

O NASCIMENTO DOS CUIDADORES FAMILIARES

TAÍS ALVES FARIAS¹; SILVIA FRANCINE SARTOR²; CRICIÉLEN GARCIA FERNANDES³; JOSÉ HENRIQUE DIAS SOUSA⁴; JÉSSICA ROSSALES DA SILVA⁵; STEFANIE GRIEBELER OLIVEIRA⁶

¹Universidade Federal de Pelotas– email: tais_alves15@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas–email: sii.sartor@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas– email: cricielen@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas– email: zeedds@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas–email: jessicarossales94@gmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – email: stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Os espaços para realização de tratamento e controle de doenças se configuram de diversos modos e ganham ênfases em diferentes períodos históricos e culturais. Conforme Foucault (1977), no século XVII-XVIII, o hospital era considerado um lugar de produção de doenças, além de desnaturalizar a própria doença por ser um espaço artificial. Além disso, possibilitava o contato de um doente com outros, além da solidão do paciente por estar distante de seus familiares. Nesse contexto, o ambiente domiciliar era pensado como o melhor espaço para a recuperação, uma vez que o doente se encontrava no seio familiar. Sem dúvida alguma, o doente, não era capaz de trabalhar, e se fosse colocado no hospital, poderia se tornar uma dupla carga para a sociedade, visto que a assistência iria beneficiar somente ele, enquanto sua família estaria abandonada e exposta à miséria e à doença.

Todos esses argumentos eram utilizados para que não ocorresse a hospitalização, pois os cuidados realizados pelos que cercam o doente, não custariam nada ao Estado (FOUCAULT, 1977). Somente mais tarde, a partir do Século XIX, o hospital passou a ser a instituição que ordenava, organizava e fazia circular as coisas, de uma maneira mais econômica para o Estado (FOUCAULT, 2007a). Atualmente, o paciente crônico que necessita de baixa tecnologia é deslocado para seu domicílio, amparado por discursos que legitimam a institucionalização da casa do paciente, com uma equipe de saúde e o suporte que prepara um familiar para realizar o cuidado (OLIVEIRA, 2014).

A atenção domiciliar (AD) é uma modalidade de assistência que passou a ser considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde o início do século XXI, justificada através de um pronunciamento que citava o aumento epidemiológico das doenças crônico-degenerativas, que necessitam de um longo período de assistência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Sendo esse cuidado, ao paciente com condições crônicas ou em situação de terminalidade, realizado no domicílio, faz-se necessário a presença de alguém que realize o cuidado e, com isso, surja esse sujeito que irá executar tal ação: o cuidador. O objetivo desse trabalho é refletir como surge esse sujeito cuidador.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão produzida pelo grupo de estudos Grupo de Estudo sobre Práticas Contemporâneas do Cuidado de Si e dos Outros, que ocorre desde agosto de 2014, na Faculdade de Enfermagem da UFPEL. Tais discussões originaram o Projeto de Extensão “Um olhar sobre o cuidador familiar: quem cuida merece ser cuidado” e o Projeto de Pesquisa “Formas de ser

cuidador familiar: práticas que falam de si”. Especificamente nessa reflexão, tratamos do nascimento do cuidador, como ao longo do tempo histórico, ele surge e seus deslocamentos na sua função conforme diferentes períodos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O nascimento dos cuidadores é de inspiração Grega. Segundo Zaidhaft (1990), na antiguidade a morte era dada em público, e Hipócrates evidenciou a morte inevitável de uma nova maneira, e deu forma a esse tipo de cuidado, com aspectos como *primum non nocere*, constituindo métodos paliativos quando a doença parecia mortal. Assim, classificou as doenças em três tipos: as que curam por si, as que precisam de auxílio médico e as mortais. As doenças mortais, na visão de Hipócrates, revelavam o fim da vida e o fim da doença, e para isso não se fazia necessária a presença do corpo médico, e sim do familiar que iria confortar e usar de métodos paliativos para este indivíduo. A figura de Nicômaco tem como inspiração os cuidados de Hipócrates, pai de Aristóteles e médico pessoal de Amintas II, que também efetivava os métodos paliativos em casos de doenças mortais (AZEVEDO, 2006).

Com o deslocamento temporal, a morte foi expressando modificações quanto a seus cuidados, passando pela medievalidade, onde a morte era encarada como fenômeno da natureza ou como vontade divina, e os cuidados não eram exercidos a fim de postergar ou paliá-la. Somente a partir do século XIX, a visão de morte é tida como instrumento que possibilita conhecer a verdade da vida e da natureza, e o médico começa a buscar na morte a forma plena da doença. Passando assim para o cuidado nosocomial, onde o médico é protagonista e efetivador dos cuidados, medicalizando a morte, tolhendo o cuidado paliativo e domiciliar (AZEVEDO, 2006).

Segundo Kubler-Ross (1975), a morte representa a vulnerabilidade humana apesar de todas as tecnologias. esta forma, é necessário que se faça dessa morte algo favorável e confortável em seus domicílios, surgindo questionamentos sobre a imperiosa condição de estar até o fim em um hospital e inspirando novos métodos para este tipo de conjectura, voltando à visão hipocrática do cuidado domiciliar. Outros estudos realizados proferem opiniões de cuidadores familiares sobre o processo de morte e morrer em casa. Segundo McGrath e Joske (2002), os familiares consideram o acompanhamento do processo de morte e morrer no domicílio confortável, uma vez que, conforme Wong e Ussher (2009) possibilita a despedida. Com isso, gera-se sentimento de satisfação por atender às necessidades dos moribundos (BURNS, et al., 2011; MCGRATH; JOSKE, 2002).

No início do século XXI, emerge o estatuto do idoso, designando aos familiares a responsabilidade de manter a qualidade de vida do idoso. Também salienta a necessidade de garantirmos que os direitos dos idosos sejam respeitados, despertando na população um interesse em fiscalizar como estes são atendidos por sua família. Os familiares passam a ser reconhecidos como quem tem o dever de cuidar; controlados pela sociedade, já que qualquer pessoa pode realizar denúncias; e pelo poder público, que irá identificar a família e intervir nos casos de negligências (BRASIL, 2003).

No mesmo período, surge a Política Nacional da Humanização (PNH), outra condição de possibilidade para o surgimento do cuidador familiar. A PNH propõe inúmeras mudanças na forma de ofertar assistência à saúde, com a intenção de tornar a dignidade do paciente uma prioridade, minimizando sua exposição a situações de fragilidade. Até então, o direito do paciente ter um

acompanhante não era garantido, porém, com as preconizações da política refletindo sobre a atuação dos profissionais, a presença do acompanhante/cuidador familiar, passa não somente ser aceita, mas também vista como necessária e fundamental (BRASIL, 2004).

Neste cenário, onde há determinada valorização da inserção de acompanhantes nas instituições hospitalares e responsabilização da família pelo cuidado do idoso, a AD começa tornar-se uma modalidade vantajosa de assistência. Na AD, os pacientes permanecem no conforto de seus lares, contando com a atenção de um cuidador familiar, que aceitará sua função ao ser objetivado por diversos fatores, entre eles os discursos encontrados nas políticas em destaque.

O crescimento do atendimento domiciliar no Brasil é recente (BRASIL, 1997; 2006; 2011; 2013). Esta modalidade de prestação de serviços ocorre tanto no setor privado quanto no setor público, fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde que, pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares, buscam saídas para uma melhor utilização dos recursos financeiros. A internação domiciliar compreende o conjunto de atividades prestadas no domicílio a indivíduos clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados de menor complexidade que no ambiente hospitalar.

4. CONCLUSÕES

Este trabalho discutiu a necessidade do cuidado direcionado ao cuidador e a importância de seu papel; o cuidador em diversos períodos históricos, e o surgimento da atenção domiciliar consolidando ainda mais o papel desse cuidador. Pensar esses temas acrescentam em nossa formação acadêmica o hábito de observar e praticar novos meios de cuidados, visando a interação dos familiares envolvidos com o paciente em questão, auxiliando em suas necessidades de forma a desenvolver um cuidado ao cuidador, integrando o mesmo a práticas de melhora de sua própria saúde em benefício de um melhor bem estar tanto seu como do paciente enfermo. Com tudo, haverá uma diferenciação na prática exercida pelos enfermeiros que possuem conhecimento da importância do olhar para o cuidador, pois não apenas o paciente será amparado como também sua família e cuidador serão atendidos e cuidados em suas necessidades.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, L. A. **Abordagem do Cuidado Domiciliar de Pacientes sem Perspectivas de cura: Aprendendo com Clínicos e Pediatras**. 2006. 61p. Monografia – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.892, de 18 de dezembro de 1997. Incorpora a modalidade Internação Domiciliar ao Sistema único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez. 1997. Seção I, p. p.38.

BRASIL, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília: DF, outubro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. **Humanização como eixo**

norteador das práticas de atenção e gestão em todas esferas do SUS, 2004. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 18 set. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 out. 2006. Seção I, p.145-148.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 out. 2011. Seção 1, p. 44-46.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 jun. 2013. Seção I, p.37.

BURNS, C. M. *et al.* What is the role of friends when contributing care at the end of life? Findings from an Australian population study. **Psycho-Oncology**, Chichester, v.20, n.2, p. 203–212, feb. 2011.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital in: MACHADO, Roberto (org). **Microfísica do Poder**. 23ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007a. p.57-64.

FOUCAULT, M. Michael. A Governamentalidade. In: _____. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007b. p.163-172.

KUBLER-ROSS, E. **Morte**: estágio final da evolução. Rio de Janeiro: Ed Record, 1975, 215p.

MCGRATH, P.; JOSKE, D. Palliative care and haematological malignancy: a case study. **Australian Health Review**, Melbourne, v.25, n.3, p.60-66, 2002.

OLIVEIRA, S. G. **Melhor em casa?** Um estudo sobre a atenção domiciliar. Tese. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014

WONG, T.; USSHER, J. Bereaved informal cancer carers making sense of their palliative care experiences at home. **Health and Social Care in the Community**, Oxford, v.17, n.3, p.274-282, may 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Home-based Long-term Care: Report of a WHO Study Group**. Who study group on home-based long-term care, 2000.

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1990, 165p.