**A ATENÇÃO DOMICILIAR E O PAPEL DO CUIDADOR: REFLEXÕES ACERCA DA PRODUÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZADO NO SUS**

**Elisângela D’ Oliveira Paula Sousa1**

1Acadêmica de Medicina, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro.

**(elispsousa1@gmail.com)**

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A Atenção Domiciliar amplia o acesso e viabiliza a produção e continuidade do cuidado integral e humanizado no Sistema Único de Saúde. A adequada execução desse modelo de assistência exige inúmeras ações, dentre elas, a manutenção da saúde daquele que desempenha o árduo papel de cuidador. **METODOLOGIA:** Estudo do tipo relato de experiências de acadêmica de Medicina da Universidade Federal Fluminense integrada a uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A Atenção Domiciliar possibilita a permanência do usuário no meio familiar/comunitário. Essa assistência exige a adequada comunicação entre equipe, paciente e cuidador, este último geralmente associado a esgotamentos físico e mental, com importantes impactos na produção do cuidado. **CONCLUSÃO:** A Atenção Domiciliar requer planejamento que contemple as múltiplas necessidades/realidades dos pacientes/cuidadores para que o encontro se traduza na produção e continuidade de cuidado integral e humanizado no Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Assistência Integral à Saúde. Serviços de Assistência Domiciliar. Esgotamento do Cuidador.

**Área temática:** Temas Livres em Saúde

**INTRODUÇÃO**

O aumento da expectativa de vida e do número de pessoas convivendo com doenças crônicas não transmissíveis e outras condições associadas à saúde impõem grandes desafios à produção e continuidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). A pluralidade dos perfis dos usuários assistidos exige a (re)estruturação dos serviços ofertados e a adoção de novas medidas que garantam um cuidado integral e humanizado.Com a finalidade de ampliar o acesso e garantir a assistência, novas modalidades de atenção são desenhadas no SUS, como a Atenção Domiciliar (AD).

A Constituição de 1988 elenca a saúde como direito de todos e dever do Estado. Nesse contexto, uma das medidas para sua promoção, proteção e recuperação e garantia de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (BRASIL, 1988) é o exercício da AD, que permite a assistência aos usuários em sua residência. Essa modalidade de assistência requer a criação de vínculos positivos mediante adequada comunicação entre os envolvidos com o cuidado, sobretudo o paciente e, quando presente, seu cuidador.

A AD possibilita ao profissional estabelecer o melhor plano de cuidado a ser ofertado de modo a garantir a sua continuidade. Esse modelo de atenção observa princípios que compreendem a ampliação e a equidade do acesso, bem como a efetivação de um acolhimento integral no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2016). Sendo assim, este estudo tem por objetivo produzir reflexões acerca da importância da AD e do papel do cuidador na produção e continuidade do cuidado no SUS.

**METODOLOGIA**

Este trabalho se trata de um estudo do tipo relato de experiências de uma acadêmica de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) integrada a uma Clínica da Família localizada no município do Rio de Janeiro, com jornada de dez horas semanais no período de 17 de março a 22 de dezembro de 2023. As atribuições da acadêmica englobavam, entre outras, o desenvolvimento de atividades assistenciais tanto na unidade quanto no território e a participação na elaboração de planos de ação e estratégias de cuidado mediante a tríade ensino-serviço-comunidade, o que possibilitou a construção deste relato por meio das situações observadas e, sobretudo, experienciadas.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A AD é uma modalidade de atenção integrada à RAS e compreende um conjunto de práticas que objetiva a prevenção e o tratamento de inúmeras doenças, assim como a reabilitação, paliação e promoção da saúde dos usuários no domicílio de modo a garantir a continuidade do cuidado (BRASIL, 2016). Ao contribuir para a redução do número de internações e do tempo de permanência do usuário em unidades hospitalares, a AD possibilita que pacientes elegíveis para essa forma de assistência permaneçam no convívio familiar e comunitário (BRASIL, 2016).

Quando uma visita domiciliar (VD) é agendada pela equipe da Unidade Básica de Saúde/Atenção Primária à Saúde (UBS/APS), ela não se limita ao momento do encontro com o usuário; para que seja bem executada, a VD exige a observância de inúmeras etapas que precedem e sucedem o deslocamento dos profissionais pelo território, assim como a construção de vínculos positivos entre equipe e paciente e, quando presente, seu cuidador, sendo esse definido como aquele que, independentemente da existência de conexão familiar, assiste o paciente em suas necessidades e atividades diárias (BRASIL, 2016).

Nas visitas realizadas enquanto acadêmica, juntamente à equipe da APS, diversos eram os perfis dos assistidos e a função de cuidador era frequentemente exercida por algum familiar. A difícil condição socioeconômica de muitas famílias impossibilitava a contratação de profissional qualificado para auxiliar no cuidado. Em muitas ocasiões, havia apenas um cuidador por domicílio devido à existência de uma rede sociofamiliar fragmentada que dificultava que outra pessoa se corresponsabilizasse pelo cuidado.

Compartilhar o cuidado com o usuário e com aqueles que fazem parte de seu contexto sociofamiliar e dar-lhes a posição de protagonista é fundamental para a promoção e a manutenção da saúde (BRASIL, 2013). No entanto, a complexidade em estabelecer essa rede de apoio para o usuário e seu cuidador impõe uma série de desafios à produção e à continuidade do cuidado integral e humanizado fora do ambiente físico da unidade de saúde; é importante levar o cuidado para além desses muros.

Nos domicílios, reiteradamente era possível encontrar cuidadores que há bastante tempo não frequentavam a APS para cuidar da própria saúde. Muitas vezes, essa função era desempenhada por mulheres que eram mães, esposas, responsáveis por organizar o lar, entre outras tarefas, não lhes restando tempo para produção do próprio cuidado. Ademais, perante cuidadores de longa data, a situação era mais desafiadora: além do isolamento social, uma vez que dificilmente conseguiam participar da vida familiar/comunitária, muitos enfrentavam problemas decorrentes dos contínuos esgotamentos físico e mental.

Cuidar do outro é tarefa complexa e o cuidador encontra-se constantemente sobrecarregado, o que exige avaliação e acompanhamento contínuos pela equipe de saúde quanto à presença de sinais/sintomas psíquicos e físicos (BRASIL, 2020, p. 87). Frente à necessidade de mobilização do paciente no leito ou da execução de outras atividades que exijam esforço físico, significativa pressão é imposta ao corpo do cuidador ao desempenhar sozinho esse papel. Dessa forma, dores crônicas em joelhos e região lombar e, no caso das mulheres, até mesmo as distopias genitais, eram algumas das complicações encontradas.

O esgotamento mental perante o processo de adoecimento também compromete a qualidade de vida dos envolvidos com o cuidado. Ele se apresenta diariamente como ansiedade, raiva, tristeza, irritabilidade, entre outros sentimentos (BRASIL, 2012, p. 45). Em situações de falecimento, a dificuldade do cuidador em passar pelo luto exige importantes habilidades dos profissionais e sobretudo sensibilidade, afinal, além do sentimento de “vazio” e da sensação de inutilidade, por vezes o cuidador passa a questionar se o que fez foi suficiente, retroalimentando um ciclo de sofrimento mental.

Durante as VDs, foi possível observar que, mesmo nas famílias com numerosos integrantes, a distância física ou as desavenças muitas vezes isolavam o usuário e seu cuidador. Havia ainda cuidadores com dificuldades em compartilhar o cuidado e diversos eram os motivos: convicção de que somente eles cuidavam bem do paciente, dificuldade em estabelecer boa relação com familiares/vizinhos, sentirem-se incapazes caso requeiram ajuda de terceiros etc. Nesses cenários, é fundamental a criação de estratégias que abordem as famílias considerando os múltiplos contextos/realidades nas quais estão inseridas (BRASIL, 2012, p.21).

Encontrar ferramentas para compartilhar o cuidado, oferecer suporte ao cuidador, capacitá-lo para lidar com as situações diárias, criar novos vínculos e reestabelecer os perdidos (BRASIL, 2016; BRASIL, 2020, p. 88) são ações essenciais para garantir o acesso à saúde e estabelecer/manter a harmonia familiar (BRASIL, 2012, p.29). A produção e a continuidade do cuidado dispensado a um paciente em sua residência também dependem da manutenção da saúde física e psíquica daquele que exerce a função de cuidar.

Portanto, realizar reuniões periódicas para discutir cada caso, traçar condutas que incluam os envolvidos pelo cuidado, orientar o cuidador quanto as suas atribuições, esclarecer dúvidas e estimular sua participação em grupos de apoio para compartilhar experiências e saberes, realizar visitas periódicas, adotar escuta qualificada que acolha as reais necessidades dos usuários/cuidadores, entre outras práticas, são medidas fundamentais para otimizar a assistência, produzir cuidado humanizado e integral e tornar palpáveis os princípios de universalidade de acesso, integralidade e equidade da assistência no SUS.

**CONCLUSÃO**

Para que o encontro se traduza na produção e continuidade de um cuidado que seja integral e humanizado, uma VD necessita de planejamento que contemple as múltiplas necessidades e realidades nas quais os sujeitos estão inseridos. É fundamental estar sensível às diferentes tonalidades que os esgotamentos físico e mental podem assumir, uma vez que o olhar e a escuta qualificados podem capturar nas entrelinhas os pedidos de socorro que o cuidador faz à equipe.

Na AD, diante de famílias fragmentadas, não cabe ao profissional efetuar juízo de valor, censurar ou acirrar ânimos. É importante levar em consideração suas histórias de vida, acolher as demandas tanto do paciente quanto de seu cuidador, colocar-se à disposição e estabelecer/cumprir metas que tenham potencial para afetar positivamente aquela realidade. Afinal, quando um paciente/cuidador abre as portas de sua residência significa que esse tem confiança naquele que é convidado a entrar e a dividir espaço e vivências.

**PRINCIPAIS REFERÊNCIAS**

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas**. Diário Oficial da União. 26 abr. 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxOQ==>. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 30 set. 2023.