

HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

KIMBERLY LARROQUE VELLEDA¹; JOSÉ RICARDO GUIMARÃES DOS SANTOS-JUNIOR²; ALINE DAIANE LEAL DE OLIVEIRA³; NATHIELE CARVALHO MICHEL⁴; FERNANDA SANT'ANA TRISTÃO⁵; STEFANIE GRIEBELER OLIVEIRA⁶

¹*Universidade Federal de Pelotas – kimberlylaroque@yahoo.com.br*

²*Universidade Federal de Pelotas – josericardog_jr@hotmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – lileal.martins@gmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas – nathii_mic@hotmail.com*

⁵*Universidade Federal de Pelotas – enfermeirafernanda1@gmail.com*

⁶*Universidade Federal de Pelotas – stefaniegriebeleroliveira@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

No início do século XXI a Organização Mundial de Saúde (OMS) se pronunciou a cerca da Atenção Domiciliar (AD), preconizando que pacientes com doenças crônico-degenerativas fossem atendidos no âmbito da atenção primária, ou seja, internados no domicílio (OMS, 2003). A concretização da AD como uma modalidade de cuidado que envolve todo o contexto domiciliar do indivíduo, propicia um cuidado mais humanizado e menos técnico quando comparado à situação nosocomial. Além de possibilitar a desospitalização, essa modalidade assistencial proporciona conforto, tornando-se mais favorável a qualidade de morte do paciente (NETO; MALIK, 2007), pois é realizada em um ambiente familiar, estabelecendo uma proximidade com os demais familiares que podem realizar os desejos do doente (MILBERG *et al.*, 2003; WENNMAN-LARSEN, TISHELMAN, 2002). Os discursos proferidos por meio da Política Nacional da Humanização (PNH) ajudam a compor o discurso da AD, pois propõem inúmeras mudanças na forma de ofertar assistência à saúde, atentando para a dignidade do paciente e a necessidade de minimizar sua exposição a situações de fragilidade (BRASIL, 2004). Desse modo, objetivamos com este trabalho problematizar a humanização como possibilidade para o surgimento da AD.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma análise documental, de inspiração foucaultiana que faz parte da Tese 'Melhor em casa? Um estudo sobre atenção domiciliar' (OLIVEIRA, 2014). Tal proposta busca desconstruir verdades, realizar uma análise externa à racionalidade moderna, colocando em suspeita as 'verdades absolutas' (COSTA; SILVEIRA; SOMMER, 2003), possibilitando entender os deslocamentos entre os espaços de saúde. O material empírico foi constituído por documentos legais como: políticas públicas, portarias, resoluções, entre outros documentos que se referiram às formas de AD em saúde, publicados no Diário Oficial da União (D.O.U), desde o início do século XX. O material foi encontrado no sítio Jus Brasil (<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>), os documentos foram lidos e selecionados por sua relação com a AD em saúde. Tais documentos foram: Portaria n. 2.416, de 23 de março de 1998, codificada como D1; Portaria n.2.529 de 19 de outubro de 2006, como D2; Portaria n. 1.395 de 9 de dezembro de 1999, como D3.

As ferramentas de análise utilizadas foram: governo e discurso. Para FOUCAULT (2004) o discurso deve ser visto como um monumento, não tendo possibilidade de ver algo que está por traz, uma vez que ele está dado. O governo refere-se à ação ou ato de governar, que consiste em um conjunto de práticas,

instituições e saberes voltados à população. Esses mecanismos, não funcionam como os da lei ou os da disciplina, que repercutem de maneira mais homogênea, mas atuam fazendo com que a ação dos que governam seja necessária e suficiente (FOUCAULT, 2008).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em nossas análises encontramos o discurso da humanização como condição de possibilidade para o aparecimento da atenção domiciliar, que são os cuidados em longo prazo direcionados a pacientes idosos, portadores de condições crônico-degenerativas e com câncer avançado.

A internação domiciliar proporciona a humanização do atendimento e acompanhamento de pacientes cronicamente dependentes do hospital [...] a adequada desospitalização proporciona um maior contato do paciente com a família favorecendo a sua recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares (D1).

[...] processo terapêutico humanizado de redução do sofrimento em situação de cuidados paliativos, onde o alívio da dor e, porque não dizer, uma boa morte é o objeto do processo de trabalho em saúde (D2).

O discurso da AD produz efeitos nos profissionais de saúde, pois conforma um saber científico que os atravessa, por trazer fortes argumentos: humanização no atendimento, contato com a família, favorecimento para a recuperação, redução do sofrimento, boa morte e diminuição do risco de infecção hospitalar. Para que seja realizado o cuidado domiciliar as instituições disponibilizam equipes multiprofissionais e equipamentos, porém a AD não exige a vigilância contínua dos profissionais de saúde e demanda menos recursos tecnológicos e matérias, reduzindo os gastos com internações hospitalares. O paciente permanece em seu domicílio, recebendo cuidados executados por seus familiares, que assumem, com o apoio da equipe, o papel de promover recuperação, conforto, alívio do sofrimento, e quem sabe, uma boa morte no domicílio. Como mostra o estudo de CORDEIRO (2013), as ideias de boa morte no domicílio e proximidade com a família, já circulam em revistas que trazem a ideia de que morrer bem é morrer em casa. Nessa lógica, peças como a família e os cuidados paliativos se articulam, minimizando os danos para o sujeito e potencializando investimentos em saúde, especialmente, quando se trata da otimização de leitos hospitalares.

Amparadas por justificativas de qualificação da atenção, por preceitos da humanização e pela redução da exposição ao risco de infecção hospitalar, as instituições encaminham os pacientes para AD, economizando recursos materiais e humanos. Em uma analítica do discurso da humanização da saúde, OLIVEIRA e KRUSE (2006) mostram que na década de 70, o discurso voltava-se para práticas de amor ao próximo e benevolência; já nas décadas de 80 e 90, a humanização estava voltada para a motivação das equipes de saúde, a implementação do processo de enfermagem, a interação com a família e orientações pós alta-hospitalar. Nas décadas seguintes, além dos significados anteriores, os discursos da humanização contemplavam o respeito à tomada de decisão e à autonomia das pessoas, o direito a informação e o vínculo entre equipe e usuário. Com isso, o discurso da humanização apoia os propósitos da desospitalização, pois se opõe ao modelo centrado na tecnologia e no hospital, propondo práticas inter-relacionais entre profissionais de saúde e usuários, além da inclusão e valorização da família no cuidado ao paciente.

A humanização também pode ser vista como estratégia de governamento, uma vez que os profissionais devem governar a agonia, e estabelecer uma relação de confiança, orientando e apoiando os familiares do paciente em AD. Governando mais efetivamente, devido à proximidade com os cuidadores.

Assim, a parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se, assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento (D3).

O cuidador é um ator relevante para a efetivação da atenção domiciliar e deve ser considerado um elemento importante na articulação e no agenciamento de recursos e esforços para a consecução dos projetos terapêuticos formulados (D2).

O vínculo entre profissionais de saúde e usuários e valorização do papel do cuidador como executor da AD, são enunciados que circulam nos discursos dessa modalidade assistencial. Assim, os profissionais de saúde são fabricados nessa lógica de assistência domiciliar, com a função de valorizar o cuidador, ser seu parceiro, auxiliando na produção desse sujeito útil, que tem papel relevante na manutenção do paciente em casa. Nesse sentido, a AD possui caráter político de governo das populações, em especial a de idosos, portadores de condições crônico-degenerativas, pacientes oncológicos, também incluindo os familiares que serão cuidadores. Assim, os profissionais são constituídos por tais discursos que funcionam tanto como instrumento da biopolítica como forma de operacionalizá-la.

4. CONCLUSÕES

Construir um trabalho com referencial pós-estruturalista nos permite desnaturalizar discursos tidos como verdades absolutas, analisando as condições de possibilidade existentes para que ocorram transições, que fazem emergir novas formas de se pensar em assistência a saúde, constituindo sujeitos e práticas. Problematizando as políticas de AD, é possível identificar que as mesmas estão atravessadas pelo discurso da PNH, que preconiza mudanças em prol do bem estar dos usuários. No entanto, a desospitalização não favorece somente o doente e seus familiares, também controla os gastos das instituições hospitalares com investimentos de recursos humanos e materiais para pacientes sem possibilidades de cura. Refletir sobre essas questões permite que os profissionais da saúde identifiquem os interesses que se cruzam para que uma política seja desenvolvida, para que estes não atuem de forma mecânica, reproduzindo discursos e práticas impostas, sem avaliar o contexto de cada usuário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 mar. 1998. Seção I, p. 106.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395 de 9 de dezembro de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 dez. 1999. Seção I, p. 20-24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

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.

CORDEIRO, F. R. **Eu decido meu fim?** a mídia e a produção de sujeitos que governam a sua morte. 2013. 159 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem),- Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

COSTA, M. V.; SILVEIRA, R. H.; SOMMER, L. H. Estudos culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 36-61, maio/ago. 2003.

FOUCAULT. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT. **Segurança, território e população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

MILBERG, A. et al. Advanced palliative home care: next-of-kin's Perspective. **Journal of Palliative Medicine**, New York, v.6, no. 5, p.749-756, Oct. 2003.

NETO, G.V.; MALIK, A.M. Tendências na Assistência Hospitalar. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 825-839, 2007.

OLIVEIRA, C. P.; KRUSE, M. H. L. A humanização e seus múltiplos discursos: análise a partir da REBEn. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.1, p.78-83, fev. 2006 .

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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

WENNMAN-LARSEN, A.; TISHELMAN, C. Advanced home care for cancer patients at the end of life: a qualitative study of hopes and expectations of family caregivers. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, London, v.16, no.3, p.240-247, Sept. 2002.