

Influência do cuidador na organização e funcionamento do Serviço de Atenção

Domiciliar

Influence of the caregiver on the organization and functioning of the Home Care Service

Influencia del cuidador en la organización y funcionamiento del Servicio de Cuidado a

Domicilio

Recebido: 14/09/2020 | Revisado: 17/09/2020 | Aceito: 02/12/2020 | Publicado: 05/12/2020

Juliana Marques Weykamp

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9243-2115>

Prefeitura Municipal de Pelotas, Brasil

E-mail: julianaweykamp@gmail.com

Diana Cecagno

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4208-3006>

Universidade Federal de Pelotas, Brasil

E-mail: cecagnod@yahoo.com.br

Sidiane Teixeira Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7741-6309>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: sidiane.enf@hotmail.com

Aurélia Danda Sampaio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2453-7107>

Universidade Federal de Pelotas, Brasil

E-mail: aurelia.sampaio@hotmail.com

Gelson Garcia Dutra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4124-950X>

Prefeitura Municipal de Pelotas, Brasil

E-mail: gelsongarciadutra@gmail.com

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9197-5350>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: hedihsiqueira@gmail.com

Resumo

Objetivo: Investigar a influência do cuidador na organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3. **Metodologia:** Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado com os dois coordenadores do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades 2 e 3 no município de Porto Alegre. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada no período de setembro de 2018 a outubro de 2019 e para a análise dos dados optou-se pela análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** Os cuidadores são essenciais tendo em vista que a sua presença se faz necessária como um dos critérios para a admissão do usuário no serviço ou em alguns casos a exclusão do mesmo quando o plano terapêutico ou as rotinas atribuídas pela equipe do serviço não são realizadas. **Conclusão:** A presença do cuidador é capaz de influenciar na elegibilidade e exclusão do usuário no SAD nas modalidades AD2 e AD3, como também, nas atividades desenvolvidas neste serviço, pois o mesmo é considerado um elemento fundamental para continuidade do cuidado no domicílio, além de atuar como elo entre o paciente e a equipe.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Serviços de saúde; Cuidadores; Ecossistema.

Abstract

Objective: To investigate the influence of the caregiver on the organization and functioning of the Home Care Service in the modalities AD2 and AD3. **Methodology:** Descriptive, exploratory study with qualitative approach, carried out with the two coordinators of the Home Care Service in modalities 2 and 3 in the city of Porto Alegre. Data collection occurred through semi-structured interviews from September 2018 to October 2019 and for data analysis we opted for bardin content analysis. **Results:** Caregivers are essential considering that their presence is necessary as one of the criteria for the user's admission to the service or in some cases the exclusion of the same when the therapeutic plan or routines assigned by the service team are not performed. **Conclusion:** The presence of the caregiver is capable of influencing the eligibility and exclusion of the user in the SAD in the modalities AD2 and AD3, as well as in the activities developed in this service, because it is considered a fundamental element for continuity of care at home, besides acting as a link between the patient and the team.

Keywords: Home care; Health services; Caregivers; Ecosystem.

Resumen

Objetivo: Investigar la influencia del cuidador en la organización y funcionamiento del Servicio de Atención domiciliaria en las modalidades AD2 y AD3. **Metodología:** Estudio descriptivo, exploratorio con enfoque cualitativo, realizado con los dos coordinadores del Servicio de Atención domiciliaria en las modalidades 2 y 3 de la ciudad de Porto Alegre. La recopilación de datos se produjo a través de entrevistas semiestructuradas de septiembre de 2018 a octubre de 2019 y para el análisis de datos optamos por el análisis de contenido de bardin. **Resultados:** Los cuidadores son esenciales teniendo en cuenta que su presencia es necesaria como uno de los criterios para la admisión del usuario al servicio o en algunos casos la exclusión del mismo cuando no se realiza el plan terapéutico o rutinas asignadas por el equipo de servicio. **Conclusión:** La presencia del cuidador es capaz de influir en la elegibilidad y exclusión del usuario en el SAD en las modalidades AD2 y AD3, así como en las actividades desarrolladas en este servicio, ya que se considera un elemento fundamental para la continuidad de la atención en el hogar, además de actuar como enlace entre el paciente y el equipo.

Palabras clave: Atención domiciliaria; Servicios de salud; Cuidadores; Ecosistema.

1. Introdução

No contexto sócio, político e econômico, vivenciado pelo País, emerge a necessidade de (re) olhar a proposta de reforma nos serviços de atenção à saúde, incluso as instituições domiciliares. Nesse patamar o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) se apresenta como uma estratégia capaz de contribuir de forma decisiva para o reordenamento interno da rede de serviços de saúde, sendo necessárias redefinições conceituais e de funções para compreender essa modalidade de atenção.

Segundo a Portaria nº 825/2016, o SAD é considerado um serviço de caráter complementar à assistência prestada pela atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, constituído por três modalidades de atenção AD1, AD2 e AD3 (Brasil, 2016).

A definição de cada modalidade está associada às necessidades de cuidados específicos de cada caso clínico, a frequência de visitas necessárias, à intensidade da assistência multiprofissional e aos tipos de equipamentos a serem utilizados. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados e fica sob a responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo as equipes de saúde da família, por

meio de visitas regulares no domicílio do usuário, no mínimo, uma vez por mês (Brasil, 2011).

Já nas modalidades AD2 e AD3 são atendidos os usuários, que possuem problemas de saúde de maior complexidade, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde, e ficam sob encargo de uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e equipe multiprofissional de apoio (EMAP) quando necessário (Brasil, 2011).

Além de contemplar os critérios clínicos exigidos entre as três modalidades, também se faz necessário para a admissão do usuário do SAD a presença de um familiar/cuidador reconhecido como uma pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Conforme a portaria em vigência, a admissão do usuário ao SAD exigirá a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade (Brasil, 2016). Posterior ao aceite das pessoas envolvidas, a equipe do SAD irá realizar uma visita no domicílio, também chamada como visita de ambiência, que tem como objetivo identificar as condições do espaço de cuidados e, também, da competência do cuidador em executar os cuidados, esclarecendo possíveis dúvidas e orientando frente as necessidades (Brasil, 2013; Weykamp, 2018).

No contexto da atenção domiciliar, entende-se que a presença do cuidador se evidencia como um dos maiores determinantes para elegibilidade e/ou exclusão do paciente, pois ele tem função fundamental para a continuidade do cuidado no domicílio, além de atuar como elo entre o usuário e a equipe. Não ter um cuidador é um dos fatores que pode gerar o afastamento desse usuário do serviço, mesmo sabendo que a equipe irá avaliar esse tipo de situação com cautela. Tendo em vista que o SAD não se trata de um serviço com acompanhamento 24 horas, e pelo grau de dependência e complexidade do quadro clínico do usuário, dificilmente, ele poderá manter os cuidados no domicílio sem algum familiar e/ou cuidador para auxiliá-lo enquanto a equipe não está no local.

Para diferentes autores, as vivências e demandas dos familiares/cuidadores exercem influência direta no manejo do usuário dentro do domicílio, bem como, no cuidado desenvolvido pelas equipes do SAD (Carvalho, *et al.*, 2007; Magalhães, *et al.*, 2019).

O familiar/cuidador é considerado um elemento de extrema relevância frente ao processo de organização e funcionamento do SAD nas modalidades AD2 e AD3, uma vez que, ele é capaz de auxiliar na assistência prestada ao usuário, como um colaborador da

equipe do serviço em questão, no intuito de alcançar um objetivo em comum que é o de manter as melhores condições de saúde e conforto para aquele usuário enfermo.

Diante disso, este estudo tem como objetivo investigar a influência do cuidador na organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 na zona urbana de Porto Alegre.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo com características descritivas, exploratórias com abordagem qualitativa, realizado com os 02 coordenadores e /ou responsáveis pelo Serviço de Atenção domiciliar na modalidade Ad2 e Ad3 na zona urbana do município de Porto Alegre.

Utilizou-se como critério de seleção dos participantes serem coordenadores responsáveis pelo Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 do município, e adotado como critério de exclusão encontrar-se afastado do trabalho por férias, licença de qualquer natureza no período da coleta de dados.

A coleta de dados teve início após a aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde/FURG (CEPAS), com o parecer nº 03/2018, no período de setembro de 2018 a outubro de 2019, realizada por meio de entrevista semiestruturada em um local privado escolhido pelo próprio entrevistado.

Para preservar o anonimato do participante coordenador do SAD AD2 e AD3, foram atribuídas as letras CSad seguindo-se a atribuição de números arábicos, conforme sequência das entrevista: (CSad1, CSad 2).

Para a análise dos dados da pesquisa, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo (AC). A AC, conforme enunciado por Bardin e constitui-se de três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (Bardin, 2011). Essas etapas foram observadas criteriosamente, auxiliando a entender as mensagens das entrevistas dos participantes.

3. Resultados e Discussão

De acordo com os entrevistados os cuidadores representam um elemento importante dentro do SAD AD2 e AD3 tendo em vista que a presença dele se faz necessária como um dos critérios para a admissão do usuário no serviço ou em alguns casos a exclusão do mesmo, quando o plano terapêutico/cuidados ou as rotinas atribuídas pela equipe do serviço não são

desempenhadas de maneira adequada.

“[...] O que a gente pede é que todo paciente, que ele não exija ou que não possa prestar o seu cuidado, que ele tenha obrigatoriamente um cuidador” (CSad1).

“[...] O critério é ter o cuidador, mas às vezes é o paciente mesmo que tem algum grau de autonomia, que não é dependente que acaba sendo o próprio paciente, mas na sua imensa maioria eles têm cuidador” (CSad2).

A presença do cuidador, assim como o consentimento da família, para o cuidado domiciliar constitui um dos pressupostos para a realização da AD. A participação deste, enquanto sujeito do processo de cuidar, assim como, a atuação da família e dos profissionais envolvidos neste processo, é fundamental. A assistência prestada no domicílio não pode ser imposta, e, por isso, é importante que a família esteja ciente de suas atribuições, comprometendo-se junto com a equipe na realização das atividades previstas a serem desenvolvidas por ele. Também é necessário deixar bem claro que o cuidador principal ou o usuário, quando consciente, assine o termo de consentimento informado, conforme previsto na portaria, e adote ao plano terapêutico proposto pelos profissionais do serviço (Brasil, 2013; Carvalho, et al., 2007).

Um estudo realizado em um SAD ligado a um hospital público universitário, se assemelha ao dados da presente pesquisa, uma vez que, aponta que conforme o grau de dependência de cuidado do usuário, a família elege pelo menos um de seus membros para ser o cuidador, fator este que pode influenciar na organização familiar. Essa necessidade de estruturação da dinâmica domiciliar de forma repentina, muitas vezes, pode gerar sobrecarga daquele indivíduo elencado como responsável pelo cuidado ao usuário, demandando dedicação quase que exclusiva no período em que a equipe do SAD não está presente (Neves, Castro & Costa, 2016).

Corroborando esta ideia diferentes autores evidenciam que a sobrecarga de trabalho do familiar/cuidador é capaz de causar alterações físicas, psicológicas e sociais, onde o esgotamento e a exaustão são oriundos da dedicação ininterrupta e do esforço nas práticas de cuidar, uma vez que as suas próprias necessidades são desconsideradas (Gratao, et al., 2012; Guerra, et al., 2017).

A partir do relato dos entrevistados destaca-se que apesar da sobrecarga do cuidador eles preferem realizar os cuidados no domicílio junto a família porque, na maioria das vezes,

o cuidador é responsável por outros membros dela.

“[...] Por mais que eles recebam um sobrecarga, eles preferem estar em casa porque a rotina hospitalar acaba por desestruturar toda uma família. O que eu percebo é que o cuidador ele tem um filho, ele tem um marido, um parente e mais alguém que dependa dele, ele tem a rotina de casa, mais a de trabalho, e a rotina hospitalar desestrutura tudo” (CSad1).

“[...] As dificuldades geralmente dizem respeito as questões sociais e a sobrecarga para algumas famílias do cuidado, porque as vezes surge um cuidador, as vezes é um membro da família que abdica de seu trabalho, sua vida para se dedicar a pessoa que as vezes tem sequelas permanentes, totalmente dependentes que ainda vão viver muito[...] acho que precisaria ter uma política que olhasse para essa situação porque tem famílias com idosos que a única fonte de renda é o trabalhador e que este vai ser o cuidador” (CSad2).

Diferentes estudos que tiveram como participantes os familiares cuidadores de usuários assistidos pelo SAD apresentam ideias semelhantes às falas dos participantes, principalmente, quando retratam o envolvimento e a dedicação integral do familiar/cuidador, pois, isso facilita e permite proporcionar sentimentos de liberdade, conforto, segurança, qualidade de vida e preservar o convívio com as pessoas de seu círculo social. Ainda, uma pesquisa realizada em um Serviço de Atenção domiciliar de um hospital geral no interior do Rio Grande do Sul aponta que embora existam privações na vida do familiar/cuidador, eles ainda preferem desenvolver habilidades e estratégias de enfrentamento dessas situações, de maneira a conseguirem se adaptar as novas demandas oriundas do cuidado domiciliar (Canieles, et al., 2014).

Entretanto, também é responsável por sentimentos negativos como cansaço físico e emocional, perda da liberdade e falta de apoio social (Carvalho et al., 2007; Brasil, 2011). Os resultados do estudo realizado com 12 coordenadores do SAD e seis gestores de municípios de Minas Gerais, vai ao encontro dos resultados obtidos nessa pesquisa ao afirmar que o processo de transição do cuidado no âmbito hospitalar para o domicílio é capaz de desencadear diferentes alterações não só na dinâmica, bem como nas relações familiares, uma vez que a responsabilidade parcial da assistência ao usuário no domicílio é transferida para a família, gerando sobrecarga física e emocional a quem cuida (Castro, et al., 2018).

Corroborando esta ideia, diferentes autores abordam que quando o cuidado é assumido por apenas um membro da família, todo o processo se torna ainda mais desgastante, pois, em alguns momentos o cuidador é privado de suas próprias necessidades, podendo comprometer a sua saúde, para cuidar do outro (Silva et al., 2017; Marçal et al., 2020).

No espaço domiciliar, é preciso levar em consideração que existe a necessidade de que o familiar/cuidador esteja saudável e em condições de realizar as atividades propostas a ele. Na tentativa de evitar a descontinuidade do cuidado, e, até mesmo, o agravamento do quadro clínico do usuário assistido pelo SAD, entende-se que seja preciso proporcionar maior segurança e condições ao cuidador para que ele desempenhe suas atribuições de forma efetiva e eficaz (Procópio, et al., 2019).

Nesta linha de pensamento, uma pesquisa realizada no município de Sobral com cuidadores/famíliares aponta para a necessidade de estratégias de apoio e capacitação para o familiar/cuidador, uma vez que este é considerado um elemento de extrema importância para a AD (Muniz, et al., 2016). Assim, os coordenadores do SAD AD2 e AD3 sugerem que pelo menos durante as visitas seja mantido o mesmo indivíduo como cuidador a fim de evitar a descontinuidade do cuidado, considerando a construção coletiva a cada visita, e a realização de capacitações e treinamentos com todos os envolvidos.

“A capacitação, treinamento do cuidador é realizado a cada visita, então tudo aquilo que ele pode fazer a gente vai ensinar. Nós vamos ensinar desde a troca de posicionamento, como é que ele vai aspirar o paciente, instalar a dieta, como ele vai realizar o curativo[...]a gente pede para eles fazerem um checklist de dúvidas que eles tem, para ir esclarecendo a cada visita ou se tem algo mais imediato que eles entrem em contato conosco por telefone que a gente auxilia também [...]nós dizemos as famílias que eles precisam fazer uma troca de cuidados, não pode ser um cuidador 24 horas, porque a gente se preocupa também com o cuidador, mas a gente pede que nas visitas aquele cuidador seja sempre a mesma pessoa para que possamos ter uma continuidade nas informações, porque quando tem famílias que tem essa quebra de cuidador, quando uma visita é um e em outra visita é outro, fica mais descontinuo” (CSad1).

As diferentes questões e situações evidenciadas pelos participantes desta pesquisa vão ao encontro do que está presente na Portaria nº 825/2016, atualmente em vigência, e presente

no Art. 7º as três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

- I – trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;
- II – identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;
- III – acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;
- IV – promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;
- V – utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;
- VI – pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;
- VII – articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e
- VIII – participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes (Brasil, 2016).

No item IV do presente artigo, torna-se ainda mais claro a importância da implantação de programas de apoio, grupos dirigidos ao cuidador principal e mesmo a família do usuário, operacionalizados a partir de atendimentos individuais ou grupais, uma vez que tais cuidadores são igualmente usuários do sistema de saúde, conforme mencionado no relato a seguir.

“[...] A gente teve um tempo e depois acabou parando por falta de tempo mesmo o grupo de cuidadores, que queremos retomar, onde uma vez ao mês a nossa assistente social e nossa nutricionista que tomaram mais à frente das atividades, a gente fazia um encontro com eles, atividades diferenciadas, compartilhando ideias e experiências, sempre trazendo conhecimentos novos, para sair um pouco daquela rotina de só cuidar” (CSadI).

Frente a isso, pode-se inferir que no âmbito domiciliar, embora o usuário seja acompanhado por uma equipe multiprofissional pertencente ao SAD, a família assume para si a responsabilidade de procedimentos e cuidados complexos, anteriormente realizados por profissionais de saúde (na instituição hospitalar) e normalmente nunca realizados pelos cuidadores.

Neste sentido, é de extrema importância que os profissionais de saúde realizem uma avaliação familiar prévia, respeitem as condições e limitações da família, pois caso o cuidador

atividades desenvolvidas neste serviço, pois o mesmo é considerado um elemento fundamental para continuidade do cuidado no domicílio, além de atuar como elo entre o paciente e a equipe.

Vale destacar que a legislação em vigor, favorece e enaltece a importância da função do cuidador, caracterizando-o como uma pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana no domicílio e apoiando o sistema de saúde como um todo.

As limitações do estudo envolvem principalmente à escassez de pesquisas referentes direcionadas ao cuidador no Serviço de Atenção Domiciliar, e, por isso, entende-se que a temática proposta suscita ser melhor explorada e compreendida como um elemento de extrema importância nesse processo. Ele ocupa um espaço propício para influenciar, não somente no cuidado, como também na organização e no próprio funcionamento desse serviço. Essa duplicidade funcional favorável permite que as relações e interações, promovam inovações na (re)organização e funcionamento nas diferentes dimensões do cuidado domiciliar.

Referências

Bardin, L.(2011). Análise de conteúdo. Ed. rev. e atual. São Paulo: Edições 70.

Brasil (2011).Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011: Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): MS; 2011.

Brasil (2013). Ministério da Saúde. Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): MS; 2013.

Brasil (2016). Ministério da Saúde. Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília (DF): MS; 2016.

Canieles, I.M. et al.(2014). Rede de apoio a mulher mastectomizada. Revista de Enfermagem da UFSM, 4(2): 450 - 458.

Carvalho, L. C., et al. (2007). Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación

domiciliar: uma reflexão necessária. *Salud Colectiva*, 3(3): 259 -269.

Castro, E. A. B., et al. (2018). Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2016-0002.

Gratao, A. C. M., et al. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto e Contexto Enfermagem*, 21(2), 304–312.

Guerra, H. S. et al. (2017). A sobrecarga do cuidador domiciliar. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 30(2): 179-186.

Magalhães, A. P. et al. (2019). Percepções de familiares/cuidadores sobre internação domiciliar de pessoas com dependência de cuidado. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 32:1–9.

Marçal, V. A. C., et al. (2020). Home caregivers in healthcare and family responsibility: voices rarely heard. *Revista Emancipacao*, 20, 1–20.

Muniz, E. A., et al. (2016). Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. *Saúde Em Debate*, 40(110), 172–182.

Neves, A. C. D. O. J., Castro, E. A. B. & Costa, S. R. D. (2016). Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS. *Cogitare Enfermagem*, 21(4), 01-10.

Procópio, L. C. R., et al. (2019). A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde Em Debate*, 43(121), 592–604.

Silva, T. G., et al. (2017). The care of dependent elderly on the family context. *J. res.: fundam. care. online*, 9(4), 1034 - 1039.

Weykamp, J. M. T., et al. (2018). Nursing care towards the home care user. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*, 10(4), 1130-1140.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Juliana Marques Weykamp – 20%

Diana Cecagno – 15%

Sidiane Teixeira Rodrigues – 15%

Aurélia Danda Sampaio – 15%

Gelson Garcia Dutra – 15%

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira – 20%