

## O SER CUIDADOR NA INTERNAÇÃO DOMICILIAR EM BETIM /MG<sup>1</sup>

THE HOME CAREGIVER IN BETIM /MG

EL SER CUIDADOR EN LA INTERNACIÓN DOMICILIAR EN BETIM (MINAS GERAIS)

Roseni Rosângela de Sena<sup>2</sup>

Juliana Carvalho Araújo Leite<sup>3</sup>

Flávia Cunha Oliveira Santos<sup>4</sup>

Roberta Lopes Gonzaga<sup>5</sup>

---

**RESUMO:** *Estudo qualitativo que aborda o cuidado executado por "cuidadores" do Programa de Internação Domiciliar (PID) em Betim/MG. Buscando caracterizar os cuidadores domiciliares, analisar suas percepções sobre o ato de cuidar, verificar fatores que interferem e relações estabelecidas entre cuidador / pessoa cuidada / demais familiares, realizou-se entrevista durante visita domiciliar. A análise de discurso (Fiorin, 1993) foi utilizada para construção das categorias empíricas que revelam ser os cuidadores, na sua maioria, familiares, mulheres, idade média 42 anos, baixo nível de escolaridade, trabalho doméstico como única ocupação. Relataram que o ato de cuidar envolve técnica, dever e dedicação. Destacaram dificuldades financeiras, desgaste físico e emocional. As relações do cuidar envolvem sentimentos de prazer, satisfação e de impotência frente às necessidades e sofrimento do "ser cuidado". Conclui-se que a internação domiciliar favorece a humanização do cuidado, apontando a necessidade de orientação técnica, preparo emocional dos cuidadores e apoio da instituição de saúde.*

**PALAVRAS-CHAVE:** internação, cuidador, ser cuidado

---

### INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o tema Internação Domiciliar tem conquistado espaço nos meios científicos e nos serviços de saúde públicos e privados. A desospitalização é uma tendência mundial, uma estratégia para garantir a humanização da assistência, a diminuição dos gastos hospitalares e a prevenção de agravos decorrentes da hospitalização.

Para que o programa de Internação Domiciliar atinja seus objetivos é necessário o comprometimento de toda a sociedade e em especial da família. Exige-se ainda o desenvolvimento de tecnologia adequada capaz de garantir a qualidade da assistência. Buscando conhecer o perfil dos cuidadores e seu modo de inserção no ato de cuidar as autoras desta pesquisa acompanharam a equipe do Programa de Internação Domiciliar do Município de Betim / Minas Gerais durante suas visitas domiciliares, no período de outubro de 1999 a agosto de 2000. Estas visitas possibilitaram contatos diretos com os cuidadores e o estabelecimento de condições favoráveis para realização das entrevistas.

A possibilidade do cuidado domiciliar foi analisada como uma proposta integrada ao modelo assistencial do município e orientada pelos princípios finalísticos do SUS. Requer,

---

<sup>1</sup> Prêmio Izaura Barbosa Lima, 3º lugar, 52 CBE.

<sup>2</sup> Professora Adjunta II e Doutora da Universidade Federal de Minas Gerais

<sup>3</sup> Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Mestranda da EEUFMG.

<sup>4</sup> Bolsista IC FAPEMIG. Discente do 8º período da Escola de Enfermagem de Minas Gerais

<sup>5</sup> Discente do 9º período da Escola de Enfermagem de Minas Gerais

portanto, decisão política, disponibilidade de recursos e parâmetros técnico normativos para garantir o suporte adequado, necessário e contínuo aos sujeitos envolvidos no processo: o ser cuidado, o cuidador, os familiares e os profissionais integrantes da equipe.

Estas questões foram tomadas como referência para o estudo e orientaram a revisão bibliográfica e a análise dos dados secundários e primários.

## COMPREENDENDO AS PECULIARIDADES DO CUIDADOS NO DOMICÍLIO

O cuidado no domicílio não é uma prática nova. Desde a era cristã, as pessoas doentes eram tratadas em casa, freqüentemente por uma mulher (mãe, familiar ou pessoa da comunidade). Na era primitiva, baseava-se na manutenção da espécie e com a evolução das sociedades passou a incorporar valores religiosos ligados à salvação do cuidador e do ser cuidado.

Para *Boff* (2000, p.33) "cuidar é mais do que um ato, é uma atitude." Abrange muito mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. É uma atitude de ocupação preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Apesar de ser tradicionalmente considerado como a essência da enfermagem, somente em meados de 1970 deu-se início a investigações sobre a natureza, práticas e origens do cuidado, surgindo as teorias de enfermagem: Teoria Transcultural de Leininger, Teoria Transpessoal de Watson, Teoria do Autocuidado de Orem.

*Morse et al.* (1990) identificaram na literatura de enfermagem norte-americana a presença de cinco categorias sobre o cuidar em enfermagem: o cuidar como uma característica humana, como imperativo moral ou ideal, como afeto, como relação interpessoal, e como intervenção de enfermagem.

Segundo *Gonçalves* (1998) embora o cuidado tenha sido profissionalizado e institucionalizado, o cuidado não-profissional, chamado por Leininger de genérico, continua existindo no cotidiano das famílias, dos grupos sociais organizados e de cada sujeito. Revendo a concepção de família predominante nota-se que este tema é carregado de significados afetivos e cognitivos sendo diversos seus conceitos.

Na perspectiva sociológica, *Fukui* (1989) entende família por aqueles laços de sangue, adoção e aliança socialmente reconhecidos. Segundo *Petzold* (1996) família é o espaço de relações mais íntimas e constitutivas da identidade pessoal, lugar de vínculo. Já para *Mioto* (1999, p. 215) "um dos indicadores mais novos na existência de uma família é o viver juntos, sob o mesmo teto. Esta condição é que a diferencia de outras relações sociais e também das relações de parentesco mais ampliado". Salienta, portanto, que tal definição é reducionista e desperta a perspectiva de se conceber família como estruturas de convivência.

A família portanto, se constrói através de seu tempo e se transforma continuamente num âmbito de relações, gênero, gerações e contexto social. Hoje, sabe-se que não existe um modelo de família mas, sim, uma diversidade de forma ou de arranjos familiares, que são reflexos das diferentes características da estrutura social brasileira.

*Lacerda* (1996) considera o domicílio como o local onde a família se desenvolve física, emocional, mental e espiritualmente. É onde as primeiras relações se estabelecem, onde as crises e conflitos aparecem. Em momentos de doença de algum membro da família é necessário ajuda para que a família supere, adapte-se e cresça.

*Cunha* (1991) ressalta a necessidade de se repensar a assistência à saúde centrada no hospital. Cita as altas precoces, o alto custo do tratamento, a carência de leitos e a alta incidência de doenças crônicas como motivos para a prestação de assistência domiciliar.

*Santos* (1998) acredita que vários fatores valorizam a implementação de programas de cuidado domiciliar no Brasil e cita: novo padrão demográfico brasileiro que aponta para o envelhecimento da população; mudanças no perfil epidemiológico caracterizado pelo aumento

das doenças crônico-degenerativas e infecciosas e conseqüente aumento do risco de complicações e do nível de dependência; inadequação do sistema atual de saúde para atender as demandas da população; adoção pelo governo de programas de extensão de cobertura com atenção à família; mudanças da família contemporânea, passando de uma organização extensa para nuclear, muitas vezes incompleta; busca por alternativas de aumento de renda familiar que transferem as funções de cuidado para outras instituições.

Santos (1998) relata em seu estudo sobre a percepção das enfermeiras da rede pública de Porto Alegre, que o cuidado domiciliar é favorecido pela interação paciente/profissional/família permitindo a confiança mútua e o compromisso com vistas ao cuidado. Ressalta, portanto, que não deve se constituir num encargo, além das possibilidades de participação do grupo familiar.

É evidente que o cuidado no domicílio evidencia a subjetividade, a troca de saberes e fazeres, sendo imprescindível respeitar as realidades socio-econômicas, cultural e sanitária. O grande diferencial do cuidado domiciliar é o aspecto humano, a partir do qual a interação se efetiva e desencadeia o processo de cuidar na família.

## OBJETIVOS

Os objetivos são: identificar o perfil dos "cuidadores" no domicílio e as relações estabelecidas entre cuidador-paciente; analisar o significado do ato de cuidar para o cuidador e verificar fatores que interferem no ato de cuidar.

## METODOLOGIA

Para o alcance dos objetivos propostos utilizou-se a abordagem qualitativa. Segundo Minayo (1996, p. 10) abordagem qualitativa refere-se a: "aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, relações e estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas."

A análise objetiva dos dados de identificação dos cuidadores permitiu a sua caracterização, de modo a revelar o perfil dos cuidadores envolvidos no estudo. Porém esta abordagem é insuficiente para análises de realidades sociais tendo as autoras adotado o enfoque dialético onde assume-se que "a qualidade dos fatos e das relações sociais são uma de suas prioridades inerentes, e que quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes." (Minayo, 1996, p.11)

Foram estabelecidas duas etapas para a realização deste trabalho: a primeira consistiu no levantamento do material disponível nas bases de dados bibliográficos.

A segunda etapa, tendo como característica a compreensão do fenômeno, constituiu-se de visita domiciliar aos cuidadores dos pacientes internados pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) de Betim/MG. O objetivo do PID é prestar atendimento domiciliar aos pacientes da área de abrangência seguindo as regras da portaria 2216/98 do Ministério da Saúde, a saber: história anterior de mais de três internações hospitalares; portadores de patologias crônico-degenerativas, pacientes terminais; pacientes estabilizados e que suportem tratamento domiciliar e disponham de um cuidador.

Após contato com a coordenação do programa de internação domiciliar de Betim/MG foram realizadas as visitas aos cuidadores de pacientes incluídos no PID há mais de dois dias, totalizando dez cuidadores.

As normas do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais foram cumpridas sendo solicitado autorização a instituição e carta de consentimento aos informantes.

Utilizou-se como instrumentos de coleta de dados roteiro semi-estruturado e entrevista

gravada e transcrita.

A segunda fase de compreensão permitiu a análise e tratamento da fonte primária de dados, utilizando análise de discurso com a decodificação proposta por Fiorin (1993). Segundo o autor (p. 11): "Os discursos são combinações de elementos lingüísticos (frases ou conjuntos constituídos de muitas frases), usadas pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos e falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo. A fala é a exteriorização psicofisiológica do discurso. Ela é rigorosamente individual, pois é sempre um eu quem toma a palavra e realiza o ato de exteriorizar o discurso".

A análise das falas do conjunto dos cuidadores informantes permitiu evidenciar as categorias empíricas e compreender o significado do cuidado domiciliar como uma proposta em construção.

## PERCEPÇÃO DO CUIDADO NO DOMICÍLIO SOB O PONTO DE VISTA DOS CUIDADORES DOMICILIARES

### CARACTERÍSTICAS DO CUIDADOR

Esta categoria pode ser evidenciada através do roteiro semi-estruturado e das entrevistas feita aos cuidadores. Foram entrevistados dez cuidadores, dos quais a maioria era constituída de mulheres na faixa de 36 a 62 anos, familiares, baixo nível de escolaridade, sem trabalho remunerado e renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos. Nas falas, as entrevistadas enumeram como sendo primordiais as seguintes características do cuidador: paciência, atenção e observação nos horários da execução do cuidado. Isto pode ser demonstrado através das seguintes falas:

*Tem muitas pessoas, que não têm nem paciência para agüentar as pessoas mais idosas, porque nem todo dia a pessoa está igual, um dia a pessoa está de boa vontade, às vezes não quer nem tomar banho, tem que ir conversando para chegar naquele ponto de tomar banho, alimentar da mesma forma, tem hora que quer alimentar outra hora não quer, então tem que conversar...*

Marcon et al (1998, p.299) em seu estudo junto a acompanhantes de pacientes internados descreve que "... a paciência e o amor despontam como requisitos básicos para que o membro da família assuma o papel de cuidador familiar, visto que esses dois requisitos parecem constituir os sustentáculos do cuidado domiciliar."

Pode-se concluir que o cuidado exige muito mais do que uma simples execução de tarefas, depende de disponibilidade, dedicação e comprometimento do cuidador com o ser cuidado.

### O FAZER DO CUIDADOR

Esta categoria se revelou com uma diversidade de enfoques sendo os mais significativos: a ação do cuidador, a organização do cuidado e os seus sentimentos.

Quanto à ação do cuidador identificou-se como sendo mais significativo: dar banho, dar remédio, levantar e deitar o ser cuidado, colocar alimento pela sonda e atender às prescrições do médico.

Os cuidadores ressaltam em suas falas a importância destes atos como fundamentais para o cuidado o que, na opinião deles, permite a recuperação mais rápida do ser cuidado.

*Eu dou banho, dou os remédio ... É tanta coisa que eu faço.*

*Porque tem que ajudar levantar, deitar, dar banho, e para mim sozinha está sendo pesado".  
"... a gente tem que colocar alimento pela sonda, é assim.*

Para a realização destas ações a equipe de Internação Domiciliar cumpriu um papel fundamental na avaliação do paciente, detectando os aspectos positivos e deficientes na evolução, na qualidade dos procedimentos e os aspectos subjetivos das relações estabelecidas entre o ser cuidado / cuidador e os demais integrantes do grupo familiar.

Quanto à organização do cuidado observou-se nas falas que o cuidado domiciliar é realizado de maneira individualizada, conforme as possibilidades do cuidador e as necessidades do ser cuidado.

Quanto aos sentimentos as falas foram ricas em manifestações de como o cuidador se sente ao realizar o ato de cuidar.

O cuidar é visto por alguns cuidadores como uma obrigação, um favor que deve ser retribuído ao doente, em gratidão às suas atitudes anteriores.

*Cuidar dela, eu acho que eu sou obrigada a dar carinho para ela, assim como ela me deu a vida, eu sou obrigada né? Mesmo que eu não tenha condições, eu tenho que arrumar condições para cuidar dela.*

Também é percebido como uma troca de favores como vemos no discurso que se segue:

*... para quando ele ficar com saúde cuidar da gente, né? eu também já estou bem adoentado... a idade já está bem avançada (...) se a gente precisar ele pode também olhar a gente.*

Sabe-se que uma importante dimensão do desenvolvimento humano e do bem-estar é o apoio social afetivo que as pessoas estabelecem através dos elos de relacionamento construídos ao longo da vida. Segundo *Antonucci e Jackson (1987)* quanto mais a pessoa tem satisfação com sua rede de apoio emocional, mais ela terá sentimentos de satisfação.

Nos discursos evidencia-se claramente a disponibilidade do cuidador para o cuidado. Observa-se que o cuidador sente-se útil ao prestar apoio para alguém que naquele momento precisa dele.

*... mas eu gosto muito dele, se fosse até pior eu acho que eu cuidaria também.*

Portanto, independente da ótica enfocada, seja do "cuidador", seja do cuidado, os sentimentos de bem-estar, simpatia e empatia, a dedicação, o cuidado e a interação com o outro, são consentidos a partir dos laços afetivos. E a categoria cuidado envolve todo esse modo de ser que segundo *Boff (2000)* "mostra como funcionamos enquanto seres humanos."

O cuidar com dificuldade, na fala dos cuidadores, está relacionado a organização do cuidado. O cuidar exige muito envolvimento e disponibilidade, e portanto, traz problemas às pessoas que estão envolvidas também em outras funções.

*Acho que é difícil, são feridas muito feias, foi com o tempo que eu aprendi a cuidar, (...) Quando eu ficava o dia inteiro aqui era difícil, às vezes eu queria sair, queria ir na casa de alguma colega, então ficava difícil, mas agora que eu fico pouco tempo aqui é normal.*

*Andrade (1996)* por sua vez, identificou em seus estudos que o cuidador familiar, na maioria das vezes assume o seu papel solitariamente, levando-o à deterioração física e emocional. Podemos identificar nos discursos a seguir:

*Bom,... agora está dando para cansar, igual esses dias aí eu estou toda dolorida, desde os dedos aqui, já levanto doída e cansada. Tenho uma irmã, mas com o marido que é cego, e ela não dá conta também de ajudar.*

Para alguns cuidadores, o cuidar exige muito mais que tempo, carinho e disponibilidade, exige sim a abnegação de uma "outra" vida.

*...eu abandonei tudo para viver do lado dele, abandonei o meu marido, os meus filhos, porque eles não gostam dele de jeito nenhum. Então é uma luta para cuidar dele.*

Segundo Marcon et al. (1998): há emoções (ou seja, a carga afetiva) que permeiam as atividades do cuidado. A seu ver, as emoções e os sentimentos envolvidos no desenvolvimento do cuidado podem transformar simples ações em gestos de respeito e solidariedade, fazendo a diferença na qualidade do cuidado prestado no domicílio.

Podemos observar isto no discurso abaixo:

*Eu não sinto bem dela estar nesse estado que ela está, doente, mas eu sinto bem que eu estou do lado dela e mesmo com tudo que houve, assim, de doença, eu sinto bem porque eu estou do lado dela.*

O cuidar para muitos cuidadores é realizado com um imenso prazer, acarretando satisfação em ver o ser cuidado melhorar e se recuperar. Os cuidadores compreendem a importância do seus gestos e vêem o cuidar como uma fonte de crescimento.

*Para mim é satisfação que eu tenho, ele melhorando, eu cuidando, ajudando. Eu fico satisfeito dele melhorar, recuperar e assim... .*

*Pra mim é um prazer ficar cuidando dele, para quando ele ficar com saúde cuidar da gente, né? eu também já estou bem adoentado... a idade já está bem avançada, então é um prazer!*

Pode-se concluir que os sentimentos são variados, individualizados e muitas vezes contraditórios, com inúmeras particularidades retratadas em cada categoria.

#### A FAMÍLIA COMO "LOCUS" DO CUIDADO

Durante o desenvolvimento do ser humano, família e amigos intercalam papéis de importância na vida da pessoa, sempre relacionados à manutenção do bem-estar e da saúde.

Andrade citado por Marcon et al. (1998) afirma que "a família cada vez mais tem assumido parte da responsabilidade de cuidar de seus membros e, nesta perspectiva, necessita de apoio de profissionais, quando diz respeito à atenção a saúde, seja a nível hospitalar ou domiciliar".

O cuidado executado por um familiar próximo assume significados, muitas vezes, compreendidos só por quem está envolvido. O cuidador reconhece que a sua presença e apoio são de extremo valor para o ser cuidado. Observamos isso no seguinte discurso:

*Como mãe eu tenho um significado, assim, que somente eu poderia estar ao lado dela para dar a ela uma força de viver de recuperar. Então, eu acho muito importante ter o dia-a-dia junto com ela, e eu acho assim que a recuperação dela depende muito de mim, eu acho muito importante eu estar ao lado dela sabendo o que está acontecendo, se ela está realmente recuperando, o que vai depender de mim para ela ficar bem. Então eu*

*acho que a minha participação faz parte na recuperação dela, é superimportante.*

No discurso observa-se que o cuidador considera importante o envolvimento de outros membros da família e sabe que estes constituem fatores importantes na recuperação do familiar.

*Eu sinto a importância e sinto também a necessidade de eu estar ali. Igual, eu tinha vontade que todos os meus irmãos participassem, isso aí, eu sinto vontade demais que os meus irmãos participassem porque eu acho que ajudaria, ela a se recuperar mais rápido.*

Segundo Marcon et al. (1998,p.301) "o cuidado prestado pela família no domicílio é prolongado e quase sempre intransferível. E assim sendo, a adoção de algumas das estratégias referidas pode contribuir com a diminuição do impacto da doença na família."

A transferência do paciente para próximo de sua família e a disponibilidade de apoio dos outros familiares são estratégias preponderantes para uma melhor assistência e podem facilitar a ação do cuidador reduzindo suas dificuldades.

*...porque a família junto ajuda muito, eu que procuro estar junto com ela, porque para mim é muito importante estar junto com ela e ela junto comigo, inclusive ela morava sozinha e eu fiz tudo para trazer ela para ficar na minha casa, para mim ficar mais junto com ela.*

A primeira rede de apoio social e afetivo formada é com a família e se inicia bem cedo, quando a criança estabelece as primeiras relações de apego. Com o desenvolvimento, avanços cognitivos facilitam a generalização das capacidades e habilidades envolvidas no apego com os pais para as demais relações sociais. Assim as relações familiares são muito importantes na constituição das redes de apoio de uma pessoa.

Conclui-se, portanto, que a família exerce papel essencial no cuidado do paciente, sendo muitas vezes a sua presença o único fator que assegura o êxito do tratamento.

## O CUIDADO COMO ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM

Nesta categoria observa-se que o cuidado realizado no domicílio, além de assegurar um maior envolvimento dos familiares, possibilita a estes aprendizagem sobre o ato de cuidar.

*Aí foi mudando, o pessoal do PID foi orientando, foi mostrando, eu fui vendo e hoje, o que precisar de fazer para o cuidado dele, eu sei fazer, qualquer coisa eles me explicam uma vez só e aí eu já sei fazer eu não tenho aquele medo...*

Portanto, o enfoque educativo é um dos pilares dos programas de internação domiciliar devendo ser entendido como um momento de estímulo, de apoio, de desenvolvimento de habilidades e de crescimento pessoal do cuidador. É importante ter clareza do papel do cuidador para que não ocorram equívocos, impondo aos cuidadores responsabilidades e procedimentos além de suas capacidades.

## O CUIDADO COM A CONOTAÇÃO DE SERVIÇO

Nesta categoria evidencia-se o cuidado com a conotação de serviço, trabalho a ser realizado diariamente, com dispêndio de tempo, podendo ser pago ou não. Não é visto como algo interno do cuidador. Isto pode ser ilustrado nas seguintes falas:

*... Agora que eu fico pouco tempo aqui é normal, é tipo um emprego, tornou-se tipo um emprego. A tia dele veio para receber mas ela largou ele na mão e foi embora sem dar nenhuma satisfação e ele me chamou de volta e falou que o que ela ganhava ele ia dar para mim. Não posso ficar o dia todo, aí eu fico aqui um certo tempo na parte da manhã e volto para casa e venho aqui todo dia só para cuidar dele e volto...*

Observa-se portanto, que em certas situações o cuidador assume a prestação do cuidado apenas como uma execução de técnicas e procedimentos. O cuidar é apenas uma tarefa que deve ser realizada continuamente, onde ocorre a valorização do aspecto físico e deixam-se de lado os sentimentos e emoções do ser cuidado.

Buscando-se na filosofia os significados básicos de ser-no-mundo, Boff (2000,p.92) confirma a idéia de que o cuidado "é um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros". Acrescenta que há dois modos básicos de a pessoa ser-no-mundo: através do trabalho e do cuidado. Pelo trabalho o homem conscientemente assume um projeto e uma estratégia de inter-ação e intervenção sobre si mesmo e sobre a natureza.

O modo-de-ser no mundo referente ao cuidado confere uma outra dimensão ao trabalho, uma vez que a relação com a natureza não é de sujeito-objeto, mas sim de sujeito-sujeito. Isso permite uma relação de inter-ação e comunhão onde a intersubjetividade deve ser valorizada e estimulada.

#### OS LIMITES DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR

São percebidos vários limites do cuidado domiciliar relativos a aspectos técnicos, como pacientes mais graves que exigem cuidados mais complexos e estão expostos a maiores riscos; condições do domicílio, pela cultura familiar e condições socioeconômicas. Esses limites podem impor limitações ou comprometer a qualidade do cuidado, o conforto e a segurança do paciente. As falas abaixo confirmam essa idéia:

*Conversando com ele, tem hora que ele fica falando que é uma cruz que eu tenho que carregar; eu falei que não, eu abandonei tudo para viver do lado dele, abandonei o meu marido, os meus filhos, porque eles não gostam dele de jeito nenhum. Então é uma luta para cuidar dele, hoje mesmo eu estava falando com ele, ele pediu para eu largar dele e eu falei que não. Assim como eu larguei o meu marido para cuidar dele, eu vou até o fim.*

Para um paciente ser incluído no PID é necessário o cumprimento de alguns critérios pré-definidos como condições socioeconômicas compatíveis com o cuidado domiciliar e a disponibilidade de um cuidador. Estas exigências tentam minimizar as dificuldades na execução do cuidado, porém, vários são os problemas enfrentados pelos cuidadores o que faz com estes se sintam responsabilizados quando não podem oferecer ao ser cuidado tudo o que gostariam.

*... tem que dar aquele medicamento na hora certa, muitas vezes a gente até falta, mas eu estou sempre em dia com os regulamentos do médico, mas eu estou sempre em dia, graças a Deus.*

Conclui-se que os limites para a Internação Domiciliar são muitos e estão relacionados ao próprio ato de cuidar, às condições econômicas, ao ser cuidado e ao cuidador.

#### DESVANTAGENS DO ATENDIMENTO HOSPITALAR QUANDO COMPARADO A INTERNAÇÃO



## DOMICILIAR

*Guedes et al.* citado por *Marcon et al.* (1998) afirmam que a hospitalização é um evento que causa transtornos psicológicos, econômicos e sociais para o paciente e sua família, por se constituir em um momento delicado.

Segundo *Marcon et al.* (1998, p.290): "a hospitalização pode trazer uma série de prejuízos para o paciente, à medida que o expõe à infecção cruzada, ansiedade, afastamento dos parentes, perda de privacidade e individualidade, alterações de hábitos alimentares e de lazer, além de representar uma carga onerosa para a família e para o Estado". Isto pode ser descrito através da seguinte fala:

Primeiro pela falta de informação e também para o psicológico é bem ruim ... por mais que a equipe de enfermagem, médica dentro do hospital tente ajudar mas não é igual a família, não tem igual.

Verifica-se, assim, que a internação hospitalar deve ser avaliada sempre quanto à sua necessidade, sendo importante estar atento às opiniões e sentimentos do ser cuidado e da família. A internação hospitalar comparada à domiciliar muitas vezes pode não ser a mais indicada, por não oferecer ao paciente uma assistência individualizada e humana.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho nos permitiu compreender a importância do ser cuidador na realização de um programa de Internação Domiciliar. Ele é o pilar que mantém o vínculo entre a unidade de saúde e o paciente.

Na maioria das vezes, o cuidador é um familiar mais próximo do doente e que se dispõe a cuidar, dedicando não só o tempo, mas se disponibilizando para a acolhida, o desvelo e a atenção para com o outro.

Porém as falas nos revelam que existem várias dificuldades referentes à ação do cuidador, à organização do cuidado no domicílio e aos sentimentos envolvidos na relação cuidador/ser cuidado. Existem situações em que o cuidador se envolve apenas como se realizasse um serviço, como se fizesse uma obrigação, sendo os sentimentos e emoções muitas vezes contraditórios e desfavoráveis à interação.

*Boff* (2000, p.99) alerta-nos: "o resgate do cuidado não se faz às custas do trabalho e sim mediante uma forma diferente de entender e realizar o trabalho. Para isso o ser humano precisa voltar-se sobre si mesmo e descobrir seu modo-de-ser cuidado".

As falas permitem-nos apreender também que a Internação Domiciliar além de possibilitar a humanização da assistência se constitui em um mecanismo de estímulo para o crescimento do cuidador. Portanto, os Programas de Internação Domiciliar devem favorecer não só a recuperação mais rápida do paciente como também ajudar na construção de novas formas de cuidar que permitam o resgate da essência do paciente mediante um modo singular de ser, sem o qual deixamos de ser humanos.

---

**ABSTRACT:** This is a qualitative study about the care provided by "caregivers" enrolled in the Home Care Program in Betim, Minas Gerais. Interviews were held during home visits in order to identify characteristics of home care providers, analyze their perception about health care, verify factors which interfere in home care and relationships which are established between caregiver/person cared for/ other family members. Discourse analysis (*Fiorin*, 1993) was used to build the empirical categories which revealed that most of the caregivers are family members, women, average age of 42 years, limited schooling, mostly housewives. The subjects sampled reported that the act of caring involves technique, duty and dedication. They referred to financial difficulties, physical and emotional stress. The relationships established during care involved feelings of pleasure, satisfaction and helplessness

in the face of the needs and sufferings of the person cared for. The authors concluded that home care fosters more humane care, but requires technical guidance and emotional training for the caregivers and support from the health institution.

**KEYWORDS:** home care, caregiver, care receiver

**RESUMEN:** Estudio calitativo que trata del cuidado ejecutado por "cuidadores" del Programa de Internación Domiciliar (PID) en Betim/MG. Se busca caracterizar a los cuidadores domiciliarios, analizar sus percepciones sobre el hecho de cuidar, verificar factores que interfieren y las relaciones establecidas entre cuidador/ persona cuidada/ demás familiares, mediante la realización de entrevistas durante la visita domiciliar. El análisis del discurso (FIORIN, 1993) se utilizó para construir las categorías empíricas que revelan que los cuidadores, en su gran mayoría, son familiares, mujeres, edad mediana 42 años, bajo nivel de escolaridad y se dedican al trabajo doméstico como única ocupación. Relataron que la acción de cuidar requiere técnica, deber y dedicación. Destacaron dificultades financieras, desgaste físico y emocional. Las relaciones de cuidar involucran sentimientos de placer, satisfacción e impotencia frente a las necesidades y sufrimiento del "ser cuidado". Se concluye que la internación domiciliar favorece la humanización del cuidado y apunta hacia la necesidad de una orientación técnica, preparo emocional de los cuidadores y apoyo de la institución de salud.

**PALABRAS CLAVE:** Internación, cuidador, ser cuidado

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANDRADE, O. G. *Cuidado ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral: representações do cuidador familiar*. 1996. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

ANTONUCCI, T.C.; JACKSON, J. S. Social Support interpersonal efficacy and health: a life course perspective. In: CARSTENSEN, L. ; EDELSTEIN, B.A. (Org) Handbook of Clinical Gerontology. New York: Pergamon Press, 1987. p.291-311.

BOOF, L. *Saber Cuidar: ética do humano -compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 5 ed. 2000. 199p.

CUNHA, J. C. K. *Organização de serviços de assistência domiciliar de enfermagem*. 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

FIORIN, J. L. *Linguagem e ideologia*. 3.ed. São Paulo: Ática, 1993.

FUKUI, L. Estruturas familiares em que são socializados aqueles que devem chegar ao século XXI. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 41., 1989. *Texto simpósio...* Florianópolis, 1989.

GONÇALVES, A. M. et al. Mulher que cuida: um estudo de caso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50. 1998. Salvador. *Resumos dos trabalhos apresentados...* Salvador: ABE, 1998. p. 116.

LACERDA, M. R. *O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar*. 1996. 94f. Dissertação, (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MARCON, S. S.; ANDRADE, O. O. G.; SILVA, D. M. P. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.7, n.2, p. 289- 307, 1998.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo:HUCITEC/ABRASCO, 1996. 209 p.

MIOTO, R. G. T. Famílias hoje: o começo da conversa. Florianópolis. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.8, n.2, p.211-219, maio/ago. 1999.

MORSE, J. M. et al. Concepts of caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, Rockville: M D, v. 13, n.1, p.1-14, 1990.

PETZOLD, M. The Psychology Definition of "The Family". In: M. CUSINATO (Org). *Researcher or Family Resources and Needs Across the World* Milão: Edizione Universitarie de Lettere Economia Diritto, 1996. p.25-44.

SANTOS, B. R. L. et al. O domínio como espaço do cuidado de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998. Salvador. *Anais...* Salvador: ABEn, 1998. p. 121-132.

---

*Recebido em outubro de 2000*  
*Aprovado em junho de 2001*