

COMO É SER CUIDADO EM CASA: AS PERCEPÇÕES DOS CLIENTES

THE PERCEPTION OF CLIENTS WHEN RECEIVING HOMECARE

COMO ES SER CUIDADO EN CASA: LAS PERCEPCIONES DE LOS CLIENTES

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin¹
Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias²

RESUMO: Este estudo qualitativo de caráter exploratório analisou a percepção dos usuários do Programa de Atendimento Domiciliar do SSS-GHC, em Porto Alegre/RS, sobre os cuidados recebidos pela equipe interdisciplinar e por seus cuidadores no domicílio. Entre os 17 clientes entrevistados predominaram mulheres, idosos e portadores de doenças crônicas degenerativas. Da análise emergiram cinco categorias, abordando o cuidado profissional e familiar, bem como as experiências dos sujeitos quanto às circunstâncias de vida enfrentadas. Nos resultados, os cuidados vivenciados foram percebidos como humanizados e propiciadores de estratégia avaliativa do Programa.

PALAVRAS-CHAVE: cuidado domiciliar, atenção primária à saúde e saúde coletiva

ABSTRACT: This qualitative and exploratory study analyzed the perception of users of the Home Care Program (SSS-GHC) in Porto Alegre, Rio Grande do Sul state regarding the assistance provided by its interdisciplinary team and caretakers. Among the 17 clients interviewed, there was a prevalence of women, elderly people and chronic degenerative disease patients. As a result of the analysis it was possible to identify five categories which were related to family, professional care and experiences of the subjects in relation to life circumstances. Results showed that, according to the client's point of view, the care received was viewed as humanized and favorable to the evaluative strategy of the Program.

KEYWORD: home care, primary focus on health, collective health

RESUMEN: Este estudio calitativo de carácter exploratorio analizó la percepción de los usuarios del Programa de Atendimento Domiciliar del SSS-GHC, en Porto Alegre/RS sobre los cuidados recibidos por el equipo interdisciplinar y por sus cuidadores en el domicilio. Entre los 17 clientes entrevistados predominaron mujeres, ancianos y portadores de enfermedades crónicas degenerativas. Del análisis resultaron cinco categorías, abordando el cuidado profesional y familiar, así como las experiencias de los sujetos frente a las circunstancias de vida que deben enfrentar. Los resultados apuntan que los cuidados vivenciados fueron percibidos como humanizados y propiciadores de estrategia evaluativa del programa.

PALABRAS CLAVE: cuidado domiciliar, atención primaria a la salud y salud colectiva

Recebido em 14/01/2002

Aprovado em 26/06/2002

¹ Professora Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Educação.

² Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Mestre em Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de estudos e a implantação de programas de atendimento domiciliar no Brasil vêm ganhando força nesta última década, apesar de ser uma atividade desenvolvida na área de Saúde Pública desde o início do século. A preocupação em estender o atendimento ao cliente/família para que estes tenham uma melhor qualidade de vida em seu domicílio e permitir aos profissionais dos serviços aprofundar seus conhecimentos sobre as condições de vida de sua clientela tem sido uma temática importante neste contexto, apontada por alguns autores (BORDAS; SANTAMARIA; GONDELL, 1992; LOPES; OLIVEIRA, 1998).

Verificamos que os artigos e investigações brasileiras realizadas nesta área se voltam, basicamente, para a divulgação dos programas realizados e compreensão da visão dos profissionais de saúde que atuam no atendimento domiciliar (PADILHA et al., 1994; SANTOS et al., 1998; ARAÚJO et al., 2000; LOPES; OLIVEIRA, 1998). Assim, acreditamos ser de fundamental importância, também, identificar como o cliente percebe o atendimento em nível domiciliar, uma vez que isto indica a qualidade da atenção que é desenvolvida e as possibilidades do cuidado intradomiciliar.

O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) é formado por doze Unidades de Saúde, situa-se na Zona Norte da cidade de Porto Alegre no Rio Grande do Sul e desenvolve atendimento domiciliar desde o início de suas atividades, há dezenove anos.

Uma dessas doze Unidades é a Unidade de Saúde da Vila Floresta (SSCVF) que atende a uma população adscrita de 9.404 pessoas, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1996), tendo cadastrada na Unidade 66% da mesma. Verifica-se que a população desta área geográfica, em sua maioria, reside há muitos anos neste local. Da população cadastrada, 7% são idosos (acima de 65 anos de idade) e no Programa de Atendimento Domiciliar a maior parte dos clientes também são idosos. As doenças de maior prevalência nesta população são as crônicas-degenerativas, e como principais causas de óbitos, os problemas decorrentes de doenças cardiovasculares e causas externas. Esta Unidade busca colocar em prática os princípios da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 1992) e compõe a rede pública de Atenção à Saúde do município de Porto Alegre e desenvolve ações de promoção à saúde, prevenção, cura e reabilitação.

Dentre as diversas atividades assistenciais desenvolvida, inclui-se o atendimento domiciliar (denominado de "Programa de Acamados" pela equipe) aos pacientes/clientes. Este Programa é desenvolvido há treze anos, e contava no segundo semestre de 1999, com 46 pacientes inscritos. Atualmente, atende 52 usuários.

A equipe de saúde da Unidade participa efetivamente deste Programa, onde os pacientes recebem atendimento da Terapia Ocupacional, Enfermagem (Auxiliares e Enfermeira), Medicina, Serviço Social, Psicologia, Odontologia (Odontólogo e Técnico de Higiene Dental), conforme a necessidade de cada caso. No momento da realização da pesquisa, a frequência dos atendimentos no domicílio pela equipe, não encontrava-se sistematizada, sendo realizada a partir da avaliação dos profissionais

envolvidos, de acordo com a necessidade de cada caso.

A rotina inclui, primeiramente, uma solicitação por parte de algum familiar que identifica a necessidade do atendimento domiciliar. Após a solicitação, um profissional do serviço, normalmente o médico ou a enfermeira, realiza uma visita domiciliar (VD) e avalia a necessidade de atendimento e tipo de acompanhamento. Conforme avaliação do profissional quanto à necessidade de manutenção do atendimento, o cliente é incluído no Programa. A família é estimulada a participar ativamente deste programa através do cuidado ao familiar e interação com a equipe de saúde na troca de saberes. Os recursos materiais necessários para os cuidados são fornecidos, na sua maioria, pela Unidade de Saúde.

O atendimento domiciliar é uma atividade existente há muito tempo no setor saúde e, para nós, ele fundamenta-se no princípio de que o doente, que se torna dependente, recebe os cuidados necessários para a manutenção e/ou recuperação de sua saúde, bem como a prevenção de agravos indesejáveis, no convívio de seus familiares. Esta visão interativa de cuidados domiciliares requer mudança nos modelos de atenção à saúde centrados na lógica organizativa dos Serviços que baseiam-se na demanda espontânea e na cura dos problemas de saúde, vistos, em sua maioria, no contexto da fisiopatologia.

Constatamos que o atendimento domiciliar pode propiciar um contato mais estreito dos profissionais de saúde com o paciente e seus familiares em seu próprio meio, podendo ser este momento útil para uma avaliação das condições que o cerca e por vezes de grande importância para o sucesso do acompanhamento. Assim, nos associamos com Oliveira e Berger (1996) ao afirmarem que o momento da VD pode auxiliar na elucidação de causas para problemas que perdem o nexo explicativo quando fora do contexto familiar.

São poucos os familiares que desempenham sem dificuldades o papel de cuidador e a proposta do atendimento domiciliar depende, fundamentalmente, da figura deste. Esta situação, por vezes, pode exigir mais da equipe de saúde que necessita estar alerta e muito bem capacitada para intervir no domicílio da clientela e poder prestar os cuidados, aproveitar o espaço para educação em saúde, respeitar as diferentes culturas e compreender o ambiente familiar (PADILHA et al., 1998). Embora a equipe na maioria das vezes já interage com membros desta família, cuidada na Unidade de Saúde, observamos que freqüentemente é necessário repensar e reconstruir conjuntamente - cliente, família e equipe-o "caminho" da prática do cuidado, a fim de envolverem-se participativamente num processo terapêutico intersubjetivo, elemento essencial para a conquista do cuidado com qualidade.

Santos et al. (1998, p.131) encontraram, ao trabalhar com enfermeiras sobre o cuidado domiciliar, que nesse espaço não é possível prever uma rotina de atendimento pela dinâmica de cada domicílio "(...) requer da equipe uma capacidade de flexibilidade, readaptação constante, criatividade e, principalmente, uma atitude interdisciplinar que valorize tanto o sistema de cuidado, como, também o sistema popular".

Alguns estudos na área ambulatorial, hospitalar e comunitária têm reforçado a importância dos profissionais

de saúde conhecerem a percepção da clientela sobre o atendimento recebido para a melhoria da qualidade do serviço prestado (THORNE, 1988, BOTELHO, 1997, LORENZI; SCHNEIDER, 1998, RAMOS, 2000). Entretanto, faz-se necessária uma avaliação sobre os benefícios e dificuldades vivenciados pelos próprios sujeitos para a efetivação destes cuidados nos seus domicílios.

O termo percepção está sendo utilizado nesta investigação no sentido proposto por Hamachek citado por Sundeen, (1997, p.96) como "o processo através do qual nós selecionamos, organizamos e interpretamos as estimulações sensoriais dentro de uma visão de mundo significativa e coerente. O autor relata ainda que as necessidades individuais, valores, crenças e autoconceito são fatores vitais para determinar como o indivíduo vê seu espaço de vida e arredores".

Tendo como ponto de partida as exposições acima e dentro de uma proposta de integração universidade-serviço, as autoras propuseram os seguintes objetivos na presente investigação: conhecer as características demográficas da população atendida no programa, identificar como o cliente percebe o atendimento prestado pelos profissionais do serviço, conhecer como o cliente percebe o papel do(s) seu(s) cuidador(es) no domicílio, identificar o que o cliente considera como pontos positivos no cuidado domiciliar e conhecer o que o cliente considera como pontos negativos no cuidado domiciliar.

METODOLOGIA

A investigação, de cunho qualitativo, teve caráter exploratório e corte transversal. Compuseram a amostra os 17 clientes inscritos no Programa de Atendimento Domiciliar do SSCVF, que tiveram condições de responder a uma entrevista. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

As informações foram coletadas através de consultas aos Prontuários de Família e de entrevistas semi-estruturadas com os clientes do programa. No Prontuário de Família foram levantados dados demográficos, tais como, idade, sexo, problema de saúde que gerou a necessidade de atendimento domiciliar e o tempo de permanência no Programa.

A entrevista semi-estruturada buscou colher informações que respondessem aos demais objetivos propostos. Foram realizadas pela pesquisadora docente (que não é contratada pelo serviço) e pela bolsista de pesquisa, na residência dos clientes, com horário previamente agendado. Neste encontro foi fornecido aos participantes do estudo um Termo de Consentimento Informado. Após a leitura e explicação do mesmo, esclareceu-se a finalidade do estudo, possibilidades de desistência e as dúvidas. A partir da concordância escrita do respondente iniciava-se a entrevista, ficando uma cópia em sua guarda. A análise das informações foi realizada com base na Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). As unidades foram categorizadas por critério semântico (temático), a partir dos objetivos da investigação. Os temas que emergiram da análise das entrevistas, e os dados demográficos levantados são apresentados a seguir.

CONHECENDO A CLIENTELA DO PROGRAMA DE ACAMADOS E DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Dos 46 usuários do Programa de Acamados, mais de 50% são do sexo feminino, (35 usuárias) o mesmo acontecendo com os 17 da amostra estudada. A faixa etária predominante, dos sujeitos do estudo, variou de 70 a 89 anos de idade, destacando-se, também, a faixa entre 60-69 anos.

Em relação ao tempo de permanência dos sujeitos estudados no Programa, houve predomínio daqueles que o utilizam entre 3 e 6 anos (6 usuários), seguido dos que foram incluídos há menos de 1 ano (3 usuários). Quanto ao tempo de permanência no Programa como um todo há uma diversidade, sendo mais representativos os períodos de 1 a 3 anos, 4 a 5 e 5 a 6 anos.

No que se refere às patologias apresentadas pelos clientes inscritos, os cinco problemas principais são: Hipertensão Arterial Sistêmica (18 casos), Acidente Vascular Encefálico (11 casos), outras doenças cardiovasculares (10 casos), Doença bronco-pulmonar (9 casos) e Diabetes Mellitus (7 casos). Um diagnóstico não estava registrado e a obesidade, prótese de quadril, infecção do trato respiratório, amputação de membros inferiores, artrose, Parkinson, paralisia ou paraplegia dos membros inferiores (por acidente) ocorreram com menor frequência. Salienta-se que muitos sujeitos apresentam mais de uma patologia simultaneamente. Esses dados retratam que as principais patologias encontradas no atendimento domiciliar são as doenças crônicas.

Em relação ao cuidador dos sujeitos estudados observa-se que muitos são acompanhados por mais de uma pessoa simultaneamente. Onze sujeitos citam os filhos como cuidadores, e com menor frequência incluem-se os sobrinhos, cônjuges, irmãos, netos, pais e cunhada. Em apenas dois casos é citado a contratação de empregados. Esses dados demonstram que o cuidado com o cliente acamado é prestado, em sua maioria, pela família, podendo estabelecer uma relação de carinho e solidariedade no processo do cuidado.

Durante a realização das entrevistas observamos as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores, em função de muitos necessitarem assumir, simultaneamente, o cuidado do doente, o compromisso laboral e o sustento da família. Verificamos, ainda, que há famílias (ou doentes) que têm condição econômica de contar com o apoio de profissional contratado, possibilitando divisão das tarefas de cuidado. Certamente, cuidar de um familiar em casa traz sobrecarga à família, exigindo mudanças na sua organização.

A PERCEPÇÃO DO CLIENTE SOBRE O ATENDIMENTO DOMICILIAR - CATEGORIAS CONSTRUÍDAS

A PERCEPÇÃO SOBRE O ATENDIMENTO DA EQUIPE

Os participantes do estudo referem gostar muito do atendimento realizado pela equipe. Ressaltam a presteza, atenção, cordialidade, amizade e tranquilidade com que são atendidos. Consideram esse tipo de atividade uma inovação e relembram a sua infância, quando os médicos particulares vinham em casa:

Então se tornaram assim ... amigas, né ? São pessoas muito queridas na família. Eu tenho o diálogo aberto e isso para mim é muito importante. (Suj. 1)

Percebemos nessa fala a valorização do vínculo com os profissionais do serviço. A Atenção Primária de Saúde prenuncia que o vínculo propicia maior resolutividade das necessidades de saúde (STARFIELD, 1992).

Destacamos, ainda, o depoimento de um dos clientes que relata a diferença do atendimento prestado em sua casa ao referir-se aos profissionais de saúde que o acompanham no domicílio:

... eu não sei se é porque eles vem aqui na minha casa que eles são mais educados ... eu acho mais educação deles aqui ... (Suj. 17)

Este relato vem ao encontro da afirmação de Clayson citado por Oliveira e Berguer (1996, p.72) ao destacar que a dinâmica de atendimento em uma visita domiciliar é alterada “substancialmente em função de ser realizado no território do paciente”.

A PERCEPÇÃO SOBRE SER CUIDADO PELA FAMÍLIA

Dez participantes do estudo opinam positivamente quanto a ser cuidado em casa pela família. Valorizam o cuidado diferenciado recebido pelos filhos:

A minha filha me cuida ela é muito..., é demais (Suj. 10);

Em casa elas me cuidam com carinho, me dão banho com carinho e tudo... (Suj. 4).

Através de uma frase singular, expressam o carinho recebido e a individualização do cuidado:

Canja e beijo na boca é só em casa (Suj. 14);

Ela é que cuida de mim, agora eu é que sou filha dela. (Suj. 15)

Um paciente refere as dificuldades enfrentadas pelos familiares para poderem cuidá-lo e assumir seus compromissos simultaneamente:

É complicado...ela (a filha) tem muita obrigação. (Suj. 16)

As diferenças contidas nos relatos acima revelam que as condições familiares são determinantes da satisfação pelo cuidado recebido. Assim, a inter-relação da família e sua situação socioeconômica irão definir, também, a qualidade do cuidado. Ressaltamos que estas diferenças devem ser investigadas, identificadas e trabalhadas pela equipe que presta o atendimento. Reforçamos, também, a importância do trabalho interdisciplinar para que se possa refletir com a família sobre suas vivências, sentimentos e dificuldades, auxiliando-a a encontrar alternativas de interação e convivência com as situações enfrentadas. Estas considerações vêm ao encontro as de Araújo, Sampaio, Carneiro e Sena (2000, p.118) que apontam a necessidade de uma “parceria terapêutica”, onde o cuidado domiciliar permite o resgate das práticas tradicionalmente usadas pela população, embasadas na sua bagagem cultural.

Os outros cinco sujeitos da amostra não qualificam o cuidado recebido em casa, relatando apenas as tarefas

desempenhadas pelos familiares/cuidadores.

Quanto às atividades desenvolvidas pelos familiares/cuidadores citadas pelos pacientes envolvem: auxílio na higiene, preparo da alimentação, limpeza da casa, cuidados com as roupas, realização de curativos, fornecimento e administração da medicação. Além das atividades diárias no cuidado do paciente e limpeza da casa, relatam ainda que recebem auxílio dos familiares na realização de compras no mercado e de “coisas de rua” como pagamentos de contas, marcação de consultas e outros.

VANTAGENS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

Em relação a esta categoria todos os usuários reforçam a importância deste tipo de atendimento em função de sua dificuldade de locomoção. Relatam a facilidade de acompanhamento, visto não dependerem dos familiares para serem assistidos, não terem gastos com o transporte e não necessitarem “entrar em fila” (suj. 10).

Cinco pacientes demonstram em suas falas valorizar o atendimento, a atenção que recebem e a importância do apoio dos profissionais:

São pessoas que me transmitem um pouco de carinho, um pouco de calor humano nas fases mais difíceis da minha vida, né? (Suj. 1)

Outros quatro apontam a facilidade para a realização de procedimentos e fornecimento de material:

... as enfermeiras abrem, põe curativo, trazem o que precisa: gazes, remédios, essas faixas, a pomada. (Suj. 2)...

Um dos usuários espera, ainda, que outras dificuldades sejam resolvidas pela equipe do posto:

Eles estavam ajudando na parte financeira, num ranchinho... mas não durou dois meses e já cortaram tudo. (Suj. 19)

Com menor frequência são citadas as possibilidades de continuidade do tratamento por meio do atendimento em casa e a crença de poder prevenir problemas:

Fica mais à vontade, a gente tem mais liberdade em casa né? (Suj. 9); *Se prevenir antes, do que deixar acontecer...* (Suj. 1)

Ao compararem com o atendimento recebido por ocasião de internação hospitalar a maioria prefere ser acompanhado em casa por ter mais liberdade, ser mais tranquilo, poder ficar com a família, comer o que gosta, escolher os horários, não precisar ver o sofrimento dos outros doentes, bem como não precisar esperar sua vez para ser atendido:

Eles em casa vêm com mais calma (Suj. 13);

... a gente fica junto com a família né? Vem um parente, vem outro... (Suj. 15).

Um dos sujeitos do estudo ao fazer esta comparação reforça que em casa melhora mais rápido e fala sobre a rotina do Hospital:

É. Melhora bem mais ligeiro. Lá tem horário pra tudo né? É como um quartel. Pra ti trocar tu espera, porque tem mais trezentos para trocar... O cara vomitava do meu lado. Vamos fazer o quê? Comer não vamos mais, colocava o

prato para o lado. Não pode falar porque ele é doente, tá doente, fazer o quê? (Suj. 18)

Por outro lado um dos pacientes vê como desvantagem não ter recursos à mão como no hospital:

Não tem muita diferença, lá a gente está no meio dos recursos, aqui tem que sair correndo e procurar ajuda, mas é melhor poder ser atendido em casa pois posso ficar junto com a esposa que me ajuda... (Suj.12)

A PERCEPÇÃO SOBRE AS DIFICULDADES DO PROGRAMA - O QUE PODE SER MELHORADO

A maior parte dos sujeitos do estudo sugerem que o atendimento seja sistematizado, onde as visitas domiciliares tenham uma frequência planejada e garantida:

Prazo para realizar visitação (Suj. 3);

...devia ter alguém que uma vez por mês, uma vez por 15 dias ia e verificava a pressão de todos e fazia um histórico... quando acontece alguma coisa o médico vai saber desde quando tá com a pressão alta (Suj. 1);

...deveria ter um acompanhamento, né? Não só quando tem alguma coisa (Suj.15)

Ainda são sugeridos: a existência de uma "assistência" (ambulância) para o transporte dos pacientes acamados, quando necessário; um "telefone 24 horas" visando ao contato ininterrupto com os profissionais do posto; a informatização dos prontuários; a implementação de atendimento odontológico para todos os pacientes acamados; expandir o atendimento domiciliar para além da área de abrangência do serviço e melhorar a letra das receitas médicas. Também há o relato de um dos clientes quanto ao com um atendimento que foi marcado e não foi realizado.

Confirmamos o referido por Bastos, Santana e Nunes (2000) quanto a importância da avaliação do usuário sobre o sistema de saúde. Os autores apontam que a avaliação além de ser um indicador da qualidade do serviço prestado também possibilita uma maior adequação no uso do serviço. Assim, acreditamos que as percepções dos clientes quanto ao atendimento prestado pela equipe, sobre ser cuidado em seu domicílio e sobre as dificuldades do Programa e auxiliam os profissionais e o serviço como um todo na delimitação de estratégias de atuação condizentes com as necessidades dos usuários.

AS VIVÊNCIAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os entrevistados, ao falarem sobre sua situação atual, trouxeram questões acerca de suas histórias de vida que pela relevância merecem ser destacadas:

Briguei com o mundo...não me preparei para a velhice... (Suj. 5);

Tenho saudades da casa no interior (Suj.6).

Os sujeitos abordam a fase do ciclo familiar vivenciada, falando sobre as dificuldades nas relações familiares, a perda de parentes próximos como filhos e esposo. Relatam ainda o suporte pessoal que buscam através da auto ajuda e do auxílio dos familiares, exemplificados

nas estratégias de reconstrução do seu espaço físico para que possam acessar objetos necessários de forma independente; a construção de "peça" com banheiro adaptado às necessidades do acamado, adaptação de equipamentos para higiene, alimentação e necessidades fisiológicas, além das questões psicológicas para enfrentarem as circunstâncias na qual se encontram. Valorizam também situações de solidariedade da comunidade onde se inserem, como auxílio para transporte, visita de religiosos e voluntários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se que a população em estudo é composta na sua grande maioria por mulheres, idosos, portadores de doenças crônico-degenerativas, tendo como principal cuidador os filhos e estão, em média, há quatro anos em atendimento domiciliar.

Os sujeitos do estudo percebem qualidade no atendimento que recebem no domicílio, tanto no âmbito da cura quanto da prevenção, valorizando o vínculo, a continuidade no atendimento e facilidade de acesso.

A possibilidade de conhecer e valorizar as percepções de clientes cuidados em seus domicílios, como um suporte à avaliação do atendimento prestado propiciou ao serviço uma reflexão da sua prática, buscando seu aprimoramento, considerando as necessidades sentidas pelos usuários. Trouxe também elementos para subsidiar o ensino dos futuros profissionais de saúde, ao buscarmos modificar o modelo de atenção vigente.

Fica evidente nos depoimentos que o grande diferencial do cuidado domiciliar é a questão da humanização do atendimento tanto pelo ambiente, como pela interação com a família.

Os resultados encontrados apontam que é imprescindível haver atendimento domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que a população de menor poder aquisitivo fica desassistido na ausência deste.

O presente estudo mobilizou a equipe de saúde para uma reavaliação e readequação do trabalho desenvolvido. Assim, buscou-se melhor sistematizar o cuidado, inclusive, com garantia da privacidade das visitas aos pacientes. Também foi construída uma cartilha para dar suporte ao cuidador intradomiciliar, além da realização de um Grupo de Apoio para Cuidadores de Pacientes Acamados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M. R. N. et al. Saúde da Família: Cuidando no Domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, p.117-122, dez. 2000. Edição Especial.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASTOS, A. C; SANTANA, E; NUNES, M. Privilegiando a percepção do usuário na avaliação em saúde. In: IV CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 4., 2000, Salvador. **Anais...** Salvador: ABRASCO, 2000.

BORDAS, R.M.; SANTAMARIA, A; GONDELL, A. Intervención domiciliaria. **Rol de Enfermeria**, Barcelona, v. 15, n. 163, p.25-38, 1992.

BOTELHO, V. Percepção de clientes que freqüentam o ambulatório de hipertensão arterial. **Revista da Escola de Farmácia e Odontologia**, Alfenas, n. 19, p. 43-49, jan./dez. 1997.

HAPPELL, Brenda. Student nurses attitudes toward a career in community health. **Journal of Community Health**, v. 23, n. 4, p.269-279, August 1998.

LOPES, J. M. C; OLIVEIRA, M. B. H. Assistência Domiciliar: Uma Proposta de Organização. **Momentos e Perspectivas em Saúde**, Porto Alegre, v.11, n.1, jan./jul. 1998.

LORENZI, J; SCHNEIDER, J. Percepção de usuários sobre um serviço em ambulatório de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n.1, p.38-46, jan.1998 .

OLIVEIRA, F; BERGER, C. Visitas domiciliares em Atenção Primária à Saúde: equidade e qualificação dos serviços. **Momentos e perspectivas em saúde**, Porto Alegre, v.9, n.2, p.69-74, jul./dez. 1996.

PADILHA, M. I. C. et al. Visita domiciliar: uma alternativa

assistencial. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro**, v.2,n.1, p.83-90, maio 1994.

RAMOS, D. D. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre/RS no contexto da Municipalização da Saúde**. 2000. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SANTOS, B. R. L. et al. O Domicílio como espaço do cuidado de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM 50., 1998, Salvador. **Anais...** Salvador. p. 121-132, 1998.

STARFIELD, B. **Primary Care**: concept, evaluation an policy. New York: Oxford University Press, 1992.

SUNDEEN, S. **Nurse-client interaction**: implementing the nursing process. 6. ed. St. Louis: Mosby, 1997.

THORNE, S. Helpful and unhelpful communication in cancer care: the patient perscpective. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburg, v.15, n.2, p. 167-172, 1988.