

Atenção domiciliar no âmbito da reabilitação e prática centrada na família: aproximando teorias para potencializar resultados

Home care in rehabilitation and family-centered practice: approaching theories to improve results

Jane Fonseca Dias¹, Julia Baldoni Grossi¹, Luciana Assis Costa^{1,3},
Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado^{1,2}, Marisa Cotta Mancini^{1,3},
Rosana Ferreira Sampaio^{1,2}

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i2p206-213>

Dias JF, Grossi JB, Costa LA, Furtado SRC, Mancini MC, Sampaio RF. Atenção domiciliar no âmbito da reabilitação e prática centrada na família: aproximando teorias para potencializar resultados. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2017 maio-ago.;28(2):206-13.

RESUMO: Estudo de revisão narrativa que apresenta e discute os pressupostos da Prática Centrada na Família (PCF) e as influências desta abordagem no contexto da Atenção Domiciliar (AD) no âmbito da reabilitação no Sistema Único de Saúde (SUS). Com base nas informações obtidas, a AD e a PCF foram analisadas, permitindo discutir o potencial impacto dos pressupostos da PCF na AD, do sistema público de saúde brasileiro. A AD tem importante papel na constituição de redes substitutivas, produzindo novos modos de cuidar. Entretanto, alguns problemas na organização deste serviço geram descontinuidade do cuidado, sobrecarga de todos os níveis de atenção e dificultam o vínculo entre profissionais/usuário/família. A PCF propõe que os programas domiciliares sejam direcionados aos familiares, especialmente aos cuidadores, para que estes desenvolvam as competências necessárias para a prestação do cuidado, possibilitando assim assistência integral, contextualizada e humanizada ao usuário. A utilização da PCF no contexto da AD no SUS, tendo em conta o empoderamento do usuário e sua família, pode favorecer o estabelecimento de vínculos afetivos e de co-responsabilidade entre profissionais/usuário/família, impactando na qualidade da assistência prestada e nos resultados esperados.

DESCRIPTORES: Visita domiciliar; Sistema único de saúde; Cuidadores; Reabilitação.

Dias JF, Grossi JB, Costa LA, Furtado SRC, Mancini MC, Sampaio RF. Home care in rehabilitation and family-centered practice: approaching theories to improve results. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2017 May-Aug.;28(2):206-13.

ABSTRACT: This narrative review presents and discusses the assumptions of Family-Centered Practice (FCP) and the influences of this approach in the context of Home Care (HC) in rehabilitation in the Brazilian Unified Health System (SUS). HC and FCP were analyzed from the information obtained, allowing to discuss the potential impact of the assumptions of the FCP in HC of the Brazilian public health system. HC has an important role in networks, producing new ways of caring. However, some problems in the organization of this service generates discontinuity of care and overload of all levels of attention, hampering the bond between professionals/user/family. FCP proposes that home programs be targeted at family members, especially caregivers, so that they develop the skills required for the provision of care, thus enabling comprehensive, contextualized and humanized assistance to the user. The use of FCP in the context of HC in the Brazilian Unified Health System, considering user empowerment and his family, may favor the establishment of emotional and co-responsibility bonds between professionals/user/family, impacting on the quality of the assistance provided and the results expected.

KEYWORDS: Home visit; Unified health system; Caregivers; Rehabilitation.

Este artigo foi produzido a partir do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

1. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: janefonsecadias@gmail.com, juliabaldoni@gmail.com
2. Departamento de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: lucianaassis.ufmg@gmail.com, sheylaufmg@yahoo.com.br, rosana.sampaio@pq.cnpq.br
3. Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: mcmancini@ufmg.br

Agências de Fomento: CNPq, CAPES.

Endereço para correspondência: Rosana Ferreira Sampaio. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Departamento de Fisioterapia. Avenida Antonio Carlos, 6626. Campus Universitário, Pampulha, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30260-401.

INTRODUÇÃO

Impactados pela grave crise econômica mundial e acelerada transformação demográfica e epidemiológica da população, os sistemas de saúde têm tentado se adequar para fornecer suporte, melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida dos pacientes e das famílias. No Brasil, estas transformações, aliadas a baixa efetividade do sistema público de saúde para atender as novas demandas de saúde, vêm acompanhadas do aumento das solicitações por Atenção Domiciliar (AD). Esta tem sido reconhecida como uma estratégia capaz de proporcionar significativas mudanças no modelo de atenção à saúde, visando uma assistência integral, contextualizada e humanizada, além de racionalizar demandas e custos^{1,2}. Para alguns autores, as atividades da AD são desenvolvidas em um ambiente que favorece a coleta de informações, podendo proporcionar uma efetiva adaptação à realidade vivenciada, reduzindo o isolamento social do usuário e assim, uma melhor qualidade de vida^{3,4}.

Os serviços de AD são considerados modalidades de atenção à saúde que incluem ações e cuidados de reabilitação, suporte, promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, tanto para condições de saúde crônicas quanto agudas. Seu público alvo é composto por usuários incapazes de se deslocar até a unidade de saúde mais próxima de sua residência, constituindo, em muitas situações, casos complexos, ou seja, que demandam o cuidado de diferentes profissionais e serviços de apoio^{5,6}. Em processo de expansão no país, a AD abrange três diferentes modalidades: atendimento domiciliar, que envolve atividades desenvolvidas no domicílio, de caráter ambulatorial, programadas e continuadas; internação domiciliar para pacientes em situações clínicas mais graves, que demandam assistência semelhante à ofertada em ambiente hospitalar e visita domiciliar, que desenvolve ações de orientação, educação e levantamento de possíveis soluções para os problemas de saúde encontrados⁷.

No Brasil, a AD encontra-se estruturada na perspectiva das redes de atenção à saúde, devendo articular-se com outros pontos de atenção e com os serviços de retaguarda, além de adotar um modelo de cuidado ancorado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Deve também inserir-se nas linhas de cuidado, por meio de práticas baseadas nas necessidades da pessoa, de forma a reduzir a fragmentação da atenção à saúde^{5,8}. Entende-se linha de cuidado como uma imagem que representa fluxos assistenciais seguros e garantidos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), para atender as suas necessidades de saúde⁹.

Quando se pesquisa sobre o cenário atual da AD no país, observa-se que a oferta do serviço e a forma como as relações que envolvem o cuidado são estabelecidas em diversas situações e momentos, são condicionadas a infraestrutura disponível. Dentre as limitações que resultam em importante inequidade do cuidado prestado no domicílio, destaca-se a dificuldade de acesso dos usuários aos profissionais de reabilitação das equipes de AD e a descontinuidade no acesso aos outros serviços de saúde são alguns dos elementos que impactam negativamente nos resultados e a continuidade das ações. Desta forma, ainda que a AD tenha potência para estimular a criação de vínculos e co-participação dos usuários e famílias, as ações deixam a desejar principalmente no que se refere a construção do cuidado centrado nas necessidades do sujeito¹⁰.

Nesse sentido, a organização da AD, principalmente na reabilitação, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes e responsabilidade mútua. Discussões de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e o atendimento conjunto melhoram o ato de cuidar e potencializam os resultados esperados na reabilitação^{8,12,11}. No entanto, cabe destacar que os estudos não deixam claro o papel da AD especificamente na reabilitação em relação a organização do trabalho (fluxos, abrangência, frequência, tecnologias e resultados)^{1,2,12-14,17}. Profissionais discutem se a AD realmente exerce função reabilitadora quando se analisa a articulação do serviço com a rede de atenção à saúde e a frequência das atividades desenvolvidas¹⁴.

Resultados de um estudo recente sugerem que à medida que os profissionais adotam em sua prática a Atenção Centrada no Paciente (ACP), tendo como foco a história de vida e as necessidades individuais e atuais, opera-se em um campo maior do que o da própria profissão, especialidade e serviço³. Em outras palavras, amplia-se o foco de observação e o horizonte de intervenções, com potência de mudanças no modelo de atenção à saúde e no alcance da integralidade³. O estudo apontou uma possível relação entre a ACP e à Prática Interprofissional Colaborativa (PIC), em que é possível traçar objetivos comuns às equipes e profissionais, mantendo os interesses individuais e a autonomia. Essa relação se deve ao reconhecimento, na literatura nacional e internacional, de três elementos chaves: “perspectiva ampliada do cuidado à saúde” (usuário, família e comunidade), “participação do paciente no cuidado” (empoderamento, auxílio ao autocuidado, autonomia) e “relação profissional-paciente” (subjatividade e autonomia)².

Fundamentos e pressupostos do SUS e da AD são comuns aos de outras abordagens que também incorporam

esses três elementos¹⁵. Tais elementos são vistos aqui como peças importantes para se investigar e concretizar na prática o compartilhamento de saberes entre profissionais, equipes e usuários e para reavaliar constantemente o ato de cuidar com componentes que englobam as habilidades relacionais, a construção de objetivos, a implementação do suporte terapêutico e social, a expectativa e avaliação dos resultados, considerando os recursos disponíveis e o contexto sócio familiar¹⁶.

Uma pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Incapacidade e Trabalho (NEPIT), em Belo Horizonte (Minas Gerais), no período de 2015 a 2016, teve como objetivo investigar a AD no âmbito da reabilitação do SUS utilizando a metodologia de casos traçadores^{17,21}. Os casos acompanhados apontaram diferentes percursos e itinerários pela rede pública de saúde, permitindo conhecer como se concretiza na prática, processos de trabalho complexos como o da AD. Os dados obtidos a partir da observação, análise documental, registros em diário de campo e entrevistas com gerentes, profissionais, usuários, familiares e outros envolvidos com o caso, permitiu explorar diferentes aspectos que permeiam e desafiam a AD. Dentre estes destacam-se as relações estabelecidas, que trespassam; questões relacionadas ao quadro socioeconômico das famílias, ao histórico de conflitos familiares, a sobrecarga do cuidador principal e ainda, as dúvidas dos profissionais quanto a capacidade e competência das famílias para compreender e assumir o cuidado que lhe compete, o que dificulta a execução e pode limitar a resolução das demandas e dos problemas encontrados em cada domicílio¹⁸.

A pesquisa evidenciou a maneira como a AD é realizada na prática: um ambiente de trabalho repleto de imprevistos, em que os profissionais frequentemente, detêm informações fragmentadas e imprecisas dos casos. Constatou-se ainda, frequente falta de planejamento e descontinuidade das ações, além de comunicação e infraestrutura ineficientes para a concretização das atividades. Esta situação propicia a consolidação de barreiras que dificultam a atuação dos profissionais e geram percursos desnecessários na rede. No entanto, o estudo mostrou que apesar destas dificuldades impactarem a resolutividade dos casos, as relações estabelecidas na prática da AD foram vistas como potentes ativadoras de redes formais e informais de cuidado e de apoio, para além do sistema de saúde. Destaca-se aqui a importância de se considerar o saber e a participação ativa do usuário, de sua família e dos profissionais de saúde para a adequação das práticas e das políticas de saúde¹⁸.

Considerando a problematização apresentada, o presente estudo teve por objetivos descrever os elementos-

chave da Prática Centrada na Família (PCF) e discutir os possíveis impactos dos pressupostos desta abordagem na AD no contexto do SUS. A partir de uma revisão narrativa, espera-se que uma análise criteriosa destes pressupostos favoreça a sua incorporação nos programas de AD no âmbito da reabilitação, nos moldes como este serviço vem sendo ofertado no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa, ou seja, não foram utilizados critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não esgotou as fontes de informações e não foram aplicadas estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. A seleção dos estudos e a interpretação das informações são feitas segundo critérios definidos pelos autores.

A temática PCF foi analisada a partir da literatura internacional disponível na base Pubmed. Para isto foram utilizados os seguintes descritores em inglês: “*family-centred practice or family-centered care or home programmes*”. A busca foi realizada no período de fevereiro de 2015 a junho de 2015, com base nos seguintes critérios: estudos que tratassem da PCF como assunto principal e disponibilidade da publicação na íntegra e de forma gratuita.

A AD foi analisada com base na legislação que regulamenta este programa no âmbito do SUS e nas contribuições nacionais disponíveis nas bases Lilacs e SciELO, utilizando os descritores “visita domiciliar ou assistência domiciliar ou assistência à saúde ou serviços de assistência domiciliar”, no mesmo período da pesquisa anterior.

As informações fornecidas pelas fontes citadas anteriormente foram analisadas quanto à estrutura e organização, potências e deficiências da AD no Brasil e quanto aos pressupostos e contribuições da PCF, de forma a permitir discutir o impacto destes na AD no âmbito do SUS, alcançando os objetivos propostos pelo presente estudo.

RESULTADOS

Notas sobre a Atenção Domiciliar (AD) no SUS e o papel da família/cuidador

A AD, ainda que não tenha sido contemplada no projeto original do SUS, vem complementar o leque de ações e programas disponibilizados pelo sistema. Como parte da Atenção Básica (AB), segue os pressupostos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou seja, a produção de um cuidado integral, contínuo, longitudinal, próximo da

comunidade¹². Estudos recentes confirmam que, apesar das dificuldades, a AD vem conseguindo estruturar-se nesses moldes e vem sendo ofertada nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), por uma diversidade de equipes serviços, acessados pelo usuário a partir das relações construídas durante o cuidado no domicílio.

Estudos sugerem que os pontos principais das diretrizes prescritas para a AB e para a AD – por meio da portaria de nº 963, de 26 de maio de 2013 – são o estímulo ao compartilhamento de saber, o empoderamento da pessoa e da família no processo de tomada de decisões e a preservação da autonomia do usuário e de sua família, cuidadores, profissionais e equipes⁵. No entanto, alguns autores discutem que, em ato, essa diretriz e conceitos, embora fundamentais para a realização de boas práticas de cuidado e para a resolutividade dos casos, ainda não se concretizam em sua plena potencialidade¹⁹.

A literatura tem apontado problemas estruturais importantes na organização dos serviços de AD, como a falta de sistematização, de comunicação e de capacitação profissional, além do despreparo dos cuidadores para lidar com a complexidade das necessidades de saúde do usuário^{19,20,21}. Esses três pontos refletem na descontinuidade do cuidado, sobrecarga de todos os níveis de atenção, além de dificultar a tomada de decisão e o vínculo entre os profissionais/serviço e o usuário/família²⁸. Por outro lado, com a transferência do cuidado para o domicílio observa-se o movimento de criação de redes alternativas, onde muitas iniciativas partem da família/cuidador, como mobilização de amigos e vizinhos, rede privada e sistema previdenciário¹⁸. Na reabilitação, as limitações de acesso somam as dificuldades anteriores, resultando em espera prolongada por uma vaga. O problema se agrava para usuários com restrições de mobilidade, que esbarram na dificuldade de conseguir transporte para se deslocar até o serviço especializado de reabilitação. Esta situação faz com que a reabilitação no domicílio seja a principal alternativa para estas pessoas¹⁴.

Segundo Pereira¹⁰, a ampliação de acesso decorrente da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem se mostrado insuficiente quanto à resolutividade de tratamento e de reabilitação, ocorrendo apenas aumento das ações de orientação e promoção de intervenções pontuais em alguns casos. Os usuários considerados não elegíveis para tratamento nos serviços especializados de reabilitação e que ficam sob os cuidados da AB, muitas vezes ultrapassam a capacidade de cuidar das equipes de saúde. Assim, os profissionais de reabilitação precisam efetivamente contar com as famílias e/ou cuidadores, para que cumpram com as orientações e com um plano simplificado de tratamento.

O cuidador, segundo a portaria de nº 963, de 26 maio de 2013, que redefine a AD no âmbito do SUS, é a pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. Os cuidadores são considerados a base destes programas, responsáveis por atividades que vão desde cuidados básicos de saúde e auxílio nas atividades de vida diária (AVD) até a execução do cuidado orientado por profissionais de saúde².

A relação entre cuidadores, profissionais e as diferentes equipes de saúde tem chamado a atenção por apresentar-se, com muita frequência, de forma conflituosa^{2,23}. Questões referentes à falta de apoio familiar devido às complexas condições sócio familiares, a capacidade do cuidador para exercer e assumir alguns aspectos do cuidado e procedimentos específicos orientados pelos profissionais de saúde, somados ao envelhecimento dos cuidadores informais, sobretudo esposas de usuários de serviços de AD, vem sendo discutido por gestores e profissionais^{10,18}. Algumas narrativas de profissionais, cuidadores/familiares e coordenadores, retiradas da pesquisa realizada em Belo Horizonte¹⁸, ilustram e confirmam os problemas.

“Eu converso, o que eles me perguntam eu respondo. Eu tento falar também, mas às vezes eles não me ouvem. Por exemplo, eu pesquiso muito, e eu leio muitas coisas, e pergunto pouco. Tem muito profissional que não ouve...”. (Cuidadora 3).

“Eu acho que o caso dela é muito mais pesado o social do que o motor. Tem uma questão motora importante, mas o social não está deixando esse quadro ir para frente...”. (Fisioterapeuta 2).

“Se o cuidador não faz o papel dele, os profissionais podem utilizar a melhor técnica do mundo, pode investir, que será muito pouco. O familiar tem que assumir! Quando o familiar não assume, aí que começa a gerar todo o estresse...”. (Fisioterapeuta 2).

“Tive que deixar tudo por causa dele. Muda demais, a vida da gente... Muda demais! Cê tem que dar conta disso agora, eu somente. Eu sempre trabalhei, tinha meu dinheiro, agora não posso...”. (Cuidadora 5).

Para tentar sanar estas dificuldades, alguns países estão investindo na qualificação da mão de obra envolvida no cuidado no domicílio, concedendo apoio financeiro para o familiar que assume a função de cuidador, pelo trabalho

desempenhado e pelas oportunidades de vida perdidas, e ainda, estão credenciando programas, para garantir o suprimento constante e suficiente de cuidadores¹⁹.

A parceria entre os profissionais da equipe de saúde e o cuidador é essencial para garantir o suporte, tendo em vista que muitas dessas pessoas assumem tal função de maneira repentina e sem preparo para exercê-la. É importante que os profissionais, envolvidos na AD não só orientem e supervisionem o cuidador na execução dos cuidados ao paciente, mas que ofereçam suporte e monitoramento constante, tendo em vista questões atividades complexas para o familiar que nunca realizou tal cuidado²².

Em síntese, o cuidador é o elo entre a equipe de saúde e o usuário, e é a pessoa com quem os profissionais compartilham responsabilidades. Em muitos casos, o cuidador é visto e tratado como um simples executor de procedimentos, tendo, portanto a obrigação de atender ao que foi prescrito unilateralmente pelo profissional da AD. Esta situação produz tensão e qualquer questionamento por parte do cuidador é visto como resistência, o que leva os profissionais a tentarem impor regras e normas para manter a continuidade das atividades. O que pode repercutir negativamente não só nas relações estabelecidas nos domicílios, mas principalmente na qualidade do cuidado prestado tanto pelo cuidador quanto pelos profissionais.

Na próxima seção serão discutidos os pressupostos da PCF a fim de identificar como esta abordagem pode auxiliar no embasamento das intervenções da AD, sobretudo na organização e planejamento do cuidado.

Prática Centrada na Família (PCF): pressupostos e contribuições

A noção de uma abordagem centrada no indivíduo teve origem nos trabalhos do psicólogo Carl Rogers que deu voz aos seus pacientes. Nesse modelo, a premissa de que o profissional detém o conhecimento das necessidades do paciente é deslocada para o reconhecimento da capacidade e do direito do cliente de conduzir e direcionar o seu tratamento e do entendimento do papel do terapeuta como facilitador do processo terapêutico²³. Essa abordagem influenciou vários sistemas internacionais de saúde, inicialmente nos cuidados às crianças e, posteriormente, estendida a outras populações, orientada pela relevância do núcleo familiar como principal instituição apoiadora do indivíduo a ser cuidado.

Dentre as várias definições da abordagem centrada na família, podemos citar três que, de forma complementar, alargam a concepção que sustenta este modelo de atenção à saúde ao deslocar a unidade de intervenção do indivíduo para as

relações familiares sob o pilar da interação entre profissionais de saúde, serviços, pacientes e familiares^{23,24}. Trata-se de uma filosofia e um método de serviço que reconhece a *expertise* dos familiares acerca das necessidades do paciente, promovendo uma parceria entre familiares e provedores de serviços, dando suporte a família para a tomada de decisão sobre os serviços prioritários para o seu familiar/paciente²⁴. O cuidado centrado no paciente e na família pode então ser entendido como uma inovação no planejamento, oferta, entrega e avaliação dos cuidados com a saúde, que é construído mutuamente em benefício dos pacientes, familiares e provedores²⁵.

De acordo com Bamm et al.²³, os pressupostos que orientam esta abordagem podem ser assim resumidos: centralidade e constância da família na vida do paciente; particularidade e diversidade de pacientes e famílias; foco no reforço de competências mais do que apontar fraquezas e deficiências; estímulo a uma relação mais colaborativa entre família e serviços de saúde e ainda, na promoção de uma rede de suporte emocional e financeiro que vem ao encontro das necessidades familiares²³.

A abordagem centrada na família pode ser utilizada em diferentes níveis de assistência à saúde. Alguns autores têm demonstrado que essa corrente pode potencializar os programas domiciliares, ao reconhecer a *expertise* das famílias, bem como a importância de se implementar ações de cuidado a saúde no contexto de vida diária e de objetivos do cuidado para as famílias. Vale ressaltar que os programas de atendimento domiciliares demandam uma base conceitual para sua efetiva implementação, que oriente a identificação de problemas e objetivos, a elaboração do programa, a seleção da intervenção e da avaliação. A abordagem centrada na família tem sido usada como suporte teórico para a implementação de intervenções de reabilitação no domicílio²⁴. Nesse sentido, pesquisadores australianos apresentaram um modelo para guiar a implementação de programas domiciliares para crianças com paralisia cerebral que pode auxiliar os profissionais a estruturar e definir suas intervenções em casa.

O modelo de programa domiciliar de Novak e Cusick²⁴, é dividido em cinco fases de ação. A primeira fase, objetiva aumentar o vínculo e o envolvimento da família com o programa domiciliar, através da construção de relações colaborativas entre o profissional e a família. Desta forma, na segunda fase, são definidos de maneira compartilhada, os objetivos do programa de tratamento. Para isso, os profissionais devem possuir habilidades interpessoais, criar estratégias e realizar uma avaliação abrangente, para auxiliar os familiares a serem capazes de identificar problemas, principais necessidades e os aspectos que influenciam as metas prioritizadas pela família²⁴.

Na terceira fase é proposto que, as intervenções do programa sejam incorporadas as atividades diárias. Esta estratégia busca garantir que as intervenções sejam realizadas diariamente, aumentando a funcionalidade e a participação da criança, além disso, reduz a sobrecarga e o desgaste do cuidador²⁴. Visando a efetiva implementação do programa, na quarta fase Novak e Cusick²⁴, propõem que os profissionais mantenham contato frequente com as famílias, dando apoio, abrindo espaço para a discussão dos interesses e preocupações dos familiares. É importante dar retornos e reforços positivos para construir e fortalecer a confiança dos familiares²⁴. Na última fase, idealiza-se que sejam utilizados instrumentos padronizados ou medidas individualizadas formais para avaliar dos resultados, possibilitando desta forma, um melhor planejamento das ações futuras²⁴.

Na perspectiva de Novak e Cusick²⁴ deve-se diferenciar programa domiciliar de visita domiciliar. Os programas são desenhados para serem implementados no cotidiano das famílias, e são direcionados e avaliados pelos mesmos, que também desenvolvem as competências necessárias para o cuidado. A tarefa central não é tratar o paciente, mas melhorar as competências do cuidador para alcançar as estratégias orientadas pela abordagem do profissional de referência. No entanto, melhorar a competência do cuidador é uma noção complexa e necessita ir além de uma definição teórica. Significa prover as famílias de conhecimentos, habilidades e recursos para identificar problemas na rotina, decorrentes das condições próprias do adoecimento de um familiar, saber como e a quem endereçar esses problemas, como conseguir suporte de especialistas e recursos, saber como determinar se o progresso está acontecendo e se encontra dentro dos interesses dos familiares, e ainda, se os objetivos refletem os valores e prioridades das famílias²⁴.

Em síntese, nesta proposta, os programas domiciliares devem ser sensíveis à direção e metas pactuadas com a família, à rotina diária da casa, aos recursos disponíveis, bem como aos atributos e características do paciente e o potencial e capacidade dos familiares para melhorar as competências do cuidador. Portanto, o programa precisa ser bem desenhado, apropriadamente implementado e bem avaliado. Em outras palavras, o sucesso desta proposta está ancorado em um planejamento adequado, baseado em decisões consensuais e pactuadas entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, principalmente o cuidador principal.

DISCUSSÃO

Repensando a Atenção Domiciliar (AD) a partir da Prática Centrada na Família (PCF)

A atenção domiciliar resgata os princípios basilares do SUS, suas ações devem ser fundamentadas em uma abordagem integral a pessoa, o que contribui para a humanização do cuidado. Para uma abordagem integral do usuário e sua família, o espaço e a individualidade dos sujeitos devem ser respeitados e valorizados, estimulando a participação ativa de todos no processo de saúde-doença. No entanto, o cuidado em saúde no domicílio envolve complexidade e está em constante transformação, o que muitas vezes cria barreiras que devem ser enfrentadas a todo momento²². A pouco explorada troca de saberes e experiências entre profissionais, e destes com as famílias, desconfiças sobre as competências e empenho do cuidador e ainda questões sociais e conflitos familiares, são alguns dos fatores que dificultam a interação entre profissional e família e afetam a assistência integral ao paciente e sua família na AD¹⁸.

O modelo de programa domiciliar com abordagem de prática centrada na família de Novak e Cusick²⁴, reforça a importância de se estabelecer relações de cooperação e colaboração entre profissional, usuário e família, com um foco especial no cuidador. O profissional de saúde deve valorizar as experiências e habilidades do cuidador na tomada de decisões, estimulando o vínculo e o envolvimento deste, na prestação do cuidado. A participação ativa do usuário, família e cuidador constitui um traço importante para a efetivação da AD, o que pode contribuir para aumentar as competências para o cuidado²⁴. A assistência prestada no domicílio não pode ser imposta pela equipe envolvida no cuidado, já que o contexto das relações familiares é sempre mais dinâmico que as ações desenvolvidas pelos profissionais²². Por isso, valorizar as experiências do cuidador na tomada de decisões pode, especialmente no que se refere à troca experiências e saberes, aumentar a cumplicidade e a co-responsabilidade.

Ainda que as atribuições devam ser pactuadas entre equipe, usuário e cuidador, democratizando saberes e responsabilidades, faltam diálogo e planejamento compartilhado. A PCF preconiza que todos envolvidos no processo de cuidar, sejam responsáveis pela definição de objetivos e seleção das atividades terapêuticas a serem realizadas. Para isso, é necessário que o profissional forneça informações sobre a importância de determinadas abordagens e seja capaz de ajudar a família na tomada de decisões. A identificação de objetivos, levando em conta a perspectiva da família, pode contribuir para que

o cuidado domiciliar seja compreendido pelos familiares, aumentando a relação de confiança entre os envolvidos, no que se refere às competências e empenho da família/cuidador na prestação do cuidado²⁴.

Nem sempre toda família está envolvida e comprometida junto com a equipe de saúde na realização das atividades a serem desenvolvidas, e o ato de cuidar torna-se uma sobrecarga para quem o assume²². Por isso, Novak e Cusick²⁴, sugerem que a seleção das atividades terapêuticas, aconteça em combinação com o contexto social e de acordo com os objetivos da família e as capacidades do paciente. Estas intervenções devem ser incorporadas dentro da rotina diária da família, para que não seja apenas mais uma tarefa a ser executada pelo cuidador. Contribuindo para a realização das atividades e reduzindo a sobrecarga do cuidador principal²⁴.

Para a implementação do programa domiciliar, segundo Novak e Cusick²⁴, são importantes o apoio terapêutico regular e a avaliação sistematizada dos resultados. O contato regular com a família é essencial para garantir que o programa seja praticável²⁴. Além disso, se esse aspecto for considerado e aplicado, contribuiria para atenção adequada às necessidades da família, aumentaria a confiança do cuidador na realização das condutas orientadas, favoreceria a criação de vínculos profissional-cuidador-paciente e diminuiria a demora na realização de retornos das visitas. O processo de avaliação dos resultados é fundamental para acompanhar o progresso e avaliar o programa tendo em conta os objetivos da família. Na prática, esta sistematização, por meio de avaliações padronizadas, possibilitaria o compartilhamento dos conhecimentos, troca de experiências e contribuiria para aumentar as competências do cuidador, com base nos resultados encontrados²⁴.

A mudança de foco das práticas de saúde ofertadas no domicílio, entre elas a reabilitação, é um importante componente de mudança do modelo de atenção, por considerar não só o indivíduo, mas todos os aspectos de sua história, contexto familiar e condições socioambientais. Deste modo, a PCF na AD no âmbito do SUS possibilita

a atenção integral aos indivíduos, e tem potencial para favorecer o estabelecimento de vínculos entre profissionais e cuidadores, aumentar a participação da família nos cuidados e melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelas discussões apresentadas a respeito dos serviços de AD, é possível evidenciar o potencial desta, em proporcionar mudanças no modelo de atenção à saúde, estimulando a criação de vínculos e o empoderamento das famílias. Entretanto, verificam-se diversas barreiras que comprometem a prestação do cuidado domiciliar, como: dificuldade de acesso dos usuários aos profissionais e à outros pontos da rede, principalmente de reabilitação.

A PCF surge de modo a redirecionar as práticas de saúde para as necessidades da família. Diante deste cenário, os cuidadores tornam-se fundamentais para o sucesso do trabalho na AD, especialmente no contexto da reabilitação, sendo este responsável não só pelos cuidados básicos, mas também pela execução das orientações dadas pelos profissionais. Portanto, os pressupostos da PCF buscam, além da melhora do paciente, o desenvolvimento das competências do cuidador para melhorar a prestação do cuidado aos usuários.

Torna-se imprescindível para a implementação da PCF, programas domiciliares estruturados, baseados em decisões acordadas entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, com metas baseadas na rotina diária e os recursos disponíveis, bem como nas características do paciente e habilidades do cuidador. Nestes moldes de gestão do cuidado, reduziriam-se os riscos da AD representar apenas mais uma forma de transferência de responsabilidade do cuidado à saúde ao universo familiar.

Espera-se que os resultados do presente estudo, possam favorecer a utilização dos elementos da PCF no contexto real da reabilitação em âmbito domiciliar no SUS, visando à integralidade da assistência e melhora na qualidade da atenção.

REFERÊNCIAS

1. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev Saúde Pública. 2010;44(1):166-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100018>.
2. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Pública. 2008;24(3):180-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000900004>.
3. Rodriguez TMM, Rocha SS, Pedrosa JIS. Visita domiciliar como objeto de reflexão. Rev Interdisciplinar NOVAFAPÍ.

- 2011;4(3):44-7. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/27586827/visita-domiciliar-como-objeto-de-reflexao-novafapi>.
4. Rehem TCMS, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um Projeto de Atenção Básica Brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;(10):230-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500024>.
 5. Brasil. Portaria nº 963, de 26 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 de maio de 2013.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília; 2014. (série técnica navegador SUS, n. 9). Disponível em: www.saude.gov.br/bvs.
 7. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde Soc*. 2006;15(2):88-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009>.
 8. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Atenção domiciliar na rede básica de saúde. Disponibilizado pelo Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância; 2013. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br>.
 9. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(33):593-605. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>.
 10. Pereira PBA. Atenção domiciliar e produção do cuidado: apostas e desafios atuais [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2014. doi: 10.11606/D.6.2014.tde-01092014-111010.
 11. Araújo RE. Análise exploratória dos indicadores de resultado dos Núcleos de Apoio a Saúde da família (NASF): a experiência de Belo Horizonte [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-9L7GNQ>.
 12. Cunha CLF, Gama MEA. A Visita Domiciliar no âmbito da Atenção Primária em Saúde. In: Malagutti W, organizador. Assistência domiciliar: atualidades da assistência de enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio; 2012. p.326.
 13. Cunha MAO, Moraes HMM. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1651-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600026>.
 14. Costa JL, Pinho MA, Filgueiras MC, Oliveira JBB. A fisioterapia no programa de saúde da família: percepções dos usuários. *Ciênc Saúde*. 2010;2(1):2-7. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2009.1.4875>.
 15. Agreli HF, Peruzzi M, Silva MC. Atenção Centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):905-16. doi: 10.1590/1807-57622015.0511.
 16. Carapineiro G. Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais. *Etnográfica*. 2001;2:325-58. Disponível em: http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_05/N2/Vol_v_N2_335-358.pdf.
 17. International Labour Office, International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC). Tracer Study. Book 1: Child Labour Impact Assessment Toolkit: Tracer Study Manual. Geneva: ILO; 2011.
 18. Grossi JB. Análise da atenção domiciliar no âmbito da reabilitação no SUS/BH a partir de casos traçadores [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-AAQHU4>.
 19. Amaral NN, Cunha MCB, Labroniei RHDD, Oliveira ASB, Gabbai AA. Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Rev Neurociências*. 2001;9(3):111-17. Disponível em: <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf>.
 20. Thomé B, Dykes AK, Hallberg IR. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2003;12(6):860-72. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00803.x.
 21. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):391-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300009>.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. *Cad Atenção Domiciliar (Brasília)*. 2012;2(29).
 23. Bamm EL, Rosenbaum P. Family-centered theory: origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;89(8):1618-24. doi:10.1016/j.apmr.2007.12.034.
 24. Novak I, Cusick A. Home programmes in pediatric occupational therapy for children with cerebral palsy: Where to start? *Austr Occup Ther J*. 2006;53(4):251-4. doi: 10.1111/j.1440-1630.2006.00577.x.
 25. Lindeke LL, Leonard BJ, Presler B, Garwick A. Family-centered care coordination for children with special needs across multiple settings. *J Pediatr Health Care*. 2002;16(6):280-7. <https://doi.org/10.1067/mph.2002.121917>.

Recebido em: 16.03.2017

Aceito em: 08.08.2017