

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO ESPAÇO DOMICILIAR:
O MODELO ASSISTENCIAL DO HOSPITAL MÃE DE DEUS**

KARIN VIEGAS

PORTO ALEGRE, FEVEREIRO DE 2001

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KARIN VIEGAS

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO ESPAÇO DOMICILIAR:
O MODELO ASSISTENCIAL DO HOSPITAL MÃE DE DEUS**

*Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial à
obtenção do título de MESTRE em
ENFERMAGEM.*

*Orientadora: Profa. Dra. Marta Júlia Marques
Lopes*

PORTO ALEGRE, FEVEREIRO DE 2001

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO
NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

V657d Viegas, Karin

O cuidado de enfermagem no espaço domiciliar: o modelo assistencial do Hospital Mãe de Deus/Karin Viegas; Orientação de Marta Julia Marques Lopes. Porto Alegre, 2001
175 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem.

1. Atendimento domiciliar. - 2. Cuidado de enfermagem domiciliar. - 3. Atenção básica - 4. Assistência primária.
- I. Título

**Bibliotecária Lúcia V. Machado Nunes
CRB10/193**

BIBLIOTECA

Escola de Enfermagem da UFRGS

Reg. n.º

685

Porto Alegre,

20/11/2001

T
7602
V656c
E 1

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes (orientadora)

Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Profa. Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos

Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima (suplente)

*Dedico essa
dissertação às enfermeiras
do Domicilium Mãe de Deus,
que me apoiaram nesse
processo criativo.*

AGRADECIMENTOS

Dirijo meus agradecimentos às pessoas com quem convivi durante esses dois anos, que contribuíram para meu desenvolvimento pessoal e profissional:

Aos pacientes e suas famílias, que sempre nos acolheram em suas casas.

À Professora Marta Júlia Lopes Marques, que orientou esse trabalho, incentivando e estimulando meu crescimento.

À Irmã Teresa Giacomini, Diretora Assistencial de Enfermagem do Hospital Mãe de Deus, pela colaboração e apoio.

A Isidoro, amigo, pelo apoio, colaboração e disponibilidade durante a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DOS QUADROS

RESUMO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 A ATENÇÃO DOMICILIAR: CONSTRUÇÃO E (RE)CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA ASSISTENCIAL – o problema de investigação.....	14
2.1 Raízes históricas da visita domiciliar como estratégia de saúde....	14
2.2 A crise do modelo hospitalar e as alternativas assistenciais.....	18
2.3 O atendimento domiciliar como descentralização do modelo clínico-hospitalar.....	23
2.4 O cuidado de enfermagem e a atenção básica domiciliar.....	28
3 O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO.....	39
3.1 O estudo de caso como aproximação do objeto.....	39
3.2 A coleta de dados: como ocorreu; facilidades e limitações.....	41
3.3 A categorização dos dados para análise	44
3.4 Considerações éticas.....	45
4 CONSTRUÇÃO DO DOMICILIUM MÃE DE DEUS - Resultados da pesquisa institucional.....	47
4.1 As origens.....	47
4.2 O paciente do Domicilium Mãe de Deus: quem é?.....	69
4.2.1 Resultados demográfico-epidemiológicos.....	71

4.2.2 O cliente do Domicilium Mãe de Deus e suas necessidades assistenciais.....	84
4.2.3 As intercorrências no atendimento domiciliar.....	88
5 AÇÕES DE ENFERMAGEM NO DOMICILUM MÃE DE DEUS.....	95
5.1 Descrição dos atendimentos por motivo de internação.....	98
5.1.1 O atendimento puerperal.....	98
5.1.2 O atendimento em caso de trauma.....	101
5.1.3 O atendimento neurológico.....	106
5.1.4 O atendimento em diálise peritoneal domiciliar.....	111
5.1.5 O atendimento das doenças neoplásicas.....	116
5.1.6 O atendimento das doenças respiratórias.....	119
5.1.7 O atendimento dos pacientes com diabete mellitus.....	122
6 O ATENDIMENTO DOMICILIAR COMO DESAFIO TÉCNICO E ÉTICO PARA AS ENFERMEIRAS	126
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
ABSTRACT.....	157
RESUMEN.....	158
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	159
ANEXOS.....	167

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	DISTRIBUIÇÃO DOS ATENDIMENTOS DOMICILIARES REALIZADOS PELO SERVIÇO DOMICILUM MÃE DE DEUS SEGUNDO ANO DE VISITA, PORTO ALEGRE – RS, 1997 - 2000.....	70
FIGURA 2	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO, SEGUNDO PATOLOGIA BÁSICA, 1997 – 2000.....	73
FIGURA 3	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO SEGUNDO SEXO.....	76
FIGURA 4	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO SEGUNDO O GRAU DE INSTRUÇÃO E SEXO.....	79
FIGURA 5	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO SEGUNDO A OCUPAÇÃO.....	80
FIGURA 6	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO SEGUNDO A PROCEDÊNCIA.....	81
FIGURA 7	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO SEGUNDO O FINANCIADOR.....	82
FIGURA 8	GRAU DE DEPENDÊNCIA POR PATOLOGIA.....	85
FIGURA 9	GRAU DE DEPENDÊNCIA CONFORME CRITÉRIOS DO DOMICILUM MÃE DE DEUS.....	86

FIGURA 10	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO CUIDADO DOMICILIAR.....	87
FIGURA 11	COMPARATIVO DE DIAS DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR E INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ORIGEM DA PATOLOGIA, DOS ÓBITOS OCORRIDOS.....	91
FIGURA 12	TOTAL DE ATENDIMENTOS DOMICILIARES E DE REINTERNAÇÕES POR ESPECIALIDADE POR ANO.....	92

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	ATIVIDADES NORMATIVAS DESENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO PUERPERAL NO DOMICILIO MÃE DE DEUS.....	100
QUADRO 2	ATIVIDADES NORMATIVAS DESENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO EM CASO DE TRAUMA NO DOMICILIO MÃE DE DEUS.....	102
QUADRO 3	ATIVIDADES NORMATIVAS DESENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO NEUROLÓGICO NO DOMICILIO MÃE DE DEUS.....	107
QUADRO 4	ATIVIDADES NORMATIVAS DESENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO EM DIÁLISE PERITONEAL DOMICILIAR NO DOMICILIO MÃE DE DEUS.....	112
QUADRO 5	ATIVIDADES NORMATIVAS DESENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO A DOENÇAS NEOPLÁSICAS NO DOMICILIO MÃE DE DEUS.....	118
QUADRO 6	ATIVIDADES NORMATIVAS DESENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO NAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NO DOMICILIO MÃE DE DEUS.....	121
QUADRO 7	ATIVIDADES NORMATIVAS DESENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM <i>DIABETE MELLITUS</i> NO DOMICILIO MÃE DE DEUS.....	123

RESUMO

O cuidado de enfermagem no espaço domiciliar: o modelo assistencial do Hospital Mãe de Deus tem como objetivo principal analisar o sistema Domicilium Mãe de Deus, desde a sua implantação, em setembro de 1997, até junho de 2000, para aprofundar conhecimentos sobre a realidade do cuidado domiciliar de enfermagem. O método de investigação utilizado foi o estudo descritivo do tipo estudo de caso que combina análise quantitativa e qualitativa, auxiliando na análise estatístico-descritiva e na elaboração das atividades normativas de enfermagem descritas nas principais patologias. A análise dos dados obtidos em 179 prontuários de pacientes demonstrou que a enfermeira é a base de sustentação para a operacionalização desse tipo de assistência e absolutamente indispensável nesse processo. O perfil epidemiológico-demográfico dos pacientes atendidos permitiu apurar o contexto das ações técnicas, relacionais e educativas da enfermeira, bem como a realidade do cuidado domiciliar e sua adequação entre qualificação e prática concreta. A enfermeira que vivencia esse processo identifica os conhecimentos necessários para execução de sua prática, bem como o dilema ético que esse tipo de atendimento proporciona.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de pesquisa é requisito para a obtenção do título de Mestre pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

São seus objetivos analisar o sistema Domicilium Mãe de Deus, para aprofundar conhecimentos sobre a realidade do cuidado¹ domiciliar de enfermagem e refletir sobre a adequação entre qualificação e prática concreta.

A escolha do tema está vinculada ao trabalho que a mestranda e pesquisadora realiza no Hospital Mãe de Deus, de Porto Alegre, tendo como principal atribuição supervisionar o serviço de atendimento domiciliar.

Para este estudo, a fonte de dados se constitui dos prontuários dos pacientes atendidos pelo programa, onde estão registrados os dados de identificação, os procedimentos realizados, as informações de exames diagnósticos, as prescrições médicas e as avaliações realizadas pelos profissionais de saúde. A fonte principal de registro da informação desses prontuários é a enfermeira que desenvolve o atendimento domiciliar. Os dados

¹ Utilizamos este termo para caracterizar as ações de enfermagem, não estabelecendo distinção entre cuidado e assistência.

utilizados serviram para a análise estatístico-descritiva da proposta e para a elaboração dos protocolos assistenciais de enfermagem.

A assistência domiciliar vem se desenvolvendo no Domicilium Mãe de Deus desde 1997. Esse programa destina-se a pacientes que necessitam de atendimento, temporário ou permanente, até sua reabilitação ou autonomia para o desempenho de suas tarefas diárias, ou a capacitação de um cuidador, profissional ou leigo.

O conceito de atenção básica² de saúde tem crescido em importância nos últimos anos, e os estudos a respeito do ensino e da qualificação dos profissionais de saúde para atuar nesse âmbito "*têm sido importantes principalmente para diagnosticar a qualidade dos recursos humanos para o setor e estão mencionados como uma estratégia recomendada pela Organização Panamericana de Saúde (OPS)...*", como enfatiza Nogueira (1988, p. 54).

Conforme documentos da OPS (1978), a enfermagem continua sendo uma atividade vinculada aos hospitais, mantendo as estruturas e os modelos de saúde prevalentes para a prestação de serviços curativos. Porém, nos dias de hoje, em que o importante é racionalizar o processo de acesso à saúde e à educação, o uso dos princípios salientados na conferência de Alma-Ata - eficácia, efetividade e eficiência - nos auxiliam no planejamento e na organização de um novo projeto assistencial. Para tanto, a racionalização das

² Devido à complexidade organizacional, buscamos utilizar os termos *atenção básica* e *assistência primária* como sinônimos.

ações de saúde requer um planejamento inteligente da assistência, e o atendimento domiciliar tem sido uma das atividades recomendadas e exercidas para esse fim.

O assunto é bastante polêmico e os questionamentos são muitos, quanto ao seu enfoque controlador, seu aspecto educativo, ético e seu custo. Não existe discórdia quanto à utilidade e à importância do atendimento domiciliar como instrumento de assistência de saúde, mas, seguramente, há a necessidade de uma reflexão maior sobre a melhor maneira de utilizar este sistema para promover a saúde.

Os números apresentados expressam a realidade do serviço prestado pelo Domicilium Mãe de Deus. Dessa maneira, os dados estatísticos têm como função guiar-nos para a busca de soluções, já que existem limites atestados pelas reflexões que o estudo nos permitiu aprofundar.

Entendemos que a importância deste estudo é a de contribuir com as práticas do cuidado de enfermagem domiciliar, no sentido de subsidiar a qualificação de recursos humanos nessa área.

Assim, com esta dissertação, tentamos responder a alguns questionamentos e motivações, sem esgotar o tema. Na seqüência, um capítulo introdutório, apresentando o tema, que subsidia com algumas contribuições conceituais a compreensão do contexto do atendimento domiciliar. Após, é apresentado o método de investigação e os resultados, buscando analisar os dados obtidos. Por fim, as considerações finais.

2 A ATENÇÃO DOMICILIAR: CONSTRUÇÃO E (RE)CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA ASSISTENCIAL - o problema de investigação

2.1 Raízes históricas da visita domiciliar como estratégia de saúde

Para a construção da problemática

Optamos por construir a problemática de investigação a partir da “costura” teórica de alguns conceitos buscados em autores que entendemos contribuir para sua formulação. Saliemos que não nos detivemos em formulações teóricas de enfermagem. Buscamos, em muitos momentos, referências conceituais que nos auxiliassem a “dar conta” da complexidade organizacional e das práticas profissionais envolvidas no processo assistencial ou do “cuidado”, termo atualmente utilizado para caracterizar as ações de enfermagem. Saliemos que neste trabalho não estabelecemos distinções entre *assistência* e *cuidado*, apesar de em alguns momentos termos privilegiado o termo *cuidado* e o ato de cuidar.

O atendimento domiciliar tem sido analisado em poucos estudos no Brasil, mas ganhou, surpreendentemente, crescente divulgação, institucionalização e popularidade. É o resgate de uma prática exercida entre

os primeiros migrantes italianos, espanhóis e alemães que chegaram ao Brasil e que parece ter sido esquecida pelas novas gerações.

No Brasil, os índios, na figura de pajés, feiticeiros e curandeiros, assumiam os cuidados de quem adoecia em suas tribos. Com a colonização, os Jesuítas, religiosos, voluntários e escravos faziam tal tarefa. E, ao contrário do que refere a maioria da literatura escrita sobre a enfermagem, os cuidados institucionalizados eram praticados por homens (Germano, 1985).

Segundo Augusto & Franco, citado por Mazza (1999), a enfermagem domiciliar data de período pré-histórico, sendo dividida em período pré-científico ou religioso, e quando o enfoque assistencialista prestado pelas irmãs de caridade não tinha a preocupação com o método científico que desse suporte aos trabalhos assistenciais. E, num segundo período, o científico, datado por volta de 1500, adquire um aspecto mais metódico, apesar de ainda ter grande influência religiosa. Esse período foi marcado pela sistematização dos procedimentos da visita domiciliar ocorrida por volta de 1850.

Apesar disso, a visita domiciliar institucionalizada, no Brasil, tem seu marco inicial em 1919, surgindo para responder à necessidade de controlar as doenças endêmicas existentes. Em 1920, Amaury de Medeiros introduz, na Escola da Cruz Vermelha, um curso de Visitadoras Sanitárias, para atender as necessidades de saúde coletiva do país. Nessa mesma época, Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, trouxe ao Brasil enfermeiras americanas para orientar e formar pessoal de saúde destinado a auxiliar na solução dos problemas de saúde pública, tais como tuberculose,

cólera, febre tifóide e outras epidemias. Tal iniciativa incluiu a visita domiciliar como atividade de Saúde Pública (Mazza, 1999).

Em 1923, foi fundada a Escola Ana Néri, com enfoque na assistência predominantemente primária e baseada em atividades de Saúde Pública. As primeiras alunas foram contratadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, "*cuja programação enfatizava o setor de profilaxia da tuberculose e saúde da criança, com atenção especial à visita domiciliária*", (Mazza¹, 1999).

Por volta de 1926, foi criado, em São Paulo, um curso de educadoras sanitárias. E, em 1946, seis enfermeiras² da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo ingressaram na Faculdade de Saúde Pública e, juntamente com dez educadoras, constituíram um grupo de visitadoras com o objetivo de prestar assistência domiciliar à saúde de gestantes, crianças e portadores de doenças transmissíveis. Este trabalho, segundo Mazza (1999), perdurou até 1963.

Em 1942, foi criada a Fundação SESP, que objetivava promover o saneamento das regiões amazônicas e do Vale do Rio Doce, afetadas pela febre amarela e pela malária. A assistência prestada era, predominantemente, domiciliar, sendo executada por pessoal de nível médio ou pelas chamadas visitadoras sanitárias, que eram supervisionadas por uma ou mais enfermeiras.

¹ Ao longo do texto, como ocorre nesta situação, quando as citações textuais não indicarem a página correspondente, trata-se de referência obtida através da internet.

² A denominação profissional será no feminino, pelo expressivo contingente de mulheres.

Augusto & Franco, citados por Mazza (1999), relatam a criação do Serviço Especial de Araraquara (SESA), que tinha como pressuposto prestar assistência domiciliar à população e servir como campo de estágio às enfermeiras e aos médicos de São Paulo. Os autores também referem que a assistência de enfermagem domiciliar era caracterizada por:

"uma sistematização de processo de visita: com o preparo anterior à realização da visita; uso de técnicas adequadas desenvolvidas no domicílio; de roteiro para realização da visita; estabelecimento de prioridade para os doentes portadores de doenças transmissíveis, que deveriam ser visitados separadamente ou em último lugar, para evitar infecções cruzadas; tendo preocupação com o tempo dispensado em cada visita". (Mazza, 1999)

A partir do breve histórico apresentado, podemos concluir que a visita domiciliária assegura, predominantemente, uma estratégia preventiva no contexto da enfermagem de Saúde Pública; constitui-se também em instrumento eficiente para se trabalhar com a família na promoção e detecção de suas necessidades de saúde e valorização da qualidade de vida (Bastos, 1963).

Contudo, para Cecílio (2000) a política de saúde do país pouco auxiliou para que as ações de saúde atendessem as necessidades da população. E, com a desarticulação dos serviços de saúde, devido à baixa resolutividade, à abordagem médica focada na queixa principal, à precariedade dos serviços ambulatoriais e à desigualdade de distribuição dos recursos de assistência médica, as ações desenvolvidas junto à comunidade e à família tornam-se, num país de contrastes, como o Brasil, um dos problemas mais sérios que afligem o setor de saúde. Aqui, os problemas são agravados pelo

subdesenvolvimento e pelo baixo nível educacional e socioeconômico da população. É nesses pontos que acreditamos sermos capazes de pontuar quais as limitações e quais os ônus que acarretam as atividades descritas.

O mesmo autor menciona, ainda, que inúmeras conquistas tecnológicas e a priorização de modelos de atenção à saúde com esse enfoque afastaram a prática do atendimento primário de nosso meio, mas ela permanece como uma iniciativa complementar e necessária, que pode representar uma alternativa eficaz à crise enfrentada pelo sistema de saúde.

Indicado, principalmente, para os doentes com seqüelas físicas e dependentes, acreditamos que o cuidado domiciliar pode ser exercido, a princípio, por toda pessoa, familiar ou cuidador, profissional ou leigo, que tenha interesse em utilizar esta alternativa, agilizando a alta hospitalar.

Na tentativa de avançar nos questionamentos e de problematizar esta prática, de um lado como alternativa ao modelo médico predominante e, de outro, sob a ótica da prática assistencial em si, propomo-nos a discutir esses itens.

2.2 A crise do modelo clínico-hospitalar e as alternativas assistenciais

Com a evolução da ciência e a melhora da qualidade de vida, vem sendo garantida maior longevidade ao ser humano. O crescimento demográfico do grupo etário de mais de 60 anos estará se ampliando em mais de 16 vezes num período de 75 anos. No mesmo período, nos Estados Unidos, Japão e China, países de população mais idosa estão se ampliando apenas 3,5, 5 e

6,5 vezes, respectivamente (*Revista da Associação Brasileira de Empresas de Internação Domiciliar - ABEMID*, 1998). É sabido que a assistência de saúde aos idosos consome mais serviços, pois as taxas de internação são bem mais elevadas nessa faixa etária e o tempo de permanência é de 3 a 4 vezes maior. O crescimento populacional dos idosos é irreversível, de modo que o cuidado a essa população necessita ser reestruturado.

O cuidado domiciliar não pode ser exclusivo aos doentes seqüelares e dependentes, devendo-se pensar em novos modelos de cuidado, eliminando-se a ocupação dos recursos de saúde com as chamadas doenças "evitáveis", tais como hipertensão, cardiopatias, diabetes e doenças pulmonares obstrutivas. Isso significa que a saúde pública precisa assumir todas as ações que podem interferir de modo permanente, para evitar doenças e tratar doentes, incluindo o controle da desnutrição, o saneamento básico, a segurança e a qualidade de vida.

O modelo assistencial clínico, centrado no hospital e, principalmente, na figura do médico, está em crise mundial, tanto pelo alto custo, quanto pela crescente exigência em relação à assistência prestada. A dominação do modelo clínico, segundo Salum (1999), ainda que se apóie no modelo epidemiológico, está centrado na assistência médica:

"aperfeiçoando e reeditando mesmo o modo como, sob esta 'hegemonia', se integra o trabalho da enfermagem: como instrumento de um projeto que não se destina exatamente a 'recuperar o corpo familiar para o trabalho'".

Até o final do século passado, partindo de Almeida e Rocha (1997), o modelo assistencial clínico tinha por finalidade recuperar o corpo do indivíduo e usa como instrumento o conhecimento anátomo-fisiológico. No início deste século, segundo relata Pasternak e Neto, citado por Pessini e Barchifontaine (1997), ocorreu profundo desenvolvimento científico na atividade médica. A tecnologia associada ao trabalho médico proporcionou avanços nos diagnósticos. A partir da especialização do trabalho, surgiram as especialidades médicas e, em contrapartida, para Almeida e Rocha (1997), a divisão técnica do trabalho coletivo, compartilhado com outros profissionais, surgindo então a enfermagem clínica ou hospitalar.

Um dos questionamentos levantados a partir dessa situação é que ainda não estamos tendo clareza suficiente sobre qual o verdadeiro papel da assistência primária à saúde. Dentre as más conseqüências dessa situação estão os atendimentos nos pronto-socorros dos hospitais, que deveriam atender patologias agudas (infarto do miocárdio, traumas, entre outros) e que atendem problemas que poderiam ser abordados com outras tecnologias e em outro espaço. Um dos exemplos mais comuns é o atendimento a pessoas com doenças degenerativas crônicas, tais como diabetes, hipertensão, obesidade, doenças pulmonares crônicas, que podem ser atendidas adequadamente e com resolutividade até em suas próprias casas.

Com isso, grande número de pessoas acaba tendo atendimento inadequado, incompleto e descontínuo. Isso demanda grande esforço e gastos enormes em atendimentos paliativos e insatisfatórios. *“Os poucos recursos são*

mal gastos, agravando o quadro crônico de insuficiência dos mesmos", refere Cecílio (2000).

Conforme cita Paternak e Neto (apud Pessini e Barchifontaine, 1997, p.154), os:

"cuidados pertinentes às seqüelas e reabilitação dos incapacitados pelas moléstias configuram, possivelmente, uma das maiores lacunas em nosso panorama de saúde. Isso é compreensível, já que não se consegue realizar a contento a fase anterior a essa etapa, de concretização mais difícil, e dela constitui conseqüência".

Um dos documentos que enfatiza *"a necessidade de opção por novas alternativas nas ações de saúde"* é o de Bogotá³, o qual assinala que entre os compromissos assumidos está o estímulo *"à pesquisa na promoção da saúde para gerar ciência e tecnologia apropriada para disseminar o conhecimento resultante, de forma que se transforme em instrumento de libertação, mudança e participação"*.

O Brasil tem enfrentado esse desafio através dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e Programa Saúde da Família (PSF), modelo este que reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e que possibilita às equipes dos Programas Saúde da Família (PSF) uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

³ Documento redigido na 4ª Conferência Mundial de Saúde, em Bogotá, Colômbia, em 1992, o qual enfatiza a solidariedade e a equidade social como condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento.

Salum (1999) reconhece que o Programa Saúde da Família e os projetos de qualificação que dele vêm se desdobrando representa:

“uma reedição contemporânea do modelo clínico em saúde coletiva, centrado na assistência médica, aperfeiçoando e reeditando mesmo o modo como, sob essa ‘hegemonia’, se integra o trabalho da enfermagem”.

Essa estratégia, segundo a autora, é um instrumento utilizado mais para controlar as famílias que representam risco social do que para *“recuperar o corpo familiar para o trabalho”*.

O Programa Saúde da Família está estruturado em equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por determinada população, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção. Conforme Bech (2000), o sistema implantado em Cuba é superior ao nosso. Equivalente ao nosso PSF, as populações atendidas são de 80 a 120 famílias, conforme o tipo de território, enquanto que no Brasil o Programa de Saúde da Família toma território de aproximadamente 1.000 famílias. Nessas condições, nossas equipes devem conhecer profundamente técnicas clínicas e serem resolutivas, enfatiza o autor.

Apesar das deficiências crônicas de financiamento, o modelo brasileiro ganha novos contornos procurando enfrentar a realidade com as competências políticas, e a proposta que consta no artigo 198 da Constituição Federal espelha essa tentativa de enfrentamento. O texto desse artigo introduz noções importantes para a busca de um novo modelo. Expressa o seguinte:

“I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - [...];

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.”

A necessidade de pensar e buscar novos fluxos dentro do sistema vigente é um dos movimentos de incorporação de tecnologias de trabalho e de gestão que podem viabilizar a construção de um sistema de saúde comprometido com a população. Disso, acreditamos, pode nascer um modelo assistencial voltado ao atendimento integral, qualificado e comprometido com a realidade.

2.3 O atendimento domiciliar como descentralização do modelo clínico-hospitalar

O atendimento domiciliar é um dos recursos utilizados no processo de racionalização do uso da estrutura hospitalar e de desospitalização; oferece alternativas para o cuidado de pacientes que procuram a instituição, reduzindo a infecção, as enfermidades, o sofrimento e o tempo de hospitalização ou evitando a internação.

Nessa linha reflexiva, e ao referir-se à alta precoce, Cunha (1991) afirma que o alto custo do tratamento hospitalar, a carência de leitos e a incidência elevada de doenças crônicas fazem com que uma percentagem significativa de doentes receba tratamento em suas casas.

Segundo Borfitz (apud Lacerda, 1996), estudos realizados nos Estados Unidos mostram que pacientes que se recuperam no domicílio vivem mais e que, apesar do cuidado domiciliar não estar livre de problemas, as famílias consideram esse serviço como a melhor condição de proporcionar qualidade de vida ao seu familiar.

Essa é uma estratégia importante para a redução do tempo de internação hospitalar, valorizando novos espaços e tecnologias que permitam, de alguma forma, esvaziar a centralidade da internação hospitalar no tratamento de doenças crônicas. É possível e necessário explorar estratégias de desconcentração do atendimento hospitalar. Os programas de atendimento domiciliar, com suas abordagens diferenciadas, reforçam esse movimento desconcentrador.

Seguindo essas estratégias, a desospitalização é uma forma de se proporcionar atendimento personalizado e com qualidade ao doente, obtendo economia e ajudando na oferta de vagas para pacientes que necessitam de internação. Esse modelo já vem sendo usado em vários países, como a França, que completa em 2001, 42 anos de implantação do "Hospitalization à Domicile", Espanha, com o "Hospitalizacion a Domicilio", e Estados Unidos,

que conta com programas de "Atenção Gerenciada", onde equipes de trabalho atuam na prevenção de maneira integrada.

Esse tipo de solução não é novo, pelo menos como proposta. Conforme Arras e Dubler (1994), a questão é que raras vezes consegue ser implantado com a racionalidade necessária, isto é, **uma revolução cultural e uma revolução tecnológica** (grifo nosso) aliadas à construção de uma nova proposta no trabalho da enfermeira.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, URSS, de 1978, considera a atenção domiciliária como um dos meios de se obter participação no planejamento, na organização, na operação e no controle dos cuidados do indivíduo, da família e da comunidade. A partir desse enfoque, o Brasil começou a dar ênfase à assistência primária.

Para o Ministério da Saúde (1990), a manutenção de pacientes crônicos em nível domiciliar deve ser estimulada através de práticas educativas, dirigidas a pacientes e familiares, valorizando assim o serviço de enfermagem e o médico. O processo de educação à saúde, por meio da visita domiciliária, auxilia na identificação das principais características do perfil epidemiológico da população, determinando quais os principais grupos de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde a serem desenvolvidos.

No Brasil, projetos como os de atendimento domiciliar podem contribuir para tornar mais palpável a realidade da saúde brasileira, auxiliando no gerenciamento da demanda por atendimentos hospitalares, que requer alternativas que apresentem justificativas clínicas, éticas e econômicas. Ainda

assim, mudanças na legislação da previdência complementar são necessárias para estimular o crescimento do atendimento domiciliar.

No país, o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público de São Paulo foi o pioneiro. Desde 1968, cita Mazza (1999), tem como objetivo principal dar conforto aos pacientes portadores de doenças crônicas que poderiam receber cuidados médicos e de enfermagem em casa.

Reconhece-se, também, que essa alternativa enfrenta outros problemas, tais como: a falta de preparação das pessoas para cuidarem de si mesmas e da família; as culturas populares referentes às mudanças de comportamento, considerando a saúde como algo mais do que a ausência de doença, ou a doença como algo punitivo e que foge ao controle humano; a falta de comprometimento do Estado e das seguradoras de saúde em diminuir seus custos, aumentando os gastos pessoais do paciente e da família. Nesse caso, concordamos com Barros (1998, p. 170) quando diz que *"as necessidades da população devem definir a forma de organização e esta deve dispor de tecnologias adequadas, considerando, obviamente, o custo-benefício da mesma"*.

Deve-se, no entanto, ter claro que a utilização do domicílio para a prestação da assistência não pode ser considerada uma "medicina barata", mas uma elevação da qualidade de vida para o paciente e família, já que o conforto e a comodidade são objetivos desse modelo.

Entre outros aspectos que geram dificuldade para a adesão a esse modelo está o receio dos familiares, a resistência dos médicos para o

atendimento, a dificuldade na cobrança de honorários médicos, a aceitação pelos planos de saúde, os custos do atendimento e a concorrência formal e informal. Informar e educar não basta. É necessário criar um estímulo oportuno, a consciência crítica e atos positivos para que esse tipo de assistência vigore em todo o país. Conforme Cecílio (2000), uma saída para o Brasil é a implantação de um modelo de saúde com dimensão coletiva que chegue até as pessoas e acione o "estímulo oportuno". Para o mesmo autor, as pessoas só se deslocariam para o hospital quando o caso fosse urgente. Portanto, teríamos um sistema de saúde coletivo funcionando fora do hospital.

Dilly & Jesus (1995) sustentam que a educação para a saúde não deve se limitar a modificar somente as necessidades das comunidades ou famílias, mas também estimular a consciência crítica dessas necessidades às mudanças, e a enfermeira é o profissional que possui em sua formação os requisitos necessários ao desenvolvimento de tarefas educativas em relação à saúde. Nessa mesma linha, Desautiers, citado por Santos (1998, p. 6), relata que o processo educativo implicará o "*... desenvolvimento de habilidades e atitudes, assim como a integração dos saberes à prática cotidiana [...]*".

A partir dessas reflexões poderíamos elencar muitas questões que se tornam visíveis no contexto do modelo médico-hospitalar. Percebemos, no entanto, que é preciso agregar a esses questionamentos a qualificação dos agentes desse processo.

2.4 O cuidado de enfermagem e a atenção básica domiciliar

Os conceitos de assistência primária à saúde, que, ao nosso ver, abrangem mais do que atenção ou prevenção à saúde, referem-se, conforme a Declaração de Alma-Ata, ao conjunto de ações que intervêm nos principais problemas de saúde, prestando os serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (1978) reitera que a saúde primária:

“é ao mesmo tempo reflexo e conseqüência das condições socioeconômicas e das características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseia na aplicação dos resultados pertinentes das investigações sociais, biomédicas e sobre serviços de saúde e na experiência acumulada em matéria de saúde pública”.

Acrescenta-se que a assistência à saúde necessita da participação dos povos no planejamento e na execução de seus cuidados e deve ter em vista os principais problemas de saúde da comunidade.

Em 1986, Kickbusch (1996), depois de analisar o que se passava com a “promoção da saúde”, no que diz respeito a programas e políticas, elaborou na Oficina Regional da OMS para a Europa um documento que afirma ser a promoção da saúde o processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua própria saúde e ao mesmo tempo melhorá-la. Neste contexto, a saúde passa a ser considerada um recurso aplicável à vida cotidiana e não um objeto dessa vida.

Exercitar os princípios da assistência e do ensino significa gerar recursos suficientes que sustentem esse sistema e que se traduzam em melhor

assistência às pessoas. Isso é afirmado por Salum (1999) quando considera que é necessário concretizar na ascensão da responsabilidade pública investida na educação a produção de projetos e serviços que contribuam para resolver os problemas sociais.

Isso é enfatizado nos documentos redigidos das cinco conferências mundiais sobre promoção da saúde, na Carta de Ottawa (Canadá, 1986), que trouxe a ampliação da concepção de promoção da saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde; Declaração de Adelaide (Austrália, 1988), que tratou das Políticas Públicas Saudáveis; Declaração de Sundsvall (Suécia, 1991), que teve como temas centrais Ambientes favoráveis à saúde e Desenvolvimento sustentável à qualidade de vida; Declaração de Bogotá (Colômbia, 1992), que trata das linhas de promoção da saúde adequadas às realidades dos países em desenvolvimento; e a Declaração de Jacarta (Indonésia, 1997), com o tema Promoção da Saúde no Século XXI. Essas conferências mencionam a necessidade de reorientação dos serviços de saúde, o respeito às peculiaridades culturais, o esforço maior de pesquisa em saúde, de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área de saúde, e estabelecem consensos, principalmente na participação da comunidade para a implantação dos serviços, a respeito da Promoção da Saúde.

A reorganização das práticas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde deve observar os princípios básicos que orientam a

proposta dos programas de assistência primária, e a enfermeira precisa estar preparada para conhecer a realidade, identificar os problemas, elaborar um plano assistencial participativo, prestar assistência integral e desenvolver ações educativas para o enfrentamento dos problemas.

Conforme salienta Levy (2000), a transmissão desses conhecimentos não pode ser entendida como uma benesse assistencial ou ato de favor dos detentores do poder e do conhecimento. As pessoas devem ter acesso fácil, oportuno e compreensível a dados e informações sobre sua saúde e condições de vida do meio onde se inserem. Os dados e as informações precisam ser claros, precisos e fidedignos, e ser transmitidos de maneira adequada, para que mobilizem a atenção das pessoas e motivem sua utilização.

A assistência e o ensino, complementados pela pesquisa, são áreas que interagem enriquecendo-se mutuamente, contemplando espaços para o exercício da cidadania, criando resultados de qualidade, bem como o conhecimento para a assistência adequada, assim como os procedimentos para a prevenção de complicações são necessários para garantir a qualidade prestada em qualquer nível de atenção à saúde.

Por entendermos que o espaço domiciliar é um local onde a ação terapêutica da enfermeira é de fundamental importância e que precisa ser assumida com muita seriedade pela enfermagem, a formação desse profissional necessita ser construída centrada na idéia de restituir ao indivíduo sua autonomia e qualidade de vida.

considere as implicações do impacto de uma doença na família, pois todos os membros dela são afetados. Ela compartilha os conhecimentos e as informações quanto aos serviços existentes e sua melhor utilização.

O novo papel da enfermeira no cuidado direto às pessoas, explica Nogueira (1988), deve ser desenvolvido dentro do "*enfoque epidemiológico e em todos os níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde*". Para a autora (op. cit., p. 57), o enfoque do indivíduo na assistência primária de saúde:

"requerá enfermeiras capazes não só de enfatizar os aspectos de recuperação da saúde, mas também os de promoção, proteção e reabilitação e focalizar o ser humano bio-psico-sócio-espiritualmente, como um sistema individual aberto, em íntima interação com o sistema social e com o da natureza".

Nesses termos, o papel da enfermeira é muito mais de capacitadora ou facilitadora do que de especialista, e para isso precisa manejar uma ampla variedade de estratégias de ensino e situações de aprendizagem, coordenar recursos, facilitar discussões e promover a aprendizagem de todas as experiências possíveis.

Adotando-se o que diz Lopes (1995) quando conceitua os cuidados e o cuidar em enfermagem, que se configura na ação e nas atividades que identificam e singularizam as práticas de enfermagem, têm uma relação construída com o feminino e são concretamente o resultado da utilização de instrumentos e de condutas que se inscrevem num processo específico de relações sociais (saúde-doença), que visam responder às necessidades humanas compreendidas como multidimensionais. Essa resposta pode, de forma restrita, se materializar em a) ações simples de sobrevivência (para

manter a vida, cuidados estéticos, etc.) vistas como formas de preservação da vida e resistência às agressões externas (ferimentos, doenças); ou, b) de forma mais complexa, em um conjunto de atividades e procedimentos de base científica que servem para manter, preservar e recuperar a saúde.

É nesses termos que situamos as características profissionais que devem marcar a qualificação das enfermeiras. Essa qualificação, seguindo a mesma autora, agrega uma nova lógica, que se conjuga na interdependência das múltiplas disciplinas envolvidas na prevenção, promoção e recuperação da saúde. Essas novas lógicas, diz a autora, estão aí para lembrar que o restabelecimento e a cura são resultados de práticas diversas, quer sejam as dominantes (hegemônicas) e glorificadas pela ciência, ou simplesmente aquelas que estimulam e fazem renascer o gosto e o desejo de viver.

O cuidado é a primeira finalidade do atendimento domiciliar. Os pacientes são considerados a própria fonte de conhecimento e evolução desse modelo de cuidado. A diferença é que aprendemos com os pacientes e cuidadores. Cada paciente deve ser visto como uma nova fonte de pesquisa. As novas informações e respostas obtidas vão tornando o atendimento mais eficiente e aprimorando também a relação custo/benefício.

O princípio do cuidado de enfermagem domiciliar está no comprometimento dos profissionais de saúde com as necessidades do cliente, isto é, paciente e família. Autores como Santos et al. (1999) e Lacerda (1996) afirmam que a família é o ponto-chave para o cuidado domiciliar e que um

vínculo e a aproximação com eles devem ser garantidos para o sucesso do cuidado ao paciente.

A compreensão e a adesão dos pacientes e cuidadores ao programa é parte importante do processo. Por isso, a adaptação por parte da família dependerá do tipo de doença e do papel que o membro doente cumpria no contexto familiar.

As pequenas mudanças vão se somando até se transformarem em grandes mudanças. Não existe participação no cuidado quando não se acredita ou quando não se entende o que foi ensinado. Nesse sentido, é importante que a apresentação da informação se faça de maneira interessante e acessível. Isso inclui explicar a postura de trabalho das enfermeiras e conquistar a confiança das pessoas envolvidas.

Autores como Weissman (1988) sugerem que o sucesso com modelos de enfermagem para uma população específica de clientes deve basear-se em três componentes: a prática com profissionais qualificados; serviços com respostas imediatas; e o pagamento do serviço prestado.

Para auxiliar na compreensão do ponto de vista educativo, Nogueira (1988) recomenda o preparo das enfermeiras para trabalhar na comunidade, que, por sua vez, necessita incorporar conhecimentos relativos a saneamento básico, epidemiologia, estatística vital, métodos preventivos de doenças, vigilância epidemiológica, educação para a saúde, e a administração de serviços de enfermagem na comunidade.

Para Creutzberg (2000, p. 5), “o processo de educação em saúde acontece, de forma mais efetiva e participativa, se esta for desenvolvida no domicílio”. A função de educadora da enfermeira, nesse processo, é de fundamental importância. Como demonstram Rice (1986) e Bastos (1963), a educação é um processo contínuo, dinâmico e social, representado por influências que fazem com que o indivíduo modifique seu comportamento. Isso é reafirmado por Rodrigues (1973), quando cita que só existe desenvolvimento de comunidade, quando se atua em nível de atitude e de comportamento. Um processo educativo permite o crescimento através da conscientização, quando se tornam reais as possibilidades latentes nas comunidades (indivíduos e famílias).

Desenvolver pessoas para o cuidado significa não domesticar ou treinar indivíduos para melhorar o desempenho, mas possibilitar o crescimento e a realização delas no ato de cuidar. Para atingir esse objetivo são necessários o engajamento de profissionais de saúde e de educação, famílias e líderes comunitários nos esforços de promoção da saúde.

A família constitui um centro de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento importante e é nela que se adquirem os valores vitais fundamentais. Sendo assim, é o lugar ideal para desenvolver programas de educação e promoção de saúde de amplo alcance e repercussão, já que a família exerce grande influência sobre os jovens nas etapas formativas mais importantes de suas vidas.

Considerando esses aspectos, penso que é oportuno refletirmos sobre a qualificação e adequação profissional às novas exigências e à construção de novos modelos assistenciais.

Reconhecendo a complexidade da temática, quer seja técnica, organizacional ou ética, é que nos propomos a pesquisar o mundo vivido do cuidado domiciliar através de um estudo de caso que nos permita a aproximação com o mundo real.

O foco de estudo

O atendimento domiciliar é um dos recursos utilizados no processo de racionalização do uso da estrutura hospitalar, oferecendo alternativas ao cuidado de pacientes que procuram a instituição, tenham condições clínicas estáveis e necessite de continuidade de tratamento.

Infelizmente, as necessidades de atendimento de saúde têm tido como panorama a estrutura hospitalar, configurando, na maioria dos casos, um dos principais acessos ao sistema de saúde.

Esse tipo de assistência tem tido bons resultados para pacientes, familiares e as instituições hospitalares, provocando nas enfermeiras os mais diversos sentimentos, seja relacionado a sua preparação para tal atividade, seja à forma como esse atendimento é feito.

Com base nessas considerações, optei pelo estudo de caso, combinando quantificações e informações qualitativas. Essa metodologia, ao nosso entender, adapta-se ao objetivo proposto para a investigação, ou seja,

analisar o sistema de atendimento domiciliar – Domicilium Mãe de Deus, desde a sua implantação, em setembro de 1997, até junho de 2000, para conhecer a realidade do cuidado domiciliar de enfermagem e refletir sobre a adequação entre qualificação e prática concreta. Frente a isso, traçamos os seguintes objetivos específicos:

- a) descrever a história do Programa Domicilium do Hospital Mãe de Deus;
- b) caracterizar, a partir de uma perspectiva epidemiológica, a população de clientes do Domicilium;
- c) espacializar os atendimentos, visando a conhecer a territorialização e a abrangência do sistema Domicilium;
- d) identificar, classificar e analisar as ações de enfermagem, técnicas, relacionais e educativas, conforme os registros dos prontuários dos clientes.

Os objetivos traçados tentam responder à necessidade de acumularmos conhecimentos sobre essa “nova” vertente do cuidar. Para tal, estruturamos algumas categorias de compreensão para a análise dos resultados, as quais resultam de um esforço no sentido de criarmos óticas capazes de dar visibilidade à complexidade do tema “cuidar no domicílio”.

Essas categorias, com base nas referências⁴ que utilizamos, correspondem às definições que descrevemos abaixo:

⁴ O significado adotado para as categorias expressa nossa concepção sobre o cuidado. Para auxiliar-nos nas descrições, utilizamos algumas expressões do dicionário da Língua Portuguesa.

Cuidado técnico - uso do conhecimento científico para a aplicação de técnicas no processo de cuidar.

Cuidado relacional – utilização de ações e atitudes de apoio, estímulo, facilitação, negociação e influência sobre as pessoas. Resultam da trama dinâmica das relações que constroem as sociedades.

Cuidado educativo – aquele em que a enfermeira auxilia a outra pessoa (paciente ou família) a cuidar de si mesma, favorecendo seu desenvolvimento e crescimento.

3 O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

3.1 O estudo de caso como aproximação do objeto

A escolha do objeto de estudo está associada à minha participação efetiva como enfermeira domiciliar e, atualmente, supervisora do Serviço de Atendimento Domiciliar do Hospital Mãe de Deus. Esse fato possibilitou o acesso aos dados dos pacientes e permitiu contribuir com um estudo que poderá auxiliar no trabalho desenvolvido pelas enfermeiras do Domicilium. Os dados coletados fazem parte do Processo do Cuidado ao Paciente, que tem como fonte de registro o prontuário do paciente.

O estudo descritivo do tipo estudo de caso, combinando quantificações e informações qualitativas, ao nosso ver, ajustou-se aos objetivos propostos. Conforme Stake (1994), esta é uma escolha estratégica para decidir por quanto tempo a complexidade de um caso pode ser estudada dentro de um sistema mais amplo. Não é considerado apenas como uma escolha metodológica, mas como uma escolha do objeto a ser estudado.

Buscando a qualidade de dados, utilizamos o que sugere Polit e Hungler (1995, p. 270), quando afirmam:

“a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu

ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle imposto ao pesquisador)".

Essa metodologia pode ser fundamentada por meio de algumas características, descritas por Lüdke e André (1986) e que, de maneira geral, se superpõem às características gerais da pesquisa qualitativa:

- a) os estudos de casos visam à descoberta, identificando sempre novos elementos que possam surgir durante o estudo;
- b) enfatiza a interpretação de um contexto em que o estudo se situa;
- c) busca retratar a realidade de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa situação;
- d) usam uma variedade de fontes de dados, coletados em diferentes momentos;
- e) revelam experiência e permitem generalizações naturalísticas; esses dizem respeito a alguns aspectos encontrados no estudo que relatam as experiências do pesquisador durante o estudo;
- f) procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social;
- g) os relatos de caso utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa.

A utilização de pesquisa documental, nos registros dos prontuários dos pacientes, auxiliou-nos na classificação sociodemográfica e de informações epidemiológicas. Selecionamos também indivíduos para a complementação qualitativa dos dados. Essa combinação auxiliou na investigação e permitiu

apurar conceitos e desenvolver hipóteses de pesquisa posterior. Portanto, o estudo contém descrições selecionadas dos registros da população de pacientes investigada, bem como descrições quantitativas relativas às classificações emergidas dos dados. Buscou também compreender por temáticas, o contexto das ações técnicas, relacionais e educativas de enfermagem, determinando suas características de natureza e abrangência, pois a base organizacional do serviço foi analisada a partir dos documentos de registro e considerados os atendimentos realizados pelo Domicilium.

3.2 A coleta de dados: como ocorreu; facilidades e limitações

A primeira etapa do estudo reconstruiu a história do serviço, no que diz respeito a sua criação e trajetória, através da análise do Projeto do Programa de Internação Domiciliar - PID (Paz, 1995) e do Projeto Domicilium (1997); do livro *Os Dez Andares da Fé* (Pereira, 1989) e de revistas de circulação interna do Hospital Mãe de Deus (1999 e 2000). No segundo momento dessa etapa, o serviço foi descrito em sua dinâmica atual. Para isso, utilizamos o fluxograma do serviço e o processo do cuidado do paciente. Foram considerados alguns aspectos relevantes percebidos durante a nossa permanência no serviço como enfermeira assistencial.

Na segunda etapa do estudo utilizamos os dados obtidos nos prontuários de pacientes que necessitaram de atendimento domiciliar e foram atendidos pelo Domicilium do Hospital Mãe de Deus. Os pacientes ingressos possuem base nos critérios adotados para a internação domiciliar.

Além de gerar como produtos uma caracterização sociodemográfica e epidemiológica da população atendida no período de setembro de 1997 até junho de 2000 e um plano de ação, isto é, a prescrição de enfermagem, possibilitou conhecer a realidade do cuidado domiciliar de enfermagem e sua adequação entre qualificação e prática concreta.

Após receber permissão da Diretoria Assistencial do Hospital Mãe de Deus e da chefia do Serviço de Arquivo Médico (SAME), para a realização deste estudo iniciamos a investigação pelo Serviço de Sistemas de Informação, o qual disponibilizou a listagem com todos os pacientes com ingresso no Programa Domiciliar (PD - sigla utilizada para pacientes com ingresso Domicilium). A seguir, foram separados no SAME, todos os prontuários dos pacientes atendidos pelo Domicilium. Nessa etapa foram utilizadas 4 semanas para a realização de toda a coleta de dados.

A coleta de dados com as enfermeiras possibilitou investigar características e diferenças internas da população. Essa etapa foi sistematizada através de um formulário contendo eixos de investigação (Anexo A).

Os dados contidos nos prontuários possibilitaram identificar e classificar as ações de enfermagem, trazendo informações sobre o contexto da assistência que foram, a nosso ver, limitadas. Devido a essa constatação, foram consideradas fontes fidedignas para essas informações as enfermeiras que dispensaram esse tipo de atendimento. Assim, foram realizadas

entrevistas com todas as enfermeiras que prestaram atendimento no Domicilium, no período de setembro de 1997 a junho de 2000.

A utilização dessa técnica de coleta de dados, conforme Lüdke e André (1986), auxilia na interação entre pesquisador e informante, havendo uma atmosfera de influência recíproca em ambos.

Conforme as autoras, (1986, p. 34) a *"vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos"*.

Tendo as enfermeiras como um dos focos deste estudo, os dados necessários para alcançar os objetivos foram coletados por meio de entrevista, contendo questões abertas e fechadas.

As entrevistas foram a base para a construção da terceira etapa do estudo: conhecer a visão das enfermeiras sobre aspectos técnicos e assistenciais do atendimento domiciliar. Com o auxílio de um instrumento-guia (Anexo B), as entrevistas constituíram-se de perguntas abertas e fechadas, fornecendo informações que possibilitaram conhecer e compreender a dinâmica do Domicilium e a capacitação das enfermeiras para essa atividade.

As entrevistas foram operacionalizadas da seguinte forma:

- a) seleção das informantes que trabalham no Domicilium Mãe de Deus;

- b) o contato inicial para sensibilização das enfermeiras que atendem no Domicilium foi feito pessoalmente com, no mínimo, uma semana de antecedência da entrevista;
- c) convite para participar da pesquisa;
- d) agendamento da entrevista;
- e) leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C);
- f) entrevistas semi-estruturadas, conforme roteiro (Anexo B).

Priorizando a privacidade para a realização das entrevistas, buscamos utilizar um dos consultórios disponíveis no Centro Clínico Mãe de Deus.

Durante as entrevistas não houve imposição de uma ordem rígida de questões, e a entrevistada discorreu livremente sobre as questões propostas, com base nas informações que ela possui sobre o tema. As informações fluíram de maneira autêntica, na medida em que houve clima favorável, de descontração.

Após a realização de cada entrevista, as mesmas foram transcritas e digitadas, possibilitando dessa maneira uma melhor apreensão do conteúdo gravado.

3.3 A categorização dos dados para análise

Para o estudo dos dados quantitativos, foi realizada uma análise descritiva a partir de tabelas de frequência simples e medidas de tendência central e dispersão. Foram utilizadas, também, tabelas cruzadas com as

variáveis socioeconômicas, sexo, idade, grau de instrução, procedência, cuidados em relação à patologia básica e associada, dias de internação domiciliar e hospitalar e informações sobre planos de cuidados e procedimentos de enfermagem.

O procedimento utilizado para a análise das informações qualitativas obtidas seguiu a proposta de Lüdke e André (1986), que consiste em trabalhar todo o material obtido, durante a pesquisa, organizando-o em partes e identificando nelas as categorias descritivas.

Portanto, para as entrevistas, partiu-se da análise de conteúdo temática, com a categorização surgida a partir das questões indutoras e do tipo de cuidado, previamente definido por nós como técnico, relacional e educativo.

3.4 Considerações éticas

Os princípios éticos foram observados em relação ao acesso e à análise dos dados, respeitando as normas de pesquisa em saúde mencionadas na Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996).

O presente estudo, conforme a resolução supracitada, é considerado uma pesquisa sem risco, pois não emprega nenhuma intervenção ou modificação intencional psicológica, social ou fisiológica dos indivíduos que participaram da mesma.

Respeitando esses princípios, foram esclarecidos, oralmente, às enfermeiras, os objetivos da pesquisa e foi apresentado um Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), solicitando a assinatura do entrevistado, garantindo o anonimato, o caráter sigiloso das informações e o direito de não participação em qualquer momento da pesquisa.

Para obter o acesso aos dados nos prontuários dos pacientes, foi encaminhada uma cópia do projeto à Diretoria Assistencial de Enfermagem do Hospital Mãe de Deus. Após a aprovação da diretoria, foi encaminhada ao supervisor do Serviço de Arquivo Médico a permissão para manuseio dos prontuários, sendo que não foi permitida a liberação de nenhum prontuário fora do próprio local.

4 CONSTRUÇÃO DO DOMICILIUM MÃE DE DEUS- Resultados da pesquisa institucional

4.1 As origens

O Hospital Mãe de Deus é uma obra da Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo – Scalabrinianas, e sua entidade mantenedora é a Província Imaculada Conceição, SEBS – Sociedade Educadora e Beneficente do Sul, com sede em Caxias do Sul, RS.

O Padre José Marchetti, da Itália, em sua primeira estada no Brasil, percebeu que os migrantes e órfãos ficavam no abandono, carentes de saúde e educação. Retornando à Itália, propõe ao Bispo de Piacenza a fundação de uma Congregação de Irmãs para cumprir essa missão (*Manual Eu Sou Mãe de Deus*, 1999).

Dom João Batista Scalabrini, bispo em Piacenza – Itália, fundou em 25 de outubro de 1895, a Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo, dedicando-se em especial aos migrantes, prestando serviço evangélico e missionário, através de educação, catequese, saúde e ação social.

O Padre Luiz Gonzaga Jaeger, no Brasil, mais precisamente em Porto Alegre, sente a necessidade de um hospital diferenciado pelo atendimento

humano. Para tal, imaginava e percebia que as religiosas da Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo possuíam as condições necessárias para construí-lo e administrá-lo, vendo na figura da Irmã Maria Jacomina Veronese a pessoa que reunia todas as condições para concretizar esse sonho.

Assim, em 1964, uma obra inacabada situada no número 286 da rua José de Alencar, em Porto Alegre, foi adquirida pela Ordem das Irmãs Caristas, para a construção de um hospital.

Em setembro de 1965 foi inaugurado o ambulatório, "*em uma prévia officiosa do próprio hospital*" Mãe de Deus, que funcionava numa casa em frente à obra, iniciando com atendimento a domicílio, dirigido pela Irmã Marines Scorsatto, e prestava atendimento às comunidades carentes da redondeza (Pereira, 1990, p. 35).

As obras do hospital propriamente iniciaram em março de 1966, com a direção do engenheiro Victor Fuhrmeister. Mas, com a falta de recursos para dar continuidade às obras, a empreiteira, com mais de 100 homens trabalhando, foi dispensada e, para as obras não serem interrompidas completamente, o número de operários reduzido para seis.

Em 1974, o médico Rainer Hermann foi convidado para o cargo de administrador do hospital. O mesmo, com especialização na Alemanha, possuía experiência de dois anos em administração hospitalar, e experiência no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Conforme relato do mesmo (Pereira, 1990), as obras estavam paradas, com o andar térreo parcialmente construído,

além dos andares oitavo, nono e décimo. Nessa época, não havia uma definição clara de quem seria a clientela do hospital. Existiam alguns indícios de que não atenderia o Sistema Nacional de Previdência Social, devido ao custo, já que 70% dos quartos tinham calefação.

Em 1978, o Hospital, que tinha apenas o ambulatório em funcionamento, passou a abrigar idosos no nono andar, então chamado de Unidade de Repouso.

O médico Rainer Hermann permaneceu na administração do Hospital por 10 anos. Em 1984, deixou o Hospital e, nesse mesmo ano, a Irmã Jacomina Veronese morreu. Nesse ano foi concluída a obra do quinto andar, o penúltimo a ser concluído, bem como se deu o ingresso do novo administrador, o médico Cláudio Seferin.

O Hospital Mãe de Deus, no entender da Irmã Jacomina, tinha que dispor de recursos técnicos e científicos modernos, apoiados em valores voltados para o ser humano e a comunidade.

A imagem do Hospital Mãe de Deus ainda estava vinculada aos cuidados geriátricos e ao ambulatório. A primeira estratégia foi o fortalecimento da cirurgia cardiovascular e a aquisição de novas tecnologias, como equipamentos de urologia para cirurgias minimamente invasivas.

Em 1989, a direção, preocupada com a demanda e as reivindicações de médicos e clientes e através da administração do hospital, apostou num conceito inovador para a melhoria da capacidade resolutiva, a partir de

soluções extra-hospitalares, concebendo-se então o Plano de Desenvolvimento Institucional, que teve como etapa inicial o Centro Clínico e o Housing Mãe de Deus, inaugurados em 1995.

O Modelo Assistencial Médico-Hospitalar

O Modelo Assistencial Médico-Hospitalar é orientador de todas as estratégias implantadas no Hospital Mãe de Deus e está embasado em quatro pilares, tendo como foco o cliente e o mercado (*Diretrizes do Hospital Mãe de Deus*, 1999). Os quatro pilares que formam o Modelo Assistencial são a Competência Técnica, a Capacidade de Gestão, o Desenvolvimento Científico e a Pesquisa, e a Responsabilidade Social.

A **Competência Técnica**¹ fundamenta-se no Modelo Assistencial, que está orientado para soluções e competências em nível de atendimento a pacientes, com missões para a resolubilidade² e a complexidade. Tudo isso sendo amparado pelas áreas de apoio, técnica e administrativa, que dão sustentação à infra-estrutura. A participação efetiva do médico é outro fundamento importante para a obtenção dos resultados assistenciais, possibilitando o atendimento de cada necessidade, dimensionando exatamente o recurso para cada caso médico. O terceiro fundamento desse pilar é o Atendimento Humano e Cristão, resgatando na pessoa sua dimensão integral.

A **Capacidade de Gestão** organiza-se através de dois eixos, que são as equipes administrativas, as quais estão organizadas para a gestão dos

¹ Os textos sublinhados e grifados foram mantidos exatamente como no material original.

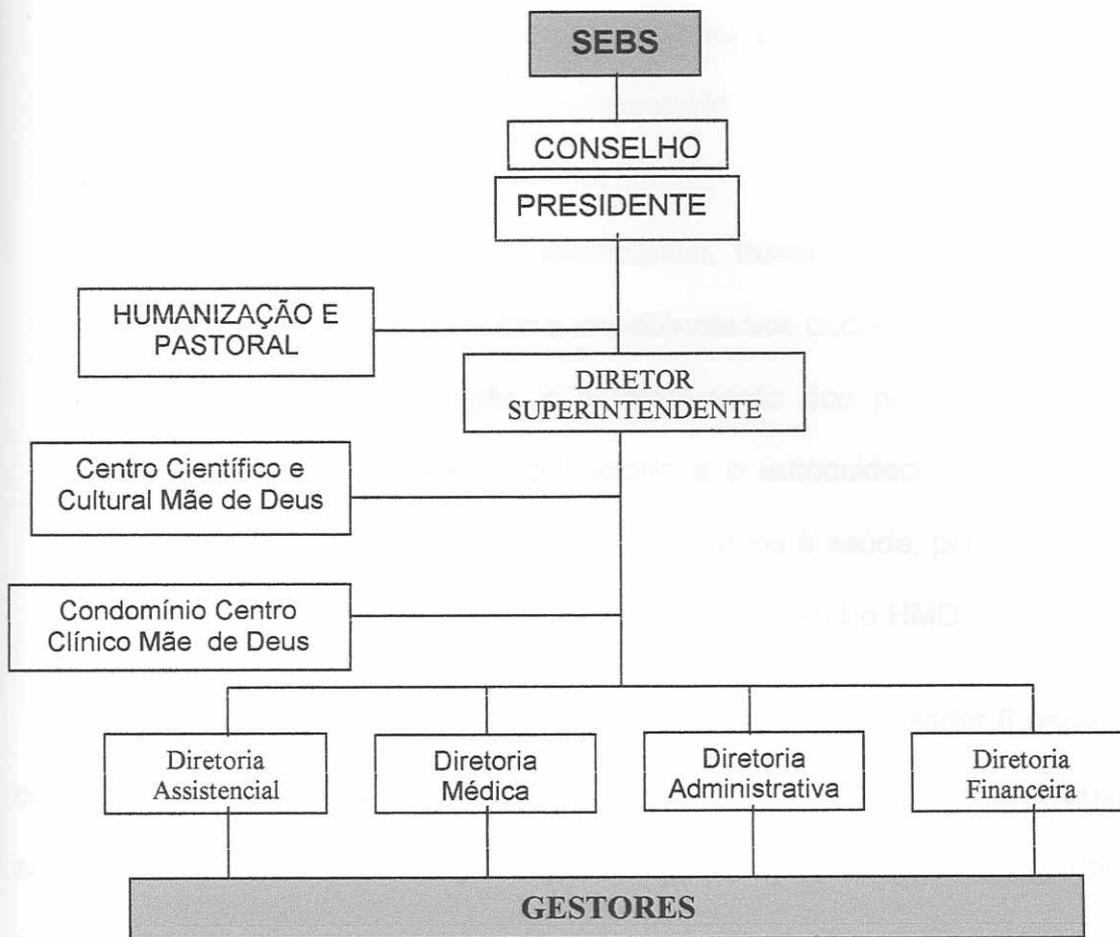
² Termo usual no Hospital Mãe de Deus que designa a melhor combinação de resolutividade com otimização dos recursos tecnológicos disponíveis na instituição.

recursos, e a equipe técnica, que está estruturada para a gestão do uso dos recursos a partir de sistemas assistenciais integrados, os quais são conhecidos como processos.

Desenvolvimento Científico e Pesquisa é responsável pelo aperfeiçoamento de métodos e processos, oportunizando constante evolução da prática da profissão.

Por fim, a **Responsabilidade Social** é um compromisso da instituição com os segmentos sociais e da comunidade de forma geral, devido à natureza de sua Instituição Mantenedora.

O Modelo Assistencial é organizado conforme o organograma a seguir e apresenta seis valores que norteiam suas ações: Acolhida, Fraternidade, Participação, Disponibilidade, Justiça e Ética. E como missão: *“promover a vida, através da assistência física, espiritual e social, fundamentada nos valores congregacionais, no conhecimento e no modelo de gestão auto-sustentável”* (Diretrizes do Hospital Mãe de Deus, 1999).



Fonte: *Diretrizes do Hospital Mãe de Deus*, 1999.

O programa de internação domiciliar

Embasado no Modelo Assistencial demonstrado, em 1994 foi criado e implantado, pela enfermeira Vera Paz (Projeto PID, 1994), o Programa de Internação Domiciliar – PID, com objetivos bem definidos de:

- a) reduzir custos da assistência em no mínimo 50% da diária hospitalar e reduzir o período de internação de pacientes com quadro clínico estável, porém sem autonomia em cuidados para atender suas necessidades básicas;

- b) desencadear mudanças de critérios para internação hospitalar; evitar internação e reinternação hospitalar de pacientes clinicamente estáveis;
- c) disponibilizar recursos tecnológicos, humanos e medicamentosos do HMD para possibilitar a assistência aos pacientes no domicílio;
- d) promover a educação e o treinamento dos pacientes e/ou dos familiares, resgatando o cuidado e o autocuidado com vistas ao seu ajustamento às situações de agravos à saúde, permanentes ou temporários e, finalmente, gerar recursos para o HMD.

Na época, os recursos humanos necessários para atender 8 pacientes do PID ao dia foram de 2 enfermeiras, 1 auxiliar de enfermagem e 1 auxiliar administrativo. A equipe de suporte que integrava o atendimento era composta por diversos profissionais, como nutricionista, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional.

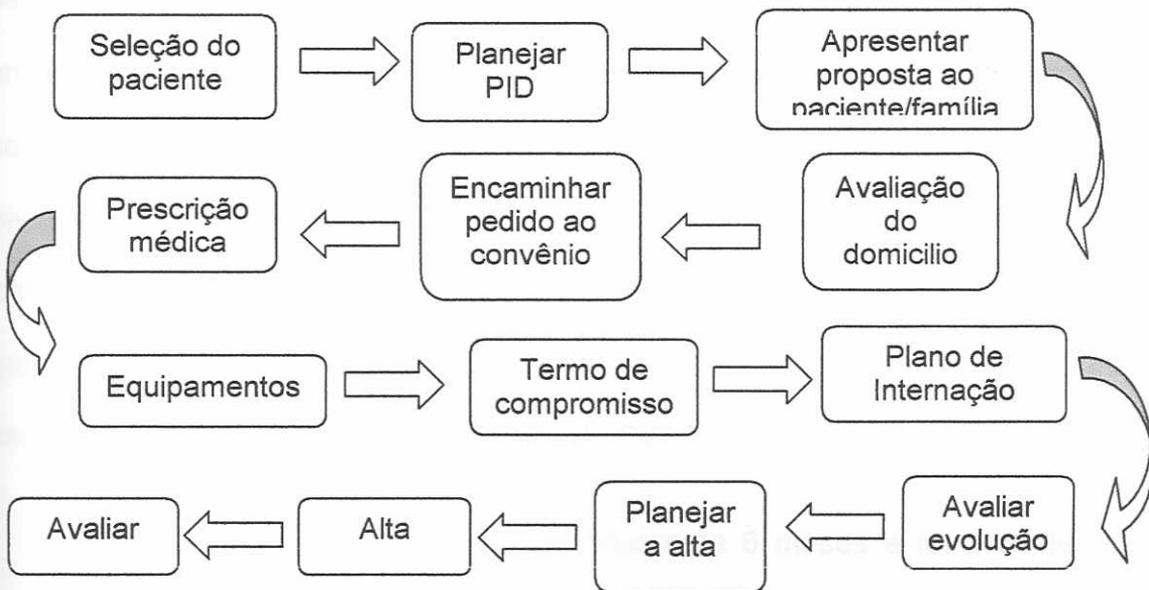
O público-alvo para o Programa de Internação Domiciliar – PID era somente de pacientes internados ou que estiveram internados no HMD, clinicamente estáveis e sem autonomia em cuidados ou autocuidados, nas especialidades cirúrgica, clínica e materno-infantil.

A área de abrangência era bem delimitada, priorizando Porto Alegre, em especial os bairros Menino Deus, Praia de Belas, Centro, Cidade Baixa, Bom Fim, Azenha, Cristal e Teresópolis.

Segundo o projeto citado, os critérios de seleção de pacientes eram assim definidos:

- a) internação prevista por período maior do que o tempo médio esperado para seu motivo de internação;
- b) adesão ao PID pelo médico assistente, paciente, família e convênio, residência em área de abrangência;
- c) disponibilidade do convênio ou do paciente em pagar a internação domiciliar;
- d) possibilidade forte de que a internação domiciliar signifique conforto/segurança para o paciente/família;
- e) compromisso dos familiares/paciente com o plano de cuidados;
- f) predisposição dos familiares no treinamento em cuidados e em apoio psicológico e/ou de o paciente desenvolver-se no autocuidado.

O fluxograma abaixo mostra a operacionalização do programa na época.



Fonte: *Projeto Programa de Internação Domiciliar*, 1994.

Os índices de controle e de verificação utilizados no PID eram: a média de permanência no HMD por unidade; a média de permanência no PID por origem (unidade, emergência e consultórios); o total de pacientes do PID por diagnóstico e por processo; o total de pacientes com critério de internação domiciliar, porém não atendidos e a causa; a receita média/paciente; a despesa média/paciente e o resultado médio/paciente.

O Programa de Internação Domiciliar não oferecia transporte de pacientes e cuidados durante 24 horas. O atendimento era realizado das 8 às 18 horas, sendo as intercorrências encaminhadas para o serviço de emergência do HMD. A assistência médica no domicílio ficava sob responsabilidade do médico assistente do paciente.

Neste modelo, as exigências de capacitação da enfermeira se destacavam, principalmente, pela experiência em CTI ou materno-infantil ou unidade médico-cirúrgica. As atribuições da enfermeira são de integrar sua equipe no desenvolvimento das atividades no atendimento ao cliente domiciliar, perfeitamente sintonizada e identificada com a missão e a filosofia da instituição, bem como planejar, supervisionar e avaliar sua equipe de trabalho, gerenciando os resultados e buscando constantes melhoras na qualidade dos serviços prestados (*Perfil da enfermeira do PID - Recursos Humanos, 1994*).

O PID teve duração de aproximadamente 6 meses e foi considerado um piloto para o atendimento domiciliar.

Em 1997 é implantado o Domicilium Mãe de Deus, resgatando os primeiros atendimentos realizados à comunidade pelo Hospital Mãe de Deus e

pelo PID. O Domicilium Mãe de Deus torna-se mais resolutivo, viabilizando a alta hospitalar, facilitando, acompanhando e auxiliando médicos, familiares, pacientes e o hospital a não prolongarem a internação de portadores de patologias crônicas, seqüelares ou dependentes temporariamente.

A renovação: Domicilium Mãe de Deus

O Domicilium Mãe de Deus tem por finalidade propiciar assistência à saúde em nível domiciliar, com ênfase na orientação e educação. Com uma concepção modernizante, prioriza uma orientação que permite ao cliente e aos familiares o autocuidado, dispensando o acompanhamento profissional por tempo indefinido.

Foram mantidos os índices de controle e de verificação do primeiro programa implantado. No gerenciamento de processos, é fundamental que a identificação do cliente, ou comumente chamado usuário, seja feita, já que o objetivo principal é a satisfação dele.

Esse objetivo é melhor compreendido ao se utilizar o que cita Campos (1994), quando refere que o controle de qualidade do produto que se oferece deve ser feito cuidadosamente, através de algumas medidas, que são: a qualidade intrínseca, que são características específicas do produto, que definem sua adequação à necessidade do cliente; o custo operacional ao se produzir o produto; a entrega, que significa entregar ao cliente a quantidade certa, no local certo, na data certa; a segurança ao usar o produto; e a moral da equipe, que deve estar motivada para oferecer um produto de qualidade.

Analisando essas dimensões, o perfil dos pacientes foi melhor delineado, abrangendo pacientes adultos e neonatos clinicamente estáveis, internados no HMD ou advindos de outras instituições. Além dos bairros de Porto Alegre, citados anteriormente, também foram incluídos os bairros Santana, Rio Branco, Auxiliadora, Ipanema, Assunção, Bela Vista, Boa Vista e Moinhos de Ventos. Atualmente, com a crescente solicitação pelo atendimento, estes limites não são mais obedecidos, abrangendo as cidades vizinhas de Canoas, Cachoeirinha e Guaíba.

A caracterização dos pacientes foi definida identificando quatro perfis bem distintos: a) pacientes com doenças crônicas seqüelares ou não, que precisam de tratamento específico; b) pacientes com doença aguda dependente parcial ou total de um cuidador até sua recuperação ou independência; c) pacientes terminais com cuidados paliativos, que precisem de apoio de familiares, e d) pacientes materno-neonatos.

Os recursos humanos propostos para a implantação do Programa Domicilium Mãe de Deus foram de uma enfermeira, um médico, dois auxiliares de enfermagem, um motorista e um agente administrativo. Iniciamos o programa com uma enfermeira com jornada de trabalho de 8 horas e dois auxiliares de enfermagem em cada turno de 6 horas, com apoio de um médico supervisor da área dos Serviços Ambulatoriais.

Após um ano de implantação do serviço, foi reavaliada a necessidade de completar a equipe. Com o desenvolvimento de novos serviços e produtos ambulatoriais, o perfil instituído para a enfermeira auxiliou na escolha dessa

profissional, sendo incluídas mais duas enfermeiras na equipe, em substituição aos auxiliares de enfermagem, mantendo-se assim até hoje.

Como todos os serviços da instituição, o Domicilium Mãe de Deus tem uma missão:

“Prestar assistência à saúde em nível domiciliar, com ênfase na orientação e educação para o autocuidado, estabelecendo um compromisso familiar, proporcionando um atendimento técnico e espiritual com qualidade, integrado ao Modelo Assistencial” (Viegas et al, 1997).

É objetivo do Domicilium Mãe de Deus prestar atendimento domiciliar para todos os pacientes adultos e neonatos clinicamente estáveis, com necessidade de continuidade de tratamento, que sejam transferidos para o ambiente domiciliar. Essa estratégia viabiliza: a rotatividade de leitos; a diminuição de riscos de infecção; a manutenção do cliente na estrutura do HMD, sob a responsabilidade do seu médico assistente; a educação e o treinamento de pacientes e familiares para o autocuidado e o cuidado; evitar a reinternação do paciente, mantendo um acompanhamento educacional durante todo o atendimento; a alta hospitalar, facilitando o acompanhamento e auxiliando o médico assistente, familiares e pacientes; evitar a internação hospitalar de pacientes com perfil domiciliar; aumentar a satisfação do cliente e reduzir os custos finais do tratamento (Viegas et al, 1997).

Os serviços prestados pelo Domicilium Mãe de Deus não substituem o hospital ou as clínicas de tratamento (psiquiátrica, geriátrica, de dependência química), onde o paciente possa estar internado.

Todo atendimento está sob exclusiva e constante supervisão das enfermeiras do programa, mesmo que o paciente tenha assistência de auxiliares de enfermagem ou outros cuidadores em casa, prestando assistência 7 dias por semana.

Alguns dos critérios descritos foram estabelecidos com embasamento em publicações americanas e européias. Outros, com visitas de *benchmark* em empresas com nível tecnológico igual ou superior, para avaliação do desempenho de sua estrutura organizacional e que organizaram este tipo de atendimento. A segmentação de mercado, isto é, o atendimento a determinado público, também influenciou nesses critérios. O levantamento de todas as necessidades dos clientes (médicos, pacientes, familiares, unidades de internação do hospital) foi importante para a criação do protocolo de ingresso.

O protocolo descrito a seguir, elaborado por Viegas et al. (1997), tem como objetivo contribuir na avaliação do paciente e dar agilidade ao processo de internação domiciliar. Define como critérios para a internação domiciliar:

- a) ter médico assistente;
- b) ser paciente com doença crônica, seqüelar ou não, que precise de tratamento específico, como: acidentes vasculares cerebrais, imunodeprimidos, carcinomatosos, com mal de Alzheimer, com paralisia cerebral, pneumopatas, diabéticos com comprometimento vascular, com traumatismo raquimedular, hipertensos e cardiopatas, portadores de doenças crônico-degenerativas, ou com insuficiência renal;

- c) ser paciente portador de doença aguda dependente parcial ou totalmente de um cuidador até sua total recuperação ou independência (autocuidado): pós-operatórios, pacientes traumatológicos com próteses ou fraturas com tração, politraumatismos com ou sem comprometimento neurológico;
- d) ser paciente materno-neonato: recém-nascidos de baixo peso, recém-nascido com fenda palatina e puérperas necessitando de auxílio no cuidado a recém-nascidos;
- e) pacientes em terapias especiais, sejam medicamentosas, que exijam conhecimento técnico, oxigenoterapia, ostomias, diálise peritoneal ambulatorial crônica, ou terapia nutricional;
- f) embora não exista restrição de idade, casos especiais, como crianças de 6 meses a 15 anos serão analisados pela enfermeira e pelo médico assistente, já que o HMD não dispõe de serviço de pediatria;
- g) ter familiar responsável pela continuidade e manutenção das orientações e dos cuidados necessários;
- h) ter um financiador: particular ou convênio.

Durante a permanência do paciente aos cuidados do Domicilium Mãe de Deus, o atendimento pela enfermeira é realizado no mínimo uma vez ao dia na primeira semana, sendo que os casos de longa permanência são realizados 3 vezes por semana ou até semanalmente, nos casos de desmame, que consiste em retirar o suporte terapêutico, de profissionais especializados, e em

deixar os cuidados a cargo da família ou cuidador, após estes serem devidamente educados e treinados.

Para realizar as visitas, utiliza-se transporte da empresa, conduzido pelas próprias enfermeiras. Essa necessidade gerou a inclusão no perfil da enfermeira da habilitação de motorista.

O planejamento terapêutico da enfermeira / O processo de cuidado domiciliar

O hospital é uma estrutura organizada e planejada para prestar atendimento à saúde, tem protocolos administrativos e assistenciais definidos, que devem ser seguidos por todos, inclusive no atendimento domiciliar.

Uma das dificuldades para o controle sistematizado do processo de cuidado domiciliar é justamente o local onde a assistência está sendo prestada, isto é, no domicílio.

O planejamento terapêutico do paciente é realizado pela enfermeira, juntamente com o médico assistente, sendo de responsabilidade da enfermeira realizar a visita domiciliar antes do ingresso do paciente, para avaliar as condições da residência e orientar quanto à infra-estrutura mínima necessária para o atendimento.

Esse tipo de prática deve observar princípios básicos que orientam a proposta da enfermeira, que precisa estar preparada para conhecer a realidade, identificar os problemas, elaborar um plano assistencial participativo,

prestar assistência integral e desenvolver ações educativas para o enfrentamento dos problemas.

Dentre as funções da enfermeira, conforme perfil institucional de Recursos Humanos, está a de orientar, informar, treinar e executar atividades de desinfecção de materiais no domicílio; orientar quanto a medidas higienodietéticas e relacionadas com a medicação e a assistência; orientar o descarte de lixo; avaliar, através de visitas domiciliares, o paciente e o cuidador; administrar medicamentos parenterais; orientar, educar e treinar pacientes/familiares no autocuidado e nos procedimentos de baixa complexidade (cateterismo vesical, aplicação de insulina, administração de dieta enteral, curativos, cuidado com ostomias); providenciar e instalar equipamentos na residência do paciente; agendar exames diagnósticos; coletar exames laboratoriais; manter prontuário atualizado (evolução, plano de cuidados, prescrição de enfermagem, aprazamento e checagem); manter o médico assistente informado de qualquer alteração; manter paciente e familiares informados de qualquer alteração que possa inviabilizar a continuidade da assistência; fazer *check-in* (registro da internação do paciente no programa Domicilium) e *check-out* (registro da alta do paciente no programa Domicilium) do paciente e controlar débitos de material e medicamentos necessários ao atendimento.

Conforme salienta Levy (2000), a transmissão desses conhecimentos não pode ser entendida como uma benesse assistencial ou ato de favor dos detentores do poder e do conhecimento, no caso a enfermeira. As pessoas necessitam ter acesso fácil, oportuno e compreensível a dados e informações

sobre sua saúde e condições de vida do meio onde se inserem. Os dados e as informações precisam ser claros, precisos e fidedignos, e serem transmitidos de maneira adequada, para que mobilizem a atenção e motivem sua utilização.

Por entender que o espaço domiciliar é um local onde a ação terapêutica da enfermeira é de fundamental importância e que precisa ser assumido com muita seriedade, a enfermeira necessita basear-se na idéia de restituir ao indivíduo sua autonomia e qualidade de vida.

Conforme definição da OMS (1977):

“entre as funções da enfermeira na assistência primária de saúde está a de capacitar indivíduos, famílias e comunidades a identificar, satisfazer e avaliar suas necessidades específicas de saúde, além de capacitar grupos da medicina tradicional e voluntários para participar dos programas comunitários de saúde”.

Nesse contexto, a função da enfermeira não se limita aos aspectos preventivos, mas também estabelece um sistema de referência para atendimento da família.

Autores como Nogueira (1977), citado por Mazza (1999), nos auxiliam na compreensão desse ponto de vista, dizendo que a enfermagem, com relação à família, precisa *“assistí-la no desempenho de atividades que contribuam para promover, proteger e recuperar a saúde de seus membros”.*

Assim, Costa, citado por Mazza (1999) também sustenta que:

“a visita domiciliária se fundamenta no princípio de que todas as atividades de enfermagem junto à família têm o objetivo eminentemente educativo, e como um processo educativo, ela tem a finalidade de auxiliar a família a ajudar-se a si mesma”.

A enfermeira desenvolve suas atividades centradas nas necessidades humanas do indivíduo, e da família, orientando estes à participação consciente na resolução de seus problemas, com respeito a direitos, valores e decisões. É de vital importância que a enfermeira considere as implicações do impacto de uma doença na família, pois todos os membros dela são afetados. Ela compartilha os conhecimentos e as informações quanto aos serviços existentes e sua melhor utilização.

Com base nessas idéias, o fluxograma do Domicilium Mãe de Deus, a seguir, auxilia na compreensão da sistemática de atendimento desenvolvido:



Fonte: Projeto Domicilium Mãe de Deus, 1997.

O instrumento que o hospital possui e, principalmente, os profissionais de enfermagem e médicos, no controle e na garantia da segurança técnica e legal das ações que são desenvolvidas na casa do paciente, é o prontuário do paciente.

O prontuário médico eletrônico

“Mais vale uma pálida tinta que uma boa memória.”

Provérbio Chinês

O prontuário médico *“é o conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos Serviços de Saúde Pública e Privada”* (Conselho Federal de Medicina, 1993).

O prontuário médico eletrônico, ou simplesmente prontuário eletrônico, é um dos recursos utilizados no Domicilium Mãe de Deus para assegurar a assistência prestada aos clientes. Nele são registrados o tratamento e os procedimentos realizados com o paciente, agilizando o processo do cuidado, isto é, da solicitação de medicação e a dispensação na farmácia, até o faturamento da conta do cliente.

Esse sistema foi criado por uma equipe multiprofissional, envolvendo médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e analistas de sistemas. Muitos ajustamentos foram feitos e ainda o são, para facilitar o processo de assistência ao paciente e manuseio da equipe assistencial.

A vantagem da informatização do prontuário é a sistematização cronológica e hierárquica dos dados, sua estruturação, a facilidade na recuperação das informações, além de ocupar pouco espaço. Os objetivos principais são o de facilitar e documentar a atenção ao paciente, dar suporte à pesquisa e ao ensino.

O Conselho Federal de Medicina (1993) não vê obstáculos no uso do prontuário eletrônico, desde que o sigilo profissional seja respeitado, através da limitação por senha, e que os dados sejam recuperáveis.

O Sistema de Prescrição Médica informatizada sinaliza as prescrições do paciente, inclusive de ingressos anteriores, se necessário. Esse sistema está implantado em todas as unidades que prestam assistência ao paciente, contendo todas as informações necessárias na internação do paciente, incluindo os atendimentos anteriores e o acesso a laudos do Centro de Diagnóstico por Imagem e laboratório.

Todo paciente ao ingressar no Domicilium Mãe de Deus é automaticamente lançado no Menu Assistencial do Paciente, onde são realizados os processos de admissão, prescrição, evolução, exame físico, solicitações de exames laboratoriais e de diagnóstico por imagem, avaliações de outras especialidades, procedimentos cirúrgicos e internações anteriores.

Com a identificação do paciente, que fica grifado numa listagem, todos os processos ou pastas possuem, no cabeçalho com nome e idade dele, e o nome do funcionário que está atualizando o sistema naquele momento.

No ícone de admissão, as informações do exame físico e orientações são “alimentadas” pela enfermeira. Quanto mais detalhadas as informações referentes à história clínica do paciente, melhor será a possibilidade da busca dos dados se houver retorno posterior a qualquer serviço da instituição.

Na tela de prescrição médica ou de enfermagem são realizados a prescrição de medicamentos, a prescrição de enfermagem, os procedimentos e cuidados a serem realizados. A checagem só pode ocorrer quando o medicamento ou material foi dispensado da farmácia. É a checagem que gera o débito automático na conta do paciente, para posterior faturamento e cobrança. Por isso, de certa maneira, a enfermeira também responsável pela conta hospitalar do paciente.

No Domicilium Mãe de Deus o prontuário médico é mantido junto ao paciente no domicílio, e contém: ficha social (contendo toda identificação do paciente), prescrição médica, folhas de evolução, folha de sinais vitais e folha com os telefones dos profissionais envolvidos na assistência.

A série de documentos gerados durante o atendimento ao paciente é, posteriormente, arquivada. Segundo a resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.331/89, art. 1º, o prontuário médico é documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde. E, no art. 2º, depois de decorrido o prazo não inferior a 10 (dez) anos, a partir da data do último registro de atendimento do paciente, o prontuário pode ser substituído por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas.

No atendimento domiciliar, o volume de arquivo gerado costuma ser maior do que o prontuário hospitalar. Observamos que os casos são descritos com maior riqueza de dados pelos profissionais que estão atendendo o paciente em casa. O controle de entrega de materiais e medicamentos, os empréstimos e a locação de materiais e equipamentos para o atendimento, todos geram registros. Apesar de termos o prontuário eletrônico, que aliviaria a guarda do volume de papéis, legalmente isso ainda não é permitido.

Informatizar todo o prontuário domiciliar é bastante complicado, pois o acesso a um terminal computadorizado é disponibilizado somente no hospital. Em casa esse terminal teria de ser móvel (*palm top* ou *lap top*). Na verdade, o serviço já tentou utilizar o *palm top* para realizar os registros dos atendimentos domiciliares, mas algumas dificuldades precisam ser superadas até sua total utilização, tais como o acesso a outros serviços hospitalares (farmácia, laboratório, radiologia), uma bateria que tenha no mínimo 6 horas de duração, o treinamento para passagem das informações para um computador central e, principalmente, seu alto custo.

Segundo Bolonhezi, Medina e Fernandes (2000), todas as informações geradas pelo atendimento domiciliar devem ser detalhadas e precisas, retratando a verdade, já que o prontuário é um instrumento de defesa contra eventuais alegações de imperícia, imprudência e negligência.

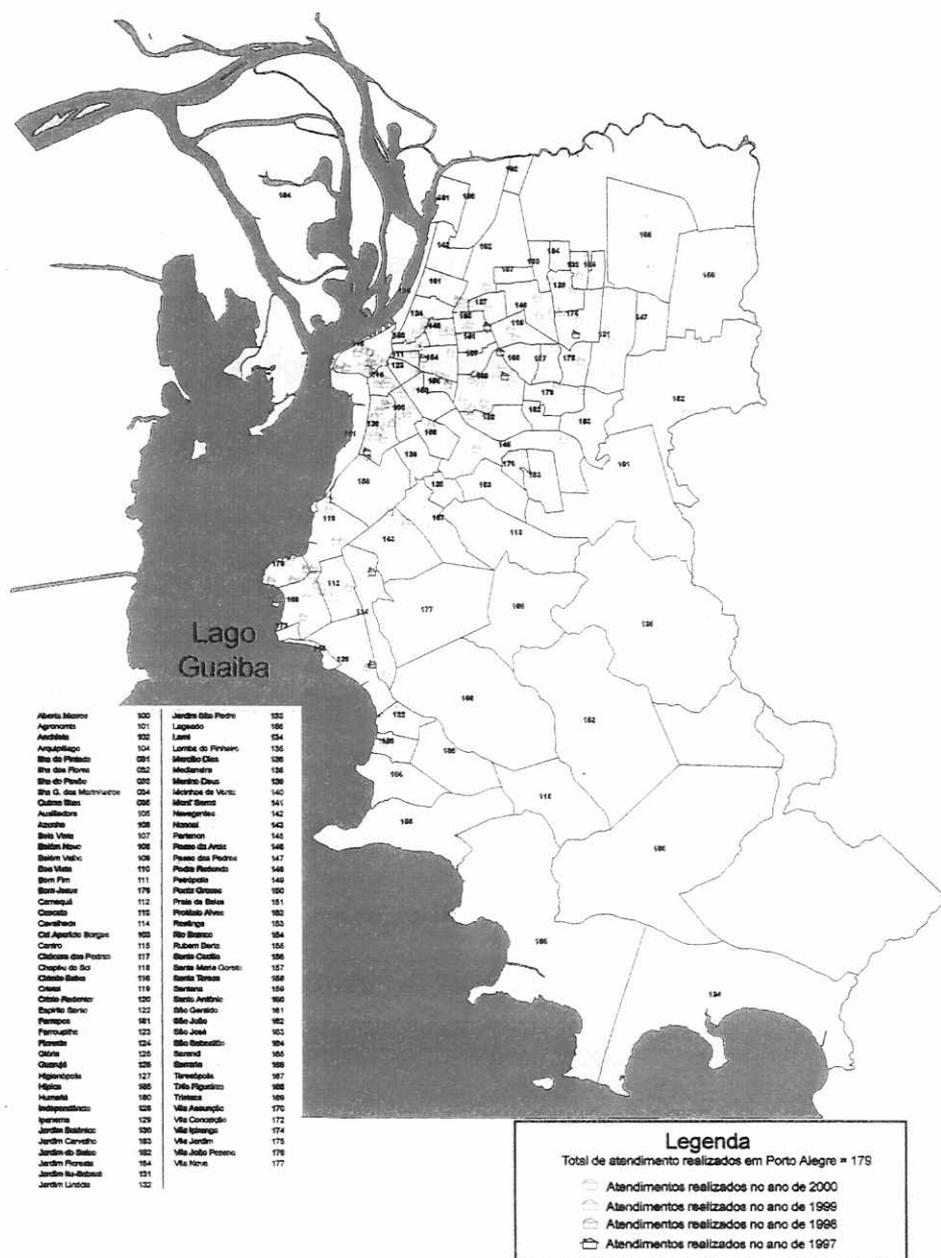
Conforme o Código de Ética Médica, art. 56, capítulo V, o paciente informado tem o direito na escolha do tratamento, quer seja clínico, cirúrgico, em nível hospitalar ou domiciliar.

Acreditamos que a realidade institucional está colocada no item mais descritivo, digamos assim, deste capítulo. Mas, reconhecendo a complexidade temática, quer seja técnica, organizacional ou ética, é que pesquisamos o mundo vivido do cuidado domiciliar, permitindo aproximação com o mundo real.

4.2 O paciente do Domicilium Mãe de Deus: quem é?

Os dados que apresentamos a seguir resultaram da análise do programa de atendimento domiciliar – Domicilium Mãe de Deus – do Hospital Mãe de Deus, desde sua implantação, em setembro de 1997, até junho de 2000. Foram analisados 179 prontuários, totalizando 227 ingressos de pacientes no Domicilium Mãe de Deus. Verificamos que 27 pacientes tiveram mais de um ingresso, uma média de 2,7 ingressos por paciente, totalizando 74 ingressos, com um desvio-padrão (DP) de 1,61.

Na figura que segue, elaboramos o zoneamento dos atendimentos, o qual facilita a localização dos pacientes no programa Domicilium Mãe de Deus.



Fonte: Equipe de Informação / CVS / SMS / PMPA

Figura 1 - Distribuição dos atendimentos domiciliares realizados pelo serviço Domicilium Mãe de Deus segundo ano de visita, Porto Alegre – RS, 1997 - 2000

Esse sistema permite visualizar geograficamente a área de abrangência e fornece dados para a análise do sistema implantado, área, infraestrutura urbana, etc.

Para tal foi utilizado o *software* MAPINFO, um sistema de georreferenciamento de informação. Esse sistema é realizado a partir de uma variável que ligue as informações contidas no banco de dados com o mapa, que no caso específico foi o endereço.

A análise da figura 1 mostra a espacialização dos atendimentos domiciliares nos bairros de Porto Alegre. Observa-se que os atendimentos concentram-se nas proximidades do Hospital Mãe de Deus, indicando que o Domicilium Mãe de Deus se sobrepõe ao local das imediações do hospital.

O diferencial dos atendimentos do Domicilium Mãe de Deus está nos indicadores econômicos, sendo que os bairros onde ocorreram os atendimentos há maior concentração de famílias com média e alta renda familiar. A oferta de infra-estrutura dos bairros atendidos, tais como rede elétrica, instalações sanitárias e hidráulicas adequadas, rede de esgoto e coleta seletiva de lixo favorece os atendimentos.

4.2.1 Resultados demográfico-epidemiológicos

Esta caracterização demográfico-epidemiológica é proposta no sentido de conhecermos o paciente do programa. Ao nosso ver isso poderá propiciar homogeneidade e racionalização das estratégias utilizadas para o

estabelecimento de protocolos para o atendimento domiciliar e o manejo com pacientes e familiares.

Mesmo que os pacientes e os familiares necessitem ser considerados na sua individualidade, esta fonte de dados poderá fornecer subsídios, não só nos aspectos técnicos, mas no planejamento global da assistência.

O delineamento do perfil dos pacientes, para o atendimento domiciliar, foi caracterizado em quatro situações bem distintas: paciente com doenças crônico-sequelares ou não; paciente com doença aguda dependente parcial ou total; paciente com doença terminal; e paciente materno-infantil.

As doenças crônico-degenerativas, dentre elas as neurológicas, onde prevalecem os acidentes vasculares cerebrais, as isquemias cerebrais e a doença de Alzheimer, representam a maior prevalência de motivos de internação domiciliar, totalizando 29%, 52 pacientes. Na seqüência, os pacientes cirúrgicos, 25,7%; as puérperas, 25% - cesarianas, 18%, e parto normal, 7%; e os pacientes oncológicos, 10,6%.

Não se observa diferença significativa nas outras patologias, tais como as infectologia, psiquiátrica ou gastroenterológica. No entanto, é de real importância que a enfermeira se preocupe com elas, precisando estar preparada para atender as diversas situações que lhe são apresentadas.

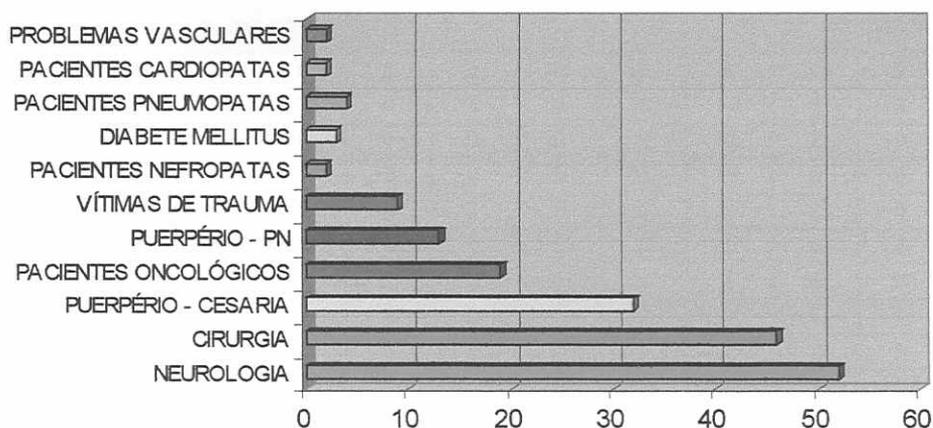


Figura 2 – Distribuição da população em estudo, segundo patologia básica, 1997 - 2000

O quadro mostra, dentre outras coisas, que é imprescindível que se reconheça a realidade da situação da saúde dos idosos, associando tecnologia e programas preventivos adequados. Mesmo assim, apesar de todo esforço, muitos idosos ainda desenvolvem doenças incapacitantes.

Na tabela 1 sistematiza-se as patologias básicas por faixa etária, mostrando claramente que as doenças incapacitantes ou crônico-degenerativas incidem na faixa etária acima de 60 anos.

Tabela 1 – Distribuição da população em estudo, por área de especialidade e faixa etária, 1997 – 2000

ÁREA DE ESPECIALIDADE	0 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	71 - 80	81 - 90	91 - 100	TOTAL
CARDIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
CIRÚRGIA	0	3	0	1	0	6	13	8	5	0	36
ENDOCRINOLOGIA	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	3
GASTROENTEROLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
INFECTOLOGIA	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
NEFROLOGIA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
NEUROLOGIA	0	2	1	0	1	1	5	22	15	5	52
ONCOLOGIA	1	0	0	0	3	2	7	6	1	0	20
PNEUMOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	4
PSIQUIATRIA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
OBSTETRÍCIA - PN	0	1	9	3	0	0	0	0	0	0	13
OBSTETRÍCIA - CESAREA	0	2	8	21	1	0	0	0	0	0	42
TRAUMATOLOGIA	0	0	1	0	2	2	2	1	0	1	9
VASCULAR	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
TOTAL	3	8	19	26	7	13	28	42	25	8	179

A tabela acima mostra que 103 dos pacientes atendidos pelo Domicilium Mãe de Deus possuem mais de 60 anos (58%). Isso auxilia na compreensão de que a melhora da qualidade de vida pode ser uma das garantias de maior longevidade ao ser humano.

Observamos que a faixa etária dos pacientes atendidos pelo Domicilium Mãe de Deus oscila do 0 aos 100 anos, indicando que a enfermeira necessita assegurar sua mobilidade de atuação, proporcionando ao paciente e aos familiares a participação nas decisões e respeitando a individualidade de cada um.

Com um crescimento do número de idosos na ordem de 760%, entre 1996 e 2020, estima-se que o Brasil passe da 11ª para a 7ª posição mundial em número absoluto de pessoas com mais e 60 anos (Chaimowicz, 1998).

A participação das pessoas de 60 anos ou mais de idade na população passou de 7,4%, em 1989, para 8,3%, em 1995, e 4 anos após, em 1999, alcançou um crescimento de 14,5% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000).

Em publicação recente no Jornal ZH (01/11/2000, p. 24), menciona-se o crescimento dos idosos de mais de 65 anos de 5,4% (1996) para 6% em 2000. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 1996, a contagem da população de idosos, a partir do censo de 1991, alcançou 12.253 milhões de pessoas, representando 7,6% da população brasileira. Estima-se que o censo realizado em 2000 indique que o número de idosos se aproxime dos 15 milhões, já que a população brasileira alcançou 169.544.443 habitantes.

Sabe-se que a maioria das doenças incapacitantes e que acometem os idosos, têm na própria idade seu maior fator de risco. O enfrentamento dos desafios que o envelhecimento populacional impõe é imperativo. Frente a essa realidade, necessita-se de profissionais de saúde preparados para lidar com o indivíduo idoso, implementando medidas integrativas para atender essa demanda, preservando a autonomia e a independência dele para o autocuidado.

De 1995 para 1999, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o contingente de 60 anos ou mais de idade na população masculina passou de 7,6% para 8,3%, enquanto que na feminina de 9% para 9,8%. Já a participação das pessoas de menos de 18 anos de idade caiu de

38,7% para 36%. Por outro lado, nesse mesmo período, no Brasil, o número de idosos aumentou em 1,8 milhão.

Quanto ao sexo, a figura 3 mostra maior proporção de mulheres (64%), enquanto que a parcela masculina é significativamente menor (36%).

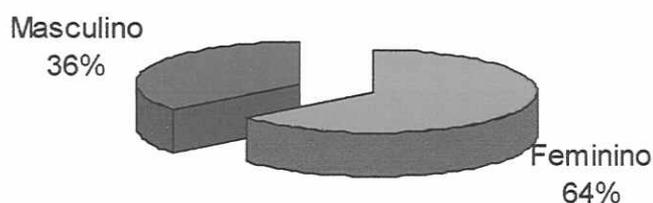


Figura 3 – Distribuição da população em estudo segundo sexo

Conforme a última contagem populacional realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 1996, a população brasileira era composta de 157.070.163 pessoas, sendo que 53,7% do sexo feminino e 46,3% do masculino. No Rio Grande do Sul e, dentro do Estado, Porto Alegre, a população estimada é de 50,8% e 53,2%, respectivamente, do sexo feminino e de 49,2% e 46,8%, respectivamente, do masculino.

Segundo pesquisa publicada no jornal *Zero Hora* do dia 1º de novembro de 2000 (p.24), "*dois fatores contribuem para o aumento da população feminina: a maior expectativa de vida das mulheres, que vivem 7,8*

anos a mais do que os homens, e as mortes violentas, que atingem mais homens do que mulheres.”

Apesar de haver um aumento populacional de 6% em relação a 1996, conforme o IBGE (Jornal Zero Hora, 1/11/200, p. 24), existe uma diminuição do número de jovens com até 15 anos, de 36% em 1996, para 30% neste ano; e um aumento da população adulta e idosa. O aumento da expectativa de vida e a queda da fecundidade são considerados os fatores responsáveis por essa “transição demográfica.”

A especificidade do envelhecimento com predominância do sexo feminino é indicadora de ações de saúde a serem priorizadas considerando aspectos de gênero.

Contudo, o cuidado domiciliar à pessoa idosa não pode ser exclusivo, devendo-se pensar em novos modelos de cuidado, eliminando-se a ocupação dos recursos de saúde com as chamadas doenças evitáveis. Isso significa que os sistemas de saúde, públicos ou privados, precisam assumir todas as ações que podem intervir de modo permanente para evitar de tratar doenças.

Cabe a qualquer profissional da equipe de atendimento domiciliar entender as dificuldades em lidar com pessoas idosas, considerando que tanto elas quanto a família sofrem por se sentirem invadidas, expondo sua individualidade. Acredito que agilidade e habilidade em lidar com conflitos auxilia nessas situações. Para Braz e Abreu (2000, p. 12), assim que temos sua confiança, *“fica fácil fazê-los entender a complexidade do processo e o valor de sua participação”*.

Nessa mesma linha, Cunha e Bruns (2000, p. 18) acreditam que:

“o profissional para desenvolver essa atividade deve possuir um perfil menos assistencialista, agir com autonomia, ter capacidade de comunicação, de empreender, de transferir conhecimentos de forma didática, iniciativa, prontidão e muita experiência profissional”.

Quanto mais idosa a população e mais dependente, maior a atuação da família, ou outro cuidador, no atendimento no domicílio. A continuidade do tratamento depende da adesão da família, e do próprio paciente. Constatamos, nos atendimentos realizados, que muitos pacientes idosos mantêm-se, ou tentam manter-se, na medida do possível, independentes de seus familiares. Isso por um lado é muito bom, pois preservam sua auto-estima e autocuidado, mas, por outro lado, no momento da incapacidade produzida pela doença, tornam-se rebeldes e não aderem ao tratamento. A própria família não aceita essa situação, negando o acontecido, devendo-se também considerar que o abandono social é freqüente.

Alguns autores corroboram com os nossos achados quando afirmam que é nesse momento que o papel da enfermeira faz-se muito necessário. É com discernimento e tranqüilidade, proporcionando ao paciente e aos familiares a possibilidade de participarem das decisões de seu tratamento, que conquistamos a confiança do paciente e dos familiares e conseguimos a adesão ao tratamento (Domingues, 1999).

Escolaridade

Quanto à escolaridade dos pacientes temos, o seguinte quadro:

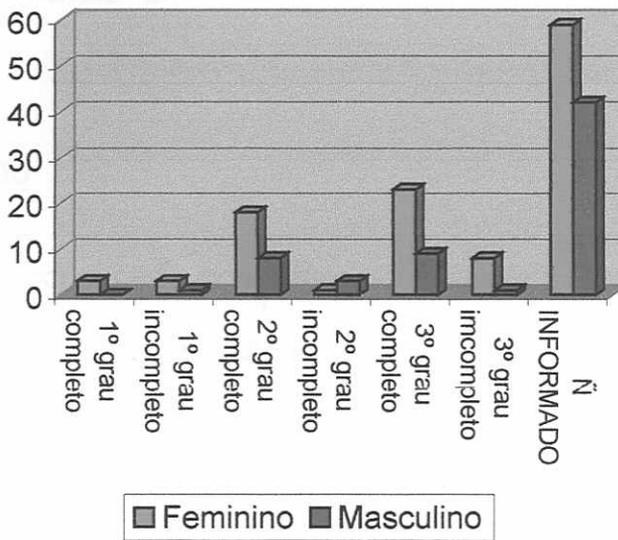


Figura 4 - Distribuição da população em estudo segundo o grau de instrução e sexo

A maioria dos clientes (56,4%) não informou seu grau de instrução, permanecendo, assim, dos que informaram, a maior faixa nos indivíduos com 3º grau completo (17,9%) e 2º grau completo (3,9%).

Em 1999, a proporção de mulheres com pelo menos o segundo grau concluído situou-se 2,9 pontos percentuais acima da referente à população masculina. Entretanto, a disparidade entre o nível de instrução dos dois sexos é muito mais acentuada na população ocupada, pois o interesse feminino em ingressar no mercado de trabalho tende a aumentar com a elevação do seu nível educacional (IBGE – SIDRA, 1996).

Consideramos que esse dado deva merecer maior atenção em nossos registros, pois escolaridade e acesso à cultura são fatores importantes nos

processos educacionais em saúde e na adesão aos tratamentos e ao autocuidado.

Ocupação

No item ocupação, constatou-se o mesmo problema do registro escolaridade, ou seja, a maioria não informou ou não foi perguntada sobre esse indicador.

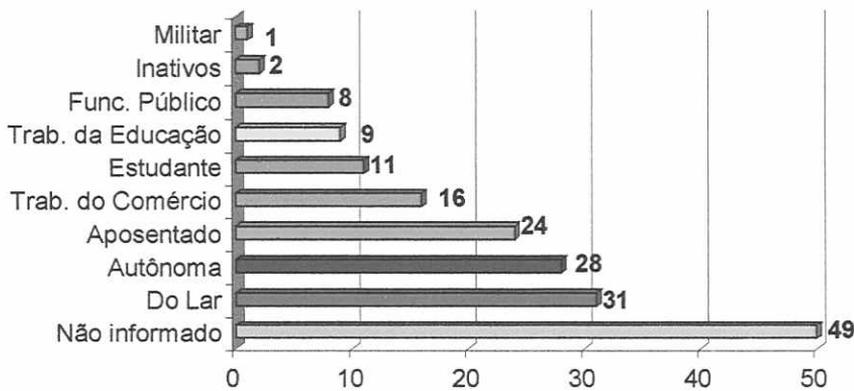


Figura 5 - Distribuição da população em estudo segundo a ocupação

Constatou-se, na tabela 1 (p.64), que como a maioria da faixa etária dos pacientes concentra-se na faixa dos de mais de 71 anos, presume-se que a maioria da população atendida pelo Domicilium que não informou sua ocupação possa ser aposentada.

As informações sobre as ocupações foram organizadas, por nós, agrupando-as por área de atuação, facilitando assim sua identificação, com base nas seguintes definições:

Comércio: pessoas que estão de alguma maneira ligadas ao comércio e indústria; incluem-se: secretárias, industriários, vendedores, cabeleireiros, gráficos e comerciantes.

Autônomo: profissionais liberais, com ou sem vínculo empregatício; são eles: administradores, advogados, técnicos em informática, psicólogos, técnicos de Rx, assistentes sociais, artistas plásticos, contador, geógrafo, empresário, enfermeira, médico, dentista, gerente, pecuarista, representante engenheiro e agrônomo.

Funcionário público: pessoas que trabalham na rede pública, incluindo os bancários.

Procedência

Quanto à procedência, a figura abaixo revela os limites geográficos e os encaminhamentos para o serviço.

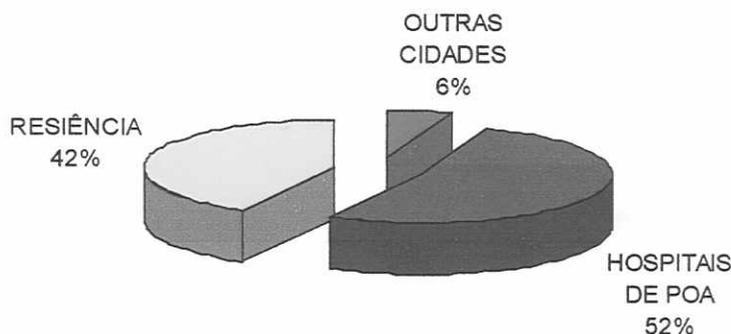


Figura 6 - Distribuição da população em estudo segundo a procedência

Verifica-se que 42% dos pacientes são provenientes da própria residência, na cidade de Porto Alegre, e 52% provindos de vários hospitais da

capital, entre eles o Hospital Mãe de Deus, Divina Providência, Hospital Moinhos de Ventos, Santa Casa de Misericórdia, Hospital da PUC e Instituto de Cardiologia.

O financiamento da internação domiciliar

Em relação ao caráter econômico do atendimento, identificou-se que a maior parte dos atendimentos acontece com o financiamento do próprio paciente ou familiar, já que a maioria da assistência privada, isto é, os Convênios ou Planos de Saúde, ainda não oferece atendimento domiciliar.

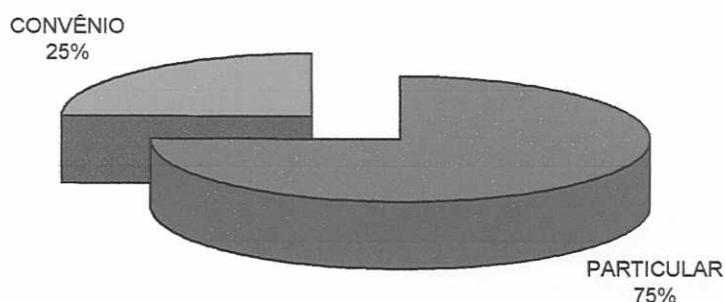


Figura 7 – Distribuição da população em estudo segundo o financiador

Os contratos de seguro-saúde e planos de saúde, via de regra, são contratos de adesão, isto é, são contratos cujas cláusulas são aprovadas unilateralmente pelo fornecedor, não permitindo ao consumidor a possibilidade de discussão ou modificação substancial do seu conteúdo. Esse tipo de medicina suplementar é utilizado por mais de 40 milhões de brasileiros, conforme a Cartilha sobre planos de saúde da Associação Médica do Rio Grande do Sul – AMRIGS (1999).

Pensamos que um dos desafios importantes para a implantação definitiva do atendimento domiciliar é a definição de regras e normas que delimitem os direitos e deveres de sua atuação. Com isso, definem-se, os diferentes níveis de competência para cada função, não esquecendo de especificar os mecanismos de avaliação, ou indicadores de qualidade assistencial, de cada nível.

A Lei 9.596/98, que disciplina os serviços de medicina suplementar em todo o país, obriga as empresas de saúde a oferecer, no mínimo, aquilo que determina a lei. Assim, os Planos e Seguros de Saúde, a partir dessa data, não poderão excluir nenhum consumidor por ser portador de qualquer doença ou lesão. Cada tipo de plano terá a lista de procedimentos que deverá cobrir.

Dentre os convênios, as seguradoras de saúde são as que mais têm aprovado esse tipo de assistência. Não podemos deixar de salientar que os planos de saúde não têm contemplado essa modalidade de assistência em seus contratos. O que se tem visualizado é um aditivo de contrato, onde o segurado é informado que o atendimento domiciliar concedido é uma exceção e que a seguradora não se responsabiliza por providenciar medicamentos para o tratamento em casa, conforme estabelecido na lei, e alguns materiais específicos, como fraldas, utilizados no paciente.

4.2.2 O cliente do Domicilium Mãe de Deus e suas necessidades assistenciais

Os dados apresentados a seguir buscam mostrar às atividades realizadas no Domicilium Mãe de Deus. Consideramos que as informações sobre as patologias básicas são de suma importância para se comparar a eficácia das diferentes estratégias de manejo assistencial.

A maioria dos pacientes atendidos apresentam alguma patologia secundária associada, sendo que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocorre em 78% das patologias básicas atendidas.

Identificamos que os pacientes cirúrgicos, neurológicos, oncológicos e nefrológicos já apresentavam alguma patologia associada, sendo a hipertensão arterial sistêmica e as infecções em geral as de maior prevalência.

As patologias neurológicas são afecções degenerativas, sendo mais prevalentes em idosos, e são caracterizadas principalmente por sintomas motores. Entretanto, manifestações como comprometimento da memória, depressão, alterações do sono e distúrbios do sistema nervoso autônomo podem ocorrer. Na maioria das vezes causam dependência, sendo necessário o acompanhamento de um cuidador.

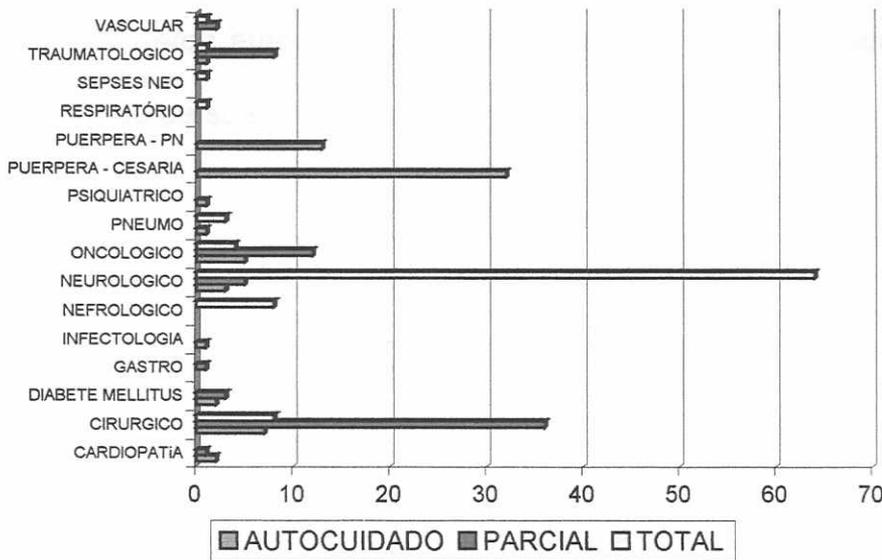


Figura 8 – Grau de dependência por patologia

O grau de dependência do paciente internado em assistência domiciliar varia conforme sua patologia básica e as patologias associadas. A idade em que se encontra o paciente também é fator importante a ser considerado quanto ao grau de dependência.

A dependência do paciente pode variar, desde o uso de tecnologia, como ventilação mecânica, passando pelas dependências de oxigenoterapias até os de cuidados profissionais constantes, tais como de enfermagem, fisioterapia, médico, fonoaudióloga, terapia ocupacional, nutricionista, entre outros.¹

¹ Existem instrumentos como a escala de Karnofsky, que é uma forma que pode ser utilizada para avaliar a qualidade de vida, ou, mais especificamente, o grau de dependência do paciente atendido. Ela classifica em diferentes categorias o perfil do paciente atendido, avaliando o *status* funcional, sendo útil para direcionar o tratamento e o prognóstico. É uma das escalas mais utilizadas atualmente, sendo de uso generalizado, apesar de ser originalmente desenvolvida para pacientes com câncer.

O desafio do Domicilium Mãe de Deus é treinar o familiar e/ou paciente para o cuidado e/ou autocuidado, para que ela/ele possam assumir o doente conforme o grau de suas necessidades.

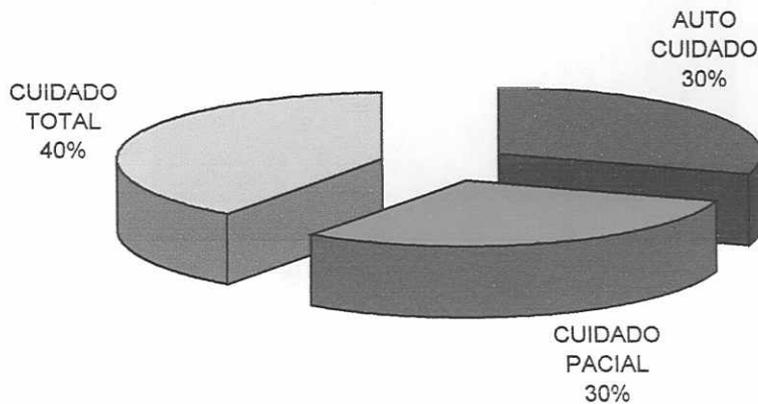


Figura 9 – Grau de dependência conforme critérios do Domicilium Mãe de Deus

Atualmente, no Domicilium Mãe de Deus, são utilizados critérios de dependência total, parcial e autocuidado, classificando-os conforme as necessidades de cuidados de outras pessoas, o tipo de dependência que cada paciente apresenta para a realização de suas atividades cotidianas e os equipamentos utilizados para a manutenção de vida. A retomada do uso de métodos de avaliação, como triagem pré-domiciliar e a avaliação subjetiva auxiliam no atendimento domiciliar, disponibilizando informações necessárias para a prestação dos cuidados.

Necessitando de atendimento por parte de um cuidador, identificamos os profissionais necessários para o cuidado. Na figura 10 podem ser

observados os profissionais mais freqüentemente envolvidos no atendimento do Domicilium Mãe de Deus.

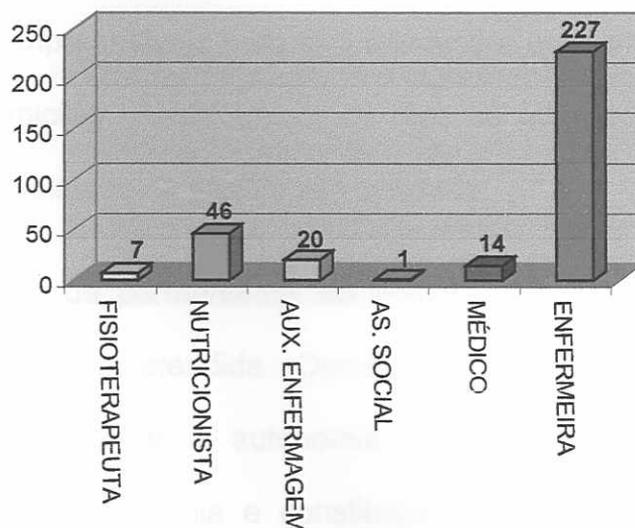


Figura 10 – Profissionais envolvidos no cuidado domiciliar

Observa-se que a enfermeira está presente em todos os casos atendidos, sendo a nutricionista, a seguir, o profissional mais solicitado, geralmente pela enfermeira, para a elaboração de processos assistenciais.

Se verificarmos a população do Rio Grande do Sul, 9.776.540, e compararmos o número de profissionais enfermeiras por 1.000 habitantes, chegamos a uma relação de 0,61 (Brasil, 1996b). Este número é muito baixo em relação à população atendida, indicando que ainda existe muito “espaço” no mercado da saúde para ser conquistado.

Tempo de internação

Uma característica do cuidado domiciliar é abranger toda a família. A elaboração de um cronograma de ações auxilia na adesão da família e do

paciente ao programa, pois as decisões são tomadas conjuntamente. A qualidade do atendimento prestada, tanto para o paciente, quanto para familiares, no sentido de receber informações claras, precisas e fidedignas e orientações compreensíveis e de fácil execução, auxiliam a diminuir os dias de internação domiciliar. Assim, medir os dias de internação pode ser um bom indicativo da qualidade da assistência prestada.

A média de permanência no atendimento domiciliar varia de acordo com cada patologia atendida. Como o modelo proposto de cuidado do Domicilium é preservar a autonomia do paciente e familiar, muitas das internações são de um dia e constituem os chamados gerenciamentos de casos ou *nursecare*, isto é, atendimento de enfermagem com o propósito de realizar procedimentos como instalação de sondas vesicais e enterais, curativos, aplicação de medicação, quimioterapias, entre outros, e verificar as condições assistenciais prestadas pelo cuidador.

Discutiremos esses dados quando abordarmos as ações e atividades desenvolvidas pelas enfermeiras nas diferentes patologias atendidas pelo Domicilium Mãe de Deus.

4.2.3 As intercorrências no atendimento domiciliar

O óbito

O óbito durante o atendimento domiciliar é uma ocorrência indesejável, mas muitas vezes impossível de ser evitado. Ao longo de 4 anos de existência

do Domicilium Mãe de Deus, a complexidade dos atendimentos aumentou e, com eles, o número de pacientes terminais, apenas com cuidados paliativos.

Apesar de evitarmos o atendimento de pacientes instáveis, existem circunstâncias que não justificam manter pacientes com esse perfil no hospital. Tanto o médico assistente, quanto o familiar e a equipe assistencial do Domicilium Mãe de Deus estão cientes do caso desde a admissão do paciente, sabendo da possibilidade de o paciente vir a falecer. Nesses casos, as combinações devem ser feitas previamente, já que a morte traz muitos desconfortos, principalmente em casa.

Apenas 4 pacientes foram a óbito no período analisado. Mesmo assim, esses casos foram internados no hospital antes do ocorrido, conforme combinação com a família e o médico assistente. Em todos os casos, o suporte da equipe de pastoral é importantíssimo, pois ela nos auxilia nessa hora tão difícil. Na realidade, não ocorreu nenhum óbito domiciliar.

A média de idade dos pacientes falecidos foi de 68,5 anos (limites: 62 – 80 anos), sendo que a ocorrência foi maior no sexo masculino.

Dos 4 óbitos em nossa casuística, 2 deles correspondem a pacientes portadores de doenças oncológicas avançadas, e sem possibilidade terapêutica, sendo o carcinoma de cólon a principal localização do processo responsável pela ocorrência.

Dos eventos mórbidos associados ao óbito, o *Diabetes Mellitus*, os problemas vasculares, a insuficiência renal crônica e infecções ocorreram em

igual proporção. Alguns pacientes não tinham doenças associadas e outros tinham mais de uma causa.

Apesar da circunstância mórbida, "*o óbito pode servir para criação de novos modelos de atendimento e reformulação da estrutura de atendimento*", nos explica Medina e Fernandes (1999, p. 4).

No período estudado, a média diária de internação domiciliar dos pacientes com evento mórbido foi de 19,25 dias, em comparação à média diária de internação hospitalar dos mesmos pacientes, 32,75 dias. Isso nos faz refletir sobre o atendimento domiciliar para pacientes terminais, que poderia ser indicado mais precocemente do que comumente o é, principalmente quando não houver mais procedimentos a realizar para reverter o quadro clínico.

Na figura 11 demonstra-se claramente que a internação hospitalar de pacientes terminais é maior que a internação domiciliar em 50% dos casos. Podemos afirmar que não foi dada nenhuma alta precipitada em todos os casos, mas que nos dois casos onde a internação hospitalar foi menor que a internação domiciliar, os pacientes já haviam se internado anteriormente no programa, sendo de boa aceitação para ele e sua família.

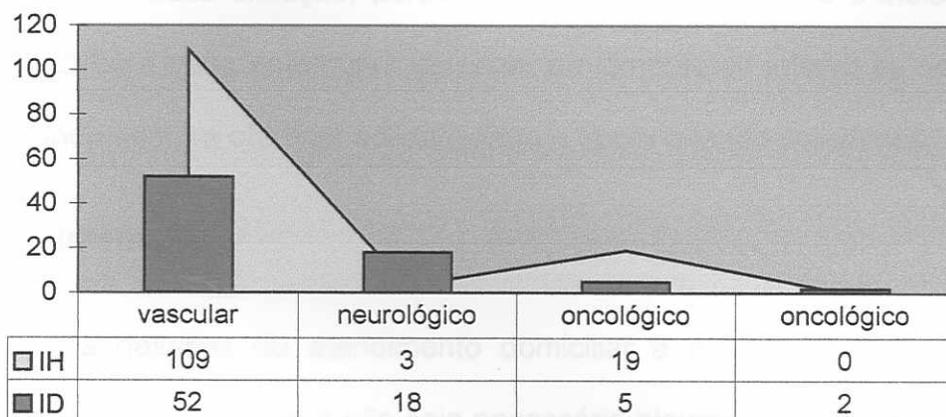


Figura 11 – Comparativo de dias de internação domiciliar e internação hospitalar por origem da patologia dos óbitos ocorridos

Conforme a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, o índice de morbidade hospitalar, de janeiro a agosto de 2000, na região metropolitana de Porto Alegre, as neoplasias atingem 50.571 pacientes do sexo masculino e 41.384 do sexo feminino. Comparado com o número de casos de neoplasias malignas por 100.000 habitantes, a região Sul corresponde a 25,4% dos casos masculinos e 21,6% dos casos femininos, conforme o censo de 1997. Em Porto Alegre, a mortalidade proporcional por grupo de causas neoplásicas é de 19,4% (Brasil, 1997).

O índice de morbidade domiciliar não é registrado, mas identificamos através de outras empresas de atendimento domiciliar que na maioria dos atendimentos domiciliares os pacientes terminais são internados antes da ocorrência de óbito, sendo muito baixa a incidência no domicílio. Acreditamos que motivos culturais estejam na base da dificuldade de enfrentamento do óbito, já que essa incumbência foi historicamente transferida para o hospital.

Não existe um modelo padronizado de conduta para esses casos. Cada enfermeira, nessa situação, percorre seu próprio caminho e o indicado pela família. Cabe a cada enfermeira perceber o momento de intervir ou de se afastar, tentando sempre oferecer solidariedade e apoio quando solicitados.

As reinternações

Um dos desafios do atendimento domiciliar é evitar a reinternação hospitalar. Não que esse retorno não seja necessário algumas vezes, mas com frequência a reinternação pode ser programada.

A figura a seguir identifica um comparativo entre o número total de pacientes atendidos por patologia e o total de reinternações nos respectivos períodos.

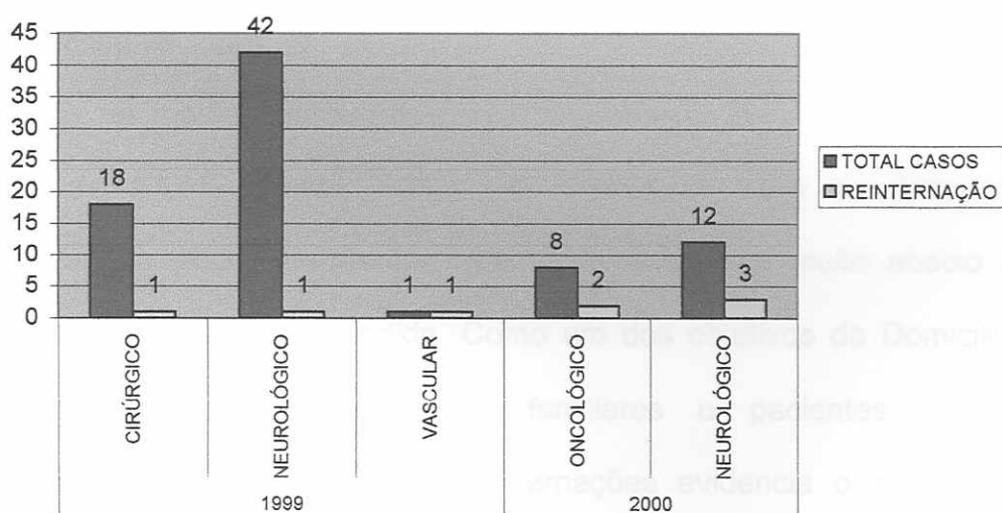


Figura 12 – Total de atendimentos domiciliares e reinternações por especialidade por ano

Da população analisada, dentre os que reinternaram de forma planejada ou não, no período de setembro de 1997 a julho de 2000, observou-se que em 1997 e 1998 não houve reinternações. Em 1999, 3 pacientes foram reinternados, sendo que 1 caso foi a óbito. Houve considerável aumento de reinternações no primeiro semestre de 2000, sendo que 3 deles foram a óbito. Com o crescente aumento da gravidade da patologia dos pacientes atendidos, isso era esperado.

As reinternações programadas ocorreram por diversos motivos; entre eles: indicação do médico assistente, cirurgias, agravamento esperado do quadro em pacientes terminais.

Quanto as reinternações não programadas, os principais motivos foram insuficiência respiratória por aspiração de dieta e convulsões.

Identifica-se que o percentual de internações hospitalares por especialidade na região metropolitana de Porto Alegre, em 1997, em clínica médica, é de 33,9% (Brasil, 1997). No Domicilium Mãe de Deus, as reinternações são pouco freqüentes, mantendo uma taxa muito abaixo do esperado para a população atendida. Como um dos objetivos do Domicilium Mãe de Deus é educar e treinar familiares e pacientes para o cuidado/autocuidado, a redução das reinternações evidencia o alcance do mesmo. Os programas educativos em *home care* também são bastante defendidos por autores americanos, como Martens e Mello (1997); Shipton (1997); e Stewart, Vanderbroek, Pearson e Horovitz (1999).

A partir dessa caracterização, de certa forma exaustiva, o próximo capítulo traduz nossa busca no sentido de compreender aprofundadamente o contexto das ações técnicas, relacionais e educativas de enfermagem, determinando suas características de natureza e abrangência.

Essa combinação auxiliou na investigação e permitiu apurar conceitos e desenvolver hipóteses de pesquisa posterior. Assim, o capítulo contém descrições qualitativas selecionadas dos registros da população de pacientes investigada, bem como descrições quantitativas relativas às classificações emergidas dos dados.

5 AÇÕES DE ENFERMAGEM NO DOMICILIUM MÃE DE DEUS

Com base em autores que centralizaram suas análises no cuidado de enfermagem, tentamos, a seguir, apresentar e discutir as ações de enfermagem e das enfermeiras no Domicilium Mãe de Deus.

As atividades desenvolvidas, durante as visitas domiciliares, considerando os diferentes pacientes e suas patologias, foram elaboradas por uma equipe multiprofissional, constituída por enfermeira, médico e nutricionista.

A existência de um roteiro auxiliou no desenvolvimento das atividades realizadas pelas enfermeiras no processo do cuidar domiciliar. Isso não significa que a autonomia das enfermeiras para atuação nos diferentes atendimentos fique prejudicada, mas acreditamos que auxilia na implementação de técnicas para a melhora da assistência.

Os pacientes atendidos no programa são encaminhados pelo médico assistente, pelos planos de saúde ou pelo próprio familiar. Nem todas as recomendações de atendimento domiciliar têm critérios para internação. É nesse momento que a enfermeira utiliza sua experiência para identificar os pacientes com perfil para o atendimento domiciliar.

No caso estudado, a atual gestão do cuidado domiciliar privilegia a enfermeira que tem visão estratégica, utilizando adequadamente a tecnologia e o acompanhando às necessidades do paciente e da família. A autonomia torna-se imprescindível para a indicação dos equipamentos e cuidados necessários ao atendimento proposto. O uso da triagem dos pacientes é um dos métodos mais acurados que a enfermeira utiliza. É ela que elabora toda proposta de atendimento que é encaminhada ao convênio, também identificando o valor diário gasto no Domicilium Mãe de Deus.

Dentre os diversos segmentos de cuidados com a saúde, os procedimentos de cuidados paliativos, isto é, os que oferecem a melhor qualidade de vida possível aos pacientes e familiares, tais como alívio do sofrimento nos casos de doenças terminais, têm se centralizado na assistência multidisciplinar, garantindo a qualidade e a responsabilidade de atuação dos profissionais envolvidos.

Utilizando as idéias de Lopes (1995), a construção das relações com o trabalho da enfermeira nos desvela o cuidado como prática profissional, técnica, relacional e educativa. Para a autora, o cuidado não pode ser compreendido fora do vivido, que mistura a previsibilidade (uma estabilidade buscada na prescrição, nas normas e rotinas) e a imprevisibilidade que resulta dos limites da ação frente à vida e à morte e a complexidade instável do seu sujeito-objeto, o paciente.

Considerando esses aspectos, construímos categorias analíticas capazes de fazer emergir as práticas de enfermagem do Domicilium Mãe de Deus nas suas diferentes dimensões.

Essas categorias partem da noção de melhora da qualidade de vida do paciente e da família e constituem preocupação básica para que se institua o cuidado, ajustado às reais necessidades de todos.

Ao pensarmos sobre a prática específica de enfermagem, em sua dimensão educativa, consideramos como capaz de interferir no contexto social, de confrontar os problemas de saúde do indivíduo e da família, auxiliando as pessoas a cuidarem de si mesmas, favorecendo seu desenvolvimento e crescimento.

A dimensão técnica do cuidado na utilização do conhecimento científico para a aplicação de técnicas no processo de cuidar é obtida no processo de formação e na prática cotidiana. Concordamos com Singer (1986) quando diz que o conhecimento técnico relevante é obtido na prática e apenas os princípios gerais podem ser ensinados.

A enfermeira sofre influência direta da família; em conseqüência, suas atitudes críticas e criativas contribuem para a preservação e melhora da saúde familiar.

Autores como Unicovsky e Lautert (1998, p. 226) fortalecem essas idéias ao afirmarem que a enfermeira:

“deve atuar como generalista, cuja competência e capacidade decisória só poderão ser conquistadas quando, paralelamente

à aquisição de habilidade prática, exista a devida orientação e construção do conhecimento, os quais oportunizem uma prática de enfermagem crítica e criativa, nos diversos estágios disciplinares; que desprezem atitudes alienadoras e conceitos defasados, permitindo mostrar as contradições e deformações, bem como, propor alternativas que também contemplem as demandas sociais.”

Na dimensão relacional do cuidado utilizamos ações e atitudes de apoio, estímulo, facilitação, negociação ou capacidade de influenciar as pessoas. Atitudes essas que, conforme Lopes (1995), resultam da trama dinâmica das relações sociais.

Com base nessas definições de categorias e no entendimento que temos delas, passamos a descrever e discutir a ação concreta das enfermeiras, no Domicilium, a partir de casos emblemáticos escolhidos por área de especialidade e tipo de atendimento.

5.1 Descrição dos atendimentos por motivo de internação

5.1.1 O atendimento puerperal

A gravidez é um período de grande ansiedade para a maioria das mulheres. Aliada à inexistência de informação, essa ansiedade pode provocar decepções e mesmo psicose pós-parto.

O puerpério é o período que sucede o parto, com duração aproximada de 42 dias. Nesse intervalo, a puérpera necessita de avaliação e assistência de enfermagem. As mulheres, nesta fase, têm condições de se cuidarem, desde que saibam o que fazer.

A uniformização do cumprimento de normas técnicas por parte das enfermeiras, em pacientes no pós-parto, no caso do Domicilium Mãe de Deus, auxilia a definir o grau de eficiência do atendimento prestado, sinalizando a melhora da qualidade assistencial.

A média de permanência, no programa de atendimento domiciliar, nos casos de puérperas que se submeteram a cesariana é de 2 dias, e nos casos de parto normal, é de 1 dia.

Atividades normativas desenvolvidas

Convém salientar que as atividades a que nos referimos neste item foram elaboradas para o protocolo assistencial do Domicilium Mãe de Deus. No entanto, a classificação nas diferentes dimensões do cuidado foi categorizada por nós com base nas afirmações de Lopes (1995).

As dimensões técnicas e educativas seguiram o protocolo, sendo classificadas por nós. A dimensão relacional foi extraída e sistematizada por nós a partir das anotações e da conceituação adotada.

Quadro 1 – Atividades normativas desenvolvidas no atendimento puerperal no Domicilium Mãe de Deus

DIMENSÃO TÉCNICA	DIMENSÃO EDUCATIVA	DIMENSÃO RELACIONAL
<p><i>1. Avaliação e controle materno - Observar:</i> Ferida operatória; abdômen ou períneo; sangramentos; altura uterina; vida sexual; sono e repouso; método anticoncepcional; controle dos sinais vitais; hidratação e nutrição; higiene e aparência; vestuário; eliminações; membros inferiores: edemas, varizes; atividades do lar e trabalho; fumo, bebida, medicamentos</p> <p><i>2. Atendimento das Intercorrências</i></p> <p><i>3. Avaliação do recém-nascido:</i> avaliar icterícia neonatal; controle dos sinais vitais; hidratação</p> <p><i>4. Avaliar os 10 sinais de alarme do recém-nascido:</i> Frequência respiratória maior que 170 batimentos; temperatura; distensão abdominal; icterícia; crises de apnéia ou cianose; falta de diurese por 24 horas após o nascimento; falta de diurese por 12 horas posterior; falta de evacuação nas primeiras 48 horas após o nascimento; falta de evacuação mais de 3 dias posterior; convulsões</p> <p><i>5. Avaliação física do bebê:</i> pele; umbigo; reflexos; órgãos genitais.</p>	<p><i>1. Orientações quanto ao aleitamento materno:</i> Cuidado com as mamas; problemas mais freqüentes ocorridos com as mamas; ordenha; medicamentos que passam para o leite</p> <p><i>2. Orientação e controle nutricional.</i></p> <p><i>3. Orientar sobre eructação, soluços, regurgitamento e vômitos ocasionais.</i></p> <p><i>4. Orientar sobre o número de evacuações e cólicas.</i></p> <p><i>5. Orientar sobre sinais e sintomas normais:</i> choro; <i>neuris flameos</i> (manchas na pele de aspecto vinhoso); <i>millium</i> facial (acúmulo de gordura nos poros); apêndice xifóide saliente; granuloma umbilical e hérnias; manchas mongólicas; diástase fisiológica dos retos abdominais (separação dos músculos reto-abdominais); varismo fisiológico (desvio das pernas para dentro); nistagmo fisiológico (movimento oscilatório dos olhos); fimose fisiológica; hidrocele; secreção vaginal; menstruação fisiológica</p> <p><i>6. Orientar sobre o ambiente físico (quarto, berço, etc.)</i></p> <p><i>7. Orientar higiene e vestuário do bebê; troca das fraldas; banho de sol e hidratação da pele; dermatites de contato e vacinação.</i></p>	<p><i>1. Aspectos psicológicos:</i> Depressão pós-parto. Banzo pós-parto (nostalgia, tristeza); troca hormonal; banzo; relação de familiares/pais/bebê/outros; inter-relação com a equipe de saúde; aspectos comunicacionais (dúvidas, desentendimentos, entre outros); ouvir, aconselhar, informar.</p>

As visitas domiciliares são efetuadas no 3º ou 4º dia e uma semana após a primeira visita, observando-se, como regra, o pico de icterícia do recém-nascido e a avaliação das condições da mãe.

A maioria das puérperas recebe alta precocemente. A média de internação hospitalar para puérperas pós-cesariana é de 2,25 dias,

aproximando-se da média de puérpera pós-parto normal, que é de 2 dias. Apesar de muitas mães receberem orientação pré-natal, através do Curso de Gestante ministrado pelo Serviço Materno Infantil do Hospital Mãe de Deus, ainda se identifica, em muitos casos, a falta de informação ou assimilação do que foi orientado no pré-natal.

O atendimento domiciliar prestado às puérperas visa a atender as necessidades terapêuticas e de saúde da família do recém-nascido. Isso implica importantes orientações que auxiliam a família durante a primeira semana do puerpério para o perfeito desenvolvimento da criança.

Pelo pouco contato que temos com as mães e familiares, dificilmente se consegue uma melhor interação com a equipe. Identificamos a presença da avó materna na maioria dos atendimentos realizados. E essa presença, de certa maneira, traz bastante tranquilidade para as puérperas, principalmente para as primigestas.

5.1.2 O atendimento em caso de trauma

A média de permanência de pacientes vítimas de trauma em atendimento domiciliar não ultrapassou a 2,5 dias (DP = 0,7 dias) no Domicilium Mãe de Deus.

Os atendimentos traumatológicos são realizados nos pacientes que tiveram intervenção cirúrgica, artroplastia de quadril, escoliose, retirada de placas e pinos, *halux valgus* e aplicação de antibioticoterapia endovenosa.

Atividades normativas desenvolvidas

Quadro 2 – Atividades normativas desenvolvidas no atendimento em caso de trauma no Domicilium Mãe de Deus

DIMENSÃO TÉCNICA	DIMENSÃO EDUCATIVA	DIMENSÃO RELACIONAL
1.Elaboração do plano de cuidados junto com o médico assistente. 2.Avaliação da estrutura domiciliar. 3.Curativos. 4.Higiene e cuidados com escaras. 5.Administração de medicações parenterais e enterais. 6.Atendimento de intercorrências. 7.Monitoramento diário do paciente e do cuidador. 8.Agendamento de exames complementares. 9.Coleta para exames laboratoriais.	1.Orientação e treinamento para familiares e/ou cuidadores. 2.Orientação e acompanhamento nutricional. 3.Orientar a aquisição de material e equipamento. 4.Orientação quanto a precauções com infecções. 5.Orientação quanto a descarte de lixo.	1.Suporte familiar. 2.Provisão de suporte do sistema de envolvimento familiar do paciente. 3.Ouvir, aconselhar, informar. 4.Inter-relação com a equipe. 5.Aspectos comunicacionais (dúvidas, desentendimentos, entre outros).

Caso prático¹

Optamos por apresentar algumas situações vivenciadas através do que chamamos de caso prático para que possamos ver na dinâmica do atendimento a complexidade do cuidado prestado.

Um rapaz de 17 anos, politraumatizado, com trauma encefálico e seqüela neurológica grave, por acidente de motocicleta, sofreu cirurgia de osteossíntese de fêmur esquerdo. Com quadro de dependência total, necessita de alimentação enteral por sonda, cuidados de higiene e conforto e cuidados nas 24 horas do dia.

¹ Todos os casos práticos descritos são verídicos.

O rapaz estava internado no Hospital Mãe de Deus há 61 dias. A avaliação da enfermeira para o ingresso no Domicilium Mãe de Deus foi realizada a pedido do plano de saúde. Depois de analisados os critérios para ingresso domiciliar, já descritos anteriormente, apresentou-se indicação para internação domiciliar. Foi realizada uma proposta terapêutica para o convênio, programando um período mínimo de internação domiciliar de 30 dias, prorrogado posteriormente para mais 30 dias.

O custo aproximado da diária, conforme a avaliação da enfermeira do Domicilium Mãe de Deus e aprovado pelo convênio, foi de R\$ 260,00 (duzentos e sessenta reais), onde está incluído o plano terapêutico domiciliar realizada, ou seja:

- a) organização da estrutura domiciliar para transferência do paciente;
- b) treinamento de um cuidador pela enfermeira;
- c) orientação da compra de material e aquisição de equipamento para suporte domiciliar;
- d) supervisão da enfermeira do Domicilium Mãe de Deus: 2 vezes por semana;
- e) visita médica: a critério do médico assistente;
- f) auxiliar de enfermagem 24 horas, até o treinamento de uma familiar ou outro cuidador leigo;
- g) fisioterapia diária;
- h) avaliação nutricional: 1 visita a cada 15 dias;
- i) preparo e controle da administração da dieta enteral.

Após a aprovação do convênio para o ingresso no Domicilium Mãe de Deus, a enfermeira realiza a prescrição de enfermagem e faz o aprazamento da prescrição médica para a farmácia do Hospital Mãe de Deus.

A programa de treinamento proposto foi o mais simples possível, sinalizando as condutas necessárias ao atendimento e conforme a análise do perfil familiar. Utilizando o caso descrito acima, foi elaborada a seguinte prescrição de enfermagem:

- a) preparo do domicílio para receber o paciente: conjunto de oxigenação com cilindro para uso em cateter nasal se necessário; nebulizador elétrico; aspirador elétrico; suporte de soro; cadeira de rodas; cadeira higiênica com rodas;
- b) orientação da família e dos auxiliares de enfermagem para manuseio de material e equipamento;
- c) orientação quanto à realização de procedimentos: higiene, troca de fraldas, arrumação da cama, prevenção de escaras, aplicação de medicações;
- d) orientação para preparação de dietas enterais e administração das mesmas;
- e) controle de sinais vitais 1 vez/dia;
- f) uso de fraldas descartáveis para incontinência urinária;
- g) fisioterapia motora e respiratória 1 vez ao dia.

A prescrição da dieta fica a cargo da nutricionista, avaliando parâmetros nutricionais, o estado nutricional do paciente e informações do

mesmo paciente e de familiares, e indicando a terapia nutricional, para um melhor prognóstico.

A fisioterapia cabe ao profissional qualificado para tal procedimento, que é o fisioterapeuta. Os pacientes que necessitam de fisioterapia, prescrita pelo médico assistente, são anteriormente avaliados pelo fisioterapeuta, que indica o tratamento adequado e prescreve o número de sessões semanais.

A evolução de enfermagem apresentada abaixo identifica um relacionamento familiar complicado. Identificamos complexo de culpa da avó, pois ajudou o neto a comprar a motocicleta. Tentamos estimular as conversas entre a enfermeira e os familiares, identificando problemas relacionais e conflitos existentes na família. Essa postura auxilia no processo de cuidado, direcionando as ações de enfermagem de forma a considerar a necessidade dos clientes. Essas informações são anexadas ao prontuário do paciente, auxiliando na evolução do cuidado e na qualidade do atendimento, protegendo, de certa maneira, a equipe de processos éticos e judiciais, caso ocorram.

“Realizo visita domiciliar, entregue materiais mais medicações datadas de 05 e 06. Converso com dona M., avó do E. G. B. e a mesma relata que a outra avó é a pessoa que causa mais confusão com as pessoas da equipe, e familiares... Isso faz parte de seu temperamento. Conta também que na hospitalização de E. G. B. ela esteve muito ansiosa, causando muito desconforto na equipe de enfermagem. Não quer que troquemos os funcionários, e pede que sejam desconsiderados seus comentários e queixas a respeito do Domicilium, hoje pela manhã. Está muito contente com nossa atuação e acredita plenamente na nossa ajuda e força para melhorar de seu neto. Só tem a agradecer, diz. Evacuoou hoje, urina espontânea em grande quantidade. Ferida no períneo já cicatrizada. Apirético, sinais vitais OK. Fisioterapeuta presente.”

5.1.3 O atendimento neurológico

A desospitalização é uma tendência mundial da organização dos serviços de saúde, possibilitando abrandar a carência de leitos hospitalares, principalmente com as doenças crônicas seqüelares, como no caso das neurológicas.

Uma das alternativas encontradas foi a internação domiciliar, onde o paciente permanece em seu domicílio até a enfermeira completar o treinamento do cuidador. As visitas domiciliares periódicas são outra opção por vezes utilizada. Nesses casos, as enfermeiras atuam como gerenciadoras de doenças, pois elas têm a possibilidade de antecipar diagnósticos, possibilitando melhor encaminhamento para cada caso. Essa prática já foi implantada em Porto Alegre no começo da década passada (Vaz, 1994).

A média de permanência, em nosso programa, nos casos de pacientes neurológicos, é de 22,8 dias (DP = 30,1 dias), variando de 1 dia, nos casos de atendimento de enfermagem para realização de procedimentos, tais como sondagens e curativos, até 75 dias, nas internações domiciliares de pacientes crônicos totalmente dependentes de um cuidador.

Atividades normativas desenvolvidas

Quadro 3 – Atividades normativas desenvolvidas no atendimento neurológico no Domicilium Mãe de Deus

DIMENSÃO TÉCNICA	DIMENSÃO EDUCATIVA	DIMENSÃO RELACIONAL
1.Elaboração do plano de cuidados junto com o médico assistente. 2.Avaliação da estrutura domiciliar. 3.Higiene e cuidados com escaras. 4.Administração de medicações parenterais e enterais. 5.Atendimento de intercorrências. 6.Monitoramento diário do paciente e do cuidador. 7.Agendamento de exames complementares. 8.Coleta para exames laboratoriais.	1.Orientação e treinamento para familiares e/ou cuidadores. 2.Orientação e acompanhamento nutricional. 3.Orientar a aquisição de material e equipamento. 4.Orientação quanto a precauções com infecções. 5.Orientação quanto a descarte de lixo.	1.Suporte familiar 2.Provisão de suporte do sistema de envolvimento familiar do paciente. 3.Ouvir, aconselhar, informar. 4.Inter-relação com a equipe. 5.Aspectos comunicacionais (dúvidas, desentendimentos, entre outros).

Caso prático

Naná², 79 anos, apresenta-se no momento da avaliação com seqüela respiratória e déficit motor há mais de 3 anos, devido a um acidente vascular cerebral. Com dependência total de cuidados, suporte ventilatório, oxigenoterapia em traqueostomia e sonda de gastrostomia para alimentação, comunica-se pelo piscar dos olhos e acanhadas expressões faciais.

A paciente já estava em acompanhamento domiciliar, organizado pela família desde a segunda internação, quando apresentou o primeiro quadro neurológico, com dependência parcial. As cuidadoras, pouco esclarecidas, tentavam fazer o melhor possível para manter o suporte de cuidados necessários à paciente. Mesmo assim, aconteceram várias intercorrências, levando a três reinternações.

² Os nomes verdadeiros foram substituídos por nomes fantasia, preservando o anonimato das pessoas atendidas.

O histórico a seguir foi elaborado pela enfermeira do Domicilium Mãe de Deus para apresentação da proposta de atendimento domiciliar ao convênio. A proposta foi transcrita exatamente como a original encaminhada ao convênio, mantendo o anonimato da paciente em questão.

“Naná, 79 anos, AVC, com seqüela respiratória e déficit motor. Dependente total, traqueostomizada e com sonda de gastrostomia para alimentação. Com história passada de neoplasia de mama.

Primeira internação: 10/10/92, com 74 anos, por crise hipertensiva. Diagnóstico inicial de isquemia transitória em território vértebro-basilar. Sem déficit motor. Com VO (via oral).

Segunda internação: em 15/02/97, encaminhada à emergência do Hospital Mãe de Deus pelo neurologista, apresentando hemiparesia direita. Hipótese diagnóstica: acidente vascular cerebral (AVC). Paciente com 78 anos. Em 25/02/97, alta hospitalar.

Terceira internação: em 24/09/97, veio à emergência por dificuldade respiratória, devido ao agravamento da broncopneumonia, em tratamento há 5 meses. Apresentando crise convulsiva. Instalada sonda nasoenteral em 25/09/97. Alta hospitalar em 06/10/97.

Quarta internação: 12/01/98, no CTI, por quadro de insuficiência respiratória. Com sonda de gastrostomia para alimentação. Em ventilação mecânica até 14/01. Dia 06/01, alta para unidade de internação. Alta hospitalar em 28/01/98.

Quinta internação: 29/01/98, por cianose. Retorna ao CTI até 22/02. Alta para a unidade de internação em 22/02. Alta hospitalar em 10/03/98, ingressando no atendimento domiciliar.”

O atendimento no Domicilium Mãe de Deus iniciou em 23/03/98. Todos os cuidados com traqueostomia, sonda de gastrostomia e escara de decúbito foram orientados. Permanecemos com o atendimento de enfermagem 24 horas, já contratado pelos familiares há mais ou menos um ano. As auxiliares estavam destreinadas para a situação atual da paciente, pois a última intercorrência deixou a paciente mais debilitada e completamente dependente.

Iniciou-se orientando e treinando as auxiliares, desde o manuseio de equipamentos, cuidados com sondas, traqueostomia, descarte de lixo, preparo de dietas e administração da mesma e conservação dos utensílios de cozinha para a preparação da mesma, até o cuidado com escaras, higiene e conforto.

Nesse período, a paciente apresentou uma intercorrência devido à administração rápida da dieta, por descuido da auxiliar de enfermagem, depois da qual a paciente teve diarreia intensa por 4 dias. Sugerimos a substituição de uma das auxiliares de enfermagem, por apresentar negligência com a paciente. Prontamente fomos atendidas. A paciente teve duas internações hospitalares planejadas durante a internação domiciliar, uma para a fixação da sonda de gastrostomia e a outra para substituição da sonda de gastrostomia. Durante todo o período de internação domiciliar a paciente não apresentou nenhuma escara de decúbito ou infecção.

O plano terapêutico desenvolvido foi baseado na avaliação realizada pela enfermeira domiciliar nas seguintes etapas:

Educação e treinamento em:

- a) ambiente (acomodações para os materiais);
- b) adaptação de recursos caseiros para os cuidados (cozinha, quarto, banheiro, etc.);
- c) indicação de aquisição de material (fraldas, sondas, gazes, luvas), entrega de materiais médico-hospitalares;
- d) higiene e conforto (corporal, oral, couro cabeludo);
- e) cuidado com escaras:(curativos, banho de luz);

- f) cuidados com traqueostomia (troca de curativo, limpeza da cânula interna);
- g) aspiração traqueal e oral;
- h) cuidados com sondas e frascos de aspiração (lavagem, manutenção, assepsia);
- i) cuidado com aspirador elétrico e torpedo de oxigênio (manuseio e troca dos látex);
- j) aplicação da nebulização (preparo, indicação);
- k) cuidados com sonda de gastrostomia (preparo da dieta, higiene de frasco e equipos, administração de dieta e medicação, curativo, fixação da sonda, limpeza da sonda, manutenção do balão).

Para o convênio aceitar a proposta do atendimento domiciliar foi feito um acordo com o auditor, de que a paciente não internaria mais, num período de no mínimo 1 ano. Essa paciente não teve nenhuma intercorrência durante o atendimento domiciliar. Foi monitorada por 1 ano, mesmo não estando internada no programa, mantendo-se em casa durante todo esse período, cuidada pelos familiares e auxiliares de enfermagem contratados, até vir a falecer.

O relacionamento com a família, principalmente esposo e filha, foi muito positivo. A receptividade da família em relação ao atendimento domiciliar facilitou muito a atuação no processo do cuidado. Foi preservada o máximo possível a autonomia da família em relação à estrutura domiciliar já existente. Todo processo de mudança, de qualquer natureza, foi previamente combinado e consentido pelos familiares.

Segundo a nossa vivência e os registros de caso, a interação com outros profissionais da equipe, tais como fisioterapeuta, nutricionista, auxiliar de enfermagem e médico, ocorreu de forma natural e integrada. Cada profissional exerceu suas atividades respeitando seus limites de atuação, não interferindo na conduta dos outros. As decisões que abrangiam outras especialidades eram adotadas em conjunto com todos os profissionais participantes do cuidado.

Um exemplo prático disso é quando se identificou que a paciente não tolerava fisioterapia diária, apresentando estresse físico e emagrecimento. O fisioterapeuta e a nutricionista foram acionados pela enfermeira para uma reavaliação do caso.

5.1.4 O atendimento em diálise peritoneal domiciliar

A diálise peritoneal domiciliar é um método de tratamento em que é realizada uma infusão de solução estéril no interior da cavidade abdominal e, em contato com o peritônio, ocorre o processo de filtração das substâncias urêmicas.

Todo paciente com indicação de diálise peritoneal inicia seu tratamento dentro do hospital. Até ele, ou um cuidador, estarem completamente treinados, isto é, manuseando e administrando sozinhos a situação, permanecem sob vigilância constante da enfermeira durante todo o procedimento. O desmame é feito progressivamente, iniciando-se com a redução das visitas de 3 dias para 1 dia por semana, e de 3 dias para 2 vezes ao mês.

A média de permanência desses pacientes no programa é de 19,3 dias (DP = 13,1 dias), com variação de 9 a 34 dias, dependendo da administração de cada caso.

Atividades normativas desenvolvidas

Quadro 4 – Atividades normativas desenvolvidas no atendimento em diálise peritoneal domiciliar no Domicilium Mãe de Deus

DIMENSÃO TÉCNICA	DIMENSÃO EDUCATIVA	DIMENSÃO RELACIONAL
1.Elaboração do plano de cuidados junto com o médico assistente. 2.Avaliação da estrutura domiciliar. 3.Administração de medicações parenterais e enterais. 4.Atendimento de intercorrências. 5.Coleta para exames laboratoriais. 6.Monitoramento do paciente e cuidador. 7.Agendamento de exames complementares.	1.Orientação e treinamento para familiares e/ou cuidadores em técnicas de diálise domiciliar. 2.Orientação e treinamento para familiares de cuidados e manuseios com equipamentos. 3.Orientação para cuidados com acesso peritoneal. 4.Orientação e acompanhamento nutricional. 5.Orientação quanto a precauções com infecções. 6.Orientação quanto a descarte de lixo.	1.Suporte familiar. 2.Provisão de suporte do sistema de envolvimento familiar do paciente. 3.Ouvir, aconselhar, informar. 4.Inter-relação com a equipe. 5.Aspectos comunicacionais (dúvidas, desentendimentos, entre outros).

Caso prático

Lulu, 6 meses, diagnóstico de rim multicístico, com insuficiência renal crônica. Apresentou convulsão sem diagnóstico da causa. Apresenta-se com sonda enteral, para alimentação e diálise peritoneal contínua.

A criança permaneceu internada na CTI por aproximadamente 4 meses, ingressando nesse setor logo após o nascimento. Depois de a criança estar hemodinamicamente estável, foi sugerido à mãe a transferência para a unidade aberta e assim foi treinada para realizar todos os procedimentos em nível domiciliar.

O treinamento iniciou no dia da transferência quando o médico assistente explicou, novamente, todo o processo de diálise e o manuseio das bolsas de soluções. As bolsas, de 2,5 litros, foram fabricadas especialmente para este caso, devido ao tamanho do bebê, facilitando as trocas e beneficiando a mãe e o bebê.

Antes do ingresso domiciliar, a residência foi devidamente avaliada pela enfermeira domiciliar e todos os preparativos para o recebimento da criança foram realizados conforme o solicitado.

A descrição abaixo refere-se à avaliação do domicílio do paciente realizada antes da internação domiciliar, pela enfermeira do programa:

“Residente em Canoas. Bairro residencial com bom acesso, casa de madeira, simples, localizada em terreno alto, com excelente posição solar e ventilação adequada. Casa de dois pisos; os quartos estão localizados na parte superior, inclusive o quarto em que L.S. ficará, junto com os pais. É bem iluminado, amplo, janela com boa ventilação. Higiene da casa boa, e se observa que o quarto é quente, com sol batendo durante a tarde. O berço do bebê está localizado perto de uma tomada cuja voltagem é de 110Wtt, e foi feita uma prateleira de bom tamanho e bem localizada, para colocação das bolsas de diálise sob a balança, cabendo também a bomba de infusão para a dieta, com condições também de suportar uma lâmpada para aquecimento das bolsas. Conforme orientação do médico, o pai, R.S., providenciou a caixa de isopor para aquecimento das bolsas com lâmpadas de 60wTT. A mesa para assepsia do material, na hora da troca das bolsas, também apropriada, de fórmica, facilitando o uso de álcool na limpeza da mesa. O banheiro de uso familiar fica na parte inferior da casa. A idéia que tivemos ao observarmos as condições e a área física foi muito boa. O casal de avós aparentemente equilibrados e receptivos, tanto com o bebê, quanto com a mãe. Estão conscientes da situação de mudança dentro da casa, e estão engajados em proporcionar o melhor dentro de suas posses para a nova família que chega para morar com eles. São afetuosos, me pareceram. Jovens também. Acreditamos que

não haverá problemas, quanto a seguir o tratamento em atendimento domiciliar”.

Identificamos claramente, na evolução de enfermagem, a habilidade e a naturalidade com que a enfermeira relata as condições no meio ambiente onde está inserida essa criança. Autores como Silva (1996) descrevem a comunicação escrita como sendo o registro do que pensamos, as informações, as dúvidas e nossos sentimentos, transmitindo emoção e espontaneidade. Para tanto, o prontuário do paciente é o instrumento utilizado pela equipe para que essas informações sejam registradas. A autora salienta que quando esse instrumento é bem utilizado, possibilita a continuidade da assistência, bem como avaliação e qualificação.

O plano terapêutico de enfermagem foi desenvolvido especialmente para este caso, abrangendo:

- 1) ambiente (acomodações para os materiais);
- 2) adaptação de recursos caseiros para os cuidados (cozinha, quarto);
- 3) higiene e conforto (corporal, oral);
- 4) cuidados com acesso peritoneal (troca do curativo);
- 5) instalação das bolsas de diálise e trocas;
- 6) cuidado com bomba de infusão (manuseio, instalação da dieta, limpeza do equipamento);
- 7) aplicação de antibioticoterapia na bolsa de diálise;
- 8) cuidados com a sonda de alimentação (preparo da dieta, higiene da seringa e extensor, administração de dieta e medicação, fixação da sonda, limpeza da sonda, troca da seringa e extensor).

Foto 1: Lulu com 2 meses no hospital³

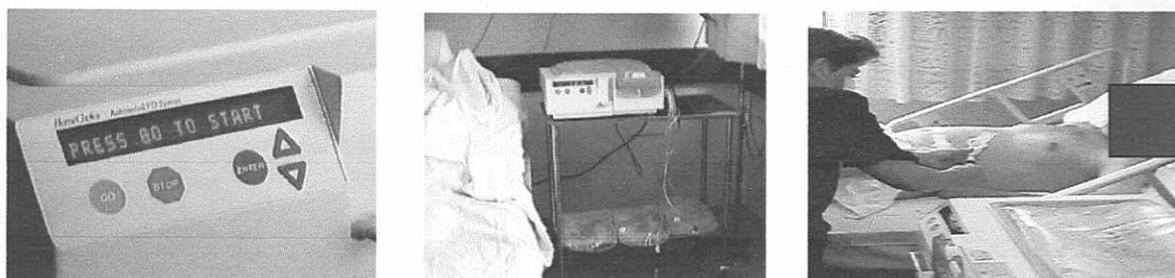
Foto 2: Lulu com 5 meses em casa

A mãe estava ciente de todos os cuidados com o bebê, não permitindo que manuseássemos com a diálise peritoneal. Praticamente nossa única atividade era a aplicação do antibiótico e a coleta de amostras do líquido peritoneal, para exames de laboratório. O vínculo mãe-bebê era tão intenso, que não nos atrevemos a assumir outro papel, a não ser o de observadoras. Um exemplo dessa situação é colocado por Kohlrausch (1999), quando refere que muitas enfermeiras ficam apegadas à execução da rotina, e deixam de aproveitar os momentos de real cuidado. Na verdade, aproveitamos muito mais os momentos interagindo com a família (um exemplo foi a roda de chimarrão) do que no cumprimento da rotina.

Infelizmente a criança não sobreviveu até completar 9 meses, apesar do esforço de todos, principalmente da mãe. Apresentou 2 intercorrências enquanto permaneceu no atendimento domiciliar, sendo reinternada nas duas vezes. A primeira reinternação foi por diarreia devida ao antibiótico introduzido na bolsa de diálise uma vez por semana, retornando para casa em 9 dias. Na última internação hospitalar veio a falecer, devido a várias complicações neurológicas.

³ A autorização dos pais para publicação das fotos consta no prontuário do paciente – SAME – HMD.

Nas fotos abaixo, mostramos o equipamento utilizado no domicílio nas diálises peritoneais. Esse equipamento, totalmente automático, é programado pela enfermeira, conforme a orientação do médico assistente, antes de ser encaminhado à casa do paciente.



Fonte: Arquivo fotográfico Domicilium Mãe de Deus, 2000.

5.1.5 O atendimento nas doenças neoplásicas

O surgimento do câncer depende da intensidade e da duração da exposição das células aos agentes causadores. Cerca de 80 a 90% dos casos estão associados a fatores ambientais, tais como cigarro, álcool, hábitos alimentares e o sol (Brasil, 1997).

No exemplo do caso citado, o tratamento paliativo foi a abordagem terapêutica escolhida. O controle da dor, o alívio dos sintomas e a qualidade de vida são os principais cuidados desenvolvidos nas doenças crônico-evolutivas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde:

“os cuidados paliativos são os cuidados totais e ativos aos pacientes, cuja doença não responde mais aos tratamentos curativos, e quando o controle da dor e de outros sintomas psicológicos, sociais e espirituais tornam-se prioridade. O

objetivo é oferecer a melhor qualidade de vida possível aos pacientes e familiares. Muitos aspectos dos cuidados paliativos são também aplicáveis durante todo o curso da doença e tratamento.”

Segundo Levin et al. (1985), o impacto psicológico da doença e seu tratamento são influenciados pela interação entre o grau de comprometimento físico do paciente, a intensidade do tratamento, seus efeitos colaterais e a interação com a equipe de saúde.

A doença leva os pacientes à internalização e à reflexão sobre a vida e a morte; a família e a equipe do atendimento domiciliar estão envolvidas nesse processo. Nesse momento é imprescindível que família e enfermeira estejam sincronizadas e falando a mesma linguagem, auxiliando o paciente a buscar o equilíbrio e a paz necessária para esse enfrentamento.

A enfermeira necessita estar apta para promover um ambiente acolhedor e apoiar a família e o paciente para que possam discernir sobre o que é melhor para eles, oferecendo recursos para que essa dor seja aliviada, o que se torna, às vezes, muito difícil, também para a equipe. Jamais podemos afirmar o que é “melhor qualidade de vida” para eles, pois acreditamos que a doença e seu enfrentamento são processos individuais e do grupo próximo, e pertencem ao paciente e seus familiares.

Atividades normativas desenvolvidas

Quadro 5 – Atividades normativas desenvolvidas no atendimento das doenças neoplásicas no Domicilium Mãe de Deus

DIMENSÃO TÉCNICA	DIMENSÃO EDUCATIVA	DIMENSÃO RELACIONAL
1.Elaboração do plano de cuidados junto com o médico assistente. 2.Avaliação da estrutura domiciliar. 3.Higiene, curativos e cuidados com ostomas e implantes. 4.Administração de medicações parenterais e enterais. 5.Atendimento de intercorrências. 6.Coleta para exames laboratoriais. 7.Monitoramento do paciente e cuidador. 8.Agendamento de exames complementares.	1.Orientação e treinamento para familiares e/ou cuidadores. 2.Orientar a aquisição de material e equipamento. 3.Orientação e acompanhamento nutricional. 4.Orientação quanto a precauções com infecções. 5.Orientação quanto a descarte de lixo.	1.Suporte familiar. 2.Provisão de suporte do sistema de envolvimento familiar do paciente. 3.Ouvir, aconselhar, informar. 4.Inter-relação com a equipe. 5.Aspectos comunicacionais (dúvidas, desentendimentos, entre outros).

Caso prático

Cacau, 76 anos, diagnóstico de carcinoma hepatocelular, em tratamento paliativo, sem possibilidades terapêuticas. Apresenta desnutrição e desidratação por cirrose hepática alcoólica. Mantém-se com hidratação parenteral contínua e analgesia parenteral.

O plano terapêutico de enfermagem foi prescrito da seguinte maneira:

- a) ambiente (acomodações para os materiais);
- b) adaptação de recursos caseiros para os cuidados;
- c) higiene e conforto: corporal, oral;
- d) cuidados com acesso venoso;
- e) instalação de soro;
- f) aplicação de medicação conforme orientação médica;

- g) prevenção de escaras: banho de luz; higiene da pele; roupa de cama;
- h) aspiração traqueal e oral;
- i) cuidado com aspirador: manuseio e troca dos látex;
- j) orientar descarte de lixo.

As enfermeiras tiveram grande participação no processo de enfrentamento da doença por parte da mulher, que estava negando a situação do marido. Houve momentos muito difíceis no acompanhamento dessa família, causando sensibilização e frustração na equipe, uma sensação de incapacidade que provavelmente todos nós da área de saúde já sentimos no exercício profissional.

A média de permanências nessa patologia é de 3 dias (DP = 2,9 dias), sendo os limites de internação no Domicilium Mãe de Deus de 1 a 10 dias.

O paciente veio a se internar no hospital aproximadamente 24 horas antes do óbito. Essa prática é comum nesses casos. Percebemos que as famílias não estão preparadas psicologicamente para esse tipo de evento em casa, apesar de todo esclarecimento e orientação prévia.

5.1.6 O atendimento nas doenças respiratórias

A média de permanência das internações domiciliares por doenças respiratórias é de 6 dias (DP = 8 dias), com limites de 1 a 20 dias.

Estudos prospectivos demonstram que o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória crônica podem melhorar sua sobrevida e a qualidade

de vida com o uso contínuo de oxigênio em nível domiciliar. Mesmo sendo reconhecidamente eficaz, esse tipo de tratamento não é comumente utilizado no Brasil.

Inicialmente utilizávamos cilindros de oxigênio para tratamento domiciliar dessas patologias, mas a necessidade de recarga freqüente fez com que os torpedos de oxigênio fossem substituídos por concentradores de oxigênio.

Os concentradores de oxigênio são aparelhos ligados à rede elétrica, fornecendo uma concentração de oxigênio acima de 95%. No uso contínuo de oxigenoterapia, essa fonte de oxigênio torna-se mais econômica e prática, sendo desvantajoso, pelo fato de ser ruidoso e aumentar o consumo de energia elétrica.

Esse aparato tecnológico é considerado uma das grandes limitações para os pacientes, restringindo-os ao ambiente doméstico. Para sanar o problema, foram desenvolvidas mochilas com cilindros de alumínio, permitindo deambulação do paciente na rua. No entanto, trata-se, ainda, de equipamento de alto custo para a nossa população.

Atividades normativas desenvolvidas

Quadro 6 – Atividades normativas desenvolvidas nas doenças respiratórias no Domicilium Mãe de Deus

DIMENSÃO TÉCNICA	DIMENSÃO EDUCATIVA	DIMENSÃO RELACIONAL
1.Elaboração do plano de cuidados junto com o médico assistente. 2.Avaliação da estrutura domiciliar. 3.Higiene, curativos e conforto. 4.Administração de medicações parenterais e enterais. 5.Atendimento de intercorrências. 6.Coleta para exames laboratoriais. 7.Monitoramento do paciente e cuidador. 8.Agendamento de exames complementares.	1.Orientação e treinamento para familiares e/ou cuidadores. 2.Orientar a aquisição de material e equipamento. 3.Orientação e acompanhamento nutricional. 4.Orientação quanto a precauções com infecções. 5.Orientação quanto ao uso de equipamentos e higienização dos mesmos. 6.Orientação quanto a descarte de lixo.	1.Suporte familiar. 2.Provisão de suporte do sistema de envolvimento familiar do paciente. 3.Ouvir, aconselhar, informar. 4.Inter-relação com a equipe. 5.Aspectos comunicacionais (dúvidas, desentendimentos, entre outros).

Caso prático

Alma, 82 anos, com diagnóstico de insuficiência respiratória, cardiopatia e oxigenodependência.

Descrição de uma evolução realizada pela enfermeira:

“Sra. Alma internou-se ontem para acompanhamento de atendimento domiciliar, com diagnóstico médico de disfunção respiratória e fratura de fêmur direito, sem condições de cirurgia pela idade, mais problemas cardíacos. Tem oxigenoterapia contínua em cateter nasal a 2 litros.

Baixa acuidade auditiva, períodos de confusão mental, informa o filho. Função respiratória estável, mantendo respiração em 20 movimentos por minuto. O familiar, nas combinações pré-baixa no Domicilium, não quis enfermagem 24 horas. Ontem, ao chegarmos na sua residência, perguntou por que não teria auxiliar à noite. Recordei-lhe o que havíamos combinado e que o mesmo não quis. Não gostou. Observo que temos que repetir várias vezes as rotinas e regras do atendimento domiciliar, pois não lembra, após, o que foi combinado. Não estou bem segura de que este familiar tenha maturidade suficiente para este sistema de assistência. Como foi o primeiro dia, observamos. Discutirei o caso com a supervisora”.

“Liguei agora pela manhã querendo notícias. Me falou que a noite foi ótima e desejou-me um feliz “domingo...que está lindo.”(diz). Orientei-o a bipar-nos caso necessite.”

Plano terapêutico:

- a) ambiente (acomodações para os materiais);
- b) adaptação de recursos caseiros para os cuidados (quarto, banheiro);
- c) indicação de aquisição de material (fraldas, sondas, gazes, luvas),
telentrega de materiais médico-hospitalares;
- d) orientar instalação e manuseio de compressor de oxigênio;
- e) higiene e conforto (corporal, oral, nasal);
- f) troca do cateter nasal 1x/dia;
- g) trocar extensor de oxigênio de 15/15 dias;
- h) monitorar oximetria e frequência cardíaca;
- i) prevenção de escaras (banho de luz; higiene da pele; roupa de
cama);
- j) orientar descarte de lixo.

5.1.7 O atendimento de pacientes com *diabete mellitus*

O diabete mellitus atinge cerca de 5 a 6% da população e aumenta com a idade, podendo ser considerada um problema de saúde pública. Aproximadamente um a cada dez pacientes com *diabetes* necessita de insulina.

A principal finalidade do tratamento domiciliar da *diabete mellitus* é de detectar, tratar e educar, evitando recidivas dos pacientes e complicações a

longo prazo. Por se tratar de pacientes com mais de uma patologia e fatores de risco associados, requerem abordagem integral e multiprofissional.

A média de permanência domiciliar desses pacientes é de 9 dias; houve um paciente com permanência de 431 dias, sendo descartado do cálculo da média de permanência. Os limites de atendimento foram de 3 a 15 dias.

Atividades normativas desenvolvidas

Quadro 7 – Atividades normativas desenvolvidas nos atendimentos de pacientes com diabetes mellitus no Domicilium Mãe de Deus

DIMENSÃO TÉCNICA	DIMENSÃO EDUCATIVA	DIMENSÃO RELACIONAL
1.Elaboração do plano de cuidados junto com o médico assistente. 2.Avaliação da estrutura domiciliar. 3.Higiene e cuidados com complicações. 4.Administração de medicações parenterais e enterais. 5.Controle da glicemia. 6.Atendimento de intercorrências. 7.Coleta para exames laboratoriais. 8.Monitoramento do paciente e cuidador. 9.Agendamento de exames complementares.	1.Orientação e treinamento para familiares e/ou cuidadores. 2.Orientar a aquisição de material e equipamento. 3.Orientação e acompanhamento nutricional. 4.Orientação quanto a precauções com infecções. 5.Orientação quanto ao uso de equipamentos e higienização dos mesmos. 6.Orientação quanto a descarte de lixo.	1.Suporte familiar. 2.Provisão de suporte do sistema de envolvimento familiar do paciente. 3.Ouvir, aconselhar, informar. 4.Inter-relação com a equipe. 5.Aspectos comunicacionais (dúvidas, desentendimentos, entre outros).

Caso prático

Juju, 75 anos, diagnóstico de *diabete mellitus*, hipertensão arterial sistêmica. Complicação da doença com insuficiência vascular nos membros inferiores, amputando o membro inferior esquerdo há 3 anos e amputação de 3 dedos do membro inferior direito. Dificil cicatrização. Paciente nega a doença, apesar de todas as complicações. Faz uso de hipoglicemiante oral, apesar de

indicação de insulina, mas recusa-se ao uso. Pouco controle dietoterápico, apesar de todas as orientações e insistências da equipe. Foi sugerido acompanhamento psicoterápico, recusando-se também a ele. Após 431 dias no atendimento domiciliar, os cuidados foram transferidos para o marido, por insistência do convênio, que suspendeu o financiamento. Faleceu em julho de 1999, por piora do quadro.

Plano terapêutico:

- a) ambiente: acomodações para os materiais;
- b) adaptação de recursos caseiros para os cuidados;
- c) indicação de aquisição de material (gazes, soro, ataduras, micropore, luvas), tele-entrega de materiais médicos hospitalares;
- d) orientar cuidador para realização dos curativos;
- e) higiene e conforto (corporal, oral);
- f) monitorar glicemia 1x/semana;
- g) prevenção de complicações (aquecimento do membro, higiene, cuidados com o pé);
- h) curativos diários;
- i) orientação e avaliação nutricional;
- j) orientar descarte de lixo.

Apesar de as enfermeiras do Domicilium Mãe de Deus se destacarem no aspecto das relações humanas, na prática observamos que, dentro do contexto hospitalar, no qual estão inseridas, as regras de funcionamento e o planejamento da assistência estão direcionados para atender as exigências

das rotinas em vez de atender as individualidades e necessidades dos pacientes.

Outras patologias, tais como, psiquiátrica, pós-cirúrgicas, cardiológicas, gastroenterológicas, além das citadas, foram atendidas pelo Domicilium Mãe de Deus. Não nos deteremos em descrevê-las, apesar de serem tão ricas quanto as já descritas. Contudo, ressaltamos que em todos os atendimentos realizados a interação e o relacionamento com o paciente e familiares é a primeira meta a ser atingida. Essa conduta faz o paciente adquirir confiança na enfermeira, facilita e potencializa a ação de cuidado. Essa atitude é sinalizada por Campos (1994) como vínculo de acolhida. Isso faz com que a equipe se responsabilize pelos problemas de saúde e pelos resultados obtidos com o cuidado de todos os envolvidos (paciente e família). Nesse sentido, a equipe demonstra sua capacidade de mudança, adaptação e respeito às interfaces com os aspectos sociais, culturais e econômicos que envolvem a família.

Essas idéias são melhores desenvolvidas no próximo capítulo, onde tentamos abordar ação e reflexão no cuidado domiciliar.

6 O ATENDIMENTO DOMICILIAR COMO DESAFIO TÉCNICO E ÉTICO PARA AS ENFERMEIRAS

O Hospital Mãe de Deus, nos últimos 6 anos, vem modernizando seu perfil organizacional, dentro de uma postura empresarial direcionada para os resultados. Significativos investimentos vêm sendo feitos na elaboração e sistematização de programas de capacitação profissional.

A gestão de pessoas por ações adequadas à missão e à filosofia do Hospital tem trazido resultados significativos e um compromisso por parte dos integrantes do corpo funcional. Essas ações podem ser identificadas nos programas internos realizados com o corpo funcional, tais como o Programa de Remuneração Variável, intitulado "*Depende de Nós*", que se baseia no cumprimento de metas institucionais vinculadas à satisfação do cliente, absenteísmo e participação em treinamentos; o programa "*Eu Sou Mãe de Deus*", que converge uma série de ações integradas, tendo como tema central o cliente; e a "*Semana da Arte*", que tem por finalidade estimular a apresentação de talentos, entre outros benefícios espontâneos concedidos aos funcionários pela instituição.

A organização dessas ações observa alguns princípios básicos que orientam a proposta do Modelo Assistencial e, dentre elas, as enfermeiras, bem como as nutricionistas e farmacêuticas, admitidas posteriormente, foram submetidas a um Plano de Desenvolvimento Assistencial, composto por módulos assistenciais, gerenciais, de educação, pesquisa e comportamentais.

A preocupação com esse assunto ganhou maior ênfase a partir do momento em que foi sinalizado no Hospital Mãe de Deus o distanciamento das enfermeiras perante as respostas exigidas pela instituição. Esse distanciamento foi detectado através de um diagnóstico inicial elaborado pelo grupo de RH em 1997, utilizando como metodologia um inventário de perfil profissional, entrevista individual e em grupo e instrumento de coleta de dados, usando como pano de fundo a estratégia do *Learning Organization*, de Peter Senge et al. (1995), e da aplicação dos conhecimentos fornecidos pelo plano de desenvolvimento de educação continuada das enfermeiras. Essa estratégia surgiu devido à crença de que um "*novo tipo de profissional*" está surgindo.

Os fundamentos da disciplina do *Learning Organization* baseiam-se em 5 disciplinas de aprendizado, que são: a maestria pessoal para criar os resultados e o ambiente que estimula todos os membros da equipe; os modelos mentais para esclarecer e melhorar nosso quadro interno de mundo; a visão compartilhada, desenvolvendo um senso de compromisso comum do grupo; o aprendizado em equipe, estimulando o desenvolvimento da inteligência dos membros individuais da equipe e o pensamento sistêmico,

onde se trabalha a forma de mudar sistemas de modo eficaz, para a sintonia dos processos maiores dentro da instituição (Senge et al., 1995).

O Plano de Desenvolvimento sustentou-se nos pilares da educação continuada, a educação de adultos (andragogia) e as diretrizes institucionais para sua construção e implementação (Plano de Desenvolvimento, 1998).

Segundo Dussalt (1992, p.14), a maior dificuldade de gestão das instituições de saúde consiste em "*suscitar a adesão dos profissionais aos objetivos organizacionais*". Esse autor levanta alguns questionamentos de como prevenir a falta dessa consciência profissional e a incompetência, já que as associações de classe não previnem os erros técnicos, agindo de forma ativa e não pró-ativa.

O posicionamento do Hospital Mãe de Deus, num momento de grandes alterações nas políticas da saúde nacionais, opta pela ação dirigida aos cuidados diferenciados de enfermagem, pela sua missão e modelo assistencial. A qualidade da assistência prestada está baseada na formação de enfermeiras o no modelo assistencial proposto pela instituição.

A formação das enfermeiras e o modelo técnico-assistencial

As enfermeiras da instituição, incluindo as do atendimento domiciliar, são preparadas para conhecer a realidade, identificar os problemas, elaborar um plano assistencial participativo, prestar assistência integral e desenvolver ações educativas para o enfrentamento dos problemas.

Especificamente, não existe um programa de treinamento para as enfermeiras do atendimento domiciliar, sendo que as mesmas são orientadas e treinadas pelas próprias colegas do serviço ou procuram treinamento e cursos específicos da área de atendimento familiar, como demonstram algumas das falas das enfermeiras entrevistadas¹:

“(...) de certa forma a gente não é preparado pra isso. Inicialmente a gente é mais preparada para ser um gerente da unidade, só que a gente tem visto que isso tem mudado e acho que está muito na gente ir atrás de curso, ir atrás de informações, pra se preparar. Eu fiz cursos (...) curso de diagnóstico de enfermagem, em São Paulo, (...), ia muito em cursos da área médica mesmo, a fim de conhecer um pouco mais a parte de diagnóstico e avaliação. Fiz um curso de psicoterapia, ligado à enfermagem (...), onde é trabalhada toda essa parte psicológica, o que envolve a família, o que envolve o doente, pra poder até entender um pouquinho mais a dinâmica. Porque quando tu trabalha em casa tu não vai trabalhar só o paciente; tu vai trabalhar o meio ambiente dele, tu vai trabalhar a família, tu vai trabalhar a comunidade” (uma enfermeira).

Por entender que o espaço domiciliar é um local onde a ação terapêutica da enfermeira é de fundamental importância e que precisa ser assumido com muita seriedade pela enfermagem, acredito que a formação desse profissional necessita ser construída centrada na idéia de restituir ao indivíduo sua autonomia e qualidade de vida.

Constata-se que o ensino de enfermagem e o médico destacam a doença e não a saúde. E a evolução do currículo de enfermagem nos levou à valorização da especialização, adaptando-se ao modelo dos serviços de saúde, ressalta Saupe (1998).

¹ Os relatos foram mantidos em sua linguagem coloquial, mantendo a fala natural das entrevistadas.

Conforme Lunardi e Borba (1998), o ensino universitário é fragmentado, sendo a formação acadêmica influenciada por tendências tradicionais e tecnicistas, e os currículos ainda privilegiam os conhecimentos biomédicos, não favorecendo a contextualização do fazer da enfermagem ou seus processos de reflexão. As autoras também afirmam que a competência técnica das enfermeiras fica imobilizada pela falta de argumentação frente aos médicos.

Demo (1991, p. 41) descreve isso muito bem quando refere que “*o intelectual não vale apenas pelo que sabe em termos de domínio técnico, mas igualmente pelo que vale em termos de mudança*”.

Para Lunardi e Borba (1998), as enfermeiras têm formação predominantemente técnica e economicamente produtiva; no entanto, são politicamente dóceis. No Brasil, apesar de o ensino de enfermagem ser dominado pelo interesse de desenvolvimento técnico e domínio de informações, identificado por Saupe (1998) como dimensão empírico-analítica, as enfermeiras são orientadas para o conhecimento das ações e dos comportamentos.

O treinamento da equipe, além de implementar a prescrição médica prevista, precisa abranger toda a família. No Domicilium Mãe de Deus, tenta-se seguir essa diretriz, pois o tratamento depende da aderência do paciente e da própria família, propiciando um cronograma de ações integrado às necessidades de todos. As opções e decisões conjuntas, somadas à orientação familiar e do paciente, propiciam maior aderência ao tratamento e

contribuem para o sucesso do atendimento, considerando que a adaptação da família dependerá do tipo de doença e do papel que o membro doente cumpria no contexto familiar.

Acreditamos que a base reflexiva que fundamenta a ação de enfermagem é a de desenvolver pessoas para o cuidado, o que significa não domesticar ou treinar indivíduos para melhorar o desempenho, mas possibilitar o crescimento e a realização delas no ato de cuidar.

Segundo as idéias de Domingues (1999), a enfermeira preparada para instrumentalizar a família e o paciente na recuperação da saúde e na prevenção das complicações, adapta-se facilmente às necessidades do cotidiano. Com isso, diz a autora (p. 22), a enfermeira *“tem melhores condições de avaliar, trabalhar e transmitir a informação, devido à vantagem da observação e da interação no contexto domiciliar”*.

Também Nogueira (1988) contribui para a complexidade desse perfil quando recomenda que o preparo das enfermeiras para trabalhar na comunidade necessita incorporar conhecimentos de saúde pública, relativos a saneamento básico, epidemiologia, estatística vital, métodos preventivos de doenças, vigilância epidemiológica, educação para a saúde e administração de serviços de enfermagem à comunidade.

Pelas falas das enfermeiras identificamos esses pressupostos, que foram sinalizados numa das entrevistas:

“eu fiz saúde pública na faculdade e a gente ia para as vilas, então a gente já entrava nas casas (...)” (uma enfermeira)

Baseada nas idéias veiculadas nos depoimentos, podemos afirmar que um modelo assistencial baseado no atendimento domiciliar auxilia na formação de enfermeiras, com conhecimentos para elaboração de planos de cuidado de acordo com as necessidades existentes, habilidades necessárias para identificar pessoas capacitadas e atentas para prestar o atendimento qualificado e destreza para reunir serviços de apoio adequados à proposta.

Mesmo que essas idéias apontem caminhos, pensamos que existe a necessidade de pensar e buscar novos modelos dentro do sistema de saúde vigente no movimento de incorporação de tecnologias de trabalho e de gestão que possam viabilizar a construção de um sistema comprometido com a situação da população.

Seguindo essa linha reflexiva, qualquer mudança no modelo de assistência prestado, em especial o domiciliar, exigirá enfermeiras qualificadas, que legitimem esse novo espaço de atuação profissional. Com esse argumento, no item seguinte tentamos discutir a capacitação atual a partir das nossas experiências.

A capacitação da enfermeira domiciliar

As dificuldades em selecionar enfermeiras domiciliares são freqüentes. A maioria não se encaixa no perfil desejado pela instituição, principalmente na questão dos critérios mínimos de formação solicitada. Ao meu ver, isso não significa que um perfil previamente construído converta a enfermeira nesse "papel". Não se trata de uma adaptação de papéis, mas de possibilitar o exercício da autonomia e da escolha, que, ao meu ver, precisam estar

presentes na enfermeira domiciliar. Observa-se que o treinamento da enfermeira, na maioria dos casos, ocorre no próprio local de atuação.

“Quando eu entrei no hospital, eu fiz um treinamento, com as enfermeiras que já trabalhavam no Domicilium. Depois, eu comecei a trabalhar com eles. Não tive nenhuma, nenhum curso especializado, nenhum curso preparatório, mas tive esse treinamento que eu considero que foi bem importante” (uma enfermeira).

Segundo Marx e Morita (1998, p. 27), *“o perfil de um enfermeiro é entendido como o de um profissional com conhecimento de uma área específica, mas com ampla experiência da dinâmica e rotina de todos os setores que formam o contexto de uma Instituição Hospitalar”*. Sua visão e missão precisam ser claras e definidas na sua vida profissional e na organização em que atua.

Para que esse perfil se concretize, uma das alternativas encontradas pelo Hospital Mãe de Deus foi desenvolver um programa de *treinee*, onde enfermeiras diplomadas e remuneradas são treinadas em todas as áreas do hospital durante 2 anos. O reaproveitamento das *treinees* se dá em 90% dos casos.

O treinamento institucional administrado ao ingressar um funcionário não é considerado um treinamento específico na área para a qual a enfermeira foi contratada. Ele dá uma visão global do toda a instituição e sua filosofia. Percebe-se, no entanto, nas falas das enfermeiras, a necessidade do treinamento específico:

“(...) eu fiz treinamento com as enfermeiras do Domicilium né. Por umas 3 semanas mais ou menos, então eu as acompanhava; a gente ia nas casas dos pacientes, fazia toda a

parte burocrática, todo o atendimento; em tudo eu acompanhava elas. Então, acho, isso me ajudou muito. Eu li alguns polígrafos, li algumas bibliografias e acho que fui preparada sim. Apesar de ter sido três semanas, um tempo pequeno né, pra todo o montante de trabalho que a gente tem, eu acho que foi bem bom, bem positivo” (uma enfermeira).

A exigência da instituição e a própria situação em que se encontra a saúde no país, onde as emergências e os hospitais se encontram sempre lotados, não justifica a falta de treinamento específico para que a enfermeira, ou qualquer funcionário, seja lançada no local de trabalho. Isso gera ansiedade e algumas vezes insatisfação, pois a enfermeira poderá enfrentar situações novas e conflitos para os quais não está preparada para assumir, como demonstra a fala que segue:

“... eu não fui preparada para esse tipo de ação. Fui preparada aos poucos, mas com nenhum tipo de curso. Eu acho que ainda preciso de preparo; eu não recebi nenhum curso; eu só fui recebendo as informações das pessoas que estavam nessa área antes e me passaram como proceder em determinadas situações; há algumas situações em que eu ainda não sei o que fazer, porque eu ainda não passei por elas (...)” (outra enfermeira).

Podemos levantar a seguinte questão: será que esse não é um dos motivos pelos quais um grande número de pessoas acaba tendo um atendimento inadequado, incompleto e descontínuo? Ao meu ver, isso provoca esforços e gastos enormes em atendimentos paliativos e insatisfatórios. Mas, resta responder: como motivar as enfermeiras para que se mostrem abertas às mudanças, se sua formação se deu nos moldes antigos de hierarquização e autoritarismo?

Acreditamos que as universidades precisam comprometer-se com esse novo modelo assistencial, oportunizando a participação de acadêmicos das áreas da saúde e humanas nas escolas, creches, comunidades, saúde pública, hospitais e na casa do paciente. O curso de enfermagem, pensamos, precisa preparar as enfermeiras para que possam avaliar as práticas que já vêm sendo utilizadas pela população. A própria Organização Pan-Americana de Saúde, no ano de 1988, recomenda estrategicamente que estudos a respeito do ensino de profissionais da saúde auxiliem a diagnosticar a qualidade dos recursos humanos.

Alguns autores que buscamos afirmam que a escola precisa encorajar a saúde e o aprendizado com todos os instrumentos disponíveis e empenhar-se na provisão e manutenção de ambientes favoráveis e de serviços-chave de promoção da saúde.

O novo papel da enfermeira no cuidado direto às pessoas, explica Nogueira (1988, p. 58), precisa ser desenvolvido dentro do *“enfoque epidemiológico e em todos os níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde”*. Para a autora (p. 57), o enfoque do indivíduo na assistência de saúde requer:

“enfermeiras capazes não só de enfatizar os aspectos de recuperação da saúde, mas também os de promoção, proteção e reabilitação e focalizar o ser humano bio-psico-espiritualmente, como um sistema individual aberto, em íntima interação com o sistema social e com o da natureza”.

Nessas condições, o papel da enfermeira é muito mais que o de capacitadora, ou de facilitadora, mas sim o de coordenar recursos, facilitar discussões e promover a aprendizagem de todas as experiências possíveis.

O perfil do novo profissional, conforme Rodrigues (2000), para atuar conforme as exigências do mercado de trabalho, deve ser composto por uma *“sólida formação educacional aliada a dois atributos essenciais: um agudo senso de iniciativa e flexibilidade profissional”*. Ele também sinaliza que cada vez menos o profissional terá uma única especialização, e que *“a necessidade de uma permanente reciclagem de conhecimentos”* assegura sua mobilidade (Rodrigues, SENAI/DN, 2000).

É nestes termos que situamos nossa ótica sobre as características profissionais que marcam a qualificação das enfermeiras. Essa qualificação, seguindo o que afirma Lopes (1998), agrega uma nova lógica, que se conjuga na interdependência das múltiplas disciplinas envolvidas na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Atualmente algumas universidades têm oferecido cursos de especialização em atendimento domiciliar, contribuindo efetivamente para a formação das enfermeiras. Acredito que esse tipo de formação, no qual as enfermeiras participam livremente e com autonomia, é uma tentativa competente de mudança de paradigmas que envolve o ensino e a prática da enfermagem, forçando a ação e a reflexão para a resolução de problemas.

Conforme Domingues (1999), o atendimento do profissional de saúde no domicílio deve dar continuidade ao processo de educação e aprendizagem

iniciado em casa, assim como multiplicar esse processo na própria família e na comunidade. Essa ação proporcionará ao paciente a possibilidade de participar das decisões sobre seu tratamento, respeitando sua individualidade. Outra autora diz que o processo de compartilhar experiências possibilita escolhas mais conscientes para a enfermagem, bem como aprimorar e desenvolver outros conhecimentos, Waldow (1998).

Reconhece-se, também, que essa alternativa de atendimento enfrenta outros problemas, tais como: a falta de preparação das pessoas para cuidarem de si mesmas e da família e as culturas populares referentes às mudanças de comportamento.

O cuidado, a família e a enfermagem

Abranger toda a família faz parte do cuidado da equipe, já que os familiares, em muitos casos, são os que prestam a assistência no domicílio.

No Domicilium Mãe de Deus, existe clareza de que o tratamento depende da aderência do paciente e da própria família, propiciando sempre um cronograma de ações integrado às necessidades de todos. Identifica-se que as opções e decisões conjuntas, somadas à orientação familiar e do paciente, propiciam maior aderência ao tratamento e o sucesso do atendimento.

“a gente tem que planejar bem a assistência, antes de levar o paciente para casa, pra ter tudo que tu precisar em casa” (uma enfermeira).

O cuidador leigo (familiar ou não) de um paciente dependente total, por exemplo, necessita ser orientado e aprender todos os procedimentos

necessários para a assistência. Cabe à enfermeira orientar, ensinar, supervisionar e estabelecer limites ao cuidador no desempenho de seu novo papel. Não existe participação quando não se acredita ou quando não se entende o que foi ensinado. Nesse sentido, é importante que a apresentação das informações se faça de maneira interessante e acessível.

“a assistência tem que ser de forma integral, com o paciente, com orientações à família. Na verdade, a residência, o lar dessa pessoa, também a gente acaba modificando um pouco, porque o paciente que fica em casa precisa de uma casa adaptada a ele. E é de forma integral, como se ele estivesse em um hospital, faz todos os cuidados... tu tem que orientar, tu tem que fazer o acompanhamento, acompanhar a família” (outra enfermeira).

A enfermeira, preparada para instrumentalizar a família e o paciente na recuperação da saúde e na prevenção das complicações, adapta-se facilmente às necessidades do cotidiano. Com isso, ela *“tem melhores condições de avaliar, trabalhar e transmitir a informação, devido à vantagem da observação e da interação no contexto domiciliar”*, salienta Domingues (1999, p. 22).

Antes de tudo, relata Elsen (1994), na prática assistencial à família, a enfermeira procura adaptar ou construir o conceito de família com base em seus conhecimentos, crenças e experiências. Nessa linha de pensamento conclui-se que a enfermeira, ao orientar os cuidadores em seu hábitat, os considera como seres totais, que possuem cultura, crenças e valores, que influenciam nas vivências de doença. Considerar também os medos, ansiedades e dificuldades ambientais, não se fundamentando apenas nas questões técnicas e teóricas.

Pensamos que o modelo assistencial baseado no atendimento domiciliar auxiliará na formação das futuras gerações de enfermeiras, com conhecimentos para elaborarem planos de cuidado de acordo com as necessidades existentes, habilidades necessárias para identificar pessoas capacitadas e atentas para prestar o atendimento domiciliar e destreza para reunir serviços de apoio adequados à proposta. Para isso, Campos (1994) enfatiza que é necessário que a equipe de saúde seja capaz de adaptar-se a técnicas e a combinar tarefas em prol dos problemas de saúde. Para isso, é necessário fortalecer e utilizar a capacidade do sistema de saúde do País para desenvolver e revigorar as escolas promotoras de saúde. São raras as instituições de ensino que oferecem habilitação para a atuação na assistência domiciliar.

A enfermagem é capaz de dar respostas, num movimento holístico de saúde, pois, acreditamos, alia fatores de ordem psicológica, social e espiritual, modificando conceitos do processo saúde-doença e acrescentando significativas inovações no campo do ensino e da pesquisa.

Ao exercer papel "complementar" da assistência médica, a enfermeira acaba não estendendo sua atuação ao nível de promoção e proteção da saúde do indivíduo e da família. Não consideramos isso como algo negativo, pois à enfermeira são delegadas as atividades de assistência direta ao doente, completando o trabalho médico. A conscientização sobre sua potencialidade como promotora de saúde precisa ser entendida como um espaço vital, gerador de autonomia, participação, crítica e criatividade. A promoção da

O relato de uma enfermeira revela essa interação com a família para o desempenho do cuidado:

“(...) poder interagir com o paciente e a família dentro de um quadro de doença, né... dependendo da patologia com que o paciente vai para casa, precisa de todo um suporte; a família também precisa de um suporte; daí a gente vai, ah.. prepara essa família né, antes de levar o paciente para dentro de casa, e pro paciente isso é importante (...)”

A família, na maioria das vezes, assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, e ela precisa ser ouvida, levando em conta suas opiniões, e sua participação deve ser estimulada em todo o processo profissional de cuidar, afirma Elsen (1994).

Contudo, a assistência domiciliar e, por que não dizer, a assistência familiar, exige uma visão multiprofissional, para as quais a enfermagem, no nosso entender, é o ponto de conexão das outras profissões.

Essa “função” desperta confiança e segurança no cuidador, possibilitando uma atuação bastante consciente no processo do cuidado. Parece oportuno levantar esses aspectos, já que na nossa percepção o atendimento domiciliar é uma maneira de proporcionar uma abordagem holística do cuidado na enfermagem, visando à totalidade do ser humano.

No caso estudado, identifica-se que um dos objetivos do Domicilium Mãe de Deus é manter o paciente o menor tempo possível no atendimento domiciliar sob a supervisão da enfermeira. Para tanto, é indispensável o preparo de um familiar ou outro cuidador, para a continuidade do tratamento. A oportunidade para desenvolver um trabalho multiprofissional surge nesse

momento, ensinando e treinando pessoas para a convivência com situações que podem ser irreversíveis, mas que não necessitam de permanente supervisão.

Retomando Lopes (1998), essa lógica está aí para lembrar que o restabelecimento e a cura são resultados de práticas diversas, quer sejam as dominantes (hegemônicas) e glorificadas pela ciência, ou, simplesmente, aquelas que estimulam e fazem renascer o gosto e o desejo de viver.

São raras as instituições que oferecem assistência domiciliar para seus clientes. O que se observa são profissionais detentores de diversos conhecimentos, que se organizam para difundirem e aplicarem esse conhecimento.

Os serviços de atendimento domiciliar muitas vezes não se adaptam às prioridades e oportunidades concretas do cotidiano. Esse, ao nosso ver, é um dos limites a serem superados pelas enfermeiras, que necessitam elaborar planos de cuidado de acordo com as necessidades existentes, identificando pessoas capacitadas e aptas para prestar o atendimento domiciliar.

Continuando na ênfase à família, o princípio do cuidado de enfermagem domiciliar está no comprometimento dos profissionais de saúde com as necessidades do cliente, isto é, paciente e família. Autores como Santos et al. (1998) e Lacerda (1996) afirmam que a família é o ponto-chave para o cuidado domiciliar e que o vínculo e a aproximação com eles devem ser garantidos para o sucesso do cuidado ao paciente.

Dentro da mesma idéia, Lopes (1998) afirma que o relacionamento é parte integrante do cuidar. Nessa linha, através dos depoimentos, percebe-se que o fazer em enfermagem e o ir além do desempenho de funções profissionais são argumentos que tornam a enfermeira uma referência:

“... tu acaba fazendo parte da casa da pessoa. Tu vai, tu conversa com a família, tu organiza o quarto, o leito, tu estrutura a casa para que receba o paciente. Então tu acaba se tornando mais, não seria nem um membro da família, nem um amigo, mais uma pessoa, além do profissional; tu acaba fazendo parte da rotina daquela família. Acho que é muito importante que tu consiga manter a linha entre a amizade, que não é uma amizade, é um vínculo a mais, né, uma referência”
(uma enfermeira).

Todavia, tem-se enfatizado a necessidade de dar um enfoque integral e utilizar estratégias mais inovadoras, que correspondam às novas dinâmicas sociais, políticas e econômicas, entre as quais, já citadas, a de investir na capacitação e atualização dos profissionais de saúde; organizar serviços de saúde de acordo com as reais capacidades da população e utilizar metodologias educativas dirigidas à formação de novas habilidades e destrezas, transformando a atividade do profissional de saúde numa oportunidade para o desenvolvimento humano.

Um desafio técnico e ético para as enfermeiras

O paciente, “pessoa que aguardava pacientemente pela sua recuperação”, felizmente, hoje ocupa ativamente seu espaço, participando conscientemente na administração de sua doença.

Os conhecimentos da medicina e das ciências da saúde de uma forma geral cada vez mais estão sendo democratizados. Por esses e outros motivos é que podemos indagar: qual a qualidade de vida que isso permite? Quais são as responsabilidades designadas para os familiares? E se não tiver familiar? O atendimento domiciliar será oferecido para os pacientes que possuem condições de estrutura doméstica, telefone, esgoto, água, luz e familiares, ou isso independe de sua condição social? Como levar a idéia de autonomia e de integridade ou justiça a quem nunca teve a oportunidade de sentir-se com autonomia para isso? Dessa forma, algumas respostas precisam ser buscadas para se saber quem, onde, por que, por quanto tempo, o que e como se darão essas novas práticas.

Podemos indagar: o tempo de duração do tratamento é medido como paliativo ou uma etapa de recuperação? Qual a qualidade de vida que isso permite? Quais são as responsabilidades designadas para os familiares? E, se não tiver familiar? O atendimento domiciliar será oferecido para os pacientes que possuem condições de estrutura doméstica, telefone, esgoto, água, luz e familiar, ou independe de sua condição social? Como levar a idéia de autonomia e de integridade a quem nunca teve a oportunidade de sentir-se com autonomia para isso? Dessa forma, quem, onde, por que, por quanto tempo, o que e como? São questionamentos que precisam ser respondidos.

Autores como Pessini e Barchifontaine (1997) discutem o sentido do princípio da beneficência, já que a maioria da população se beneficia do nada e que se deve trazer para o dia-a-dia alguma forma de benefício, mesmo para o

doente que não consegue sair de casa para ver o médico. Esses autores também salientam que todos devem ter igual acesso aos benefícios da medicina.

É ético interferir na privacidade do lar e transformar a sala de estar numa miniUTI? Em que condições uma casa deixa de ser um lar e se transforma em extensão hospitalar? Qual é o tipo de vida e quais as famílias que a sociedade quer assumir e a que preço?

Esse problema é mais bem descrito não somente como um dilema ético, mas como um complexo acontecimento social, em que a tecnologia é utilizada, muitas vezes, como *status* social, que prolonga a vida para muitos, enquanto retira de outros oportunidades, privacidade e liberdade.

Para ser eticamente correto na utilização de equipamentos de alta tecnologia em casa, é necessário preencher alguns pré-requisitos, tais como a decisão do atendimento domiciliar, que precisa ter indicação médica e ética; isso quer dizer que a tecnologia não deve ser utilizada apenas pela sua exeqüibilidade, mas também justificada, baseada num cálculo de custo/benefício, isto é, pacientes em que os riscos são maiores que os benefícios não devem ser submetidos ao atendimento domiciliar; a avaliação das possíveis barreiras psicológicas, sociais e culturais, que impeçam um atendimento adequado; e o acordo e a consciência da família, que precisa saber dos riscos e benefícios.

Para tanto, é necessário que a equipe de saúde e, principalmente, a enfermeira, que na maioria dos casos é quem avalia a situação, atue em

conjunto nesse planejamento. Conforme o artigo 17, do Capítulo III do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, é necessário *“avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para a clientela”*.

É preciso saber previamente o tipo de tecnologia que será utilizada em casa e o impacto das visitas domiciliares sobre a privacidade do lar. Quais os custos que a família terá com isso? A família deve estar consciente e saber quais são as outras possibilidades de atendimento existentes. É dever do profissional de enfermagem *“prestar adequadas informações ao cliente e à família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer”*, conforme o artigo 26, do Capítulo IV do Código de Ética.

Hoje são realizados vários procedimentos em nível domiciliar, em pacientes com câncer, AIDS, crianças e pacientes com insuficiência renal crônica. Entretanto, o uso de tecnologias, como respiradores, cicladoras de diálise peritoneal, bombas de infusão, entre outras, como as citadas, fazem emergir dilemas éticos, sociais e técnicos.

“(...) a gente consegue tranqüilo fazer tudo o que quer. Tu pode montar dentro da casa do paciente uma miniUTI. (...) Dá para deixar tranqüilo, tem recurso para isso né” (uma enfermeira).

Para tanto, é preciso que a equipe de saúde esteja preparada para essas situações e, principalmente, a enfermeira, que na maioria dos casos é quem avalia a situação, atue em conjunto nesse planejamento.

saúde parte de uma visão integral, multidisciplinar, do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário e social. Isso é enfatizado por Lopes (1995) quando afirma que a enfermagem recoloca o cliente (ao nosso ver, tanto o paciente quanto a família) no centro das ações de cuidado.

Acredito que a enfermeira, tendo autoridade para participar das decisões que tenham impacto nos cuidados dos pacientes, promoverá uma participação mais ativa na resolução e na formulação de planos de ação para o cuidado, tornando isso uma atividade de caráter integrativo e articulador, ao mesmo tempo que proporcionará uma transformação no processo de trabalho na enfermagem.

Contudo, é a capacidade das enfermeiras nos serviços de atendimento domiciliar de responderem às necessidades dos pacientes, tratando e prevenindo, que dá credibilidade ao sistema. O sucesso ou a ineficiência da assistência domiciliar está vinculado à experiência e à competência das enfermeiras em orientar e treinar os cuidadores para a ação. Isto significa que os serviços de atendimento domiciliar precisam utilizar adequadamente o conhecimento da enfermeira. Apesar de tudo, até para a utilização plena do conhecimento existente é necessário haver um ambiente propício para que ocorra a assistência domiciliar. Isso explica uma das dificuldades encontradas para prestar o serviço, a nosso ver.

A internação domiciliar privilegia as atitudes e a adaptabilidade da enfermeira, conferindo a ela mais autonomia e estabelecendo, claramente, que

a enfermagem é uma atividade-fim, pois só ela ou com alguém que assuma esse cuidado é que isso acontece.

“Tu vai tomar decisões que tu possas fazer sem risco nenhum para o paciente. Tu não vai sair prescrevendo medicação. Tu vai olhar a partir de um histórico todo daquele paciente que tu vem conhecendo; tu vai ver, tu sabe exatamente o que tu pode administrar, o que tu não pode administrar, o que ele já usou sem dano nenhum, sem prejuízo nenhum, o que ele nunca usou, tá. E a partir daí fazer um esquema. Isso tem que ser rápido, tá. Tu tem que estar sempre, mais ou menos, com todo o histórico do paciente na tua cabeça, tá. Tu tem que ser um arquivo. E a partir daí tu toma as decisões. É lógico, depois tu vai comunicar o médico, vai comunicar tudo que tu fez, o por que tu fez aquela atitude, pra tá tudo bem embasado. E... o que eu sinto é que conforme os médicos vêem que tu tá fazendo isso com embasamento, eles te dão respaldo. Se tu fizer isso só na ah... sem pensar, sem ter o embasamento teórico-prático, realmente não tem respaldo médico” (uma enfermeira).

Fator imperativo no processo de atendimento é o discernimento que a enfermeira possui sobre autonomia. Algumas delas são ambivalentes ao falarem sobre o tema. Os depoimentos que seguem atestam essa realidade:

“Eu acho que é de certa maneira a mesma autonomia que a enfermeira tem dentro do hospital” (uma enfermeira).

“Eu me acho com mais autonomia pra fazer isso. E, assim, com mais segurança para atuar (...)” (uma enfermeira).

Será que podemos considerar a autonomia dentro da estrutura hospitalar a mesma que na casa do paciente? Acreditamos que não. Autonomia, em nosso entendimento, é o paciente/família escolher e decidir o que é melhor para si. E no hospital ainda se heteronomiza¹ o paciente/família.

¹ Poder que alguns profissionais da saúde têm, ou pretendem ter, de determinar como seus pacientes devem se comportar, impondo sua vontade.

As regras e rotinas a serem seguidas no hospital facilitam essa heteronomia, não descartando a possibilidade de coação deles.

Autonomia é entender as conseqüências da decisão tomada e a ausência de coerção, por parte do profissional, que possa diminuir a liberdade de escolha do paciente ou da família.

Os serviços de atendimento domiciliar ainda apresentam falhas e carências, muitas vezes não se adequando às prioridades e oportunidades concretas do cotidiano. É preciso, portanto, que as enfermeiras elaborem planos de cuidado, de acordo com as necessidades existentes, que sejam identificadas pessoas capacitadas e atentas para prestar o atendimento domiciliar e que os serviços de apoio sejam adequados.

Todavia, tem-se enfatizado, também, a necessidade de dar um enfoque integral e de utilizar estratégias mais inovadoras, que correspondam às novas dinâmicas sociais, políticas e econômicas, entre as quais investir na capacitação e atualização dos profissionais de saúde; organizar serviços de saúde, de acordo com as reais capacidades da população e utilizar metodologias educativas dirigidas à formação de novas habilidades e destrezas, transformando a atividade do profissional de saúde numa oportunidade para o desenvolvimento humano.

Considerar o paciente como uma pessoa integrada em relação ao meio ambiente, e principalmente na relação enfermeira-paciente, é imprescindível no processo do atendimento domiciliar. Gauderer (2000) sinaliza que as relações humanas, abertas, democráticas, de respeito e de responsabilidades

recíprocas podem ser aprendidas, libertando o profissional da saúde de ser o único responsável pela cura das doenças. O autor acredita que o paciente se torna um cidadão, capaz de julgar e opinar, saindo da tutela do agente de saúde.

Não se pode menosprezar a real face que o doente e seus familiares exibem perante a assistência prestada em casa. Ocorre, muitas vezes, uma caracterização fantasiosa, que pode se aproximar da utopia, mas que deve ser analisada com sensatez e muita ética.

As enfermeiras em geral se beneficiam ao trocar suas experiências e, surpreendentemente, percebem que são valorizadas e se valorizam por isso.

“Acho que para a enfermagem é mais uma alternativa de valorização. Porque lá na casa do cliente é tu com ele...” (uma enfermeira).

“... ser enfermeira do Domicilium tem uma importância bastante grande” (outra enfermeira).

As falas das enfermeiras evidenciam que as mesmas sentem-se sozinhas, mas não inseguras quando prestam a assistência no domicílio:

“(...)a gente trabalha praticamente sozinha, a gente toma as decisões, a gente tem que ah... condizer com essas decisões. Então, se um paciente apresenta problema no domicílio, eu vou ter que tomar atitude na hora. Mesmo que após eu faça um contato com o médico, ou até antes, algumas coisas já vão ter que estar sendo encaminhadas, enquanto eu aguardo algum retorno. Eu não posso ficar só na dependência do médico dar um retorno. Eu já tenho que tomar algumas atitudes antes que eu tenha essa resposta do médico” (uma enfermeira).

A responsabilidade profissional está presente em outro depoimento:

“(...) o atendimento domiciliar tem que ser rotinizado, sistematizado, ..., um plano de cuidado. É o atendimento no domicílio do paciente, visando não só o paciente; já que ele está em casa, tu acaba ficando com a família, orientando o cuidado da família, porque no momento que tu não tiver com o paciente, quem vai assumir é o familiar” (outra enfermeira).

Não observamos nenhuma forma de arrependimento das enfermeiras que praticam esse tipo de cuidado; pelo contrário, parecem muito satisfeitas e contentes por terem a oportunidade de participar do sistema de internação domiciliar do Domicilium Mãe de Deus:

“Eu acho que o pessoal não se arrepende depois, até que começa a trabalhar nesse sistema,... adoram, né. A gente vê que o pessoal gosta mesmo” (uma enfermeira).

“(...) somos nós que trazemos as informações do, desse paciente para o médico, então isso tem que ser visto com muita seriedade, com muito profissionalismo, porque é através de nós que o médico fica sabendo do paciente, e ele, ah.... não tem avaliação de outro profissional; somos nós que avaliamos o paciente diariamente e acho que isso nos valoriza muito, nos dá alternativa, nos dá a possibilidade de mostrar o nosso trabalho” (outra enfermeira).

Percebemos, no entanto, que não podemos confundir capacidade e competência. A capacidade, descrita por Marchi e Szatajn (2000), é a qualidade inerente a todo ser humano que consiste na aptidão físico-psíquica para exercer direitos e obrigações com responsabilidade por seus atos. E a competência, referida pelas mesmas autoras, *“se constitui em poder atribuído a certas pessoas para a prática de atos determinados e definidos por lei”*.

A capacidade e a vontade não são suficientes para o pleno exercício da autonomia. Para Machi e Szatajn (2000), a informação é o pressuposto para

a escolha de cada indivíduo. A informação clara, acessível, enseja a reação das pessoas.

A relação entre o paciente/família e o profissional de saúde é considerada um contrato especial, pois a enfermeira precisa, pelo menos, ter formação própria para atuar na área. Isso não significa que a enfermeira especializada exerça controle sobre a vida das pessoas.

No caso do atendimento domiciliar, a enfermeira usa o poder de convencimento, que é considerado uma forma de coação, sobre o paciente/família, mas não tem o direito de impor suas vontades. De certa maneira, referem Marchi e Szatajn (2000) essa influência é controlada por meio do consentimento informado ou pós-esclarecido, que é a manifestação do indivíduo/família que recebeu informações necessárias e inteligíveis do atendimento a ser prestado.

A enfermeira, acreditamos, tendo autonomia, sem utilizar da coerção para participar das decisões que tenham impacto nos cuidados dos pacientes, promoverá uma participação mais ativa na resolução e na formulação de planos de ação para o cuidado, tornando isso uma atividade de caráter integrativo e articulador, ao mesmo tempo em que proporcionará uma transformação do processo de trabalho na enfermagem.

A busca do auxílio de um profissional de saúde não representa consentimento para aplicação de terapias. Do ponto de vista de Lopes (1998, p. 44), a "*consciência geradora de autonomia*" resulta de "*estratégias de*

afirmação de uma especificidade de saber e de um saber vivido pela enfermagem”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta dissertação, algumas considerações se fazem necessárias no que diz respeito às nossas preocupações para com a temática.

Durante o processo de construção do estudo, procuramos compreender o que é o atendimento domiciliar e qual seu contexto social. Dessa maneira, foi possível conhecermos como as enfermeiras, por seus depoimentos, vivenciam o processo que envolve o atendimento domiciliar e o conhecimento necessário para sua execução, contemplando aspectos relacionados a atividades técnicas desenvolvidas, bem como educativas e relacionais.

Acreditamos que as universidades precisam comprometer-se com esse modelo assistencial, oportunizando a participação de acadêmicos da área de saúde e humanas. Os cursos de enfermagem têm a incumbência de preparar a enfermeira para que ela possa avaliar as práticas que já vêm sendo utilizadas pela população.

A responsabilidade da escola no processo de ensino e renovação das práticas de saúde precisa ser mais encorajada, e o aprendizado com todos os

instrumentos disponíveis, empenhando-se na provisão e manutenção de ambientes favoráveis e de serviços-chave de educação e de promoção da saúde auxiliam nessa prática. Isso é enfatizado pelo Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional de Saúde, citado por Dilly e Jesus (1995), que recomenda que cada pessoa ocupe um lugar que lhe permita oferecer o melhor de si para a sociedade e, ao mesmo tempo, obter satisfação pessoal nisso. Cada indivíduo deveria receber uma educação que lhe deixe desenvolver suas potencialidades ao máximo. Os autores também discutem que a participação da pessoa na definição de suas necessidades e de soluções educativas garante seu compromisso no processo de troca e, que as pessoas aprendem melhor através de situações.

Acreditamos que o atendimento domiciliar é uma das ferramentas de gestão na saúde, e as enfermeiras assumem papel relevante nesse contexto.

Nesse contexto, a função da enfermeira não se limita, portanto, aos aspectos preventivos, mas também estabelece um sistema de referência para atendimento da família e da comunidade, utilizando vínculos sociais e políticos, para atingir objetivos comuns, devendo para isso procurar fazer alianças entre as instituições de ensino e o setor público e colocar em práticas estratégicas comuns para que isso ocorra.

O serviço Domicilium Mãe de Deus, por sua história, revelou que a enfermeira é a base de sustentação para a operacionalização desse tipo de assistência. Após 4 anos de sua implantação, caracteriza-se pela preservação

de muitas de suas características anteriores, logicamente em maiores proporções.

O envolvimento da enfermeira na tomada de decisões e a autonomia de seus atos técnicos fazem dela uma profissional absolutamente indispensável nesse processo.

No entanto, cabe refletir sobre as demandas que esse tipo de assistência exige em termos de conhecimento e de logística de atenção, que envolve múltiplas atividades profissionais. Isto é, não pode ser movido a improvisações e informalidades, devendo ser tratado de forma criteriosa e sistematizada, oferecendo segurança e qualidade aos pacientes, familiares e equipe assistencial.

Atualmente a procura do serviço se dá a partir de referências de médicos, pessoais e dos próprios serviços do hospital. Assim, as experiências positivas anteriores fazem com que o usuário, pacientes, familiares e/ou médicos procurem esse tipo de atendimento.

Apesar de o serviço contar com enfermeiras competentes em seu quadro funcional, que prestam atendimento qualificado para o paciente, nota-se, em alguns depoimentos, que elas não tiveram nenhuma preparação específica para a área em que atuam. Esse fato gera ansiedade e insegurança, pois essa situação possibilita a ocorrência de erros de avaliação, principalmente nos critérios de internação, uma vez que não acontece uma avaliação psicossocial familiar por profissional da área social.

Diante dos achados deste estudo de caso, concluo que é necessário que se efetuem algumas mudanças no preparo para o desempenho técnico e gerencial das enfermeiras. Fica evidente que há necessidade de interligar várias áreas de conhecimento, já que a especificidade e a complexidade da assistência domiciliar impõe a interdisciplinaridade.

Efetivar tais mudanças não depende somente das enfermeiras ou do serviço domiciliar, mas exige um comprometimento da instituição como um todo. No caso do Domicilium Mãe de Deus, por ser considerado (*sic*) um dos serviços de referência em Porto Alegre, para esse tipo de atendimento, pudemos constatar o esforço institucional para a sedimentação dessa prática.

ABSTRACT

Nursing care at home: the assistance model of Hospital Mãe de Deus has the main objective of analyzing the "Domicilium Mãe de Deus" system, since its beginning in September 1997 up to June 2000, in order to deepen knowledge about home care nursing reality. The methodology used was the descriptive case study that combines quantitative and qualitative method, helping on the statistical-descriptive analysis and on the elaboration of nursing standard activities described in the main pathologies. The analysis of data obtained from 179 patient records showed that the nurse is the basis to the execution of this kind of assistance and also that she/he is absolutely essential to this process. The epidemiological-demographic profile of patients who where the object of care has permitted to get the context of technical, relational and educational nurse's actions, as well as the reality of home care and its adequacy between qualification and concrete practice. The nurse who experiences this process identifies knowledge needed to the accomplishment of her/his practice, as well as the ethical dilemma that this kind of assistance presents.

RESUMEN

El cuidado de la enferma en espacio domiciliar: el modelo asistencial Del Hospital Mãe de Deus tiene como objetivo principal analizar el sistema Domicilium Mãe de Deus. Desde su implantación, en septiembre de 1997, hasta junio de 2000, para profundizar conocimientos sobre la realidad del cuidado domiciliar de enferma. El método de investigación utilizado fue el estudio descriptivo del tipo de estudio de caso que combina la análisis cuantitativa y cualitativa auxiliando en la análisis estadístico-descriptiva y en la elaboración de las actividades normativas de enferma descritas en las principales patologías. La análisis de datos obtenidos en 179 prontuarios de pacientes demostró que la enfermera es la base de sustentación para la operacionalización deste tipo de asistencia y absolutamente indispensable en ese proceso. El perfil epidemiológico-demográfico de los pacientes atendidos permitió apurar el contexto de las acciones técnicas, relacionales y educativas de enfermeras, bien como la realidad del cuidado domiciliar y su adecuación entre calificación y practica concreta. La enfermera que vivencia ese proceso identifica los conocimientos necesarios para la ejecución de su practica, bien como el dilema ético que ese tipo de atendimento proporciona.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, André de Faria Pereira. O modelo de assistência médica de Pedro Ernesto (1932): algumas considerações. **Revista de História Regional**. Vol. 2, nº 2. Inverno 1997.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ARRAS, John D.; DUBLER, Nancy Neveloff. Bringing the hospital home. Ethical and social implications of high-tech home care. Special supplement **Hastings Center Report**. 24 nº 5 (1994): S19-S28. September-October. 1994.
- BARROS, Stella M. P. F. **Coordenando a ação terapêutica de enfermagem no espaço domiciliar**. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 50, 1998. Salvador. Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília: ABEn, 1999.
- BASTOS, N. B. **Educação sanitária: fundamentos objetivos e métodos**. Rio de Janeiro: Fundação Especial de Saúde Pública, 1963.
- BECH, Jaime. **Polêmica com PSF: contradições e novos desafios**. Fundação Universidade Federal do Rio Grande. 25/10/2000.
- BOLONHEZI, Ari; MEDINA, Patrícia; FERNANDES, Fernando. O prontuário médico na assistência domiciliar. **Revista Brasileira de Home Care**. Ano VI, nº 67. Novembro, 2000. p. 4-7.
- Brasil mais feminino e urbano. **Jornal Zero Hora**. p. 24. 2/11/2000.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

_____. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. Assistência Domiciliar Terapêutica. Projeto de Controle das DST e AIDS. Programa Nacional de Controle das DST/AIDS. Brasil. Outubro de 1994.

_____. Instituto Nacional do Câncer. Falando sobre câncer e seus fatores de risco. Rio de Janeiro, 1996b.

_____. Número de casos de neoplasias malignas por 100.000 habitantes, segundo localização, por sexo. INCa, 1997. Disponível em www.datasus.gov.br

_____. Óbitos por residência segundo causa – CID 10 – Brasil, Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998. Disponível em www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi

_____. Secretaria Executiva/Datasus. Morbidade hospitalar do SUS – CID 10. Rio Grande do Sul, município de Porto Alegre. Agosto de 2000. Disponível em www.datasus.gov.br

_____. Secretaria Executiva/Datasus. Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH?SUS). Internações hospitalares por especialidade, SUS. Percentual de internações por região metropolitana segundo especialidade. Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1997.

_____. Ministério da Saúde/FNS/CENEPI. Sistema de informação sobre mortalidade – SIM. Mortalidade proporcional por grupo de causas. Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1997. Disponível em www.datasus.gov.br/cgi/idb98/matriz/htm

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em www.redebrasil.inf.br/cf/normas.htm.

_____. Ministério da Saúde. **PROMOÇÃO DA SAÚDE: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá.** Brasília, 1996d.

BRAZ, Márcia Gómez; ABREU, Sandra Regina Paiva. Home care sob a ótica do familiar: como atender suas expectativas? **Revista Brasileira de home care.** Ano VI, nº 57. Fevereiro de 2000. p. 12.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso da saúde. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (org.). **Inventando a mudança na Saúde:** São Paulo: Hucitec, 1994.

- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada.** Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2000.
- CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI.** Postgraduate, Belo Horizonte, 1998.
- Código de Deontologia de Enfermagem. COFEN-9 de 04.10.75
- Código de Ética Médica. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246/88, D.O.U. 26/01/1988. Consultor Jorge Kayano.
- Conselho Federal de Medicina. Prontuário Médico. Processo 1.345/93, 1993.
- _____. Resolução CFM nº 1331/89. Brasília. Setembro de 1989.
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA E DEONTOLOGIA MÉDICA. Texto para reflexão e discussão entre colegas. As questões éticas nos cuidados de saúde. 7/12/98. Disponível em www.anamnesis.pt/74
- CREUTZBERG, Marion. **Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar.** Porto Alegre, 2000. Dissertação (Mestrado – Escola de Enfermagem da UFRGS).
- CUNHA, Nancy; BRUNS, Gisela. **Enfermagem: novos rumos.** In: Revista Brasileira de Home Care. Ano VI, nº 56. Janeiro de 2000. p. 18.
- CUNHA, Isabel C. K. **Organização de serviços de assistência domiciliar de enfermagem.** São Paulo, 1991, Dissertação (Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo).
- DALBEM, Luiza W. **Gestão da assistência de enfermagem residencial: experiência de uma empresa privada.** In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 50, 1998. Salvador. Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília: ABEn, 1999. p. 171-176.
- Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde no século XXI.** In: Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 21-25 de junho de 1997. Jacarta, República da Indonésia.
- DEGANI, Vera Catarina. **Vigilância à saúde: uma breve reflexão sobre a saúde individual e coletiva.** **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre. Vol. 20 nº especial, p. 49-57, 1999.

- KOHLRAUSCH, Eglê. O modelo assistencial clínico e algumas possibilidades de fazer diferente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. V. 20 nº especial, 1999. p. 70-85.
- LACERDA, Maria Ribeiro. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. Curitiba: UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado)
- LANDINI, Dinaura. Em busca de um novo modelo. **Revista do INCOR**. Agosto de 1997. p. 16-24. Ano 3 - nº 29.
- _____. Em defesa da saúde pública. **Revista do INCOR**. Março de 2000, p. 24-40. ano 5 - nº 57.
- LEVCOVITZ, E. **Desafios e perspectivas para a área de planejamento e gestão do SUS**. Oficina de trabalho: "Rearticulação da área de P&G em saúde". São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 1996.
- LEVIN, D. N.; CLEELAND, C. S.; DAR, R. Public attitudes toward cancer pain. **Cancer**. 1985; vol. 56, p. 2337-9.
- LEVY, Sylvain. **Programa educação em saúde**. Ministério da Saúde. Disponível <http://www.saude.gov.br/programas/pes/pes/apresentacao.htm>
- LOPES, Marta Júlia Marques. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a integração individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre,: Artes Médicas, 1995. Parte III. Cap. 8, p. 153-188.
- LUNARDI, Valéria Lerch; BORBA, Marta Riegert. O pensar e o fazer da prática pedagógica: a busca de uma nova enfermeira. In: SAUPE, Rosita. **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade de construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1998. (Séries de enfermagem – REPENSUL). Cap. 5, p. 164-186.
- LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MARCHI, Maria Mathilde; SZTAJN, Rachel. **Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde**. Disponível em <http://www.cfm.org.br/revista/biolv6/autoheter.htm.8pg>
- MARTENS, K. H.; MELLO, S. D. **A study of the relationship between home care services and hospital readmission of patients with congestive heart failure**. Home Health Nurse. 15: 123-9, 1997.

- MARX, Lore C.; MORITA, Luiza C. **Manual de gerenciamento de enfermagem**. São Paulo: Rufo Editores e Associados, 1998.
- MAZZA, Márcia M. P. R. **A visita domiciliar como instrumento de assistência de saúde**. São Paulo. Dissertação (Mestrado). Disponível em <http://www.fsp.usp/MAZZA.htm> , 20/10/99.
- MEDINA, Patrícia; FERNANDES, Fernando. Padrões de mortalidade em assistência domiciliar. **Revista Brasileira de Home Care**. Ano V, nº 53. Outubro de 1999. p. 4.
- NOGUEIRA, Maria Jacyra de Campos. Preparo do enfermeiro para a assistência primária de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, 1(3): 53-62, setembro de 1988.
- Organização Panamericana de La Salud: **La toma de posición de enfermera como una respuesta a la problemática de atención de salud en America Latina**. Washington, 1978 (informe de un grupo de expertos).
- _____. **O apoio da enfermagem ao SPT/2000 nas Américas**. Genebra, 1981 (tradução mimeografada de parte do documento "Nursing in support of HFA in the Américas").
- PAZ, Vera. **Projeto: Programa de Internação Domiciliar – PID**. Hospital Mãe de Deus, Porto Alegre, 1995.
- PEREIRA, André Luis Simas. **Os dez andares da fé: a história do Hospital Mãe de Deus**. Porto Alegre: Hospital Mãe de Deus, 1990.
- PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de Bioética**. 4ª edição. Faculdades Integradas São Camilo. São Paulo: Edições Loyola, setembro, 1997.
- PIRES, Denise. **Hegemonia na saúde e enfermagem: Brasil: 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez, 1989.
- POLIT, Denise J.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. Tradução Regina Machado Garcez. 3ª. edição. Porto Alegre. Artes Médicas, 1995.
- REVISTA INCOR. São Paulo: Ano 2. n.30, 1997.
- RICE, M. **Educación em salud, cambio de comportamiento, tecnologias de comunicación y materialis educativos**. Bol. Of. Sanit. Panam. Washington 98(1):65-79 ene. 1986.

- RODRIGUES, M. L. Aspectos teóricos de trabalho de desenvolvimento de comunidade e da participação de enfermeira no mesmo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 26(1/2):43-66, JAN/FEV. 1973.
- ROSSI JÚNIOR, Renato. **Metodologia científica para a área da Saúde**. São Paulo, Pancast Editora, 1990.
- SALUM, Maria Josefina Leuba. **A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre programa de saúde da família**. Departamento de Enfermagem em Saúde Pública. EEUSP. São Paulo, maio, 1999. Disponível em www.datasus.gov.br/cns/educacaosaude
- SANTOS, B. R. L. et al. A formação dos profissionais para a atenção primária a saúde: a participação da escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Revista Gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v.19, n.1, p.5-10, janeiro de 1998.
- SAUPE, Rosita. Ação e reflexão na formação do enfermeiro através dos tempos. In: SAUPE, Rosita. **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade de construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1998, 306p. (Séries de enfermagem – REPENSUL).
- SENGE, Peter; ROSS, Richard. SMITH, Bryan. ROBERTS, Charlotte; KLEINER, Art. A quinta disciplina: estratégias e ferramentas para construir uma organização que aprende. **Caderno de campo**. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1995, 592 p.
- SHIPTON, S.J.. Congestive heart failure readmission. **Home Care Provid 2**: 171-5, 1997.
- SILVA, Maria Júlia Paes. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Editora Gente, 1996.
- SINGER, Paul. Diploma, profissão e estrutura social. In: CATANI, Denice B.; MIRANDA, Hercília T.; MENEZES, Luis C.; FISCHMANN, Roseli (orgs). **Universidade, escola e formação de professores**. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- Springhouse Corporation. **Pocket companion for home health nurse**. Springhouse, Pennsylvania, 1997.
- STAKE, Robert E. Case studies. p. 236-247. In: DENZI, Norman; LINCOLN, Yvonnas. **Handbook of qualitative research**. California Saze, 1994.
- STEFANELLI, Maguida Costa; ARANTES, Evalda Cançado; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no

- relacionamento enfermeira-paciente. **R. de Enfermagem USP**. São Paulo: 16(3):245-253, 1982.
- STEWART, S.; VANDERBROEK, A. J.; PEARSON, S.; HOROVITZ, J. D. Prolonged beneficial effects of a home based entervention on unplanned readmissions and mortality among patients with congestive heart failure. **Arc Intern Med**. 159:257-2611, 1999.
- SUDIA-ROBINSON, Tânia M. Neonatal intensive care in the home. **Home Care Provider**. December, 1998. V.3, n.6, p. 290-292.
- UNICOVSKY, Margarita Ana Rubin e LAUTERT, Liana. A formação profissional enfermeiro: reflexão, ação e estratégias. In: SAUPE, Rosita (org). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998. Cp. 7, p.219-241.
- VAZ, José Carlos. Assistência domiciliar à saúde. DICAS n.8, 1994. Disponível em www.federativo.bndes.gov.br/dicas/D008.htm
- VIEGAS, Karin; et. al. **Sistema de Assistência de Alta Resolubilidade**. Projeto Domicilium, 1997. Hospital Mãe de Deus, Porto Alegre, 1997.
- WALDOW, Vera Regina. **Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem**. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Partel. Cap. I. p. 7-30.
- WORDL HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain and palliative care**. Technical report 804. Geneva, 1990.

ANEXOS

ANEXO A – FORMULÁRIO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____ anos

Grau de instrução:

() Primeiro grau incompleto

() Primeiro grau completo

() Segundo grau incompleto

() Segundo grau completo

() Terceiro grau incompleto

() Terceiro grau completo

() Outros: _____

Ocupação: _____

Religião: _____

Procedência: _____

Financiamento do serviço:

() Plano de saúde () particular () outros: _____

Patologia básica:

() Diabetes Mellitus

() Hipertensão (HAS)

() Cirúrgica

() Cardiopatias

() Traumatológica

() Neurológica

() Nefrológicas

() Oncológica

() Puerpério

Patologias associadas: _____

Grau de dependência:

() dependente total

() dependente parcial

() autocuidado

Quem é o cuidador?

() familiar

() vizinho / amigo

() equipe de enfermagem

Dias de internação domiciliar: _____

Prescrição de enfermagem / Plano de cuidados:

Procedimentos de enfermagem:

Equipamentos utilizados durante a internação:

ANEXO B – GUIA DE ENTREVISTA PARA AS ENFERMEIRAS

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____ anos

Tempo de formação: _____

Grau de Instrução:

() Graduação () Habilitação: _____

() Especialização: _____

ROTEIRO

1. O que é atendimento domiciliar de enfermagem?
2. O que significa ser enfermeira de atendimento domiciliar?
3. Você foi preparada para esse tipo de ação de enfermagem? Através de que meios?
4. Como você realiza a assistência?
5. Como você vê essa alternativa assistencial do ponto de vista técnico e profissional para a enfermagem?

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa está sendo realizada pela Enfa. Karin Viégas, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. O estudo tem como objetivo conhecer o atendimento domiciliar do Hospital Mãe de Deus e a visão das enfermeiras sobre as habilidades e conhecimentos necessários para exercerem as atividades no atendimento.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui esclarecida(o), de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos a que serei submetida(o).

Fui igualmente informada(o):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação de minhas atividades nesta instituição;
- da segurança de que não serei identificado e que manter-se-á o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;
- do direito de receber informação atualizada obtida durante o estudo.

Data: ___/___/___

Nome e assinatura do informante

- DEMO, Pedro. Qualidade e modernidade da educação superior – discutindo questões de qualidade, eficiência e pertinência. **Revista Educação Brasileira**, v. 13, nº 27, jul/dez. 1991, p. 36-80.
- DILLY, Cirlene Maria Lessa; JESUS, Maria Cristina Pinto. **Processo educativo em enfermagem**. Das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo. Robe Editorial. 1995.
- Diretrizes do Hospital Mãe de Deus, 1999. Hospital Mãe de Deus, Porto Alegre, 1999.
- DOMINGUES, Rachel Zanetta de Lima. A equipe de atendimento domiciliar como agente multiplicador das orientações curativas e preventivas. **Revista Brasileira de Home care**. Outubro. 1999, p.22
- DUSSAULT, G. **Québec: l'implantation des necessaites réformes**. Epistula Alass, sep.(13):4-8, dula
- ELSEN, Ingrid (org). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.
- FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C.; STEFANELLI, M. C. Comportamento manipulativo e relacionamento terapêutico. **Revista da Escola de São Paulo**, Enfermagem USP, 16(1):67-74, 1982.
- GAUDERER, Christian. **O paciente/cliente/consumidor e a medicina brasileira no ano 2000**. Disponível <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem>
- GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 2ª. ed. Cortez Editora, 1985.
- GODOY, Vanessa. A batalha para recuperar o sistema. **Revista Incor**. Ano 2, nº 13. Abril 1996. p. 18-23.
- GOLDWASSER, Rosane. Infecção relacionada ao paciente em internação domiciliar. **Revista Brasileira de Home Care**. Ano VI, nº 65. Setembro de 2000, p.10.
- Hospitalar**. Notícias Assunção. Ano I. Nº 1. Maio/junho 1998. Publicação de Hospitalar Assunção Medicina Domiciliar.
- Indicadores e dados básicos – Brasil – 1998 – Indicadores e Dados Básicos – 98**. Disponível www.datasus.gov.br/cgi/idx98/matriz.htm
- KICKBUSCH, J. **Promoção da Saúde: uma perspectiva mundial**. In: Organização Panamericana de Saúde. **Promoção da Saúde: uma antologia**. Publicação científica, 557, Washington, DC, 1996, p.15-24.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)