

O CUIDADO NO DOMICÍLIO: UM DESAFIO EM CONSTRUÇÃO

[Home care: challenge under construction]

Roseni Rosângela de Sena*

Juliana C. Araújo Leite**

Fabiola Moura da Costa***

Flávia C. Oliveira Santos****

Roberta Lopes Gonzaga*****

RESUMO: Revisão bibliográfica sobre o cuidador domiciliar, identificando a tendência atual do cuidado no domicílio como uma estratégia para a desospitalização. Identifica a natureza, as origens e a prática do cuidado, salientando a diversidade de conceituações para a atenção domiciliar. Destaca a importância da concepção abrangente de família e da complexidade do cuidado praticado nesse novo/velho *locus* - o domicílio - e finaliza ressaltando que a enfermagem pode contribuir significativamente na construção e sistematização do saber e do fazer relacionados ao cuidado no domicílio.

DESCRITORES: Cuidados domiciliares de saúde; Enfermagem; Família.

1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde no domicílio é, hoje, um tema de grande significância e contemporaneidade.

Nas últimas décadas, instalou-se no mundo um movimento que busca entender os fenômenos que associam a atenção hospitalar com os vultosos gastos sociais em saúde sem, contudo, propor uma resposta satisfatória nos indicadores de saúde das populações.

Com o apoio de organismos internacionais, iniciaram-se, nos países do primeiro mundo, estudos para desconcentrar a atenção hospitalar, surgindo estratégias que garantem uma assistência com diminuição de riscos, otimização de recursos e redução de custos.

Atualmente, a desospitalização é associada também à humanização da assistência e à conseqüente reintegração do indivíduo ao ambiente familiar, favorecendo a sua recuperação.

Não há consenso entre os autores quanto à conceituação da atenção no domicílio e observa-se uma grande diversidade de designações para este novo/velho espaço do cuidado. As denominações cuidado domiciliar, assistência domiciliar, assistência domiciliária de enfermagem, *home care*, cuidados intermitentes, atenção domiciliar, internação domiciliar e até mesmo visita domiciliar são usadas como similares.

As características e especificidades de cada modalidade (se é que são várias modalidades) não estão claras e, na maioria das vezes, a diferenciação se faz segundo o grau de dependência do “ser” cuidado, a frequência e a situação geradora do cuidado no domicílio.

Algumas instituições estão criando serviços diferenciados para a atenção e internação domiciliar e estes se distinguem pela situação geradora (evento crônico ou agudo).

No entendimento das autoras, é principalmente o grau de dependência do “ser” cuidado que permite caracterizar o tipo de assistência no domicílio e identificar o conjunto de tecnologias requerido na atenção.

É evidente que o espaço domiciliar é dinâmico e requer da equipe de saúde capacidade de adequação, readaptação, criatividade e, acima de tudo, um enfoque interdisciplinar e uma ação multiprofissional que valorizem tanto o cuidado institucionalizado e aceito como científico, como o sistema popular arraigado na estrutura familiar e aprendido de geração para geração.

2 O CUIDADO NO DOMICÍLIO: REINTEGRANDO E CRIANDO UMA PRAXIS DO CUIDADO

O cuidado no domicílio não é uma prática nova. Desde a era cristã, as pessoas doentes eram tratadas em casa, freqüentemente por uma mulher - mãe, familiar ou pessoa da comunidade.

O cuidado sempre existiu, predominantemente, associado à figura feminina. Na era primitiva, baseava-se na manutenção da espécie e, com a evolução das

* Prof.ª Dr.ª Adjunto da UFMG.

** Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

*** Bolsista IC CNPq. Discente do 7º período da EEUFMG.

**** Bolsista IC FAPEMIG. Discente do 6º período da EEUFMG.

***** Bolsista IC CNPq. Discente do 7º período da EEUFMG.

sociedades, passou a incorporar valores religiosos ligados à salvação do cuidador e do “ser” cuidado.

Oliveira e Sena-Chompré (1998) afirmam que a enfermagem caracteriza-se por realizar uma das práticas mais antigas da sociedade: o cuidado.

Apesar de ser tradicionalmente considerado como a essência da enfermagem, somente em meados de 1970 deu-se início às investigações sobre a natureza, as práticas e origens do cuidado, surgindo sobre esse tema as teorias de enfermagem: Teoria Transcultural de Leininger, Teoria Transpessoal de Watson e Teoria do Autocuidado de Orem.

Morse et al. (1990) identificaram na literatura de enfermagem norte-americana a presença de cinco categorias sobre o cuidar em enfermagem: a) o cuidar como uma característica humana; b) o cuidar como imperativo moral ou ideal; c) o cuidar como afeto; d) o cuidar como relação interpessoal; e) o cuidar como intervenção de enfermagem.

Waldow (1995) corrobora com Roach (1993) e outros autores dizendo que o cuidar como responsabilidade, internalizado desde cedo na vida, está relacionado a aspectos culturais. Roach (1993), por sua vez, considera que os indivíduos cuidam porque são seres humanos, e sua capacidade de cuidar está enraizada na natureza humana.

Segundo Gonçalves (1998), embora o cuidado tenha sido profissionalizado e institucionalizado, o cuidado não profissional, chamado por Leininger de cuidado genérico, continua existindo no cotidiano das famílias. Em seu estudo sobre as mulheres que cuidam do doente mental em família, a autora afirma que

- a) as cuidadoras se valem de estratégias, tais como rede de apoio, solidariedade, paciência e tolerância;
- b) existe um rompimento entre o saber/fazer tradicional e um novo saber/fazer que está sendo reinventado e socializado entre os demais membros da família;
- c) percebe-se a necessidade da emergência de uma nova mulher e de um novo modo de cuidar.

Segundo Collière (1989, p.350), o cuidado hoje implica a percepção da globalidade e da transdisciplinaridade, responsabilizando o ser cuidado e o ser cuidador pela valorização da pessoa, da saúde e do meio ambiente:

“Cuidar hoje, às portas do terceiro milênio, só pode ser entendido como um cuidado científico, onde não haja lugar para a rotina irresponsável, o fazer por fazer, a irreflexão, o domínio da técnica sobre outras dimensões da pessoa doente. Cuidar hoje implica a percepção da globalidade. Há que reinventar os cuidados desalienantes que restituam um sentido à vida, tanto daqueles que os recebem como daqueles que os prestam.”

Segundo Waldow (1995), o cuidado humano, sem dúvida, está embutido em valores, os quais independentemente do enfoque, priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor, entre outros aspectos. Todos os atributos do cuidado são essenciais neste processo, já que constituem uma condição de nossa humanidade.

3 A FAMÍLIA INTERAGINDO NO CUIDADO

O tema família é carregado de significados afetivos e cognitivos, sendo diversa a sua conceitualização. Para Patrício (1996), a família é uma unidade sociológica, um meio sócio-cultural e energético-afetivo-espiritual. Sendo assim, é entendida como um pilar de sustentação da sociedade. É necessário reconhecer que a construção histórico-cultural da família está determinada pelos diferentes modelos e períodos da organização social.

Segundo Alves (1999, p.229):

“O tema família toca em assuntos particularmente próximos à experiência de cada um, e por isso são assuntos cheios de significados afetivos, além dos cognitivos. Cada um de nós tem sua própria representação de família - da família ideal e da real, da nossa e da dos outros - representação essa ligada a juízos, opiniões, afetos e emoções, expectativas satisfeitas ou não respondidas.”

Na perspectiva sociológica, Fukui (1989) entende por família aqueles laços de sangue, adoção e aliança socialmente reconhecidos. Scabini (1992) afirma que a família é uma organização complexa de relações de parentesco, com história formada por etapas evolutivas. Petzold (1996) define família como espaço de relações mais íntimas e constitutivas da identidade pessoal, lugar de vínculo.

Considerando a família como fato cultural, historicamente condicionado e portanto articulada dialeticamente com a sociedade em que está inserida, é preciso olhar de forma abrangente para as diversas formas de organização dos seres humanos.

Segundo Miotto (1999), há o predomínio das famílias nucleares, mas esse autor aponta a forte tendência de aumento das famílias monoparentais, com um número maior de mulheres como chefes e com aumento também do número de pessoas que vivem sós.

A família, portanto, se constrói através de seu tempo e se transforma continuamente num âmbito de relações, gênero, gerações e contexto social. Hoje, sabe-se que não existe um modelo de família. Existe, sim, uma diversidade de organização de família, ou de arranjos familiares, que

são reflexos das diferentes características da estrutura social brasileira.

Para Mioto (1999, p.215), “um dos indicadores mais novos da existência de uma família é o viver juntos, sob o mesmo teto. Esta condição é que a diferencia de outras relações sociais e também das relações de parentesco mais ampliado”. A autora salienta que tal definição é reducionista e desperta a perspectiva de se conceber família como estruturas de convivência.

As funções da família definidas por Duval, citado por Atkinson e Murry (1989), são as seguintes: prover as necessidades básicas para a vida, alimentação, vestimenta e habitação; conseguir recursos necessários, como espaço, tempo e utilidades, segundo as necessidades de cada membro e determinar quem faz o quê, com o objetivo de garantir apoio, direção e cuidados para a casa e seus membros.

4 O DOMICÍLIO COMO “LOCUS” DO PROCESSO DE CUIDAR

Os órgãos governamentais estimulam, de forma crescente, programas e iniciativas inovadoras que busquem uma visão do indivíduo como ser social, vivendo conflitos e dificuldades que precisam ser resolvidos e enfrentados de forma integral. O relatório da X Conferência Nacional de Saúde (1996) define a acolhida, o acesso, o vínculo como eixos operacionais para prestação da atenção básica. Considera acesso como a capacidade de desenvolver ações que resolvam os principais problemas de saúde do usuário, encaminhando para os serviços de maior complexidade somente os casos absolutamente necessários e buscando a desospitalização.

Cunha (1991) ressalta a necessidade de se repensar a assistência à saúde centrada no hospital, citando as altas precoces, o alto custo do tratamento, a carência de leitos e a alta incidência de doenças crônicas como motivos para a prestação da assistência domiciliar.

A assistência domiciliar terapêutica configura-se como uma das principais estratégias identificadas, que propicia o cuidado no domicílio, de forma confortável, segura e humana. Por outro lado, permite a redução das permanências hospitalares, dos riscos iatrogênicos e dos custos, através da reordenação hospitalar e otimização de recursos.

Cunha (1991, p.29) define assistência domiciliar de enfermagem “como uma forma de atuação do enfermeiro, notadamente na área de saúde pública, onde o profissional e ou sua equipe visitam os pacientes em suas casas com o objetivo de promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Lacerda (1996) considera o domicílio como o local onde a família se desenvolve física, emocional, mental e espiritualmente. É onde as principais relações interpessoais se estabelecem, manifestadas por crises e conflitos que aparecem mediados pelos sujeitos integrantes do núcleo familiar. Em momentos de doença de algum membro da família, é necessário apoio para que a família supere, se adapte e cresça nas relações de auto-ajuda e cuidado.

Assim, o domicílio sempre foi o espaço do cuidar desde o nascimento até a morte. Historicamente o cuidado no domicílio se caracteriza como não profissional. Hoje com as políticas dirigidas à desospitalização, o cuidado domiciliar profissional é estimulado e passa a interagir com as tradicionais maneiras do cuidado no domicílio.

Ultimamente o tema atenção domiciliar/internação domiciliar tem ganhado espaço nos meios científicos e nos serviços de saúde públicos ou privados devido à tendência mundial de desospitalização. A Portaria nº 2416/98 do Ministério da Saúde (1998, p.106) estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios de internação domiciliar no SUS. Considera que:

“a internação domiciliar proporciona a humanização do atendimento e o acompanhamento dos pacientes cronicamente dependentes do hospital e a adequada desospitalização proporciona o maior contato do paciente com a família, favorecendo sua recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares.”

A Lei nº 8842/94 da Secretaria de Estado da Assistência Social (1994), relativa ao Programa de Saúde do Idoso, autoriza o acompanhamento familiar do idoso hospitalizado e apóia o desenvolvimento de “cuidados informais”. Define cuidados informais como aqueles necessários às atividades da vida diária, fornecidos por pessoas próximas ao idoso e orientados por profissionais de saúde para sistematizar tarefas que busquem a promoção à saúde e a recuperação de incapacidades.

Os critérios definidos pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (1999) para a internação domiciliar são: aquiescência dos familiares para realização da internação domiciliar, existência de um hospital de referência e de suporte terapêutico, equipe mínima com profissionais devidamente capacitados; disponibilidade de equipamentos médico-hospitalares para uso no domicílio quando necessário; existência de meios de avaliação das condições do ambiente e da família e disponibilidade da equipe de apoio aos profissionais da internação domiciliar.

Santos (1998) acredita que vários fatores valorizam a implementação de programas de cuidado domiciliar no Brasil, destacando:

- a) novo padrão demográfico brasileiro que aponta para o envelhecimento da população;
- b) mudanças no perfil epidemiológico caracterizado pelo aumento das doenças crônico-degenerativas e infecciosas e conseqüente aumento no risco de complicações e no nível de dependência;
- c) inadequação do sistema atual de saúde para atender às demandas da população;
- d) adoção pelo Governo de programas de extensão de cobertura com atenção à família;
- e) mudanças da família contemporânea, passando de uma organização extensa para nuclear, muitas vezes incompleta;
- f) busca por alternativas de aumento de renda familiar que transferem as funções de cuidado para outras instituições.

A autora relata, em seu estudo sobre a percepção das enfermeiras da rede pública de Porto Alegre, que o cuidado domiciliar é favorecido pela interação paciente-profissional-família permitindo a confiança mútua e o compromisso com vistas ao cuidado. Ressalta portanto, que não deve se constituir num encargo, além das possibilidades de participação do grupo familiar.

É evidente que o cuidado no domicílio evidencia a subjetividade, a troca de saberes e fazeres, sendo imprescindível respeitar as realidades socioeconômicas, culturais e sanitárias. O grande diferencial do cuidado domiciliar é o aspecto humano, a partir do qual a interação se efetiva e desencadeia o processo de cuidar na família.

5 A EXPERIÊNCIA DO ATO DE CUIDAR NA FAMÍLIA

Os cuidadores familiares na maioria das vezes não recebem preparo adequado para a realização dos cuidados e se baseiam em experiências anteriores ou em conhecimentos do senso comum para definir suas ações. Logo, estas são carregadas de crenças, valores culturais e espírito religioso. Raramente o cuidado envolve todas as dimensões, sendo freqüentemente biologizado e ficando longe do idealizado cuidado integral.

Watson (1998) afirma que o ato de cuidar exige um envolvimento pessoal, social, moral e espiritual. Não é somente uma emoção, preocupação, atitude ou boas intenções. Ele inclui valores, desejos, compromisso com o cuidado, conhecimento, ações e conseqüências.

Em todo processo de cuidar temos como ponto de destaque a relação terapêutica estabelecida entre o "ser" que cuida e o "ser" cuidado; sendo um requisito básico o envolvimento do cuidador.

Pitta (1993), ao estudar o doente, sua doença, o cuidador, o processo de trabalho e as organizações, identifica e classifica estratégias defensivas usadas pelos profissionais de saúde para enfrentar situações que causam sentimentos fortes e contraditórios como piedade, compaixão, amor, culpa, ansiedade, ressentimento. São elas: evitação ou rechaço (uso de manobras para evitar a aproximação, tais como chamar os pacientes por números, atendê-los com portas abertas); envolvimento apaixonado (identificam-se, misturam-se e projetam-se nos doentes); sublimatória (procuram fazer tudo do melhor modo para obter o reconhecimento externo).

No ambiente hospitalar, esta subjetividade convive em um processo de trabalho onde a fragmentação de ações é freqüente. Torna-se cada dia mais complexa a tarefa de reduzir a impessoalidade e o distanciamento das relações.

No contexto familiar, estratégias defensivas como estas citadas por Pitta (1993) estão presentes, porém são relativizadas. O estabelecimento de uma relação terapêutica é favorecido no ambiente domiciliar por ser este um local comum de domínio do cuidador e do ser cuidado. Outros fatores facilitadores são: o reconhecimento e o convívio prévio à situação de doença; as concepções similares sobre saúde/doença, os fatores socioeconômicos e culturais comuns e o cuidado sendo integralmente realizado pelo mesmo cuidador.

6 UMA NOVA QUALIDADE DO CUIDADO NO DOMICÍLIO

O domicílio como novo/velho espaço do cuidado tem sido considerado por vários autores como uma modalidade de assistência que permite maior satisfação aos usuários, famílias e profissionais de saúde. Tem representado também uma perspectiva de atuação para a enfermagem exigindo uma postura crítica em relação ao significado das ações terapêuticas.

Há necessidade de sistematizar a assistência no domicílio, construir novas tecnologias que respondam às necessidades dessa modalidade de assistência; considerar os outros cuidadores que também atuam na família, valorizar os fatores culturais presentes de forma mais explícita nas relações familiares e aprender a trabalhar co-responsabilizando os diversos agentes envolvidos no cuidado domiciliar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permite apreender que o cuidado adquire um significado no espaço domiciliar muito mais abrangente. Fatores culturais, emocionais, socioeconômicos e as

relações familiares estão mais evidentes e influem de forma preponderante no cuidado no domicílio.

Verifica-se um novo enfoque com a valorização do autocuidado e do cuidado não institucional em substituição à atenção hospitalar.

A indispensável troca de saberes e o compartilhamento de fazeres tornam a experiência do cuidado domiciliar desafiadora. Recomenda-se desenvolver estudos e pesquisas sobre esta estratégia, principalmente relativas a aspectos legais e éticos dessa nova e velha forma de cuidar no domicílio dada a presença de fatores controversos.

A enfermagem pode contribuir para a construção e sistematização desse saber, com um papel mediador nas relações, promovendo a integração entre a equipe, a família e o cuidador domiciliar. Para cumprir com este perfil o pessoal de enfermagem deve estar atento às estratégias propostas pelas instituições, analisando o processo de trabalho estabelecido e quais os reflexos no modelo de atenção em construção. Deve também disponibilizar as tecnologias apropriadas a esta modalidade de cuidado, fazendo as adaptações necessárias e criando novas possibilidades tecnológicas. Para que isso aconteça, é indispensável a utilização de instrumentos de sistematização da assistência, com registros, criação de bancos de dados, análise das informações geradas e problematização das situações críticas. Para estas últimas, os trabalhadores de enfermagem devem estabelecer mecanismos de acompanhamento do processo de cuidar, construindo hipóteses de solução para as situações-problemas; identificando e estruturando protocolos de pesquisas e assistenciais.

ABSTRACT: Review of bibliography on home care, identifying current tendencies in home care as a strategy for de-hospitalization and humanization of care. IT identifies the nature, origins and practice of care, showing the very wide range of concepts of home care. Underline the importance of the concept which covers the family and the complexity of care practice in this new/old site – the home and come to the conclusion that nursing can contribute significantly to build and systematically organize this knowledge and practice.

KEY WORDS: Home nursing; Nursing; Family.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Z. M. M. Relações familiares. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.2, p.229-241, maio/ago, 1999.
- ATKINSON, L. D; MURRY, M. E. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. Cap.16, p.203-211.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2416 de 23 mar.1998. **Diário Oficial**, Brasília, 26 mar.1998. Seção 1.p.106.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **X Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1996.
- COLLIÈRE, F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- CUNHA, J. C. K. **Organização de serviços de assistência domiciliária de enfermagem**. São Paulo, 1991, Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- FUKUI, L. Estruturas familiares em que são socializados aqueles que devem chegar ao século XXI. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 41., 1989.12p.
- GONÇALVES, A. M. et al. Mulher que cuida: um estudo de caso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Salvador. **Resumos**. Salvador, 1998.
- GONÇALVES, A. M. A. **A mulher que cuida do doente mental em família**. Belo Horizonte, 1999, Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.
- LACERDA M. R. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde. **Programa de atenção domiciliar terapêutica no SUS- MG**. Belo Horizonte, 1999.
- MIOTO, R. G. T. Famílias hoje: o começo da conversa. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.2, p.211-219, maio/ago. 1999.
- MORSE, J. M. et al. Concepts of caring as a concept. **Advances in Nursing Science**, Rockville, v.13,n.1, p.1-14, 1990.
- OLIVEIRA, C. C.; SENA R. R. Enfermeria para el proximo mileno. **Desafios – Enfermeria & Educacion**. Rosário – Argentina, v. 1, n.3, p.23-37, out/1998.
- PATRÍCIO, Z. M. **Ser saudável na felicidade-prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico**. Pelotas: UFPel – Editora Universitária, 1996.
- PETZOLD, M. The psychology definition of “the family”. In: CUSINATO, M. (Org). **Researcher or family resources and needs across the world**. Milão: Edizione Universitarie de Lettere Economia Diritto, 1996. p. 25.44.
- PITTA, A. M. F. **O doente, seu cuidador e as organizações de saúde: elos de uma cadeia possível? Documento preparado para a representação do Brasil na OPS/OMS**.
- ROACH, Z. M. **The human act of caring: a blueprint of health professionals**. Ottawa: Canadian Hospital Association Press, 1993.
- SANTOS, B. R. L. et al. O domínio como espaço do cuidado de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998. Salvador, 1998. **Anais...** Salvador, 1998. p.121-132.
- SCABINI, E. Ciclo de vida familiar e ciclo de saúde familiar. In: MOMBELLI, M. **Ciclo de vida e dimensão familiar**. Milão: Vita e Pensiero, 1992. p.23-58.
- WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 1, p. 7-30.
- WATSON, J. **Nursing; human science and human care: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1998.

Endereço do autor:
Rua Curitiba, 2332 - ap. 301 - Bairro Lourdes
30120-000 - Belo Horizonte - MG
E-mail: roseni@enf.ufmg.br