

FAMILIARES CUIDADORES COMPARANDO A INTERNAÇÃO DOMICILIAR E A HOSPITALAR

FAMILIES AS CARE-GIVERS: COMPARING HOME CARE TO HOSPITALIZATION

FAMILIARES CUIDADORES COMPARANDO LA
INTERNACIÓN DOMICILIAR Y LA HOSPITALIZACIÓN

Maria Ribeiro Lacerda¹

Samantha Reikdal Oliniski²

Clélia Mozara Giacomozz³

¹ Enfermeira. Doutora em Filosofia de Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Vice-coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE).

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFPR. Bolsista da CAPES. Membro do NEPECHE.

³ Acadêmica do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPR. Bolsista de Iniciação Científica UFPR/TN. Membro do NEPECHE.

RESUMO: O presente estudo visa incitar os profissionais da saúde a refletirem sobre sua própria atuação em diferentes cenários: o domiciliar e o hospitalar. Usando o Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory) em uma abordagem qualitativa, buscou-se apresentar uma comparação entre a internação hospitalar e a domiciliar realizada pelos familiares cuidadores. Realizaram-se sete entrevistas com estes familiares, e, a partir dos dados, emergiu a categoria **Comparando a assistência domiciliar e a hospitalar**. Os familiares cuidadores ressaltaram sua opinião sobre esses dois tipos de internação, destacando como negativa a experiência hospitalar e privilegiando a assistência domiciliar. A partir disso alguns aspectos foram levantados: primeiro, apreende-se a necessidade de se repensar a atuação do profissional de saúde nesses dois contextos, e segundo, a importância de se considerar a realidade e as necessidades dos clientes e de seus familiares para aprimorar o cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Assistência Domiciliar; Hospitalização; Cuidadores.

ABSTRACT: The present study aims to encourage the reflection of health professionals about their own performance in two different settings: hospital and home. By using the Symbolic Interactionism and Grounded Theory in a qualitative approach, a comparison was drawn between hospitalization and home care made by family caregivers. Seven interviews were made with these families and from this emerged the category **Comparing home and hospital assistance**. The family caregivers reinforced their opinion about these kinds of assistance by emphasizing the hospital experience as negative and the home care as positive. Two conclusions were drawn from this: first, that there is a necessity to consider health professional's performance in hospital and home contexts, and second, consider the family's reality and needs are important to improve the care of the patient.

KEY WORDS: Home care services; Hospitalization; Caregivers.

RESUMEN: El objetivo de este estudio es, estimular los profesionales de salud a reflexionar sobre su actuación en escenarios distintos: el domiciliar y la hospitalización. Se utilizó el Interacionismo Simbólico y la Teoría Fundamentada en los Datos, con abordaje cualitativo. Se buscó comparar la hospitalización con la internación domiciliar, cuyos cuidadores eran los familiares. Con estos familiares fueron realizadas 07 entrevistas y de estas informaciones se logró la categoría: **Comparando el cuidado domiciliar a la hospitalización**. Los familiares cuidadores dejaron clara su opinión referente a estas formas de internaciones, exaltando como negativa la experiencia de hospitalización, teniendo como preferencia el cuidado domiciliar. De esta manera algunos puntos fueron considerados: primero, que los profesionales de salud entiendan la necesidad de pensar su actuación en estos dos contextos y segundo, dar valor a la realidad y necesidades de los enfermos y sus familiares cuidadores, para así mejorar este cuidado.

PALABRAS CLAVES: Servicios de atención de salud a domicilio; Hospitalización; Cuidadores.

Recebido em: 17/09/2003

Aceito em: 15/12/2003

Maria Ribeiro Lacerda

R. Padre Anchieta, 198, apt. 902

80410-030 - Curitiba -PR

Fone: (41) 9979-0205

E-mail: lacerda@milenio.com.br

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde, durante todo seu desenvolvimento histórico, social, econômico e estrutural, sofreu alterações e reformulações para melhor adaptação às necessidades de saúde das pessoas. Uma dessas reformulações fez com que a antiga assistência desenvolvida no domicílio fosse substituída pelo modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde, o qual perdurou durante muito tempo como o mais utilizado, dentre os locais de atendimento à saúde. No entanto, o modelo da assistência domiciliar vem ressurgindo, como uma forma de personalização e humanização da prática assistencial à saúde. Desse modo, estas duas modalidades de atenção à saúde, a assistência hospitalar e a domiciliar, têm sido utilizadas no sistema de saúde atual.

Faz parte do cotidiano da população e de seu imaginário a necessidade de cuidados de saúde atrelados à instituição hospitalar, a qual dispõe de amplo aparato tecnológico para dar suporte ao complexo atendimento realizado. Essa forma de atendimento também requer um grande contingente de recursos humanos, o que, somado à utilização da tecnologia de ponta, exige altos investimentos financeiros.

Atualmente, a assistência hospitalar tem sofrido algumas alterações que, em parte, decorrem da crescente demanda da população, da desumanização e mecanização da assistência prestada e dos altos custos gerados por este tipo de internação. Diante disso, tem-se realizado uma extensa abordagem acerca da humanização da prática assistencial hospitalar, bem como algumas instituições têm buscado implementar programas de atendimento domiciliar a alguns de seus pacientes.

Já a prestação de serviços de saúde no domicílio é um retorno às raízes humanistas na atenção à saúde,¹ pois o paciente é devolvido ao seu meio de convívio social e familiar, e o atendimento é realizado por uma equipe de saúde multiprofissional. Essa modalidade de assistência conta com a tecnologia moderna para os cuidados realizados, o que permite

que suas vertentes, entre as quais se encontra a internação domiciliar, sejam retomadas e utilizadas amplamente e com sucesso, na assistência à saúde da população¹. Assistência domiciliar é uma expressão utilizada mundialmente como uma das alternativas à hospitalização, consistindo em uma forma de tratamento na casa do cliente que foi hospitalizado e teve sua alta abreviada.

Para que a assistência à saúde seja realizada no domicílio, um dos critérios de elegibilidade é a presença de um cuidador familiar que se responsabilize pelos cuidados com o cliente e seja o elo entre ele e os profissionais de saúde. Cuidador é aquela pessoa que tem um vínculo emocional com o cliente, não necessariamente familiar ou contratual. Assim, o cuidador poderá ser um amigo, um vizinho, um parente ou qualquer pessoa que se relacione com o cliente e se disponha a auxiliar no seu cuidado². Dessa forma, a figura do cuidador familiar é um elemento essencial para a assistência domiciliar, diferentemente do que ocorre na assistência hospitalar, na qual os cuidados são prestados quase exclusivamente pelos profissionais de saúde, visto a configuração dessa forma de atenção.

Contudo, não se trata de determinar que uma modalidade de assistência é ideal ou melhor do que a outra, uma vez que as especificidades de cada modelo devem ser consideradas, tendo em vista a situação clínica do paciente, além de que ambos os tipos de internação, hospitalar ou domiciliar, podem ser subsequentes e/ou complementares, sem limitações de ambas as partes. Assim, trata-se de dois modelos de atenção à saúde, duas opções, que necessitam de avaliação e análise comparativa por parte dos profissionais que as executam, bem como por parte dos usuários e seus familiares, para então ser feita a melhor escolha para o caso em questão.

Desse modo, diante dessa exposição, percebe-se ser importante contemplar esse tema, de forma que o objetivo deste estudo é apresentar uma comparação realizada por familiares cuidadores de clientes, sob cuidados domiciliares, acerca das internações hospitalar e domiciliar e discuti-la

brevemente. A partir dessa visão, espera-se favorecer a reflexão dos profissionais da saúde sobre sua atuação profissional nesses diferentes campos.

REVISÃO DE LITERATURA

Os cuidados mais intensivos à saúde podem ser realizados tanto no ambiente hospitalar quanto no ambiente domiciliar. Esses cuidados são prestados por cuidadores profissionais e cuidadores familiares. Dessa forma, cabe abordar algumas questões teóricas referentes ao ambiente hospitalar, ao contexto domiciliar e aos familiares cuidadores.

O termo hospitalar refere-se àquilo que é pertencente ou relativo ao hospital³. O hospital é uma instituição cujo propósito fundamental é receber o ser humano quando ele, de alguma forma, adoecer ou ferir-se, e prestar-lhe cuidados visando a restaurar ao máximo sua saúde. É uma representação do direito que o homem tem de gozar a saúde e o reconhecimento pela comunidade da obrigação de prover meios para auxiliá-lo de alguma forma⁴.

Segundo o Ministério da Saúde⁴ o hospital possui diversos regimes de atendimento, os quais podem incluir o cuidado domiciliar. Essas instituições visam a prestar serviços de maior complexidade, necessitando de diferentes recursos, entre os quais se encontram os profissionais de saúde, outros profissionais e os melhores recursos tecnológicos disponíveis.

Assim, a internação hospitalar pode ser considerada uma forma de atendimento à saúde realizada nos limites hospitalares, na qual o foco de atenção é o indivíduo que necessita de cuidados especializados de saúde. Nessa modalidade, utilizam-se amplo aparato tecnológico e diferentes recursos humanos, que incluem desde os profissionais de saúde até a equipe de apoio, como limpeza e zeladoria. Ela caracteriza-se pela assistência ininterrupta e pelo atendimento freqüentemente fragmentado em especialidades clínicas.

O termo domiciliar refere-se ao domicílio e a tudo que se faz nele³. O domicílio é a moradia de uma pessoa ou de um grupo de pessoas, onde o

relacionamento é ditado por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência⁵, sendo dinâmico e interativo. O domicílio pode ser considerado um local único para que o enfermeiro preste assistência, levando-se em conta os aspectos econômicos, sociais, afetivos, as questões históricas e as experiências culturais dos familiares, ou seja, todos os recursos disponíveis, tanto humanos como materiais do cliente. Assim, o domicílio também é um local para a atuação do profissional de saúde, principalmente no que se refere à internação domiciliar.

A internação domiciliar, segundo Lacerda⁶ é a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e contínua no domicílio, com supervisão e ação da equipe de saúde específica, personalizada, centrada na realidade do cliente, e envolve a família, podendo-se ou não usar equipamentos e materiais. Essa autora pontua ainda que, nessa modalidade, o cliente recebe cuidados e orientações sobre várias ações, pois o seu estado de saúde está alterado, precisando então, de acompanhamento profissional. Dessa forma, na internação domiciliar, a equipe multiprofissional atuará interdisciplinarmente e em conjunto com a família, considerando suas necessidades e potencialidades e favorecendo a manutenção e o funcionamento adequado desse contexto.

Ribeiro⁷ complementa que a internação domiciliar é uma atividade continuada, com oferta de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes mais complexos que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar. Devido a todos os fatores e características mencionados, essa modalidade tem-se revelado uma opção segura e eficaz, direcionada para pacientes portadores de doenças crônicas ou agudas⁸.

Ao tratar da internação domiciliar é fundamental considerar ainda o contexto domiciliar, a família e os cuidadores familiares. De acordo com Lacerda⁹, o contexto do domicílio deve ser compreendido com significado amplo, sendo entendido como um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si, de tal forma que há influência e interferência

mútua e simultânea, e no qual cada parte constituinte tem sua especificidade. O contexto domiciliar abrange, portanto, os aspectos econômicos, sociais e afetivos da família; os recursos de que ela dispõe, tanto materiais quanto humanos; a rede social de apoio; as relações que seus membros estabelecem dentro e fora do domicílio; o espaço físico; as condições de higiene e segurança da casa, enfim, o todo que envolve o cliente e sua família.

Para Rice¹⁰, família é um grupo de pessoas que vivem juntas ou em contato íntimo, cuidam umas das outras e proporcionam cuidado, apoio, criação e orientação para seus membros dependentes e uns aos outros. Contudo, ao cuidar de famílias, elas devem ser consideradas tais como os seus membros as reconhecem, ou seja, deve-se considerar o que o outro define como família e não o que se pensa que ela seja.

Como refere Penna, citado por Faro¹¹, a família é uma unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem, convivem como família, em um espaço de tempo, unidas por laços consangüíneos, de afetividade, interesse e doação, estruturada e organizada, com direitos e responsabilidades, vivendo em um determinado ambiente, influenciada socialmente, economicamente e culturalmente.

Por conseguinte, os profissionais de saúde têm como função principal no domicílio a prestação de serviços ao cliente e sua respectiva família, para que estes alcancem o maior nível de independência possível e exerçam o poder de administrar a situação vivenciada.

Para que isso se concretize, entretanto, é indispensável a figura do cuidador familiar. Conforme abordado anteriormente, o cuidador familiar é a pessoa mais próxima do cliente, representa o seu ponto de apoio, participa, conhece, informa e responsabiliza-se pela situação presente. Esse cuidador pode ser um parente, amigo, vizinho, e outros que de alguma maneira prestam cuidado a uma pessoa significante de suas relações afetivas ou sociais.

É possível observar, a partir dessas considerações, que há diferença significativa na abordagem desses

dois modelos de atenção à saúde, o que requer que os profissionais de saúde estejam aptos para observar e perceber as nuances e implicações de cada um deles, bem como para atuar nesses diferentes contextos.

METODOLOGIA

Neste estudo explora-se uma categoria relevante, emergida de uma pesquisa, sobre a compreensão de familiares cuidadores acerca do cuidado à saúde no contexto domiciliar, em sua relação com a enfermeira. A opção por abordar apenas essa categoria deve-se ao fato de ela constituir uma representação importante para a prática profissional de enfermagem em dois campos de atuação diferentes: o domiciliar e o hospitalar.

Ressalta-se que essa categoria, no contexto geral da pesquisa anterior, apresentou-se como uma covariância do fenômeno, ou seja, era um aspecto considerado à parte pelos entrevistados, no entanto, não tinha significado tão expressivo para aquela pesquisa, pois se distanciava de seus propósitos. Apesar disso observou-se que embora não estivesse no contexto da pesquisa, era um aspecto que precisava ser considerado, assim, decidiu-se analisar esses dados de maneira isolada.

Os dados para esta pesquisa foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com os familiares participantes do cuidado domiciliar, cuidadores de seus significantes. Foram gravadas sete entrevistas, que foram transcritas posteriormente.

Os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos foram respeitados, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹². Assim, a participação na pesquisa foi voluntária, os objetivos e as finalidades foram esclarecidos, garantiu-se o anonimato e o consentimento para divulgação dos resultados obtidos.

O cenário onde foi realizado o estudo abrangeu três serviços que prestam cuidados domiciliares, sendo um deles privado e os outros dois públicos. Tais serviços são: primeiro, um serviço privado que

atende clientela geriátrica, com abrangência tanto nosocomial e ambulatorial quanto domiciliar; segundo, um serviço de internação domiciliar público, pertencente a um programa municipal que abrange equipe multiprofissional e atende clientela de diversificada faixa etária e dos mais diferentes níveis socioeconômicos e culturais; e, terceiro, um serviço público vinculado a um hospital de grande porte, que oferece cuidados paliativos nos domicílios.

O referencial teórico utilizado na pesquisa foi o Interacionismo Simbólico, e o referencial metodológico foi a Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*). O Interacionismo Simbólico tem como propósito compreender as ações humanas, de tal modo que as definições atribuídas a elas pelos indivíduos tenham significado e sirvam de base para seu direcionamento e suas escolhas diante das situações experienciadas¹³.

Essa teoria, de acordo com Reiners^{14:171}, “focaliza-se na idéia de que o comportamento das pessoas define-se na interação do indivíduo consigo mesmo e entre ele e outros objetos, que podem ser coisas, pessoas, valores, instituições, idéias, entre outros. Preocupa-se, ainda, em compreender como a significação se incorpora à interação para dar origem ao ato social”.

A Teoria Fundamentada nos Dados tem origem e fundamenta-se no Interacionismo Simbólico. Ela tem como objeto o estudo da ação humana e dos grupos sociais, mediante a descoberta de categorias relevantes e das relações existentes entre elas. As categorias surgem a partir da visão dos sujeitos envolvidos no estudo, em vez de se basear em questões preestabelecidas e fechadas.

Para obtenção das categorias, utilizaram-se procedimentos de codificação que auxiliam na organização e análise dos dados. De acordo com Strauss e Corbin¹⁵, esses procedimentos ocorrem em três etapas que se complementam: a codificação aberta, a codificação axial e a codificação seletiva.

Na codificação aberta, decomponeram-se as informações em fragmentos chamados por Glaser¹⁶ de incidentes, os quais podem ser palavras, frases,

parágrafos ou grupos de parágrafos. Cada incidente foi codificado como um conceito ou uma abstração do dado. Após essa primeira codificação, agruparam-se os códigos em categorias.

Na segunda etapa, a codificação axial, os dados foram reagrupados de modo que fosse possível fazer conexões entre as categorias. À medida que as categorias arranjavam-se, era necessário coletar novos dados para responder às questões e suposições que emergiam da análise comparativa constante. Foi desse modo que se obtiveram os três grupos amostrais.

Durante a codificação seletiva, selecionou-se a categoria central, sistematicamente, relacionando-a com outras categorias, validando-se as relações entre elas e complementando-se as categorias que precisavam de refinamento e desenvolvimento adicional. A categoria central encontra-se freqüentemente repetida nos dados, estando relacionada a vários deles, e também explica a variação que ocorre entre eles.

A coleta, a codificação e a análise comparativa foram continuadas, até que nenhum dado novo fosse encontrado e se percebesse que os incidentes se repetiam. Nesse sentido, de acordo com Strauss e Corbin¹⁵, uma categoria pode ser considerada saturada quando nenhum dado novo ou relevante, que emerge, tem relação com o desenvolvimento de propriedades das categorias. Neste caso, a categoria que se desenvolveu é densa e está dentro da codificação teórica que melhor se reconheceu para o tema pesquisado.

Enfim, cabe destacar que o método usado é circular e, por isso, permite que o pesquisador mude o foco de atenção e busque outras direções a partir da análise e dos novos dados.

ANÁLISE DOS DADOS

Conforme referido anteriormente se apresenta neste estudo, uma categoria relevante de uma pesquisa anterior, na qual os familiares cuidadores, ao observarem seus parentes sendo cuidados pela

enfermeira e também ao serem cuidados por ela, analisavam e **Comparavam a assistência domiciliar e a hospitalar**, o que então se configurou a categoria: Comparando a assistência domiciliar e a hospitalar. Essa categoria representa uma covariância do fenômeno em questão, uma variável independente, fruto das ações e interações entre a enfermeira e a família.

O fato de os familiares realizarem a comparação entre a assistência domiciliar e a hospitalar deve-se a essa última ser a modalidade de atendimento com a qual eles tiveram maior contato anteriormente.

Nessa categoria, incluem-se as seguintes subcategorias: *Descrevendo as dificuldades enfrentadas para receber atendimento hospitalar; Percebendo-se como acompanhante no hospital; Avaliando o atendimento hospitalar; Sendo ajudado com as visitas; Aprendendo de forma progressiva com as visitas; Gostando de ser cuidado em casa e Preferindo ser cuidado em casa.*

Verificou-se que a família aponta uma diferença muito grande entre as experiências que teve nesses diferentes locais de cuidado, e enfatiza como negativas aquelas que se referem ao ambiente hospitalar. Já o cuidador familiar refere que ter seu parente internado no hospital significa passar por diversas limitações e, então, vai *Descrevendo as dificuldades enfrentadas para receber atendimento hospitalar*, tais como: transporte e deslocamento do paciente, devido à distância entre a casa dele e o hospital, a condição física limitada do cliente, ao custo acarretado e ao meio de transporte necessário para fazer esse deslocamento. A seguinte fala retrata isso:

[...] mas eu não tenho carro, quem tem carro são meus irmãos e eles trabalham. Então você fica na dependência toda hora, e vai dinheiro [...].

Outro fator vivenciado pelo cuidador familiar é o estar *Percebendo-se como acompanhante no hospital*, no qual os entrevistados relatam ficar submetidos à ociosidade, pois no hospital somente ficam ao lado

do paciente, não exercendo nenhuma outra atividade, além de terem que permanecer ali e deixar os outros parentes em casa, o que lhes gera preocupação e ansiedade.

Além disso, os familiares vão *Avaliando o atendimento hospitalar*, e consideram inadequada essa forma de assistência, pois acreditam que nesse ambiente não são realizados os cuidados básicos, mas, principalmente, referem que a vontade do paciente e da família não é considerada, havendo um grande desrespeito à sua privacidade e ao seu poder de decisão. Neste caso, os profissionais simplesmente entravam no quarto, observavam e saíam, como relatam esses cuidadores:

[...] sabe, acho que machucaram ele [cliente]. A ferida do braço aumentou. Eles [profissionais do hospital] só colocaram uma faixa por cima, pra não pegar, pra não machucar, mas, não faziam curativo. Não cuidaram, sabe?

Então, quer queira, quer não, vão entrar e vão ver, e tem horas em que ele [cliente] não tá a fim de ver ninguém. Aqui [no domicílio] a gente já sabe.

Em seu domicílio, os entrevistados percebem que têm em suas mãos o poder de decidir qual é a hora mais adequada para desempenhar as ações necessárias, pois conhecem o cliente, sabem quais são os seus momentos e, portanto, respeitam-nos. Marcon, Andrade e Silva¹⁷ consideram que a preservação da individualidade e privacidade do cliente no domicílio se deve ao fato dos cuidados realizados nesse local serem carregados de sentimentos, e estes constituirem elementos úteis para a recuperação do cliente, pois neste local há maior proximidade com os hábitos e costumes do cliente.

Por outro lado, os familiares expõem que a experiência com a assistência domiciliar foi muito positiva, percebem que essa modalidade de atendimento faz diferença, que estão *Sendo ajudados com as visitas*, tanto a família quanto o paciente, considerando assim que o paciente é muito bem cuidado pela equipe domiciliar. Tendo em vista

o que foi citado anteriormente, a ajuda que os familiares percebem vai desde a realização de cuidados diretos ao cliente, a orientação e o ensino aos cuidadores até o suporte emocional, como refere esta cuidadora familiar:

[...] as visitas ajudaram bastante, até o curativo que eu não sabia fazer, que eu fazia de forma diferente, foi ela [enfermeira] que me orientou [...].

Além disso, a família está *Aprendendo de forma progressiva com as visitas*, pois a cada visita recebe novos conhecimentos e orientações. O que se percebe é que a interação que os familiares cuidadores desenvolvem com a enfermeira e com a equipe de saúde proporciona uma segurança à família sobre como cuidar de seu familiar, pois à medida que o trabalho se desenvolve, aprende um pouco mais, a cada dia, e pouco a pouco se somam os conhecimentos adquiridos.

Dessa forma, a família vai *Gostando de ser cuidada em casa*, uma vez que, para ela, isso significa comodidade, tranquilidade, garantia de um bom atendimento e de um cuidado mais personalizado, voltado para as reais necessidades que apresenta, o que resulta em gratificação e satisfação com o cuidado recebido. De acordo com Lacerda⁹, a enfermeira ao cuidar no domicílio o faz de uma maneira diferenciada, pois há um envolvimento diferente daquele estabelecido no hospital, ela coloca-se como profissional e a família percebe isso. Assim, a família gosta de ser cuidada em casa não apenas pela comodidade que esta forma de cuidado representa, mas também pelo cuidado diferenciado que recebe.

Também, isso faz com que os clientes vão *Preferindo ser cuidados em sua casa*, pois para a família e para o cliente, não existe lugar melhor do que esse, o lar, que é o seu porto seguro e sua referência, de onde obtêm tudo de que precisam e onde todos os seus aspectos são levados em conta. O domicílio neste contexto vai muito além do espaço físico delimitado, envolve as pessoas, os

relacionamentos, os objetos pessoais, os cheiros, os sonhos, os sentimentos, enfim, o todo que envolve este ambiente. Como refere Lacerda⁹ o contexto da casa precisa ser compreendido com um significado amplo, como um conjunto de coisas, eventos, e seres humanos correlacionados entre si e de certo modo, cujas entidades representam caráter particular e interferente, mútuo e simultâneo.

Marcon, Andrade e Silva¹⁷ em seu estudo sobre a percepção do cuidador familiar sobre o cuidado por ele desenvolvido no domicílio encontraram também a comparação entre essas duas modalidades de assistência: a hospitalar e a domiciliar. Nesse, os familiares relatam que ambas as modalidades apresentam o mesmo grau de importância e dependem das necessidades do cliente. Assim, consideram que o cuidado hospitalar é melhor quando a condição do cliente exige cuidados relacionados à cura ou limitação da doença, devido aos recursos disponíveis nesse ambiente. E o domiciliar é melhor quando o cliente tem seu estado de saúde estabilizado, pois os cuidados a serem realizados no domicílio seriam aqueles habituais ou domésticos.

Ainda Paskulin e Dias¹⁸ obtiveram em seu estudo a comparação do cuidado hospitalar com o domiciliar, no qual a maioria dos participantes referiu ter preferência pelo cuidado domiciliar, por este conferir maior autonomia ao cliente e família, representar maior tranquilidade, proporcionar proximidade da família, respeitar os hábitos, costumes e vontades do cliente, e pelo cliente não precisar esperar a sua vez para ser atendido.

Assim, observa-se congruência entre os achados dos autores e a categoria **Comparando a assistência domiciliar e a hospitalar**, na qual os familiares relatam que preferem ser cuidados em seu domicílio em detrimento do hospital, pois neste local, além de receberem uma melhor assistência, o cuidado é individualizado e focalizado nas necessidades e realidades do cliente e da família, também representa o poder de decisão sobre o que, como e quando serão realizados os cuidados, respeitando assim a vontade, privacidade, hábitos e costumes do cliente e familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento, é importante destacar que os dados foram analisados tais quais foram apresentados nas entrevistas. Assim, a visão positiva da assistência domiciliar em detrimento da hospitalar reflete as perspectivas e vivências dessas famílias, não podendo essa visão ser extrapolada para os demais contextos, bem como não é possível afirmar que a assistência domiciliar é melhor do que a hospitalar, uma vez que cada modalidade tem suas especificidades, seus aspectos positivos e negativos.

Outro fator relevante a ser mencionado é a questão do envolvimento e do vínculo dos pesquisadores com as famílias e instituições envolvidas no estudo. Os pesquisadores não têm qualquer vínculo com as instituições que serviram de cenário para a pesquisa e o contato com as famílias foi realizado unicamente para os propósitos do estudo. Portanto, os familiares não foram influenciados ou intimidados pelos pesquisadores ou pelas instituições em suas respostas.

Como mencionado, vale lembrar, a relevância deste estudo está em instigar a reflexão dos profissionais de saúde acerca de sua atuação profissional nestes diferentes contextos: o domiciliar e o hospitalar. Nesse sentido, deve-se ter consciência de que, conforme referido anteriormente, essas duas modalidades de atenção à saúde não são concorrentes, mas complementares, portanto, cada qual tem sua função e importância no sistema de saúde. Logo, a atuação profissional nesses contextos precisa ser debatida, pois os profissionais precisam ser preparados e instrumentalizados para essa ação, e a família deve ser incluída e considerada no momento do cuidado. Assim, a formação profissional precisa privilegiar tanto os aspectos referentes ao hospital como os relativos ao domicílio. Nesse último, há a necessidade de enfatizar a preparação do cuidador familiar e o apoio a ele, pois, muitas vezes, ele acaba sofrendo mais consequências físicas, psicológicas e emocionais do que o cliente devido a toda sobrecarga de atividades e acúmulo de papéis decorrentes do adoecimento do familiar.

Então, o profissional de saúde precisa repensar a sua atuação nesses contextos e perceber a forma como está sendo visto pelos clientes e sua família, para, a partir dessa visão, aprimorar e desenvolver um cuidado que conte com as necessidades que eles consideram fundamentais, e não somente as que o próprio profissional considera como tal. Os clientes e familiares precisam ser ouvidos e considerados no momento do cuidado, em qualquer contexto, uma vez que um não é melhor ou pior que o outro.

Dessa forma, ambas as modalidades de assistência devem ser realizadas, mas sempre se procurando aperfeiçoar os conhecimentos e as habilidades dos profissionais, com o propósito comum de beneficiar e atender às necessidades de saúde dos clientes e familiares, indiferentemente do local de atuação.

REFERÊNCIAS

- 1 Dal Ben LW. Home Care. *Médicis* 2001; (11): 14-15.
- 2 Costenaro RGS, Lacerda MR. Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador? Santa Maria: Centro Universitário Franciscano; 2001.
- 3 Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 2001.
- 4 Zanon U. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceitos, avaliação e discussão dos indicadores de qualidades. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.
- 5 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais mínimos [on line] [cited 2004 Set. 14]. Available from URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtml#dperma>
- 6 Lacerda MR. Internamento/cuidado domiciliar: uma experiência de sucesso. In: 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1999 out 15; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn – Seção SC; 1999.
- 7 Ribeiro CA. Assistência domiciliar: uma “nova” modalidade de atenção à saúde [on line] [cited 2004 Ago. 05]. Available from URL: <http://www.unimed.com.Br/conteúdo/ME01.htm>
- 8 Freitas AVS, Bittencourt CMM, Tavares JL. Atuação da enfermagem no serviço de internação domiciliar. *Rev Baiana Enferm*, 2000; 13(1/2): 103-7.

- 9 Lacerda MR. Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC; 2000.
- 10 Rice R. Home care nursing practice: concepts and application. 3. ed. Saint Louis: Mosby; 2001.
- 11 Faro ACM. Aspectos teóricos sobre a família em um contexto histórico e social. *Nursing*, 2000; (22): 26-28.
- 12 Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 1996.
- 13 Charon J. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 3. ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1989.
- 14 Reiners AA. Grounded Theory: opção metodológica para a enfermagem. *Rev Enferm UERJ* 1998; 6(2): 370-6.
- 15 Strauss AL, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. California: Sage; 1991.
- 16 Glaser RG. *Theoretical sensitivity*. Mill Valey: The sociology Press; 1978.
- 17 Marcon SS, Andrade OG, Silva DMP. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. *Texto e Contexto Enferm* 1998; 7(2): 289-307.
- 18 Paskulin LMG, Dias VRFG. Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(2): 140-5.