



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JULIANA KAORI MIZOGUCHI

ATENÇÃO DOMICILIAR E A TRÍADE “FAMÍLIA, CUIDADOR E DOMICÍLIO”.

SÃO PAULO
2020

JULIANA KAORI MIZOGUCHI

ATENÇÃO DOMICILIAR E A TRÍADE “FAMÍLIA, CUIDADOR E DOMICÍLIO”.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: ELISA PREZOTTO GIORDANI

SÃO PAULO
2020

Resumo

A atenção domiciliar possui um potencial para uma construção de uma rede para integrar e produzir novos modos de cuidar desde os projetos dos usuários, dos familiares, da rede social e dos trabalhadores da atenção familiar. Em análise da tríade “família, cuidador e domicílio”, podemos dar ênfase ao papel do cuidador, observando a dificuldade de compartilhamento de atividades entre os membros da família, culminado em sobrecarga física e emocional do cuidador. O domicílio é um cenário complexo, onde a equipe de saúde da família deve construir estratégias para integrar os diferentes olhares para transformação na prática em saúde por parte do cuidador.

Palavra-chave

Acesso aos Serviços de Saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Autocuidado. Consulta Domiciliar. Cuidados Domiciliares de Saúde. Visita Domiciliar.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

INTRODUÇÃO. A equipe de atenção domiciliar tem a missão de aproximar-se da família a fim de criar vínculo, visualizar o cenário do contexto do lar e convergir para uma clínica ampliada singular e integrada envolvendo não só paciente, mas também os cuidadores e os familiares.

A visita domiciliar proporciona à equipe a visualização do contexto por inteiro, como a moradia em que se encontra a família, o entorno da residência, com quem o paciente convive, como são as relações familiares e qual o cuidado com o paciente.

Os princípios da atenção básica, são também preconizadas dentro da Atenção Domiciliar, oferecendo ao assistido e a família ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à [Rede de Atenção à Saúde](#).

IMPRESSÕES: O bom uso da VD como ferramenta para conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação e fortalecimento do vínculo com a UBS. E a falta da atenção aos cuidados do cuidador.

MELHORIAS: Organização das visitas domiciliar, considerado os critérios de elegibilidade para Assistência Domiciliares recomendados pelo Ministério da Saúde. E agregação aos cuidados do cuidador em conjunto nas visitas domiciliares.

MOTIVOS. Nas visitas domiciliares realizadas, foi observado o déficit em relação ao acompanhamento do Cuidador, o qual muitas vezes também está acompanhado de doenças crônicas e a saúde física e mental comprometidas. Pelo motivo de não fazer acompanhamento na UBS, ou falta de atenção ao cuidador na visita, ou por ele próprio priorizar a atenção ao paciente em questão.

ESTUDO DA LITERATURA

Devido ao envelhecimento populacional mundial, a prevalência de doenças crônico-degenerativas cresce significativamente a o passar dos tempos, e a demanda por Atenção Domiciliares aumenta também o numero de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos.

Atualmente, a Visita Domiciliar na ESF é utilizado como uma ferramenta essencial pelo Médico de Família, para a pratica na Atenção Primaria para as realizações de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças ,reabilitação, e a continuidade do cuidado, e a desinstitucionalização nos serviços de saúde e integração as Rede de Atenção à Saúde.

A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evitam-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência. De acordo com as necessidades do paciente domiciliado, é possível realizar vários tipos de abordagem, com uma equipe multidisciplinar.

A vd é organizada e realizada pela equipe da esf, constituída de enfermeiro, médico, técnico em enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. Onde através de reuniões periódicos da equipe, se faz os planejamentos para a visita domiciliar. Os agentes comunitários de saúde são os que realizam a VD com maior frequência, para cadastramentos, controle de pacientes na área de atuação da esf, agendamentos, controle de focos epidêmicos, e relato de situações-problemas.

São as ACS que alimentam os bancos de informações possíveis para determinar a forma inicial de abordagem do caso, da família e/ou do usuário, assim como o fluxo e o ritmo, pois às vezes uma abordagem inicial mal planejada pode levar todo o plano terapêutico a falhar.

Podemos afirmar que o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico. Este modelo de atenção, o chamado modelo médico hegemônico ou modelo medicina científica (SILVA JR.,2006).Constata crescentes custos , além da ineficácia ao tratamento continuo do paciente que engloba as doenças crônico-degenerativa, psicossomáticas , neoplasias, violências, entre outros.

O atendimento em domicílio pode gerar inseguranças e desconfortos, como se todos os conhecimentos e informações que os profissionais têm sobre saúde parassem de fazer sentido quando aplicados fora do consultório. Entretanto, às vezes, uma simples visita domiciliar depois de anos de atendimento agendado em consultório consegue nos fazer enxergar informações sobre um paciente que explicam todas as nossas dificuldades em obter sucesso em melhorar sua qualidade da vida.

Uma vez que dentro dos espaços de saúde, como a ubs, a sala do consultório é visto como de forma hierárquica, o profissional da saúde se coloca no topo da relação, Enquanto no espaço domiciliar, esta relação se tende a se tornar horizontalizada, por ser um local de domínio do

usuário. Diante dessas colocações, é evidente que a humanização do atendimento na prestação da assistência à saúde caracteriza-se como fator essencial para investir nessa estratégia.

Com base no princípio da territorialização, a equipe de saúde é responsável pela atenção básica de todas as pessoas adscritas, e devem estar preparadas para identificar e cuidar dos usuários. Espera-se que os profissionais sejam capazes de realizar a atividade com senso crítico, de forma humanizada, competente e resolutiva, contando com a equipe multidisciplinar.

A primeira condição para que aconteça a assistência domiciliar, é o consentimento da família. É de importância às relações familiares que estejam cientes do processo como cuidador. Na ausência da família, a equipe deverá identificar o cuidador direto, ou localizar pessoas da comunidade para participar no processo de cuidar do indivíduo.

A assistência domiciliar também está associada aos projetos sociais e políticos da sociedade, como igrejas, associações de bairros, clubes, ONGs, entre outros. Devendo estar conectada aos movimentos de lutas por melhorias na área da saúde.

No domicílio, a família tem papel essencial no cuidado, pois sua participação ou não pode delinear a forma, a eficácia e a evolução do cuidado e a qualidade de vida do paciente em AD.

A equipe de atenção domiciliar tem a missão de aproximar-se da família a fim de criar vínculo, visualizar o cenário do contexto do lar e convergir para uma clínica ampliada singular e integrada envolvendo não só paciente, mas também os cuidadores e os familiares.

A equipe insere-se na particularidade dos lares, da família e do sujeito que, por diversas vezes, encontram-se com contextos mascarados, onde a equipe de atenção domiciliar, por meio de espaços coletivos, deve observar discutir e identificar o cenário da relação dos entes familiares no domicílio, a fim de construir o processo de corresponsabilização familiar no cuidado.

Estudar a família, conhecer o seu funcionamento, as peculiaridades de cada uma, inserida num dado contexto social, econômico e cultural, constitui condição importante para poder, como profissional, inserir-se no espaço das diferentes famílias (PUSCHEL; IDE; CHAVES, 2006).

Contextos relacionados ao clima emocional familiar e à rotina dos sujeitos são exemplos aos quais a equipe de atenção domiciliar deve estar atenta na abordagem diária no cuidado para que não haja sobrecarga excessiva na vida das pessoas que compõem o domicílio.

A família precisa ser incluída no plano de cuidados do profissional de saúde; é preciso que sejam adotadas medidas como prever horas de descanso e momentos em que o cuidado deve ser oferecido por profissionais. (SILVA; GALERA; MORENO, 2007).

O cuidador deve ser capacitado com a ajuda da equipe e estar ciente sobre o plano de cuidados e suas mudanças, deve informar principalmente sobre como proceder em casos de urgência e emergência. Além de oferecer apoio físico e psicológico, evitando o desgaste e sobrecarga excessiva dele (cuidando do cuidador), orientando sobre as dificuldades que serão enfrentadas diariamente, como a vivência com vários tipos de sentimentos (angústia, raiva, amor, ódio, compaixão etc.) e várias situações como falta de paciência, rotinas repetitivas e até situações de

como lidar com a morte.

Nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo.

É fundamental termos a compreensão de se tratar de tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios (BRASIL, 2008).

Para alguns cuidadores, o cuidar está relacionado ao prazer, satisfação da missão cumprida, valorização da pessoa cuidada, retribuição ao cuidado já prestado pela pessoa que está sendo cuidada, algo gratificante. (AYRES et al., 2012).

Porém, o cuidado destes pacientes crônicos, pode acarretar consequências negativas aos cuidadores e à família. Pelo impacto das atividades contínuas e repetitivas, o sentimento de impotência, falta de apoio, ocorrem efeitos negativos na vida do cuidador, como problemas de saúde mental, isolamento social e sintomas de depressão e ansiedade (BOCHI, 2004).

O cuidador também necessita de atenção e orientação, durante as visitas domiciliares, onde é fundamental que a equipe esteja atenta para os cuidados da sua saúde física e mental, compreensão de suas necessidades, e avaliação de possível sobrecarga pessoal.

Enfim, a tríade do cuidado domiciliar (família/cuidador x paciente x equipe de saúde) é um universo complexo, subjetivo e de transformações constantes. Todos os componentes dessa tríade se entrelaçam na busca de um único objetivo comum, que é o “cuidar”, passando por barreiras que devem ser enfrentadas a todo o momento.

AÇÕES

A metodologia aplicada para a melhora da situação/problema apresentada, é do tipo exploratória, e descritiva, pela atuação da equipe amarela, da área 812 da Ubs Jd Nossa Senhora de Fatima, no município de Embu das Artes, a qual conta com três agentes de saúde, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista, e um médico da estratégia da família. Este estudo foi discutido em reunião de equipe, e aprovado pela gerência da unidade.

A coleta de dados se deu através das visitas domiciliares de rotina, onde foram analisadas estruturas de famílias, moradias e morbidades dos pacientes.

Das análises realizadas, foi possível identificar um déficit em questão do cuidado ao cuidador. O cuidado geralmente é exercido pelos próprios cônjugues ou filhos, particularmente pelas mulheres, que em grande parte também apresentam doenças crônicas, problemas psicossomáticas, onde em uma visita domiciliar se centra o paciente assistido e se deixa o cuidador de lado. A carga do cuidador informal é imensa por ter que lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo, causando sentimento de anulação pessoal, depressão, isolamento.

Diante deste quadro, é fundamental que a equipe também se atente ao cuidador, auxiliando-o, com orientações e compreensão de suas necessidades, estudando os inúmeros fatores que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores.

A fim de promover melhorias na atenção domiciliar em relação aos cuidados com o Cuidador, foi implantada a avaliação de sobrecarga do cuidador, podendo ser utilizada a escala Zarit Burden Interview (zbi), a aplicação dessa escala já foi sugerida no caderno de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa (scz.ufca, 2002 apud Brasil, 2007, p. 176-177). Anexo VI

Anexo VI- Escala Zarit Burden Interview (ZBI)

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira (nunca=0, raramente=1, algumas vezes=2, frequentemente=3, ou sempre=4). Não existem respostas certas ou erradas.

1. O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?
3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?
4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?
5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto?
6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?
9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S está por perto?
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?
19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?

*No texto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.

**Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.

RESULTADOS ESPERADOS

A escala de sobrecarga do cuidador de Zarit constitui, em termos internacionais, um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as repercussões associadas ao cuidar de pessoas com doença mental, na qual se incluem as demências. Alguns estudos, apenas recorrem à pontuação global como forma de avaliação da sobrecarga. (Zarit e Zarit, 1983; Martín, 1996; Scazufca, 2002; Alonso et al., 2004; González et al. 2004)

A determinação do score foi obtida da seguinte forma: Score mínimo esperado - multiplicando o número de asserções pelo score mínimo de cada asserção, obtém-se a pontuação mínima, sendo esta igual a 0. Score máximo esperado - multiplicando o número de asserções pelo score máximo de cada asserção, obtém-se a pontuação máxima, sendo esta igual a 88. Para descrever a sobrecarga do cuidador principal, foi feita a fundamentação na determinação do score estabelecido por Zarit (quadro 1). Pode-se assim concluir que o nível de sobrecarga dos cuidadores se classifica da seguinte forma:

Quadro 1 – Score de Sobrecarga da família/cuidador principal

Score	Sobrecarga
≤ 21	Ausência de Sobrecarga
21-40	Sobrecarga moderada
41-60	Sobrecarga moderada a severa
≥ 61	Sobrecarga Severa

Foi possível constatar que a sobrecarga do CUIDADOR reflete diretamente no cuidado prestado por este. Assim, é extremamente relevante para os profissionais e serviços de saúde dirigir a atenção também para o CUIDADOR, pois o mesmo viabiliza o elo entre a pessoa a ser cuidada, a família e a equipe de saúde, assumindo uma função para a qual nem sempre está preparado.

REFERÊNCIAS

Brasil. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução Diretoria Colegiada RDC 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar.

Brasil. Brasília-DF, Diário Oficial da união, 27 jan. 2006. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/rdc_anvisa.pdf>. Acesso em: 05/03/2020.

Brasil. Ministério da Saúde.;PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016 - CAPÍTULO II;DA INDICAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR; Seção I;Da indicação e das modalidades de Atenção Domiciliar. Acesso em 10/03/2020.

REHEM, Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara; TRAD, Leny Alves Bomfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, [s.n.], p. 231-242, 2005. Suplemento.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. Grupos de estudo em Saúde da Família: módulo visita domiciliar. 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>>. Acesso em: 07/03/2012.