

PERCEPCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE LA TRANSICIÓN DEL CUIDADO BRINDADO POR UN EQUIPO MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN DOMICILIARIA*

ASPECTOS DESTACADOS

1. La atención domiciliaria hizo que las personas mayores estuvieran seguras.
2. Articulación de los servicios de salud ante el envejecimiento poblacional.
3. La atención domiciliaria beneficia a los adultos mayores.
4. La atención domiciliaria posibilitó que mantuvieran y recuperaran la capacidad funcional.

Jeane Roza Quintans¹ 
Marta Maria Melleiro¹ 

RESUMEN

Objetivo: comprender la percepción de los adultos mayores sobre la asistencia prestada por un Equipo Multiprofesional de Atención Domiciliaria en la ciudad de San Pablo, Brasil. **Método:** estudio cualitativo, que usa la historia oral de vida. Recolección de datos entre agosto de 2020 y octubre de 2021, con entrevistas semiestructuradas. La muestra estuvo compuesta por nueve mujeres de tercera edad que atendidas por el Equipo Multidisciplinario de Atención Domiciliaria. Los datos fueron tratados como historia oral de vida, presentados en forma de narraciones y categorizados. **Resultados:** siete categorías temáticas surgieron de las narrativas. La percepción de los participantes sobre la asistencia sanitaria que prestó el equipo fue que era positiva y necesaria, principalmente porque favoreció el acceso a los recursos que brinda el Sistema Único de Salud. **Conclusión:** se destaca la importancia de la atención domiciliaria para la continuidad del cuidado del adulto mayor. Reforzó la necesidad de incluir el proceso de finitud en la planificación de las acciones de cuidado en los servicios de salud.

DESCRIPTORES: Salud del Adulto Mayor; Atención Integral de Salud; Servicios de Salud para el Adulto Mayor; Calidad de la Atención de la Salud; Investigación Cualitativa.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Quintans JR, Melleiro MM. Aged people's perception about the transitional care provided by a multiprofessional home-based assistance team. Cogitare Enferm. [Internet]. 2023 [cited in "insert year, month, day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91261>.

¹Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Para enfrentar las desigualdades, especialmente en la tercera edad, es imprescindible comprender mejor la dinámica del proceso de envejecimiento de la población brasileña, al igual que los determinantes sociales, porque cuanto mayor es la vulnerabilidad en la edad adulta, peores son las condiciones de vida en la tercera edad¹⁻².

Por lo tanto, es imprescindible desarrollar e implementar políticas públicas basadas en el envejecimiento activo y saludable. Dado que contribuye a reducir las inequidades, desigualdades y exclusión social en el proceso de envejecimiento de la población brasileña.

Por consiguiente, la transición del cuidado entre los servicios surge como una alternativa relevante para enfrentar la falta de acceso y la discontinuidad de la atención. Esos factores afectan, de forma multidimensional, las condiciones de vida de los individuos, ya que conducen al aumento de las desigualdades sociales y económicas, porque interfieren en los ingresos, la dinámica social y familiar, la salud y el bienestar de la población de adultos mayores^{1,3}.

La transición del cuidado del adulto mayor es la modalidad de atención en salud que contribuye a la calidad y seguridad en la línea de cuidado. Sin duda, al garantizar el acceso y la continuidad asistencial, se promueve la derivación segura entre las diferentes modalidades asistenciales, la resolución y la eficacia de la atención brindada.

Las visitas domiciliarias que realizan los profesionales de la salud, en la transición del cuidado, se clasificaron como alternativas para reducir las tasas de hospitalización. En Brasil, se destaca el Programa Mejor en Casa, modalidad de atención domiciliaria instituida por la Ordenanza 2029, del 24 de agosto de 2011, actualizada por la Ordenanza n.º 963, del 27 de mayo de 2013⁴⁻⁵.

Este programa lo dirigen Equipos Multiprofesionales de Atención Domiciliaria (EMAD) o Equipos Multiprofesionales de Apoyo (EMAP), que se diferencian por la carga de trabajo y el perfil de los profesionales de la salud, a saber⁴: EMAD tipo 1, tipo 2 y EMAP. En la guía del equipo de apoyo de la EMAP no se mencionan los médicos, enfermeros y gerontólogos. La CHS (carga horaria semanal) varía según el número de integrantes del equipo, la suma de horas debe ser como mínimo de 90 horas de trabajo por equipo, y los profesionales no pueden tener una CHS menor a 20 horas⁴⁻⁵.

El EMAD y EMAP permiten la transición del cuidado mediante la articulación e integración de la Red de Atención de la salud. A través de acciones en el territorio, disminuyó la demanda y/o el período de internación, lo que favoreció la reducción de los gastos de internación en el Sistema Único de Salud (SUS)⁵.

El estudio mostró que el Programa Mejor en Casa redujo los costos de hospitalización aproximadamente un 4,7% en 2011, 5,8% en 2012 y 10,2% en 2013. Al dirigir los resultados a la población de adultos mayores, se obtuvo una reducción de los gastos del SUS del 9,6%, lo que demuestra que es una política pública eficiente⁵.

Por ende, se puede inferir que la transición del cuidado viene contribuyendo al acceso a los servicios en el proceso de atención al adulto mayor. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es comprender la percepción de los adultos mayores sobre la asistencia prestada por un Equipo Multiprofesional de Atención Domiciliaria en la ciudad de San Pablo, Brasil.

MÉTODO

Estudio cualitativo, que utiliza el enfoque de historia oral de vida. Este abordaje contribuyó a identificar los vacíos relacionados con la atención de la salud de los adultos mayores, dado que su naturaleza es amplia, compleja y heterogénea⁶.

La recolección de datos se llevó a cabo con adultos mayores usuarios del servicio que brinda el EMAD, ubicado en la zona Oeste de San Pablo (SP), que atendió un total de 804 usuarios entre 2015 y 2020. El 93% de las consultas fue de adultos mayores, tuvo una alta demanda a pesar de que no es un servicio específico para esa población⁷.

Para conformar la muestra se seleccionaron usuarios con 60 años o más, con capacidad para comunicarse verbalmente y sin demencia avanzada. Esta información fue verificada a partir de una lista que el equipo le entregó a la investigadora. La lista tenía los datos de los usuarios según los criterios de selección, a saber: nombre, fecha de nacimiento, contacto telefónico del principal responsable, fecha en la que empezó a recibir atención del EMAD, número de historia clínica, enfermedades y situación actual de salud.

Posteriormente, una investigadora leyó las historias clínicas y les solicitó a los profesionales que indicaran qué usuarios tenían mayor disponibilidad para participar en el estudio. Esta indicación consideró la experiencia y el vínculo de los profesionales del EMAD. A partir de esa información se realizaron contactos telefónicos para lograr una primera aproximación. De esa forma, la investigadora pudo presentarse y explicarles los objetivos de la investigación.

Después de realizar las aclaraciones y de que los usuarios aceptaran participar, se concertaron citas para que la investigadora se presentara personalmente y realizara la entrevista en el domicilio. Las entrevistas se realizaron desde agosto de 2020 hasta octubre de 2021, fueron grabadas con el consentimiento de los entrevistados, utilizando una grabadora digital y su duración osciló entre 60 y 180 minutos.

Para realizar las entrevistas se utilizaron las siguientes preguntas orientadoras: 1) cuénteme cómo se siente con respecto a su salud; 2) ¿Cómo empezó a ser atendido(a) por el Equipo Multidisciplinario de Atención Domiciliaria (EMAD)? 3) Cuénteme sobre el servicio que viene recibiendo del EMAD; 4) ¿Cuenta con el apoyo de alguna persona o institución?

La recolección de datos solo se realizó cuando los usuarios del EMAD demostraron que tenían confianza para recibir la investigadora en sus domicilios. Y después de obtener la aprobación de los órganos competentes y de que la Secretaría Municipal de Salud de San Pablo flexibilizara el aislamiento social por la pandemia de Covid-19.

Las historias contadas por los participantes se transformaron en narraciones escritas. Este proceso fue una etapa cuidadosa y compleja, llevada a cabo mediante las etapas de transcripción, textualización y transcreación. Dichas etapas permitieron transformar la oralidad en contenido escrito, congelando la realidad narrada⁸.

La etapa de transcripción implicó la transformación del contenido oral en texto. Posteriormente se realizó la etapa de textualización, para identificar repeticiones, la organización cronológica de los discursos y la exclusión de elementos textuales y vicios del lenguaje. En la etapa de transcreación, se incorporaron los elementos que no estaban presentes en los discursos, para recrear el contexto de la entrevista y presentarle al lector el sentido captado durante la recolección de datos⁸.

Después de completar las narraciones, se contactó nuevamente a los participantes para que confirmaran que el contenido del texto escrito coincidía con sus narraciones, como esto ocurrió durante la pandemia de Covid-19, se realizó cuidadosamente por teléfono. Algunos solicitaron pequeños ajustes, que fueron rápidamente aceptados⁸.

Posteriormente, se llevó a cabo la categorización de los datos, presentes en las narrativas, que es la convergencia de las percepciones de los adultos mayores sobre las singularidades de sus trayectorias de vida⁹⁻¹⁰.

El proceso de categorización permitió establecer un contacto profundo con el contenido de las narrativas, mediante una lectura horizontal, transversal y exhaustiva, tratando los datos en todos sus aspectos, agrupándolos y clasificándolos, de manera que permitiera su interpretación y su articulación⁸⁻¹⁰. Para mantener el secreto, los adultos mayores fueron identificados con nombres en clave de pájaros.

El análisis del material siguió las reglas de exhaustividad, representatividad, al identificar características esenciales sobre el tema estudiado, de homogeneidad, pertinencia y exclusividad, a través del orden y la clasificación de los datos y la lectura exhaustiva de las narraciones⁹.

El estudio fue aprobado por los Comités de Ética con dictamen n.º 3.803.296, respetando los procedimientos legales establecidos por estos órganos.

RESULTADOS

El contexto de la investigación permitió comprender el día a día y los procesos de trabajo del EMAD en cuestión. Las situaciones complejas en el ámbito domiciliario que enfrentan, ya sea por las condiciones clínicas de los usuarios o por la situación socioeconómica, generaron consecuencias que afectaron toda la gestión del cuidado.

Participaron de este estudio nueve adultos mayores, residentes en la Zona Oeste de la ciudad de San Pablo, con una edad media de 74,5 años, la edad más baja fue 63 años y la más alta 93 años. Todos los participantes del estudio tenían múltiples morbilidades y capacidad funcional reducida.

La capacidad funcional reducida generó dificultad para ir y venir de los servicios de salud, por lo que fue necesario que recibieran atención frecuente y seguimiento continuo de la salud en el domicilio. En lo que respecta a los ingresos, los participantes percibían alrededor de un salario mínimo y manifestaron no tener las condiciones económicas para cubrir completamente el tratamiento. Como el Sistema Único de Salud no siempre contaba con los insumos necesarios para ello, requirieron ayuda de los familiares.

Los participantes demostraron satisfacción al compartir verbalmente sus recuerdos. Es posible identificar siete categorías, a saber:

1) Red de atención de la salud e importancia de su articulación para continuar con la atención: esta categoría explicó la importancia de la articulación de los servicios de salud ante el envejecimiento de la población.

Siempre tuve la mejor impresión del Sistema Único de Salud, aunque la mayoría de la gente no tiene esa impresión. Mi pareja se registró para poder retirar los pañales en la Unidad Básica de Salud y ahí fue cuando le hablaron del programa EMAD. Y entonces, empezaron a venir aquí doctores y enfermeros maravillosos [...] [Golondrina azul]

Con la atención que recibí en casa y con los medicamentos que usé, puedo decir que he mejorado mucho. Empecé a ser atendida por el EMAD después de la hospitalización, a través de la Unidad Básica de Salud. Allí me informaron que existía este equipo que realiza atención domiciliaria. Fuimos mi hermana y yo a la UBS, yo estaba en estado crítico, cuando llegué me atendió la trabajadora social y el médico [...] [Colibrí rubí]

2) Reconocimiento del EMAD como servicio básico domiciliario para el adulto mayor: presenta la percepción del adulto mayor sobre la atención domiciliaria, modalidad de atención que favoreció el acceso a la Red de Atención de la Salud, la integralidad de la

atención y la humanización de la atención en salud.

El EMAD es un servicio que está dentro de la UBS, los insumos se retiran en la UBS y periódicamente tengo que hacer el control allí. El EMAD no viene aquí todas las semanas, viene cuando lo pido, viene dos veces al mes. Mi hija le manda mensajes por internet a la doctora. [Grulla]

La gente del EMAD ayuda mucho... Hasta me dieron una silla de ruedas, una silla de baño y estoy registrado para recibir pañales. Es genial tener su apoyo. Cuando algo anda mal, pedimos orientación. Nos aconsejan, vienen aquí, me revisan, dos veces por semana. Me miden la presión y la temperatura. Entonces, es muy bueno, porque me mido la presión en casa, pero no estamos seguros si está bien. Nos sentimos más seguros porque vienen aquí y cuando lo necesito, también me mandan la ambulancia para ir a la quimioterapia.] [Halcón]

3) Red informal de apoyo en el proceso de asistencia a adultos mayores dependientes: los datos demuestran que la red informal de apoyo está presente en el día a día de los adultos mayores, consiste en relaciones voluntarias, principalmente, a través del apoyo de mujeres - hijas, esposas o hermanas.

[...] solo tengo el apoyo de mi hija, ¡ella hace todo! Cualquier cosa que necesite, que no me sienta bien, cocina, me ayuda a bañarme, compra medicamentos... [Canario de campo]

Apoyo, es una palabra que significa protección, ayuda y socorro... Además del EMAD, mi hermana me ayuda, es la persona con la que siempre puedo contar de mi familia. Creo que no le doy mucho trabajo, pero ella siempre me ha ayudado mucho. Hoy puedo bañarme solo, vestirme... Por ahora puedo, pero sé que si necesito algo puedo contar con mi hermana. [Tucán]

Mis hijos se casaron muy jóvenes, trabajan, pero ganan muy poco y casi no pueden mantenerse... Me ayudan en lo que pueden, hoy mi hija es mi mano derecha, porque si no fuera por ella... porque con estas enfermedades, vivo de milagro. [Zorzal naranja]

4) La senilidad y la precariedad económica como obstáculos para la autonomía de los adultos mayores: presenta los obstáculos que tiene los adultos mayores para lograr autonomía, revelados por los participantes, que afectan de forma transversal la salud física, mental y social.

Quisiera poder hacer algo, pero no puedo porque no me muevo, me quedo acostada en la cama. Quiero levantarme, presto atención porque esa parte no se mueve (señalando la cadera). Entonces, eso es lo que hago en fisioterapia. Me siento con este pie que no se mueve. Sentada, no puedes hacer casi nada durante el día. Me gustaría lavar los platos para distraerme, pero no puedo porque el grifo está alto y no puedo levantarme. [Canario de campo]

Para los adultos mayores, podría mejorar el beneficio, para que al menos pudieran comer mejor. Esto lo digo por mí, por mi edad, por mi salud, tengo que comer fruta y verdura todas las semanas... ¿Qué hizo el gobierno? Les quitó el boleto de autobús a los jubilados. Eso era para hacer huelga, porque eso no debía ocurrir. El salario de los adultos mayores es una miseria... Con mi salario gasto más de la mitad en el alquiler, incluso pedí dinero prestado al banco para poder tomar medicamentos. Hay medicinas que el centro de salud no tiene y el gobierno no ayuda. Cuando cobro, no me quedan ni 200 reales. Hay medicamentos que uso que no están disponibles en el SUS. El centro de salud no tiene el medicamento que uso para la presión arterial, el medicamento que uso para la depresión siempre está agotado... Y con todo esto sufro, porque hay familias que no pueden ni ayudar y los adultos mayores necesitan tanto... [Zorzal Naranja]

5) La espiritualidad como estrategia para afrontar la adversidad en la tercera edad, recurso utilizado para afrontar el sufrimiento y la incertidumbre sobre la enfermedad y el futuro.

[...] Nadie sabe lo que va a pasar. ¡No tengo miedo, porque confío en Dios! Entonces, será lo que Dios quiera [...] Vamos a ver si sale todo bien de ahora en adelante. Espero que todo salga bien y esté bien, saludable y así continuar viviendo... ¡Dios quiera! [Halcón]

¡Jesucristo va a regresar y estoy muy feliz por eso! Entonces, eso es todo, ¡lo que hemos estado haciendo mal! ¿Usted mismo, tiene una biblia? Entonces, trate de leer, ore, donde quiera que esté, no necesita arrodillarse, trate con su mente de hablar con Jesús.... [Canario de campo]

¡Tengo tanta fe! Soy católica y mesiánica. Solo pude superar todo esto porque tenía mucha gente orando por mí. Aprendí que la religión es aquella con la que nos sentimos bien. Le pedí a Dios fuerza para poder comer, tuve la intuición de comer frijoles y avena en el desayuno. [Zorzal Naranja]

6) Finitud y pérdidas vividas en la tercera edad: presentó el duelo anticipado de los adultos mayores ante las pérdidas que sufren en la tercera edad.

Cumplí 63 años, sé que estoy en una edad donde las cosas se pondrán más difíciles. El médico me dijo que tengo que tener paciencia, porque mi accidente cerebrovascular fue algo muy agresivo... Le dije: doctora, hace cuatro años que escucho a la gente decirme la palabra paciencia por lo menos cuatro veces al día. Lo que realmente quisiera es poder recuperar mi vida, pero sé que no va a pasar... [Golondrina azul]

Siento que mi futuro es corto... Ya estoy muy viejo... Tengo 81 años y quiero estar saludable hasta el final. Estar sano hasta el final y vivir unos años más... Ya no me gusta hacer casi nada. Todo es siempre igual, en casa todo es siempre lo mismo [...] [Tucán]

Como dicen algunos, espero la muerte. Ya no tengo ningún plan, ni siquiera un plan para ganar dinero y siempre fui así... Me gustaría hacer algo para mí, ganar un poco de dinero para mí. Tenía una máquina de tejer, que era una fábrica para mí. Vendía, ¿sabes? Me gustaba mucho, pero con el tiempo ya no pude usar más la máquina, así que decidí vendérsela a alguien, pero me gustaba, era un buen trabajo, porque ganaba mi dinero y trabajaba en casa. [Canario de campo]

7) Pandemia de COVID-19: impacto, inquietudes y perspectivas: presentó los sentimientos, como el miedo y la inquietud vividos durante este período. Además, explicaron la dificultad que tenían para comprender debido a que los medios presentaban información diferente y a la difusión de noticias falsas.

Ahora apareció esta pandemia y estamos siempre los dos en casa. No estoy disfrutando de esta pandemia, pero tampoco sé mucho lo que está pasando... La gente dice que no es nada de eso, que no existe, que no se está muriendo tanta gente... Nosotros no sabemos la verdad, hay mucha información diferente. Aquí en mi casa nadie tuvo Covid, ¡gracias a Dios! [Tucán]

DISCUSIÓN

La articulación de la Red de Atención de la Salud implicó las directrices del SUS y la atención integral de la población de adultos mayores. Sin embargo, las narrativas destacaron la atención de la salud pública como una providencia divina y no como un derecho constitucional.

El estudio demostró que la población no entiende los servicios públicos como un derecho; el Sistema Único de Salud es muchas veces visto como un estigma social, considerado un acto filantrópico. Por lo tanto, se lo considera un lugar para personas que no tienen el ingreso necesario como para pagar el servicio privado de salud¹¹.

Estos datos llevan a reflexionar sobre que es necesario comprender mejor que el Sistema Único de Salud es un derecho. De hecho, para que la población pueda utilizarlo, exigirlo y evaluarlo sin prejuicios y estigmas. Confirmando que el control social es una forma de incentivar la mejora de los servicios y prevenir la degradación del sistema de salud. Por otra parte, el reconocimiento del EMAD como servicio básico domiciliario para las personas mayores enfatizó la percepción de los usuarios de que existe un servicio integrado a la Red de Atención de la Salud.

La demanda de atención domiciliaria del sistema de salud va en aumento, debido al envejecimiento de la población brasileña, ya que los adultos mayores con condiciones crónicas y dependencia funcional tienden a necesitar más este tipo de atención¹². Según un estudio de revisión sistemática, los signos que indicaban que el usuario requería atención domiciliaria incluyeron: dependencia funcional para las Actividades de la Vida Diaria, deterioro cognitivo, movilidad reducida, enfermedad crónica y edad avanzada¹².

La asistencia que brinda el EMAD favoreció la intermediación entre las necesidades que tiene los adultos mayores y la continuidad del cuidado. De esta forma, contribuyó al acceso en el campo de la salud, un concepto multidimensional que engloba la atención necesaria y la calidad de vida de las personas mayores^{1,13}.

Los participantes valoraron las consultas médicas que hacen a domicilio, así como también los servicios de rehabilitación que brinda el servicio de fisioterapia y fonoaudiología. Las narrativas, incluso, destacaron la relevancia del cuidado de enfermería, atribuido a la recolección de exámenes, las curaciones y vacunas recibidas en la comodidad del hogar.

La atención domiciliaria, en comparación con la atención hospitalaria habitual, redujo los gastos de salud al evitar la hospitalización y el uso frecuente de atención médica especializada. Ese tipo de modalidad también estimuló la actividad física de los usuarios, contribuyendo a una mejor evolución de las condiciones de salud¹⁴.

La atención domiciliaria, como la que brinda el EMAD, hizo que las personas mayores estuvieran seguras, al reducir el riesgo de hospitalización. Además de colaborar para que los usuarios permanecieran en sus casas el mayor tiempo posible.

Las narrativas enfatizaron la importancia de la red informal de apoyo en el domicilio para el proceso de asistencia a los adultos mayores dependientes. Los participantes de este estudio afirmaron que las acciones de esta red de apoyo se centran en ayudar con el autocuidado, como bañarse, cambiarse de ropa y alimentarse.

Esos datos concuerdan con los hallazgos de un estudio transversal realizado con 348 adultos mayores que vivían en una comunidad del municipio de Várzea Grande, Mato Grosso, en el que el cuidado de los adultos mayores se centra en la familia, y lo realiza, en primer lugar, la hija o nuera; luego el hijo o yerno; y, posteriormente, el cónyuge¹⁵. Por otro lado, la creciente inserción de la mujer en el mercado laboral indica que la figura femenina no puede ser la única responsable del cuidado de las personas mayores dependientes¹⁶⁻¹⁷.

Otra de las dificultades destacadas fueron los problemas sociales que les dificultan a las nuevas generaciones satisfacer sus propias necesidades y, por ende, ser cuidadores informales, esto hace que los adultos mayores se sientan una carga para la sociedad¹⁶⁻¹⁷. Otro aspecto importante es la reducción de las redes informales de apoyo familiar, producto de la disminución de los acuerdos familiares, haciendo referencia a la necesidad de valorar el apoyo comunitario.

La literatura destaca que el apoyo que le brinda la red social a las personas mayores puede ser la única alternativa para sobrevivir. Es lo que permite la derivación a un servicio formal y les revela a los profesionales cuales son las demandas reprimidas del territorio¹⁷.

Por lo tanto, es evidente que las demandas de los adultos mayores dependiente requieren atención constante. Sin embargo, las pautas del EMAD no contemplan la

asistencia diaria de los usuarios, por lo que requieren la presencia de un cuidador. El servicio brinda atención domiciliaria, orientación a familiares y cuidadores, colabora con el acceso de los usuarios a la Red de Atención de la Salud, entre otras acciones⁵.

En esta investigación, los participantes asociaron la tercera edad, fundamentalmente, con la aparición de enfermedades, que los incapacitan para las Actividades de la Vida Diaria. Los estudios afirman que la complejidad de los problemas de salud provoca mortalidad y dependencia en los adultos mayores^{3,18-19}.

La dependencia agrega exigencias a los servicios domiciliarios y necesidad de atención a largo plazo. Esto confirma que hay que implementar acciones efectivas, que permitan maximizar la funcionalidad por el mayor tiempo posible^{3,18-19}.

En el ámbito social, la pobreza y la desigualdad en la tercera edad persisten en el tiempo, cuando se acentúan los problemas de salud. Un estudio realizado en México mostró que, debido al aumento del trabajo informal, los bajos ingresos y la falta de seguridad social, la capacidad de los hijos para ayudar económicamente a sus familias está disminuyendo²⁰.

Este apoyo es vital e influye en el ingreso total de los adultos mayores en México, por lo tanto, si no cuentan con dicho apoyo, no pueden acceder a los servicios de salud, al tratamiento, y satisfacer las necesidades básicas de subsistencia²⁰. Por ende, las personas de bajo nivel socioeconómico que no cuentan con el apoyo económico de sus familiares pueden tener una vejez más incapacitante, lo que afecta severamente la posibilidad de tener un envejecimiento saludable. Por otro lado, las narrativas destacaron que la espiritualidad y la religiosidad eran positivas para enfrentar eventos estresantes en la tercera edad, que ofician de motivadores para la búsqueda de significados y comprender lo que les pasa.

La espiritualidad estimuló el autocuidado, la socialización y la resiliencia para enfrentar los desafíos de la vejez hasta la muerte, dándole sentido a la vida misma, además de promover la salud y el bienestar²¹⁻²². Cabe señalar que las necesidades espirituales, cuando no se satisfacen, pueden generar peor calidad de vida y menor satisfacción con la atención médica. Por lo tanto, es importante considerar la espiritualidad en los planes de atención que elaboran los servicios formales²³.

Los datos también arrojan luz sobre la finitud, marcada por una disminución de la capacidad funcional y cognitiva. Las narraciones también citaron cambios en los roles sociales que experimentan, como la muerte de seres queridos y otros factores biopsicosociales, que generaron sentimientos y reacciones durante el duelo.

Las pérdidas en la tercera edad y la percepción de la propia finitud fueron definidas en la literatura como muerte simbólica; las reacciones que tienen pueden influir negativamente en la salud y la capacidad física; la sensación de disminución de la funcionalidad física y mental; el sentimiento de falta de calidad en las relaciones interpersonales; la reducción de los bienes materiales y del poder adquisitivo; la disminución de la autonomía; el sentimiento de inutilidad y la falta de bienestar^{1,24-26}.

Por último, los adultos mayores mencionaron los impactos, las preocupaciones y perspectivas ante la pandemia de Covid-19. Porque esto afectó la salud mental de los mismos, debido a sentimientos como miedo, soledad, ansiedad y tristeza²⁷⁻²⁸.

El aislamiento social fue una de las estrategias utilizadas para contener la propagación de la pandemia, como el cierre o las restricciones operativas de negocios y lugares de trabajo. Dichas estrategias, aunque necesarias, condujeron a una disminución de los ingresos familiares.

La disminución de los ingresos familiares hizo que muchas personas no cumplieran el aislamiento social. Debido al estrés que provoca la precariedad económica y la falta de perspectivas de futuro sobre el trabajo²⁹.

Además, la pandemia de COVID-19 puso de manifiesto la necesidad de estrategias efectivas para la atención integral de las personas mayores en situación de vulnerabilidad, ya sea que se encuentren en instituciones de larga estadía para adultos mayores o en situación de calle. Ello demuestra que es imperioso que se les brinde a las personas mayores atención integral con un enfoque humanitario, universal y equitativo³⁰.

Cabe destacar que los resultados deben ser interpretados considerando las limitaciones del estudio, a pesar del potencial de los hallazgos presentados. Específicamente, se exploraron las experiencias y vivencias de las personas mayores dependientes, que cuando se realizó la recolección de datos recibieron atención del EMAD. Por lo tanto, no pueden reflejar la realidad de los usuarios con independencia que no necesitan atención domiciliaria.

CONSIDERACIONES FINALES

Esta investigación permitió comprender el servicio que brinda el EMAD que posibilitó que los adultos mayores mantuvieran y/o recuperaran la capacidad funcional. También fortaleció el vínculo entre usuarios y profesionales, redujo el número de hospitalizaciones y visitas a los servicios de emergencia, así como la continuidad de la atención. Esta modalidad de atención favoreció la integración con la comunidad/Red de Atención de la Salud, contribuyendo para que los adultos mayores accedieran a los servicios necesarios de manera oportuna.

Además, esta investigación ratificó que las acciones de los profesionales de la salud que trabajan con las personas mayores deben enfocarse en el bienestar y la integración de la Red de Atención de la Salud. Por lo tanto, el adulto mayor debe ser el centro de la red de atención y de todos los recursos que hay en la comunidad.

Para la Enfermería, Geriatria y Gerontología, el estudio reafirmó que es necesario incluir el proceso de finitud en la planificación de las acciones de cuidado en los servicios de salud, esto implica que es necesario desarrollar investigaciones que contribuyan a la formación de profesionales en el tema.

REFERENCIAS

1. Estrela FM, Soares CFS e, Cruz MA, Silva AF, Santos JRL, Moreira TMO, et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25]; 25(9):3431-3436. Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.14052020>.
2. Ministério da Saúde (BR). E-Gestor Atenção Básica: informação e gestão da Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [cited on 2022 feb 20]. Available in: <https://unarus.ufsc.br/atencobasica/files/2017/10/Gest%C3%A3o-e-Avalia%C3%A7%C3%A3o-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilo-vepdf-compressed.pdf>.
3. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Docrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. Cochrane Database Syst Rev. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];4(4):CD013574. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8133397/pdf/CD013574.pdf>.
4. Daumas RP, Silva GA e, Tasca R, Leite I da C, Brasil P, Greco DB, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];36(6):e00104120. Available in: <https://doi.org/10.1590/1678-4467.20200104120>.

[org/10.1590/0102-311X00104120](https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120).

5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002 [cited on 2022 feb 20]. Available in: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagen/0253.pdf>.
6. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DC, Mendonça MHM de, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à COVID-19. *Saúde debate* [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];44(4):161-176. Available in: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prtrLwWLzNJZf-QRy/?lang=pt>.
7. Peduzzi M, Schraiber LB.[Internet]. Processo de trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, editores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. [cited on 2022 feb 20]; p. 320-28. Available in: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>.
8. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. [Internet]. 2003.[cited on 2022 feb 20]. Available in: <https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/11PSF-contradicoes.pdf>.
9. Maciel FB, Santos HL dos, Carneiro RA da S, Souza EA de, Prado NM de BL, Teixeira CF de. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];25(2):4185-4195. Available in: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XsyXgfVksPRS38tgfYppqBb/?lang=pt>.
10. Assunção AA, Simões MRL, Maia EG, Alcântara MA de, Jardim R. COVID-19: limites na implantação dos equipamentos de proteção individuais recomendados aos profissionais de saúde. *Ciênc. da Saúde*. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 05]; 25(2):16 p. Available in: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1018/1465>.
11. Faria HP de, Werneck MA, Santos MA dos, Teixeira PF. *Processo de trabalho em saúde*. 2. ed. [Internet]. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2009 [cited on 2022 feb 20]. Available in: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagen/1790.pdf>.
12. Minayo MC de S. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. *Rev Saude Transform Soc*. [Internet]. 2011 [cited on 2022 feb 25];1(3):2-11. Available in: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/652/844>.
13. Patias ND, Hohendorff JV. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. *Rev Psicol. Estud*. [Internet]. 2019 [cited on 2022 feb 25];24:e43536. Available in: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536>.
14. Boeckmann LM, Rodrigues MC, Santos DS dos, Melo MC, Campos MCT de, Griboski RA. O uso de checklists com ferramentas de apoio na elaboração de pesquisas qualitativas. In: *I Seminário Internacional de Pesquisa em Saúde e do II Simpósio de Pesquisa em Enfermagem do Distrito Federal*. [Internet]. 2018 [cited on 2022 feb 25]; Available in: <https://proceedings.science/anais-do-simpe-2018/papers/o-uso-de-checklists-como-ferramentas-de-apoio-na-elaboracao-de-pesquisas-qualitativas#>.
15. Ribeiro MA, Araújo Júnior DG, Cavalcante AS, Martins AF, Sousa LA de, Carvalho RC, et al. (RE) organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: experiência de Sobral-CE. *Rev APS Em Revista*. [Internet]. 2018 [cited on 2022 feb 25];2(2):177-188. Available in: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.125>.
16. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. [cited on 2023 feb 22] 2011; 27(2): 388-394. Available in: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.
17. Ministério da Saúde (BR). *Protocolos e orientações aos profissionais e serviços de saúde sobre atendimentos – COVID-19*. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited on 2022 feb 20]. Available in:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>.

18. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, 13 jun 2013 [cited on 2022 feb 15];12(seção 1):59. Available in: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
19. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial da União, [Internet]. 24 abr 2016 [cited on 2022 feb 15]. Available in: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581.
20. Teixeira CF de S, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto IC de MP, Andrade LR de, et al. Saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];25(9):3465-3474. Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.
21. Dunlop C, Howe A, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. Rev BJGP Open. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25]; 4(1). Available in: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>.
22. Cirino FMSB, Aragão JB, Meyer G, Campos DS, Gryscek AL de FPL, Nichiata LYI. Desafios da atenção primária no contexto da covid-19: a experiência de diadema. Rev. bras. med. fam. Comunidade. [Internet]. 2021 [cited on 2022 feb 25];16(43):2665. Available in: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1282258>.
23. Silva WN de S, Silva KC, Araújo AA de, Barros MBSC, Monteiro EMLM, Bushatsky M, et al. As tecnologias no processo de empoderamento dos cuidados primários de enfermagem em contexto da covid-19. Cienc Cuid Saude. [Internet]. 2022 [cited on 2022 feb 25];21:e58837. Available in: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/58837/751375153704>.
24. Greenhalgh T, Koh GC, Josip C. Covid-19: a remote assessment in primary care. The BMJ. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];368:m1186. Available in: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182>.

AGED PEOPLE'S PERCEPTION ABOUT THE TRANSITIONAL CARE PROVIDED BY A MULTIPROFESSIONAL HOME-BASED ASSISTANCE TEAM*

ABSTRACT:

Objective: to understand the aged people's perception about the care provided by a Multiprofessional Home-based Assistance Team in the city of São Paulo - Brazil. **Method:** a qualitative study using oral life stories. The data were collected between August 2020 and October 2021 by means of semi-structured interviews. The sample consisted of nine aged women assisted by the Multidisciplinary Home-based Assistance Team. The data were treated according to oral life stories, presented in the form of narratives and categorized. **Results:** seven thematic categories emerged from the narratives. The participants' perception of the health care provided by the team was positive and necessary, mainly because it favored access to the resources provided by the Unified Health System. **Conclusion:** the importance of home-based care for care continuity for aged people is highlighted. The study reinforced the need to include the finitude process in the planning of care actions in health services.

DESCRIPTORS: Older Adults' Health; Comprehensive Health Care; Health Services for Aged People; Health Care Quality; Qualitative Research.

*Artículo extraído de la tesis de máster/doctorado "Avaliação da transição de cuidados na perspectiva de pessoas idosas assistidas por uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2022.

Recibido en: 20/01/2022

Aprobado en: 16/03/2023

Editor asociado: Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi

Autor correspondiente:

Jeane Roza Quintans

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, PPGEn- Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo, SP, Brasil CEP: 05403-000

E-mail: jeanequintans@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Melleiro MM**; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Quintans JR, Melleiro MM**; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Quintans JR, Melleiro MM**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).