

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**O CUIDADOR FAMILIAR NO CONTEXTO DA INTERNAÇÃO
DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Rodrigo Santos Aguilar

**Lagoa Santa / Minas Gerais
2013**

Rodrigo Santos Aguilar

**O CUIDADOR FAMILIAR NO CONTEXTO DA INTERNAÇÃO
DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Humberto Ferreira de Oliveira Quites

**Lagoa Santa / Minas Gerais
2013**

Rodrigo Santos Aguilar

**O CUIDADOR FAMILIAR NO CONTEXTO DA INTERNAÇÃO
DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Humberto Ferreira de Oliveira Quites

Banca Examinadora

Humberto Ferreira de Oliveira Quites - Orientador

Sandra Pereira Soares - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 03/08/2013

RESUMO

O relato de experiência foi escolhido como modalidade de pesquisa, uma vez que permite revelar as ações dos indivíduos como participantes, desvendar aspectos subjetivos, analisar e compreender importantes variáveis além de contribuir para a formação de conhecimentos que apontam importantes questões relacionadas ao cuidado domiciliar. Este trabalho tem como objetivo discorrer sobre as principais dificuldades enfrentadas pelos cuidadores inseridos no programa de internação domiciliar na prestação de assistência ao paciente cronicamente enfermo. A internação domiciliar se configura como um componente estratégico importante que se dá de forma gradual por meio da implementação de princípios e diretrizes norteadoras das ações que auxiliam na operacionalização desta forma de organização. É fundamental refletir em torno desta estratégia, enfrentar suas dificuldades, desenvolver potenciais e conhecer mecanismos de monitoramento e avaliação como forma de reorientar o processo de trabalho e rever modos e meios de execução.

Descritores: Continuidade da assistência ao paciente. Serviços de assistência domiciliar. Assistência domiciliar.

ABSTRACT

The experience report was chosen as type of research, since it allows to reveal the actions of individuals as participants, reveal subjective aspects, analyze and understand important variables besides contributing to the formation of knowledge that point to important questions related to home care. This paper aims to discuss the main difficulties faced by caregivers entered the program of home care in the provision of patient care chronically ill. The home care is configured as an important strategic component that occurs gradually through the implementation of guidelines and principles guiding the actions that assist in the operation of this form of organization. It is essential to reflect around this strategy, face their difficulties, develop and meet potential mechanisms for monitoring and evaluation as a way to refocus the work process and review ways and means of implementation.

Keywords: Continuity of patient care. Home care services. Home care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 OBJETIVO GERAL.....	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
3 METODOLOGIA	10
4 DESENVOLVIMENTO.....	11
4.1 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
4.2 FATORES DIFICULTADORES E BENEFÍCIOS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	12
5 CONCEPÇÕES EM TORNO DA PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	14
5.1 A HUMANIZAÇÃO E A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	15
5.2 A FAMÍLIA/CUIDADOR ENQUANTO UNIDADE DE CUIDADO.....	17
5.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO DOMICILIAR.....	18
5.4 A PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	19
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), vários avanços foram conquistados podendo-se destacar a melhoria de ações e serviços de saúde além da ampliação da atenção básica por meio da estratégia da Saúde da Família, entretanto ainda predomina no país, o cuidado centrado no hospital o que acarreta crescentes custos devido à incorporação acrítica de tecnologias (BRASIL, 2012).

O modelo hospitalocêntrico é adequado quando adotado para atender doenças com rápida resolutividade o que evidencia a necessidade de modalidades alternativas capazes promover a reversão da atenção em uma nova lógica que possibilite repensar o conceito de saúde com enfoque na promoção e prevenção (BRONDANI; 2008).

Neste contexto, a assistência domiciliar surge como resposta, uma vez que, possibilita a individualização da assistência, diminuição de custos, riscos de infecção e um maior envolvimento da família na promoção do cuidado (ZEM-MASCARENHAS; BARROS, 2009). Outros fatores também contribuíram significativamente para o aumento dos serviços de internação domiciliar, como o envelhecimento da população, transição demográfica e epidemiológica, aumento de doenças crônicas e da demanda pelos serviços de saúde (SERAFIM; RIBEIRO, 2011).

A assistência domiciliar (AD) prove condições de tratamento efetivo se caracterizando como um conjunto de atividades ambulatoriais continuadas e programadas desenvolvidas no domicílio (BRASIL, 2012). Destina-se ao atendimento de pacientes que se encontram em condições clínicas complexas que demandam de forma continuada materiais, equipamentos, medicamentos, dietas e recursos humanos (SERAFIM; RIBEIRO, 2011).

A assistência domiciliar é desenvolvida por meio das práticas de gestão de cuidado variadas, destinadas a populações de territórios bem definidos, por meio da utilização de tecnologias complexas e diversificadas que auxiliam no manejo das necessidades de saúde conforme critérios de risco (CECÍLIO, 2007).

O cuidado é a busca pelo bem estar, segurança e autonomia apresentando diferentes dimensões conforme o protagonismo dos diversos atores. Na atenção domiciliar, o cuidado é desenvolvido no espaço do usuário tornando mais complexas as relações de trabalho e exigindo determinado esforço para a coordenação deste processo (CECÍLIO, 2007). Neste tipo de assistência, o profissional trabalha em terreno fronteiro difícil, entre a vida e a morte e o entendimento sobre seu papel na internação domiciliar poderá contribuir para seu

aprimoramento e difusão por meio de uma melhor articulação entre a rede de atenção básica com a rede hospitalar (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

As equipes de atenção domiciliar quando comparadas as demais equipes de saúde tem por diferencial a construção de relação com o sujeito que demanda cuidados, e não este com um estabelecimento de saúde (BRASIL, 2012). Além do contato estreito entre equipe e paciente, este momento é de grande validade, uma vez que, facilita a avaliação das condições de vida fundamentais para o sucesso do acompanhamento (ZEM-MASCARENHAS; BARROS, 2009).

Desta forma, este estudo busca responder a seguinte questão: Quais as principais dificuldades enfrentadas pelos cuidadores inseridos no programa de internação domiciliar na prestação de assistência ao paciente cronicamente enfermo?

A internação domiciliar se configura como um componente estratégico importante que se dá de forma gradual por meio da implementação de princípios e diretrizes norteadores das ações que auxiliam na operacionalização desta forma de organização (BRASIL, 2012).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discorrer sobre as principais dificuldades enfrentadas pelos cuidadores inseridos no Programa de Internação Domiciliar na prestação de assistência ao paciente cronicamente enfermo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar uma revisão bibliográfica de temas relacionados à visita domiciliar.
- Discorrer a partir da literatura e relato de experiência sobre os principais fatores dificultadores e benefícios vivenciados pelos profissionais de saúde na assistência domiciliar.

3 METODOLOGIA

O relato de experiência foi escolhido como modalidade de pesquisa, uma vez que permite revelar as ações dos indivíduos como participantes, desvendar aspectos subjetivos, analisar e compreender importantes variáveis além de contribuir para a formação de conhecimentos que apontam importantes questões relacionadas ao cuidado domiciliar.

Simultaneamente a descrição da experiência vivenciada pelo autor foi utilizada uma revisão de bibliográfica sobre o tema abordado, com o intuito de relacionar aspectos descritos no contexto do trabalho com a literatura científica recente. Esta revisão bibliográfica de caráter exploratório e descritivo será baseada em literaturas estruturadas, de livros e artigos científicos, obtidos em bibliotecas convencionais ou virtuais. Por meio do estudo descritivo-exploratório é possibilitada a familiaridade com o fenômeno-objeto da pesquisa, descrição de suas características, criação de hipóteses e apontamentos assim como o estabelecimento de relações entre as variáveis estudadas no fenômeno (GIL, 1999).

O levantamento foi realizado, a partir das publicações encontradas no site do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), uma vez que se visava encontrar artigos científicos nacionais. A busca dos artigos deu-se por meio do uso dos seguintes descritores: continuidade da assistência ao paciente, serviços de assistência domiciliar, e assistência domiciliar.

De posse do material foi realizada uma leitura do tipo exploratória, com o objetivo de verificar, em que medida, a obra consultada interessa à pesquisa. Esta é feita mediante o exame do resumo, dos índices da bibliografia e das notas de rodapé (GIL, 2002). Também, fez parte desse tipo de estudo, leitura de material bibliográfico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, como por exemplo, os cadernos de atenção domiciliar.

O material lido foi fichado e registrado, e as principais ideias e teorias pertinentes ao tema foram apresentadas no referencial teórico. Após este processo, realizou-se a leitura interpretativa para estabelecer relação entre o conteúdo pesquisado e demais conhecimentos. A partir disso, foi possível catalogar o material, extrair dos textos temas de interesse nesta pesquisa e interpretá-los, a partir do objetivo proposto (GIL, 2002).

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 REVISÃO DE LITERATURA

No século XIX o hospital surge como um espaço de consolidação da assistência, da identidade do doente, da segregação e da exclusão. A hospitalização dá visibilidade a condição de doente e diminui a autoridade da família sobre a maneira de assistir seu ente, e por consequência a residência deixa de ser um lugar de manifestação de sofrimento (BRASIL, 2012).

Posteriormente, devido ao envelhecimento populacional, a transição epidemiológica e a crise do Modelo Hegemônico Liberal surgem novas estratégias para o cuidado em saúde. Neste contexto a atenção domiciliar se configura como uma forma de retomar o domicílio como um espaço para a produção do cuidado e da desinstitucionalização de pacientes que se encontram em serviços hospitalares (BRASIL, 2012).

A Portaria n.2.029 de 24 de agosto de 2011, que institui a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu artigo 2º, define a Assistência Domiciliar como,

“Um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Apoio [...] uma nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde”(BRASIL, 2011).

A assistência domiciliar contribui de maneira significativa para a otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, aproxima a equipe de saúde a família promovendo educação em saúde e uma maior participação no tratamento proposto, entretanto vale ressaltar que a assistência domiciliar não substitui a internação hospitalar devendo ser adotada com o intuito de garantir maior conforto e humanização (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

A assistência domiciliar pode ser apresentada de três formas. A preventiva busca evitar o adoecimento ou agravamento de doenças, a paliativa que proporciona tratamento para pacientes com patologias sem perspectiva de cura e a terapêutica quando o tratamento é oferecido até alta médica (ZEM-MASCARENHAS; BARROS, 2009).A assistência

domiciliar possibilita o cuidado baseado na realidade de cada indivíduo proporcionando uma nova forma de atenção a saúde (FABRÍCIO *et al*, 2004). Na proposta do Programa de Saúde da Família (PSF) a assistência domiciliar é bastante complexa e tem ampla finalidade, busca articular desafios tendo a família em seu contexto sociocultural de vida e principalmente como a unidade central de atenção (MANDU *et al*, 2008).

Este tipo de assistência deve ser encarada como uma resposta a individualização da assistência prestada associada a possibilidade da pessoa dependente e sua família manterem maior controle sobre o processo de cuidado resultando no maior envolvimento da família no planejamento e execução de cuidados (ZEM-MASCARENHAS; BARROS, 2009).

4.2 FATORES DIFICULTADORES E BENEFÍCIOS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Segundo o Ministério da Saúde pode ser listada uma série de potenciais benefícios proporcionados pela AD, como por exemplo, diminuição de reinternações, redução do risco de infecção hospitalar, manutenção do paciente em seu núcleo familiar e aumento de sua qualidade de vida e de seus familiares (BRASIL, 2012).

Ainda segundo o MS (2012) a AD não deve ser vista apenas como redução de custos, trata-se de uma otimização de recursos, ou seja, gasta-se menos para se fazer o mesmo pelo paciente com certas características (BRASIL, 2012).

Outro benefício refere-se ao tipo de cuidado prestado, um vez que, a relação que é construída com o sujeito que necessita de cuidados possibilita maior permeabilidade das equipes aos diferentes aspectos que são vivenciados pelo usuário e sua família, não se restringindo apenas aos aspectos biológicos da doença (SILVA *et al*, 2010).

Para o sucesso da AD torna-se necessária a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e discussões sobre as diferentes abordagens a família. Os profissionais devem estar capacitados para atuar de forma competente e resolutiva com criatividade e senso crítico, de forma a propiciar ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2012).

Entretanto, neste tipo de assistência, podem surgir situações conflituosas envolvendo processos decisórios difíceis entre os diversos atores envolvidos: o paciente, a família, os cuidadores, o provedor e o gestor de saúde. Estes conflitos muitas vezes emergem devido a alguns aspectos como: a crescente tendência de alguns administradores hospitalares

a otimizar internações e reinternações devido a altos custos; outro aspecto a ser observado é o hospital ser o ambiente que o profissional encontra a sua disposição uma gama de recursos fazendo com que se sinta mais familiarizado e seguro para atuar, devido a concepção amplamente difundida que o hospital é o lugar de excelência para diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2012).

5 CONCEPÇÕES EM TORNO DA PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

No cotidiano das equipes de saúde que trabalham no SUS é comum depararmos com situações complexas devido a condição clínica de pacientes ou pelas condições socioeconômicas que estes se encontram inseridos. Estas características quando associadas ao contato da equipe com o paciente no domicílio demandam o desenvolvimento de conhecimento e habilidades que sejam capazes de facilitar o provimento da assistência conforme a necessidade do paciente.

Ao analisar as diversas mudanças que vem ocorrendo no mundo do trabalho nas duas últimas décadas torna-se evidente a necessidade de novas competências. É fundamental que o profissional seja multiquificado e polivalente, capaz de exercer um trabalho menos manual e que possua funções mais intelectuais e abstratas. Também é exigida capacidade de diagnóstico e trabalho em equipe, solução de problemas e se auto organizar em situações de constantes mudanças. A AD demanda informação, orientação, assessoria de especialistas além de uma abordagem global e interdisciplinar realizada por profissionais qualificados (SILVA *et al*, 2010).

Outra questão importante vivenciada com frequência na AD refere-se as dificuldades enfrentadas pelo cuidador e familiares. Muitas vezes o cuidador necessita privar-se de suas práticas, colocá-las em segundo plano devido as necessidades do paciente. O cuidador também necessita organizar seu tempo, uma vez que, concilia o cuidado com o paciente com outras atividades diárias, o cuidado com os filhos, com a casa e com o trabalho.

É comum alguns cuidadores ainda queixarem-se da dificuldade financeira e da sobrecarga emocional. Pode-se afirmar que os custos adicionais necessários ao cuidado resultam da necessidade de adaptações ao tratamento. O profissional inserido na AD, no desenvolvimento de ações no domicílio, deve buscar a aproximação de seu trabalho com a rotina de vida de cada família, levando em consideração questões religiosas, subjetividades e afetividade.

A visita precisa avançar face à intencionalidade de antecipação e redução do sofrimento dos sujeitos, por consideração à sua relação com os contextos, abarcando alternativas frente a questões de ordem sociocultural, realçando a perspectiva promocional em saúde. Esta, em sentido amplo, abarca a mobilização de distintos recursos, estratégias e atores (Estado, serviços de saúde, outros setores, organismos de apoio social etc.) na geração de qualidade de vida e saúde; abrange, também, a efetiva participação dos sujeitos/coletivos nas definições em torno de questões próprias de vida e saúde e na adoção de estratégias coletivas de enfrentamento das necessidades vividas. Em sentido mais restrito, ela diz respeito à complementaridade

entre conhecimentos, práticas, linguagens técnicas e populares e ao desenvolvimento de habilidades à manutenção de vida saudável. Além disso, abarca práticas integradas de atenção às demandas, de vigilância e atuação (MANDÚ *et al*, p.7, 2008).

A AD deve respeitar o movimento e a complexidade das relações familiares cabendo ao profissional inserido nesta dinâmica atitude de respeito e valorização do convívio humano, o profissional deve ter o conhecimento que a AD envolve múltiplos fatores no processo de saúde doença influenciando fortemente as maneiras de cuidar (BRASIL, 2012).

Outra questão da AD que deve ser pontuada refere-se a possibilidade que este tipo de assistência possa promover acomodação e dependência por parte da família e paciente. É fundamental que seja estimulada uma maior participação da família para superação da condição clínica do paciente, também é importante que sejam responsabilizados sobre a sua participação no enfrentamento destas condições, reduzindo desta forma a dependência da família a estes destes profissionais.

Segundo o MS a abordagem integral do paciente dentro de seu contexto cultural e socioeconômico inclui conceber o homem como sujeito capaz de traçar seus próprios projetos e de intervir nos rumos de seu cotidiano. O diálogo entre equipe, cuidador paciente permitem uma série de interações capazes de transformar as relações de trabalho e formar compromissos (BRASIL, 2012).

5.1 A HUMANIZAÇÃO E A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A assistência domiciliar além de propiciar a redução do tempo de internação hospitalar, valoriza novos espaços e novas formas de organização da tecnologia, humaniza a assistência, diminui riscos e amplia o espaço de atuação dos profissionais de saúde (SILVA *et al*, 2005). O domicílio, muitas vezes, é o local mais adequado para o indivíduo doente, uma vez que, a família se configura como referência. Neste entendimento a assistência domiciliar passa a ser uma alternativa de assistência mais humanizada, propiciando uma readaptação mais rápida do paciente ao seu ambiente (BRONDANI, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, ao que se refere a assistência domiciliar e a humanização: “Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado,

potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença” (BRASIL, 2012, p.4, vol 1).

Nos espaços da atenção básica, para um cuidado humanizado faz-se necessário encontros produtivos entre os profissionais de saúde e a população usuária do SUS. Deve-se considerar o diálogo, a convivência e buscar a interação do que cada um traz, seus saberes, suas crenças, expectativas e necessidades (BRASIL, 2009).

O profissional ao realizar atendimento domiciliar deve despir de preconceitos e considerar os padrões culturais do indivíduo, de sua família e comunidade, observando e respeitando crenças, tradições e hábitos.

Para que se realize uma Clínica Ampliada, adequada à vivência de cada indivíduo diante de um agravo à saúde, é preciso identificar, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular. Considerar, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção e é possível propor tratamentos, construir um projeto terapêutico mais resolutivo e contar com a participação das pessoas envolvidas (BRASIL, 2009, p.29).

A entrada do profissional no espaço particular do paciente/família é uma oportunidade especial para estreitamento de relações, definição de facilidades e dificuldades e ampliação do diálogo. A prática clínica que busca apenas o diagnóstico de doenças é limitada, visto que as pessoas não se limitam apenas aos seus agravos.

As equipes de atenção domiciliar enfrentam elevado grau de tensão, constantemente deparam com dificuldades técnicas, uma vez que nem sempre dispõem de tempo e de materiais específicos demandados em algumas situações (HIRSCHFELD; OGUISSO, 2010).

Muitas vezes as dificuldades enfrentadas pelos profissionais na prática do cuidado domiciliar ocorrem devido a não instrumentalização evidenciando a necessidade de participação em seminários, cursos e discussões, de forma a possibilitar melhor entendimento, segurança, domínio e conhecimento de diferentes formas de intervenção. O profissional deve estar sempre atento, consciente e preparado para perceber e compreender as particularidades de cada paciente.

No ambiente domiciliar o profissional de saúde expressa sua contribuição social no cuidado a indivíduos, família e comunidade por meio de orientação, educação em saúde e pela demonstração de procedimentos técnicos ao cuidador.

5.2 A FAMÍLIA/CUIDADOR ENQUANTO UNIDADE DE CUIDADO

A família se constitui como uma unidade de cuidados de saúde, entretanto muitas vezes ela nem sempre é eficiente no desempenho deste papel, devido a forma como ela se apropria dos conhecimentos de saúde, como os põe em prática e pelo baixo nível de comprometimento (SCHWONKE, 2008).

A doença de um dos membros da família também pode colocar em risco sua harmonia exigindo adaptação e enfrentamento da situação, uma vez que dela advém maiores gastos e cuidados que anteriormente não eram necessários (SCHWONKE, 2008).

O cuidador é a pessoa escolhida pela família ou paciente, familiar ou não, para acompanhamento da assistência e referência para orientações e troca de informações com a equipe. Entretanto, logo no primeiro dia é fundamental que se inicie o treinamento do cuidador de forma a estabelecer suas competências. Alguns procedimentos mais simples podem ser facilmente aprendidos por leigos propiciando desta forma maior autonomia para paciente e cuidador. Deve-se mudar a visão de alguns cuidadores que consideram o ambiente hospitalar como local de cura e acreditam que o paciente está em tratamento no domicílio devido a impossibilidade de cura.

O cuidador muitas vezes também refere-se ao ambiente hospitalar como local de descanso, pois oferece recursos humanos, tecnologia local onde a responsabilidade é transferida para a instituição, o que faz o cuidador encarar a assistência domiciliar como causadora de cansaço e sobrecarga. Frente a isto é produzido no cuidador o desejo da continuidade da internação hospitalar, para que o cuidador sinta-se mais seguro e descansado.

Alguns cuidadores podem ter outra visão da assistência no domicílio. A possibilidade de receber a equipe em casa tranquiliza o cuidador e viabiliza o acesso e o atendimento, já que elimina deslocamentos, reduz o longo tempo de espera e faz com que o cuidador sinta-se menos ameaçado perante os sentimentos de cuidar de um ente querido no domicílio. Apesar destes benefícios alguns cuidadores enxergam esta relação como frágil, pois veem o ambiente domiciliar como desfavorável por não possuir todos os recursos e tecnologia do ambiente hospitalar (OLIVEIRA *et al*, 2012).

De fato, o ambiente hospitalar é local de acúmulo de conhecimento e tecnologia mas também é local onde se perde a privacidade e a individualidade visto que, as rotinas deste ambiente são impostas a familiares e paciente.

O ambiente domiciliar na assistência do paciente deve ser encarado como espaço de conforto, liberdade e com regras e normas singulares de cada membro o que difere do

hospital, que possui organização e normas próprias. No domicílio família e paciente possuem maior autonomia, no ambiente hospitalar a autonomia é diminuída já que a instituição impõe horários e regras (OLIVEIRA *et al*, 2012).

A assistência no domicílio permite a retomada da rotina diária da família e do paciente, a redução do estresse e conseqüentemente a melhora das condições de saúde. A hospitalização prolongada gera alterações nos hábitos de vida, afasta o paciente de objetos pessoais, familiares e amigos.

5.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO DOMICILIAR

Segundo a Portaria n.2029 de 24 de agosto de 2001, capítulo I em seu artigo 5º, a Atenção Domiciliar deve ser estruturada na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial.

A assistência domiciliar tem posição de destaque no sistema de saúde. Graças a este tipo de cuidado, pacientes que não necessitavam de equipamentos complexos e que eram assistidos por longos períodos em instituições hospitalares podem receber o cuidado no domicílio de forma profissional, com a atenção e carinho de seus familiares.

Da mesma forma, a assistência domiciliar libera leitos hospitalares para pacientes que demandam um tratamento mais complexo e possibilita a diminuição da incidência de infecções hospitalares.

No Brasil para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) é indispensável a transformação dos modos de organizar a atenção para a qualificação o cuidado, o que torna fundamental a realização de ações que promovam a integralidade da atenção, articulação de diferentes profissionais assim como a adoção de meios mais eficientes de utilização de recursos (FEUERWERKER; MERHY,2008).

A assistência domiciliar potencializa os princípios doutrinários do SUS e se assume como prática centrada no indivíduo como sujeito do seu processo de saúde e doença. Quando o paciente é assistido com integralidade ele torna-se sujeito social capaz de traçar seus próprios projetos de forma a intervir dinamicamente nos rumos de seu cotidiano (BRASIL, 2012).

A integralidade se configura como um compromisso de garantir a atenção a todas as necessidades de saúde o que pode ser promovido pela adoção de estratégias como a transformação da atenção por meio da implementação da saúde da família e pela

transformação da atenção tendo por centro as necessidades da saúde para a construção de linhas de cuidado (FEUERWERKER; MERHY,2008).

5.4 A PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Básica, em especial a ESF necessita de diretrizes capazes de apoiar as diferentes atividades a ela relacionadas, como por exemplo, a definição de território adscrito na procura por reorganizar o processo de trabalho mediante ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. A Estratégia de Saúde da Família é potencialmente capaz de reorganizar o modelo assistencial buscando integralidade de ações e a co-responsabilização entre serviços de saúde e comunidade. Neste contexto a assistência domiciliar vem ganhando espaços maiores e passou a fazer parte da atenção das políticas de saúde (FIGUEIREDO, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) utiliza a assistência domiciliar como forma de instrumentalizar os profissionais e inserí-los na realidade de vida da população. As práticas da assistência domiciliar pela ESF proporciona uma reflexão de sua prática profissional.

A assistência domiciliar praticada pela ESF busca reorganizar a atenção à saúde e substituir o modelo tradicional, rompendo o comportamento passivo das unidades básicas de saúde, viabilizando a assistência para além dos muros dos serviços de saúde, fazendo com que a família em seu contexto torne-se alvo estratégico de investigação. Vale ressaltar que a assistência domiciliar não deve ser encarada como novidade ou exclusividade da ESF, visto que se necessária pode ser realizada por qualquer estabelecimento de saúde (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Por meio da ESF é possível identificar os pacientes elegíveis para este tipo de assistência, deve ter o conhecimento das estratégias de captação, como busca ativa e comunicação com outros serviços.

Os critérios de elegibilidade podem ser clínicos ou administrativos. Os critérios clínicos estão relacionados a situação do paciente, os procedimentos necessários e a frequência de visitas. Os critérios administrativos referem-se a questões administrativas, operacionais e legais para a realização da assistência domiciliar, como por exemplo, a residência no território de cobertura, consentimento formal do paciente ou do cuidador, determinação de um responsável por exercer a função de cuidador, realização de visita pré-

admissional além da ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares (BRASIL, 2012).

Na ESF o trabalho da equipe deve estar em consonância com as necessidades da comunidade, a atuação dos profissionais deve ser realizada de maneira conjunta, integrada, tornando esta assistência efetiva e resolutiva. Também propicia ao indivíduo a oportunidade de ser pró ativo no cuidado a sua saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência domiciliar proporciona uma série de benefícios ao paciente. Por estar em seu lar, próximo a família este tipo de assistência representa para o paciente mais conforto, liberdade e qualidade de vida. Entretanto para o cuidador pode representar privação e sobrecarga.

A assistência domiciliar propicia a humanização do cuidado, planejamento e aplicação de estratégias corretas além de um cuidado humanizado e harmonioso. Entretanto para sucesso da internação domiciliar faz-se necessária além da participação da equipe de saúde a conscientização e o comprometimento do paciente e do cuidador.

Outra questão importante refere-se a necessidade que o profissional fique sempre atento a ansiedade e angústia de todos os envolvidos no processo do cuidado. O desenvolvimento destas atividades no ambiente domiciliar aproxima o profissional da dinâmica de vias das famílias, seu modo de lidar com problemas, questões relacionadas a subsistência, aspectos culturais, religiosos e outras particularidades que podem representar dificuldade para o profissional.

É fundamental refletir em torno desta estratégia, enfrentar suas dificuldades, desenvolver potenciais e conhecer mecanismos de monitoramento e avaliação como forma de reorientar o processo de trabalho e rever modos e meios de execução.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**, Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Presidência da República. Portaria n.2.029 de 24 de agosto de 2011. **Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasil, 2011.

BRONDANI, C.M. **Desafios de cuidadores familiares no contexto da internação familiar**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, São Paulo, v.13, n.1, 2009.

FABRICIO, S.C.C. *et al.* Assistência domiciliar: a experiência de um hospital do interior paulista. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 5, 2004.

FIGUEIREDO, E.N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. São Paulo, 2012.

FEUERWERKER L.C.M.; MERHY E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, v.24, n 3, 2008.

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.23, n.9, 2007.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, 2006

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.

GIL, A.C. Uso da Biblioteca. In: Gil, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. p.75-88.

HIRSCHFELD, M. J., OGUISSO, T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do home care. **Revista Brasileira**, São Paulo, v.1, n.4, 2002.

MANDU, E.N.T. et al . Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, 2008 .

OLIVEIRA, S.G. *e al.* Internação domiciliar e internação hospitalar: Semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v.21, n.3, 2012.

SERAFIM, A.P.; RIBEIRO, R.A.B. Internação domiciliar no SUS: breve histórico e desafios sobre sua implementação no Distrito Federal. **Rev. Ciências Saúde**, São Paulo, v.22, n.2, 2011.

SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.44, n.1, 2010.

SILVA, Kênia Lara et al . Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, June 2005 .

SCHWONKE, C.R.G.; et al. Internação domiciliar: Reflexões sobre a participação do cuidador/família/enfermeiro no cuidado. **Rev. Ensaios e Ciência**. V. 12, n.1, São Paulo, 2008.

ZEM-MASCARENHAS, S.H.; BARROS A.C.T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Rev. Eletr. Enf**, , São Paulo, v.11, n.1, 2009.