



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

O ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR: A VISÃO DO USUÁRIO E DA FAMÍLIA

EL ENFERMERO EN EL PROGRAMA DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA: LA VISIÓN DEL USUARIO Y DE LA FAMILIA

***De Sosa Silva, JR., **Heck, RM., **Schwartz, E., ***Schwonke, CRGB**

***Mestre em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Atlântico Sul/Anhanguera Educacional Pelotas/RS. **Dra. em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia/UFPel. ***Mestre em Enfermagem/FURG. Especialista em Saúde da Família/UFPel. Coordenadora do Curso de Enfermagem Faculdades Anhanguera Atlântico Sul Pelotas/RS.**

Palabras chave: Tratamento domiciliar, Papel do Profissional Enfermeiro, Características da Família.

Palabras clave: Tratamiento domiciliario; Papel del Profesional Enfermero; Características de la Familia..

RESUMO

O estudo teve como objetivo identificar a atuação do Enfermeiro com os usuários do Programa de Internação Domiciliar (PID). Foi utilizada uma abordagem de natureza descritiva, exploratória e de análise qualitativa. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada. A amostra constituiu-se de dez usuários que haviam sido assistidos pelo Programa de Internação Domiciliar de um município do interior do Rio Grande do Sul. O estudo possibilitou uma aproximação teórico-prática em relação ao programa, indicando que os usuários identificam o Enfermeiro em contraste aos demais componentes da equipe de saúde. As principais atividades que relacionam ao Enfermeiro são ações de cuidado técnico e de orientação. Para os usuários é importante que o Enfermeiro se identifique assim que contatar com o paciente, sendo esta uma das prerrogativas para estabelecer um suporte contínuo e detalhado com relação aos cuidados e na opinião dos entrevistados ponto chave de êxito do programa.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo identificar la actuación del Enfermero junto a los usuarios del Programa de Internación Domiciliar (PID). Fue utilizado un abordaje de naturaleza descriptiva, exploratoria y cualitativa. Los datos fueron colectados por medio de una entrevista semi-estructurada. La muestra se constituyó de diez usuarios que habían sido atendidos por el Programa de Internación Domiciliar de un municipio del interior de Río Grande do Sul. El estudio posibilitó una aproximación teórica-práctica en relación al programa, indicando que los usuarios identifican al Enfermero en contraste con los demás componentes del equipo de salud. Las principales actividades que relacionan al Enfermero son acciones de cuidado técnico y de orientación. Para los usuarios es importante que el

Enfermero se identifique nada más contactar con el paciente, siendo esta una de las prerrogativas para establecer un soporte continuo y detallado con respecto a los cuidados y en la opinión de los entrevistados punto clave del éxito del programa.

INTRODUÇÃO

Contemporaneamente, o Programa de Internação Domiciliar (PID) se constitui numa modalidade de assistência vinculada a proposta do Sistema Único de Saúde que está em construção no cenário brasileiro.

Como política de atenção a saúde está direcionada para expandir a assistência pública, tencionando práticas de cuidado que buscam uma aproximação mais efetiva dos princípios da integralidade, equidade e universalidade com a necessidades da população.

Conceitua-se a internação domiciliar como todo e qualquer tratamento especializado que requeira atendimento vinte e quatro horas dos profissionais de saúde na casa do paciente. A assistência domiciliar à saúde, como é concebida na atualidade, fundamenta-se no princípio do paciente poder receber os cuidados dos quais necessita, no convívio com seus familiares, ministrado por pessoas leigas escolhidas pela família, orientadas e supervisionadas por uma equipe multidisciplinar qualificada de profissionais da área de saúde, constantemente fornecendo o apoio necessário para uma melhor relação técnico-comportamental entre cuidador e paciente ¹.

Para que o cuidador desempenhe de forma eficiente seu papel, se faz necessário, além de treinamento qualificado, uma monitoração ativa da relação entre cuidador e paciente ². Na nossa compreensão, o enfermeiro como participante da equipe de saúde cabe um papel de destaque na assistência domiciliar, uma vez que diversos autores afirmam que o cuidado é foco de trabalho do enfermeiro ^{3 4 5}.

No Brasil, a presença da enfermeira no domicílio dos clientes esteve historicamente associada à enfermagem de saúde pública. A partir de 1998, foi priorizado o sistema extra-hospitalar de assistência, ampliando o universo do atendimento à saúde e exigindo novas reflexões sobre o cuidado domiciliar; as primeiras experiências surgiram na área da cancerologia, objetivando cuidados paliativos aos pacientes fora de possibilidade terapêutica ⁶.

O Ministério de Saúde inclui o componente internação domiciliar, não como um substituto da internação hospitalar tradicional, e sim, como um recurso empregado com o intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente.

Com a lei número 10424, de 15 de Abril de 2002, acrescenta o capítulo e artigo à lei 8080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) ⁷.

A atenção domiciliar foi regulamentada através da Legislação em Vigilância Sanitária Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 ⁸. Ela dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, Publicado no Diário Oficial da União do Poder Executivo, de 30 de janeiro de 2006 ficando desta forma determinado um regulamento para estes serviços. O Ministério da Saúde através da portaria nº 2529 de 19

de outubro de 2006 estabelece requisitos para credenciamento e critérios para realização de internação domiciliar no SUS, revogando a Portaria nº 2416 de 23 de março de 1998⁹.

Ficam, assim, instituídos os requisitos para os estados e municípios interessados em aderir à Política Nacional de Internação Domiciliar¹⁰.

Não desmerecendo o papel importante do hospital para o atendimento do paciente instável e o seu sucesso de tratamento, existe uma resistência natural do ser humano em ser internado, e sim ser tratado em casa¹⁰.

O cuidado dispensado à saúde no domicílio propicia à equipe de saúde a inserção no cotidiano do cliente, identificando demandas e potencialidades da família, em um clima de parceria terapêutica. A internação domiciliar é apresentada como uma alternativa em que se destaca que é bom para o paciente ser tratado em seu “habitat natural”; é bom para a família, que não precisa deslocar-se, reduzindo ônus financeiro, e é bom para o hospital, que permite uma rotatividade de leitos, o que amplia investimentos em melhorias na assistência e tecnologia.

Concomitante a esta proposta de cuidado é importante salientar que a doença não está vinculado somente ao caráter físico-biológico. Assim propõe-se, que deva-se pensar a doença a partir de uma pluralidade de interpretações, divergências e negociações que envolvem os episódios de sofrimento do sujeito, até se chegar a um diagnóstico entre os sistemas locais de saúde¹¹. Para o autor, faz parte da doença compreender como socialmente está organizado o cuidado, o que implica em identificar os padrões de crença sobre causas, normas, relações de poder e locais em que se dão as interações.

Compreende-se o cuidado enquanto uma prática, um ofício, vinculado à dimensão do tempo contemporâneo com a afirmação da modernidade científica. No fim do século XIX, com o aparecimento de tecnologias elaboradas, o objeto do cuidado torna-se isolado, parcializado, separado das dimensões sociais e coletivas. Nessa perspectiva, cuidar torna-se tratar a doença excluindo todas as outras concepções elaboradas no curso da história, face ao problema da vida e da morte⁵. Para a autora, a perspectiva de cuidado nesta dimensão segue a hipótese de “...tratar para erradicar o que pode fazer morrer, mas com o risco de deixar de olhar para tudo o que ainda vive, para aquilo que pode fazer viver, para aquilo que dá sentido à vida”⁵

Ainda conforme a autora os cuidados para promoção da vida podem ser diferenciados em cuidados de reparação da vida (necessita ação, vigilância direta e continua do profissional de saúde) e cuidados de manutenção da vida (poderão ser realizados pelo paciente ou pela família, seguindo orientações da equipe multiprofissional de saúde).

Portanto, “a finalidade do cuidar na enfermagem é prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer”. Assim, o Enfermeiro e demais profissionais de saúde, na internação domiciliar tem um papel de mediador entre o cliente e a pessoa que vai realizar a ação do cuidado. Não só ver o que se passa no corpo físico de quem recebe cuidado, mas identificar quem pode assumir o cuidado na ausência do profissional. Assim, além de constatar sinais clínicos, o profissional necessita ver, interpretar e identificar a rede social de cuidado à qual o paciente pertence³.

Entre outros aspectos ressalta-se que há um novo desafio para a enfermagem, que é cuidar de quem cuida, isto significa ir ao encontro da família onde ela se encontra, no domicílio.

Além disso, a autora comenta que a família já não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde; ao se reconhecer que ela assuma a responsabilidade pela saúde de seus membros, ela precisa ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser levada em conta, e, mais que tudo, sua participação deve ser incentivada em todo o processo profissional de cuidar/curar. O cuidar da família exige conhecer como essa família cuida, identificando suas dificuldades e suas forças, para que o profissional possa assistir a família a atuar de forma a atender as necessidades de seus membros ¹².

Quando passamos a considerar o nosso cliente inserido num contexto familiar, passamos também a ver estas famílias como nossos clientes, e nem sempre a família está preparada ou possui condições para dar ou prover os cuidados.

O cuidado no domicílio é muito importante e exige muito mais do profissional enfermeiro que por sua vez terá que em um local onde precisa prestar os cuidados, observar e enxergar com os olhos físicos e com os olhos do coração, ler nas entrelinhas, entender o não dito, confiar no vivido, sair do anonimato do uniforme branco e socializar o saber, o fazer e o ensinar entre outras atitudes e ações ¹³.

METODOLOGIA

O estudo é de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada gravada. A amostra que serviu de base a este estudo constituiu-se de dez usuários (sorteio simples) que haviam sido assistidos pelo Programa de Internação Domiciliar (PID), de um município do interior do Rio Grande do Sul. Os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido assim como foi assegurado a estes os princípios éticos conforme resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Dos respondentes três entrevistados haviam sido pacientes do PID (já com alta), dois pacientes haviam falecido e a entrevista foi dirigida ao familiar e outros cinco sujeitos colaboraram o paciente na presença do familiar e/ou cuidador devido a seqüelas da doença. A faixa etária deste grupo oscilou entre 43 a 89 anos de idade, o período mínimo e máximo de internação variou de cinco a cinquenta e sete dias, estando vinculado ao programa com diagnósticos como: Acidente Vascular Cerebral, Asma grave, Mal de Parkinson e Insuficiência Cardíaca. Os sujeitos foram identificados por nome de cores. Para realizar a análise dos dados as entrevistas foram transcritas, organizadas em temas e confrontadas com a literatura.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Inicialmente achamos importante fazer uma breve caracterização do Programa de Internação Domiciliar do município em estudo para depois apresentar e comentar o relatado pelos usuários e familiares.

O PID no município do estudo iniciou em 2002, atende pacientes exclusivamente da região geo-política deste e que estejam internados no Pronto Socorro Municipal. A dinâmica de inclusão dos pacientes no PID se dá inicialmente com a avaliação dos pacientes adultos, considerando-se as seguintes peculiaridades: pacientes que não necessitem de suporte avançado à vida ou de tratamento mais complexo; com histórias de internações repetidas; que não necessitem realizar exames complementares freqüentes e pacientes com diagnóstico clínico em tratamento prolongado ¹⁴.

A equipe do Programa de Internação Domiciliar é formada por um médico, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem e um motorista, que fazem as visitas em um veículo do próprio Programa, equipado de materiais e medicamentos necessários ao tratamento do paciente.

Outro aspecto importante, e que é avaliado pela equipe, se relaciona à família e moradia. Para ser aceito no Programa os pacientes tratados no domicílio obrigatoriamente deverão estar acompanhados de familiares ou de um cuidador que reconheça a sua importância no tratamento, dando suporte a equipe de profissionais com responsabilidade, repassando informações sempre que necessário. A família ao cuidar se compromete a nunca deixar sozinho o paciente durante o tratamento domiciliar ¹⁵.

Além disso, a equipe investiga através de diálogo a situação da moradia, em que são importantes condições mínimas de higiene, saneamento, instalação de água, luz e uma cama para o paciente.

A família assina um termo de responsabilidade onde assume o compromisso com o serviço. A partir da internação do paciente em casa, a equipe assume a assistência até sua alta. O prontuário do paciente fica no domicílio, sendo diariamente atualizado durante as visitas e compreende a ficha clínica, ficha de evolução, avaliação inicial e evolução diária de enfermagem, prescrição médica e resultados de exames complementares. Os familiares deverão estar presentes no momento das visitas, para que possam dar continuidade a assistência nos horários em que a equipe está ausente, é fornecido um número de telefone para esclarecimento de dúvidas, esses telefones são do médico e do enfermeiro, estando à disposição 24 horas por dia ¹⁵.

Presenciamos durante o estudo que o enfermeiro é o eixo de toda internação domiciliar, fazendo o vínculo entre os profissionais, gerenciando os cuidados de enfermagem em conjunto com o auxiliar de enfermagem e a família/cliente. Esta participação ativa do enfermeiro junto com o médico do Programa de Internação Domiciliar se dá desde a triagem do cliente que será internado em cuidado domiciliar. O médico tem a tarefa de indicar o momento exato em que o paciente passará a ser internado. Compete ao enfermeiro providenciar os equipamentos ergonômicos que serão necessários para a continuidade do tratamento, adaptando o atendimento (equipamentos/cuidados), trabalhando com as reais necessidades do cliente e a sua família, na perspectiva de realizar uma prática humanizada e teoricamente competente, sincronizando o saber popular com o saber técnico-científico.

Após reforçar junto aos entrevistados o que estava-se investigando, indagou-se se diferenciavam o enfermeiro na equipe: oito detalharam que sim e dois respondentes não o diferenciaram dentro da equipe o que vincularam a uma ausência de comunicação, pelo fato do enfermeiro não ter se identificado para seus clientes e famílias.

“Sim, eu soube desde o início porque eles se apresentaram, chegaram e se apresentaram pra gente, ficou bem claro [...]” (LILÁS).

“Eu consegui identificar o enfermeiro do auxiliar, muito boa pessoas, me atendeu muito bem lá, como me atendeu muito bem na minha casa, identifiquei bem o enfermeiro e todos foram maravilhosos [...]” (VERMELHO).

Entretanto, a identificação do enfermeiro não foi unânime, pois dois entrevistados não o diferenciam dentro da equipe, como percebe-se nos relatos a seguir:

“Eu fui atendida, mas não sei quem era o enfermeiro formado”(AMARELO).

Percebemos que para a maioria dos entrevistados ficou bem definido quem era o enfermeiro dentro da equipe multidisciplinar e a importância deste para o paciente e seus cuidadores. Acreditamos que o mesmo tem um papel importante no cuidado domiciliar, sendo fundamental que nesta modalidade de assistência o Enfermeiro deve apresentar-se, identificar-se, manter uma postura profissional adequada, prestar orientações e apoio emocional aos clientes e familiares, e estar acessível para esclarecimentos de dúvidas.

O cuidado domiciliar como programa de assistência pública ainda está em fase de implantação, sendo relevante que o Enfermeiro ao participar deste desafio tenha uma inserção voltada ao paciente e família, prestando assistência direta através de técnicas, orientações, dando suporte emocional tendo em vista o bem-estar de todo grupo familiar.

O USUÁRIO DESTACANDO AS ATIVIDADES DO ENFERMEIRO NO PID

Consultamos diversas fontes e não encontramos explicitamente uma delimitação das atividades do Enfermeiro no programa de internação domiciliar¹³. Na ausência desta delimitação protocolar entendemos que as atividades do Enfermeiro devem se respaldar de acordo com o proposto pelo Conselho Regional Enfermagem do Rio Grande do Sul (nº. 103/00) que normatiza sobre as atribuições dos profissionais de enfermagem: “Artigo 1º. descrever as atividades que competem ao Enfermeiro, entre eles os procedimentos exclusivamente realizados pelo mesmo”¹⁶.

Alguns entrevistados deram ênfase destacando atividades técnicas do Enfermeiro:

“Aquele negócio no nariz, a sonda, ele fez todos os procedimentos [...]”(VERMELHO).

O relato de um entrevistado ratifica esta perspectiva quando diferencia a atividade do enfermeiro e ao mesmo tempo tece um comparativo com outro profissional da equipe.

“Acho que o enfermeiro sabia mesmo até, assim como ia dizer, os procedimentos dele era quase como o da médica, ele sabia tudo, tudo” (BRANCO)

Nesse sentido entendemos que o Enfermeiro tem capacidade de estabelecer elos de confiança entre a equipe, a família e seu cliente, para que estes passem a confiar no grupo profissional, reconhecendo a equipe como formada por pessoas competentes para tratá-lo e ajudá-lo a recuperar a sua saúde.

Compete também ao Enfermeiro que se engaja no cuidado domiciliar conhecer as crenças presentes nas vivências das pessoas. É através de suas narrativas que permitem ao indivíduo contar histórias de si mesmo, relatar suas experiências sempre de acordo com o que elas representam para ele. Pois as pessoas agem em função do significado que as coisas têm para elas, e esta significação é construída nas interações com os indivíduos, podendo ser constantemente restabelecidas. Cabe ao enfermeiro, orientar, explicar e esclarecer os procedimentos por ele realizados, respeitando o conhecimento e crença do paciente a respeito dos mesmos.

Observamos que muitos pacientes do PID passam a fazer parte da demanda tão logo seu quadro clínico se estabiliza, isto é, assim que os problemas mais emergentes de doença estacionam, retornando para as famílias e para a comunidade ainda com problemas, muitas

vezes complexos, necessitando de assistência adequada. As atenções para com estas necessidades subjetivas e objetivas de cuidado são importantes como verbalizam os depoentes:

“[...] a enfermeira não tenho como agradecer, entrou na nossa casa como uma pessoa simples igual a gente, ela não só se preocupava com o doente mas com todos nós, era uma amiga” (LARANJA).

O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, deve realizar ações em todos os níveis de atenção, zelando pelo bom atendimento, diversificando, aprimorando e promovendo cuidados, englobando dentro deste contexto a realização de procedimentos.

“[...] fazia procedimentos com muito conhecimento, as outras só traziam as medicações. A diferença no atendimento, a segurança, a orientação exatamente como fazer, foi isso que gostei do enfermeiro [...]” (ROSA).

Como parte do protocolo do cuidado domiciliar nos parece imprescindível o conhecimento teórico científico adquirido pelo enfermeiro, para orientar a realização de procedimentos específicos e mais complexos que o restante da equipe de enfermagem, incluindo a tomada de decisões na aplicação dos cuidados e não ser puramente tecnicista.

Outro aspecto relevante com relação as atividades do enfermeiro no PID foi a orientação, como parte do processo de educação em saúde, destacado nos depoimentos a seguir:

“Olha! Para mim, tudo que fazia era bom, ele me ensinava, eu achava que ele até era médico, num princípio, porque ele me ensinava, depois é que soube que era enfermeiro, ele foi muito importante para nós” (AZUL CLARO).

“Ela viu a pressão, tirava a temperatura, se precisava usar o remédio para baixar a temperatura ela indicava direitinho como usar e o que não tinha, né” (BEGE).

Como podemos perceber a comunicação é de extrema importância, pois através da mesma podemos explicar e orientar os procedimentos, motivo da realização e pedir a colaboração do paciente e família para obter os resultados desejados.

Destaco que o enfermeiro deve fazer uma avaliação geral do meio onde está seu cliente, seu grau de compreensão, adequando a linguagem para que seja compreendida pelo mesmo, sua família ou cuidador.

O USUÁRIO DO PID E AS ORIENTAÇÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE

Os informantes do estudo detalharam que tiveram suporte durante a internação domiciliar, conforme os relatos que seguem:

“Ele soube me orientar sobre cuidados, fiquei muito satisfeita, achei muito importante, me ensinou muita coisa” (VERDE).

“Estou muito satisfeita, muito, eu entendia o que a enfermeira me dizia e me ensinava” (AZUL CLARO).

Acreditamos que para orientar um cuidado de qualidade o enfermeiro deve ser sensível, crítico, solidário e, principalmente, gostar de cuidar, pois seu envolvimento com os seres humanos é uma tarefa complexa permeada de desafios. Interessou-nos investigar se o enfermeiro consegue transmitir as orientações sobre o cuidado e se o cliente é receptivo a estas informações, e também se as interpretou de maneira correta. O resultado destas orientações se reflete no modo de ser do cuidador, que através do cuidado expressa quem somos. Neste sentido os entrevistados, como pode-se acompanhar abaixo, detalharam sua satisfação com os cuidados e a atenção que lhes foi dispensada.

“Fiquei muito satisfeito com os cuidados, muito atencioso, me orientava direitinho” (AZUL).

“Muito satisfeita mesma, me orientaram em tudo que realizei com a mãe, a utilização do aspirador, a utilização do material, como cuidar da higiene do material, tudo foi orientado pela enfermeira” (LILÁS).

Na proposta de cuidado domiciliar o cuidado em saúde necessariamente deve acontecer diante da aproximação entre o sistema profissional de cuidado da saúde e sistema popular, sendo que o cuidado prestado pelo Enfermeiro orienta e dá suporte para a família. A forma como acontece esta troca de cuidado é que repercute no êxito, na aceitação de outra modalidade e implementação participação do cuidado.

“Eu pensava que fossem umas pessoas arrogantes, mas tudo foi ao contrário, são pessoas maravilhosas, tá, conforme elas me atenderam lá, me atenderam aqui também, pareciam gente da minha família que estivessem me cuidando” (VERMELHO).

Neste sentido observamos que os sujeitos do estudo na maioria relataram a satisfação diante dos cuidados e orientações dadas pelo enfermeiro do Programa de Internação Domiciliar, o que afirma a importância desse profissional dentro no Programa.

EXPECTATIVAS DO USUÁRIO EM RELAÇÃO AO TRABALHO DO ENFERMEIRO DO PID

Para o cliente e para o cuidador, ambos usuários do Programa de Internação Domiciliar, que não conheciam esta forma de assistência, após serem inseridos neste contexto dividindo a responsabilidade do cuidar com o enfermeiro e a equipe multidisciplinar, despertou neste indivíduo o sentimento de confiança no trabalho realizado, e no enfermeiro uma oportunidade de aprendizado e do desafio de cuidar no domicílio. Acompanhamos os relatos:

“Eu acho que estão bem, eu achei bom o atendimento, a enfermeira [...] está bem instruída” (BRANCO).

“A expectativa é essa mesma, me ensinou a cuidar” (AMARELO).

Portanto a confiança se constitui um elemento central na arte do cuidar, pois só é possível cuidar um ser humano vulnerável, quando existir entre o agente cuidador e o sujeito cuidado uma relação de confiança, um vínculo, uma preocupação com a pessoa e não com a doença

“Ele não foi só um enfermeiro, é um amigo, sempre que precisamos estava presente” (ROSA).

“As expectativas eram essas, sábados e domingos inclusive, sempre estava pronta a enfermeira para nos ajudar a qualquer hora” (LARANJA).

Acredita-se ser necessário que a enfermagem mostre interesse pelos problemas do paciente, demonstrando ser a saúde e a plena segurança daquele doente objetivo principal do nosso trabalho para desta forma ganharmos seu respeito e confiança ¹⁸.

“Achei que o trabalho era ótimo porque até nos finais de semana deixavam a medicação toda certinha, separadinha, está nota dez o atendimento dado pelo enfermeiro” (BEGE).

“Eu pensava que era assim mesmo [...] quem me orientou em relação ao remédio, como tomar, essas coisas, tudo foi o enfermeiro que me ensinou”. (LILÁS).

Neste sentido o processo de ensinar e cuidar não deve se limitar a espaços específicos. Os ambientes educacionais podem incluir domicílios, hospitais, centros de saúde comunitários, locais de trabalho, organizações de serviço, abrigos, grupo familiar ou grupos de apoio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficamos surpresos com a clareza informada pelos usuários e família em relação a identificação do trabalho do Enfermeiro no programa de cuidado domiciliar, neste ponto enfatizaram que a diferenciação aconteceu durante o exercício de técnicas de cuidado, especialmente a orientação e o repasse de informações ao familiar e/ ou cuidador.

Percebemos a partir dos relatos dos usuários que o processo de comunicação da equipe, o paciente e familiares e /ou cuidadores é o ponto mais enfatizado que assegura o êxito deste programa de cuidado. Neste sentido é fundamental que o Enfermeiro se apresente ao paciente iniciando assim uma proposta de cuidado compartilhado.

Os usuários e familiares destacaram com mais ênfase os procedimentos técnicos realizados pelo Enfermeiro como forma de diferenciá-lo dos demais componentes da equipe. Entretanto os entrevistados deixaram explícito que a ação deste não se limitou a procedimentos técnicos exclusivamente.

Além disto, os usuários pautaram que o suporte contínuo e detalhado (fim de semana, etc.) também é fundamental e necessário, sendo que lembram o Enfermeiro como pessoa de referência para esclarecer e informar mudanças em relação ao prescrito como cuidado. Os usuários não geram expectativas diferentes das que vem sendo supridas pelos Enfermeiros, destacando que o suporte, a orientação que vem acontecendo é de boa qualidade e suficiente.

A satisfação com relação ao desempenho do Enfermeiro e do programa indicou que o serviço agrada aos pacientes e /ou familiares, sendo que as experiências tem sido de êxito. Neste sentido o processo de ensinar e cuidar não deve se limitar a espaços específicos. Os ambientes educacionais podem incluir domicílios, hospitais, centros de saúde comunitários, locais de trabalho, organizações de serviço, abrigos, grupo familiar ou grupos de apoio.

A sua intervenção também relacionaram capacidade de estabelecer elos de confiança entre a equipe, a família e o usuário, para que pudessem confiar no grupo profissional,

reconhecendo a equipe como formada por pessoas competentes que tratavam e ajudavam na recuperação da sua saúde. Outro aspecto pontuado em relação ao Enfermeiro foi a sensibilidade em relação aos valores do usuário e família. E finalmente destacaram a orientação como parte do processo de educação em saúde como pontos importantes de cuidado realizado pelo Enfermeiro, pois lhes permitia ter uma previsibilidade em relação. que poderia acontecer. Nesse aspecto salientaram que o contato com o enfermeiro foi uma experiência que se estendeu para além da internação domiciliar.

Os usuários e familiares manifestaram que não conheciam esta forma de assistência – a internação domiciliar, no entanto se sentiam satisfeitos pois lhes possibilitava dividir a responsabilidade do cuidar. Para alguns o enfermeiro lhes ensinou a cuidar.

REFERÊNCIAS

1 FALCÃO, H. **Home Care - uma alternativa ao atendimento da saúde**. Disponível para visualização em: <http://www.medoline.com.br/med/ed/med/home_care.htm>. Acesso em 23 de julho de 2007.

2 LADEIA, J. **Assistência domiciliar: um conceito moderno de atendimento**. Disponível para visualização em; <http://www.nossaregiaio.com.br/jornaldaliberdade/site-liberdade/dica-saude.htm>. Acesso em 23 de setembro de 2007.

3 WALDOW, V. R. **Cuidado humano: um resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra - Luzato,1998,p. 120.

4 GONZALES, R. M. Et al. **Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem**. Santa Maria: Pallotti, 1999.

5 COLLIÉRE, M. F.. **Promover a vida**. Lisboa-Porto-Coimbra: Lidel, 1999.

6 CUNHAS, G. **Atendimento Domiciliar**, Disponível para visualização em: <<http://www.com.bt/pareceres/2001/0401.htm>> Acesso em 2 de agosto de 2007.

7 BRASIL, **LEI nº10424**. Disponível para visualização em: <<http://200.205.52.12/scripts/as-web.exe?LEI.ask+b+10424>>. Acesso em 8 de julho de 2006.

8 **ANVISA**. Disponível para visualização em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias.htm> (pnmv)> Acesso em 30 de julho de 2007.

9 BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.529 De 19 De Outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Disponível para visualização em:portalweb05.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2529%20institui%20a%20internacao%20domiciliar.pdf. Acesso em 30 de outubro de 2006.

10 ARAÚJO, M. R., CARNEIRO, M. L. M. Saúde da família: cuidado no domicílio. **R. Bras. Enf.** Brasília, v. 53, n. especial, p. 117-122, dez. 2000.

11 KLEINMAN, A. Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. **Social Science and Medicine**12: 83-93. New York, 1980.

12 ELSEN, I. et al. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: **Marcos para a prática de enfermagem com família**. Florianópolis: Repensul,1998.

13 SOUZA, S. M. de et al. **Cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar a clientes neoplásicos e suas famílias**. In. Texto e contexto enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós graduação em enfermagem – v. 1, n 1. Florianópolis: UFSC, 1992.

14 PID. **Programa de Internação Domiciliar**. Disponível para visualização em: <<http://www.server.pelotas.com.br/ps/programas/pid.htm>>. Acesso em 30 de julho de 2003.

15 PREFEITURA DE PELOTAS, **Manual do Programa de Internação Domiciliar**. Pelotas, 2002

16 CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. . Disponível para visualização em: /www.portalcoren-rs.gov.br/web/coren_legisla_E.php Acesso em 30 de julho de 2007.

17 SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais na saúde. São Paulo: Gente, 2003.

18 FALLEIROS, A. **Relação enfermeiro X paciente**: a que devemos estar atentos. In. Revista Nursing, n. 42, ano 4, novembro de 2001.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia