



O CUIDADO EM SAÚDE E AS IMPLICAÇÕES PARA OS CUIDADORES DOMICILIARES

Thayze Pereira¹
Vinícius Marçal²
Michelly Laurita Wiese³
Keli Regina Dal Prá⁴

RESUMO: O artigo trata da temática do cuidado domiciliar em saúde, modalidade de atendimento que tem crescido em vários países, impulsionada pelas transições demográficas e epidemiológicas dos últimos anos. Com foco em duas experiências, o trabalho apresenta os resultados de uma pesquisa com o objetivo de analisar o perfil dos cuidadores de dois programas de atenção em saúde domiciliar sendo, um público e outro privado desenvolvido em cidades localizadas na Região da Grande Florianópolis. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com aplicação de entrevistas com cuidadores de pessoas em internação domiciliar. Como principais resultados aponta-se que a família tem sido cada vez mais responsabilizada pelo cuidado em saúde, principalmente as mulheres alterando a dinâmica familiar que implica nas condições objetivas de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado; Família; Atendimento Domiciliar.

INTRODUÇÃO

O artigo chama a atenção para a temática do cuidado domiciliar, uma vez que esta modalidade de atendimento tem crescido em vários países impulsionada pela transições demográfica (envelhecimento populacional) e epidemiológica (aumento das doenças crônicas não transmissíveis) dos últimos anos.

Historicamente, o atendimento domiciliar surgiu nos Estados Unidos, em 1947 com a intenção de agilizar a alta hospitalar. Em outros países o interesse por esse tipo de atendimento surgiu com a necessidade de diminuição dos custos e a mudança do perfil da condição de saúde da população (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Já nos países da América Latina a assistência domiciliar teve início na década de 1980, com experiências na Argentina “onde os programas são aprovados pelos órgãos reguladores de saúde” (ALBIERO, 2003, p.23). Segundo Feuerwerker e Merhy (2008, p.181), a organização do cuidado domiciliar denominada *home care*, teve início em 1990, preponderante em “empresas privadas e grandes centros”. Dessa forma, práticas de desospitalização são frequentes na atualidade para casos de doenças crônicas. Segundo Serafim e Ribeiro (2011), com o aumento dessas doenças ocorre o aumento da necessidade da população por serviços de saúde, visto que levam à sobrevida e que, por vezes, necessitam de recursos da alta tecnologia para sobreviverem, gerando elevados

¹ Graduanda do Curso de Serviço Social/UFSC. Email: thaaypereira@hotmail.com

² Graduando do Curso de Serviço Social/UFSC. Email: vacmarcal@hotmail.com

³ Assistente Social, doutora, docente do Departamento de Serviço Social/UFSC e integrante do Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar Sociedade, Família e Políticas Sociais (NISFAPS). E-mail: michelly.wiese@ufsc.br

⁴ Assistente Social, doutora, docente do Departamento de Serviço Social/UFSC e integrante do Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar Sociedade, Família e Políticas Sociais (NISFAPS). E-mail: keliregina@yahoo.com



custos hospitalares. Desta forma a disponibilidade de leitos hospitalares torna-se cada vez mais escassa e insuficiente, sendo necessárias novas opções para o cuidado em saúde da população.

No Brasil, em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), “a primeira forma organizada de assistência domiciliar” (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p.181). Este serviço era responsável pelo atendimento de urgência aos segurados e beneficiários da Previdência Social, ou seja, aqueles que possuísem um vínculo empregatício formal e que fizessem parte da gama de setores associados e registrados nos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Em 1967, o Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo criou o seu sistema de assistência domiciliar para atender principalmente os pacientes com doenças crônicas, e mesmo anteriormente a sua implementação, já ocorria o serviço de fisioterapia domiciliar em pacientes portadores de sequela de acidente vascular cerebral (MENDES, 2001). Ainda segundo Mendes (2001), as posteriores iniciativas de implementação de serviços de assistência domiciliar são bem mais recentes, como em hospitais públicos, empresas, seguradoras de saúde, cooperativas médicas, prefeituras e outras empresas específicas de assistência domiciliar.

Com foco em duas dessas experiências recentes, o trabalho apresenta os resultados de uma pesquisa cujo objetivo geral foi analisar o perfil dos cuidadores domiciliares de dois programas de atenção domiciliar desenvolvidos em cidades localizadas na Região da Grande Florianópolis. Assim, no primeiro item apresenta-se as características gerais dos programas onde os cuidadores estão vinculados, os aspectos metodológicos e o perfil dos cuidadores entrevistados.

CARACTERÍSTICAS DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO DOMICILIAR ESTUDADOS E OS ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

O primeiro programa de atenção domiciliar possui natureza pública, foi fundado em 1993 e está vinculado a um hospital da Grande Florianópolis. Sua área de abrangência compreende os municípios de São José e Palhoça e seu público alvo são os pacientes internados no hospital. Para ser inserido no programa é preciso possuir diagnóstico de: Acidente Vascular Cerebral (AVC); doença cerebral e suas sequelas; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); diabetes e suas sequelas; doenças infecciosas; traumatismo crânio-encefálico e raqui-medulares e outras patologias dependentes de avaliação prévia. Além disso, é indispensável residir na área de abrangência e possuir um cuidador responsável (MARÇAL, 2016).



O usuário precisa ser encaminhado pela equipe de enfermagem da unidade onde está internado para o programa de atenção domiciliar, aonde é submetido a uma triagem com o setor de Serviço Social, com a equipe de Enfermagem e equipe Médica do programa. Entre os principais critérios avaliados pelo Serviço Social está à necessidade de se ter um cuidador responsável. Desta forma cabe, ao Assistente Social, identificar se a família encontra condições necessárias para receber o usuário enfermo em casa.

O segundo programa possui natureza privada, foi fundado em 1999 e, atualmente está vinculado a uma instituição que atua na área da saúde em Florianópolis. Sua área de abrangência compreende os municípios de Florianópolis, São José, e alguns bairros de Biguaçu e Palhoça. Seu público alvo compreende usuários com incapacidade de se locomover do domicílio, acamados, dependentes ou independentes, cuidados paliativos e que possuem doenças ou problemas de saúde incapacitantes como: doenças neuro degenerativas, neoplasias em fase paliativa, DPCO, paralisia cerebral, AVC, atrofia muscular espinhal, tratamento de antibioticoterapia endovenosa para infecções, fisioterapia em condições agudas (como recuperação pós-operatória e sequelas pós-trauma) (PEREIRA, 2016).

Os encaminhamentos ao programa são realizados pelo médico. Após é realizado um cadastro para verificar os critérios de elegibilidade do usuário para uma avaliação clínica, como: tipo de plano de saúde e área de abrangência. Dentro dos critérios o usuário terá uma avaliação médica no domicílio ou no hospital onde está internado. Dentre outras questões, são avaliadas se o usuário possui um cuidador/familiar, condições de moradia do domicílio, higiene, saneamento básico, ventilação e se o domicílio está em condições de abrigar uma pessoa enferma, conhecendo sua patologia e o grau de sua dependência. O programa só realiza a admissão do usuário no momento em que este tenha um cuidador. O cuidador/familiar deverá de alguma forma, saber ou aprender a manipular as atividades com o usuário, deverá ter o máximo de cuidado independente da patologia e ter noção de medicamentos e cuidados com a higiene e conforto da pessoa (DANIEL, 2011).

Em relação aos aspectos metodológicos, no programa de atenção domiciliar de natureza pública o contato inicial com os cuidadores familiares ocorreu a partir de visitas domiciliares com o intuito de coletar dados, através de entrevistas semiestruturadas aonde as perguntas pré-estabelecidas ficavam abertas a novas colocações do participante. As perguntas buscavam conhecer um pouco da singularidade da realidade de cada cuidador. O período de ida a campo ocorreu entre os meses de outubro e dezembro de 2016. Na época o programa atendia 18 usuários, sendo 11 moradores de São José e 07 de Palhoça. Para a pesquisa, 15 familiares aceitaram participar das entrevistas.



Desde o primeiro momento, todos os cuidadores se demonstraram receptivos à participação na pesquisa. O fato da profissional Assistente Social do programa participar no momento das entrevistas também contribuiu para que se criasse um clima amistoso, uma vez que, esta já possuía relação com as famílias. Desta forma, com o processo de confiança estabelecido, foi possível captar relatos sobre o dia-dia dos cuidadores.

No âmbito da instituição privada, foi realizado um levantamento de informações referentes aos cuidadores de familiares internados no programa de atendimento domiciliar, suas necessidades, experiências e interesses. Esse levantamento foi realizado através de aplicação de questionário durante as visitas domiciliares em que se acompanhou a equipe médica. Estas visitas ocorreram nos meses de março a maio de 2017.

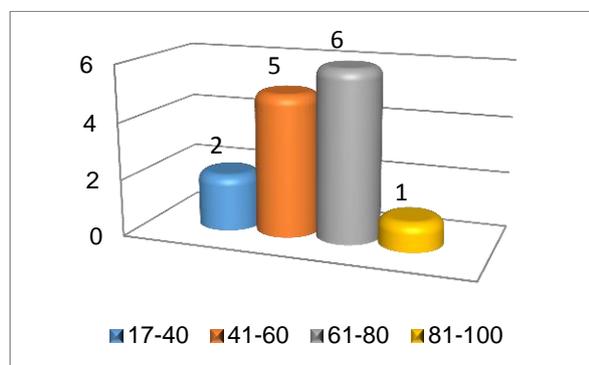
Durante as visitas, os cuidadores, familiares ou não, foram esclarecidos sobre os objetivos e consultados sobre o interesse em participar da pesquisa. Do total de 195 pessoas/famílias foram entrevistados cuidadores familiares de 18 pacientes inseridos no programa. Os entrevistados cuidam de usuários com diferentes patologias: esclerose lateral amiotrófica, neoplasias, DPOC, demência e AVC.

Vale ressaltar que o estudo em questão integra a pesquisa “Política Social e Acesso à Justiça: um estudo sobre a judicialização das demandas sociais de saúde e assistência social”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer número 1.849.609.

O PERFIL DOS CUIDADORES DE USUÁRIOS EM ATENDIMENTO DOMICILIAR

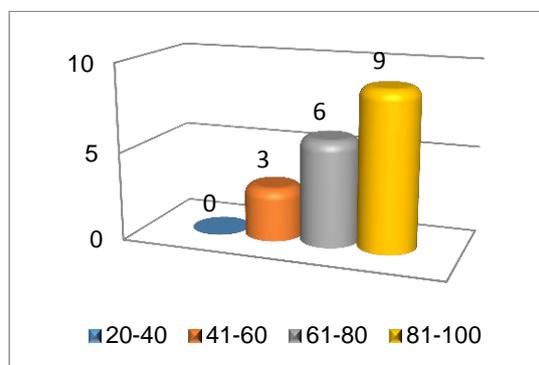
A partir das considerações iniciais e do caminho metodológico da pesquisa este item destaca dados do perfil e realidade dos cuidadores de usuários em atendimento domiciliar nos dois programas pesquisados. Inicia-se a exposição com os dados de idade dos usuários em cuidado domiciliar, para compreender os cuidados necessários a estas pessoas e as implicações para os cuidadores.

Gráfico 1 Idade Usuários - Programa Público



Fonte: Marçal (2016).

Gráfico 2 Idade Usuários - Programa Privado



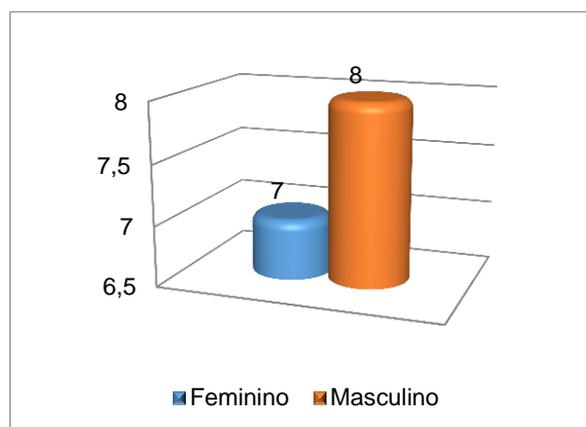
Fonte: Pereira (2016).



Com relação à idade dos usuários podemos perceber nos dois programas que há uma predominância de pessoas idosas. Ao se observar os dados entre os programas, há uma diferença na predominância da faixa etária, onde no programa privado nove idosos apresentam idade acima de 81 anos. No setor público os usuários concentram-se em idade produtiva e idosos (faixa etária entre 41 a 80 anos de idade).

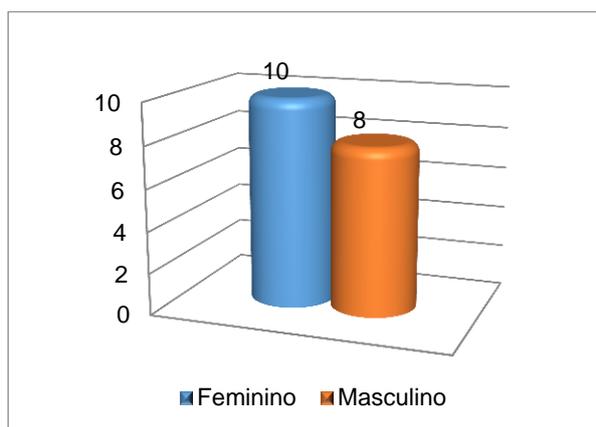
No que se refere ao sexo dos usuários em cuidado domiciliar constata-se as seguintes informações, conforme os Gráficos 3 e 4.

Gráfico 3 Sexo Usuários - Programa Público



Fonte: Marçal (2016).

Gráfico 4 Sexo Usuários - Programa Privado



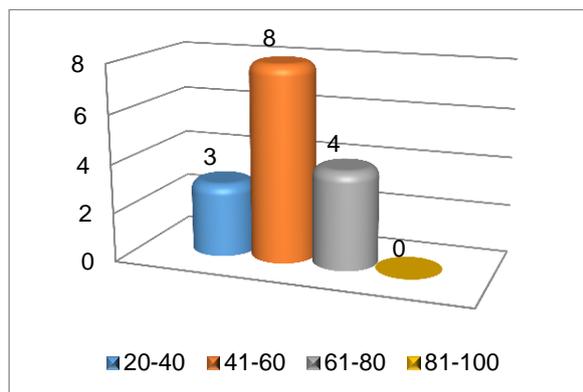
Fonte: Pereira (2016).

No programa público percebe-se que a maioria dos usuários são do sexo masculino e no programa privado do sexo feminino. Observa-se que a diferença entre o número de usuários do sexo masculino e feminino nos dois programas é pequena.

Os dados destacados sobre idade e sexo dos usuários em cuidado domiciliar possibilita perceber as implicações que o cuidador sofre diante das necessidades de cuidado de cada usuário. A pesquisa evidencia que se trata da maioria de idosos e com idade avançada. Neste sentido, também é importante conhecer quem é este cuidador, que tem assumido os cuidados especializados em saúde no espaço domiciliar. Para tanto, também se verificou a idade dos cuidadores, chegando aos seguintes resultados destacados nos Gráficos 5 e 6.

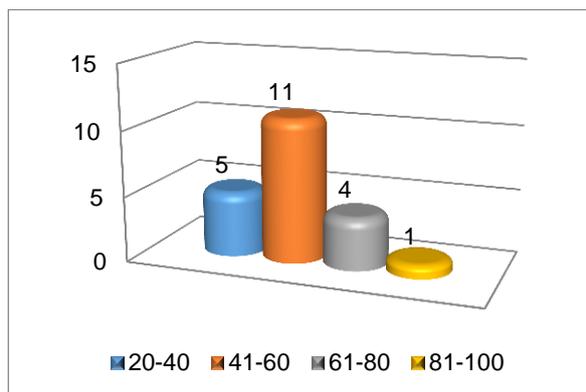


Gráfico 5 Idade Cuidadores - Programa Público



Fonte: Marçal (2016).

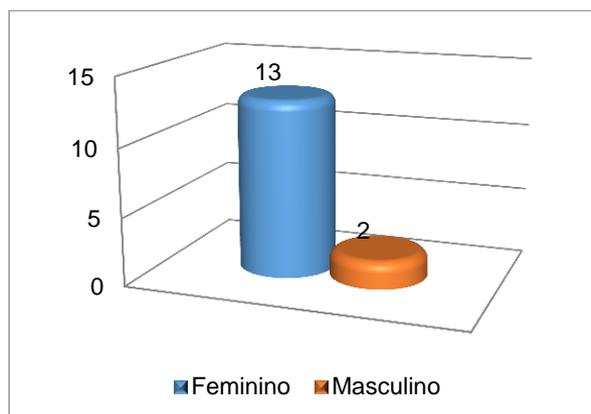
Gráfico 6 Idade Cuidadores - Programa Privado



Fonte: Pereira (2016).

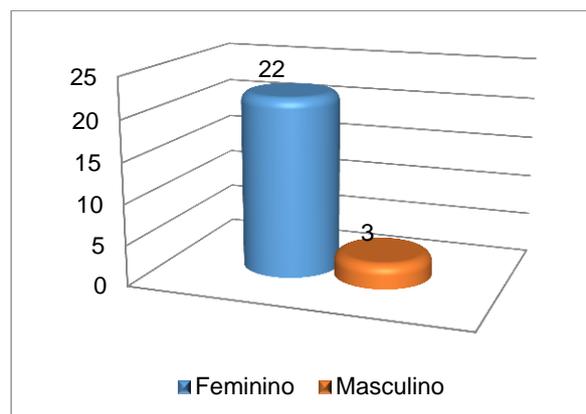
Se, em relação a idade dos usuários dos programas, predominavam idosos com mais de 61 anos, a idade dos cuidadores predomina entre 41 e 60 anos de idade nos programas público e privado. Novamente se demonstra uma proximidade entre a realidade do programa público e do privado.

Gráfico 7 Sexo Cuidador - Programa Público



Fonte: Marçal (2016).

Gráfico 8 Sexo Cuidador - Programa Privado



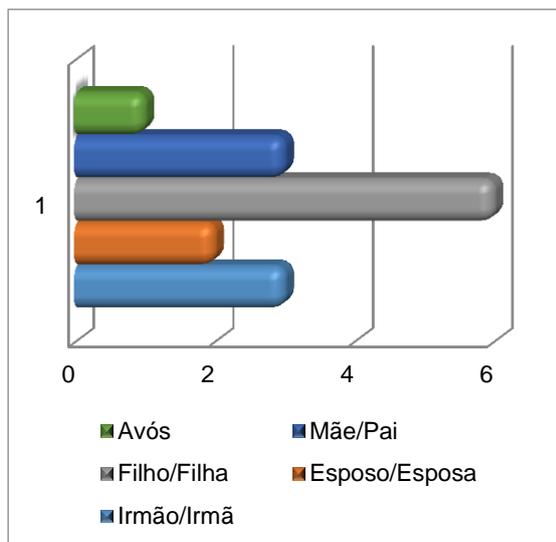
Fonte: Pereira (2016).

A partir dos dados dos Gráficos 7 e 8 é possível constatar que, tanto no programa público como programa privado, há a predominância de cuidadoras familiares do sexo feminino. Ou seja, observa-se que recai sobre a mulher o peso e a responsabilidade sobre o cuidado em saúde. Diante disso, esse processo de feminização do cuidado e responsabilização das mulheres está ligado ainda à construção social de que o cuidado é um “trabalho feito gratuitamente, considerado por muitos uma forma das mulheres expressarem amor aos filhos e aos companheiros, uma maneira de exprimir o amor que elas sentem pelos seus familiares” (HIRATA, 2012, p. 285).

Ao perceber que a responsabilização do cuidado familiar em saúde recai sobre as mulheres, se faz importante conhecer qual o vínculo que se estabelece entre quem é cuidado e o cuidador.

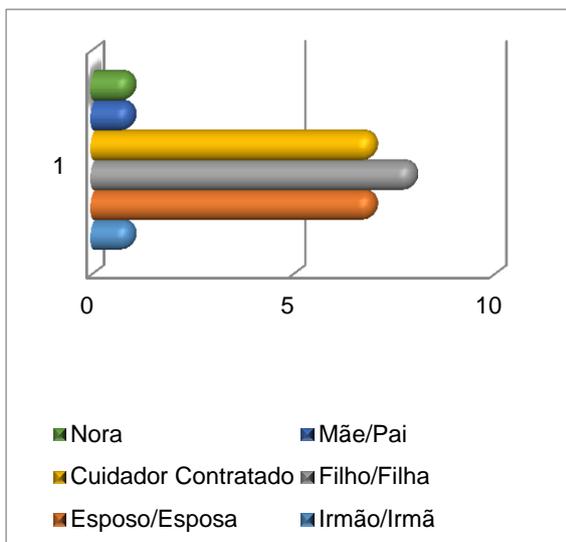


Gráfico 9 Vínculo Usuário - Programa Público



Fonte: Marçal (2016).

Gráfico 10 Vínculo Usuário - Programa Privado

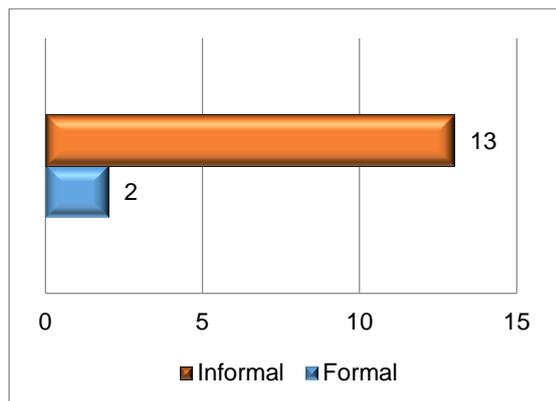


Fonte: Pereira (2016).

Referente ao vínculo do cuidador com o usuário pode-se indicar, nos dois programas, os filhos cuidando de seus pais acamados. Uma diferença entre o programa público e o privado é a inexistência de cuidadores contratados no programa público, enquanto no programa privado este é o segundo maior índice junto com esposo/esposa.

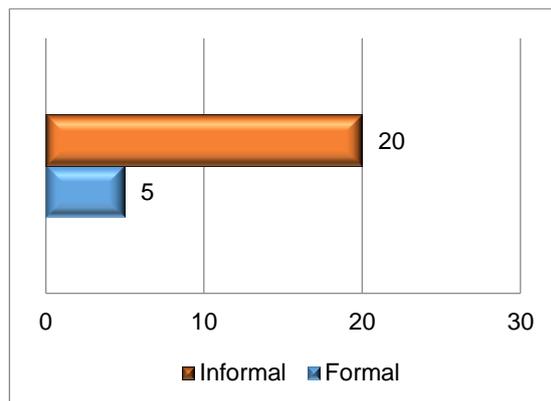
Para entender esta relação, os Gráficos 11 e 12 apontam o tipo de vínculo do cuidador em saúde (formal ou informal). Por cuidado formal entende-se o trabalho remunerado e com carteira assinada, enquanto o cuidado informal é o trabalho sem vínculo empregatício, porém podendo ser remunerado ou não.

Gráfico 11 Tipo de Cuidador - Programa Público



Fonte: Marçal (2016).

Gráfico 12 Tipo de Cuidador - Programa Privado



Fonte: Pereira (2016).

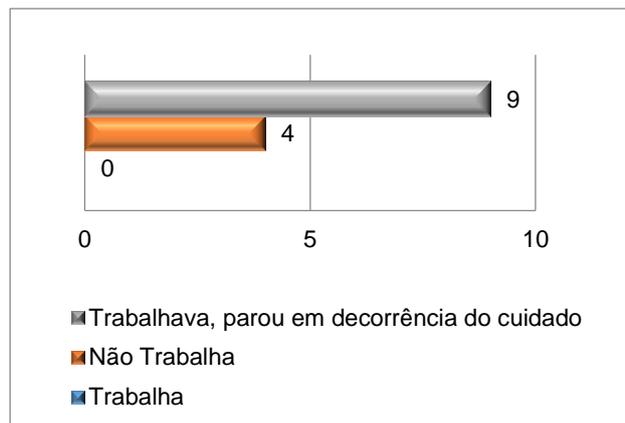
Segundo os dados, a maioria dos cuidadores no programa público e no privado são de cuidadores informais. Ou seja, são familiares que assumem a responsabilidade sobre o cuidado de seus entes, sem receber nenhum tipo de remuneração para executar a atividade. Porém, identifica-se que no programa



privado há cuidadores informais que recebem remuneração oriunda dos próprios familiares.

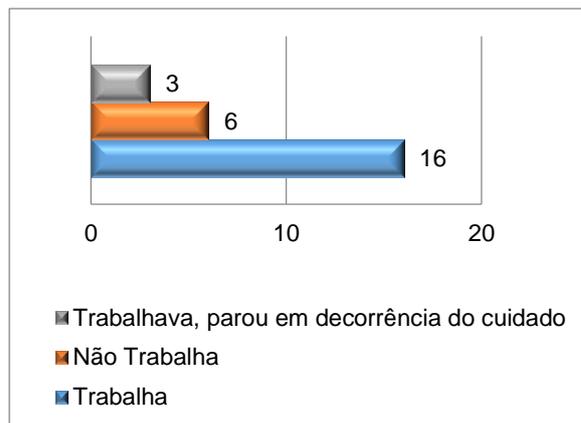
O último dado analisado aponta o impacto da responsabilidade de assumir o cuidado familiar em saúde e a permanência no mercado de trabalho.

Gráfico 13 Vínculo Trabalho - Programa Público



Fonte: Marçal (2016).

Gráfico 14 Vínculo Trabalho - Programa Privado



Fonte: Pereira (2016).

No que se refere ao vínculo de trabalho, percebe-se uma diferença significativa entre os dois programas. No programa público, a maior parte dos cuidadores (62%) pararam de trabalhar para exercer a atividade de cuidado domiciliar em saúde de seus familiares. Enquanto no programa privado, a maior parte dos cuidadores (64%) possuem vínculo de trabalho, 24% dos cuidadores não trabalham e 12% pararam de trabalhar para cuidar de seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imprescindível reconhecer que o cuidado é um tema que requer estudos e aprofundamentos diante da atual dinâmica da sociedade. Cuidar faz parte da dimensão humana, mas tem se tornado um processo de mercantilização ao imprimir às famílias cada vez mais a responsabilização do cuidado, o que acarreta uma série de alterações na dinâmica individual ou familiar.

A partir da pesquisa foi possível perceber a responsabilização da família nos cuidados domiciliares em saúde de seus familiares. Essa responsabilização é passada à família desde a saída do usuário do hospital, pois, para ser recebido em casa é necessário que a família ofereça todo o suporte físico e material, que antes era fornecido pelo hospital, conforme a necessidade de cada usuário.

Esse cuidado que durante a hospitalização era realizado pelos profissionais técnicos do hospital, fica a encargo do cuidador, que pode ser um familiar ou uma



pessoa contratada. O cuidado familiar em saúde começa a partir do início da internação domiciliar do usuário, onde todas as orientações relacionadas ao cuidado são passadas à família, esperando que ela dê conta das demandas que surgem com o adoecimento do familiar, assim como das mudanças que ocorrem na sua dinâmica em família.

É possível observar que, a maior dificuldade é a questão da sobrecarga, os revezamentos, os desentendimentos e o desencadeamento de doenças, que surgem como consequência aos familiares que cuidam e ficam responsáveis pelos usuários (DANIEL, 2011). De acordo com Albiero (2003, p.33), ao se tratar do cuidado, a família é ressaltada, pois a ela é atribuído os cuidados, “organizada no espaço privado, como o lugar do cuidado e para o cuidado acontecer”. Entretanto, as famílias não permanecem as mesmas, assim como as necessidades do cuidado também se alteram. As transformações na estrutura das famílias são constantes, ocorrem de acordo com cada especificidade cultural e econômica de cada sociedade e época.

Pelo perfil identificado na pesquisa, é notório constatar como o cuidado familiar em saúde ainda está intrinsecamente atrelado ao papel feminino, pensado como algo natural. Não se apresenta distinções se as famílias acessam o serviço público ou privado de saúde e, se possuem recursos financeiros ou não para o pagamento do cuidado, a responsabilidade recai para as mulheres, sejam elas, familiar ou contratada.

Para finalizar, indica-se que a questão do cuidado deve ser discutida e analisada pelo Serviço Social, pois na prática profissional o trabalho com o cuidado também se concretiza no atendimento às famílias. Conhecer esta realidade conduz a profissão a não culpabilizar as famílias, não sobrecarregar-las pelo cuidado e principalmente atender as necessidades familiares e não indistintamente responder as necessidades institucionais.

REFERÊNCIAS

ALBIERO, Cleci Elisa. **Assistência domiciliar como modalidade de atendimento à saúde no contexto da família e das políticas sociais**. 2003. 182 f. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Florianópolis, 2003.

DANIEL, Samara Marlene. **Reflexões sobre a interdisciplinaridade a partir do trabalho de uma equipe de saúde de um programa de atenção domiciliar**. 2011. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social. Florianópolis, 2011.



FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**. 2008, p.180-8.

HIRATA, Helena Sumiko. O desenvolvimento das políticas de cuidados em uma perspectiva comparada: França, Brasil e Japão. **Revista de Políticas Públicas**. 2012, p. 283-290.

MARÇAL, Vinícius Adolfo Corrêa. **Programa de Atendimento Domiciliar Interdisciplinar: a realidade dos cuidadores familiares frente à ineficácia das políticas públicas e a sobrecarga gerada pela função**. Projeto de Intervenção em Estágio de Serviço Social II. Curso de Graduação de Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2016. Mimeo.

MENDES, Walter. **Home care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

PEREIRA, Thayze. **Proposição para a Formação de Encontros de Cuidadores Familiares**. Projeto de Intervenção em Estágio de Serviço Social II. Curso de Graduação de Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2016. Mimeo.

SERAFIM, Alexandre Peixoto; RIBEIRO, Antônio Bento. Internação domiciliar no SUS: breve histórico e desafios sobre sua implementação do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**. 2011, p. 163-168.