

ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA¹

HOME NURSING ASSISTANCE: PERCEPTION OF THE FAMILY

ASISTENCIA DOMICILIAR DE ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA

LORITA MARLENA FREITAG PAGLIUCA²

ROSANE ARRUDA DANTAS³

PAULO CÉSAR DE SOUSA BATISTA⁴

É importante conhecer a percepção do familiar responsável por pacientes atendidos em assistência domiciliar. Desta forma, objetivou-se caracterizar clientes e familiares, usuários do sistema de internação domiciliar e identificar os fatores que influenciam no grau de satisfação dessa clientela. Pesquisa descritiva transversal que visa retratar a satisfação de 21 familiares responsáveis por pacientes de uma empresa de atendimento domiciliar do sistema privado de saúde em Fortaleza. Entre os familiares predominou sexo feminino (28,5%), filhas (28,5%) esposas (28,5%), 3º grau completo (52,4%) e idade entre 28 e 38 anos (33,3%). Em relação aos pacientes assistidos: sexo masculino (52%), com idade entre 71 e 93 anos (11%), 2º grau completo (38%) e de um a dois anos de internamento. Dos familiares, 62% estavam satisfeitos com o serviço. Quanto às restrições, foram tempo, número de visitas e comportamento dos profissionais. O atendimento domiciliar demonstra ser uma boa opção para os casos com indicação.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Domiciliar; Serviços de Enfermagem; Família.

It is important to get to know the perception of the relatives who are responsible for patients in home care. Thus, the objective of this research was to characterize clients and their relatives who use the home care system and to identify the factors which influence such clients' level of satisfaction. This cross-sectional descriptive study aims to picture the satisfaction of 21 relatives responsible for patients attended by a home medical care company in the private health system in Fortaleza, Brazil. Among the relatives, the female gender predominated (28.5%), with either daughters (28.5%) or wives (28.5%), The ones who had completed higher education (52.4%) and who were between 28 and 38 years of age (33.3%). Among the patients, the male gender was predominant (52%), aged between 71 and 93 years of age (11%) The ones who had finished secondary education (38%) and who were between one and two years of medical care (57.1%). Among the relatives, 62% were pleased with the service. Restrictions referred to time, number of visits and the professionals' behavior. Home care reveals to be a good option when indicated for the case.

KEYWORDS: Home nursing; Nursing Services; Family.

Es importante conocer la percepción del familiar responsable por pacientes atendidos en asistencia domiciliar. De este modo, la finalidad fue caracterizar clientes y familiares, usuarios del sistema de internación domiciliar e identificar los factores que influyen en el grado de satisfacción de esa clientela. Investigación descriptiva transversal cuyo objetivo es retratar la satisfacción de 21 familiares responsables por pacientes de una empresa de atención domiciliar del sistema privado de salud en Fortaleza. Entre los familiares predominó el sexo femenino (un 28,5%), hijas (un 28,5%) o esposas (un 28,5%), curso superior completo (un 52,4%) y edad entre 28 y 38 años (un 33,3%). Con relación a los pacientes atendidos: sexo masculino (el 52%), con edad entre 71 y 93 años (el 11%), enseñanza secundaria completa (el 38%) y entre uno a dos años de internación. De los familiares, el 62% estaba satisfecho con el servicio. Respecto a las restricciones, fueron tiempo, número de visitas y comportamiento de los profesionales. La atención a domicilio demuestra ser una buena opción para los casos con indicación.

PALABRAS CLAVE: Atención Domiciliar de salud; Servicios de Enfermería; Familia.

¹ Extraído da monografia da Especialização de Administração Hospitalar da Universidade Estadual do Ceará.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do CNPq. Av. Trajano de Medeiros, 2840 – Dunas – Cep: 60180-660, Fortaleza-CE. Coordenadora do Projeto Saúde Ocular/CNPq. E-mail: pagliuca@ufc.br

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: rosane_dantas@pq.cnpq.br.

⁴ Economista. Professor PhD Adjunto da Universidade Estadual do Ceará.

INTRODUÇÃO

A assistência domiciliária pode ser definida como um conjunto de serviços hospitalares possíveis de ser realizados na residência dos pacientes, de qualquer idade, e variáveis desde cuidados básicos de enfermagem até internação com suporte avançado. Este tipo de assistência é indicado para pessoa dependente de cuidados domiciliares de saúde, inclusive de estrutura hospitalar, desde que esteja em estabilidade clínica que permita a permanência em segurança no domicílio, ou seja, para indivíduos com resultados de exames relativamente estáveis, afastados de quadro clínico agudo, de diversas patologias e com ausência de sinais e sintomas sugestivos de predisposição a frequentes situações de urgência ou emergência^{1,2}.

A experiência do Brasil nessa área é recente, iniciou-se em 1997. Em decorrência desse fator, observa-se a precariedade de mecanismos de controle da assistência prestada, entre eles regulamentação das empresas que operam neste segmento, política de controle de qualidade e indicadores de avaliação. Existem, porém, avanços nas práticas de assistência, na qualificação dos recursos humanos, nos equipamentos, materiais e medicamentos¹.

No Brasil, o atendimento à saúde via sistema privado está organizado no modelo de seguros de saúde, regulamentados por legislação federal e pagos pelo usuário. Quanto à cobertura oferecida por estes seguros é muito variada. Alguns excluem doenças crônico-degenerativas de longa duração, outros, cirurgias de grande porte, órteses e próteses. Em anos mais recentes, muitos incluíram o sistema de atendimento domiciliário como uma opção para o paciente estável, necessitando de suporte básico a avançado, desde que tenha indicação de permanecer internado no hospital por longo tempo. Nesse caso, o paciente ou sua família podem escolher substituir esse tempo no hospital pela internação em casa.

Alguns seguros de saúde possuem este tipo de serviço como extensão do seu atendimento enquanto outros terceirizam essa assistência e transferem a responsabilidade para empresas especializadas na área³. Como evidenciado, o cenário brasileiro é propício para investimentos no setor da assistência domiciliária devido basicamente a quatro fatores: apoio mais abrangente dos seguros de

saúde privados a essa atividade; pressão sobre os hospitais em relação à redução de custos; tendência mundial da desospitalização e retorno do antigo sistema do médico de família⁴.

Para os seguros de saúde que optam por terceirizar os serviços de assistência domiciliária, mediante a contratação de empresas especializadas na prestação de cuidados em domicílio, torna-se necessário estabelecer canais de relacionamento com o cliente para avaliar de forma sistemática a prestação dos serviços, a satisfação do cliente e do familiar responsável pelo acompanhamento da assistência. Afinal, o cliente é a razão da existência da empresa e conhecer os fatores determinantes de sua satisfação sobre a qualidade dos produtos e serviços que lhes são oferecidos é o primeiro passo para a definição de políticas eficazes de qualidade^{5,6}.

Estes seguros devem questionar os fatores determinantes para a satisfação do cliente ou de seu responsável quanto aos serviços prestados pela empresa terceirizada. Considera-se que a avaliação do cliente é subjetiva, baseada em conhecimento voltado para valores e crenças muitas vezes restrito para definir a qualidade técnica dos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, é capaz de distinguir com clareza o que espera do atendimento⁷. Desta forma, o presente estudo teve como objetivos caracterizar clientes e familiares, usuários do sistema de internação domiciliária e identificar os fatores que influenciam no grau de satisfação dessa clientela.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva transversal com vistas a retratar a satisfação de familiares responsáveis por pacientes assistidos por uma empresa de atendimento domiciliário do sistema privado de saúde na cidade de Fortaleza no Brasil. A opção pelos familiares decorreu da predominância de pacientes com funções cognitivas prejudicadas e/ou dificuldade para falar; já o grau de parentesco determinou-se por consangüinidade, afetividade ou convivência no domicílio.

Determinada deliberadamente, a amostra baseou-se na experiência de um dos autores acerca da tipologia e da natureza dos serviços de atendimento domiciliário,

além da possibilidade de acesso à instituição e seus clientes. Portanto, uma amostragem não probabilística, de caráter intencional.

Foram incluídos 21 familiares responsáveis por pacientes em atendimento domiciliário. Quanto aos critérios de inclusão foram os seguintes: a necessidade do familiar ser o responsável pelo paciente na empresa durante o período da coleta de dados e concordar em participar do estudo assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A empresa participante deste estudo era de pequeno porte, voltada para a assistência domiciliar e iniciou suas atividades em 1997. Possuía equipe de três médicos, seis enfermeiras, seis fisioterapeutas, quatro fonoaudiólogos, uma assistente social, uma nutricionista e uma psicóloga, além do grupo de auxiliares de enfermagem e profissionais administrativos. Todos os membros da equipe de saúde eram vinculados a duas cooperativas. No momento, os profissionais atendiam 21 pacientes de ambos os sexos pertencentes, em sua maioria, às classes média e alta da região metropolitana de Fortaleza, vinculados a algum seguro de saúde privado.

Com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁸, as questões éticas foram tratadas de forma específica antes, durante e depois do desenvolvimento do estudo. Solicitou-se inicialmente a autorização do diretor da empresa de assistência domiciliar, o qual assinou um Termo de Concordância para a realização do estudo na empresa e outro de Responsabilidade. De acordo com o segundo termo, as informações sobre o estudo não seriam repassadas para os profissionais da empresa e não haveria modificações na assistência nem danos ao paciente e familiar pela participação na pesquisa. Em documento impresso, os pesquisadores garantiram a beneficência, a liberdade e a justiça e explicaram que somente o diretor clínico da empresa teria acesso aos dados coletados. Para concluir esta fase, foi entregue à família uma cópia do Termo de Responsabilidade assinado pelo diretor, enquanto um membro da família assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quanto à coleta de dados, foi realizada no domicílio do cliente mediante entrevista semi-estruturada, de janeiro a março de 2004. O instrumento dessa cole-

ta foi elaborado com questões abertas e fechadas para identificar o sexo, a idade, o grau de instrução do familiar e do paciente, além do tempo de internação e do grau de parentesco entre estes. Buscou-se, também, a percepção do responsável acerca da qualidade do serviço. A questão relacionada à satisfação com o serviço foi abordada em um intervalo de cinco graus: muito satisfeito; satisfeito com restrições; pouco satisfeito; insatisfeito e não consegue opinar. Justifica-se a opção indicada com base na seguinte questão: explique qual ou quais as razões que contribuíram para determinação do grau de satisfação indicado pelo (a) senhor (a).

Para a análise, os dados apresentados descritivamente, foram selecionadas falas que expressavam a percepção dos familiares acerca da assistência, observando os fatores determinantes da satisfação. O grau de satisfação foi relacionado em tabelas de dupla entrada, com frequência absoluta e relativa, com as variáveis: tempo de internamento e nível de instrução.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A caracterização dos responsáveis pelos pacientes em cuidado domiciliário foi feita segundo o grau de parentesco (tabela 1), a escolaridade (tabela 2) e a relação entre a idade e o sexo (tabela 3).

TABELA 1 – GRAU DE PARENTESCO ENTRE OS RESPONSÁVEIS E OS PACIENTES DE UMA EMPRESA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA DE FORTALEZA, NO PERÍODO DE JANEIRO A MARÇO DE 2004.

Grau de parentesco do responsável	Responsáveis	(%)
Mãe	4	19,0
Filho (a)	6	28,5
Esposa	6	28,5
Irmã	1	4,8
Sobrinha	1	4,8
Neta	1	4,8
Nora	1	4,8
Nenhum	1	4,8
Total	21	100

No referente aos responsáveis, a tabela 1 demonstra o grau de parentesco destes em relação ao paciente. Como se pode observar, a maioria dos responsáveis era de filhos (as), 28,5%, ou esposas, 28,5%. Um estudo desenvolvido no Chile demonstra que neste país, em geral, são a esposa, a mãe ou a filha as responsáveis, tendo em outras opor-

tunidades o esposo, o pai ou o filho⁹. Conforme mostra a tabela 1, além destes, no Brasil irmãos, sobrinhos, noras e netos assumem a responsabilidade pelo familiar, de acordo com a necessidade da família.

TABELA 2 – GRAU DE INSTRUÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELOS PACIENTES DE UMA EMPRESA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA DE FORTALEZA, NO PERÍODO DE JANEIRO A MARÇO DE 2004.

Grau de instrução	Responsável	(%)
Primário	2	9,6
1º grau	-	-
2º grau	8	38
3º grau	11	52,4
Total	21	100

Em relação ao grau de instrução do responsável, a tabela 2 demonstra que existe maior proporção de pessoas com o 3º grau completo (52,4).

TABELA 3 – IDADE E SEXO DOS RESPONSÁVEIS PELOS PACIENTES DE UMA EMPRESA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA DE FORTALEZA, NO PERÍODO DE JANEIRO A MARÇO DE 2004.

Idade (anos)	Sexo		Total	(%)
	Feminino	Masculino		
18 – 27	1	-	1	4,8
28 – 38	5	2	7	33,3
39 – 49	1	1	2	9,6
50 – 60	5	-	5	23,8
61 – 71	5	1	6	28,5
Total	17	4	21	100

Segundo consta na tabela 3, a maioria dos responsáveis encontrava-se na faixa etária de 28 a 38 anos, embora existisse também uma grande proporção na faixa de 61 a 71 anos, sendo a maior parte do sexo feminino. Isto reflete o papel da mulher como cuidadora tradicional da saúde dos filhos e cônjuges.

No concernente aos 21 pacientes do estudo, os resultados apontam o perfil da clientela assistida com predominância do sexo masculino (52%), idade entre 71 e 93 anos (52%), nível médio de escolaridade (38%), com internamento domiciliar de seis meses a três anos.

Com o aumento da expectativa de vida, tem-se atualmente um extenso número de idosos, muitos destes com doenças crônico-degenerativas agravadas pela senilidade. Tal situação pode comprometer habilidades cognitivas e a saúde, levando à necessidade de atendimento especializado. É perceptível que o cuidado domiciliário tem se dire-

cionado para as demandas sociais relacionadas ao perfil demográfico e epidemiológico da população^{10, 11}.

Quanto ao tempo de internamento, o mais longo foi de três anos. Consoante confirmado por estudos, cuidado domiciliário tem se voltado para o tratamento de pacientes portadores de agravos de longa duração, de doenças incapacitantes ou terminais¹⁰. Este parece ser um fator importante quando se trabalha com satisfação porque um maior tempo de internamento modifica as expectativas do paciente ou de sua família, provavelmente pelo convívio prolongado entre os profissionais e a aceitação da evolução clínica.

Embora sejam ambientes diversos, o domicílio e o hospital têm peculiaridades e aspectos em comum, pois ambos são espaços de cuidado, com processos dinâmicos diferenciados. Enquanto o hospital tem função específica de tratamento, o domicílio é espaço de múltiplas funções: gestar, alimentar, proteger, cuidar, educar, conviver, festejar, sofrendo estas funções constantes alterações no cotidiano¹². Conforme observado, a longa convivência da família com paciente em internação domiciliar altera a dinâmica do lar e acarreta subsequente adaptação.

Grau de satisfação dos familiares

As respostas concentraram-se em *muito satisfeito e satisfeito com restrições*. Treze dos responsáveis assimilaram a opção *muito satisfeito*, como mostram as justificativas a seguir:

Porque eu vejo tudo correto, os profissionais atendem bem.

A família encontra-se satisfeita pelo bom desempenho de entrega e solicitação de pedido, do acordo feito pela empresa e pelo total apoio, atenção e consideração que eles têm para com a família.

O serviço de *Home Care* inicialmente me apavorou. Senti-me sem apoio com relação ao bem-estar da minha mãe, porém resolvi tentar considerando a boa apresentação do serviço feita pelo diretor clínico. Durante estes quase dois anos e meio ela foi muito bem atendida e em nenhum momento sentimos falta de atenção e cuidados pela equipe do serviço.

A assistência... trouxe tranquilidade de haver proporcionado ao doente o que de melhor existe no tocante ao bem-estar do mesmo. Nada fica a desejar quanto a higiene, os bons tratos e a assistência técnica dos seus profissionais. Temos por isso a consciência do dever cumprido.

Percebem-se por estas citações alguns fatores preponderantes para a satisfação dos responsáveis, tais como a logística do material médico-hospitalar, a boa apresentação do serviço, a higiene, o relacionamento com o paciente, a assistência técnica e o atendimento dos profissionais.

Um dos responsáveis referiu a insegurança quando da troca da assistência hospitalar para a domiciliária. Isto, em geral, acontece por se acreditar que, no domicílio, a assistência não é imediata, sobretudo no referente a urgências e emergências, e que os profissionais permanecem distantes. Conforme recomendado, o cliente em qualquer modalidade de assistência domiciliar deve receber suporte de um serviço 24 horas para atendimentos de urgência e emergência, ou para deslocamento no caso da necessidade de realizar exames complexos².

No processo de desospitalização, é importante a valorização do ambiente domiciliário, porque não se pode tirar o paciente do hospital, para levá-lo ao domicílio, se não houver condições adequadas às suas necessidades reais, incluindo-se aí o ambiente físico, o fator econômico e um cuidador preparado para esse fim específico. O ambiente terapêutico e o cuidador familiar cumprem um papel social indispensável para o fortalecimento do sistema de atendimento domiciliário¹³.

Apreciação do serviço prestado

Na apreciação do serviço, oito familiares marcaram o item *satisfeito com restrições* e fizeram comentários e sugestões, os quais foram agrupadas ao grau de escolaridade dos profissionais: nível superior e nível médio. Os primeiros visitam o paciente em períodos preestabelecidos e realizam prescrições e cuidados diretos especializados. Acerca destes profissionais, se registraram as seguintes opiniões:

O (a) médico (a) visita só uma vez por semana e muitas vezes passa de 15 dias sem vir. Mal olha o paciente, não conversa, mas é bom.

Gostaria que a fisioterapeuta fizesse mais exercícios.

Às vezes a enfermeira não vem duas vezes por semana, mas ela presta uma boa assistência.

Caso o paciente precise de um outro especialista que não seja o pediatra ... deveria ser atendido.

Sobre as restrições, as principais inquietações dos familiares em relação aos profissionais de nível superior concentram-se no cumprimento da periodicidade, na duração e qualidade das visitas e também na impossibilidade de atendimento por especialistas não previstos no convênio.

Vale lembrar que o contrato de prestação de serviço da empresa com o seguro de saúde refere-se ao desenvolvimento de uma visita semanal do médico e duas da enfermeira. Entretanto, quando o paciente encontra-se em boa evolução, permite-se que o médico o visite a cada quinze dias e a enfermeira uma vez por semana. Conforme o quadro clínico do paciente, esta frequência pode ser alterada para mais ou menos vezes, e a dos demais profissionais de acordo com o grau de dependência do paciente. Quanto à ausência de atendimento por outras especialidades médicas, descrita por um familiar, é considerada como uma falha neste serviço de atendimento domiciliário¹².

De modo geral, as famílias associam o tempo de permanência do profissional no domicílio à qualidade do atendimento, quando, na verdade, este não é um indicador objetivo. O tempo dos profissionais de saúde no domicílio deve ser suficiente para ler e registrar observações e prescrições; examinar, prestar assistência e comunicar-se com o paciente e sua família.

No caso da enfermeira, inclui-se ainda supervisionar o trabalho do técnico ou auxiliar de enfermagem, checar a necessidade de material hospitalar e fazer mudanças quando preciso, além de orientar o técnico de enfermagem que se encontra no domicílio. Neste quesito, a enfermeira tem papel decisivo, pois assume a função de gerente do caso e é o principal elo entre o cliente, a família e a empresa conveniada. Portanto, falhas na assistência prestada por este profissional podem comprometer seu desempenho como gerente do caso, na supervisão da assistência e nos cuidados inerentes ao enfermeiro.

No Chile o tempo determinado para visitas da enfermeira é de duas horas, e independente do grau de compro-

metimento dos pacientes, cada enfermeira tem de fazer seis visitas por semana em área geográfica restrita em média de 60 km. Se este tempo eventualmente se estende por situação de urgência ou imprevistos, o serviço pode organizar as visitas pendentes⁹. No Brasil, há dúvidas sobre a necessidade do número de horas diárias e dos dias de assistência de enfermagem por parte dos compradores da prestação de serviço à saúde em domicílio que, com vistas à redução de custos, podem acabar por limitar este quantitativo¹⁴.

É importante ressaltar que o desempenho dos profissionais de saúde estará diretamente relacionado com a adequação do tempo de permanência no domicílio, para atendimento conforme a especialidade. Isto se reflete diretamente na satisfação dos pacientes, de suas famílias e da equipe interdisciplinar¹⁵.

Outra questão importante refere-se à comunicação, observada na fala de um dos familiares, "... mal olha o paciente, não conversa...". A comunicação com o paciente e com a família é uma necessidade básica a ser respeitada por todos os profissionais; exige conhecimento e habilidade. É imperativo atentar sobre todos os aspectos do cuidado pois podem ser desenvolvidas estratégias por meio da apreensão e reflexão da diversidade cultural¹⁶. A comunicação é um instrumento que possibilita a aproximação com os padrões culturais a serem observados ao se cuidar do paciente. Como os profissionais de saúde se relacionam com a família para compreender a situação de saúde, na maioria dos casos podem estimular a participação dos familiares no cuidado do paciente.

Como mostram as falas, a apreciação da qualidade do serviço prestado pelos profissionais de nível médio como os auxiliares ou técnicos de enfermagem foi cercada de muitas restrições:

Elas precisam de muita fiscalização, não são amigas.

Existe uma auxiliar de enfermagem que nós não queremos mais, a substituição da auxiliar quando uma falta é ruim.

Vem estressada, tem outro emprego, eu percebo que é acúmulo de trabalho, ela até chorou na semana passada, mas não é toda vida.

Muitas das auxiliares interferiram na minha vida familiar. Gostaria de sugerir que as auxiliares de

enfermagem não trouxessem para o domicílio os seus problemas. O nível de escolaridade delas é muito baixo. Auxiliares fumantes incomodam.

O primeiro ponto a suscitar é o nível de escolaridade. Entre os pré-requisitos para a função de auxiliar de enfermagem constavam apenas o ensino fundamental completo e um curso de formação técnica de no mínimo seis meses. Mas esta categoria está em extinção, e, atualmente, o requerido é o 2º grau completo para todos os técnicos de enfermagem, além de um ano de curso para os que iniciam na carreira e seis meses para aqueles indivíduos que já são auxiliares de enfermagem¹⁷.

O segundo aspecto a ser comentado é a falta de profissionalismo percebida em atitudes como fumar no local de trabalho, não cumprir os deveres no seu plantão, manipular pessoas a seu favor para prejudicar colegas, envolver-se em intrigas familiares, expor problemas pessoais, subtrair objetos, atrasar-se nas trocas de plantão, entre outros comportamentos reprováveis.

Como se sabe, os profissionais de nível médio, no caso, os técnicos e auxiliares de enfermagem, interferem na cultura dos serviços internos com reflexos externos pela maneira de ser de cada um, na expressão de seus valores, hábitos, costumes, próprios de sua condição psicossocial e econômica¹⁸. Estes profissionais trabalhavam diariamente no domicílio, em grupos de três para cobertura de folga, revezando-se em plantões de doze horas por vários meses e até anos, sendo supervisionados pela enfermeira mediante duas visitas semanais ou menos. Nesta oportunidade ela deve prestar assistência, checar o andamento da prescrição médica para o paciente e orientar os técnicos de enfermagem e a família.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem constituem um apoio nas tarefas de média complexidade com as quais participam da assistência de enfermagem e implementam prescrições médicas sob a supervisão da enfermeira. Este fato denota a importância da proximidade da enfermeira na supervisão da assistência, mesmo quando o paciente se encontra estabilizado clinicamente¹⁸. Contudo, em apenas duas visitas, dificilmente a enfermeira perceberá tudo o que se passa no domicílio. Ademais, exige-se muita habilidade para enfrentar possíveis relacionamentos familiares

conflituosos, preconceitos, choques culturais, problemas de ordem financeira e técnicos de enfermagem despreparados para atuar no domicílio. Seu próprio envolvimento excessivo com estes profissionais pode dificultar a substituição destes quando solicitado pela família.

No cuidado domiciliário a enfermeira tem um papel de mediador entre quem necessita de cuidados e a pessoa que vai realizar a ação do cuidado, no caso, os técnicos de enfermagem. Neste cenário, a família passa a ser um ator que, além de interagir e definir padrões de cuidado, participa na definição da saúde. O papel de mediador no cuidado domiciliário remete às relações interpessoais entre profissionais, cliente e família, que podem se fortalecer a cada encontro¹⁹.

Como mencionado no Brasil, a experiência com assistência domiciliária é recente. O futuro dessa assistência vai depender, em grande parte, do desenvolvimento e suporte de uma força de trabalho qualificada. Com isso, indivíduos incapacitados ou com doenças crônicas poderão preferir envelhecer nas suas próprias casas ou em ambientes da sua comunidade²⁰.

Fatores que influenciaram o grau de satisfação dos familiares

Os dados revelaram alguns fatores mais importantes na formação do conceito de qualidade dos responsáveis, tais como: tempo de internamento do paciente, grau de instrução dos responsáveis e condições socioeconômicas. Nas tabelas 4 e 5 constam estes fatores.

TABELA 4 – GRAU DE SATISFAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS E O TEMPO DE INTERNAMENTO DOS PACIENTES EM ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA DE FORTALEZA, NO PERÍODO DE JANEIRO A MARÇO DE 2004.

Tempo de internamento	Grau de satisfação		Satisfeito com restrições	
	Muito satisfeito	(%)		(%)
Até 6 meses	2	9,6	4	19
De 6 meses a 1 ano	2	9,6	1	4,7
De 1 a 2 anos	6	28,6	2	9,6
De 2 a 3 anos	3	14,2	1	4,7
Total	13	62,0	8	38,0

Conforme se observa na tabela 4, os pacientes com mais tempo de internamento domiciliário (de 1 a 3 anos) tinham familiares mais satisfeitos (42,8%), a indicar que o

maior tempo de assistência pode modificar de forma positiva a visão acerca da empresa. Pode-se, assim, inferir o seguinte: um cliente satisfeito tende a manter-se fiel à empresa e a insatisfação pode motivar o desligamento daquele prestador de serviço.

TABELA 5 – GRAU DE SATISFAÇÃO E O NÍVEL DE INSTRUÇÃO DOS RESPONSÁVEIS POR PACIENTES EM ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA DE FORTALEZA, NO PERÍODO DE JANEIRO A MARÇO DE 2004.

Nível de instrução	Grau de satisfação		Satisfeito com restrições	
	Muito satisfeito	(%)		(%)
Primário	1	4,8	1	4,8
2º grau	5	23,8	3	14,2
3º grau	7	33,4	4	19,0
Total	13	62,0	8	38,0

Como mostra a tabela 5, os familiares com nível superior de instrução e satisfeitos (33,4%) foram a maioria. Isto denota um resultado positivo, pois clientes mais informados em geral são mais exigentes. Como se sabe, esta camada da sociedade é aquela com maior disponibilidade financeira para arcar com despesas em saúde.

Foram também identificados, pelos responsáveis, pontos fortes e pontos fracos. Entre os primeiros constam: a logística dos materiais médico-hospitalares, a boa apresentação do serviço, higiene, boa relação interpessoal e qualidade do atendimento da maioria dos profissionais. Como pontos fracos incluem-se: a relação com os auxiliares de enfermagem, o conhecimento sobre o contrato da empresa com o plano de saúde e a agilidade na troca de materiais por fornecedores.

Faz-se aqui uma advertência, qual seja, a condição socioeconômica da família, não investigada neste estudo, pode ter influenciado na satisfação, isso porque todos os pacientes em atendimento domiciliário eram usuários de planos de saúde, o que contribui para uma visão diferenciada do Sistema de Saúde. Já a população carente, em geral, não dispõe de condições para exigir o mínimo de cidadania²¹.

Atualmente, a prestação do serviço de assistência domiciliária na rede privada é maior que na pública, e atende, basicamente, uma classe social elevada, a qual prefere receber os cuidados no âmbito domiciliar. Como

prestação de assistência pública a referência é o programa de saúde da família. Este, com ampla cobertura, ainda concentra seus esforços para a população carente, com assistência na unidade de saúde e no domicílio, elegendo a família, em seu contexto social, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo apontam o seguinte perfil dos familiares responsáveis. Em maior parte, eles são do sexo feminino (28,5%), com a mesma preponderância entre filhas (28,5%) e esposas (28,5%), 3º grau completo (52,4%) e idade entre 28 e 38 anos (33,3%). Em relação aos pacientes assistidos: predominância do sexo masculino (52%), com idade entre 71 e 93 anos (11%), 2º grau completo (38%) e de um a dois anos de internamento domiciliar.

Quanto ao nível de satisfação dos familiares, observa-se alto índice de respostas dos responsáveis como satisfeitos com o serviço (62%). Apesar disso, encontram-se fatores que precisam ser melhorados neste atendimento e, em sua maioria, as restrições demonstram a necessidade de aprofundamento da comunicação entre empresa e família.

Segundo percebeu-se, o maior tempo de internamento domiciliário favoreceu na solução de problemas, pois os familiares optantes pelo item “muito satisfeito” tinham o paciente entre 1 e 2 (28,6%) e entre 2 e 3 (14,29%) anos de internação. Para os responsáveis com escolaridade de 2º (23,8%) e 3º (33,4%) graus predominou a categoria “muito satisfeito”. Estes indicadores sugerem que pode ter ocorrido melhoria da confiança e da comunicação.

É importante investigar a diminuição dos questionamentos com o aumento do tempo pelo envolvimento afetivo e pela transferência da responsabilidade no acompanhamento do cuidado para a empresa e seus profissionais. Entretanto, a maioria dos responsáveis era de nível superior (52,4%) e isto, em geral, aumenta as exigências quanto ao serviço prestado em virtude do maior grau de conhecimento.

Apesar do atendimento domiciliário não poder ser visto como substituto do hospitalar, demonstra ser uma

boa opção para os casos com indicação. Ele aufere vantagem quando se trata de redução no risco de infecção hospitalar e de custos, melhoria na qualidade de vida do cliente e familiares e nos processos de recuperação, além de contribuir para uma morte mais próxima da natural, carregada de representações culturais, notadamente quando o paciente se encontra no estágio terminal.

REFERÊNCIAS

1. Hirschfeld MJ, Oguisso T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do Home Care. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(4):452-9.
2. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Latinoam Enfermagem* 2004; 12(5):721-6.
3. Carneiro CV. Auditoria de planos de saúde em atendimento domiciliário. [monografia] Especialização em Auditoria em Saúde. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará; 2005.
4. Sistema Rimed. Manual do Home Care para médicos e enfermeiras. São Paulo: Sistema Rimed de Home Care; 1999.
5. Mirshawka V. Hospital fui bem atendido, a vez do Brasil. São Paulo: Makron Books; 1994.
6. Ribeiro CA. A qualidade no processo da assistência domiciliar. *Rev Bras Home Care* 1999; 55(5):36-7.
7. Daibert Jr I. Mensuração da satisfação do cliente. In: Mello Jr B, Camargo MO, organizadores. *Qualidade na saúde: práticas e conceitos, normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial*. São Paulo: Best Seller; 1998. p. 93-115.
8. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº196/96. Decreto nº 9.333 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(supl. 2):15-25.
9. Orb A, Santiagos A. Breve reseña de la enfermería domiciliar: una perspectiva de la atención privada. *Cienc Enferm* 2005; 11(1):9-15.
10. Paskulim LMG, Dias VRFG. Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(2):119-25.

11. Paz AA, Santos BRL. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. *Rev Bras Enferm* 2003; 56(5):538-41.
12. Mendes PBMT. O espaço domiciliar enquanto espaço diferenciado do cuidar. *Rev Bras Home Care* 2000; 63(6):20-1.
13. Fialho AVM. Abordagem do cuidado humano na assistência domiciliar à luz da teoria de Jean Watson. [tese]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2003.
14. Dal Ben LW, Gaidzinski RG. Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliar. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(1): 97-103.
15. Dal Ben LW, Sousa RMC. Adaptação de instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(1):80-9.
16. Knoerl AM. Cultural awareness and home care. *Home Health Care Management Practice* 2004; 16(4):269-70.
17. Conselho Regional de Enfermagem. Legislação. Brasília; 2007.
18. Forte BP. Cultura organizacional em saúde: padrões culturais em emergências hospitalares. Fortaleza: Pós-Graduação/DENE/UFC/ Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1996.
19. Heck RM, Casarim ST, Klock AD, Rosa Filho LA. Cuidado domiciliar: experiência de ação da residência multiprofissional em saúde da família – UFPEL. *Fam Saúde Desenv* 2005; 7(1):51-9.
20. Stone R. The direct care worker: a key dimension of home care policy. *Home Health Care Management Practice* 2004; 16(5):339-49.
21. Mello JB. Educação, saúde e qualidade. In: Mello JB, Camargo MO, organizadores. *Qualidade na saúde: práticas e conceitos, normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial*. São Paulo: Best Seller; 1998. p. 187-90.
22. Cavalcante PMT, Freitas, MC. Em busca de um viver saudável: relato de experiência com um grupo de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Pacatuba-CE. *Rev Rene* 2007; 8(1):92-9.

RECEBIDO: 10/09/2007

ACEITO: 11/12/2007