



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Raggi Rodrigues, Monica; Almeida, Rosimary Terezinha
Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio - um estudo de caso
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 18, núm. 1, marzo, 2005, pp. 20-24
Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023797003>

- 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



Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio - um estudo de caso

Monica Raggi Rodrigues¹
Rosimary Terezinha Almeida²

Rodrigues MR, Almeida RT. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio - um estudo de caso. Acta Paul Enferm 2005; 18(1):20-4.

RESUMO: O trabalho objetivou identificar as dificuldades apresentadas pelos responsáveis pelos cuidados (RC) ao paciente em assistência domiciliar, para estabelecer recomendações visando a melhoria na assistência prestada. Foram coletados dados de 103 pacientes e 181 RCs no período de setembro de 1999 a Janeiro de 2000, sendo desenvolvido um instrumento de coleta de dados específico para o estudo. Foi encontrada associação significativa ($p < 0,0001$) entre a qualidade de atenção e a receptividade do RC à orientação e treinamento. A qualidade da assistência a esse grupo pode ser melhorada se for dada uma atenção diferenciada ao paciente, por meio de tecnologia de auto-ajuda e acesso à informação adequada ao RC.

Descritores: Cuidadores; Cuidados domiciliares de saúde; Assistência Domiciliar; Qualidade

• Artigo recebido em 25/06/04 e aprovado em 10/12/04

INTRODUÇÃO

A assistência domiciliária à saúde visa a promoção, manutenção e/ou restauração da saúde do paciente e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação da autonomia do indivíduo no domicílio. Tendo por base este conceito, a estrutura hospitalar convencional é utilizada no domicílio do paciente com toda segurança e comodidade, gerando ações de saúde que são desenvolvidas por equipe multidisciplinar, a partir da realidade em que o paciente está inserido, e considerando seu potencial e limitações⁽¹⁾.

A assistência domiciliária surge como alternativa que beneficia especialmente idosos com doenças

incapacitantes, dependentes do auxílio de terceiros por tempo prolongado e que tendem a permanecer isolados em seus lares sem assistência adequada⁽²⁾. Este grupo de indivíduos carece da presença de uma pessoa que se encarregará dos cuidados básicos ao paciente, denominado responsável pelos cuidados (RC).

A atenção prestada pelo RC pode ser do tipo formal ou informal. Na atenção formal, o RC presta cuidados ao paciente no domicílio com remuneração e com poder decisório reduzido, já que cumpre tarefas delegadas pela família. A atenção informal emerge das relações interpessoais e se constrói no cotidiano familiar e social. Este indivíduo é eleito pela família e normalmente com pouca ou nenhuma experiência de

cuidar de pessoas doentes, mas com algum poder decisório⁽³⁻⁴⁾.

Na prática, observa-se que nem sempre a divisão de responsabilidade do RC é feita de maneira equilibrada e cooperada entre membros de uma família, seja em função das condições econômicas, estrutura familiar ou características culturais. É comum observar, que os cuidados aos pacientes com diferentes graus de necessidades fiquem sob a responsabilidade de uma única pessoa⁽⁵⁾.

A assistência à saúde no domicílio gera dúvidas e ansiedade com relação ao tratamento, necessidade de reorganização dos afazeres domésticos e sobrecarga de trabalho. Estas questões são mais diretamente vivenciadas pelo RC, que assume a responsabilidade de cuidar e organizar a estrutura à disposição do paciente⁽⁶⁾.

¹ Enfermeira. (Msc em Ciências em Engenharia Biomédica - COPPE/UFRJ) e Professora Auxiliar da Universidade Estácio de Sá. E-mail: mraggirodrigues@aol.com

² Eng. PhD. Professora Adjunta do Programa de Engenharia Biomédica - COPPE/UFRJ.

Diante disto é impossível não reconhecer o importante papel que o RC tem no sucesso do plano terapêutico. Assim, o RC deve ser considerado como membro da equipe assistencial.

OBJETIVO

Este estudo visou identificar as dificuldades apresentadas pelos RC, durante a realização de cuidados específicos ao paciente, e apontar recomendações de apoio ao cuidado do RC ao paciente, visando a melhoria na assistência prestada no domicílio.

MÉTODO

Foram pesquisados 181 responsáveis pelos cuidados que cuidavam de 103 pacientes, no período de Setembro de 1999 à Janeiro de 2000 de um Serviço de Assistência Domiciliar.

Foi desenvolvido um formulário específico para a coleta de dados do paciente e do RC quanto ao desempenho na assistência ao paciente. Foi priorizada a descrição das características gerais de um serviço, tendo por base a opinião de especialista da área, uma vez que não foi localiza-

do, na literatura, trabalhos que tocavam os três elementos básicos do serviço: ambiente, paciente e responsáveis pelo cuidado. Este formulário foi aplicado pela pesquisadora e enfermeira supervisora do serviço.

O formulário foi dividido em módulos, visando facilitar a coleta dos dados, descritos a seguir:

- Internação no domicílio: dados sobre as condições do domicílio;
- Dados básicos do paciente: estado civil, idade, grau de escolaridade e nível sócio econômico.
- Avaliação de enfermagem: necessidades de cuidados do paciente e necessidade de treinamento do RC.
- Dados básicos do responsável pelos cuidados: grau de escolaridade, trabalho remunerado ou não e tempo dedicado ao cuidado.
- Avaliação pós implantação: satisfação do paciente e familiar quanto ao serviço e qualidade da assistência prestada ao paciente.

A coleta de dados foi realizada em três tempos distintos da assistência domiciliar, sendo esses definidos como:

- Pré implantação (T_0): momento em que foram obtidos os dados para a internação domiciliar.

- Imediatamente após a implantação (T_1): período logo após a chegada do paciente no domicílio.

- Finalização do estudo (T_2): este momento ocorre em média 15 dias após a implantação da assistência domiciliar.

Os dados foram obtidos após consentimento do paciente e familiares de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Pesquisa, que determina o emprego do termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes do estudo. Foi utilizado o módulo de entrada de dados do Epi info, para desenvolver interface que possibilitasse a alimentação do banco de dados utilizado no estudo. Após o término da entrada de dados foi realizada uma análise descritiva desses dados para se descobrir possíveis erros de digitação ou inconsistências dos dados obtidos em campo.

RESULTADOS

Os pacientes do estudo têm com características básicas: 81% com mais de 61 anos de idade, 64% do sexo feminino e 75% de baixa renda, oriundos das classes sociais D e E (classe social utilizada no censo do IBGE), como apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados Sócio Demográficos dos pacientes estudados

| Pacientes | | Fem. N (%) 66 (64) | Masc. N (%) 37 (36) | Total N (%) 103 (100) |
|---------------|--------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Idade | < 40 anos | 3 (4) | 1 (3) | 4 (4) |
| | 41 a 60 anos | 7 (11) | 9 (24) | 16 (15) |
| | > 61 anos | 56 (85) | 27 (73) | 83 (81) |
| Moradia | Familiares | 46 (70) | 23 (62) | 69 (67) |
| | Companheiro | 7 (10) | 13 (35) | 20 (19) |
| | Outros | 13 (20) | 1 (3) | 14 (14) |
| Escolaridade | Ensino fund. | 38 (58) | 6 (16) | 42 (41) |
| | Ensino médio | 7 (10) | 11 (30) | 18 (18) |
| | Ensino sup. | 2 (3) | 14 (38) | 16 (15) |
| | Outras | 19 (29) | 6 (16) | 27 (26) |
| Classe Social | A e B | 5 (7) | 1 (3) | 6 (6) |
| | C | 14 (22) | 6 (16) | 20 (19) |
| | D | 22 (33) | 23 (62) | 45 (44) |
| | E | 25 (38) | 7 (19) | 32 (31) |

O estudo mostra que 62% dos pacientes não conseguiam deambular e não tinham controle dos esfínteres uretral e retal. As doenças do aparelho circulatório (50%) predominam entre os pro-

blemas de saúde apresentados pelos pacientes. Quanto a disponibilidade de pessoas para cuidar do paciente, observa-se a seguinte distribuição: 21,4% dos pacientes com três RC, 33% dos pacientes com

dois RC e 45,6% pacientes com apenas um RC.

Dos 181 RC do estudo, 67% tem nível de escolaridade médio, 23% com nível superior e 10% com fundamental completo (Tabela 2).

Tabela 2 - Características gerais dos RC.

| | | RC cuidam mulheres N (%) 125 (69) | RC cuidam homens N(%) 56(31) | Total de RC N(%) 181(100) |
|-------------------------|-------------------------------------|--|---|--|
| Escolaridade | Fundamenta in. Médio Superior | 14(11) 83(66) 28(23) | 4(8) 39(69) 13(23) | 18(10) 122(67) 41(23) |
| Tempo de cuidado | Integral Dia Noite Plantão | 65(52) 13(10) 38(30) 9(8) | 44(78) 2(4) 10(18) --- | 109(60) 15(8) 48(27) 9(5) |
| Qualificação da atenção | Boa Ruim | 102(82) 23(18) | 43(77) 13(23) | 145(80) 36(20) |
| Orientação/Treinem. | Receptivo Não receptivo | 108(86) 17(14) | 45(80) 11(20) | 153(84) 28(16) |
| Contratados | Sim Não | 81(65) 44(35) | 26(46) 30(54) | 107(59) 74(41) |

Quanto ao tempo dedicado a assistência, 60% dos RC são de tempo integral. Este percentual maior entre os pacientes do sexo masculino (78%) do que para as pacientes do sexo feminino (25%). Entre os RC, 59% são contratados e 41% são familiares. O percentual de familiares que prestam assistência é maior

para os pacientes do sexo masculino (54%) do que para os pacientes do sexo feminino (36%).

No início da assistência, o percentual de necessidade de treinamento foi maior para os seguintes procedimentos: administração da dieta enteral (55%), curativo de úlcera de pressão (52%), manipulação de O₂ (47%), aspiração

traqueal (44%), sondagem vesical (43%) e limpeza de traqueostomia (42%). No tempo T₂, este percentual continuou elevado para os procedimentos: administração de dieta enteral (45%), sondagem vesical (29%), banho no leito (27%), curativo de úlcera de pressão (22%) e aspiração traqueal (19%), como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Necessidade de treinamento dos RC nos tempos T₁ e T₂ por tipo de cuidado oferecido ao paciente

| Tipo de cuidado | Nº pac. | Necessidade de Treinamento | |
|--------------------|------------|----------------------------|-----------|
| | | T N(%) | T N(%) |
| Traqueostomia | 12 | 5(42) | 2(17) |
| Curativo Úlcera | 46 | 24(52) | 10(22) |
| Gastrostomia | 25 | 8(32) | 4(16) |
| Sonda Vesical | 14 | 6(43) | 4(29) |
| Banho de leito | 41 | 12(30) | 11(27) |
| Higiene íntima | 67 | 16(24) | 9(14) |
| Aspiração traqueal | 27 | 12(44) | 5(19) |
| Manipulação de O | 32 | 15(47) | 5(16) |
| Dieta enteral | 11 | 6(55) | 5(45) |
| Sinais vitais | 103 | 10(10) | 3(3) |
| Mudança decúbito | 103 | 33(32) | 8(8) |
| Medicamentos | 103 | 11(11) | 3(3) |
| Higiene Oral | 103 | 12(12) | 8(8) |

A qualidade da atenção do RC foi considerada boa em 80% dos casos e estes foram receptivos a orientação e treinamento em 84% dos casos. Os RC apresentam no geral boa quali-

dade da atenção e são receptivos a orientação e treinamento (77%), enquanto uma minoria apresenta qualidade de atenção ruim e não são receptivos a orientação e treinamento

(12%), como apresentado na tabela 4. Foi encontrada associação significativa ($p < 0,0001$) entre a qualidade da atenção e receptividade do RC à orientação e treinamento.

Tabela 4 – Receptividade à orientação e treinamento com a qualidade da atenção dos RC

| Qualidade da Atenção | Orientação e Treinamento | |
|----------------------|------------------------------|---------------------------------|
| | Receptivo N(%) 153(85) | Não Receptivo N(%) 28(15) |
| Boa | 139(91) | 6(21) |
| Ruim | 14(9) | 22(79) |

Estes RC cuidam de pacientes, em média por mais de três anos e encontram-se desmotivados e cansados de prestar assistência, mostrando-se resistentes às orientações por parte da equipe de profissionais do Serviço de Assistência Domiciliar. Um caso típico foi de um paciente que recebia cuidados de três RCs, e todos apresentavam qualidade de atenção domiciliar ruim e não receptividade a orientação e treinamento. Esses RCs relatavam que estavam cansados e desanimados, pois já assistiam este paciente há dois anos e o mesmo apresentava incapacidade quanto a mobilidade no leito, comunicação verbal, controle dos esfíncteres e comprometimento nutricional.

DISCUSSÃO

Alguns autores relatam situações de estresse vividas pelos RC que também foram observados neste estudo, entre elas estão: sobrecarga devido a um único RC; medo do desconhecido; e os recursos disponíveis e conflitos familiares no momento de cuidar⁽⁷⁾.

O estudo mostrou a importância de considerar a capacidade ou incapacidade do RC para executar a assistência, pois muitos cuidados são realizados de forma inadequada por necessitarem de mais de duas pessoas.

De acordo com a observação durante a orientação e treinamento dos RC, alguns procedimentos necessitaram de maior esforço físico e alguns destes indivíduos não conseguiam realizá-los adequadamente devido a idade, destreza manual e porte físico.

É importante conscientizar os RCs que, para cuidar, é preciso realmente querer e estar disposto a receber orientações, sendo necessário, para isso, criar uma interação com o RC de maneira a facilitar a orientação e treinamento.

Os RCs que prestam cuidados ao paciente em horário integral apresentam maior envolvimento e melhor qualidade da atenção, pois estão conscientes das necessidades de atenção do paciente e têm participação no processo de decisão.

Os fatores que influenciam negativamente a avaliação da atenção prestada pelo RC foram:

- tempo prolongado da doença do paciente.
- elevado grau de dependência de cuidados.
- RC há mais de três anos cuidando do mesmo paciente.

Estes fatores denotam uma demanda por instrumental de apoio assistencial de forma a gerar soluções para facilitar a realização dos cuidados e promover a independência do paciente, representando cam-

po aberto de pesquisa e desenvolvimento na área reabilitação.

CONCLUSÃO

Como conclusão deste estudo são apresentadas algumas recomendações visando a melhoria na qualidade da assistência quanto for prestada a clientes que estejam há muito tempo no serviço. Essas recomendações consistem no fornecimento dos seguintes itens de apoio:

- criação de uma central de informação sobre a Assistência Domiciliar, oferecendo suporte 24 horas, por telefone, Internet e outros meios de comunicação à distância.
- treinamento do RC, visando despertar a atenção para estimular o seu preparo, melhorando o seu desempenho físico.
- uso de tecnologia de apoio na realização dos cuidados ao paciente, visando a independência total ou parcial do paciente e redução do desgaste físico do RC.
- apoio psicológico aos RC como meio de alívio ao estresse, ansiedades, frustrações, revoltas, culpas e esgotamento físico e mental, comuns de eclodirem em situações de atenção por períodos prolongados.
- fornecer suporte no ambiente domiciliar, no sentido de promover o mais rapidamente possível a condição funcional do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Carletti SMM, Rejani MI. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: Papaléo Neto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996.
2. Rodrigues MR, Almeida RT. "Gerenciamento do atendimento à família no Serviço de Assistência Domiciliar". In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2001. p. 199.
3. Cruz ICF, Barros SRTP, Jung KV. Tensão do papel do cuidador: implicações para o enfermeiro em home care. Enfermagem 2001, Rio de Janeiro, 2001.
4. Minchillo ALC. Assistência domiciliar: cuidar do cuidador. Rev Bras Home Care 2000;5(60):36
5. Flores UIM, Marchioretto O. O paciente e a família no home health care. Rev Bras Home Care 2000; 6(63)4-6.
6. Cruz ICF, Barros SRTP, Ferreira HC. Enfermagem em home care. Enferm Atual 2001; 1(4):35-8
7. Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.

Rodrigues MR, Almeida RT. [The responsibility to take care of the healthy of the patient at home – a study of case.] Acta Paul Enferm 2005; 18(1):20-4.

ABSTRACT: This work aims to identify the caregiver difficulties in assisting patients at home in order to establish recommendations to improve patient care. A special form was developed to collect data on 103 patients and 181 caregivers during the period of Sept. 1999 and Jan. 2000. The findings pointed out that patients with low quality of care have a long time of dependency on care ($p < 0,0001$). The authors believe that the quality of care to these patients can be improved if they get special attention, such as assistive technologies, and caregivers access adequate information.

Descriptors: Caregivers; Home nursing; Quality

Rodrigues MR, Almeida RT. [El papel del responsable por los cuidados a la salud del paciente en el domicilio – un estudio del caso.] Acta Paul Enferm 2005; 18(1):20-4.

RESUMEN: Este trabajo objetiva identificar las dificultades presentadas por los responsables del cuidado (RC) de pacientes en atención domiciliaria, a fin de establecer recomendaciones visando la mejoría en la atención. Fueron observados 103 pacientes y 181 responsables por el cuidado, en el periodo de Septiembre de 1999 a Enero de 2000, desarrollándose un instrumento de colecta de datos específico para el estudio. Fue encontrada asociación significativa ($p < 0,0001$) entre la calidad de la atención y la receptividad del responsable del cuidado en relación a la orientación y entrenamiento. La calidad de la atención a dicho grupo puede obtener mejor resultado por medio de una atención diferenciada al paciente (por medio de tecnología y autoayuda) y acceso a información adecuada al responsable del cuidado.

Descriptores: Cuidadores; Cuidados domiciliarios de salud; Calidad