

**CUIDADO DOMICILIAR: A EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA/UFPEL-MS/BID.
HOME CARE: A MULTIPROFISSIONAL RESIDENCY EXPERIENCE ON FAMILY HEALTH/UFPEL-
MS/BID.
CUIDADO DOMICILIARIO: LA EXPERIENCIA DE LA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN LA
SALUD DE LA FAMILIA/UFPEL-MS/BID.**

Adriana Damke Klock¹, Rita Maria Heck², Sidnéia Tesmer Casarim³

¹ Enfermeira Residente-Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas/UFPel/Ministério da Saúde/BID.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Prof. Adjunto FEO/UFPel. Coord. Gerente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família-UFPel/Ministério da Saúde/BID.

³ Enfermeira Residente. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. UFPel/Ministério da Saúde/BID.

PALAVRAS-CHAVE:

Cuidados domiciliares de saúde. Saúde da família. Cuidados primários de saúde.

RESUMO: Trata-se de um estudo de acompanhamento, objetivando apresentar o programa de cuidado domiciliar no cenário da Residência Multiprofissional Saúde da Família, na Universidade Federal de Pelotas-MS/BID. Os resultados indicam limitações na identificação das pessoas que poderiam ser incluídas no programa das Unidades Básicas de Saúde; dificuldades na implantação de rotinas e avaliação do programa; dilemas éticos em relação ao cuidado que o familiar idoso recebe dos seus cuidadores; necessidade do atendimento interdisciplinar e obstáculos à viabilização das internações domiciliares. A parceria terapêutica entre profissionais e usuários foi um aspecto positivo. A população em cuidado domiciliar totalizou 110 pessoas, em onze meses de programa, predominando idosos e mulheres. As necessidades de cuidado mais frequentes foram com relação a idosos com limitações físicas e seqüeladas por acidente vascular cerebral. As parcerias de cuidado entre residentes se deram mais freqüentemente com cuidadores mulheres, do lar, filhas ou esposas.

KEYWORDS: Home nursing Family health. Primary health care.

ABSTRACT: This concerns an accompanying study, aiming at presenting the home care program in the Multiprofessional residency Family health environment at the Universidade Federal de Pelotas-MS/BID. The results point to some limitations in the identification of people who could be included in the Basic Health Units program; difficulties for the implementation of routines and program evaluation; ethical dilemmas concerning the care that the elderly relative receives from his caretakers; the need for interdisciplinary attendance, and obstacles for the feasibility of home internments. The therapeutic partnership among professionals and users was a positive aspect. The population under home care totalled 100 people, for an eleven-month program with elderly, predominantly women. The most frequent needs for care were those for elderly people with physical handicaps and cerebral vascular accident sequelae. The care partnerships among residents occurred more frequently with women, housewives, daughters, or wives as caretakers.

PALABRAS CLAVE:

Cuidados domiciliares de salud. Salud de la familia. Atención primaria.

RESUMEN: Se trata de un estudio de acompañamiento, con el objetivo de presentar el programa de cuidado domiciliario en el escenario de la Residencia Multiprofesional en la Salud de la Familia de la Universidad Federal de Pelotas-MS/BID. Los resultados indican las limitaciones en la identificación de las personas que podrían ser incluídas en el programa de los Unidades Básicas de Salud; dificultades en la implantación de las rutinas y en la evaluación del programa; los dilemas éticos con relacion al cuidado que el familiar del anciano recibe de sus cuidadores; necesidad de una atención interdisciplinaria y los obstáculos frente a las internaciones domiciliares. La parceria terapêutica entre los profesionales y los usuarios fue un aspecto positivo. La muestra para el cuidado domiciliario compuesto por 110 personas, en once meses de programa, predominando los ancianos y mujeres. Las necesidades más frecuentes sobre el cuidado con respecto a los ancianos y las mujeres con limitaciones físicas y secuelas por accidente cerebro vascular. Las parcerias del cuidado entre los residentes, fue frecuentemente com las cuidadoras mujeres, del hogar, hijas o esposas.

Endereço:

Adriana Damke Klock
Rua Padre Anchieta, 1333- apto1001
96015-420 – Centro, Pelotas, RS
e-mail: heck.sul@terra.com.br

Artigo original: Pesquisa

Recibo em: 15 de novembro de 2004

Aprovação final: 5 de abril de 2005

INTRODUÇÃO

O cuidado domiciliar à saúde, embora antigo e já descrito desde o século XVIII¹, é uma prática recente, principalmente quando se trata da assistência pública. Entende-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) tenha contribuído neste sentido, principalmente se considerarmos que no território nacional há 20 mil equipes que atendem a 60 milhões de pessoas, sendo que 90% dos profissionais estão envolvidos em cuidado domiciliar².

O Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, projeto financiado pelo Ministério da Saúde-Banco Interamericano de Desenvolvimento (MS-BID), que acontece em sintonia com a Residência de Medicina Preventiva e Social nas três Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), trouxe aos residentes o trabalho e envolvimento nas ações programáticas: saúde da criança, da mulher, crônicos, saúde mental, programas que foram re-significados a partir dos residentes, dos alunos de graduação de enfermagem e medicina e dos profissionais de saúde das unidades. Neste processo, novas demandas de cuidado foram geradas, entre estas, as visitas domiciliares e a assistência na modalidade de cuidado domiciliar.

A participação nossa, como enfermeiras, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família tencionou atividades de cuidados domiciliares, inicialmente, sem um projeto de ação estruturado. A partir de junho de 2003, iniciou-se a elaboração de uma proposta que envolveu: Residentes da Saúde da Família, Medicina Preventiva e Social, profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), preceptores e coordenação técnica da residência.

Em decorrência, acordou-se a implementação do cuidado domiciliar de forma regular nas três unidades Básicas de Saúde (UBS) da UFPEL a partir de outubro de 2003. O objetivo deste artigo é apresentar as dificuldades e facilidades relatadas pelos Residentes em Saúde da Família e Medicina Preventiva e Social envolvidos como responsáveis, a partir das suas UBS, pela implantação do cuidado domiciliar após 11 meses de andamento do programa.

A prestação do cuidado à família está integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no sentido de construir um novo modelo assistencial em que, no domicílio, ambiente em que acontecem as relações sociais que geram conflitos e fatores de risco de adoecer³, os clientes passem a ser monitorados e acompanhados pela

equipe de saúde. São atividades deste monitoramento a identificação dos indivíduos e, por conseguinte, das famílias da área adscrita, a realização de visitas domiciliares, o cuidado domiciliar e, por vezes, a internação domiciliar com o propósito de implementar a Lei Federal nº 8080/90⁴ no que se refere aos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde dos cidadãos brasileiros.

Entendemos que a ação do cuidado domiciliar está alavancado ao propósito de ampliação da integralidade na atenção e no cuidado à saúde, expandindo a assistência prestada nas UBS para além destas, isto é, incluindo o domicílio familiar. Concordamos que o cuidado domiciliar “[...]fundamenta-se no princípio do paciente receber os cuidados dos quais necessita, no convívio com seus familiares, ministrado por pessoas leigas escolhidas pela família, orientadas e supervisionadas por uma equipe multiprofissional qualificada de profissionais na área da saúde”^{5:1}.

Portanto, faz parte de nossa proposta de cuidado domiciliar incluir, na ação de cuidado, as expectativas do usuário, com o objetivo de assisti-lo para que possa potencializar sua autonomia e não só de preservá-lo da dor, do sofrimento, do envelhecimento e da morte precoce. Nossa intervenção tem a pretensão de interagir fazendo com que o sujeito não apenas supere as deficiências físico-biológicas, mas também que possa ser mais saudável, compartilhar alegrias, ter disposição para a vida, recuperar e realizar atividades cotidianas, estar com os outros (família, amigos) no sentido de romper o isolamento social.

O cuidado domiciliar envolve compreender que a família, a vida doméstica e a comunitária não são isoladas, mas inseridas na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo. Assim, os conflitos sociais de classe, raça, sexo, também devem ser sendo abordados pelos trabalhadores da saúde na sua prática. O cuidado no espaço domiciliar inclui fortalecer relações familiares, respeitar vínculos afetivos e redes de solidariedade social específicas de cada local, como é apresentado na abordagem sistêmica da família baseada no modelo Calgary⁶.

A COMPREENSÃO DE CUIDADO E FAMÍLIA

O cuidado em saúde apresenta diversidades. Como profissionais, por vezes, temos dificuldade de entender estes processos. No entanto, o suporte teórico de autores⁷⁻⁸, sinaliza para a importância das dife-

renças culturais na prestação do cuidado.

Nas contribuições desta abordagem o cuidado está relacionado a uma perspectiva de que faz parte da doença compreender a pluralidade de interpretações, divergências e negociações que envolvem os episódios de sofrimento do sujeito, até se chegar a um diagnóstico entre os sistemas locais de saúde⁹. Compõe o sistema de cuidado à saúde: 1) o setor popular, representado por pessoal não profissional relacionado ao doente, tais como família, vizinhança, amigos; 2) o setor profissional, representado por profissões de cura organizadas, inclusive a homeopatia e a acupuntura; 3) o setor *folk*, em que são reconhecidos especialistas de cura, porém sem burocracia e regulamentação, como as benzedadeiras, as curandeiras, dentre outras⁹.

Este diferente enfoque de sistema de cuidado gerou uma autocritica ao que havíamos apreendido na graduação. Entendemos que a dimensão de cuidado com a qual queríamos trabalhar a partir de então deveria ser diferente de “[...] tratar para erradicar o que pode fazer morrer, mas com o risco de deixar de olhar para tudo o que ainda vive, para aquilo que pode fazer viver, para aquilo que dá sentido a vida”^{10:32}.

Nessa discussão também chamou atenção a diferenciação¹⁰ entre cuidados para a promoção da vida, reparação da vida (necessita ação, vigilância direta e contínua de profissional da saúde) e cuidados de manutenção da vida (poderão ser realizados pelo cliente ou pela família, seguindo orientações da equipe multiprofissional de saúde), o que traduzimos como graus diferentes de intervenção do cuidado.

No cuidado domiciliar, o profissional de saúde tem um papel de mediador entre quem necessita de cuidados e a pessoa que vai realizar a ação do cuidado. Neste cenário, a família passa a ser um ator que, além de interagir e definir padrões de cuidado tem uma participação na definição da saúde. O papel de mediador no cuidado domiciliar remete as relações interpessoais entre profissionais, cliente e família que podem se fortalecer a cada encontro.

Reforçar a atenção primária, através do cuidado domiciliar é importante, especialmente se observamos que, no Brasil, está ocorrendo uma mudança no perfil demográfico e epidemiológico com consequente aumento da sobrevivência da população idosa, e a presença de doenças crônico-degenerativas. Passamos a conviver cada vez mais com idosos dependentes de suas famílias e das estruturas de saúde do setor público ou privado. Estima-se que uma parcela de 10% da população acima de 65 anos necessite de auxílio para

realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas¹¹, o que faz com que os mesmos necessitem acesso aos serviços de saúde assegurados, independente de estarem prejudicados por limitações.

Além destes referenciais que foram discutidos na formulação do projeto cuidado domiciliar, a partir do cotidiano dos trabalhadores se definiu que nesta ação o prioritário era atender usuários dos serviços das três UBS que não conseguem se deslocar até o posto de atendimento. Assim, foram traçados objetivos: a promoção dos cuidados de saúde através da assistência domiciliar; identificação e acompanhamento sistemático dos usuários que não comparecem aos serviços por limitações físicas, psíquicas ou sociais; estabelecimento de estratégias para a periodicidade na marcação das visitas domiciliares, conforme a estratificação de risco e necessidades de cuidados no domicílio; proposição de ações conjuntas com as demais ações programáticas desenvolvidas nas unidades; instrumentalização de pacientes ou familiares quanto a ações de auto-cuidado, conforme a viabilidade e as necessidades; introdução e estabelecimento de rotinas que facilitem e otimizem a realização dos cuidados quando é solicitada a visita domiciliar.

METODOLOGIA

Consiste num estudo de acompanhamento¹² de evolução subsequente do programa cuidado domiciliar. Soma-se a esta característica a perspectiva de avaliação pelo fato de identificar a qualidade e quantidade dos esforços empregados diante de especificações “como” o programa cuidado domiciliar funcionou ou não funcionou.

A coleta de dados baseou-se em duas técnicas: entrevista coletiva¹³ com os três responsáveis pela organização e implantação do programa de cuidado domiciliar em cada UBS da UFPEL desde seu início; participaram deste processo dois enfermeiros e um médico, respectivamente identificados por: Sujeito 1, Sujeito 2 e Sujeito 3. A outra técnica de investigação se deu através do preenchimento de formulários¹³ abrangendo questões relativas aos pacientes atendidos pelo programa, aos cuidadores principais e aos casos de internações domiciliares realizadas. Estes foram preenchidos utilizando-se os registros existentes nas UBS. O período de coleta de dados aconteceu no mês de setembro de 2004, sendo que os resultados referem-se ao período compreendido entre outubro de 2003 e setembro de 2004.

Foram assegurados aos sujeitos da pesquisa o sigilo e o anonimato, bem como o direito de desistir em qualquer momento do trabalho e o livre acesso aos dados coletados¹⁴. Observou-se também a Resolução 196/96¹⁵, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Na análise dos dados empreendemos a seguinte sistemática: inicialmente transcrevemos os relatos decorrentes da entrevista e agrupamos os depoimentos com respostas semelhantes, evidenciando contrastes. Passamos ao segundo momento de organização em que surgiu o tema dificuldades e facilidades de funcionamento do programa de cuidados domiciliares. As narrativas foram dispostas numa lógica aproximando explicações e achados na literatura, pois concordamos que não é possível examinar informações exatamente como elas se apresentam, faz-se necessário organizá-las, classificá-las e, interpretá-las dentro de um contexto amplo, para distinguir o essencial de desnecessário¹⁶. Posteriormente, acrescentamos informações quantitativas analisadas no Programa EpiInfo6, referentes ao cuidado domiciliar nas três UBS, com a perspectiva de pontuar características de quem cuidamos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implantação do Programa Cuidado Domiciliar iniciou em outubro de 2003, passando por processos diferentes em cada UBS. Neste estudo, detalharemos dois temas: dificuldades e facilidades relacionadas ao cuidado domiciliar e a quem cuidamos.

Dificuldades e facilidades relacionadas ao cuidado domiciliar

Os dados obtidos neste estudo mostram que os entrevistados relatam dificuldades e facilidades que, muitas vezes, reportam-se ao mesmo aspecto do programa de cuidado domiciliar e que, em uma UBS, pôde ser apontado como facilidade e, em outra, foi citado justamente como dificuldade. O cadastramento dos pacientes que poderiam beneficiar-se pelo Programa de Cuidados Domiciliares foi apontado por um dos entrevistados como dificuldade, sendo que, em outra UBS, com a Equipe de Saúde da Família (ESF) implantada, este aspecto foi diferente, especialmente devido ao Agente Comunitário de Saúde, que traz ao serviço esta demanda.

O paciente hipertenso vai ao posto, em algum momento ele

aparece e o de cuidados domiciliares não, ele não vai, ele está em casa. Então levantar os casos é a primeira dificuldade que eu tenho(Sujeito 1).

É, eu acho que deve ser mesmo uma dificuldade do posto. No caso da [...]a gente não teve este problema porque os agentes nos traziam, eles sabiam exatamente quem podia e quem não podia ir ao posto, quem precisava e quem não precisava do cuidado em casa, mas se não fosse por eles a gente não ia ficar sabendo (Sujeito 2).

Conforme as diretrizes operacionais as equipes de saúde da família, têm seu foco no caráter substitutivo, complementaridade, hierarquização, adscrição da clientela, cadastramento das famílias, podendo contribuir, facilitando a ação do cuidado domiciliar, principalmente pela reorientação das práticas de trabalho a partir do diagnóstico de saúde da comunidade e a equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde) atuando no domicílio das pessoas. Entretanto, percebemos que o agente comunitário na equipe passa a ser fundamental na ação do cuidado domiciliar, já que, entre as suas atribuições, algumas interferem diretamente no êxito da assistência domiciliar: mapeamento de sua área; cadastramento e acompanhamento das famílias, identificação de indivíduos e famílias expostos a situações de risco e desenvolvimento de ações a grupos populacionais, entre eles os idosos. A ausência do agente comunitário foi impedimento para que chegasse aos demais da equipe quem necessitava de cuidado domiciliar.

Outro obstáculo apontado por todos os coordenadores foi a dificuldade na implantação e manutenção das rotinas previstas na construção do projeto, o que percebemos na fala:

[...] dificuldades de registro também, no prontuário, no livro de visitas a gente briga até hoje. O instrumento a gente não usou[...] Na reunião em que foi apresentado não foi aceito, pois era mais uma coisa para preencher e não foi aplicado[...]. As visitas não eram cumpridas, as frequências eram chutadas de um dia para o outro ou de um turno para o outro, ou então era: - Ah, quem sabe tu vai lá para ver se precisa de um médico mesmo, bem fora daquilo que o projeto previu(Sujeito 3).

Podemos, talvez, atribuir estas dificuldades a um processo de mudança do modelo assistencial, que sofre resistência, entendendo-se que mudança envolve alteração de uma situação existente, provocando transformação e rompimento de hábitos e costumes. As pessoas podem perceber a necessidade de mudança de uma forma diferenciada: algumas a vêem como desafio, oportunidade de crescimento e outras a vêem

como ameaça, perda da estabilidade, da segurança, do equilíbrio, do hábito, da confiança, da dependência. O medo é o principal fator de resistência à mudança¹⁷.

Entretanto, há categorias profissionais que se destacaram, sendo citadas por trabalhar de forma eficaz no programa, o que pode ser interpretado como boa adaptação ao processo de mudança:

uma coisa que facilitou lá no posto foi trabalhar com as residentes de enfermagem [...]. Se eu tenho estes cinquenta e dois pacientes o tempo inteiro, se deve tudo a elas. [...] Me diziam: - Este eu estou retirando porque está melhor, eu encontrei ele caminhando na rua e acho que não precisa mais dos cuidados domiciliares(Sujeito 2).

Para nós o acesso é uma dificuldade. E a facilidade é a questão da assistente social, ela sabe tudo da casa, quem mora, se tem cachorro na frente, ela conhece todo mundo (Sujeito 3).

O cuidado domiciliar nos remete a peculiaridades do contexto de vida. Associado a esta explicação está ao sistema informal de cuidado, em que a família é parte fundamental. Entendemos que, embora o conceito de família seja muito subjetivo, apresentamos aqui, aquele com o qual mais nos identificamos: “É uma unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem como família, com certo tempo de convívio, constituindo uma história de vida. Os membros estão unidos por laços de adoção, afetividade ou consangüinidade”^{18:92}.

Quando falamos em cuidado domiciliar, logo pensamos nos benefícios intrínsecos de se manter o cliente em casa, junto à família, fazendo-se com que ele, em sua casa, sinta-se amparado e com que as relações tornem-se mais humanizadas, estando a família envolvida na assistência. Por outro lado, sabe-se também que há famílias que não exercem seu papel de cuidadoras e até aquelas por quem os clientes são maltratados.

A delicada relação entre cuidador e o idoso dependente, por exemplo, mostra que a humanização está, por vezes, longe de acontecer e que o domicílio e a proximidade da equipe de saúde não são garantias disso¹⁹.

[...] ele era mal cuidado pelo filho, estava sempre sujo, sempre sozinho e tem uma necessidade de se mexer na estrutura da família, de chamar o irmão, chamar sobrinho para conversar e expor a situação mudou alguma coisa. Hoje está um pouco mais cuidado, mas ainda tem muita resistência(Sujeito 2).

Estas dificuldades com o tratamento das famílias foram percebidas ao longo da implantação do projeto e podemos dizer que o conteúdo teórico de aborda-

gem sistêmica da família nos ajudou a entender melhor a dinâmica das mesmas. A abordagem sistêmica da família permite a avaliação e intervenção junto às famílias, baseado no modelo Calgary⁶. Considerar que a pessoa que precisa do cuidado domiciliar não está isolada, mas sim em um contexto dinâmico, com relações muitas vezes conflituosas em que precisamos cuidar da família inteira, destacando-se o cuidador, foi um aprendizado necessário a toda a equipe envolvida na implementação da proposta.

Mesmo sabendo-se de todas as vantagens da assistência domiciliar, os entrevistados comentam que uma grande dificuldade encontrada em relação ao programa é a falta de literatura sobre a avaliação do cuidado domiciliar, onde existam critérios e padronização para a realização da mesma. Podemos observar a existência de alguns exemplos de avaliação da qualidade de vida, de satisfação do usuário e outros de avaliação comparativa de custos entre internação hospitalar e assistência domiciliar.

Eu tenho dificuldade de avaliar, acredito que se a gente fosse fazer uma pesquisa de satisfação com os pacientes e familiares, eles iam se mostrar satisfeitos, mas eu não sei até que ponto teve qualidade nosso atendimento, isto eu não consigo medir (Sujeito 1).

Quando passamos a exercer o cuidado no domicílio e a conhecer os usuários, percebemos a importância da assistência interdisciplinar. Os procedimentos de cuidado domiciliar foram realizados por profissionais médicos, enfermeiros, assistentes sociais e alunos dos cursos de enfermagem e medicina. Entretanto os coordenadores lembraram, pelas características da população atendida, a falta do fisioterapeuta, devido ao número de clientes com incapacidades físicas, entre estes os seqüelados de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Além disto situação de incapacidade, pouco convívio social, conflitos e desestruturas na família, sintomas depressivos dos clientes incapacitados, enfim todos os sofrimentos psíquicos foram pontuados como situações difíceis devido a ausência do psicólogo e do psiquiatra.

No nosso entender esses profissionais deveriam dar suporte a equipe que realiza o cuidado domiciliar, estruturados para ser referência a determinada área ou distrito, pois a legislação federal estabelece que: “na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio”^{20:1}.

Outra dificuldade apontada pelos entrevistados

foi a falta de estrutura em relação à rede laboratorial de diagnóstico, já que este serviço só é prestado pelo SUS no domicílio após pagamento de deslocamento de pessoal para coleta de material, o que para a maioria das famílias é inviável do ponto de vista econômico.

Eu sinto falta também de uma rede de apoio principalmente para exames laboratoriais, para que fosse feita a coleta em casa. Algumas vezes eu consegui que a coleta fosse feita em casa e depois queriam cobrar o deslocamento (Sujeito 2).

Esta dificuldade constitui-se uma característica da assistência domiciliar no serviço público, que ainda não está estruturado de forma a permitir o bom funcionamento e boa resolubilidade da mesma, o que percebemos em outra fala:

[...]e até que ponto o governo investe para mudar o modelo assistencial, será que não se continua investindo só em hospital e nós somos os guerreiros que ficam viajando para tentar mudar alguma coisa (Sujeito 1).

Este ponto de vista é reforçado na literatura: “no setor público, ainda bastante incipiente na assistência domiciliar, os problemas são de outra ordem. Não existem diretrizes definidas para o desenvolvimento desse modelo, quer no âmbito nacional, estadual ou municipal. As iniciativas partem de um ou outro gestor, ou de grupos de profissionais [...]e sempre que tentativas são realizadas, a disponibilidade de recursos torna-se o fator limitante”^{1:101}.

Também a falta de diretrizes definidas à sistematização da assistência domiciliar reflete-se muito na capacidade que o serviço tem de realizar a internação domiciliar. Entendemos aqui a internação como: “Atendimento no domicílio de clientes agudamente doentes, com problema de saúde que exija uma atenção mais intensa, mas que possam ser mantidos em casa, desde que disponham de um acompanhamento diário pela equipe da Unidade e a família assuma a sua parcela de cuidados. Também se enquadram aqui os pacientes que receberam alta hospitalar em função de poderem ser incluídos e atendidos pelo programa. Este atendimento não substitui o hospital”^{1:58}. Considerando este conceito, percebe-se o quanto o serviço precisa estar organizado para que se possa realizar a internação domiciliar, sendo que a necessidade da assistência diária é um fator de restrição à mesma, uma vez que as UBS ainda não estão estruturadas para o atendimento noturno, feriados ou finais de semana.

Por outro lado, outro estudo²¹ já aponta para os fatores desfavoráveis à internação domiciliar, relatados pelos próprios profissionais da saúde. Estes des-

tacaram a falta de equipamentos, a falta de estrutura e apoio logístico, tais como: sistema de referência, disponibilidade de recursos, diagnósticos complementares e a falta de transporte. A necessidade de capacitação dos profissionais e a permanência da equipe junto à família e ao cliente durante a noite e nos finais de semana foram pontuados como mais dois fatores desfavoráveis.

Durante a execução do projeto, foram realizadas duas internações domiciliares, sendo que os fatores desfavoráveis destacados a cima coincidem com os apontados pelos entrevistados.

Para nós também fazer a internação domiciliar foi complicado, principalmente pela limitação de materiais e pela dificuldade à noite e nos finais de semana em que não se tem os profissionais disponíveis (Sujeito 2).

Acho que tem que se pensar até que ponto a internação domiciliar vai fazer bem. No momento em que se tem medicação limitada, material limitado, tempo limitado para cuidar daquele paciente eu não sei se tem qualidade. Tem que se pensar se o paciente não vai estar melhor no hospital do que em casa. Aí vem o argumento de que se torna mais barato, mas até que ponto fica mais barato? (Sujeito 3)

Porém muitos aspectos positivos foram relatados pelos entrevistados, destacando-se a assistência de pessoas que anteriormente não tinham acesso aos serviços formais de cuidado, portanto o programa foi ao encontro de quem não conseguia se deslocar até o serviço de saúde. Outro aspecto positivo pontuado foi o vínculo estabelecido entre quem cuida e quem é cuidado:

[...] no programa de cuidado domiciliar tu consegues manter um vínculo, tu consegues saber como eles estão, e eles saberem que podem te procurar. A pessoa vai para falar contigo: -Não, eu preciso conversar com o doutor porque a mãe está mal. Ela vai para falar contigo porque você foi na casa dela (Sujeito 1).

Na literatura²¹ encontramos muitos fatores favoráveis ao cuidado domiciliar, incluindo-se a questão da parceria terapêutica que também foi apontada na fala anterior.

Quem cuidamos

Apresentamos a seguir algumas características do programa de cuidado domiciliar, que em 11 meses atendeu um total de 110 clientes distribuídos nas três UBS (1, 2 e 3), sendo que houve predominância de prestação do cuidado ao sexo feminino, com mostra a tabela 1:

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes atendidos pelo projeto de cuidado domiciliar, segundo UBS e sexo. Pelotas, 2005.

UBS	Feminino	%	Masculino	%	Total
UBS 01	28	71,79	11	28,21	39
UBS 02	34	65,38	18	34,62	52
UBS 03	10	52,63	09	47,37	19

O predomínio significativo do sexo feminino pode ser justificado pelas características demográficas da população brasileira, em que, conforme aumenta a idade da população, maior é o número de mulheres. Já em relação a faixa etária, os cuidados domiciliares foram requisitados predominantemente por clientes com idade superior a 60 anos. Quanto à população idosa e seu predomínio na assistência domiciliar, confirmamos na literatura que isto é uma característica

intrínseca da mesma¹. Não podemos deixar de dizer que esta população idosa, e também as outras faixas etárias podem ser beneficiadas com o cuidado domiciliar, desde que tenham uma condição que impossibilite a sua ida a UBS. A condição incapacitante principal dos clientes, e que foi usado como critério de inclusão no programa, está representada conforme tabela 2, onde as três principais condições incapacitantes coincidem nas três UBS.

Tabela 2 - Distribuição dos clientes segundo condição incapacitante principal das três UBS. Pelotas, 2005.

Condição incapacitante principal	Nº de pacientes	%
População idosa com limitações físicas	42	38,18
Seqüelados devido a Acidente Vascular Cerebral	30	27,27
Portadores de limitações físicas, visuais e/ou psíquicas	12	10,90
Pacientes com patologias agudas	12	10,90
Pacientes em fase terminal	07	6,36
Presença de ferida cirúrgica ou úlcera de pressão	03	2,72
Paciente debilitado que necessite de alguma medicação ou orientações para seu uso	01	0,90
Necessidade de educação em saúde	03	2,72
Total	110	100

Observou-se que um número significativo de pacientes nas UBS 01 e 02 esteve inserido no progra-

ma por um período igual ou superior a um ano, conforme tabela 3:

Tabela 3 - Clientes com tempo de permanência de um ano ou mais no programa de cuidado domiciliar, segundo UBS. Pelotas, 2005.

	Total pacientes	Um ano ou mais de permanência no programa	%
UBS 01	39	18	46,15
UBS 02	52	25	48,07
UBS 03	19	05	26,31

Concordamos com a literatura de que neste tipo de assistência é preciso trabalhar com um plano de alta e com metas estabelecidas. Temos um parecer de que a perspectiva de cuidado deve reforçar a autonomia do cliente, o que dependerá do grau de acometimento de cada um especificamente¹. A literatura é explícita ao pontuar que os riscos de inchar os programas torna-os não sustentáveis economicamente. “Descuidar deste ponto poderá inviabilizar o financiamen-

to do tratamento, seja público ou privado, pois sem regras definidas a tendência é de que o paciente permaneça por muito mais tempo sob cuidados domiciliares do que no hospital”^{21:98}.

O plano de alta tem vantagens para o doente e para a família, sendo importante programar o melhor momento, diminuindo frustrações, expectativas irreais. A tendência de permanência no programa por tempo prolongado é observada na tabela 4:

Tabela 4 - Relação entre clientes excluídos do cuidado domiciliar os que permanecem. Pelotas, 2005.

	UBS 01		UBS 02		UBS 03	
	n	%	n	%	n	%
Total de pacientes	39	100	52	100	19	100
Óbitos	09	23,07	07	13,46	03	15,79
Mudança da área	06	15,38	02	3,85	-	0
Melhora do quadro	05	12,82	09	17,31	04	21,05
Permanecem no programa	19	48,71	34	65,38	10	52,63
Institucionalizados	-	-	-	-	02	10,53

Outro aspecto percebido em relação aos 110 clientes, apenas 03 moravam sozinhos (2.73%), o que é apontado como fator positivo, já que o fato de morar só para o idoso é, comumente, associado a uma diminuição da qualidade de vida, a um agravamento da morbidade, sendo, também, considerado um indicador de mortalidade²².

Predominou entre os 110 clientes, 77 (70%) tinham cuidadores informais do sexo feminino, onde 64 (58%) destas mulheres eram do lar, o que é corroborado na literatura: “[...]a sociedade, através de sua cultura imputa o papel de cuidar à mulher, seja ela a cônjuge, a filha ou a neta do idoso”^{23,4}. No estudo, a ocupação exercida pelas cuidadoras foi semelhante, pois 66,6% eram do lar. O grau de parentesco que as cuidadoras tinham com os clientes era, em ordem decrescente: filhas (37,50%), esposas (37,30%), mães (11,25%), noras (8,75%), irmãs (2,5%) e netas (2,5%), mostrando que a proximidade física e o vínculo afetivo também são fatores que determinam quem será o cuidador informal.

Observou-se, também, que existiam 20 (18%) cuidadores que tinham mais de sessenta anos, ou seja, o idoso cuidando do idoso incapacitado. Concordamos com a literatura de que o idoso cuidador tem grande possibilidade de estar acometido por uma ou mais patologias, descuidando-se de sua própria saúde, e conseqüentemente, da saúde do idoso incapacitado¹⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira está em constante transição e a população idosa é a faixa etária que mais irá crescer, precisamos pensar em estratégias que possibilitem realizar o cuidado no domicílio cada vez melhor estruturado. Esperamos que este e outros trabalhos possam sensibilizar os envolvidos tanto na assistência quanto na gestão de políticas de saúde, para que, efetivamente esta ação programática seja mais estruturada, diminuindo, assim, os fatores que a inviabilizem.

Embora aqui tenham sido relatadas muitas dificuldades em relação à assistência domiciliar, não podemos deixar de dizer que este programa contribuiu para maior humanização e sistematização da assistência prestada nas UBS. Acreditamos que o PSF possa contribuir na mudança do modelo assistencial, fazendo com que seja uma alternativa de assistência à população que não consegue se deslocar até a UBS, prestando um atendimento domiciliar baseado não apenas no modelo hospitalar e asilar.

Este trabalho discutiu apenas alguns aspectos da assistência domiciliar com as pessoas, envolvidas neste momento e neste contexto. Sendo assim, acreditamos que outros aspectos precisam ser explorados e que a literatura ainda tem muito a contribuir neste assunto tão antigo, mas, por outro lado, tão novo no SUS, especialmente em relação a avaliação de ações de cuidado domiciliar.

REFERÊNCIAS

- 1 Mendes W. Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI; 2001.
- 2 Souza AFG, Castro MC. Bate papo como o leitor. Rev Canal Saúde 2004 Jul-Ago; 26: 2.
- 3 Araújo MRN, Sampaio LC, Carneiro MLM, Sena RR. Saúde da família: cuidado no domicílio. Rev Bras Enferm. 2000 Dez; 53 (n. esp.): 117-22.
- 4 Brasil. Lei nº8080 de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições de formação, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 20 set 1990.
- 5 Ladeia J. Assistência domiciliar: um conceito moderno de atendimento.[citado 2003 Mar 25] Disponível em: <http://www.nossaregião.com.br>.
- 6 Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3a ed. São Paulo: Roca; 2002.
- 7 Leininger M. Cultural diversities of health and nursing care. Nurs Clin North Am 1977; 12(1):5-18.

- 8 Heck RM. Percepção social sobre categorias de risco do suicídio entre colonos alemães do noroeste do Rio Grande do Sul. *Texto Contexto Enferm*. 2004 Out-Dez; 13(4):559-67.
- 9 Kleinman AM. *Patients and healers in the context of culture*. Berkley: University of California; 1980.
- 10 Collière MF. *Promover a vida*. Lisboa-Porto-Coimbra: Lidel, 1999.
- 11 Karsch U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores [citado 2004 Ago 30] Disponível em: <http://www.scielo.br>.
- 12 Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995
- 13 Minayo MCS. *Pesquisa social*. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 1994.
- 14 Conselho Regional de Enfermagem (RS). *Código de ética dos profissionais de enfermagem*. Porto Alegre: O Conselho; 2001.
- 15 Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho; 1996.
- 16 Triviños ANS. *Introdução a pesquisa em ciências sociais*. In: Triviños ANS, organizador. *A pesquisa qualitativa em educação*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- 17 Kurcgant P, organizador. *Administração em enfermagem*. 4a ed. São Paulo: EPU; 1991.
- 18 Beck CLC. Sofrimento e esperança – Vivências com familiares de pacientes internados em UTI. In: Gonzales RMG, Beck CL, Budo MLD. *Cenários de cuidado*. Santa Maria: Pallotti; 1999. p. 61- 155.
- 19 Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? [citado 2004 Ago 30]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
- 20 Ministério da Saúde (BR). Lei n.8080, Art 19-I, §1º de 19 de setembro de 1990 [citado 2003 Ago 23]. Disponível em: <http://www.mp.sc.gov.br>.
- 21 Carroll D, Tramer M, McQuay H, Nye B, Moore A. Transcutaneous electrical nerve stimulation in labour pain: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104: 169-75.
- 22 Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. [citado 2003 Ago 30]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
- 23 Nakatani AYK, Souto CCS, Paulette TSM, Souza MM. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo programa de saúde da família [citado 2003 Ago 29]. Disponível em: [//www.fen.ufg.br/revista](http://www.fen.ufg.br/revista).