

Jane Fonseca Dias

**ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO E PRÁTICA  
CENTRADA NA FAMÍLIA: aproximando teorias para potencializar resultados**

Belo Horizonte  
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG  
2016

Jane Fonseca Dias

**ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO E PRÁTICA  
CENTRADA NA FAMÍLIA: aproximando teorias para potencializar resultados**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio.

Co-orientadora: Júlia Baldoni Grossi

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2016

## RESUMO

**Introdução:** A atenção domiciliar (AD) vem ganhando destaque em função do envelhecimento e das mudanças no perfil de adoecimento da população. Surge como alternativa ao modelo de atenção a saúde, buscando fornecer assistência integral aos usuários. Contudo, ainda que a AD tenha potencial para favorecer a criação de vínculos e a autonomia dos usuários e famílias, suas ações são insatisfatórias no que se refere à construção do cuidado centrado nas necessidades do usuários e das famílias. **Objetivo:** Descrever e discutir os pressupostos da Prática Centrada na Família (PCF) as possíveis influências desta abordagem no contexto da AD no âmbito da reabilitação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa, o qual não utiliza critérios sistemáticos para a busca e análise da literatura sobre as temáticas PCF e AD. Com base nas informações obtidas, a AD e a PCF foram analisadas, permitindo discutir o potencial impacto dos pressupostos da PCF na AD do sistema público de saúde brasileiro. **Resultados e Discussão:** A AD possui um importante papel na constituição de redes substitutivas, produzindo novos modos de cuidar que atravessam os projetos dos usuários, familiares e profissionais da atenção domiciliar. Entretanto, alguns problemas na organização deste serviço, geram descontinuidade do cuidado, sobrecarga de todos os níveis de atenção e dificultam a tomada de decisão e o vínculo entre profissionais/usuário/família. A PCF propõe que os programas domiciliares sejam direcionados aos familiares, especialmente aos cuidadores, para que estes desenvolvam as competências necessárias para a prestação do cuidado, possibilitando assim assistência integral, contextualizada e humanizada ao usuário. **Considerações Finais:** Espera-se que a utilização dos pressupostos da PCF no contexto da AD no SUS, tendo em conta o empoderamento do usuário e sua família, favoreça o estabelecimento de vínculos afetivos e de corresponsabilidade entre profissionais/usuário/família, impactando positivamente a qualidade da assistência prestada e os resultados esperados.

**Palavras-chave:** Atenção domiciliar. Prática Centrada na Família. Sistema Único de Saúde. Reabilitação.

## FIGURAS

|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1.</b> Modelo de abordagem para um programa domiciliar. Adaptado de Novack et al, 2006..... | 19 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## **ABREVIACES E SIGLAS**

**AD-** Ateno Domiciliar

**SUS-** Sistema nico de Saúde

**PCF-** Prática Centrada na Família

**ACP-** Ateno Centrada no Paciente

**PIC-** Prática Interprofissional Colaborativa

**NEPIT-** Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Incapacidade e Trabalho

**AB-** Ateno Básica

**ESF-** Estratégia de Saúde da Família

**NASF-** Núcleos de Apoio a Saúde da Família

**AVD-** Atividades de Vida Diária

## SUMÁRIO

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO.....                                                              | 07 |
| 2 OBJETIVO.....                                                                | 11 |
| 3 METODOLOGIA.....                                                             | 12 |
| 4 RESULTADOS.....                                                              | 13 |
| 4.1 Notas sobre a Atenção Domiciliar no SUS e o papel da família/cuidador..... | 13 |
| 4.2 Prática Centrada na Família: pressupostos e contribuições.....             | 17 |
| 5 DISCUSSÃO.....                                                               | 22 |
| Repensando a Atenção Domiciliar a partir da Prática Centrada na Família.....   | 22 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                   | 25 |
| REFERÊNCIAS.....                                                               | 27 |

## 1 INTRODUÇÃO

Impactados pela grave crise econômica mundial e acelerada transformação demográfica e epidemiológica da população, os sistemas de saúde têm tentado se adequar para fornecer intervenções curativas, dar suporte, melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida dos pacientes e das famílias. No Brasil, estas transformações, aliadas as inadequações do sistema público de saúde para atender as novas demandas e necessidades de saúde, vem acompanhado do aumento das solicitações por Atenção Domiciliar (AD). Esta tem sido reconhecida como uma estratégia capaz de proporcionar significativas mudanças no modelo de atenção a saúde, visando uma assistência integral, contextualizada e humanizada, além de racionalizar demandas e custos<sup>1,2,3</sup>. Para alguns autores, as atividades da AD são desenvolvidas em um ambiente que favorece a coleta de informações, podendo proporcionar, além da promoção e recuperação da saúde, uma efetiva adaptação à realidade vivenciada, reduzindo o isolamento social e assim, uma melhor qualidade de vida<sup>4,5</sup>.

Os serviços de AD são considerados modalidades de atenção à saúde que incluem ações e cuidados de reabilitação, suporte, promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, tanto para condições de saúde crônicas quanto agudas, envolvendo equipes multiprofissionais. Seu público alvo é composto por usuários incapazes de se deslocar até a unidade de saúde mais próxima de sua residência, constituindo, em muitas situações, casos complexos, ou seja, que demandam o cuidado de diferentes profissionais e serviços de apoio<sup>6,7</sup>. Em processo de expansão no país, a AD abrange três diferentes modalidades: atendimento domiciliar, que envolve atividades desenvolvidas no domicílio, de caráter ambulatorial, programadas e continuadas; internação domiciliar para pacientes em situações clínicas mais graves, que demandam assistência semelhante à ofertada em ambiente hospitalar e visita domiciliar, que desenvolve ações de orientação, educação e levantamento de possíveis soluções para os problemas de saúde encontrados<sup>8</sup>.

No Brasil, a AD encontra-se estruturada na perspectivadas redes de atenção à saúde, devendo portanto, articular-se com outros pontos de atenção e com os

serviços de retaguarda, além de adotar um modelo de cuidado ancorado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Deve também inserir-se nas linhas de cuidado por meio de práticas baseadas nas necessidades da pessoa, de forma a reduzir a fragmentação da atenção à saúde<sup>6,9</sup>. Entende-se linha de cuidado como uma imagem que representa fluxos assistenciais seguros e garantidos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), para atender as suas necessidades de saúde. Em outras palavras, uma linha de cuidado representa o itinerário ou percurso do usuário dentro de uma rede de saúde<sup>10</sup>.

Quando se pesquisa sobre o cenário atual da AD no país, observa-se que a oferta do serviço e a forma como as relações são estabelecidas em diversas situações e momentos, são condicionadas a infraestrutura disponível. Dentre as limitações que resultam em importante inequidade do cuidado prestado no domicílio, destaca-se a dificuldade de acesso dos usuários aos profissionais de reabilitação das equipes de AD e também aos serviços especializados, a falta de carros para o transporte sanitário e a descontinuidade no acesso aos outros pontos de atenção são alguns dos elementos que impactam negativamente nos resultados e a continuidade das ações. Desta forma, ainda que a AD tenha potência para estimular a criação de vínculos e o empoderamento dos usuários e famílias, as ações deixam a desejar principalmente no que se refere a construção do cuidado centrado nas necessidades do sujeito<sup>11</sup>.

Nesse sentido, a organização da AD, principalmente na reabilitação, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes e responsabilidade mútua, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos. Discussões de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e o atendimento conjunto melhoram o ato de cuidar e potencializam os resultados esperados na reabilitação<sup>9,12,13</sup>. No entanto, cabe destacar que os estudos não deixam claro o papel da AD especificamente na reabilitação em relação a organização do trabalho (fluxos, abrangência, frequência, tecnologias e resultados<sup>2,3,14,15,16,17</sup>. Profissionais discutem se a AD realmente exerce função reabilitadora quando se analisa a articulação do serviço com a rede de atenção a saúde e a frequência das atividades, quase sempre inferiores e mais espaçadas ao que é geralmente esperado em um programa de reabilitação<sup>18</sup>.

Resultados de um estudo recente sugerem que à medida que os profissionais adotam em sua prática a Atenção Centrada no Paciente (ACP), tendo como foco a história de vida e as necessidades individuais e atuais, opera-se em um campo maior do que o da própria profissão, especialidade e serviço. Em outras palavras, amplia-se o foco de observação e o horizonte de intervenções, com potência de mudanças no modelo de atenção à saúde e no alcance da integralidade<sup>3</sup>. O estudo apontou uma possível relação entre a ACP e a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC), em que é possível traçar objetivos comuns às equipes e profissionais, mantendo os interesses individuais e a autonomia. Essa relação se deve ao reconhecimento, na literatura nacional e internacional, de três elementos chaves: "perspectiva ampliada do cuidado à saúde (usuário, família e comunidade), participação do paciente no cuidado (empoderamento, auxílio ao autocuidado, autonomia) e relação profissional-paciente (subjetividade e autonomia)<sup>3</sup>.

Outras abordagens que também incorporam esses três elementos são a teoria do cuidado centrado na família e o modelo de abordagem do programa domiciliar, cujos fundamentos e pressupostos se assemelham ao que é proposto pelo SUS e pela AD<sup>19</sup>. Estes elementos são vistos aqui como peças importantes para se investigar e concretizar na prática o compartilhamento de saberes entre profissionais, equipes e usuários e para reavaliar constantemente o ato de cuidar com componentes que englobam as habilidades relacionais, a construção de objetivos, a implementação do suporte terapêutico e social, a expectativa e avaliação dos resultados, considerando os recursos disponíveis e o contexto sócio familiar<sup>20</sup>. Assim, deslocar o foco de atenção do cuidado e alcançar a integralidade, com impacto na qualidade da atenção, a partir do compartilhamento genuíno do cuidado entre profissionais, usuários e familiares, com foco no sujeito é fundamental para se pensar em propor mudanças no modelo de atenção à saúde<sup>3</sup>.

Uma pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Incapacidade e Trabalho (NEPIT), em Belo Horizonte (Minas Gerais), no período de 2015 a 2016, teve como objetivo investigar a AD no âmbito da reabilitação do SUS utilizando a metodologia de casos traçadores<sup>21,22</sup>. Os casos acompanhados apontaram diferentes percursos e itinerários pela rede pública de saúde, permitindo conhecer como se concretiza na prática, processos de trabalho complexos como o da AD. Os dados obtidos a partir da observação, análise documental, registros em

diário de campo e entrevistas com gerentes, profissionais, usuários, familiares e outros envolvidos com o caso, permitiu explorar diferentes aspectos que permeiam a AD. Dentre estes destacam-se as relações estabelecidas entre usuários, familiares e profissionais de saúde; questões relacionadas ao quadro socioeconômico das famílias, ao histórico de conflitos familiares, a sobrecarga do cuidador principal e ainda, as dúvidas dos profissionais quanto a capacidade e competência das famílias para compreender e assumir o cuidado que lhe competia, o que dificulta a execução e pode limitar a resolução das demandas e dos problemas encontrados em cada domicílio<sup>23</sup>.

A pesquisa evidenciou a maneira como a AD é realizada na prática: uma rotina repleta de imprevistos, em que os profissionais envolvidos, frequentemente, detêm informações fragmentadas e imprecisas dos casos. Constatou-se, em muitas ocasiões, uma falta de planejamento e a descontinuidade das ações, além de comunicação e infraestrutura ineficiente para a concretização das atividades. Esta situação propicia a consolidação de barreiras que dificultam a atuação dos profissionais e geram conexões desnecessárias na rede. No entanto, o estudo mostrou que apesar destas dificuldades impactarem a resolutividade dos casos, as relações estabelecidas na prática da AD foram vistas como potentes ativadoras de redes formais e informais de cuidado e de apoio, para além do sistema de saúde. Destaca-se aqui a importância de se considerar o saber e a participação ativa do usuário, de sua família e dos profissionais de saúde para a adequação das práticas e das políticas de saúde<sup>23</sup>.

## **2 OBJETIVOS**

Considerando a problematização apresentada, o presente estudo teve por objetivos descrever os elementos-chave da Prática Centrada na Família (PCF) e discutir os possíveis impactos dos pressupostos desta abordagem na AD no contexto do SUS. A partir de uma revisão narrativa, espera-se que uma análise criteriosa destes pressupostos favoreça a sua incorporação nos programas de AD no âmbito da reabilitação, nos moldes como este serviço vem sendo ofertado no Brasil.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa, ou seja, não foram utilizados critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não esgotou as fontes de informações e não foram aplicadas estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. A seleção dos estudos e a interpretação das informações são feita segundo critérios definidos pelos autores<sup>24</sup>.

A temática PCF foi analisada a partir da literatura internacional disponível na base Pubmed. Para isto foram utilizados os seguintes descritores em inglês: *family-centred practice or family-centered care or home programmes*. A busca foi realizada no período de fevereiro de 2015 a junho de 2015, com base nos seguintes critérios: estudos que tratassem da PCF como assunto principal e disponibilidade da publicação na íntegra e de forma gratuita.

A AD foi analisada com base na legislação que regulamenta este programa no âmbito do SUS e nas contribuições nacionais disponíveis nas bases Lilacs e SciELO, utilizando os descritores *visita domiciliar ou assistência domiciliar ou assistência à saúde ou serviços de assistência domiciliar* no mesmo período da pesquisa anterior.

As informações fornecidas pelas fontes citadas anteriormente foram analisados quanto à estrutura e organização, potenciais e deficiências da AD no Brasil e quanto aos pressupostos e contribuições da PCF, de forma a permitir discutir o potencial impacto dos mesmos na AD no âmbito do SUS, alcançando os objetivos propostos pelo presente estudo.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Notas sobre a Atenção Domiciliar (AD) no SUS e o papel da família/cuidador:

A AD, ainda que não tenha sido contemplada no projeto original do SUS, vem complementar o leque de ações e programas disponibilizados pelo sistema. Como parte da Atenção Básica (AB), segue os pressupostos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou seja, a produção de um cuidado integral, contínuo, longitudinal, próximo da população e da comunidade<sup>12</sup>. Estudos recentes confirmam que, apesar das dificuldades, a AD vem conseguindo estruturar-se nesses moldes e vem sendo ofertada nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), por uma diversidade de equipes multiprofissionais e de serviços, acessados pelo usuário a partir das relações construídas durante o cuidado no domicílio.

Estudos sugerem que os pontos principais das diretrizes prescritas para a AB e para a AD ã por meio da portaria de nº963, de 27 de maio de 2013 ã são o estímulo ao compartilhamento de saber, o empoderamento da pessoa e da família no processo de tomada de decisões e a preservação da autonomia do usuário e de sua família, cuidadores, profissionais e equipes<sup>6</sup>. No entanto, alguns autores discutem que, em ato, essa diretriz e conceitos, embora fundamentais para a realização de boas práticas de cuidado, ainda não se concretizam em sua plena potencialidade, apesar de serem reconhecidos como fundamentais para a resolutividade dos casos<sup>25</sup>.

A literatura tem apontado problemas estruturais importantes na organização dos serviços de AD, como a falta de sistematização, comunicação e de capacitação profissional, além do despreparo dos cuidadores para lidar com a complexidade das necessidades de saúde do usuário<sup>26,27,28</sup>. Esses três pontos refletem na descontinuidade do cuidado, sobrecarga de todos os níveis de atenção, além de dificultar a tomada de decisão e o vínculo entre os profissionais/serviço e o usuário/família<sup>29</sup>. Quando os esforços não trazem a resolutividade, as estratégias

adotadas propiciam o envolvimento de diferentes profissionais e serviços, produzindo encaminhamentos excessivos e muitas vezes, pouco efetivos. Por outro lado, com a transferência do cuidado para o domicílio observa-se o movimento de criação de redes alternativas, onde muitas iniciativas partem da família/cuidador, como mobilização de amigos e vizinhos, rede privada e sistema previdenciário<sup>23</sup>.

No caso das ações de competência dos profissionais de reabilitação no domicílio, algumas dificuldades se somam as anteriores, como o número insuficiente de profissionais nas equipes, o que produz demora no retorno das visitas e as dificuldades em relação a materiais e transporte<sup>18</sup>. Na reabilitação, as limitações de acesso são muitas, considerando o reduzido número de serviços disponíveis, o que resulta em espera prolongada por uma vaga. O problema se agrava para usuários com restrições de mobilidade que esbarram na dificuldade de conseguir transporte para se deslocar até o serviço especializado de reabilitação, quando conseguem atendimento. Desta forma, esta situação faz com que a reabilitação no domicílio seja a principal alternativa para estas pessoas.

Segundo Pereira (2014), a ampliação de acesso decorrente da implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) tem se mostrado insuficiente, ocorrendo apenas aumento das ações de orientação e promoção de intervenções pontuais em alguns casos<sup>11</sup>. Os usuários considerados não elegíveis para tratamento nos serviços especializados de reabilitação e que ficam sob os cuidados da AB, ultrapassam a capacidade de cuidar das equipes de saúde. Assim, os profissionais de reabilitação precisam efetivamente contar com as famílias e/ou cuidadores, para que cumpram com as orientações e com um plano simplificado de tratamento. Dito de outra forma, os profissionais de reabilitação da AD têm que capacitar e orientar os cuidadores para estes assumam estas tarefas.

O cuidador, segundo a portaria de nº 963, de 27 maio de 2013, que redefine a AD no âmbito do SUS, é a pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. Os cuidadores são considerados a base destes programas, sendo responsáveis por atividades que vão desde cuidados básicos de saúde e auxílio nas atividades de vida diária (AVD) até a execução do cuidado orientado por profissionais de saúde<sup>3</sup>.

A relação entre cuidadores, profissionais e as diferentes equipes de saúde tem chamado a atenção por apresentar-se, com muita frequência, de forma conflituosa. Nessas situações, os cuidadores/familiares são percebidos pelos profissionais de saúde como oponentes, o que gera uma disputa pelo cuidado no ambiente domiciliar<sup>3,31</sup>. Questões referentes à falta do apoio familiar devido às complexas condições sócio familiares, a capacidade do cuidador para exercer e assumir alguns aspectos do cuidado ou mesmo a execução de procedimentos específicos orientados pelos profissionais de saúde somados ao envelhecimento dos cuidadores informais, sobretudo esposas de usuários de serviços de AD, vem sendo discutido por gestores e profissionais<sup>11,23</sup>. Algumas narrativas de profissionais, cuidadores/familiares e coordenadores, retiradas da pesquisa realizada em Belo Horizonte<sup>23</sup>, ilustram e confirmam os problemas.

“Eu acho que o caso dela é muito mais pesado o social do que o motor. Tem uma questão motora importante, mas o social não está deixando esse quadro ir para frente...” (Fisioterapeuta 2)

“Se o cuidador não faz o papel dele, os profissionais podem utilizar a melhor técnica do mundo, pode investir, que será muito pouco. O familiar tem que assumir! Quando o familiar não assume, aí que começa a gerar todo o estresse...” (Fisioterapeuta 2)

“Não é meu pai só... Apesar de eu ter colocado ele pra dentro... não é só meu pai! Todo mundo tem que ajudar um pouco nem que seja um dia na semana, um dia no mês...” (Cuidadora 1)

“Tive que deixar tudo por causa dele. Muda demais, a vida da gente... Muda demais! Cê tem que dar conta disso agora, eu somente. Eu sempre trabalhei, tinha meu dinheiro, agora não posso...” (Cuidadora 5)

“Eu converso, o que eles me perguntam eu respondo. Eu tento falar também, mas às vezes eles não me ouvem. Por exemplo, eu pesquiso muito, e eu leio muitas coisas, e pergunto pouco. Tem muito profissional que não ouve...” (Cuidadora 3)

Para tentar sanar estas dificuldades, alguns países estão investindo na qualificação da mão de obra envolvida no cuidado no domicílio, concedendo apoio financeiro para o familiar que assume a função de cuidador, pelo trabalho desempenhado e pelas oportunidades de vida perdidas, e ainda, estão credenciando programas, para garantir o suprimento constante e suficiente de cuidadores<sup>25</sup>.

Os profissionais envolvidos na AD enfatizam a importância do cuidador assumir seu papel e se responsabilizar em relação aos cuidados orientados e sobre o impacto dessas atuações nos resultados esperados<sup>23</sup>. A parceria entre os

profissionais da equipe de saúde e o cuidador é essencial para garantir o suporte, tendo em vista que muitas dessas pessoas assumem tal função de maneira repentina e sem preparo para exercê-la. É importante que os profissionais, envolvidos na AD não só orientem e supervisionem o cuidador na execução dos cuidados ao paciente, mas que ofereçam suporte e monitoramento constante, tendo em vista que muitas vezes as atividades são complexas para o familiar que nunca realizou tal cuidado<sup>30</sup>.

Em síntese, o cuidador é o elo entre a equipe de saúde e o usuário, e é a pessoa com quem os profissionais compartilham responsabilidades, o que pode gerar disputas relacionadas ao projeto terapêutico. Em muitos casos, o cuidador é visto e tratado como um simples executor de procedimentos, tendo, portanto a obrigação de atender ao que foi prescrito unilateralmente pelo profissional da AD. Esta situação produz tensão e qualquer questionamento por parte do cuidador é visto como resistência, o que leva os profissionais a tentarem impor regras e normas para manter a continuidade das atividades. Essa tensão entre profissional e cuidador pode repercutir negativamente não só nas relações estabelecidas nos domicílios, mas principalmente na qualidade do cuidado prestado tanto pelo cuidador quanto pelos profissionais.

## 4.2 Prática Centrada na Família (PCF): pressupostos e contribuições

A noção de uma abordagem centrada no indivíduo teve origem nos trabalhos do psicólogo Carl Rogers que deu voz aos seus pacientes, nomeados por ele como clientes. Nesse modelo, a premissa de que o profissional detém o conhecimento das necessidades do paciente é deslocada para o reconhecimento da capacidade e do direito do cliente de conduzir e direcionar o seu tratamento e do entendimento do papel do terapeuta como facilitador do processo terapêutico<sup>31</sup>. Essa abordagem foi abraçada em todo o mundo por profissionais e organizações, inicialmente nos cuidados pediátricos e, com o passar dos anos ampliou-se, colocando a família como um elemento central para o bem-estar da criança<sup>31</sup>. Mais recentemente é possível observar uma apropriação desse modelo de assistência no cuidado de populações adultas e idosas, a partir do reconhecimento da importância de se tratar o paciente no seu contexto familiar e da percepção da família enquanto unidade social primária e principal instituição apoiadora do indivíduo.

Dentre as várias definições da abordagem centrada na família, podemos citar três que, de forma complementar, alargam a concepção que sustenta este modelo de atenção à saúde ao deslocar a unidade de intervenção do indivíduo para as relações familiares sob o pilar da interação entre profissionais de saúde, serviços, pacientes e familiares<sup>31,32</sup>. Trata-se de uma filosofia e um método de serviço que reconhece a *expertise* dos familiares acerca das necessidades do paciente, promovendo uma parceria entre familiares e provedores de serviços, dando suporte a família para a tomada de decisão sobre os serviços prioritários para o seu familiar/paciente<sup>33</sup>. O cuidado centrado no paciente e na família pode então ser entendido como uma inovação no planejamento, oferta, entrega e avaliação dos cuidados com a saúde, que é construído mutuamente em benefício dos pacientes, familiares e provedores<sup>34</sup>.

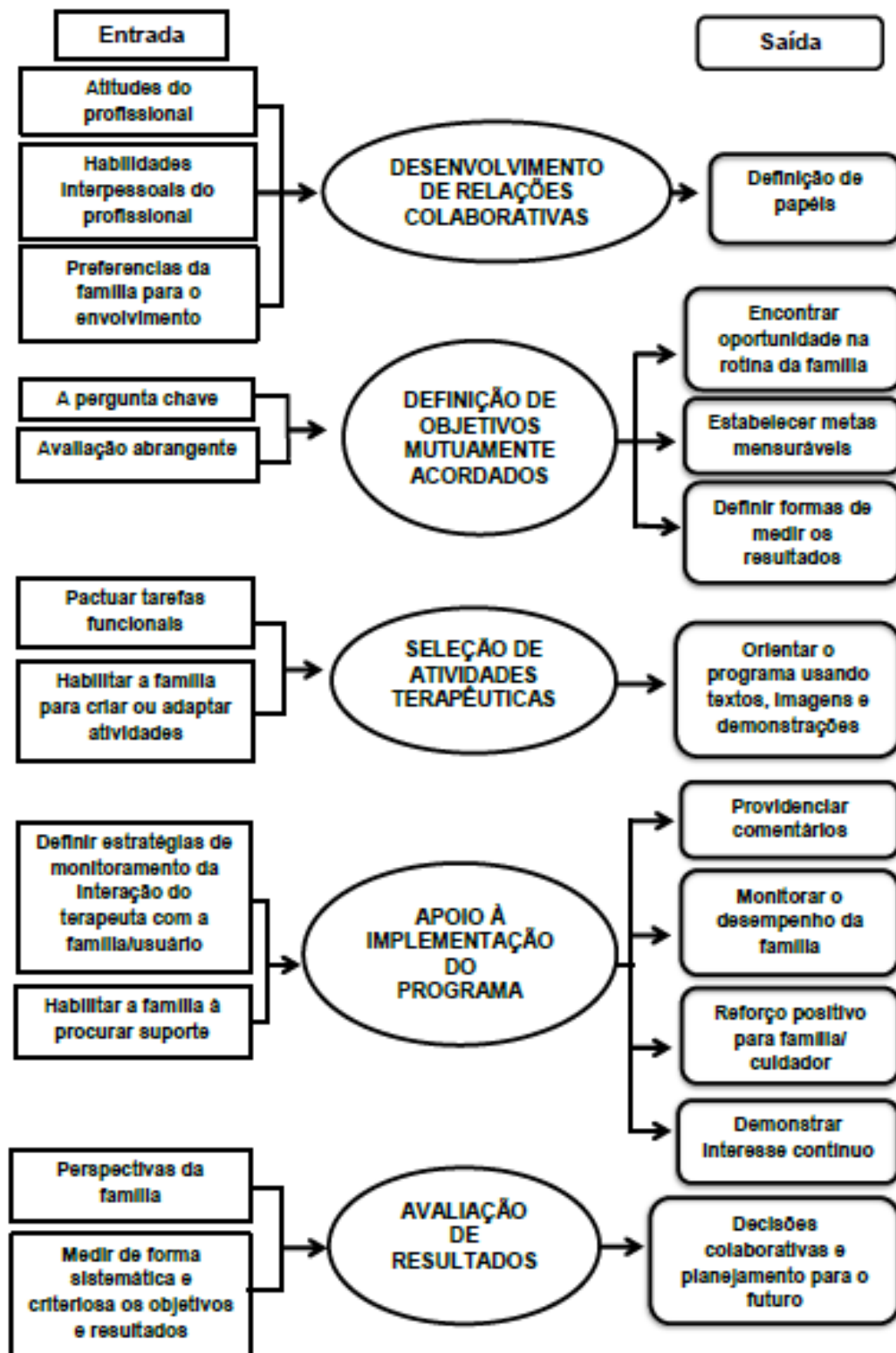
De acordo com Bamm (2008) os pressupostos que orientam esta abordagem podem ser assim resumidos: centralidade e constância da família na vida do paciente; particularidade e diversidade de pacientes e famílias; foco no reforço de competências mais do que apontar fraquezas e deficiências; estímulo a uma relação

mais colaborativa entre família e serviços de saúde e ainda, facilita e promove uma rede de suporte emocional e financeiro que vem ao encontro das necessidades familiares<sup>31</sup>.

A abordagem centrada na família pode ser utilizada em diferentes contextos de assistência à saúde, haja vista sua forte adesão no âmbito hospitalar infantil. Alguns autores têm demonstrado que essa corrente pode potencializar os programas domiciliares, ao reconhecer a *expertise* das famílias, bem como a importância de se implementar ações de cuidado à saúde no contexto de vida diária e dos significados e objetivos do cuidado para as famílias. Vale ressaltar que os programas de atendimento domiciliares demandam uma base conceitual para sua efetiva implementação, que oriente a identificação de problemas e objetivos, a elaboração do programa, a seleção da intervenção e da avaliação. A abordagem centrada na família tem sido usada como suporte teórico para a implementação de intervenções de reabilitação no domicílio<sup>33</sup>. Nesse sentido, pesquisadores australianos apresentaram um modelo para guiar a implementação de programas domiciliares para crianças com paralisia cerebral que pode auxiliar os profissionais a estruturar e definir suas intervenções em casa (FIGURA 1).



Figura 1: Modelo de abordagem para um programa domiciliar.



Adaptado de Novack *et al.*, 2006

O modelo de programa domiciliar de Novak&Cusik (2006), está dividido em cinco fases de ação. Na primeira fase, é proposto a construção de relações colaborativas entre o profissional (terapeuta), a família e a criança, com o objetivo de aumentar o vínculo e o envolvimento da família com o programa domiciliar. Esta relação é influenciada pelas habilidades interpessoais e pelas atitudes do profissional em relação à abordagem centrada na família<sup>33</sup>.

O ponto principal da segunda fase está na definição compartilhada entre familiares e profissionais, acerca dos objetivos do programa de tratamento. Os profissionais precisam usar estratégias e realizar uma avaliação abrangente, para auxiliar os familiares a serem capazes de identificar problemas, prioridades e os aspectos que influenciam as metas. Além disso, é de extrema importância, que os objetivos sejam definidos de forma colaborativa, e mais do que focar nos déficits, deve-se enfatizar as competências da família e suas prioridades e necessidades<sup>33</sup>.

Na terceira fase é proposto que, para a construção do programa domiciliar deverão ser pactuadas tarefas funcionais a serem trabalhadas. As intervenções devem ser incorporadas as atividades diárias, para reduzir a sobrecarga e o cansaço do cuidador. Esta estratégia busca garantir que as intervenções sejam realizadas diariamente, aumentando a funcionalidade e a participação da criança<sup>33</sup>.

Para garantir a efetiva implementação do programa, na quarta fase Novack&Cusik, propõem que os profissionais mantenham contato frequente com as famílias (por telefone ou pessoalmente), dando apoio, assegurando a execução do programa e instruindo os familiares sobre como identificar os ganhos da criança. Além de abrir espaço para a discussão dos interesses, preocupações, é importante dar retornos e reforços positivos para construir e fortalecer a confiança dos familiares<sup>33</sup>.

Na última fase, idealiza-se que sejam utilizados instrumentos padronizados ou medidas individualizadas formais para avaliar dos resultados, possibilitando desta forma, um melhor planejamento das ações futuras<sup>33</sup>.

Na perspectiva de Novak&Cusick (2006) deve-se diferenciar programa domiciliar de visita domiciliar devido ao fato de que as intervenções do primeiro estão especificamente desenhadas para serem implementadas no domicílio e no

contexto cotidiano das famílias. Os programas são direcionados e avaliados pelos familiares que também desenvolvem as competências necessárias por meio da interação com os profissionais envolvidos com o caso, outros serviços e recursos. A tarefa central não é tratar o paciente mas melhorar as competências do cuidador para alcançar as estratégias orientadas pela abordagem do profissional de referência. No entanto, melhorar a competência do cuidador é uma noção complexa e necessita ir além de uma definição teórica. Significa prover as famílias de conhecimentos, habilidades e recursos para identificar problemas na rotina das famílias decorrentes das condições próprias do adoecimento de um familiar, saber como e a quem endereçar esses problemas, como conseguir suporte de especialistas e recursos, saber como determinar se o progresso está acontecendo e se encontra dentro dos interesses dos familiares, e ainda, se os objetivos refletem os valores e prioridades das famílias<sup>33</sup>.

Em síntese, nesta proposta, os programas domiciliares devem ser sensíveis à direção e metas pactuadas com a família, à rotina diária da casa, aos recursos disponíveis, bem como aos atributos e características do paciente e o potencial e capacidade dos familiares para melhorar as competências do cuidador. Portanto, o programa precisa ser bem desenhado, apropriadamente implementado e bem avaliado. Em outras palavras, o sucesso desta proposta está ancorado em um planejamento adequado, baseado em decisões consensuais e pactuadas entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, principalmente o cuidador principal.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Repensando a Atenção Domiciliar (AD) a partir da Prática Centrada na Família (PCF)

A atenção domiciliar resgata os princípios doutrinários do SUS, suas ações devem ser fundamentadas em uma abordagem integral a pessoa, o que contribui para a humanização do cuidado. Para uma abordagem integral do usuário e sua família, o espaço e a individualidade dos sujeitos devem ser respeitados e valorizados, estimulando a participação ativa de todos no processo de saúde e doença. No entanto, o cuidado em saúde no domicílio envolve complexidade e está em constante transformação, o que muitas vezes cria barreiras que devem ser enfrentadas a todo momento<sup>30</sup>. A pouco explorada troca de saberes e experiências entre profissionais e destes com as famílias, desconfianças sobre as competências e empenho do cuidador e ainda questões sociais e conflitos familiares, são alguns dos fatores que dificultam a interação entre profissional e família e afetam a assistência integral ao paciente e sua família na AD<sup>23</sup>.

O modelo de programa domiciliar com abordagem de prática centrada na família de Novak & Cusik, 2006, reforça a importância de se estabelecer relações de cooperação e colaboração entre profissional, usuário e família, com um foco especial no cuidador. O profissional de saúde deve valorizar as experiências e habilidades do cuidador na tomada de decisões, estimulando o vínculo e o envolvimento do mesmo, na prestação do cuidado. A participação ativa do usuário, família e cuidador constitui um traço importante para a efetivação da AD, o que pode contribuir para aumentar as competências para o cuidado<sup>33</sup>. A assistência prestada no domicílio não pode ser imposta pela equipe envolvida no cuidado, já que o contexto das relações familiares é sempre mais dinâmico que as ações desenvolvidas pelos profissionais<sup>30</sup>. Por isso, valorizar as experiências do cuidador na tomada de decisões pode colaborar para minimizar o distanciamento entre os profissionais e os cuidadores, especialmente no que se refere à troca de experiências e saberes, aumentando a cumplicidade e a co-responsabilidade.

Ainda que as atribuições devam ser pactuadas entre equipe, usuário e cuidador, democratizando saberes e responsabilidades, faltam diálogo e planejamento compartilhado. A PCF preconiza que todos envolvidos no processo de cuidar, sejam responsáveis pela definição de objetivos e seleção das atividades terapêuticas à serem realizadas. Para isso, é necessário que o profissional forneça informações sobre a importância de determinadas abordagens e seja capaz de estimular a família na tomada de decisões. A fixação de objetivos, levando em conta a perspectiva da família, pode contribuir para que o cuidado domiciliar seja compreendido pelos familiares, aumentando a relação de confiança entre os envolvidos, no que se refere às competências e empenho da família/cuidador na prestação do cuidado<sup>33</sup>.

Nem sempre toda família está envolvida e comprometida junto com a equipe de saúde na realização das atividades a serem desenvolvidas, e o ato de cuidar torna-se uma sobrecarga para quem o assume<sup>30</sup>. Por isso, Novack&Cusik, 2006, sugerem que a seleção das atividades terapêuticas, aconteça em combinação com os objetivos da família, com o contexto social e de acordo com as capacidades do paciente. Estas intervenções devem ser incorporadas dentro da rotina diária da família, para que não seja apenas mais uma tarefa a ser executada pelo cuidador. O que contribui para redução da fragilidade dos vínculos, garante a realização das atividades e reduz a sobrecarga do cuidador principal<sup>33</sup>.

Outros dois pontos importantes para implementação do programa domiciliar, segundo Novack&Cusik, 2006, são o apoio terapêutico regular e a avaliação sistematizada dos resultados. O contato regular com a família é essencial para garantir que o programa seja praticável<sup>33</sup>. Além disso, se esse aspecto for considerado e aplicado, ainda que este contato seja via telefone, contribuiria para atenção adequada às necessidades da família, aumentaria a confiança do cuidador na realização das condutas orientadas, favoreceria a criação de vínculos profissional-cuidador-paciente e diminuiria a demora para realização de retornos das visitas. O processo de avaliação dos resultados é importante para acompanhar o progresso e avaliar o resultado do programa tendo em conta os objetivos da família. Na prática, esta sistematização, por meio de avaliações padronizadas, possibilitaria o compartilhamento dos conhecimentos, troca de experiências e contribuiria para aumentar as competências do cuidador, com base nos resultados encontrados<sup>33</sup>.

A mudança de foco das práticas de saúde ofertadas no domicílio, entre elas a reabilitação, para as necessidades da família, é um importante componente de mudança do modelo de atenção, por considerar não só o indivíduo, mas todos os aspectos de sua história, contexto de vida familiar e condições socioambientais. Deste modo, a PCF na AD no âmbito do SUS possibilita a atenção integral aos indivíduos, e tem potencial para favorecer o estabelecimento de vínculos entre profissionais e cuidadores, aumentar a participação da família nos cuidados e melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos usuários.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Este trabalho teve como foco descrever os pressupostos da PCF e discutir os impactos desta abordagem no contexto da AD no sistema público de saúde brasileiro.
- Pelas discussões apresentadas a respeito dos serviços de AD, é possível evidenciar o potencial desta, em proporcionar mudanças no modelo de atenção à saúde, estimulando a criação de vínculos e o empoderamento das famílias. Entretanto, verificam-se diversas barreiras que comprometem a prestação do cuidado domiciliar, como: dificuldade de acesso dos usuários aos profissionais, principalmente de reabilitação, a falta de carros para o transporte e a dificuldade de acesso aos outros pontos da rede.
- A PCF surge de modo a redirecionar as práticas de saúde para as necessidades da família. Sendo assim, o foco central da PCF não está apenas no indivíduo, mas todos os aspectos de sua história, contexto familiar e condições sócio ambientais. Diante deste cenário, os cuidadores tornam-se fundamentais para o sucesso do trabalho na AD, especialmente no contexto da reabilitação, sendo estes responsáveis não só pelos cuidados básicos, mas também pela execução das orientações dadas pelos profissionais. Portanto, os pressupostos da PCF buscam além da melhora do paciente, procuram principalmente, o desenvolvimento das competências do cuidador para melhorar a prestação do cuidado aos usuários.
- Torna-se imprescindível para a implementação da PCF, programas domiciliares estruturados, baseados em decisões acordadas entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, com metas baseadas na rotina diária e os recursos disponíveis, bem como nas características do paciente e habilidades do cuidador.
- Espera-se que os resultados do presente estudo, possam favorecer a utilização dos elementos da PCF no contexto real da reabilitação em âmbito

domiciliar no SUS, visando à integralidade da assistência e melhora na qualidade da atenção.

## REFERÊNCIAS

1. TARRICONE, R; TSOUROS, A. D. **Home care in Europe: the solid facts**. WHO Regional Office Europe, 2008. Disponível em: URL: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.
2. SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.
3. FEUERWERKER, L.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.
4. RODRIGUEZ T. M. M.; ROCHA S. S.; PEDROSA J. I. S. Visita Domiciliar Como Objeto de Reflexão. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.4, n.3, p. 44-47, 2011.
5. REHEM, T. C.; TRAD, L. Assistência Domiciliar em Saúde: Subsídios para um Projeto de Atenção Básica Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.10, p.231-242, 2005.
6. BRASIL. **Portaria nº 963**, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção domiciliar no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Diário Oficial do Distrito Federal. Brasília, 28 de maio de 2013.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar No SUS: Resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, 2014 ñ (série técnica navegador SUS, n. 9). Acessada, na íntegra, na biblioteca virtual em saúde do Ministério da saúde: [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs).
8. LACERDA, M. R. *et al.* Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 88-95, 2006.
9. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. NESCON. Atenção domiciliar na rede básica de saúde. **Disponibilizado pelo Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância**. 2013. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br>.
10. MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.
11. PEREIRA, P. B. **Atenção domiciliar e produção do cuidado**: apostas e desafios atuais. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública, 2014.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção Básica - Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, v.1, n. 33, 2014.

13. ARAÚJO, R. E. **Análise Exploratória dos Indicadores de Resultado dos Núcleos de Apoio a Saúde da família (NASF):** a experiência de Belo Horizonte. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.
14. MENDES, A. O; OLIVEIRA, F.A. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com**, v. 2, n. 8, 2007.
15. CUNHA, C. L. F.; GAMA, M. E. A. A Visita Domiciliar no Âmbito da Atenção Primária em Saúde. In: MALAGUTTI W. (organizador). **Assistência domiciliar: atualidades da assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 p.
16. CUNHA, M.A.; MORAES, H.M. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1651-60, 2007.
17. BELO HORIZONTE. **Arquivo síntese do PAD fornecido pela Prefeitura de Belo Horizonte**. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/>.
18. DA COSTA, J. L. *et al.* A fisioterapia no programa de saúde da família: percepções dos usuários. **Ciência & Saúde**, v. 2, n. 1, p. 2-7, 2010.
19. AGRELI H.F.; PERUZZI M.; SILVA M.C. Atenção Centrada não paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, 2016.
20. CARAPINHEIRO, G. Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais. **Etnográfica**, v. 2, p. 335-58, 2001.
21. TRACER STUDY. **Book 1: Child Labour Impact Assessment Toolkit: Tracer Study Manual**. International Labour Office, International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC) - Geneva: ILO, v. 3, 2011.
22. KESSNER, D. M.; KALK, C.E.; SINGER, J. Assessing health quality-the case for tracers. **New England Journal of Medicine**, v. 288, n. 4, p. 189-194, 1973.
23. GROSSI J. B. **Análise da atenção domiciliar no âmbito da reabilitação no SUS/BH a partir de casos traçadores**. 2016. 101. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016.
24. SÃO PAULO. **O que é uma revisão de literatura**. Instituto de Psicologia ã USP. Biblioteca Dante Moreira Leite. Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/portal/images/biblioteca/revisao.pdf>
25. BRASIL. Ministério da saúde. **Atenção domiciliar no sus: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**. Organização Pan-americana da saúde. Brasília, 2014.
26. AMARAL, NN *et al.* Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Rev Neurociencias**, v. 9, n. 3, p. 111-17, 2001.

27. THOMÉ, B; DYKES, AK; HALLBERG, Rahm, I. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. **Journal of clinical nursing**, v. 12, n. 6, p. 860-872, 2003.
28. SILVA, K.L *et al.* Internação domiciliar no Sistema único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005.
29. DE NASARÉ CARVALHO, M.; FRANCO, T. B. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, 2015.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. **Caderno de Atenção Domiciliar**, Brasília, v.2, n.30, 2012.
31. BMM, E. L.; ROSENBAUM, P. Family-centered theory: origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 89, n. 8, p. 1618-1624, 2008.
32. JOLLEY, J; SHIELDS, L. The evolution of family-centered care. **Journal of pediatric nursing**, v. 24, n. 2, p. 164-170, 2009.
33. NOVAK, I; CUSICK, A. Home programmes in pediatric occupational therapy for children with cerebral palsy: Where to start?. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 53, n. 4, p. 251-264, 2006.
34. LINDEKE, L. L. *et al.* Family-centered care coordination for children with special needs across multiple settings. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 16, n. 6, p. 290-297, 2002.