

CUIDADO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: desafios familiares e de enfermagem¹¹

HOME CARE IN PUBLIC HEALTH SYSTEM: family and nursing challenges

Fernanda Cristina Fortes¹²

Damare Tomasin Biazin¹³

RESUMO

O cuidado prestado ao paciente no domicílio exige quase sempre uma dedicação integral dos familiares, gerando por vezes a sobrecarga, desgaste emocional e possivelmente o desequilíbrio entre os mesmos. O contexto familiar é o primeiro espaço de identificação e explicação do adoecimento de seus membros e, é onde os fatos aparecem com maior relevância. O impacto da doença recai sobre todos os membros da família, assim como a interação familiar exerce influência sobre a cura. Nesse contexto, objetivou-se através desta pesquisa bibliográfica, analisar e refletir os desafios familiares e de enfermagem no cuidado domiciliar. Foi possível concluir que tanto os familiares quanto os profissionais de enfermagem necessitam de um suporte emocional para lidar com as situações de rotina, pois os sentimentos e o vínculo afetivo influenciam na assistência direta e indireta prestada ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Família; enfermagem; cuidado domiciliar; cuidadores.

ABSTRACT

The care provided to the patient at home always requires a full time dedication of family, leading to overwork, emotional exhaustion and possibly the imbalance therebetween. The family context is the first place to identify and explain the illness of their family members and where the facts become more relevant. The impact of diseases hits all family members, but the family interaction can influence its healing. In this context, the objective of this literature research is to analyze and reflect the family and nursing challenges of the home care. It was concluded that either family members or nurses need emotional support to deal with the routine situations, because the affective bonds influences the health care given to the patient.

KEYWORDS: Family; nursing; home care; caregiver.

37

INTRODUÇÃO

A palavra “família” é uma daquelas sobre os quais todas as pessoas têm uma opinião nem sempre muito bem elaborada, mas geralmente dá uma imagem do que é, ou que deveria ser. Por esta razão, a família é representada nos dicionários, como grupo de pessoas aparentadas, que vivem em geral na mesma casa, e que ao longo de sua existência acompanham os extremos da vida: desde o nascimento até a morte. Logo é na família que os indivíduos vivem, adoecem e morrem (CHAPADEIRO et al., 2011).

O cuidado em família tem sido um dos enfoques atuais de enfermagem, uma vez que estar com uma pessoa doente no domicílio, na maioria das vezes é motivo de estresse na dinâmica cotidiana, o que pode levar a desajustes físicos, mentais, psicológicos e emocionais. Ao prestar cuidados, o cuidador passa a ter menos tempo para cuidar de si e descansar. Ao trabalhar mais, as vezes se priva do convívio social, já que o doente é o centro das atenções.

Cuidador é a pessoa membro ou não da família, que com ou sem remuneração, cuida da pessoa doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento a serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano (serviços de banco, farmácia, padaria entre outros), exceto as técnicas ou procedimentos

11 Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família do Centro Universitário Filadélfia – UniFil.

12 Enfermeira. Especialista em Gerencia de Enfermagem na Saúde do Adulto e em Saúde Coletiva e Saúde da Família.

13 Enfermeira. Orientadora. Docente do Curso de Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família e Pró Reitora de Pesquisa e Iniciação Científica do Centro Universitário Filadélfia – UniFil.

identificados com profissões legalmente estabelecidas, principalmente na área de enfermagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p.24).

Apesar da forte ligação afetiva que uma pessoa tenha com a outra dentro do próprio lar, o cuidador familiar carrega o peso do cuidar, e exaustos, dada a assistência que desenvolvem, tem sua qualidade de vida ameaçada por causa do estresse gerado pela responsabilidade dos cuidados que oferece, o que muitas vezes os levam a apresentar sentimentos de impotência, raiva, intolerância, carinho, tristeza, pena, revolta, solidão, tristeza, desânimo, cansaço, irritabilidade, insatisfação e por fim problemas de saúde, enfrentando então, um grande desafio (INOUYE et al., 2009).

O cuidador é exposto a diversos eventos causadores de sofrimento por não saber do futuro do ser cuidado, pelas incertezas e pela possibilidade do agravo gerada pela doença. É neste momento da vida, que surgem necessidades que precisam ser compreendidas e atendidas pelos demais membros da família ou por profissionais da área de saúde que devem apropriar-se dos conhecimentos adquiridos para promover o alívio do sofrimento e manutenção da dignidade, seja em meio às situações de saúde, doença, vida e morte.

Por toda a Europa, a família se constitui o eixo frente a responsabilidade pelos doentes dependentes, quaisquer que sejam as estruturas familiares, sociais e sócio políticas de um país. A ausência quase total de ajuda destinada às pessoas que cuidam de familiares, as dificuldades e a aceitação, encontram-se no centro da problemática para qual é urgente propor soluções operacionais e acessíveis (LE BRIS, 1993).

Já no Brasil, diversos trabalhos indicam que os cuidadores precisam de maior suporte das equipes, em todos os sentidos. Assim, os profissionais de saúde que atuam no domicílio, sejam nas equipes de atenção básica ou nas equipes de atenção domiciliar, devem oferecer suporte à família e ao cuidador, conhecer o domicílio, seus recursos disponíveis e da comunidade, tendo em vista que não permanecem no domicílio em tempo integral e que muitas dessas pessoas acabam assumindo o papel de cuidador de maneira repentina e sem preparo para exercê-lo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O cuidador precisa também ser alvo de atenção e orientação, durante as visitas domiciliares tanto para cuidados de sua saúde física e mental, como para avaliação de possível sobrecarga pessoal (KARSCH, 2003). A sobrecarga do cuidador informal é uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003). Diante desse quadro, é fundamental que as equipes estejam atentas ao cuidador, auxiliando-o na melhoria do cuidado, com orientações, educação permanente e compreensão de suas necessidades.

Segundo o Ministério da Saúde (2012) considerar também as diferenças como questões financeiras, baixos níveis de escolaridade, moradias precárias, limitações de transporte e distância dos recursos sociais são fatores bastante desafiadores.

Cabe então aos profissionais de saúde, ajudar os familiares a refletir sobre as responsabilidades com os demais membros da família. Questões de ordem afetiva, emocional, social e econômica fazem parte de um contexto domiciliar importante na vida de cada família.

Segundo Giacomozzi e Lacerda (2006) algumas questões merecem atenção na abordagem das famílias em muitos contextos: os enfermeiros reconhecem a importância da dinâmica familiar na saúde e na doença? Os enfermeiros sabem como adquirir uma

melhor compreensão das suas experiências e como lidar com elas? Como os enfermeiros pensam para cuidar da família? Os enfermeiros oferecem cuidado adequado e efetivo? Como a efetividade é medida? Talvez, estas questões precisam ser trabalhadas em paralelo com o foco em questão, que é o paciente domiciliar.

Para Giacomozzi e Lacerda (2006) poucos enfermeiros espontaneamente pensam sobre o funcionamento da família, sobre suas experiências na situação de doença e mesmo sobre o cuidado, apesar de estarem expostos rotineiramente às situações com famílias que enfrentam dificuldades. Segundo estas autoras, um componente básico da formação para prover cuidado de enfermagem que atenda às experiências durante o período da doença, é a habilidade de “pensar família”. Assim, pensar família é estar sensibilizado para ela, e isto envolve basicamente a compreensão e apreciação da complexidade interacional da vida familiar. Em contrapartida, o “vazio” que o desconhecimento causa, e a falta de sensibilidade gera medo e imobilidade, e cria regras das quais o profissional passa a depender, para que as interações aconteçam. Somados à falta de tempo, de conhecimentos e de habilidades, estes têm sido os principais fatores que impedem uma aproximação mais consistente com a família (NEMAN, 1999).

A prioridade é habitualmente dada ao cuidado físico e a outras questões de ordem administrativa. Sem desconsiderar a importância destes aspectos, segundo a autora, alguns enfermeiros não conseguem “pensar família” e considerar o potencial inerente de uma abordagem centrada na mesma, a fim de poupar tempo e esforço e evidentemente ser mais efetivo no resultado da intervenção.

O trabalho com as famílias representa a possibilidade de ampliar o próprio mundo e quando o enfermeiro evita “olhar” para a família que faz parte do seu cotidiano profissional perde uma grande oportunidade de se participar e contribuir com o próximo.

39

O aumento da demanda nos hospitais e a necessidade de implantar uma forma de atendimento a pacientes crônicos que fornecesse cuidados complexos aliados à melhor qualidade de vida impulsionaram o surgimento da internação domiciliar em 2006. Esse novo modelo assistencial definiu o serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como “o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.14).

Os serviços de Internação Domiciliar são compostos de Equipes Multiprofissionais de no mínimo, por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem e podendo ser compartilhadas por outros profissionais de nível superior, levando em consideração o perfil da atenção a ser prestada e os protocolos firmados.

A solicitação de inclusão no Programa de Internação Domiciliar (PID) pode partir das unidades de atenção básica de referência, pelas unidades de atenção a urgências ou pelas equipes de assistência hospitalar, sendo que a inclusão deverá ser de responsabilidade da Internação Domiciliar.

Quando os usuários estiverem em condições de alta do programa, essa responsabilidade será transferida à esfera pertinente, ou seja, à atenção básica. Alguns critérios de inclusão do paciente no programa são: no domicílio, deve haver infraestrutura física compatível com a realização da Atenção Domiciliar (AD); nos casos em que as condições físicas precárias implicam aumento de riscos para a saúde do usuário, elas deverão ser avaliadas pela equipe multidisciplinar; ter o consentimento informado do

usuário (se consciente) e/ou de seu representante legal (isso justifica a necessidade do cuidador); estar impossibilitado de se deslocar até o serviço de saúde; necessitar de cuidados em uma frequência de visitas e atividades de competência da atenção básica; caso haja agravamentos sujeitos a intervenção terapêutica de maior intensidade e densidade de cuidados, estes poderão, de acordo com a necessidade, ser transferidos para a sua unidade hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Tendo em vista que são várias as atividades e dificuldades encontradas no dia a dia dos familiares assistidos e o fato de que incluir a família no processo saúde/doença, ou seja, participar efetivamente dos cuidados, estar presente no dia a dia do doente, é uma das grandes complicações impostas à enfermagem, este estudo teve como objetivo conhecer as dificuldades relacionadas ao familiar cuidador e a enfermagem no âmbito domiciliar no Sistema Único de Saúde, por meio de uma pesquisa bibliográfica.

METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma Pesquisa Bibliográfica, que segundo Biazin (2013, p.85) “é aquela baseada na análise da literatura, já publicada, para construção de uma base conceitual organizada e sistematizada do conhecimento disponível”, cujos “estudos permitam compreender o fenômeno a partir de múltiplas perspectivas”.

A busca utilizou as seguintes palavras-chave ou descritores: família, atendimento domiciliar, familiar cuidador, interação no domicílio e compreenderá o período dos últimos dez anos.

40

A pesquisa bibliográfica abrange a leitura, levantamento da literatura científica, análise e interpretação do material pesquisado e foi submetido a reflexões para conhecimento de diferentes contribuições sobre o assunto a ser explorado. Os locais de busca foram artigos impressos e/ou publicados “on line”, monografias, teses e manuais.

O estudo ainda apresentou as implicações na perspectiva do cuidador familiar no processo de prestação de cuidados domiciliares e na dinâmica da família.

Todo material obtido foi submetido à leitura cuidadosa e a análise está apresentada de forma descritiva.

O CUIDADO NO DOMICÍLIO

O cuidado domiciliar é uma estratégia de atenção à saúde desenvolvida desde os tempos mais remotos. Ao analisar o domicílio como espaço de cuidado, duas modalidades de cuidado domiciliar surgem, ou seja: a assistência domiciliar engloba situações de cuidado intermitente por um dano agudo ou agravo de longa duração que envolve ações educativas e ou realização de procedimentos que visem à redução do dano e a prevenção de complicações deste; e a internação domiciliar ocorre quando o paciente necessita de forma contínua de cuidados de enfermagem e assistência da equipe multiprofissional de saúde, bem como de artefatos tecnológicos que auxiliam na manutenção de suas funções vitais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Na rotina diária de atendimento, além dos desafios da construção compartilhada do plano de cuidado, existem as barreiras físicas de acesso e de infraestrutura sanitária,

em que os profissionais podem se deparar com situações peculiares como residências em áreas vulneráveis de violência, tráfico de drogas, falta de água encanada, esgoto a céu aberto, entre outras. Além desses aspectos, pode haver situações intra-estruturais como residências de madeira, taipa, tijolo, barro e de diversas outras formas, e situações organizacionais como higiene e limpeza precárias. A equipe de atenção domiciliar deve ficar atenta a esses aspectos organizacionais e, caso interfiram diretamente na saúde do paciente e na atuação dos profissionais, deve haver abordagem com familiares e cuidadores de forma em que se mostre a real necessidade de mudança para o bem comum, que é o cuidado da pessoa no domicílio.

O cuidado domiciliar é sistematizado levando em consideração as limitações e possibilidades do paciente de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e autonomia.

As modalidades apresentam níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Em nível primário de atenção, o cuidado domiciliar compreende ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, caracterizados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). No secundário a atenção é prestada por meio de uma rede de unidades especializadas, ambulatorios e hospitais escolas e pronto atendimento, garantindo o acesso à população. Em nível terciário os cuidados são altamente especializados e realizados em hospitais de grande porte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Para o paciente a permanência em seu domicílio é, na maioria das vezes, acompanhada do restabelecimento da qualidade de vida e do equilíbrio biopsicossocial à medida que o cuidado prestado encoraja a independência, o autocuidado e a esperança. Tal cuidado, geralmente, diminui as complicações, evita reinternações e, conseqüentemente, diminui o período de internação hospitalar. A família sente maior tranquilidade e diminuição do seu nível de estresse à medida que recebe orientação profissional para execução de cuidados diários ao paciente.

Apesar de lidar com pessoas acamadas, cuidados paliativos, portadoras de sequelas importantes, doenças crônicas, dependentes de monitoramento frequente de sinais vitais, em uso do dispositivo de traqueostomia, oxigenoterapia e suporte ventilatório não invasivo, em adaptação de órtese e prótese, em uso de sondas e ostomias, pós operatórios, em uso de medicação endovenosa ou subcutânea, acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso, diálise peritoneal, entre outros, o trabalho da Atenção Domiciliar também é o de diminuir a dependência o máximo possível, e em algumas vezes até reestabelecer a independência através do cuidado e do atendimento no domicílio. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

ATENDIMENTO NO DOMICÍLIO

Os critérios de escolha de pacientes para serem acompanhados pelo Programa de Cuidado Domiciliar estão relacionados com a estabilidade clínica, dificuldade de locomoção deste por sofrimento físico ou mental e elevado nível de dependência. O paciente ainda deve possuir uma rede de suporte social como amigos, vizinhos, familiares, voluntários, enfim, um cuidador que possa suprir suas necessidades diárias de higiene, alimentação, entre outras. O contexto domiciliar é uma dinâmica específica de cada casa que abrange fatores que influenciam a vida da família, como um conjunto singular (renda, religião, crença, costume, moradia), que incluem diferentes respostas frente aos

problemas apresentados, e que engloba pessoas que compartilham um mesmo ambiente de vida e de relações.

O perfil do cuidador, na maioria das vezes, se enquadra em afazeres que divide suas atividades diárias como cuidar dos filhos, da casa, dos compromissos e ainda gerenciar as preocupações com o emprego, o que pode ser uma tarefa árdua e desgastante. Sabe-se também, que o cuidador, principalmente se não tem um vínculo de trabalho externo, enfrenta rupturas com relacionamentos sociais, tem sua saúde deteriorada, não tem férias, algumas vezes percebe-se a perda do poder aquisitivo da família, com a progressão da doença do paciente.

Porém, não só os aspectos negativos são relevantes, mas transformações positivas também são observadas e relatadas por cuidadores que passaram a ter suas vidas modificadas e restauradas durante a doença instalada. O ambiente, a infra-estrutura, e suas condições de cuidado, também são foco de atenção à saúde. No domicílio podem ser caracterizadas as famílias que tem condições e aquelas que necessitam de ajuda, as que requerem vigilância de saúde, ou outras que estão em risco sócio ambiental (GIACOMOZZI ; LACERDA, 2006).

É fundamental a construção compartilhada de papéis com a família, o cuidador e a pessoa cuidada, pois a equipe com seus profissionais estão sendo inseridos em um contexto privativo, com particularidades específicas. Realidades singulares que variam de lar para lar vão ser encontradas a todo momento. As equipes devem respeitar valores culturais e religiosos dos indivíduos e das famílias sob os seus cuidados, levando em conta suas vulnerabilidades, impotências, limites e dificuldades, uma vez que se dedicam profundamente ao cuidado, defrontando-se de maneira intensa com o sofrimento. O conforto oferecido ao usuário e as famílias é o que faz a diferença (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

42

Contextos relacionados ao clima emocional familiar e à rotina dos sujeitos são exemplos aos quais a equipe de atenção domiciliar deve estar atenta na abordagem diária no cuidado para que não haja sobrecarga excessiva na vida das pessoas que compõem o domicílio. A família precisa ser incluída no plano de cuidados do profissional de saúde; é preciso que sejam adotadas medidas como prever horas de descanso e momentos em que o cuidado deve ser oferecido por profissionais (SILVA; GALERA; MORENO, 2007).

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994 como iniciativa do Ministério da Saúde para implementação e reorganização da Atenção Básica (AB) de acordo com os preceitos do SUS e tem como proposta estabelecer uma parceria com a família, na promoção de saúde, prevenção de doenças e cuidado às doenças crônicas, tornando-a mais autônoma e independente, contribuindo assim para a construção de sua cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Implantada inicialmente como um programa destinado a populações desassistidas, a Saúde da Família hoje tem como foco do trabalho a família, e desenvolve ações de caráter preventivo sobre a demanda, melhorando a qualidade de vida, rompendo com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estendendo suas ações junto à comunidade.

A Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas

de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A ESF prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, em especial, a visita domiciliar, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma. Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária.

São itens necessários à Estratégia Saúde da Família (ESF) segundo o Ministério da Saúde (2014):

- I. existência de equipe multiprofissional composta por no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários, além dos profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico em saúde bucal;
- II. o número de agentes comunitários (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;
- III. cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por no máximo 4000 mil pessoas. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território; e,
- IV. carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde, à exceção dos médicos.

Já os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde, mediante portaria 154/2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade.

A referida Portaria traz como pressupostos políticas nacionais diversas, tais como: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O NASF é uma estratégia inovadora que procura apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao processo de trabalho. São exemplos de ações desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, educação permanente, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão de processos de trabalhos, entre outros. Todas as atividades podem ser desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, academias ao ar livre ou em outros pontos do território. Portanto, o NASF é um serviço de retaguarda especializado para as equipes de Atenção Básica (AB) à Saúde da Família, mas não é ambulatório de especialidades (MINISTÉRIO

DA SAÚDE, 2014).

São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico homeopata, veterinário, psiquiatra, geriatra, médico do trabalho e acupunturista) e fazem parte da atenção básica, mas não constituem como serviços com unidades físicas independentes. Não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo e buscam contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

É importante que o profissional da ESF e do NASF tenha compreensão da dinâmica da família do enfermo e do papel que o doente aí desempenha. Frequentemente, a casa onde um enfermo ficará é o centro de diferentes arranjos e relações intrafamiliares que as transformações intensificaram e diversificaram em anos recentes. Há lares onde vivem crianças e jovens de vários casamentos, netos e avós.

A família, se bem abordada e trabalhada, pode ser considerada um agente terapêutico eficaz, uma vez que se configura como elo entre o paciente e a equipe de saúde; em caso contrário, pode influenciar negativamente na evolução da pessoa doente. Assim, representa uma importante tarefa, auxiliar a família na tomada de decisão de quem será o cuidador e como se reorganizará a casa, considerando-se as várias circunstâncias.

Várias dimensões de formação, que extrapolam o campo da técnica, constituem os aspectos contextuais de maior dificuldade no ato de cuidado qualificado aos doentes no domicílio. Destacam-se, a própria limitação emocional dos profissionais para lidar com a impossibilidade de cura, além da inadequada formação para comunicar diagnósticos graves e relacionar-se com a família do paciente.

Segundo Queiroz et al.(2013), os profissionais consideram que cuidar no domicílio exige formação técnica específica, do qual não são suficientemente qualificados. Os profissionais ressentem-se da falta de conhecimentos e habilidades para realizar tal ação fora dos espaços institucionais onde normalmente atuam.

A autora considera ser importante reconhecer aquilo que é possível realizar no domicílio e o que deve ser encaminhado a algum centro de atenção de maior complexidade. Porém, os profissionais apresentam dificuldades em realizar procedimentos técnicos no espaço do domicílio, no contexto da ausência de retaguarda dos serviços especializados, considerando a precária organização desse tipo de cuidado domiciliar frente a tantas outras demandas a que estão submetidos.

Esta organização é possível por meio de um planejamento adequado ou a Sistematização da Assistência de Enfermagem, adaptada à realidade domiciliar.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009) a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem, este se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. São eles:

- I. **Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)** – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e

técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

- II. Diagnóstico de Enfermagem** – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
- III. Planejamento de Enfermagem** – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
- IV. Implementação** – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
- V. Avaliação de Enfermagem** – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem deve estar baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas. (COFEN 2009)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A centralidade da família é um atributo da Atenção Básica e para prover atenção integral, a família deve ser o objeto da atuação dos profissionais que deverão conhecê-la em seus múltiplos aspectos: sociais, sanitários, culturais, econômicos, funcionais e organizacionais.

Entende-se que os profissionais são produtos de uma sociedade e de um modelo formador que muitas vezes não são capazes ainda de transformar suas práticas em ações voltadas para o ser humano em sua integralidade, afinal é na família que se espera encontrar situações de aconchego, segurança, acolhimento e proteção, o que em alguns casos, o próprio profissional sofre dessa carência.

Várias questões foram levantadas no decorrer deste trabalho que servem como reflexão e análise para estudos futuros: não estariam os profissionais de saúde, invadindo e desorganizando domicílios, adaptando-os com tecnologias hospitalares, tomadas de decisões direcionadas e transformando lares em micro hospitais, sem muitas vezes atingir a competência necessária para tal atuação?

As famílias “adoecidas” estariam realmente preparadas para terem seus espaços íntimos, de relações cotidianas construídas, para receberem o ente querido agora doente, ou estariam sendo pressionadas pelo sistema a adaptar-se ao modelo implantado sem que haja o respeito pela opinião ou o desejo do paciente e de seus familiares?

Conclui-se então, que ainda são grandes os desafios a serem superados na dinâmica do cuidado domiciliar que afetam sentimentos e os vínculos de familiares e profissionais de enfermagem, necessitando novos estudos, análises e reflexões que aprofundem o assunto e os questionamentos.

REFERÊNCIAS

- 46
- 46
- BIAZIN, D.T. Normas da ABNT, Aspectos Gráficos e Padronização para Relatórios Acadêmicos. Londrina: Ed. Unifil, 2013. 112p.
- BUENO, F. M. G; QUEIROZ, M. S. O Enfermeiro e a Construção da Autonomia Profissional no Processo de Cuidar. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.59, n.2, p.222-7, 2006.
- CHAPADEIRO, C. A. et al. A família como foco da Atenção Primária à Saúde, Belo Horizonte, **Caderno de Atenção Primária à Saúde**, Seção 2, p.26, 2011.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358/09 de 23 de Outubro de 2009**, regulamenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e da outras providências. . São Paulo: COFEN, 2009. Disponível em: www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009. Acesso feito em 31/07/2014
- 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. Pública**, México, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.
- 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, p. 645-53, Out-Dez. 2006.
- INOUYE, K. et al. Percepção de Qualidade de Vida do Idoso com Demência e seu Cuidador Familiar: avaliação e correlação. **Rev. Latino Americana Enfermagem**, v. 17, n.2, p.187-193, 2009.
- KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003.
- LE BRIS, H.J. **Responsabilidade Familiar pelos Dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias**. Lisboa: Conselho Econômico e Social, 1993.
- MARTINS T; RIBEIRO J. P; GARRETT, C. Estudo da validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doenças, Portugal**, v. 4, n. 1, p. 131-148, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. **Portaria nº 1395**. Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil (DOU 237-E) Seção 1, p.20, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Implantação da Unidade de Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica**. Programa de Saúde da Família. Caderno n.1, Brasília: Ministério da Saúde, 2000
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Caderno de Atenção Básica, Brasília, n.27, p. 9-16, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Seção 1. Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O papel dos cuidadores na atenção domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**, v.1, p. 81, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Abordagem geral de situações clínicas comuns na Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**, v.2, p.3, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção Domiciliar e o SUS. **Cadernos de Atenção Básica Núcleo de Apoio à Saúde da Família**, v.1, p.17, 2014.

NEMAN, F. A. Fazendo Algo a Mais: a percepção do aluno de enfermagem sobre o cuidado realizado no contexto de família. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.2, p.142-7, jun. 1999.

QUEIROZ, A.H.A.B. et al Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, set. 2013.

SILVA, L.; GALERA, S. A. F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 397-403, 2007.