



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Costa Lima, Tatiane da; Oliveira Vargas, Mara Ambrosina de
Cuidado domiciliar intensivo: uma possível realidade do Sistema Único de Saúde?
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 57, núm. 6, noviembre-diciembre, 2004, pp. 658-661
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019631004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

CUIDADO DOMICILIAR INTENSIVO: uma possível realidade do Sistema Único de Saúde?

Tatiane da Costa Lima*
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas**

Resumo

Investigação de abordagem qualitativa que se enquadra como um estudo exploratório de caso individual. Cujas questões norteadoras configuraram-se em indagar como o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza o cuidado domiciliar intensivo. Os objetivos do estudo foram: analisar como é disponibilizado este suporte de saúde: qual o tipo de assistência prestada e como é a manutenção e garantia dos equipamentos; visibilizar como o sujeito deste estudo obteve este serviço: como o mesmo chegou até ele e quanto tempo demora. Os resultados revelam que os caminhos para se obter um suporte à vida são cercados de obstáculos e que este trajeto percorrido em busca de uma assistência domiciliar pela dinâmica do SUS envolve burocracia, profissionais e equipamentos que em muitas situações dificultam o acesso da população.

Descritores: cuidado domiciliar intensivo; enfermagem; tecnologia

Abstract

A qualitative investigation characterized as an exploratory study of individual case. The guiding point was inquiring into how the Public Health System (SUS) provides intensive home-based care. The study was aimed at analyzing how this health support is made available – that is, what kind of assistance is given and what is the equipment maintenance and warranty like – and at examining how the subject of this study obtained this service, that is, how the service reached him/her and how long it usually takes to do so. The results show that the paths to get life support are full of obstacles and that this path in search of home-based care through the SUS dynamics involves bureaucracy, professionals, and equipment that often make it difficult for the population to have access to public health services.

Descriptors: home-based care; nursing; technology

Title: Intensive home-based care: is it a possible reality for the public health system?

Resumen

Investigación de abordaje cualitativa que se encuadra como un estudio exploratorio de caso individual. Cuya cuestión norteadora se configuró en indagar cómo el Sistema Único de Salud (SUS) pone a disposición el cuidado domiciliar intensivo. Los objetivos del estudio fueron: analizar como se pone a disposición este soporte de salud: cuál es el tipo de asistencia prestada y cómo es el mantenimiento y la garantía de los equipos; ver cómo el sujeto de este estudio obtuvo este servicio: cómo el mismo llegó hasta él y cuánto tiempo tarda. Los resultados revelan que los caminos para obtenerse un soporte a la vida están cercados de obstáculos y que este trayecto recorrido en búsqueda de una asistencia domiciliar por la dinámica del SUS involucra burocracia, profesionales y equipos que en muchas situaciones dificultan el acceso de la población.

Descriptores: cuidado domiciliar intensivo; enfermería; tecnología

Título: ¿Cuidado domiciliar intensivo: una posible realidad del Sistema Único de Salud?

1 Introdução

O cuidado domiciliar intensivo, ou o internacionalmente conhecido *Home Care Intensive*, tem-se constituído em um processo muito utilizado. E, mesmo que na descrição da história do cuidado domiciliar no Brasil, este tipo de cuidado não é sinalizado como uma prática comum, no início do século, a atividade prioritária no combate às epidemias que assolaram os grandes centros eram as visitas domiciliares. A partir deste fato, foi reconhecida a necessidade de formação de profissionais para este exercício. Mas, esta formação era direcionada à prestação do cuidado para o doente ou para os fatores de risco de determinados agravos e não para orientar a família na compreensão do cuidado a ser prestado dentro do domicílio⁽¹⁾.

Logo, pode-se sinalizar que os cuidados de saúde direcionados às pessoas nos seus domicílios não constituem uma prática nova. Porém com a especialização e evolução da medicina e recursos de saúde, a família foi perdendo esse espaço. A própria condição e as características das famílias foram se alterando com as mudanças da sociedade. Constatando estas mudanças, novas formas de trabalho e de atendimento de saúde têm sido desenvolvidas e até mesmo resgatadas, a fim de darem apoio e resolutividade à população que dela necessitar⁽²⁾.

Cumprir destacar, que o cuidado sempre esteve presente na história humana, como forma de viver e de se relacionar, como demonstração de interesse e de afeto, com o objetivo de cura⁽³⁾. Contudo, com toda a evolução da humanidade, em sua relação com a tecnológica, nada mais coerente que o cuidado humano também sofresse alterações; tais alterações do cuidado humano podem ser observadas dentro do ambiente hospitalar: no controle rigoroso das infecções, na

complexificação da equipe profissional, no aparato tecnológico, entre outros exemplos, repercutindo nas formas de ser e de cuidar das pessoas.

O cuidado domiciliar ou atenção gerenciada, trata do cuidado que as pessoas doentes recebem em seus domicílios, seja ele executado por cuidadores informais (parentes, vizinhos, amigos, voluntários) ou por profissionais da saúde. Assim, na direção de um cuidado domiciliar prestado, por profissionais, vislumbramos a presença da/o enfermeira². Descreve-se como funções da enfermeira, neste contexto: administrar recursos, identificar, planejar, implementar e avaliar a assistência de enfermagem. Ela incentiva a família e o cliente à retomada de suas atividades rotineiras, integra a família no cuidado do paciente através de orientações de cuidados específicos com relação à sua patologia, atua como elo de ligação entre o paciente e a família e com a equipe multidisciplinar e a instituição⁽⁴⁾.

O domicílio apresenta-se, também, como espaço adequado ao cuidado de enfermagem, na medida em que a contenção de despesas e os riscos de infecção servem de argumento para reduzir o período de permanência tanto em unidades de internação como em unidades de tratamento intensivo. Muitos pacientes recebem alta hospitalar necessitando cuidados de enfermagem como curativos, medicação parenteral, cumprimentos das prescrições médicas e de enfermagem, dentre outros cuidados mais complexos, como ventilação mecânica, supostamente possíveis de serem planejados e realizados em seus domicílios⁽⁵⁾.

Dentre os cuidados mais complexos, como o uso de ventiladores, se torna possível aliar a alta tecnologia das Unidades de Tratamento Intensivo com o lar do paciente. Ninguém questiona a importância de um local onde a tecnologia

* Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela UNISINOS. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Pavilhão Santa Clara (UTI Central) no Complexo Hospitalar Santa Casa. **Enfermeira. Mestre em Educação. Doutoranda em Enfermagem/UFSC. Professora Adjunta da

possa ser colocada à disposição da manutenção da vida humana, porém, o que se questiona é: até que ponto o progresso técnico, como se realiza hoje, é saudável e promove o crescimento e a harmonização das pessoas? Pode-se dizer que esta “crise” de ambivalência incrementa o desejo de mudança, fazendo com que a tecnologia seja usada de forma mais criativa, servindo para melhorar a qualidade de vida⁽⁶⁾.

Torna-se necessário explicar, que o paciente que precisa de cuidados intensivos no domicílio possui características diferenciadas. Ou seja, este paciente, com uma condição clínica delicada, necessita de estrutura e equipamentos essenciais à vida; um suporte técnico e assistencial rigoroso e um ambiente modificado para suportar toda a aparelhagem específica.

Portanto, o ambiente em que este cuidado é prestado vem sendo reformulado, modernizado e começam a apresentar novos recursos tecnológicos que o torna cada vez mais atualizado. Neste contexto, surgiu como um outro ambiente de cuidado o domicílio do paciente, que se torna uma alternativa de cuidado econômico e humanitário. Na questão econômica, entra o Sistema Único de Saúde (SUS), que pode proporcionar toda esta estrutura, talvez ainda de uma forma não tão divulgada quanto as empresas particulares. Já na questão humanitária, tem sido explicitado que a constante companhia dos familiares e amigos, e a convivência diária do paciente com a rotina dentro da sua casa traz benefícios para a sua saúde, que é objetivo do que pode ser entendido como cuidado mais humanitário.

Mas, afinal, qual a importância da assistência domiciliar?

Com o aumento populacional e o aumento do número de idosos, a demanda para utilização de leitos hospitalares cresce proporcionalmente. A construção de hospitais, a aquisição e manutenção de equipamentos e a contratação de pessoal especializado trabalhando 24 horas tornam-se muito onerosas e sugerem ações de otimização do uso desses recursos. Buscar a redução de custos é uma das funções dos administradores hospitalares, mas esse aspecto pode se tornar secundário diante dos benefícios que a desospitalização traz ao paciente. O paciente que vai para casa a fim de continuar o tratamento tem oportunidade de retornar mais brevemente ao seu cotidiano, pois tudo à sua volta o estimula. A qualidade de vida do paciente na própria casa é muito melhor, uma vez que lá ele tem as coisas de que gosta, tem maior oportunidade de gozar de privacidade e tem maior facilidade para a independência funcional, facilitando a retomada de uma rotina diária⁽²⁾.

Em suma, através deste estudo pretende-se mostrar que um indivíduo doente, que agora está necessitando de equipamentos e de um suporte intensivo para a vida, pode obter o cuidado domiciliar. Mesmo que isto, num primeiro instante, reporte-se à questão financeira deste paciente, pretende-se então ressaltar que o SUS inseriu dentro do seu lar visitas e suporte de profissionais habilitados, assim como toda uma aparelhagem, que para ele constituem um suporte básico para seguir a vida. E, nesta perspectiva, a questão norteadora deste estudo configurou-se em indagar como o SUS disponibiliza o cuidado domiciliar intensivo? Procurando responder a esta questão, constituiu-se como objetivos deste estudo analisar como é disponibilizado este suporte de saúde: qual é o tipo de assistência prestada pelos/as profissionais da saúde (enfermeiro, médicos e fisioterapeutas) e como é a manutenção ou garantia dos equipamentos; visibilizar como o sujeito deste estudo obteve este serviço: como o mesmo chegou até ele e quanto tempo demora.

2 Metodologia

Estudo exploratório de caso individual, ou seja, um estudo de caso único. Pode-se definir um estudo de caso como sendo o estudo de eventos dentro de seus contextos na vida real, onde os dados devem ser coletados da pessoa-chave, ultrapassando os limites de uma biblioteca ou das estruturas

residência da pessoa-chave e, dentro da sua disponibilidade, realizou-se visitas agendadas durante o período de dois meses onde foi possível atender as questões vigentes. Os dados coletados são predominantemente descritivos. O material obtido nessa pesquisa é rico em descrições de pessoas e acontecimentos, incluindo transcrições de entrevistas e de depoimentos. Cabe destacar que o sujeito deste estudo é identificado, neste texto, pela sigla AVF.

Na primeira visita, foi esclarecido ao entrevistado tudo sobre o estudo a ser realizado, como os objetivos e o porquê de ele ser a pessoa de escolha do estudo de caso único e lhe foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram utilizadas para a coleta de dados três fontes de evidências: a entrevista, de forma aberta ou espontânea com a pessoa-chave e de forma focal com os profissionais que a cercam; e a observação direta do comportamento e do ambiente do entrevistado.

Na análise utilizou-se duas estratégias, quais sejam: primeiro, basear-se em proposições teóricas, que por sua vez refletem o conjunto de questões da pesquisa, as revisões feitas na literatura sobre o assunto e as novas interpretações que possam surgir; segundo, desenvolver uma descrição de caso, e assim elaborar uma estrutura a fim de organizar o estudo e, desta forma, transcrever a realidade e o contexto do sujeito deste estudo⁽⁷⁾.

3 Apresentação dos resultados

Destacamos como resultados a análise que descreve todo o processo que envolve a obtenção de um serviço de cuidado domiciliar intensivo e a que relata como este cuidado é prestado pela saúde pública na cidade onde o indivíduo reside.

3.1 Os caminhos para se obter um suporte à vida

Quando se fala em cuidado domiciliar, surge sempre como alicerce a questão financeira, por ser um serviço novo, disponibilizado por empresas especializadas e, muitas vezes, significativamente, bem diferenciadas entre si. Por sorte pode-se observar que este conceito está mudando, e que a visão de um cuidado especializado no domicílio vem ganhando força em outros setores da saúde. Até o início da década de 90, este atendimento era prestado de uma forma incipiente e, atualmente, o cuidado domiciliar está em pauta, em decorrência, principalmente, das necessidades sociais⁽⁸⁾. Essa alternativa assistencial vem então sendo realizada através de iniciativas vinculadas ao setor público, rede básica e hospitais, bem como pelo setor privado e pelas tradicionais empresas de prestação de serviços.

Voltando ao contexto da pessoa-chave deste estudo e, principalmente, ao ambiente que o cerca.

Parece difícil que esta pessoa sem recursos financeiros consiga obter este serviço, que tem um custo elevado, e que até o momento parece, para a sociedade, não ser disponibilizado pelo SUS. Ou seja, não foi fácil a caminhada de AVF, e principalmente de sua família, rumo à assistência domiciliar gratuita e de qualidade. Quando ainda no ambiente hospitalar, em plena fase de recuperação, surgiu a hipótese de somente obter a alta se tivesse um suporte ventilatório no seu domicílio. Começou então uma pressão de todos os lados: o que antes era apenas uma hipótese, se transformou na sua realidade; os médicos e a instituição estavam lhe cobrando a obtenção do serviço para poder prescrever a alta.

[...] quando tive alta eu só podia sair do hospital com os aparelhos, foi uma correria porque os médicos queriam me mandar para casa e eu não tinha nenhuma assistência [...].

Como ele ia conseguir o serviço não importava, mas sim que fosse o mais rápido possível. Surgiu o seguinte questionamento: **o que fazer?**

O irmão de AVF foi quem se disponibilizou a procurar

informações que vinham de todos os lados, até que descobriu uma assistência prestada pela Secretaria de Saúde da Prefeitura.

[...] na verdade teve um médico que durante a minha internação comentou que um paciente já tinha conseguido um respirador pela Prefeitura, com isso meu irmão foi se informar.

Chegando lá, informaram-no da existência da Oxigenoterapia Domiciliar, que é um resultado conjunto da união da Prefeitura, do Estado e do SUS. Assim, seu irmão começou a providenciar a documentação necessária para a obtenção do serviço; era uma verdadeira burocracia, sendo preciso laudo dos médicos declarando a necessidade do suporte ventilatório e, principalmente, documentos que comprovassem a sua renda. Com todos os documentos em mãos, foi encaminhado o pedido, tanto para a Secretaria do Município como também junto ao Estado. Este primeiro pedido foi negado, porém seu irmão não desistiu e arriscou novamente; na sua segunda tentativa, seu pedido foi aceito, e dentro de 15 (quinze) dias AVF estava dentro do programa e teria tudo disponibilizado no seu domicílio.

AVF, após inúmeras complicações que teve, tanto em casa como dentro do hospital, encontrava-se pronto para voltar ao seu domicílio sem nenhuma seqüela, excetuando, é claro, as que atingiram o seu sistema respiratório. Portanto, as condições para obter a tão esperada alta hospitalar, relacionavam-se diretamente à presença constante de um aparelho de BIPAP (*biteuel positive arway pressure*), que é uma modalidade de ventilação não-invasiva.

Para uma melhor compreensão da necessidade ventilatória de AVF, cita-se a definição de Ventilação Não-Invasiva⁽⁹⁾: como uma técnica de ventilação mecânica onde não é empregado qualquer tipo de prótese traqueal (tubo orotraqueal ou nasotraqueal), sendo a conexão entre o ventilador e o paciente feita através do uso de uma máscara nasal ou facial. Neste caso ele faz uso, no seu domicílio, de um aparelho de ventilação BIPAP e de uma máscara nasal.

Quando AVF foi incluído no programa de Oxigenoterapia da Prefeitura, o paciente e seu domicílio não precisaram passar por nenhuma avaliação, pois tudo era fornecido através de laudos de seus médicos. Seu irmão levava e trazia laudos, exames, diagnósticos e tudo o que era exigido pelo Município.

Após a sua alta hospitalar, ao chegar em casa, lá se encontrava o aparelho de BIPAP e a bateria (*no break*). Contudo, não tinha um condensador de ar, ou seja, durante um certo período ele teve que alugar um torpedo de ar para manter sua oxigenação. Houve um gasto imenso, e os amigos e parentes o ajudaram como podiam, tudo para não deixá-lo sem "oxigênio". Outro detalhe muito importante é o fato de que não estava à sua disposição a manutenção dos aparelhos e quando acontecia algum imprevisto nos aparelhos não existia nenhuma assistência. A única solução era a sua internação hospitalar como opção para não ficar sem o suporte ventilatório.

Durante um certo período muitas foram as reinternações e muitos foram as marcas de aparelhos fornecidos. O primeiro modelo, utilizado por AVF, não ciclava, somente ventilava, ou seja, ele não se adaptou com o aparelho que "só mandava ar". Foi então que, em uma de suas últimas internações, ao voltar para casa, lá estava um aparelho ciclado, com inspiração e expiração.

Nas minhas últimas internações eu tinha muito medo do momento de voltar para casa, tinha pânico do que me esperava do outro lado do hospital, meu medo era se acontecesse alguma coisa em casa, o que eu ia fazer?

AVF já faz uso dos equipamentos em seu domicílio por volta de quatro anos. Com o passar do tempo ele começou, com muito esforço, a fazer novas conquistas junto à Secretária da Saúde; não foi fácil, mas seu irmão lutou bastante para continuar no programa de Oxigenoterapia do município. A manutenção

condensador de ar também é fornecido pela mesma empresa.

O que antes era fornecido pela Secretária de Saúde da Prefeitura e do Estado, agora está centralizado somente no Município, e isto facilitou muito até na hora de cobrar a qualidade prestada, pois agora AVF se dirige apenas a um lugar na busca de atendimento ou assistência. Os medicamentos e os atendimentos de especialistas ele consegue através do posto de saúde mais próximo de sua residência; isto não é fácil e ele passa pelo mesmo processo que qualquer outra pessoa, ou seja, as filas e a burocracia que cerca o serviço público.

A sua situação financeira é muito baixa, e mesmo com o serviço sendo prestado pelo SUS, ele tem custos significativos que não estão incluídos no orçamento da prestadora do serviço, como a energia consumida pelos aparelhos de ventilação: o custo da sua conta mensal junto à Companhia de Energia Elétrica é elevado e quem paga é AVF. Alguns medicamentos, que não são fornecidos pelo posto, também são comprados com o seu dinheiro. Com isso, AVF e sua esposa fazem o possível para suprirem todas as despesas com saúde.

Contudo, os caminhos para se obter um suporte de vida são cercados de imprevistos e obstáculos. Logo, acaba tornando-se importante implementar, como objetivo prioritário, a persistência na busca dos direitos que nos cercam.

3.2 Como é prestada a assistência domiciliar pela dinâmica do SUS

AVF faz parte de um programa da Secretária da Saúde da Prefeitura local, este intitulado de Oxigenoterapia Domiciliar Crônica. O serviço foi criado com o intuito de diminuir a demanda, relativamente crescente, de pacientes com distúrbios respiratórios crônicos que ocupam leitos hospitalares; com isto, a Prefeitura, junto ao Serviço de Pneumologia, criou um suporte de assistência respiratória. Então, os pacientes em condições podem usufruir deste suporte dentro do seu domicílio e de forma gratuita.

A Prefeitura fornece os equipamentos através de uma empresa terceirizada; esta, por sua vez, é quem faz a manutenção dos mesmos. No domicílio de AVF foi disponibilizado um aparelho ventilatório de BIPAP, uma bateria (*no break*), um condensador de ar, um umidificador de ar, uma máscara nasal.

O concentrador de ar, no início, era um equipamento fornecido pela Secretaria de Saúde do Estado; há pouco mais de três meses este também passou a ser de responsabilidade da Prefeitura, ou seja, da empresa terceirizada. A máscara nasal é a mesma desde quando ele solicitou o serviço, por quase quatro anos.

A máscara que eu uso está quebrada, eu tive que fazer um remendo nela com um saco plástico: estou pedindo para a Secretaria [...] é uma burocracia, uma máscara nova é muito cara.

A Prefeitura disponibiliza também uma enfermeira para cuidar deste programa, ela é funcionária do posto de saúde. Em suas visitas mensais, o objetivo da enfermeira é realizar uma auditoria do serviço que está sendo prestado. Nosso contato com ela foi difícil devido à sua pouca disponibilidade; segundo AVF, ele mesmo, também não consegue manter muito contato com ela.

Entrou-se em contato com a empresa terceirizada, lá esclareceram que toda a manutenção é prestada por eles, assim como a troca dos equipamentos quando necessário. Para que ocorra a troca de equipamentos é preciso passar um pedido pela Prefeitura e lá ser aprovado, do contrário a empresa não troca nenhum aparelho. Também informaram que são eles que enviam um fisioterapeuta para realizar visitas mensais no domicílio do paciente. E, neste caso, este fisioterapeuta avalia as condições do suporte ventilatório de AVF e como estão os equipamentos, assim como também troca o circuito e o filtro. No entanto, ele não realiza nenhum tipo de fisioterapia motora ou respiratória no paciente. Durante as visitas o fisioterapeuta

para o Município, a fim de prestar contas do serviço que a empresa está executando no domicílio do paciente. São dados observados durante a sua visita: fonte de oxigênio, fluxo, oximetria com e sem o aparelho, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, ausculta pulmonar e uma breve descrição da evolução do paciente. Outro dado interessante é que o fisioterapeuta também é terceirizado, portanto o seu contato com o município é relativamente distante.

A assistência médica prestada é através do posto de saúde mais próximo da sua residência, onde o paciente é que deve ser deslocado até lá. Portanto, AVF há muito tempo não consulta com o pneumologista, somente nos casos de emergência onde se desloca para o pronto atendimento do hospital mais próximo. Convém destacar que as informações obtidas sobre o serviço de assistência médica foram obtidas com AVF, pois nenhum dos profissionais médicos se disponibilizaram a auxiliar neste estudo.

Nesta direção, uma indagação se faz presente: **Como é a relação desta equipe de saúde com o sujeito deste estudo, assim como com possíveis outros indivíduos que necessitariam deste tipo de atendimento?** Considerando que a equipe de enfermagem integra os serviços de saúde, a enfermagem, tanto quanto a equipe em geral, deve zelar pelo bom atendimento, diversificando, aprimorando e promovendo cuidados⁽⁵⁾. Neste contexto, a comunicação entre a equipe multidisciplinar e dos mesmos com a família, é de extrema importância para o bom andamento do cuidado domiciliar.

A família é algo essencial, pois sem o auxílio de seu irmão, da sua esposa e de amigos, AVF nunca teria condições de ir em busca do que não está sendo fornecido pelo programa. Por isso, também se enfatiza a importância de uma família unida quando se fala de cuidado domiciliar.

Cada vez mais os pacientes são cuidados dentro dos seus domicílios enquanto ainda sob ventiladores mecânicos, com cânula de traqueostomia ou sob oxigenoterapia⁽¹⁰⁾. Este cuidado pode ser realizado com relativo sucesso, sendo importante a família estar emocional, educacional e fisicamente preparada para assumir o papel de cuidador primário. A equipe de cuidado domiciliar deve estar disponível e o domicílio é avaliado para determinar se está adequado para operar com segurança todo o equipamento elétrico.

Observou-se que ele está recebendo em casa um suporte de cuidado domiciliar. Com certeza este suporte é o que lhe mantém a vida e por isso fica difícil julgar até que ponto este não está sendo o seu cuidado domiciliar intensivo.

4 Considerações finais

Pode-se constatar que não é fácil a obtenção de um cuidado domiciliar gratuito e de qualidade. Gratuito? Sim, pois o serviço prestado e a aparelhagem que se encontra na residência de AVF foram fornecidos sem acarretar custos. Com certeza, a qualidade não foi a mesma de um serviço privado, mas como questionarmos qualidade quando o que ele tem em casa é o que lhe mantém vivo.

Acreditamos que a questão qualidade deva ser questionada por nós, profissionais enfermeiras, na medida em que é baliza de nossa formação uma preocupação constante com o que de melhor pode ser oferecido a um cliente/paciente, seja qual for o ambiente em que o mesmo estiver inserido. Portanto, não podemos nunca esquecer, quer seja no ambiente hospitalar ou no ambiente domiciliar, este paciente deve seguir sendo orientado, observado e acompanhado enquanto um ser doente, ou melhor, buscando seu potencial de saúde para bem viver. Dito de outro modo, seja qual for o ambiente em que toda a tecnologia e a assistência estão sendo prestadas tudo deve seguir na busca constante da recuperação e reabilitação deste indivíduo.

Apesar de não visibilizado o cuidado domiciliar intensivo, podemos declarar que não é a qualidade domiciliar e sim o

é divulgado e apresentado aos profissionais e pacientes. Nesta direção, o que nos surpreendeu é saber que o cuidado que está sendo disponibilizado pelo SUS é cercado de tecnologia o que, até então, encontrávamos somente dentro das UTIs.

Cumpramos destacar que perante a dificuldade de se obter o serviço, o paciente e sua família devem fazer uso dos seus direitos de cidadão. Portanto, deve-se questionar e pressionar pelo seu direito à vida seja qual for o ambiente, assim como preconizar a prestação de assistência à saúde, gratuitamente.

Não podemos esquecer também, que o alicerce de todo este serviço, é e sempre será a família, pois neste cenário de cuidado domiciliar são os familiares que cumprem em tempo mais integral o papel de cuidador. Assim, estes mesmos familiares tornam-se o nosso foco principal no momento de orientar, eles devem estar seguros e confiantes na constante busca de qualidade de vida.

Para finalizar, consideramos que a profissional enfermeira deva buscar subsídios para além de efetivamente atuar, divulgar através de publicações e eventos a temática do cuidado domiciliar, principalmente os disponibilizados/assessorados pelo SUS. Além disso, reforçamos a importância da enfermeira assumir uma postura política, preocupada em visibilizar a sua participação neste tipo de serviço, não só como auditora de estrutura e assistência, mas também como pessoa-chave para desenvolver o melhor atendimento às necessidades do paciente e sua família. Em suma, acreditamos que na medida em que tal profissional tenha uma proposta concreta de inserção neste tipo de programa, os sujeitos que dele necessitam teriam muitos benefícios.

Referências

1. Araújo MRN, Sampaio LC, Carneiro MLM, Sena RR. Saúde da família: Cuidado no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF) 2000 dez;53 (esp):117-22.
2. Ceschini M. Por que assistência domiciliar. In: Dias EL, Wanderley JS.; Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar. Mendes RT, organizadores. São Paulo: Unicamp; 2002. p.11-6.
3. Waldow VR. O cuidado humano e a enfermagem: ampliando sua interpretação. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro 1997 dez; 1(2):143-53.
4. Simsen CD. *Home Care* (Cuidado domiciliar). In: ENFSUL. Anais do 11º Encontro da Enfermagem da Região Sul: A trajetória da Enfermagem da Região Sul: um olhar sobre o passado, o presente e o futuro; 2000 jul 6-7; Porto Alegre (RS), Brasil. Porto Alegre (RS): ABEn/RS;2000.176p. p.88-89.
5. Carvalho VL, Pereira EM. Crescendo na diversidade pelo cuidado domiciliar aos idosos – desafios e avanços. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF), 2001 jan/mar;54(1):7-17.
6. Silva AB. *Home Health Care*. In: ENFSUL. Anais do 11º Encontro da Enfermagem da Região Sul: A trajetória da Enfermagem da Região Sul: um olhar sobre o passado, o presente e o futuro; 2000 jul 6-7; Porto Alegre (RS), Brasil. Porto Alegre (RS): ABEn/RS;2000.176p.p.94-5.
7. Yin RK. Estudo de caso: Planejamento e métodos. 2ªed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2001.205p.
8. Santos BRL, Sagebin HV, Paskulin LM, Eidt OR, WITT RR. O domicílio como espaço do cuidado. In: CBEn. Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: Cuidar- ação terapêutica da Enfermagem; 1998 set 20-5; Salvador (BA), Brasil. Salvador (BA): ABEn;1998.448p. p.121-32.
9. Farias AMC, Guanaes A. Introdução à ventilação mecânica. In: Menna BSS, Vieira SRR, Pinheiro CTS, organizadores. Rotinas em terapia intensiva. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed;2001.694p.p.139-57.