in terms of encouraging the preservation of autonomy and independence, as well as strategies for facing central issues in care at home, such as shared decision-making, communication, family dysfunctions, overload, dependence, pain and palliative care, medication use, falls, pressure injuries and mental health.
Key-words: Patient Care Team, Home Care Services, Aged.

Agradecimentos: À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (Auxílio à Pesquisa Regular, processo 2017/22145-1) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento da pesquisa (Bolsa de Mestrado, processo 130306/2017-7).

INTRODUÇÃO

Com o avanço do envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (HUANG & LIN, 2002), diversas políticas ao redor do mundo estão estabelecendo medidas em relação aos desafios encontrados e colocando o domicílio sob uma nova perspectiva. O ambiente domiciliar pode ser considerado também o melhor local para atuação dos cuidados simples em saúde face ao envelhecimento e cuidados das doenças crônicas (BJÖRNSDÓTTIR et al., 2013). Dessa forma, a atenção omiciliar se apresenta como uma alternativa que não se limita às práticas da promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças convencionais e institucionalizadas, mas que objetiva a garantia da emancipação do indivíduo e seu empoderamento em relação às suas capacidades e de seus familiares (DUARTE, 2005).

Essa prática é fundamentada a partir da garantia da atenção necessária para a recuperação e/ou manutenção do bem estar pessoal em um local conhecido e na presença de familiares (PASKULIN & DIAS 2002). O atendimento domiciliar pode,

ainda, estreitar o contato entre profissionais, usuários e familiares no lar, promovendo uma avaliação mais ampla do contexto em que se encontram e reunindo informações que, por vezes, são de grande relevância para sua saúde (PASKULIN & DIAS, 2002).

A equipe multiprofissional na Atenção Domiciliar (AD) constitui uma modalidade de trabalho coletivo que se forma por meio da relação recíproca entre intervenções técnicas múltiplas e a interação e cooperação de agentes profissionais de diferentes áreas (FERREIRA et al., 2007). Dessa forma, a equipe multiprofissional deve abordar os aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais em relação ao cuidado do idoso, valorizando a multidimensionalidade do ser humano (SILVA et al., 2013). Essa forma de trabalho requer que todos os profissionais envolvidos tenham disponibilidade em relação a um mesmo objetivo: garantir com excelência a melhoria da qualidade de vida e da saúde (FERREIRA et al., 2007).

Para que a assistência seja, de fato, integral, a equipe pode ser composta por enfermeiro, psicólogo, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dentista, assistente social, farmacêutico e nutricionista. As diferentes variações quanto à formação da equipe se apresentam de acordo com as necessidades e possibilidades da instituição, do próprio idoso ou de familiares responsáveis (CARDOSO et al., 2013).

As condições clínicas mais frequentes em usuários da AD são aquelas agudas ou crônicas que têm como consequência a perda da autonomia e independência do indivíduo para a realização do autocuidado e/ou das atividades cotidianas (BRASIL, 2013). Sendo assim, estudos sobre o trabalho das equipes multiprofissionais que atuam na AD permite conhecer a atuação das mesmas no conjunto do cuidado integral e quais são as diferentes ações, resultados e benefícios clínicos e psicológicos para os idosos, familiares e cuidadores.

O presente estudo tem como objetivo analisar a produção científica acerca da atuação das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar com foco no acompanhamento dos idosos dependentes.

MÉTODO

Para o alcance do objetivo, optou-se pelo método de revisão integrativa. Foram consideradas sete etapas, a saber: 1) elaboração da questão norteadora; 2) definição das bases de dados; 3) estabelecimento de critérios para inclusão e

exclusão de estudos; 4) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 5) avaliação dos estudos incluídos; 6) interpretação dos resultados e; 7) apresentação da síntese do conhecimento (SOUZA, et al., 2010).

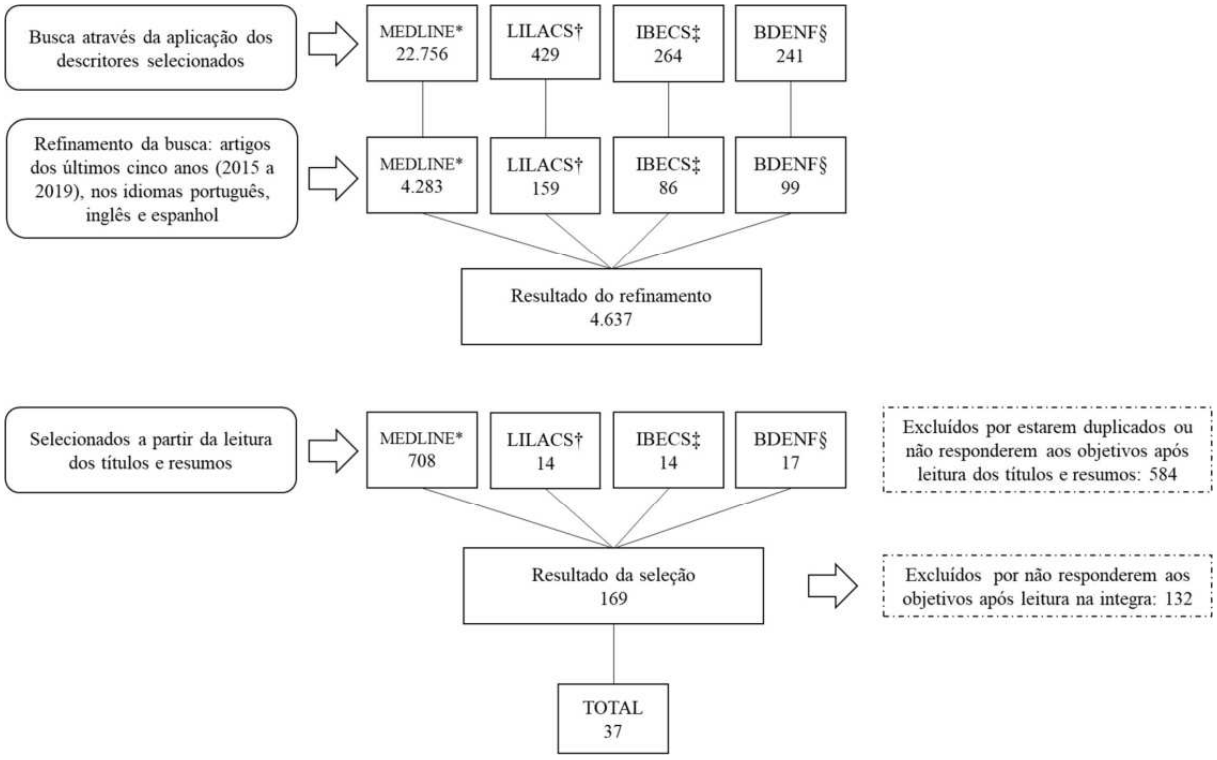
A pergunta de investigação formulada foi: “O que há de evidências científicas acerca da atuação da equipe multiprofissional do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no cuidado de idosos?”. Os critérios de inclusão definidos foram: estudos publicados entre 2015 e 2019, em português, inglês e espanhol, com resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas com objetivo de responderem à pergunta de investigação.

Os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) utilizados foram: Equipe de Assistência ao Paciente, Enfermagem, Serviços de Assistência Domiciliar e Idoso, bem como seus respectivos sinônimos em inglês e espanhol. A estratégia básica de busca foi: “Equipe de Assistência ao Paciente” OR “Enfermagem” *AND* "Serviços de Assistência Domiciliar" *AND* “Idoso”.

Os artigos foram selecionados nas seguintes bases eletrônicas de dados via BVS: *Health Information from the National Library of Medicine* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Banco de Dados de Enfermagem (BDENF).

Na busca inicial, após refinamento com utilização somente dos critérios de inclusão, encontrou-se um total de 4.637 publicações. Pela leitura preliminar dos títulos e resumos, foi possível excluir aquelas em duplicidade nas diferentes bases de dados e estudos que não atendiam ao tema proposto. Desses, foram selecionados 753 artigos para leitura mais criteriosa dos títulos e resumos. Após estas etapas foram selecionados 169 artigos, dos quais, 584 foram excluídos por não responderem aos objetivos após leitura na íntegra ou estarem duplicados nas bases de dados. Dessa forma, 37 responderam à questão norteadora e, portanto, constituíram a amostra final desta revisão (Figura 1). Vale ressaltar que todas as etapas de seleção, inclusive as leituras preliminares dos títulos e resumos foram realizadas de forma independente, por duas integrantes da equipe e uma expert na área, quando havia divergência.

Figura 1 - Fluxo do processo de seleção dos artigos para a revisão integrativa



Fonte: Desenvolvido pelos autores.

Na etapa de interpretação dos resultados e para a apresentação da síntese do conhecimento, elaborou-se uma tabela contendo os seguintes itens: título, base de dados, autores, revista, ano e síntese.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente revisão integrativa, foram analisados 37 estudos que atenderam aos critérios de inclusão e que serão apresentados a seguir. Dos artigos selecionados, nove foram publicados em 2015, dez em 2016, oito em 2017, quatro em 2018 e seis em 2019. Ao analisar o tema central das pesquisas, emergiram duas categorias, que são descritas e discutidas abaixo: “Cuidado multiprofissional na atenção ao idoso em domicílio” e “Cuidado centrado na pessoa em domicílio”.

Cuidado multiprofissional na atenção ao idoso

Ao se falar do acompanhamento de idosos dependentes em domicílio, a parceria entre diversos profissionais de atenção à saúde promove, para além da

melhora física, a manutenção e a recuperação da independência do idoso e melhora psicológica, social e existencial. A atuação dos profissionais de forma integrada e madura, reflete na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e seus familiares, bem como na eficácia do acompanhamento domiciliar (SZANTON, et al., 2016; BUNN, et al., 2018; KLARARE*, et al*., 2019).

A tomada de decisão compartilhada se apresenta em pesquisas como uma abordagem positiva no cuidado do idoso, permitindo que ele e seus familiares e cuidadores se posicionem nas questões que dizem respeito ao tratamento. Entretanto, a realização da tomada de decisão compartilhada e eficiente por parte das equipes multiprofissionais requer uma mudança na forma de atuação, exigindo que o processo de atenção à saúde seja mais centrado no indivíduo, na comunicação, na confiança, na seriedade e no respeito, além do conhecimento por parte de todos os membros da equipe(LÉGARÉ, et al., 2016; BUNN, et al., 2017; SZANTON, et al., 2016).

O estudo de Bunn, et al (2017) traz o levantamento dos seguintes tópicos necessários para o funcionamento ideal do processo de tomada de decisão compartilhada: 1) enxergar e valorizar as capacidades do idoso, seu cuidador e familiares; 2) incentivar o acesso aos cuidados; 3) desenvolver planos de abordagem focados na tomada de decisão compartilhada; 4) oferecer suporte e orientação aos indivíduos em relação ao processo de tomada de decisão compartilhada de forma a tornar a abordagem centrada no indivíduo. Esses tópicos estruturam os programas com maior garantia de sucesso do método ao construir uma atmosfera de respeito, compreensão e confiança.

Os estudos convergem para a necessidade de se construir um cuidado que estimule a liberdade do idoso e seu empoderamento em relação aos cuidados e execução das atividades da vida diária evitando, quanto possível, a longo prazo a dependência total desse indivíduo (LÉGARÉ, et al., 2016; BUNN, et al., 2017; SZANTON, et al., 2016). É esperado que os indivíduos e cuidadores familiares acompanhados pela a AD desenvolvam autonomia, liberdade na tomada decisão e capacidade de cuidar de si, garantindo bem estar e empoderamento em seu cotidiano, por meio da reabilitação e foco nas necessidades individuais de cada um (LIAAEN & VIK, 2019).

Segundo alguns familiares e usuários do serviço, existem competências para classificar uma boa assistência de saúde e são elas: manter uma distância consciente da família, não ameaçar a vida familiar, exercer uma companhia confortável e ganhar a confiança pela competência dos serviços prestados (IWASAKI, et al., 2017). Observar e respeitar esses fatores é essencial para a construção do relacionamento enfermeiro-paciente e com seus familiares no atendimento domiciliar (WANG & HUANG, 2016).

Com isso podemos perceber que o gerenciamento do cuidado ideal se funda com a construção de relacionamento com os usuários, mas também com seus familiares. É necessário e recomendado que todos estejam envolvidos na criação do gerenciamento de estratégias e habilidades para que a carência de saúde seja suprida e que os laços entre profissionais, usuários e familiares sejam fortalecidos (LIBEL & POWERS, 2015; PUCHI & JARA, 2015; NOGUEIRA, et al., 2016; IWASAKI, et al., 2017).

Este laço pode ser criado e mantido, por meio das visitas domiciliares e por meio de contatos telefônicos. Ter vários meios de contato para prescrição de cuidados pode beneficiar e facilitar a comunicação e orientação aos usuários e familiares. Portanto, uma avaliação minuciosa por parte da equipe sobre as necessidades do idoso e seus familiares, bem como a disponibilidade profissional é muito importante para que o cuidado prestado não seja excessivo e nem escasso (KLEMETS, et al., 2017; SMITH, et al., 2016).

Para garantir um bom gerenciamento do cuidado, pode-se seguir protocolos e fluxos de saúde que podem ser implementadas no cuidado domiciliar para avaliar o estado geral de saúde do idoso, levando em conta que cada idoso e seus familiares possuem necessidades específicas e únicas. Estes protocolos devem tornar o idoso e seu cuidador mais independentes, facilitar a comunicação entre os profissionais e melhorar a rotina de cuidados (KLEMETS, et al., 2017; NIELSEN et al., 2019).

Por meio da utilização de instrumentos também é possível detectar possíveis disfunções familiares, grau de dependência do idoso, sobrecarga e qualidade de vida do cuidador familiar. Assim, poderão ser realizadas intervenções preventivas e adequadas para melhorar e adequar o cuidado idoso e seu familiar (WANG & HUANG, 2016).

Em relação à atuação prática, a equipe multiprofissional na AD costuma abordar questões principais, sendo elas: dor, mudança nas atividades diárias, segurança da medicação, segurança contra quedas, uso de alimentos por via enteral, prevenção de lesões e saúde mental (SMITH, et al., 2016). Assim, os protocolos, fluxos e instrumentos devem ser avaliados continuamente para detectar possíveis demandas de adequações, pois em alguns casos os profissionais de saúde se deparam com exigências de cuidados diversas que objetivam manutenção dos cuidados em domicílio (KLEMETS, et al., 2017).

Neste contexto, as medidas que podem ser adotadas para diminuir as taxas de readmissão hospitalar, são: 1) Gerenciamento de fim de vida; 2) Suporte ao cuidador; 3) Gerenciamento de doenças graves; 4) Planejamento de medicação e nutrição enteral; 5) Conhecimento da Rede de Atenção à Saúde; e 6) Planejamento estratégico do cuidado (STEFANACCI, et al., 2015).

Em relação à dor, dentre os usuários que mais são acompanhados com dores frequentes e fortes são os que estão em acompanhamento oncológico, assim se destaca a importância de se construir uma equipe multiprofissional estruturada para oferecer cuidados paliativos de qualidade àqueles que se encontram em estado terminal. E que a formação e capacitação específica dos profissionais que atuam em cuidados paliativos é fundamental na garantia de uma atenção à saúde centrada no indivíduo no fim da vida (ERIKSSON et al., 2015).

De acordo com o estudo realizado com 1.019 profissionais, os principais déficits em relação aos cuidados paliativos são: 1) lacunas educacionais em cuidados paliativos básicos; 2) lacunas educacionais nas áreas de cuidados físicos e psicológicos no fim da vida; 3) carência de educação complementar específica; 4) necessidade de se refletir acerca do falecimento em ambiente domiciliar; 5) despreparo em relação às áreas sociais, existenciais e espirituais (nenhum profissional possuía tais competências); e 6) necessidade de apoio e supervisão de especialistas em cuidados paliativos (ERIKSSON, et al., 2015). Estes dados nos mostram a importância de investir na formação profissional, principalmente os que atuam diretamente com usuários no fim da vida, como no caso da AD. Para que assim se promova um cenário de redução de danos e garantia de bem estar físico,

psicológico, social e existencial no fim da vida (ERIKSSON, et al., 2015; BECK, et al., 2018).

Em uma equipe capacitada e treinada, os cuidados paliativos tornam-se essenciais para manutenção da qualidade de vida e continuação dos cuidados destes indivíduos, pois a equipe supre as necessidades de atendimentos complexos, com grande número de sintomas e gerencia o cuidado e necessidades de saúde, otimizando o tempo de atendimento (KLARARE, et al, 2019). Além disso, estes profissionais trabalham como parceiros dos oncologistas, sendo uma fonte confiável de informações acerca da saúde fora do ambiente hospitalar e ambulatorial, aprimorando o cuidado oncológico (CALTON, et al., 2017). Corroborando esta perspectiva, Dhollander, et al, 2019, destacam a importância dos médicos e profissionais de saúde conhecerem o papel da AD nos acompanhamentos dos usuários, evitando a descontinuidade do cuidado.

Neste sentido, pode-se: 1) Combinar técnicas farmacológicas com técnicas não farmacológicas; 2) incluir questões psicoeducacionais no planejamento estratégico do cuidado da dor; 3) Aliar medidas cognitivo-comportamentais com a atuação dos diferentes profissionais da equipe para o alívio da dor (EGNATIOS, 2015); e 4) estratégias para promover a autonomia e independência entre os idosos. Esse fator se correlaciona com as conclusões de outros estudos (BUNN, et al., 2017; LÉGARÉ, et al., 2016; SZANTON, et al., 2016), no que diz respeito à importância da manutenção da capacidade de tomada de decisão e a promoção de sua independência.

Em relação a outros pontos estruturais do cuidado paliativo, destacam-se: 1) garantir o bem estar; 2) fazer tudo que era possível para o melhor resultado; e 3) sentir satisfação no trabalho, que se trata de construir boas relações com os usuários e familiares, buscando uma atmosfera de bem estar e confiança mútua entre os envolvidos (BECK, et al., 2018). Ou seja, os profissionais devem possuir conhecimento, disponibilidade, indo de acordo com as necessidades da pessoa, bem como ter uma boa comunicação entre os membros da equipe e realizar procedimentos com habilidade e competência (OOSTERVELD-VLUG, et., 2019).

Sabe-se que muitos usuários e cuidadores familiares, por conta do contexto de vida e saúde em que estão inseridos, inclusive aqueles que vivenciam o câncer,

apresentam sintomas depressivos e necessitam de uma atmosfera de bem estar e confiança mútua. Assim, dentre as ações realizadas pela equipe, é importante fornecer suporte emocional e criar um ambiente no qual o idoso e os familiares se expressem de maneira segura, para que haja progresso no cuidado e para que nenhuma oportunidade de interação seja perdida ou frustrada (LIEBEL, et al., 2015).

Dentro de um processo de trabalho organizado, é essencial que a equipe aprenda a lidar e auxiliar pessoas depressivas ou emotivas, trazendo uma sensação de alívio. No entanto, alguns profissionais relatam sentir-se mais confortáveis e confiantes atendendo necessidades físicas do que realizando abordagens para o tratamento da depressão ou lidando com usuários em situações de choro (LIEBEL & POWERS, 2015; RYDÉ & HJELM, 2016).

Para que haja naturalidade no diagnóstico e no tratamento, é preciso que a equipe profissional saiba identificar, se possível ainda no atendimento inicial, sinais de depressão (GROH & DUMLAO, 2016). O profissional deve trabalhar de forma humanizada e compartilhando conhecimentos entre os pares, para que saibam lidar de modo confiante e adequado com medos e angústias desses indivíduos (LIEBEL, et al., 2015; RYDÉ & HJELM, 2016; GROH & DUMLAO, 2016).

Em relação ao papel da equipe multiprofissional e a orientação sobre o uso de medicamentos, o estudo de Smyth (2015), demonstrou que os profissionais da AD encontram inseguranças em relação à orientação no uso de medicamentos, e aponta para uma falta, não apenas no treinamento desses profissionais em determinados aspectos, mas também em relação à sua autoconfiança e empoderamento, dessa forma, faz-se necessária a educação permanente das equipes multiprofissionais.

Existe ainda, o acompanhamento por parte da equipe de AD aos indivíduos que necessitam fazer uso de alimentação enteral. Sabe-se que àqueles idosos que fazem uso de cateter nasoenteral e não possuem acompanhamento de equipe treinada e capacitada, apresentam complicações no estado de saúde, que impactam negativamente na sua qualidade de vida e, futuramente, pode ser responsável pelo declínio da capacidade funcional. O acompanhamento adequado é responsável por diminuir as taxas de readmissão hospitalar, complicações gastrointestinais e pulmonares (BECK, et al., 2016; LIM, et al., 2018; TAKEUCHI, et al., 2017).

Um estudo indicou que as dificuldades mais recorrentes para a promoção da saúde nutricional entre idosos em atendimento domiciliar, são: 1) dificuldade para acessar os serviços de saúde; 2) despreparo dos cuidadores em relação aos cuidados necessários; 3) inconsistência entre as informações obtidas pelos cuidadores/família no hospital em relação aquelas passadas pelos profissionais de enfermagem domiciliar; e 4) desafios dos profissionais de suprir as expectativas dos cuidadores e familiares em relação ao tratamento (LIM, et al., 2018).

Dessa forma, os estudos convergem acerca das medidas que podem contribuir com a melhora da continuidade do cuidado, quanto existe indivíduos em uso de nutrição enteral. É necessário que o atendimento individualizado inicie-se logo na primeira semana após a alta hospitalar, buscando prevenir, a curto prazo, a readmissão desses indivíduos nos meses seguintes, e, a longo prazo, o agravamento de deficiências de deglutição que podem acarretar o declínio funcional e a dependência total em atividades diárias. Além disso, o atendimento deve ser centrado no idoso e seus familiares, com o objetivo de empoderá-lo, estimulando a tomada de decisões acerca do cuidado e resoluções individuais de desafios, o que também contribui para a prevenção da completa dependência dos indivíduos (TAKEUCHI, et al., 2017; PEDERSEN, et al., 2017).

Deve haver a padronização das práticas clínicas e otimização na comunicação entre a equipe multidisciplinar, evitando confusões e estabelecendo relações de confiança entre os cuidadores, idosos e profissionais que estão presentes tanto nos domicílios quanto nos hospitais, visando ainda o encorajamento em relação à tomada de decisões acerca dos cuidados (LIM, et al., 2018; PEDERSEN, et al., 2017). É essencial o oferecimento de treinamento de qualidade aos cuidadores acerca dos processos de alimentação e deve ser desenvolvido um plano de ação e aprendizagem estruturado que forneça o tempo necessário para adaptação desses cuidadores às práticas de cuidado relacionadas à saúde nutricional (LIM, et al., 2018).

Em relação à atuação dos profissionais na prevenção de lesões por pressão, e sabendo-se que os preditores mais comuns de lesões são os correlacionados a fatores como idade, sexo, grau de dependência e ambiente de cuidado com maiores ou menores riscos de desenvolvimento. Dessa forma, a atuação da equipe em tratar os sintomas de dor e grau de dependência, que é uma variável passível de melhora,

resultaria em uma diminuição na taxa de desenvolvimento de lesões por pressão (CARLSSON & GUNNINGBERG, 2017).

É extremamente importante um atendimento criterioso por parte da equipe em relação às lesões por pressão, pois esse quadro encontra-se diretamente relacionado com a manutenção da vida dos indivíduos e grau de dependência. Àqueles que perderam a autonomia e tornaram-se dependentes semanas antes da morte apresentaram maiores índices de desenvolvimento de lesões por pressão (CARLSSON & GUNNINGBERG, 2017).

De forma mais específica, a equipe multiprofissional deve estar apta a reconhecer e adequar o atendimento de acordo com as demandas individuais, buscando evitar lesões físicas, agravamento de quadros emocionais, dificuldades com a adaptação na alimentação e medicação (AMACHER, et al., 2016; CARLSSON & GUNNINGBERG, 2017; CALTON, et al., 2017).

Em relação à busca por autonomia e bem estar de idosos em cuidados domiciliares, deve-se levar em consideração os desejos e desafios dos idosos em estágio final da vida, a partir deles é possível construir um cenário de cuidados adequados e de alta qualidade. E os pontos identificados em relação aos desejos e desafios, são: 1) Sentimentos de ansiedade em relação ao futuro; 2) Incerteza sobre a situação no momento de fatalidade; 3) Necessidade de se manter junto ao cônjuge, muitas vezes também dependente; 4) Desejo de delegar a tomada de algumas decisões; 5) Vontade de manter estável a rotina diária; e 6) Anseio por passar os últimos dias no local familiar no qual passou a vida (HIRAKAWA, et al., 2017).

Assim, torna-se essencial a equipe de AD levantar os indicadores e o perfil de usuários acompanhados pelo serviço, para que assim possa traçar planos de ação, impactando na melhoria da qualidade de vida destes indivíduos e de seus familiares cuidadores. Com isso, existe a necessidade de planejamento, levando em conta que os idosos fazem parte de um grupo com urgências diferentes do restante da população quando o assunto é necessidade de cuidados, pois constituem-se em usuários vulneráveis.

Para a população idosa a AD deve ser incentivada, pois evita as internações hospitalares e suas consequências e traz um cuidado mais humanizado, centrado e integral. O autocuidado é reforçado, tornando o idoso e seus familiares mais

independentes e conscientes quanto à situação, podendo participar do seu plano de cuidado (KLEMETS, et al., 2017; NOGUEIRA, et al., 2016; PUCHI & JARA, 2015).

A partir destas reflexões é possível que a equipe multidisciplinar busque o desenvolvimento de um cuidado centrado nos desejos, promovendo o bem estar em seus últimos momentos e garantindo a redução de danos. Assim, a atuação multiprofissional garante o melhor cuidado aos indivíduos no contexto domiciliar e coloca o domicílio como ponto de integração com a Rede de Atenção à Saúde (HIRAKAWA, et al., 2017; NOGUEIRA, et al., 2016).

Cuidado centrado na pessoa idosa

Observa-se que estudos sobre os cuidados centrados na pessoa são realizados preferencialmente em hospitais, atenção primária ou instituições de longa permanência, no entanto, o acompanhamento centrado na pessoa realizado no ambiente doméstico, por profissionais de saúde da AD é pouco abordado (RÓIN, 2018; KOGAN, et al., 2016).

O cuidado centrado na pessoa, não é um modelo de atenção fácil de se colocar em prática e estudos mostram que alguns ambientes físicos de atendimento não favorecem esse tipo de abordagem. No entanto, os serviços de saúde, de modo geral, estão atribuindo cada vez maior importância a essas práticas, considerando os indivíduos, suas preferências e valores no centro do cuidado (KOGAN, et al., 2016; CRAIG et al., 2015).

Por conta do foco ser na pessoa e não no modelo biomédico tradicional, os idosos com condições crônicas e deficiência funcional são mais propensos a usufruir deste método devido às necessidades de cuidados mais complexos (KOGAN, et al., 2016). Mas, para isso a comunicação entre usuários e profissionais da saúde deve ser adequada e efetiva, pois estudos mostram que o não envolvimento dos idosos na tomada de decisão sobre o seu processo saúde-doença impacta negativamente na sua qualidade de vida e na não adesão ao tratamento (BÖLENIUS, et al., 2017; CRAIG, et al., 2015; KOGAN, et al., 2016). Portanto, os usuários e familiares devem ter um papel ativo e se envolver no processo de tomada de decisão, e a equipe deve lançar mão de estratégias que facilitem esta abordagem (CRAIG, et al., 2015).

A boa relação enfermeiro-paciente-família tem vários efeitos positivos na saúde e no bem-estar, tanto dos usuários, quanto dos familiares cuidadores. Por este motivo, é importante que a equipe saiba organizar o seu processo de trabalho e se organize para que tenham tempo e disposição para manter a qualidade dos relacionamentos e o foco centrado na pessoa (STRANDÅS, et al., 2019).

No domicílio, para que ocorra esse tipo de abordagem, os idosos e seus cuidadores devem se envolver com o planejamento das práticas de cuidado, pois assim as intervenções farão mais sentido e serão de acordo com as suas necessidades reais, fazendo com que os serviços de AD se tornem mais valorizados e importantes para o processo de saúde-doença. Os profissionais devem estar atentos para realizar mudanças no planejamento de cuidado, indo de acordo com o contexto do indivíduo, seus recursos e redes de apoio. Outro ponto relevante, é que muitas vezes existem políticas públicas de saúde, mas que apresentam estratégias limitadas para serem colocadas em prática em certos contextos de vida (RÓIN, 2018).

O cuidado centrado na pessoa possui dezesseis princípios e valores centrais, tais como: 1) Cuidado holístico; 2) respeito e valor; 3) escolha; 4) dignidade; 5) autodeterminação; 6) vida com propósito; 7) modelo individualizado; 8) facilita relacionamentos; 9) autonomia; 10) conhecer a pessoa, compreender suas experiências e perspectivas; 11) crie um ambiente social positivo; 12) aspectos biológicos, culturais e sociais da pessoa; 13) considere todos os indivíduos com demência como indivíduos completos; 14) complexidades psicológicas, sociais e culturais; 15) experiência compartilhada e empatia nas interações de cuidado; e 16) reconhecimento de personalidade (KOGAN, et al., 2016).

Em estudo realizado com profissionais da assistência social, evidenciou quatro princípios norteadores do cuidado centrado no paciente e na família, que são: 1) As pessoas são tratadas com respeito e dignidade; 2) Os profissionais de saúde comunicam e compartilham informações completas e imparciais com pacientes e familiares de maneiras úteis e positivas; 3) Indivíduos e famílias desenvolvem seus pontos fortes participando de experiências que aumentam o controle e a independência; e 4) A colaboração entre as pessoas, suas famílias, outros cuidadores comunitários e profissionais de saúde ocorre no desenvolvimento de políticas e

programas e na educação profissional, bem como na prestação de cuidados (CRAIG, et al., 2015).

Portanto, os profissionais de saúde devem lançar mão desses princípios para melhorar a qualidade do cuidado prestado. Ademais, os cuidados devem ser coordenados e integrados; focados e direcionados; baseados em equipe multidisciplinar, com envolvimento da família e amigos, com ênfase na experiência pessoal e familiar (KOGAN, et al., 2016).

Outra estratégia encontrada levou em consideração as modificações realizadas no ambiente, de acordo com as preferências dos usuários, ou seja, centrado na pessoa e que incorpora o uso de estímulos visuais, auditivos, olfativos e táteis no quarto de uma pessoa com demência mostrou-se eficiente. Portanto, a utilização de modificações no ambiente do indivíduo deve ser explorado pelos profissionais de AD, a fim de impactar, principalmente na diminuição da agitação e da dor. Dentre os principais estímulos aplicados foram: área visual - luz, cor da parede, imagens (por exemplo, de flores ou família); área auditiva - música, natureza, pássaros, sons da água; área olfativa - aromas, ventilação, flores; área tátil - argila, de borracha, contas para amarrar, origami, óleo, peles, pedras redondas, grãos (PARK, et al., 2015).

Para avaliar o cuidado centrado na pessoa, encontrou-se na presente revisão um estudo que evidenciou a presença de 13 ferramentas que tem o intuito de medir e/ou analisar o cuidado centrado na pessoa, no entanto, a maioria não foi testada quanto a validade e confiabilidade, e nem eram específicas para a AD. Apenas uma ferramenta, que pode ser respondida pelo usuário ou familiar, mas também ainda não validada, se destina a pessoas que vivem na comunidade (*Client-Centered Care Questionnaire* - CCCQ), assim, muitos estudos avaliam o cuidado centrado na pessoa, em ambiente doméstico, por meio de resultados clínicos, satisfação ou experiência dos usuários (KOGAN, et al., 2016).

O objetivo de estudos sobre o cuidado centrado no paciente é aumentar o conhecimento sobre esses conceitos, aplicar o conhecimento teórico ao trabalho diário e adquirir as habilidades necessárias para enriquecer as conversas sobre cuidados e saúde centradas na pessoa com o idoso e seus familiares. Bem como, avaliar em que medida as práticas atuais atendem às necessidades dos idosos,

refletindo sobre os planos de cuidados, que maximizem a saúde e satisfaçam as necessidades psicossociais e físicas (BÖLENIUS, et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que este tipo de estudo deva ser conhecido, especialmente, pelos profissionais da área de AD, para que sejam colocadas em prática novas formas de cuidar e acompanhar. Este estudo nos mostra a importância do trabalho em equipe multiprofissional para o cuidado centrado na pessoa e em seus familiares, trazendo os cuidados em relação ao estímulo à preservação da autonomia e independência, bem como estratégias para o enfrentamento de questões centrais, tais como dor e cuidados paliativos, uso de medicamentos, queda, lesões por pressão e saúde mental.

Espera-se ainda, que novos estudos surjam, os quais objetivam não somente a atenção aos idosos assistidos, mas que se desenvolvam estudos com enfoque na atuação das equipes multiprofissionais de AD em relação aos cuidadores familiares, para que possam ser traçados planos de ações, a fim de proporcionar melhoria da qualidade de vida desses indivíduos, que por vezes sofrem com a sobrecarga e diminuição da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMACHER, A.E.; et al. Experiences of general practitioners, home care nurses, physiotherapists and seniors involved in a multidisciplinary home-based fall prevention programme: a mixed method study. **BMC health services research**. vol.16, n. 469. 2016.

BECK, A.M.; et al. Multidisciplinary nutritional support for undernutrition in nursing home and home-care: a cluster randomized controlled trial. **Nutrition.** v.32, n.2, p:199-205. 2016.

BECK, I.; PÅLSSON, C.; TOPS, A. B. Upholding an ideal image of palliative work in the face of obstacles. **International journal of palliative nursing**. v.24, n.12, p:611-617. 2018.

Björnsdóttir, K.; Ceci, C.; Purkis, M.E. The ‘right’ place to care for older people: home or institution?. **Nursing Inquiry.** v.22, n.1, p:64-73. 2015

BÖLENIUS, K.; et al. Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention in home care services-a study protocol of a non-randomised controlled trial. **BMC geriatrics.** v.17, n. 57. 2017.

BRASIL. Caderno de atenção domiciliar. Brasília. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. 2013.

BUNN, F.; et al. Supporting shared decision-making for older people with multiple health and social care needs: a protocol for a realist synthesis to inform integrated care models. **BMJ open.** v.7, n.2. 2017.

CALTON, B.A.; et al. She Would Be Flailing Around Distressed: The Critical Role of Home-Based Palliative Care for Patients with Advanced Cancer. **Journal of Palliative Medicine**. v.20, n.8, p:875-878. 2017.

CARDOSO, D.H. et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto contexto - enferm**. v. 22, n. 4, p:1134-1141.2013.

CARLSSON, M.E.; GUNNINGBERG, L. Predictors for development of pressure ulcer in end-of-life care: a national quality register study. **Journal of Palliative Medicine**. v.20, n.1, p:53-58. 2017.

CRAIG, S.L.; BETANCOURT, I.; MUSKAT, B. Thinking big, supporting families and enabling coping: The value of social work in patient and family centered health care. **Social work in health care**. v.54, n.5, p:422-443. 2015.

DHOLLANDER, N.; et al. Barriers to the early integration of palliative home care into the disease trajectory of advanced cancer patients: A focus group study with palliative home care teams. **European journal of cancer care**. v.28, n.4, p:e13024. 2019.

DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. 2005.

EGNATIOS, D. Improving pain outcomes in home health patients through implementation of an evidence-based guideline bundle. **Home healthcare now**. v.33, n.2, p:70-76. 2015.

ERIKSSON, G.; BERGSTEDT, T.W.; MELIN-JOHANSSON, C. The need for palliative care education, support, and reflection among rural nurses and other staff: A quantitative study. **Palliative & Supportive Care**. v.13, n.2, p:265. 2015.

FERREIRA, R.C.; VARGA, C.R.R.; SILVA, R.F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.1, p:1421-1428. 2009.

GROH, C.J.; DUMLAO, M.S. Depression in Home-Based Care: The Role of the Home Health Nurse. **Home Healthcare Now**. v.34, n.7, p:360-368.2016.

HIRAKAWA, Y., et al. Content of advance care planning among Japanese elderly people living at home: a qualitative study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. v.70, p:162-168. 2017.

HUANG LH; LIN YC. The health status and needs of community elderly living alone. **The Journal of Nursing Research**. v.10, n.3, p:227-236. 2002.

IWASAKI, T. et al. A purposeful yet nonimposing approach: how Japanese home care nurses establish relationships with older clients and their families. **Journal of Family Nursing**. v.23, n.4, p:534-561. 2017.

KLARARE, A.; HANSSON, J.; FOSSUM, B.; FÜRST, C.J.; HAGELIN, C.L. Team type, team maturity and team effectiveness in specialist palliative home care: an exploratory questionnaire study. **Journal of interprofessional care**, 2018.

KLEMETS, J. et. al. Nurses' Perspectives on In-Home Monitoring of Elderlies's Motion Pattern. Informatics for Health: **Connected Citizen-Led Wellness and Population Health**, v.235, n.23. 2017.

KOGAN, A.C.; WILBER, K.; MOSQUEDA, L. Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: A systematic literature review. **Journal of the American Geriatrics Society**. v.64, n.1, p:1-7. 2016.

LÉGARÉ, F. et al. Implementing shared decision-making in interprofessional home care teams (the IPSDM-SW study): protocol for a stepped wedge cluster randomised trial. **BMJ open**. v.6, n.11. 2016.

LIAAEN, J.; VIK, K. Becoming an enabler of everyday activity: Health professionals in home care services experiences of working with reablement. **International journal of older people nursing**. v.14, n.4, p:e12270. 2019.

LIEBEL, D.V.; POWERS, B. A.; HAUEISNTEN, E. J. Home health care nurse interactions with homebound geriatric patients with depression and disability. **Research in Gerontological Nursing.** v.8, n.3, p:130-139. 2015.

LIEBEL, D. V.; POWERS, B. A. Home health care nurse perceptions of geriatric depression and disability care management. **The Gerontologist**. v.55, n.3, p:448-461. 2015.

LIM, M. L. et al. Caring for patients on home enteral nutrition: Reported complications by home carers and perspectives of community nurses. **Journal of clinical nursing**. v.27, n.13-14, p:2825-2835. 2018.

NIELSEN, E. R., SÖDERHAMN, U.; DALE, B. Facilitating holistic continuity of care for older patients: Home care nurses' experiences using checklists. **Journal of clinical nursing**. v.28, n.19-20, p:3478-3491. 2019.

NOGUEIRA, I. S. et. al. Intervenção domiciliar como ferramenta para o cuidado de enfermagem: avaliação da satisfação de idosos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. n.37(SPE). 2016.

OOSTERVELD-VLUG, M.G.; et al. What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. **BMC palliative care**. v.18, n.1, p:1-10. 2019.

PARK, H.; CHUN, Y.; GANG, M. S. Effects of the Patient-Centered Environment Program on Behavioral and Emotional Problems in Home-Dwelling Patients With Dementia. **Journal of gerontological nursing**. v.41, n.12, p:40-48. 2015.

PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi. Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.55, n.2, p:140-145, 2002.

PEDERSEN, J. L.; PEDERSEN, P. U.; DAMSGAARD, E. M. Nutritional follow-up after discharge prevents readmission to hospital-A randomized clinical trial. **The journal of nutrition, health & aging**. v.21, n.1, p:75-82. 2017.

PUCHI, C.; JARA, P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. **Enfermería universitaria.** v.12, n.4, p:219-225. 2015.

RÓIN, Á. Person-centredness in elder care: A secondary analysis of data from a study among home-dwelling men and women in the Faroe Islands. **Journal of clinical nursing**. v.27, n.11-12, p:2416-2424. 2018.

RYDÉ, K.; HJELM, K. How to support patients who are crying in palliative home care: an interview study from the nurses' perspective. **Primary health care research & development**. v.17, n.5, p:479-488. 2016.

SILVA, CF. et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.9, p:2597-2604. 2013.

SMITH, P. D.; et al. Communication between office-based primary care providers and nurses working within patients' homes: an analysis of process data from CAPABLE. **Journal of clinical nursing**. v.25, n.3-4, p:454-462. 2016.

SMYTH, E.E.J. Assessing the skills of home care workers in helping older people take their prescribed medications. **British journal of community nursing**. v.20, n.8, p:400-404. 2015.

STRANDÅS, M; WACKERHAUSEN, S; BONDAS, T. The nurse–patient relationship in the New Public Management era, in public home care: A focused ethnography. **Journal of Advanced Nursing.** v.75, n.2, p:400-411. 2019.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? how to do it? **Einstein** (São Paulo). v.8, n.1, p:102-106. 2010.

STEFANACCI, R.G.; REICH,S.; CASIANO, A. Application of PACE principles for population health management of frail older adults. **Population Health Management**. v.18, n.5, p.367-372. 2015.

SZANTON, S.L.; et al. Home-based care program reduces disability and promotes aging in place. **Health Affairs**. v.35, n.9, p:1558-1563. 2016.

TAKEUCHI, K.; et al. Swallowing disorders and 1-year functional decline in community-dwelling older adults receiving home care. **Journal of oral rehabilitation**. v.44, n.12, p:982-987. 2017.

WANG, M.W.; HUANG, Y.Y. Evaluating family function in caring for a geriatric group: Family APGAR applied for older adults by home care nurses. **Geriatrics & Gerontology International**. v.16, n.6, p:716-721. 2016.

SOBRE OS AUTORES

Jéssica de Aquino Pereira
Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Mestra e Doutoranda da Faculdade de Enfermagem – Universidade Estadual de Campinas
Docente na UniEduK - Centro Universitário de Jaguariúna – Unifaj
Co-orientadora do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica para o Ensino Médio da UNICAMP
E-mail: jessica.aquinoo@gmail.com

Émerlyn Roberta de Sousa Góes
Graduanda da Faculdade de Enfermagem – UNICAMP
Monitora do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica para o Ensino Médio da UNICAMP
E-mail: emerlynroberta@gmail.com

Igor Fernando dos Santos
Graduando da Faculdade de Biologia – UNICAMP
Monitor do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica para o Ensino Médio da UNICAMP
E-mail: igfernando.st@gmail.com

Ana Beatriz Marchão Feitoza
Aluna do Ensino Médio – Escola Estadual Professor José Vilagelin Neto
Bolsista CNPq do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica para o Ensino Médio da UNICAMP
E-mail: anabeatrizfeitoza00@gmail.com

Ana Beatriz Rosa Cardoso

Aluna do Ensino Médio – Escola Estadual Professor Joaquim Ferreira Lima
Bolsista CNPq do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica para o Ensino Médio da UNICAMP
E-mail: bia49576@gmail.com

Priscila Soares Sartori
Aluna do Ensino Médio - Escola Estadual Professor Doutor Paulo Mangabeira Albernaz
Bolsista CNPq do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica para o Ensino Médio da UNICAMP
E-mail: priscilaasartoori@gmail.com

Eliete Maria Silva
Graduação pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo
Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo
Livre docência no Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp
Professora Associada na Faculdade de Enfermagem da Unicamp
Orientadora do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica para o Ensino Médio da UNICAMP
E-mail: emsilva@unicamp.br