

# Refletindo sobre o cuidado domiciliar, a partir da prática

Ana Virgínia de Melo Fialho  
Enedina Soares

## Resumo

O presente trabalho versa sobre as condições terapêuticas de uma paciente portadora de esclerose múltipla, atendida em regime de internação domiciliar. Tem como objetivo conhecer as condições do ambiente terapêutico e a participação do familiar cuidador. Os dados foram coletados mediante observação e entrevista livre, realizada em três visitas na residência do paciente. Os resultados mostraram um ambiente terapêutico precário para a manutenção do cuidado e ausência de preparo do cuidador familiar. Conclui-se que o ambiente terapêutico e o cuidador familiar cumpre um papel social importante e indispensável para o fortalecimento do sistema de atendimento domiciliar.

**Palavras-Chave:** *Cuidado domiciliar de saúde, Família, Ambiente terapêutico.*

## 1. Introdução

Historicamente, o atendimento domiciliar às pessoas doentes remonta aos tempos bíblicos, com citações no velho e no novo testamentos. A assistência aos doentes e aos idosos desenvolvida ao longo do tempo se constituiu atividades de várias entidades religiosas, militares, além de outras organizações preocupadas com esse problema de ordem social.

O atendimento domiciliar desponta, neste momento em nosso meio, como uma estratégia de atenção à saúde, não apenas destinada às classes de maior poder aquisitivo, mas também, àquelas desprovidas de recursos financeiros ou dependentes da previdência social. Esse tipo de atendimento, inicialmente organizado e desenvolvido no eixo sul-sudeste do território brasileiro pelas seguradoras de serviços de saúde, vem despertando interesse nos profissionais, que atuam nos setores ambulatoriais e hospitalares dos serviços públicos e nas instituições

de ensino da área de saúde, pela expansão dessa modalidade de atendimento às demais regiões do país. Ressalta-se que esse interesse tem recebido apoio do Programa Saúde da Família já implantado no Ceará e em outros Estados da Federação.

O cuidado domiciliar vem recebendo valorização crescente, como um espaço de atendimento, decorrente da desospitalização. Não resta dúvida que é grande a preocupação com o tema, especialmente por parte dos docentes de enfermagem, em razão da existência de muitos aspectos que necessitam de esclarecimento e definição para a implementação da assistência domiciliar, de modo pleno, seja no serviço público ou no privado, destacando-se, entre outros aspectos, a preparação do ambiente físico, da família e da pessoa cuidadora.

Quanto ao ambiente físico, devem ser respeitadas as suas peculiaridades, no momento de sua organização, isto é, sempre que se faça necessária

uma modificação. Duarte e Diogo (2000) advertem que, no contexto domiciliar, é recomendável pedir licença, até porque a iniciativa cria oportunidades de verificação da real habilidade profissional. As autoras lembram que o ambiente físico tem história própria, em que cada objeto retrata um momento único na vida, sendo, portanto, carregado de significado.

A família, em seus mais genéricos significados, compreende: a) pessoas aparentadas que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos; b) grupo de indivíduos que professam o mesmo credo, têm os mesmos interesses, a mesma profissão, quando não são também do mesmo lugar de origem; c) grupo formado por indivíduos que são ou se consideram consangüíneos uns em relação aos outros, ou que descendam de um tronco ancestral comum ou que sejam ainda estranhos, admitidos por adoção (Ferreira, 1986). Em qualquer um desses significados, o papel básico da família é: gerar sentimentos de afeição entre seus membros; partilhar companheirismo, dar segurança, controle moral e socialização. Com base nesses conceitos é que se designa, dentro da família, um membro principal, com possibilidade de atuar na modalidade do cuidado domiciliar.

A pessoa cuidadora

Quem é essa pessoa? - Qual é o membro que se apresenta como cuidador? - É um leigo? - É um profissional de saúde? - Como trazê-lo para o contexto do cuidado domiciliar? Estes são alguns dos questionamentos que fazemos quando refletimos sobre o cuidado no domicílio. Há uma preocupação nossa quanto ao cuidador, seja ele um familiar, uma pessoa contratada, leiga ou detentora de conhecimento técnico-científico para prestação desse cuidado. Entendemos que a função do cuidador, no domicílio, requer preparo, orientação, apoio emocional, esclarecimento sobre seus direitos e obrigações. Minchillo (2000) adverte que a eleição do cuidador deve-se muito mais pela disponibilidade em que possa

permanecer do que mesmo por suas características técnicas ou emocionais.

Na concepção, de Gonçalves et al. (2000, p.104), o cuidador leigo é uma pessoa que se envolve no processo de cuidar do outro, vivenciando uma experiência contínua de aprendizagem, ao mesmo tempo em que a divide com a pessoa cuidada, resultando na descoberta de potencialidades mútuas. Quanto ao cuidador profissional, ele é parte de uma equipe, cujos membros atuam dentro de seu âmbito de conhecimento individual, interagindo nas áreas comuns, sem interferir nas áreas específicas, visando, como bem final, a melhoria da condição integral de saúde do paciente (Leme, 2000).

Diante dessas concepções, surge o nosso interesse em investigar numa situação real e "in loco" a cerca de uma paciente portadora de esclerose múltipla com passagens por várias internações hospitalares, sendo as duas últimas motivadas por infecção pulmonar, pneumonia. Atualmente encontra-se em regime de internação domiciliar, sendo cuidada pela mãe e recebendo visitas apropriadas dos agentes de saúde e enfermeiros que atuam no programa de saúde da família. Para fins deste estudo, procurou-se focar o ambiente familiar e o cuidador. Para atender a essa proposta, foi traçado o seguinte objetivo: Investigar, em uma situação real, as condições do ambiente terapêutico domiciliar o conhecimento do familiar para atuar como cuidador.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, realizado no domicílio de uma paciente residente no município de Sobral-CE. A inclusão da paciente no estudo se deu através de informação dada pelos membros da equipe do programa de saúde da família que vinha de certa forma acompanhando o caso.

As informações, de interesses, foram coletadas, pelas alunas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú durante ensino clínico na disciplina Semiologia e

Semiotécnica I em três visitas a referida cliente, realizadas no domicílio durante o mês de maio de 2000, através de observação em loco e entrevista livre.

As visitas foram planejadas e sistematizadas a partir de um roteiro elaborado pelas autoras. Os dados levantados foram registrados em relatório sucinto, com a finalidade de subsidiar a avaliação e análise das informações pertinentes ao objetivo deste estudo, ou seja, as condições do ambiente terapêutico domiciliar e o conhecimento da pessoa cuidadora.

Em respeito aos preceitos éticos para estudo dessa natureza, as visitas somente foram iniciadas após termos obtido o consentimento da mãe da paciente, que concordou verbalmente e por escrito em participar do estudo, mostrando-se muito interessada. E para tranquilizá-la foi-lhe assegurado o anonimato e o sigilo de informações.

Vale ressaltar que este estudo é parte de um projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC e apoiado pelo CNPq.

### 3. Resultados

De posse dos resultados das visitas domiciliares, elaborados pelos discentes, avaliamos as informações referentes a: identificação da paciente, do seu estado de saúde, doença e tratamento; constituição familiar; condições do ambiente terapêutico; conhecimento do familiar cuidador para prestar o cuidado; dificuldades enfrentadas; e apoio sustentado para prestar o cuidado.

A partir desses registros, elaboramos um histórico da situação estudada, a seguir descrito: Paciente com 18 anos de idade, portadora de esclerose múltipla há um ano e meio. Encontra-se sob cuidados da sua genitora, 34 anos, analfabeta. Também é assistida por uma equipe de saúde do PSF, composta por um agente de saúde, uma enfermeira e duas médicas. Reside em casa própria obtida através de doações da comunidade; moram, no mesmo imóvel, a mãe e três irmãs; a renda familiar gira em torno de

R\$30,00 a R\$50,00 mensais, oriunda da pensão do padrasto; os alimentos consumidos são provenientes de doações de vizinhos, de estabelecimentos comerciais e do posto de saúde que, de forma continuada, lhe manda remédios e uma cesta básica, composta de arroz, feijão, massa de milho e farinha. A casa que lhe serve de moradia é do tipo "taipa", chão de cimento batido, com quatro compartimentos (sala, banheiro, quarto e cozinha); há disponibilidade de água e de energia elétrica da rede pública; possui as instalações sanitárias que permitem a ligação do banheiro à fossa; o ambiente é escuro, abafado e com precárias condições de higiene. A paciente apresenta incontinência fecal e urinária, disse tomar banho uma vez ao dia (à tarde), ocasião em que são trocados os lençóis que, por serem poucos, são lavados diariamente e não chegam se quer a ser guardados, pois o uso é intenso e logo precisam ser reutilizados. Quanto ao conhecimento sobre a doença, a paciente falou apenas dos sintomas iniciais, disse que aos 17 anos apresentou dor em todo o corpo e vômito, chegando a ficar paralisada da região torácica para baixo, só mexendo com a cabeça; hoje já consegue pentear os cabelos e levar os alimentos à boca. Foi internada três vezes, sendo as duas últimas por pneumonia (sic); a informação que obteve sobre seu diagnóstico "... é que foi um problema de coluna, e que não ia ficar boa"; não refere ter recebido orientações para o autocuidado, tratamento, prognóstico e alimentação. As principais dificuldades citadas pela mãe, cuidadora da paciente, relaciona-se à falta de dinheiro, pois tem "... três crianças para cuidar", o que a impede de trabalhar. Relata, ainda, que presta cuidados, como pensa ser correto fazê-lo, pois nunca recebeu orientação alguma para isso. A cliente relata que sente dificuldades de locomoção, pois sua cadeira de rodas quebrou e, por falta de dinheiro, não foi possível mandá-la para conserto; acrescentou que "... é difícil tomar banho", entretanto, apesar das dificuldades, prefere ficar em casa do que ir para o hospital, haja vista em casa ter

a mãe a toda hora e, no hospital, as pessoas não atendem na hora que precisa de ajuda

A partir desta síntese, constatamos a existência de fatores que dificultam, prejudicam e podem até mesmo inviabilizar o cuidado terapêutico domiciliar, visto que a evolução e a reabilitação de um paciente, no domicílio, são favorecidas por fatores ambientais, sociais, econômicos, nutricionais, técnicos e psíquicos, entre outros.

Mendes (2000, p.20) relata que “tanto o domicílio, como o hospital, têm suas peculiaridades em comum, ambos são espaço de cuidados, possuem porém processos dinâmicos diferenciados. O hospital tem funções específicas, já o domicílio é espaço de múltiplas funções: gestar, alimentar, proteger, cuidar, educar, conviver, festejar, sofrendo estas funções constantes alterações no cotidiano”. Quanto à estrutura física, o autor destaca que o domicílio não é planejado, a priori, para cuidar de pessoas que têm suas capacidades físicas limitadas, ou mesmo que perdem sua independência, muito embora o espaço, nessa condição, possa ser alterado e/ou modificado para atender às necessidades de cuidado do familiar que necessita de ajuda.

Sabendo-se que a adaptação do espaço físico deve ser feita de acordo com as condições econômicas e culturais de cada família, na situação real estudada, podemos observar, durante as visitas, que muitos são os fatores que dificultam o cuidado da paciente, em razão, principalmente, da situação econômica ser desfavorável, com renda familiar bastante pequena para prover o sustento de seus membros. Dessa forma, somente contando com a doação de alimentos, remédios, roupas e dinheiro de vizinhos é impossível a sobrevivência, mesmo que em condições mínimas.

Os serviços de água e energia elétrica, bem como as instalações sanitárias do local, são muito precários embora fornecidos por rede pública, chegando a comprometer a higiene do ambiente, pelo que, no seu todo, se faz desfavorável a recuperação e promoção da saúde dos seus usuários, em especial

de uma pessoa debilitada e dependente, como é o caso em estudo. Percebemos que a paciente se sentia desconfortável na condição de passar todo o tempo acamada, fazendo suas necessidades fisiológicas no leito e dependendo quase totalmente da mãe, sem contudo poder ajudá-la.

Auricchio Jr. (2000) lembra que o carinho e o humanismo, no atendimento domiciliar, fazem a diferença em relação à tradicional internação hospitalar. É notória a insatisfação da cliente entrevistada com relação ao apoio recebido em suas internações hospitalares, pois, segundo a própria, nem sempre podia contar ali com a assistência dos funcionários do hospital, ao contrário da situação ocorrente no domicílio, em que sua mãe está sempre disponível, apesar das dificuldades para atendê-la. Entendemos que no ambiente hospitalar o número de funcionários é por vezes desproporcional em relação à demanda de pacientes, o que pode justificar o atendimento deficitário às necessidades de todos os pacientes, inclusive impedindo a aproximação, de uma forma mais satisfatória, entre paciente, equipe médica, equipe de enfermagem e familiares.

Outro fato observado no ambiente domiciliar relaciona-se ao papel do cuidador que, no caso, é a mãe da paciente. Percebeu-se aí, claramente, o despreparo, a angústia, a preocupação e a inexistência de ensinamentos para o cuidador no domicílio.

Cunha e Bruns (2000) apontam para a necessidade de preparar o cuidador, ensiná-lo a cuidar do paciente no domicílio, seja ele um membro da família ou pessoa contratada, encarregado das atividades elementares de atenção ao paciente. Para isso, no entanto, ele precisa receber orientações e ensinamentos básicos, com vistas ao desempenho de suas atividades.

Percebemos, no caso estudado, que a cuidadora tem pouca habilidade, não demonstrando preparo, tampouco condições econômicas, cognitivas e emocionais para cuidar de uma paciente naquele estado. Isso a faz mais angustiada, na medida em

que é sobrecarregada de responsabilidades domésticas. As exigências terapêuticas impostas pela doença alteram o cotidiano, as necessidades da família, os costumes e as atividades domésticas, geralmente realizadas pelas mulheres, até pelo fato de, por uma questão cultural, essas atribuições terem uma característica feminina.

#### 4. Considerações finais

A reflexão que fazemos deste estudo é que, apesar do que se oferece pelo Programa Saúde da Família, há que se reconhecer a necessidade de um aprofundamento em relação ao atendimento domiciliar naquela região. Urge, portanto, que se faça, pelo menos em nossa ótica, uma revisão do programa, com vistas ao cuidado domiciliar, para adequá-lo às reais necessidades das famílias e dos doentes assistidos.

Afinal, é sabido por todos que o grande referencial do cuidado domiciliar é o aspecto humanístico.

Há que ser ressaltado que, no dia-a-dia domiciliar, as limitações para o processo de cuidar apresentam muitas dificuldades, isso em qualquer região, sendo essas mais acentuadas naquelas áreas assistidas pelos serviços públicos de saúde.

Entendemos o quanto é importante a desospitalização e a valorização do ambiente domiciliar, porém, se formos agir com coerência, não podemos tirar o paciente do hospital, para levá-lo ao domicílio, sem que antes existam condições adequadas às suas necessidades reais, incluindo-se aí o ambiente físico, o fator econômico e um cuidador preparado para esse fim específico. O ambiente terapêutico e o cuidador familiar cumprem um papel social importante e indispensável para fortalecimento do sistema de atendimento domiciliar.

#### Abstract

##### Reflections on home nursing, considering the practice

This work focuses on the therapeutic conditions of a multiple sclerosis patient, assisted in home nursing situation. The objective is to know the therapeutic conditions at home and the family caregiver's participation. Data were collected through observation and in open interviews accomplished during three visits to the patient's home. The results showed precarious therapeutic conditions to provide care and lack of knowledge of the family caregiver. The conclusion shows that the therapeutic conditions at home and the family caregiver play an important and indispensable role to the improvement of home assistance.

**Keywords:** Home nursing, Family, Therapeutic conditions

## Resumen

### Reflexionando sobre el cuidado domiciliario desde la práctica

El presente trabajo trata de las condiciones terapéuticas de una paciente portadora de esclerosis múltiple, atendida en régimen de internación domiciliaria. El objetivo es conocer las condiciones del ambiente terapéutico y la participación del familiar cuidador. Los datos fueron recolectados a través de observación y entrevista libres, realizadas durante tres visitas en la casa de la paciente. Los resultados apuntaron un ambiente terapéutico precario al mantenimiento del cuidado y ausencia de preparación del cuidador familiar. Se concluye que el ambiente terapéutico y el cuidador familiar cumplen un papel social importante e indispensable al fortalecimiento del sistema de atención domiciliaria.

**Palabras clave:** *Cuidado domiciliar – Familia – Ambiente Terapéutico*

## Referências bibliográficas

1. AURICCHIO Jr. J. Equipe e família superando os desafios. **Rev. Home Care**, São Paulo, ano V, n.º.60, Abr., p.16, 2000.
2. CUNHA, N., BRUNS, G. Cuidadores: ensinando a cuidar. **Rev. Home Care**, São Paulo, ano VI, n.º 60, Abr., p.32.,2000.
3. DUARTE, Y. A. O., DUARTE, M. J. E. **Atendimento domiciliar – um enfoque gerontológico**, São Paulo: Atheneu, 2000.
4. FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
5. GONÇALVES et al. **Os cuidadores leigos de pessoas idosas**. In: Atendimento domiciliar – um enfoque gerontológico, São Paulo: Atheneu, p.104, 2000.
6. LEME, L. E. G. **A interprofissionalidade e o contexto familiar**. In: Atendimento domiciliar – um enfoque gerontológico, São Paulo: Atheneu, p.117, 2000.
7. MENDES, P. B.M.T. O espaço domiciliar enquanto espaço diferenciado do cuidar. **Rev. Home Care**, São Paulo, ano VI, n.º 63, Jul., p.20, 2000.
8. MINCHILLO, A.L.C. Assistência domiciliar – cuidar do cuidador. **Rev. Home Care**, São Paulo, ano VI, n.º 60, Abr., p.36, 2000.

## Sobre o autor

**Ana Virgínia de Melo Fialho**

Enfermeira, mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Aluna do PPG - Doutorado/UFC.

**Enedina Soares**

Enfermeira. Doutora. Pesquisadora bolsista do Programa de Desenvolvimento Regional/CNPq/UFC.