



# Enfermería Global

ISSN 1695-6141

Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería

Nº 15

Febrero 2009

[www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)

## ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

### EL ENFERMERO EN EL PROGRAMA DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA: LA VISIÓN DEL USUARIO Y DE LA FAMILIA O ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR: A VISÃO DO USUÁRIO E DA FAMÍLIA

\*De Sosa Silva, JR., \*\*Heck, RM., \*\*Schwartz, E., \*\*\*Schwonke, CRGB

\*Mestre em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Atlântico Sul/Anhanguera Educacional Pelotas/RS. \*\*Dra. em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia/UFPel. \*\*\*Mestre em Enfermagem/FURG. Especialista em Saúde da Família/UFPel. Coordenadora do Curso de Enfermagem Faculdades Anhanguera Atlântico Sul Pelotas/RS.

Palabras clave: Tratamiento domiciliario; Papel del Profesional Enfermero; Características de la Familia.  
Palabras chave: Tratamento domiciliar, Papel do Profissional Enfermeiro, Características da Família.

#### RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo identificar la actuación del Enfermero junto a los usuarios del Programa de Internación Domiciliaria (PID). Fue utilizado un abordaje de naturaleza descriptiva, exploratoria y cualitativa. Los datos fueron colectados por medio de una entrevista semi-estructurada. La muestra se constituyó de diez usuarios que habían sido atendidos por el Programa de Internación Domiciliaria de un municipio del interior de Río Grande do Sul. El estudio posibilitó una aproximación teórico-práctica en relación al programa, indicando que los usuarios identifican al Enfermero en contraste con los demás componentes del equipo de salud. Las principales actividades que relacionan al Enfermero son acciones de cuidado técnico y de orientación. Para los usuarios es importante que el Enfermero se identifique nada más contactar con el paciente, siendo esta una de las prerrogativas para establecer un soporte continuo y detallado con respecto a los cuidados y en la opinión de los entrevistados punto clave del éxito del programa.

#### RESUMO

O estudo teve como objetivo identificar a atuação do Enfermeiro com os usuários do Programa de Internação Domiciliar (PID). Foi utilizada uma abordagem de natureza descritiva, exploratória e de análise qualitativa. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada. A amostra constituiu-se de dez usuários que haviam sido assistidos pelo Programa de Internação Domiciliar de um município do interior do Rio Grande do Sul. O estudo possibilitou uma aproximação teórico-prática em relação ao programa, indicando que os usuários identificam o Enfermeiro em contraste aos demais componentes da equipe de saúde. As principais atividades que relacionam ao Enfermeiro são ações de cuidado técnico e de orientação. Para os usuários é importante que o

Enfermeiro se identifique assim que contatar com o paciente, sendo esta uma das prerrogativas para estabelecer um suporte contínuo e detalhado com relação aos cuidados e na opinião dos entrevistados ponto chave de êxito do programa.

## INTRODUCCIÓN

Modernamente, el Programa de Internación Domiciliaria (PID) se constituye en una modalidad de asistencia vinculada a la propuesta del Sistema Único de Salud que está en construcción en el escenario brasileño.

Como política de atención a la salud está dirigido a extender la asistencia pública, reforzando prácticas de cuidado que buscan una aproximación más efectiva de los principios de integridad, equidad y universalidad con las necesidades de la población.

Se conceptúa la internación domiciliaria como todo y cualquier tratamiento especializado que requiera atención veinticuatro horas de los profesionales de salud en el domicilio del paciente. La asistencia domiciliaria a la salud, como es concebida en la actualidad, se fundamenta en el principio de que el paciente pueda recibir los cuidados que necesita, en la convivencia con sus familiares, suministrado por personas legas elegidas por la familia, orientadas y supervisadas por un equipo multidisciplinar cualificado de profesionales del área de salud, constantemente suministrando el apoyo necesario para una mejor relación técnico-comportamental entre cuidador y paciente <sup>1</sup>.

Para que el cuidador desempeñe de forma eficiente su papel, se hace necesario, además de entrenamiento cualificado, una monitorización activa de la relación entre cuidador y paciente<sup>2</sup>. El enfermero, como participante del equipo de salud, tiene un papel destacado en la asistencia domiciliaria, toda vez que diversos autores afirman que el cuidado es el foco de trabajo del enfermero<sup>3 4 5</sup>.

En Brasil, la presencia de la enfermera en el domicilio de los clientes estuvo históricamente asociada a la enfermería de salud pública. A partir de 1998, fue priorizado el sistema extra-hospitalario de asistencia, ampliando el universo de la atención a la salud y exigiendo nuevas reflexiones sobre el cuidado domiciliario; las primeras experiencias surgieron en el área de la cancerología, objetivando cuidados paliativos a los pacientes fuera de posibilidad terapéutica <sup>6</sup>.

El Ministerio de Salud incluye el componente internación domiciliaria, no como un sustituto del ingreso hospitalario tradicional, y sí como un recurso empleado con el objetivo de humanizar y garantizar mayor calidad y bienestar al paciente.

Con la ley número 10424, de 15 de Abril de 2002, añade el capítulo y artículo a la ley 8080, de 19 de septiembre de 1990, dispone sobre las condiciones para promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y la puesta en marcha de servicios correspondientes y da otras providencias, reglamentando la internación domiciliaria en el Sistema Único de Salud (SUS)<sup>7</sup>.

La internación domiciliaria fue reglamentada a través de la Legislación en Vigilancia Sanitaria Resolución RDC n ° 11, de 26 de enero de 2006 <sup>8</sup>. Ella dispone sobre el Reglamento Técnico de Servicios que prestan Atención Domiciliaria, publicado en el Diario Oficial de la Unión del Poder Ejecutivo, de 30 de enero de 2006, quedando así determinado un reglamento para estos servicios. El Ministerio de Salud a través de la portería n ° 2529 de

19 de octubre de 2006 establece requisitos para inscripciones y criterios para realización de la Internación Domiciliaria en el SUS, revocando la Portería n° 2416 de 23 de marzo de 1998<sup>9</sup>.

Quedan, así, instituidos los requisitos para los estados y municipios interesados en adherirse a la Política Nacional de Internación Domiciliaria. Sin desmerecer el papel importante del hospital para la atención del paciente inestable y de su éxito de tratamiento, existe una resistencia natural del ser humano a ser internado, y no a ser tratado en casa<sup>10</sup>.

El cuidado dispensado a la salud en el domicilio propicia al equipo de salud la inserción en el cotidiano del cliente, identificando demandas y potencialidades de la familia, en un clima de sociedad terapéutica. La Internación Domiciliaria es presentada como una alternativa en la que se destaca que es bueno para el paciente ser tratado en su "hábitat natural"; es bueno para la familia, que no necesita desplazarse, reduciendo encargos financieros, y es bueno para el hospital, que permite administrar las camas para la internación, lo que amplía inversiones en mejoras en la asistencia y tecnología.

Junto a esta propuesta de cuidado es importante resaltar que la enfermedad no está vinculada solamente al carácter físico-biológico. Así, se propone pensar la enfermedad a partir de una pluralidad de interpretaciones, divergencias y negociaciones que abarcan los episodios de sufrimiento del sujeto, hasta llegar a un diagnóstico entre los sistemas locales de salud<sup>11</sup>. Para el autor, forma parte de la enfermedad comprender cómo socialmente está organizado el cuidado, lo que implica identificar los padrones de creencia sobre causas, normas, relaciones de poder y locales en que se dan las interacciones.

Se comprende el cuidado como una práctica, un oficio, vinculado a la dimensión del tiempo contemporáneo con la afirmación de la modernidad científica. A finales del siglo XIX, con la aparición de tecnologías elaboradas, el objeto del cuidado se vuelve aislado, parcializado, separado de las dimensiones sociales y colectivas. En esa perspectiva, cuidar es tratar la enfermedad excluyendo todas las otras concepciones elaboradas en el curso de la historia, frente al problema de la vida y de la muerte<sup>5</sup>.

Para la autora, la perspectiva de cuidado en esta dimensión sigue la hipótesis de "...tratar para erradicar lo que puede hacer morir, pero con el riesgo de dejar de mirar para todo lo que todavía vive, para aquello que puede hacer vivir, para aquello que da sentido a la vida"<sup>5</sup>.

Conforme la autora, los cuidados para promoción de la vida pueden ser diferenciados en cuidados de reparación de la vida (necesita acción, vigilancia directa y continua del profesional de salud) y cuidados de manutención de la vida (podrán ser realizados por el paciente o por la familia, siguiendo orientaciones del equipo multiprofesional de salud). Por lo tanto, "la finalidad de cuidar en la enfermería es prioritariamente aliviar el sufrimiento humano, mantener la dignidad y facilitar medios para manejar con las crisis y con las experiencias del vivir y del morir". Así, el Enfermero y demás profesionales de salud, en la internación domiciliaria tienen un papel de mediadores entre el cliente y la persona que va a realizar la acción del cuidado. No solamente ver lo que pasa en el cuerpo físico de quien recibe cuidado, sino identificar quién puede asumir el cuidado en la ausencia del profesional. Además de constatar señales clínicas, el profesional necesita ver, interpretar e identificar la red social de cuidado a la que el paciente pertenece<sup>3</sup>.

Entre otros aspectos, destaca que hay un nuevo desafío para la enfermería, que es cuidar de quien cuida, esto significa ir al encuentro de la familia donde ella se encuentra, en el domicilio. Además, la autora comenta que la familia ya no puede ser vista sólo como aquella

que debe cumplir las determinaciones de los profesionales de salud; al reconocerse que ella asuma la responsabilidad por la salud de sus miembros, ella necesita ser oída en sus dudas, su opinión debe ser tenida en cuenta y, sobre todo, su participación debe ser incentivada en todo el proceso profesional de cuidar/curar. El cuidar de la familia exige conocer cómo esa familia cuida, identificando sus dificultades y sus fuerzas, para que el profesional pueda ayudar a la familia de forma que atienda las necesidades de sus miembros <sup>12</sup>.

Cuando consideramos a nuestro cliente insertado en un contexto familiar, pasamos también a ver estas familias como nuestros clientes, y no siempre la familia está preparada o posee condiciones para dar o proveer los cuidados.

El cuidado en el domicilio es muy importante y exige mucho más del profesional enfermero que tendrá, en el local donde necesita prestar los cuidados, que observar y percibir con los ojos físicos y con los ojos del corazón, leer entre líneas, entender lo no dicho, confiar en lo vivido, salir del anonimato del uniforme blanco y socializar el saber, el hacer y el enseñar entre otras actitudes y acciones <sup>13</sup>.

## **METODOLOGÍA**

El estudio es de abordaje cualitativo. Los datos habían sido colectados a través de entrevista semi-estructurada grabada. La muestra que sirvió de base a este estudio se constituyó de diez usuarios (sorteo simple) que habían sido asistidos por el Programa de Internación Domiciliaria (PID), de un municipio del interior de Río Grande do Sul, Brasil. Los participantes firmaron término de consentimiento libre y esclarecido, así como se aseguraron los principios éticos conforme resolución 196/96 del Ministerio de Salud.

Entre los que respondieron, tres entrevistados habían sido pacientes del PID (ya con alta), dos pacientes habían fallecido y la entrevista fue dirigida al familiar y otros cinco pacientes fueron entrevistados con la presencia del familiar y/o cuidadora debido a la secuelas de la enfermedad. La faja etaria de este grupo osciló entre 43 y 89 años de edad, el periodo mínimo y máximo de internación varió de cinco a cincuenta y siete días, estando vinculado al programa con diagnósticos como: Accidente Cerebral Vascular, Asma Grave, Mal de Parkinson e Insuficiencia Cardíaca. Los sujetos habían sido identificados por nombres de colores. Para realizar el análisis de los datos las entrevistas fueron transcritas, organizadas en temas y confrontadas con la literatura.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS**

Inicialmente creemos importante hacer una breve caracterización del Programa de Internación Domiciliaria del municipio en estudio para después presentar y comentar lo relatado por los usuarios y familiares.

EL PID en el municipio del estudio comenzó a funcionar en 2002, atiende pacientes exclusivamente de su región geopolítica que estén internados en la Unidad de Emergencia Municipal de este municipio. La dinámica de inclusión de los pacientes en el PID se da inicialmente con la evaluación de los pacientes adultos, considerándose las siguientes peculiaridades: pacientes que no necesiten de soporte avanzado a la vida o de tratamiento más complejo; con historias de ingresos repetidos; que no necesiten realizar exámenes complementarios frecuentes y pacientes con diagnóstico clínico en tratamiento prolongado <sup>14</sup>.

El equipo de trabajo del PID está formado por un médico, un enfermero, dos auxiliares de enfermería y un conductor, haciendo las visitas en un vehículo del propio Programa, equipado de materiales y medicamentos necesarios al tratamiento del paciente.

Otro aspecto importante, y que es evaluado por el equipo, se relaciona con la familia y vivienda. Para ser aceptados en el Programa los pacientes tratados en el domicilio obligatoriamente deberán estar acompañados de familiares o de un cuidador que reconozca su importancia en el tratamiento, dando soporte al equipo de profesionales con responsabilidad, repasando informaciones siempre que necesario. La familia al cuidar se compromete a no dejar nunca solo al paciente durante el tratamiento domiciliario<sup>15</sup>. Además, el equipo investiga a través del diálogo la situación de la vivienda, siendo importantes las condiciones mínimas de higiene, saneamiento, instalación del agua, luz y una cama para el paciente.

La familia firma un término de responsabilidad donde asume el compromiso con el servicio. A partir del ingreso del paciente en casa, el equipo asume la asistencia hasta su alta. La historia clínica del paciente queda en el domicilio, siendo a diario actualizada durante las visitas y comprende la ficha clínica, ficha de evolución, evaluación inicial y evolución diaria de enfermería, prescripción médica y resultados de exámenes complementarios. Los familiares deberán estar presentes en el momento de las visitas, para que puedan dar continuidad a la asistencia en los horarios en que el equipo está ausente, se dispone un número de teléfono para esclarecimiento de dudas, esos teléfonos son del médico y del enfermero, estando a la disposición 24 horas por día<sup>15</sup>.

Presenciamos durante el estudio que el enfermero es el eje de toda la internación domiciliaria, haciendo el vínculo entre los profesionales, administrando los cuidados de enfermería en conjunto con el auxiliar de enfermería y la familia/cliente. Esta participación activa del enfermero junto con el médico del PID se da desde la selección del cliente que será internado en cuidado domiciliario. El médico tiene la tarea de indicar el momento exacto en que el paciente pasará a ser internado. Compete al enfermero providenciar los equipamientos ergonómicos que serán necesarios para la continuidad del tratamiento, adaptando la atención (equipamientos/cuidados), trabajando con las reales necesidades del cliente y su familia, en la perspectiva de realizar una práctica humanizada y teóricamente competente, sincronizando el saber popular con el saber técnico-científico.

Tras reforzar junto a los entrevistados lo que se estaba investigando, se indagó si diferenciaban el enfermero en el equipo: ocho detallaron que sí y dos respondieron que no lo diferenciaron dentro del equipo, lo que establece una ausencia de comunicación, por el hecho del enfermero no haberse identificado para sus clientes y familias.

“Sí, yo supe desde el inicio porque ellos se presentaron, llegaron y se presentaron para nosotros, quedó bien claro [...]”(LILA).

“Yo conseguí identificar el enfermero del auxiliar, muy buena persona, me atendió muy bien allá, como me atendió muy bien en mi casa, identifiqué bien el enfermero y todos fueron maravillosos [...]” (ROJO).

Sin embargo, la identificación del enfermero no fue unánime, pues dos entrevistados no lo diferenciaron dentro del equipo, como se percibe en los relatos:

“Yo fui atendida, pero no sé quien era el enfermero” (AMARILLO).

Percibimos que para la mayoría de los entrevistados quedó bien definido quién era el enfermero dentro del equipo multidisciplinar y la importancia de este para el paciente y sus cuidadores. Creemos que el mismo tiene un papel importante en el cuidado domiciliario, siendo fundamental que en esta modalidad de asistencia el Enfermero deba presentarse, identificarse, mantener una postura profesional adecuada, prestar orientaciones y apoyo emocional a los clientes y familiares y estar accesible para esclarecimientos de dudas.

El cuidado domiciliario como programa de asistencia pública todavía está en fase de implantación, siendo relevante que el Enfermero al participar de este desafío tenga una inserción orientada al paciente y familia, prestando asistencia directa a través de técnicas, orientaciones, dando soporte emocional para el bienestar de todo grupo familiar.

## **EL USUARIO DESTACANDO LAS ACTIVIDADES DEL ENFERMERO EN EL PID**

Consultamos diversas fuentes y no encontramos explícitamente una delimitación de las actividades del Enfermero en el programa de internación domiciliaria <sup>16</sup>. En ausencia de esta delimitación protocolizada entendemos que las actividades del Enfermero deben respaldarse de acuerdo con lo propuesto por el Consejo Regional Enfermería de Rio Grande do Sul (nº. 103/00) que normatiza sobre las atribuciones de los profesionales de enfermería: “Artículo 1º describir las actividades que competen al Enfermero, entre ellos los procedimientos exclusivamente realizados por el mismo” <sup>17</sup>.

Algunos entrevistados pusieron el énfasis en las actividades técnicas del Enfermero:

“Aquel negocio en la nariz, la sonda, él hizo todos los procedimientos [...]”(ROJO).

El relato de un entrevistado ratifica esta perspectiva cuando diferencia la actividad del enfermero y a la vez teje un comparativo con otro profesional del equipo.

“Creo que el enfermero sabía incluso hasta, así como iba a decir, los procedimientos de él eran casi como el de un médico, él sabía todo, todo” (BLANCO)

En ese sentido entendemos que el Enfermero tiene capacidad de establecer eslabones de confianza entre el equipo, la familia y su cliente, para que estos pasen a confiar en el grupo profesional, reconociendo al equipo como formado por personas competentes para tratarlo y ayudarlo a recuperar su salud.

Compete también al Enfermero que actúa en el cuidado domiciliario conocer las creencias presentes en las vivencias de las personas. Es a través de sus narraciones lo que permite al individuo contar historias de sí mismo, relatar sus experiencias siempre de acuerdo con lo que ellas representan para él. Pues las personas actúan en función del significado que las cosas tienen para ellas, y esta significación es construida en las interacciones con los individuos, pudiendo ser constantemente restablecidas. Cabe al enfermero, orientar, explicar y esclarecer los procedimientos por él realizados, respetando el conocimiento y creencias del paciente.

Observamos que muchos pacientes del PID pasan a formar parte de la demanda tan pronto su cuadro clínico se estabiliza, esto es, así que los problemas más emergentes de enfermedad estacionan, retornando para las familias y para la comunidad todavía con problemas, muchas veces complejos, necesitando de asistencia adecuada. Las atenciones

para con estas necesidades subjetivas y objetivas de cuidado son importantes como verbalizan los entrevistados:

“[...] a la enfermera no tengo cómo agradecer, entró en nuestra casa como una persona simple igual a la gente, ella no sólo se preocupaba con el enfermo sino de todos nosotros, era una amiga” (NARANJA).

El enfermero como integrante del equipo de salud, debe realizar acciones en todos los niveles de atención, velando por la buena atención, diversificando, perfeccionando y promoviendo cuidados, englobando dentro de este contexto la realización de procedimientos.

“[...] hacía procedimientos con mucho conocimiento, las otras sólo traían las medicaciones. La diferencia en la atención, la seguridad, la orientación exactamente como hacer, fue eso lo que me gustó del enfermero [...]” (ROSADO).

Como parte del protocolo del cuidado domiciliario nos parece imprescindible el conocimiento teórico científico adquirido por el enfermero, para orientar en la realización de procedimientos específicos y más complejos que el restante del equipo de enfermería, incluyendo la toma de decisiones en la aplicación de los cuidados y no ser puramente técnico.

Otro aspecto relevante con respecto a las actividades del enfermero en el PID fue la orientación, como parte del proceso de educación en salud, destacándose en las declaraciones que siguen:

“Mira, para mí, todo lo que hacía era bueno, él me enseñaba, yo creía que él hasta era médico, en un principio, porque él me enseñaba, después es que supe que era enfermero, él fue muy importante para nosotros” (CELESTE).

“Ella vio la presión, medía la temperatura, si necesitaba usar el medicamento para bajar la temperatura ella indicaba derechito cómo usar.” (BEIGE).

Como podemos percibir la comunicación es de extrema importancia, pues a través de la misma podemos explicar y orientar los procedimientos, motivo de la realización y pedir la colaboración del paciente y familia para obtener los resultados deseados.

Destacar que el enfermero debe hacer una evaluación general del medio donde está su cliente, su grado de comprensión, adecuando el lenguaje para que sea comprendido por el mismo, su familia o cuidador.

## **EL USUARIO DEL PID Y LAS ORIENTACIONES SOBRE EL CUIDADO EN SALUD**

Los informantes del estudio detallaron que tuvieron soporte durante la internación domiciliaria, conforme los relatos que siguen:

“El supo orientarme sobre cuidados, quedé muy satisfecha, fue muy importante, me enseñó muchas cosas” (VERDE).

“Estoy muy satisfecha, mucho, yo entendía lo que la enfermera me decía y me enseñaba” (CELESTE).

Creemos que para orientar un cuidado de calidad el enfermero debe ser sensible, crítico, solidario y, sobre todo, gustar de cuidar, pues su relación con los seres humanos es una tarea compleja llena de retos. Nos interesó investigar si el enfermero consigue transmitir las orientaciones sobre el cuidado y si el cliente es receptivo a estas informaciones, y también si las interpretó de manera correcta. El resultado de estas orientaciones se refleja en el modo de ser del cuidador, que a través del cuidado expresa quien somos. En este sentido los entrevistados, como se puede acompañar abajo, detallaron su satisfacción con los cuidados y la atención que les fue dispensada.

“Quedé muy satisfecho con los cuidados, muy cortés, me orientaba derechito” (AZUL).

“Muy satisfecha, me orientaron en todo lo que realicé con mi madre, la utilización del aspirador, la utilización del material, cómo cuidar de la higiene del material, todo fue orientado por la enfermera” (LILA).

En la propuesta de atención domiciliaria el cuidado en salud necesariamente debe acontecer en la aproximación entre el sistema profesional de cuidado de la salud y sistema popular, siendo que el cuidado prestado por el enfermero orienta y da soporte a la familia. La forma como acontece este cambio de cuidado es que repercute en el éxito, en la aceptación de otra modalidad, implementación y participación del cuidado.

“Yo pensaba que fuesen unas personas arrogantes, pero todo fue al contrario, son personas maravillosas, conforme ellas me atendieron allá, me atendieron aquí también, parecían gente de mi familia que estuviesen cuidándome” (ROJO).

En este sentido observamos que los sujetos del estudio en la mayoría habían relatado la satisfacción ante de los cuidados y orientaciones dadas por el enfermero del PID, lo que afirma la importancia de ese profesional dentro del programa.

## **EXPECTATIVAS DEL USUARIO EN RELACIÓN AL TRABAJO DEL ENFERMERO DEL PID**

Para el cliente y para el cuidador, ambos usuarios del PID que no conocían esta forma de asistencia, tras ser insertados en este contexto dividiendo la responsabilidad del cuidar con el enfermero y el equipo multidisciplinar, despertó en este individuo el sentimiento de confianza en el trabajo realizado, y en el enfermero una oportunidad de aprendizaje y del desafío de cuidar en el domicilio. Acompañamos los relatos:

“Yo creo que están bien, yo creí buena la atención, la enfermera [...] está bien instruida” (BLANCO).

“La expectativa es esa misma, me enseñó a cuidar” (AMARILLO).

Por lo tanto la confianza se constituye un elemento central en el arte del cuidar, pues sólo es posible cuidar un ser humano vulnerable, cuando existe entre el agente cuidador y el sujeto cuidado una relación de confianza, un vínculo, una preocupación con la persona y no con la enfermedad <sup>15</sup>.

“Él no fue sólo un enfermero, es un amigo, siempre que necesitamos estaba presente” (ROSADO).



“Las expectativas eran esas, sábados y domingos inclusive, siempre estaba lista la enfermera para ayudarnos a cualquier hora” (NARANJA).

Créese ser necesario que la enfermería muestre interés por los problemas del paciente, demostrando que la salud y su plena seguridad de aquel enfermo sea el objetivo principal de nuestro trabajo, para así ganarnos su respeto y confianza <sup>16</sup>.

“El trabajo era óptimo, porque hasta en los fines de semana dejaban la medicación toda cierta, separada, es nota diez la atención dada por el enfermero” (BEIGE).

“Yo pensaba que era exactamente así [...] quien me orientó en relación al medicamento, cómo tomar, esas cosas, todo fue el enfermero que me enseñó”. (LILA)

En este sentido el proceso de enseñar y cuidar no debe limitarse a espacios específicos. Los ambientes educacionales pueden incluir domicilios, hospitales, centros de salud comunitarios, locales de trabajo, organizaciones de servicio, albergos, grupo familiar o grupos de apoyo.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Quedamos sorprendidos con la claridad informada por los usuarios y familia en relación a la identificación del trabajo del Enfermero en el Programa de Internación Domiciliaria, en este punto enfatizaron que la diferenciación aconteció durante el ejercicio de técnicas de cuidado, en especial la orientación y en la trasmisión de informaciones al familiar y/ o cuidador.

Percibimos a partir de los relatos de los usuarios que el proceso de comunicación del equipo, el paciente y familiares y /o cuidadores es el punto más valorado que asegura el éxito de este programa de cuidado. En este sentido es fundamental que el Enfermero se presente al paciente iniciando así una propuesta de cuidado compartido.

Los usuarios y familiares destacaron con más énfasis los procedimientos técnicos realizados por el Enfermero como forma de diferenciarlo de los de más componentes del equipo. Sin embargo los entrevistados dejaron explícito que la acción de este no se limitó a procedimientos técnicos exclusivamente.

Los usuarios pautaron que el soporte continuo y detallado (fin de semana, etc.) también es fundamental y necesario, recordando al Enfermero como persona de referencia para esclarecer e informar cambios en relación a lo prescrito con el cuidado. Los usuarios no generan expectativas diferentes de las que vienen siendo suplidas por los Enfermeros, destacando que el soporte, la orientación que viene aconteciendo, es de buena calidad y suficiente.

La satisfacción con respecto al desempeño del Enfermero y del programa indicó que el servicio agrada a los pacientes y /o familiares, siendo que las experiencias están siendo exitosas. En este sentido el proceso de enseñar y cuidar no debe limitarse a espacios específicos. Los ambientes educacionales pueden incluir domicilios, hospitales, centros de salud comunitarios, locales de trabajo, organizaciones de servicio, albergos, grupo familiar o grupos de apoyo.

En su intervención también relacionaron capacidad de establecer eslabones de confianza entre el equipo, la familia y el usuario, para que pudiesen confiar en el grupo profesional, reconociendo al equipo como formado por personas competentes que trataban y ayudaban

en la recuperación de su salud. Otro aspecto puntuado en relación al Enfermero fue la sensibilidad en cuanto a los valores del usuario y familia. Y por último habían destacado la orientación como parte del proceso de educación en salud como puntos importantes de cuidado realizado por el Enfermero, pues les permitía tener una previsión en relación a lo que podría acontecer. En ese aspecto resaltaron que el contacto con el enfermero fue una experiencia que se extendió más allá de la internación domiciliaria.

Los usuarios y familiares manifestaron que no conocían esta forma de asistencia, la internación domiciliaria, sin embargo se sentían satisfechos pues les possibilitaba dividir la responsabilidad del cuidar. Para algunos el enfermero les enseñó a cuidar.

## REFERÊNCIAS

1 FALCÃO, H. **Home Care - uma alternativa ao atendimento da saúde.** Disponível para visualização em: <<http://www.medoline.com.br/med-ed/med/home-care.htm>>. Acesso em 23 de julho de 2007.

2 LADEIA, J. **Assistência domiciliar: um conceito moderno de atendimento.** Disponível para visualização em; <http://www.nossaregiaio.com.br/jornaldaliberdade/site-liberdade/dica-saude.htm>. Acesso em 23 de setembro de 2007.

3 WALDOW, V. R. **Cuidado humano:** um resgate necessário. Porto Alegre: Sagra - Luzato, 1998, p. 120.

4 GONZALES, R. M. Et al. **Cenários de cuidado:** aplicação de teorias de enfermagem. Santa Maria: Pallotti, 1999.

5 COLLIÉRE, M. F.. **Promover a vida.** Lisboa-Porto-Coimbra: Lidel, 1999.

6 CUNHAS, G. **Atendimento Domiciliar,** Disponível para visualização em: <<http://www.com.br/pareceres/2001/port.0401.htm>> Acesso em 2 de agosto de 2007.

7 BRASIL, **LEI nº10424.** Disponível para visualização em: <<http://200.205.52.12/scripts/as-web.exe?LEI.ask+b+10424>>. Acesso em 8 de julho de 2006.

8 **ANVISA.** Disponível para visualização em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias.htm> (pnmv)> Acesso em 30 de julho de 2007.

9 BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.529 De 19 De Outubro de 2006.** Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Disponível para visualização em: [portalweb05.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2529%20institui%20a%20internacao%20domiciliar.pdf](http://portalweb05.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2529%20institui%20a%20internacao%20domiciliar.pdf). Acesso em 30 de outubro de 2006.

10 ARAÚJO, M. R., CARNEIRO, M. L. M. Saúde da família: cuidado no domicílio. **R. Bras. Enf.** Brasília, v. 53, n. especial, p. 117-122, dez. 2000.

11 KLEINMAN, A. Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. **Social Science and Medicine**12: 83-93. New York, 1980.

12 ELSEN, I. et al. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: **Marcos para a prática de enfermagem com família.** Florianópolis: Repensul, 1998.

13 SOUZA, S. M. de et al. **Cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar a clientes neoplásicos e suas famílias.** In. Texto e contexto enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós graduação em enfermagem – v. 1, n 1. Florianópolis: UFSC, 1992.

14 PID. **Programa de Internação Domiciliar.** Disponível para visualização em: <<http://www.server.pelotas.com.br/ps/programas/pid.htm>>. Acesso em 30 de julho de 2003.

15 PREFEITURA DE PELOTAS, **Manual do Programa de Internação Domiciliar.** Pelotas, 2002

16 CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** . Disponível para visualização em: /[www.portalcoren-rs.gov.br/web/coren\\_legisla\\_E.php](http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/coren_legisla_E.php) Acesso em 30 de julho de 2007.

17 SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais na saúde. São Paulo: Gente, 2003.

18 FALLEIROS, A. **Relação enfermeiro X paciente:** a que devemos estar atentos. In. Revista Nursing, n. 42, ano 4, novembro de 2001.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia