

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

RUI DE ARAÚJO MOREIRA

**CUIDADORES LEIGOS: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE FRENTE ÀS
DEFICIÊNCIAS NO ATENDIMENTO DOMICILIAR**

**CUIDADORES LEIGOS: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE
FRENTE ÀS DEFICIÊNCIAS NO ATENDIMENTO DOMICILIAR**

Monografia apresentada à Coordenação do
Curso de Graduação em Enfermagem da
Faculdade Natansense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte,
como requisito parcial para obtenção do
Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Izete Soares da Silva
Dantas Pereira

**NATAL/RN
2009**

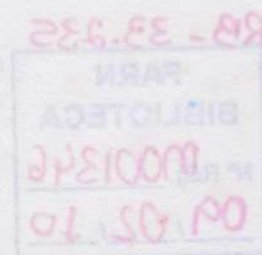
RUI DE ARAÚJO MOREIRA

**CUIDADORES LEIGOS: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE FRENTE ÀS
DEFICIÊNCIAS NO ATENDENDIMENTO DOMICILIAR**

Monografia apresentada à Coordenação do
Curso de Graduação em Enfermagem da
Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte,
como requisito parcial para obtenção do
Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Izete Soares da Silva
Dantas Pereira

NATAL/RN
2009



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN

Moreira, Rui de Araújo

Cuidadores leigos: caracterização do perfil de saúde frente às deficiências no atendimento domiciliar - RN. / Rui de Araújo Moreira. – Natal, RN, 2009.

53 f.

Orientador: Izete Soares da Silva Dantas Pereira (Dr^a.)

Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Enfermagem – Cuidador leigo - Monografia. 2. Programa Saúde da Família – Enfermagem - Monografia. I.Título.

RN/FARN/BC

CDU 616-083

Setor de Processos Técnicos



616-683
M 839C
2009
ex 01.

NATALIAN
2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

A Monografia Intitulada: **CUIDADORES LEIGOS: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE FRENTE ÀS DEFICIÊNCIAS NO ATENDIMENTO DOMICILIAR** apresentada pelo aluno RUI DE ARAÚJO MOREIRA à Coordenação do Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, foi considerada aprovada pela Banca Examinadora, abaixo discriminada:

Prof^a. Dr^a. Izete Soares da Silva Dantas Pereira
Orientadora

Prof., M.Sc. Mariluce Oliveira de Araújo
Membro Examinador

Prof., Esp. Germiniana Maria Pacheco Dutra Otero Silvério
Membro Examinador

Dedico este trabalho aos meus
familiares, minha razão de existir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e do saber.

A minha querida e generosa mãe pela oportunidade de dar esse primeiro passo em busca de minha realização profissional.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta jornada, familiares, professores, profissionais de enfermagem e etc.

Dedico - esse trabalho aos meus familiares, minha razão de existir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e do saber;

A minha querida e generosa mãe pela oportunidade de dar esse enorme passo em busca de minha realização profissional;

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a efetivação dessa jornada, familiares, professores, profissionais de enfermagem e etc..

Sábio é aquele que reconhece seus erros e é capaz de usá-los como alicerce da sua maturidade e não aquele que nunca erra.

Augusto Cury

RESUMO

A pesquisa objetivou traçar um perfil e analisar os níveis de saúde dos cuidadores idosos que, por muitas vezes, são pessoas que dedicam grande parte de suas vidas em cuidar dos entes queridos, portadores de doenças crônicas, que recebem assistência das unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), mais conhecida como Programa Saúde da Família. Cuidar de um indivíduo enfermo é uma tarefa bastante árdua, o que acarreta mudanças significativas na vida do cuidador, a oferta de atenção e assistência aos familiares idosos que se encontram em situação de vulnerabilidade frente à demanda de responsabilidades e trabalho, uma vez que além de cuidadores idosos são mães e pais com outras afazeres. Oferecer um suporte adequado para os cuidadores é um desafio que a ESF que pode ser implementado através de um atendimento interdisciplinar no âmbito do cuidado com a família e a saúde, a fim de proporcionar melhorias na qualidade de vida dos idosos e de suas famílias, buscando assim melhorar a relação entre cuidadores e familiares.

Palavras-chave: Idosos, Programa Saúde da Família, Cuidado.

Sábio é aquele que reconhece seus erros e é capaz de usá-los como alicerce da sua maturidade e não aquele que nunca erra.

Augusto Cury

RESUMO

A pesquisa objetivou traçar um perfil e analisar os níveis de saúde dos cuidadores leigos que, por muitas vezes, são pessoas que dedicam grande parte de suas vidas em cuidar dos entes queridos, portadores de doenças crônicas, que recebem assistência das unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), mais conhecida como Programa Saúde da Família. Cuidar de um indivíduo enfermo é uma tarefa bastante árdua, o que acarreta mudanças significativas na vida do cuidador, a oferta de atenção a saúde dessas pessoas e suas práticas de auto cuidado geralmente são insuficientes frente à demanda de responsabilidades e trabalho, uma vez que além de cuidadoras elas são mães e possuem outros afazeres. Ofertar um suporte adequado para os cuidadores é um desafio para a ESF que pode ser implementado através de um atendimento interdisciplinar desenvolvido por todos os membros da equipe e, ainda, através de parcerias intersetoriais, buscando assim melhorar a relação entre cuidador/doente, cuidador/consigo e cuidador/família.

Keywords: Caregiver Isyman, Family Health Program, Care

Palavras Chave: Cuidador leigo. Programa Saúde da Família. Cuidado.

LIST ABSTRACT COS

The research aimed to draw a profile and analyze the health levels of lay caregivers which in many cases are people who devote much of their lives caring for loved ones with chronic diseases, who receive assistance from units of the Health Strategy Family (ESF), better known as the Family Health Program. Caring for an ill individual is a rather arduous task, leading to significant changes in the caregiver's life, offering health care to these people and their self-care practices are generally insufficient to fulfill the demand of work and responsibilities, as well of them caregivers are mothers and have other duties. Offer adequate support for caregivers is a challenge for the ESF that can be implemented through an interdisciplinary approach developed by all team members and also through intersectoral partnerships, trying to improve the relationship between caregiver/patient, carer/you and caregiver/family.

Keywords: Caregiver layman. Family Health Program. Care

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tempo que realiza o cuidado ao enfermo	36
Gráfico 2 – A Sra é portadora de alguma doença?	37
Gráfico 3 – Se sim, de qual patologia é portador?	37
Gráfico 4 – Surgiu antes ou depois de se tornar cuidador de um enfermo?	39
Gráfico 5 – Utiliza medicamentos diariamente?	40
Gráfico 6 – O que você faz no seu dia-a-dia para cuidar de si?	41
Gráfico 7 – O (A) Sr (a) conta com alguma ajuda para cuidar do enfermo?	42
Gráfico 8 – Com que frequência vai ao médico?	42
Gráfico 9 – Durante a visita domiciliar da equipe de ESF, você recebe atenção a sua saúde?	43

2.3 TIPOS DE CUIDADORES	19
2.3.1 A importância do cuidador formal	19
2.3.2 O cuidador informal	19
2.4 O CUIDADOR LEIGO OBJETO DESTA ESTUDO	20
2.5 O CUIDADO NO DOMICÍLIO	23
2.6 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE FRENTE AOS CUIDADORES	26
2.7 PROMOVENDO ASSISTÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	27
2.7.1 Alimentação	28
2.7.2 Vestuário	28
2.7.3 Banho	29
2.7.4 Comunicação	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO	12
1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	13
1.3 OBJETIVOS	14
1.3.1 Objetivo Geral	14
1.3.2 Objetivos Específicos	14
1.4 JUSTIFICATIVA	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 O QUE SIGNIFICA CUIDAR	16
2.2 SOBRE O CUIDAR NA ENFERMAGEM	17
2.3 TIPOS DE CUIDADORES	19
2.3.1 A importância do cuidador formal	19
2.3.2 O cuidador informal	19
2.4 O CUIDADOR LEIGO OBJETO DESTE ESTUDO	20
2.5 O CUIDADO NO DOMICÍLIO	23
2.6 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE FRENTE AOS CUIDADORES	26
2.7 PROMOVENDO ASSISTÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	27
2.7.1 Alimentação	28
2.7.2 Vestuário	28
2.7.3 Banho	29
2.7.4 Comunicação	30

1 INTRODUÇÃO

3 METODOLOGIA	32
3.1 TIPO DE PESQUISA	32
3.2 UNIVERSO DA PESQUISA	32
3.3 PLANO DE COLETA DE DADOS	33
3.4 TRATAMENTO DOS DADOS	34
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	49

Estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e/ou limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas (MEDINA; SHIRASSU; GOLDFEDER, 1998). Esses dados remetem à preocupação por mais de seis milhões de pessoas e famílias, e a um e meio milhão de idosos extremamente fragilizados no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2001 (IBGE, 2002).

No Brasil, a transição demográfica e a transição epidemiológica apresentam cada vez mais um quadro de sobrevivência de idosos na dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária. Essas pessoas são familiares dos idosos, especialmente, mulheres que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tomam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos. A visibilidade social dessa personagem, porém, ainda é muito restrita, sobretudo nos países em que o envelhecimento da população vem aumentando há poucas décadas (MEDINA; SHIRASSU; GOLDFEDER, 1998).

O cuidador familiar de pessoas incapacitadas precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis e receber, em caso, periódicas visitas de profissionais como: médicos, equipes de enfermagem, de

1 INTRODUÇÃO

A freqüência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos dependentes e jovens portadores de incapacidades físicas e mentais em nosso país. A prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos e jovens dependentes e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a qual está inserida na atenção básica e constitui a porta de entrada do sistema de saúde instalado no Brasil.

A velhice sem independência e autonomia no Brasil ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, porque vem sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, impedindo qualquer visibilidade e, conseqüentemente, qualquer preocupação política de proteção social.

Estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e/ou limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas (MEDINA; SHIRASSU; GOLDFEDER, 1998). Esses dados remetem à preocupação por mais de seis milhões de pessoas e famílias, e a um e meio milhão de idosos gravemente fragilizados no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2001 (IBGE, 2002).

No Brasil, a transição demográfica e a transição epidemiológica apresentam, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idosos na dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária. Essas pessoas são familiares dos idosos, especialmente, mulheres que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos. A visibilidade social dessa personagem, porém, ainda é muito restrita, sobretudo nos países em que o envelhecimento da população vem acontecendo há poucas décadas (MEDINA; SHIRASSU; GOLDFEDER, 1998).

O cuidador familiar de pessoas incapacitadas precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis e receber, em casa, periódicas visitas de profissionais como: médicos, equipes de enfermagem, de

fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Esse apoio é fundamental quando se trata de um casal de idosos, em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

É preciso, também, chamar a atenção dos profissionais de saúde que indicam cuidados em casa a indivíduos dependentes para que sejam consideradas as mudanças sociais e econômicas que estão transformando as estruturas familiares nas cidades brasileiras e como estas podem afetar a posição e o papel tradicional do cuidador de idosos fragilizados e jovens dependentes uma vez que o tipo de cuidador pode variar de acordo com a condição social, estrutura familiar e outras particularidades de quem necessita de cuidados. Mais adiante será abordado uma sessão específica sobre tipos de cuidadores.

É relevante ressaltar que o trabalho foi dividido em três momentos distintos. Um primeiro item destinado à configuração do referencial teórico. O segundo, que serviu para apresentar os procedimentos metodológicos da pesquisa. E por fim, a apresentação dos resultados e conclusão.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A Estratégia Saúde da Família está inserida na atenção primária em saúde e é definida como o conjunto de práticas que reorientam as ações em saúde, norteando-as pela promoção, proteção, reabilitação e prevenção no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, é desenvolvida por práticas voltadas para uma população adscrita, respeitando a dinamicidade e as singularidades desta e do território no qual está inserida. Com isso, configura-se como a principal porta de entrada dos usuários no sistema de saúde. Esta é uma aposta na tecnologia leve, ou seja, na tecnologia relacional, nos laços de vínculos entre a equipe de saúde e usuários, onde ambos são partícipes e responsáveis pelo projeto de assistência (BRASIL, 2001).

Para o Ministério da Saúde:

A equipe de Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, por um médico generalista (clínica médica), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde. A condição essencial, para o êxito desta estratégia é que todos

trabalhem oito horas por dia, o que dá quarenta horas por semana, para que a partir disso, possa garantir o vínculo, ligação efetiva, com a comunidade, garantindo dedicação integral à Saúde da Família. Recomenda-se que cada equipe acompanhe entre 600 a 1000 famílias, não ultrapassando 4500 pessoas (BRASIL, 2001, p.23).

Essa equipe, de acordo com o Ministério da Saúde, passa a ter responsabilidades pelas famílias do território definido, intervindo sobre fatores de riscos aos quais a população encontra-se exposta; prestando uma assistência integral e de qualidade; realizando ações de educação e promoção da saúde; estabelecendo vínculo de co-responsabilidade; estimulando o controle social; buscando a intersetorialidade através de parcerias com diferentes segmentos sociais (BRASIL, 1997).

Assim sendo, criar vínculos significa também formar mecanismos que possibilitem a construção da autonomia dos usuários, pondo em relevância a integralidade. Formando, assim, usuários conscientes e envolvidos na missão de construir uma sociedade que priorize a saúde através da participação de forma ativa na melhoria das políticas públicas de saúde e educação.

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a proposta de ampliação da Atenção Básica trazida pela NOAS 01/2001 define como responsabilidades e ações estratégicas mínimas que devem ser adotadas por todos os municípios brasileiros o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão e do diabetes mellitus e ações de saúde bucal, de saúde da criança e da mulher. No entanto, os estados e municípios podem acrescentar ações que julguem estratégicas e necessárias a sua realidade. Essas ações são definidas essencialmente com base em seu perfil epidemiológico e demográfico, bem como em prioridades políticas (BRASIL, 2002).

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Os cuidadores leigos que, por muitas vezes, são pessoas que dedicam grande parte de suas vidas em cuidar de um ente querido, portador de doenças crônicas, no ambiente domiciliar e que recebe assistência das Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), mais conhecida como Programa Saúde da Família, a qual segundo Mendes:

1.4 JUSTIFICATIVA

Deseja criar, no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros de saúde, em que uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu hábitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo, mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolutividade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde (MENDES, 1996, p.30).

Diante da complexidade das ações de enfermagem, na atenção básica, estaremos enfatizando o atendimento domiciliar, ofertado pelas equipes de saúde, a pacientes ditos "acamados", o qual engloba toda complexidade do ambiente familiar acerca dos cuidados realizados por cuidadores leigos.

Durante as experiências nas aulas práticas, como aluno da disciplina de saúde coletiva e saúde do adulto, observei a postura de algumas equipes de saúde da família as quais realizavam um atendimento de visita domiciliar voltado diretamente para o modelo biomédico, pois não contemplavam a família como um todo em uma visão holística. Principalmente nos casos de pacientes portadores de doença crônica que tinham familiares dispostos como cuidadores leigos e necessitavam de uma atenção especial. Diante da problemática em questão, pretendeu-se, através desse estudo identificar:

Qual o perfil do cuidador leigo, seu nível de saúde e qual a oferta de cuidado que a equipe de saúde lhe proporciona?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

- Identificar de quais patologias os cuidadores leigos são mais acometidos e se a atenção da equipe de saúde para com estes é satisfatória.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar as patologias que acometem os cuidadores;
- Observar as principais dificuldades no cuidado domiciliar;
- Propor melhora na oferta dos serviços de saúde aos cuidadores leigos.

1.4 JUSTIFICATIVA

A realidade dos cuidadores leigos no Brasil é um fato preocupante. A cada dia, cresce o número de pessoas debilitadas que necessita de atenção especial, o que requer a disponibilidade de um cuidador, principalmente no ambiente domiciliar. Na maioria dos casos, um familiar se dispõe para tal atividade, o que acarreta uma mudança radical do seu modo de vida, já que muitas vezes não tem com quem dividir essa tarefa que se traduz numa sobrecarga física e emocional, acarretando agravos a sua saúde.

Sabe-se que todo ser humano possui fragilidades que podem se manifestar a qualquer instante. Assim no momento em que se exigir o apoio do cuidador leigo, esse poderá, igualmente, não ser capaz de prestar o cuidado ao doente, por necessitar de assistência a sua saúde (SOUZA, 2007, p. 342).

Contrapondo-se à necessidade do cuidado para com o paciente domiciliar, os cuidadores leigos, empenhados nessa atividade, utilizam-se muitas vezes apenas do amor e da dedicação. Tendo em vista essa realidade, fez-se necessário um levantamento acerca das condições de saúde desses cuidadores: atendimento domiciliar ofertado pela ESF; sobrecarga de trabalho; principais dúvidas em relação aos cuidados prestados dentre outros anseios dos cuidadores em questão; para um posterior planejamento de intervenções voltadas para educação em saúde, visando à melhora da qualidade de vida de acordo com o perfil de cada indivíduo que compõe o universo em questão. A pesquisa é viável, uma vez identificada às principais necessidades dos cuidadores em estudo.

(FORLENZA; CARAMELLI, 2000, p. 578).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O QUE SIGNIFICA CUIDAR

De acordo com Forlenza; Carameli (2000, p.578), o termo cuidado está vinculado ao campo da ética, tendo sido posteriormente incorporado ao vocabulário da enfermagem e do serviço social. Isso acarreta em cuidar de outras pessoas e dar-lhes o devido valor, buscando valorizar o que elas são demonstrando respeito às suas qualidades e necessidades. Além disso, a idéia de cuidar implica em ajudar a protegê-las de perigos e, acima de tudo, ter atitudes conscientes e comprometidas com o bem estar de quem é cuidado.

Para Schossler, (2007, p. 34), "O cuidado é um processo que envolve interação, sensibilidade, solidariedade e empatia para com outros seres humanos".

É importante destacar que o termo cuidado está intrinsecamente relacionado a uma questão humana de preocupação constante para com o outro. No entanto, é preciso fazer a distinção entre o cuidado que geralmente é desempenhado por um cuidador e o cuidado partilhado por um adulto em sua vida cotidiana. Este somente se processa quando há uma relação de reciprocidade entre adultos no sentido de amparar um ou ambos.

Portanto, de acordo com Forlenza; Carameli

Quando uma pessoa passa a necessitar de ajuda regular para desempenhar atividades básicas fundamentais para a vida independente, como alimentação e higiene, e outra pessoa passa a assumir estes cuidados, o relacionamento entre elas é alterado, e geralmente uma pessoa passa a fazer muito mais do que a outra (FORLENZA; CARAMELI, 2000, p.578).

A partir de então, se estabelece uma relação entre cuidador e paciente, sendo necessária a atribuição de funções para o cuidador. A relação de reciprocidade se altera, gerando uma relação de dependência, na medida em que a pessoa que precisa de ajuda passa a receber um suporte periódico do outro. O indivíduo comumente chamado de cuidador passa a desempenhar não apenas atividades relacionadas ao bem estar físico e pessoal do doente, mas também passa a ter restrições em relação à sua própria vida. As funções desempenhadas são enormes, pois as manifestações das patologias são bastante variadas e complexas,

o que leva ao cuidador ter que resguardar a saúde do portador de uma patologia, além de não deixar que isso venha trazer mal para a família que o circunda. A situação é ainda mais complicada, na medida em que as tarefas a serem desempenhadas se prolongam por anos, causando mudanças profundas na vida do cuidador, chegando até a intervir em projetos familiares, profissionais, dentre outras. O cuidador passa a ficar alerta a maior parte do tempo em relação ao doente, como, por exemplo, para que ele se alimente adequadamente ou para que não saia sozinho à rua, o que antes da doença não era necessário (FORLENZA; CARMELI, 2000).

Portanto, as AVD requerem um acompanhamento constante nas mais variadas atividades a serem desempenhadas pela pessoa que está sendo cuidada, o que pode acarretar transtornos para o cuidador. Ele que, em muitos momentos, precisa ser cuidado.

2.2 SOBRE O CUIDAR NA ENFERMAGEM

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 1999, p.33).

Partindo desse conceito, podemos entender que a vida na Terra permite-nos uma espécie de relação complexa com o que nos rodeia, desde um simples grão de areia até o maior fenômeno natural do universo. Todos os acontecimentos são parte de um todo do qual participamos e somos co-responsáveis pelo fim ou pela continuação desses processos.

Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência (BOFF, 1999, p.45).

A enfermagem teve sua consolidação como profissão através dos cuidados prestados às pessoas enfermas, sendo uma profissão desgastante e ao mesmo tempo gratificante por lidar com os limites entre a vida e a morte. Como ciência, foi através das teorias que a enfermagem conseguiu autonomia e respeito

frente às demais áreas do conhecimento. A partir desse fato, iniciaram-se as pesquisas na área da enfermagem que a solidificou como ciência na era moderna. O paradigma holístico pós-moderno remete, para enfermagem, um cuidar complexo e abrangente.

2.3.1 A importância do cuidador formal

Tornar a arte parte integrante do cuidado é fundamental em diversas disciplinas na visão corrente humanística. Nesse sentido, a enfermagem, enquanto ciência humana, e particularmente envolvida diretamente com o processo do cuidar, possui, assim, duas vertentes: como ciência realiza pesquisas possibilitando melhoria da resolutividade e enquanto arte propicia conforto, bem estar e afeto através de um envolvimento único de cada profissional com o desejo de cuidar e aliviar o sofrimento alheio (VIEIRA; ALVES; KAMADA, 2007).

Considerando o cuidar a essência da enfermagem, entende-se que o sensível está contido no componente arte do cuidado, que está no corpo de quem cuida e de quem é cuidado. Portanto, além dos aspectos técnicos, científicos e éticos, existe a implicação psicoafetiva de quem cuida e de quem é cuidado.

A literatura especializada desenvolve o papel de informar à família do

Considero Enfermagem uma ciência que, com base em seus conhecimentos científicos próprios, trabalha no cuidado ao ser humano, na prevenção e tratamento de doenças, na reabilitação, na educação em saúde, no cuidado de si e na busca dos direitos dos pacientes, no acompanhamento e no desenvolvimento do homem em todas as etapas do ciclo de vida. O foco da enfermagem é o cuidado humano, com o alcance do bem-estar do outro (SCHOSSLER, 2007, p. 34)

Propiciar o cuidado torna-se fundamental e humano para o enfermeiro, pois o faz em seu cotidiano. Assim, alia-se à proposição de que o desafio da enfermagem é o de concretizar, na prática técnica, social e política a ideologização e institucionalização de novos fundamentos para a práxis da enfermagem, como o cuidar para uma vida plena e digna.

O cuidado de enfermagem promove e restaura o bem-estar físico, já

O cuidado de enfermagem promove e restaura o bem-estar físico, o psíquico e o social e amplia as possibilidades de viver e prosperar, bem como as capacidades para associar diferentes possibilidades de funcionamento factíveis para a pessoa. Nessa perspectiva, o cuidar em enfermagem insere-se no âmbito da intergeracionalidade, pois se revela na prática com um conjunto de ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que transcendem ao tempo da ação.

Abraça, pois, diferentes gerações, imprimindo-lhes realização e bem-estar (SOUZA et al, 2005, p.268).

2.3 TIPOS DE CUIDADORES

2.3.1 A Importância do cuidador formal

De acordo com Forlenza; Caramelli (2000, p.579), são chamadas de cuidadores formais pessoas que se capacitam a fim de prestarem cuidados especiais aos idosos e/ou doentes que apresentam dificuldades ao realizar as atividades de vida diária (AVD), o que corresponde a limitações no aspecto concernente à coordenação motora, atividades cognitivas, entre outras.

De outra forma, a redução da participação dos familiares, no cuidado ao idoso e/ou doente, é uma das principais causas para a institucionalização de um cuidador formal, como é o caso de familiares que têm como objetivo fundamental a melhoria no cuidado e na prevenção de agravos à saúde de pacientes com os mais variados problemas.

A literatura especializada desempenha o papel de informar à família do doente para serem cautelosos ao contratarem o cuidador formal, fazendo uso de toda assistência necessária para o desenvolvimento das atividades de vida diária do paciente.

2.3.2 O cuidador informal

Sabe-se que os cuidadores informais são pessoas que oferecem auxílio ocasionalmente, não tendo o mesmo nível de envolvimento que os cuidadores formais apresentam com o paciente. Isto é, o cuidador informal não tem responsabilidades permanentes para com o enfermo.

Por isso, o cuidador informal acaba necessitando de um maior suporte, já que não mantém as atividades em nível permanente. Ele deve ser tratado de maneira diferenciada. A efetivação esporádica das atividades não possibilita a reflexividade que a constância das tarefas possibilita ao cuidador (FORLENZA; CARAMELI, 2000).

Além disso, a equipe de saúde encarregada pelo paciente deverá

desempenhar uma atividade de auxílio diferenciada para o cuidador formal e informal, já que ambos desempenham as suas atividades em nível de tempo diferenciado. Daí que, em muitos momentos, eles apresentam dificuldades variadas uma vez que se encontram em contextos diferentes (FORLENZA; CARAMELI, 2000).

O tipo de cuidador também se relaciona com o desenvolvimento da doença e com a posição social do doente. Quando a enfermidade se encontra muito desenvolvida ou quando o paciente é muito idoso, há a necessidade de um cuidador formal (FORLENZA; CARAMELI, 2000).

Caso o paciente tenha recursos financeiros, o mesmo também pode contratar, permanentemente, um profissional de enfermagem para lhe prestar cuidados, mudando o seu relacionamento com o cuidador.

Portanto, a definição do tipo de cuidador deve estar relacionada com as variantes investigadas perante o paciente, tais como a evolução da doença e sua situação financeira, pois os pacientes abastados podem pagar pelos serviços de uma enfermeira permanente e assim obter uma melhoria na qualidade do cuidado no domicílio.

Em suma, deve-se investigar o contexto sócio-econômico no qual o paciente se encontra situado, pois tal ambiente comporta especificidades, no entanto, sem perder de vista também as peculiaridades do desenvolvimento da patologia de base.

2.4 O CUIDADOR LEIGO OBJETO DESTE ESTUDO

O aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas leva cada vez mais indivíduos a necessitarem de auxílio para a realização de várias atividades da vida diária e, como consequência, de um cuidador.

Portanto, o aumento de portadores de doenças crônicas tem sido responsável em levar algumas famílias a vivenciarem a experiência de cuidar de portadores destas doenças, necessitando de cuidadores para proverem suas demandas. Os portadores de doenças crônicas têm comprometimentos de natureza física, psicológica, cultural e socioeconômica, devendo ser apoiados por ações que visem ao seu autocuidado, tornando-os autônomos e capazes de se cuidar e de aceitar o cuidado quando necessário (CHAVES, 2004, p. 7).

De preferência, o cuidador deve ser uma pessoa com capacitação para prestar cuidados na área da enfermagem, diferente do que ocorre na realidade e contexto social do nosso país, pois rotineiramente é visto que familiares executam tal função, portanto são pessoas as quais não foram capacitadas para tal atividade através de um curso de enfermagem, seja em nível médio ou superior, mas realizam cuidados de enfermagem, colocando em risco, muitas vezes, a qualidade de vida do paciente sob seus cuidados (KAWASAKI; DIOGO, 2001).

Revela-se então um aumento do número de cuidadores informais. O cuidador contribui de forma efetiva, uma vez que, promove a continuidade da assistência dada pela equipe, tornando-se assim, elemento terapêutico no processo de reabilitação (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005, p.660).

A atenção a doentes em domicílio envolve uma rotina de cuidados de alta complexidade, bem como, a capacidade de prevenir perdas e agravos à saúde. Tais condições podem levar o cuidador a uma situação de estresse pela necessidade de realizar atividades que estão acima das suas condições físicas, mentais e emocionais (DUZA; WEGNER; GORINI, 2007, p.338).

O item qualidade de vida, em evidência na atualidade, é uma ferramenta indispensável para verificar o estado de saúde, e promovê-lo significa uma espécie de cura a longo prazo. O autocuidado não se refere somente àquilo que a pessoa a ser cuidada pode fazer por si. Refere-se também aos cuidados que o cuidador deve ter consigo com a finalidade de preservar a sua saúde e melhorar a qualidade de vida. Ao caracterizar o cuidador domiciliar, estudos apontam que este geralmente é do sexo feminino, sendo esposa ou filha, e que possuem outros afazeres (SCHOSSLER, 2007).

É de costume e quase unanimidade que o cuidador leigo não tem com quem partilhar as atividades referentes aos cuidados para com o enfermo, resultando em sobrecarga de trabalho. As atividades de cuidado são repetitivas e incessantes, ocasionando muitas vezes isolamento social e afetivo do cuidador.

A equipe de saúde, muitas vezes, fornece somente informações técnicas e orientações sobre como estes cuidados devem ser realizados. Com isso, o cuidador domiciliar acaba não sendo percebido dentro de um contexto de atenção, como um ser que também tem necessidades de lazer, de descanso, de estar com outros membros da família, de afeto, de pertencer a um grupo social, de trabalhar, dentre outras (SCHOSSLER, 2007, p.45).

A educação em saúde possibilita ao enfermeiro desempenhar nas práticas de saúde da família, mais precisamente no atendimento domiciliar, ações abrangentes que incluam o cuidador no foco da sua assistência. Somos, enquanto enfermeiros, agentes promotores de saúde e educadores por excelência.

Fazem-se necessários estudos e reflexões que envolvam os cuidadores leigos, principalmente na área de educação em saúde desses. O cuidador, geralmente, sofre desgaste em sua saúde física, emocional e social, devido, principalmente, à carga advinda da tarefa de cuidar, o que possivelmente o transformará em uma nova demanda para o serviço de saúde (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

É necessário que o cuidador seja visto pela enfermagem como agente do processo saúde/doença e como ser passível de agravos a sua saúde, principalmente pela sobrecarga de cuidados prestados. Por vezes, esquece-se de que o cuidador leigo também é passível de apresentar desequilíbrio em sua saúde, e uma explicação para essa pouca atenção pode ser atribuída às raízes históricas da profissão (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007, p.338).

O suporte a esses seres retrata um desafio para o Sistema Único de Saúde. Nos dias atuais, observam-se ações pertinentes realizadas pelas comunidades terapêuticas e pelos grupos de apoio aos cuidadores que funcionam, através de encontros semanais, onde experiências são compartilhadas, orientando essas pessoas sobre que atitudes tomarem frente a possíveis situações comuns no dia-a-dia. Esses grupos são também uma forma de evitar o isolamento social. Somente o fato de sair de casa, conversar, ter contato com pessoas diferentes surte um efeito plausível, considerando a realidade dessas pessoas.

O Ministério da Saúde publicou recentemente uma cartilha educativa denominada: *O guia prático do cuidador*, que orienta os cuidadores em seu ofício diário. Em seu conteúdo, constam diversas atividades realizadas no dia-a-dia pelo cuidador como: exercícios respiratórios; como enfrentar dificuldades na memória; prevenção e tratamento de escaras; orientações para situações de emergências; cuidados com gastrostomia, ileostomia, colostomia e urostomia; cuidados com medicação; sonda vesical de demora; orientações de como proceder em caso de óbito entre outras necessidades do cuidador (BRASIL, 2001).

Considera-se esse fato um avanço gigantesco resultante das pesquisas na área. Possibilitar o acesso, por em prática seu conteúdo são desafios da equipe de saúde da família e principalmente do enfermeiro.

2.5 O CUIDADO NO DOMICÍLIO

O atendimento domiciliar confunde-se com a história do desenvolvimento dos cuidados à saúde. O médico inicialmente atendia seus pacientes em domicílio, freqüentava a casa das pessoas, privando-os de sua intimidade, convivendo com todos os momentos significativos da vida familiar (doenças, casamentos, nascimentos, conflitos), compartilhando de seus segredos. Isso teve especial importância no final do século XIX e início do século XX, quando os recursos terapêuticos eram limitados e colocar a pessoa doente na cama era o tratamento mais utilizado. Esse foi o período em que possivelmente os antigos médicos de família desenvolveram sua fama, pois diante dessa realidade de escassos recursos terapêuticos, sentavam à beira da cama dos doentes, ouvindo, apoiando e ajudando-os a enfrentar as dificuldades.

O cenário de atuação do médico modificou-se com a urbanização e acentuou-se a partir dos anos 1930-40, com o desenvolvimento tecnológico, a fragmentação do cuidado em especialidades, a taylorização do processo de trabalho na área da saúde e a concentração do cuidado às pessoas no ambiente hospitalar.

Para Schossler cuidado domiciliar significa:

uma ação que se realiza no domicílio a qual envolve a prevenção, promoção, acompanhamento, tratamento, recuperação e reabilitação dos clientes e sua família. A assistência a estes seres humanos, de diferentes etapas do ciclo vital, objetiva respostas as suas necessidades, para o efetivo funcionamento do contexto domiciliar (SCHOSSLER, 2007, p.34).

A Organização Mundial da Saúde define assistência domiciliar como a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos,

reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos (BRASIL, 2003).

Segundo a Resolução RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006, Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA define que:

A assistência domiciliar à saúde é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que pode ser também denominada atendimento ou cuidado domiciliar e baseia-se na plena interação do profissional com o paciente, sua família e com o cuidador, quando esse existe. Ela constitui um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio, e pode ser instrumentalizada pela visita ou internação domiciliar (BRASIL, 2006, p.45).

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Sendo nomeado recentemente de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que não possui caráter programático, e sim características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população.

A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2001).

A Estratégia de Saúde da Família orienta a utilização da assistência domiciliar à saúde, através do instrumento de visita domiciliar, como forma de promover aos profissionais sua inserção e a obtenção do conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A introdução da equipe de saúde no cotidiano provoca uma mudança considerável do dia a dia da população assistida e cabe à equipe ter uma sensibilidade aguçada em relação a fatores culturais determinantes do modo de vida da comunidade. Os profissionais precisam conhecer e compreender fenômenos culturais para uma melhor qualidade do serviço prestado.

Vislumbrando uma prática de cuidado coerente com a cultura de quem cuidamos, faz-se necessário o conhecimento e o respeito desta. A compreensão da cultura aumenta o conhecimento do cuidador, proporcionando uma abordagem mais eficaz, com identificação de problemas vinculados ao processo de saúde e doença muitas das vezes não identificada em ambientes formais de atendimento (CORTEZ; TOCANTINS, 2006, p. 803).

Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. O trabalho interprofissional na ESF assume fundamental importância para a abordagem da saúde da família, em especial na assistência domiciliar à saúde, que envolve os profissionais e as pessoas/famílias atendidas. A estratégia de saúde da família foi considerada unanimemente importante pelos profissionais de saúde pesquisados; os quais concordam que a família influencia no processo saúde-doença, e, inclusive, enumeraram as formas como essa influência pode ocorrer (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A proposta do Ministério da Saúde para Estratégia de Saúde da Família é de que o suporte de pessoas acometidas de dificuldades de locomover-se à unidade de saúde seja ofertado através do instrumento de visita domiciliar. Para tanto, a equipe de saúde é orientada a seguir um protocolo pré-estabelecido como modo de sistematizar suas atividades.

A Visita Domiciliar deve ser planejada, portanto antes de realizá-la, o visitador deve: Ter claro o(s) objetivo(s) da visita (assistencial, educativa, de avaliação, entre outros); Conferir se o paciente a ser visitado está cadastrado na Unidade de Saúde, tendo prontuário; Reunir todos os dados sobre o paciente ou a família que irá visitar, da seguinte maneira: Pesquisando com o solicitante através de anamnese: idade, sexo, motivo da solicitação, sinais e sintomas que o paciente apresenta e condições atuais; Revisando o prontuário do paciente para inteirar-se de dados que podem ser úteis... Avaliar qual o profissional da equipe é indicado para avaliar a situação trazida, e se há necessidade de mobilizar outros recursos... Levar e preencher o formulário para registro do atendimento; Ao retornar do atendimento, o profissional deve: Registrar o atendimento no prontuário; Dar a equipe e aos colegas que atendem o paciente retorno sobre o atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 12).

2.6 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AOS CUIDADORES

(DUARTE; DIOGO, 2000).

Este momento aborda questões relacionadas à atuação dos profissionais de saúde no que tange o preparo do cuidador e do cuidado que deve ser dispensado a ele, destacando as atividades que deverão ser realizadas, de acordo com cada fase da patologia, como o profissional poderá orientar o cuidador, no sentido de auxiliar o doente nas atividades de vida diária e no atendimento domiciliar.

Na fase inicial de uma doença crônica degenerativa, o profissional de saúde poderá indicar a realização de atividades com o paciente, que estimulem a verbalização e a emissão de palavras, diminuam a anomia, reduzam a apatia. Um tipo de atividade indicada para essa fase são jogos de associação lógica, com o objetivo de o idoso nomear e associar palavras e objetos de acordo com a gravura. A estrutura aplicada de referência para essa fase é a cognitiva com abordagem de incapacidade cognitiva. As patologias, de um modo geral, podem não passar desse estágio. Há aquelas que incapacitam parcialmente e não apresentam a evolução do crescimento das dificuldades. No entanto, em outros momentos, como é a doença de Alzheimer, por exemplo, há um agravamento do quadro clínico (DUARTE; DIOGO, 2000).

Na fase moderada, o profissional deverá auxiliar o paciente, aplicando atividades que estimulem a anuidade auditiva e o cognitivo. Um recurso terapêutico indicado é a utilização de objetos sonoros cuja estrutura aplicada de referência para essa fase é a cognitivo-perceptiva, com abordagem terapêutica. A abordagem de cuidado terapêutico dependerá do grau de evolução da doença e de como ela tenderá a atingir o indivíduo (DUARTE; DIOGO, 2000).

Em casos de fase terminal, a equipe de saúde terá de orientar o cuidador e a família, para realizar as atividades rotineiras do paciente, devido o mesmo estar confinado no leito. A estrutura aplicada de referência para essa fase é a dirigida ao paciente. A atuação profissional no ambiente familiar se dará através da avaliação e orientação multidimensional, garantindo princípios de universalidade, buscando um melhor estado funcional. Abordando também a atuação através de atividades que poderão ser executadas pelo paciente através do estímulo ao autocuidado, com o auxílio do cuidador formal e orientação dos profissionais de saúde nas atividades de vida diária. O terapeuta atua na orientação ao cuidador para o auxílio do portador de uma patologia incapacitante, com o objetivo de obter uma boa qualidade de vida, um

desenvolvimento das atividades de vida diária (AVD), do doente no ambiente familiar (DUARTE; DIOGO, 2000).

“O papel do profissional de saúde no domicílio é mais de capacitador e facilitador, competindo a ele identificar quem é o cuidador e observar o ambiente físico, visando facilitar ao máximo a autonomia do idoso” (DE CARLO; LUZO, 2004, p.302).

O atendimento domiciliário desempenha estratégias de atenção à saúde, proporcionando um tratamento residencial, técnica realizada ao paciente, melhorando a autonomia, exercendo suas habilidades funcionais. Ao desempenhar as atividades de vida diária, o paciente estará sendo capacitado a exercer suas atividades rotineiras com independência (DUARTE; DIOGO, 2000).

O atendimento residencial com o auxílio de um profissional de saúde proporciona ao paciente e ao cuidador modernizar e promover a independência reduzindo a incapacidade. É de fundamental importância o paciente receber auxílio profissional em seu ambiente domiciliar, visto que ele estará realizando suas atividades com seus próprios utensílios domiciliares (DUARTE; DIOGO, 2000).

Devido o cuidador e/ou familiar, muitas vezes, não ter conhecimento sobre a doença que acomete o paciente, estes precisarão ser informados através de um profissional de saúde sobre o quadro clínico e evolução da patologia. Além disso, faz-se necessário que se capacite o cuidador para que venha a atuar de forma qualificada, participando de grupos de apoio, orientando como lidar com o idoso (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2006).

De acordo com De Carlo e Luzo (2004, p.300), o processo de reabilitação na assistência domiciliar é longo, iniciando com a compreensão e aceitação do cuidado, seguida pela habilidade técnico-científica e pela empatia do cuidador, gerando participação ativa na etapa de manutenção do equilíbrio da saúde, possibilitando finalmente a reabilitação do indivíduo como um todo, corpo e mente.

2.7.2. Vantagens

2.7.2.1. PROMOVENDO ASSISTÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Esta sessão orienta como o cuidador poderá auxiliar o paciente em casos de dificuldades específicas, através da orientação profissional nas atividades de vida diária (AVD).

2.7.1 Alimentação

É uma atividade básica, que requer habilidades físicas e cognitivas. A maioria das limitações afeta a capacidade de alimentar-se, manifestando-se com a redução da coordenação, incapacitando o idoso para manusear os utensílios domésticos. É importante o paciente realizar suas refeições diárias sem auxílio, para que o mesmo não se torne um paciente dependente.

A alimentação saudável é importante para o bem estar físico mental e social das pessoas, para a prevenção de agravos à saúde e para o controle de determinadas doenças, contribuindo para aumentar a qualidade de vida. Suas refeições diárias devem ser leves e saudáveis, para que o cuidando continue a realizar suas refeições sem auxílio de terceiros. A alimentação poderá ser servida de cada vez pelo cuidador no intuito do paciente se concentrar no que está realizando, colocando sobre a mesa somente os utensílios que irão ser utilizados (DUARTE; DIOGO, 2000).

O cuidador e/ou familiar deverão realizar as refeições junto ao paciente pelo menos uma vez por dia, com o objetivo de estimular a socialização. Caso o idoso apresente dificuldade em manusear os talheres, o cuidador deverá auxiliá-lo e, se necessário, o cuidador poderá realizar adaptações nos utensílios domésticos do paciente, para não interferir na execução das atividades de vida diária. Deve-se permitir que o paciente alimente-se por si só, caso ele seja capaz. A ajuda deve ser oferecida quando houver necessidade. A utilização de equipamentos especiais para facilitar a alimentação do doente é um recurso útil que assegura sua independência (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2006).

Com essas instruções os pacientes terão mais facilidades em realizar as refeições, embora as limitações persistam.

2.7.2 Vestuário

O vestuário é um tipo de atividade de vida diária que cobre a parte superior do corpo (MOLINA; TARRES 1998).

Durante a promoção do vestuário, o cuidador deverá orientar sobre a importância das vestimentas para o paciente. A avaliação biopsicofuncional é imprescindível na determinação do grau de autonomia e de independência. É de

fundamental importância quando há planejamento e execução dos cuidados em relação à higiene pessoal e vestuário, levando em consideração o seu conforto, segurança e bem estar, até que estes possam ser restaurados, quando afetados (DUARTE; DIOGO, 2000).

É aconselhável o paciente vestir-se sem auxílio, quando ele possui aptidões físicas e cognitivas, embora as roupas não combinem. Caso não disponha das aptidões supracitadas, cabe ao cuidador entregar peça por peça ao paciente, evitando vestimentas com detalhes, sendo preferíveis roupas leves e com velcro, utilizando braceletes para a identificação (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2006).

É importante também colocar etiquetas nas roupas do paciente, contendo nome, endereço e telefone do mesmo para localização, caso aconteça ele se perder. O cuidador poderá selecionar trocas de vestimentas, permitindo a escolha independente do paciente. Cada peça de roupa deve ser guardada em lugares específicos no guarda-roupa, visíveis para o paciente, evitando que ele se confunda, sendo recomendável o uso de sapatos confortáveis e sem cadarços. O profissional de saúde deverá orientar o cuidador, informando da importância em se deixar as peças de roupas diariamente sobre a cama. Com essas informações o paciente lembrará a importância de mudar de roupa diariamente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2006).

2.7.3 Banho

O banho se caracteriza por ser um tipo de atividade de vida diária, que promove a higiene do corpo, proporcionando a sensação de bem estar, facilitando a circulação. A higiene corporal diária é de suma importância para a prevenção de doenças, eliminando microorganismos que afetam a saúde do paciente (RODRIGUES; DIOGO, 1996, p.34).

Segundo Duarte e Diogo (2000, p.251), a higiene corporal deve ser realizada respeitando o horário de preferência cultural e a privacidade do indivíduo paciente.

Aquele que cuida deve lembrar ao paciente sobre o banho. A água e os produtos de higiene corporal podem ser preparados com antecedência e, durante a higiene, o cuidador deverá fazer simulações, escovando seus próprios dentes para

que o paciente imite-o (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2006).

Um fator importante em relação ao cuidador é ter paciência no manejo do banho, evitando palavras bruscas e, durante a execução da atividade, este terá que explicar as etapas do banho, em voz alta. (ALZHEIMER, 2006).

Durante o banho, a pele, unhas e cabelos terão que ser revisados, observando se há algumas lesões tais como, hematomas, rachaduras, traumas, escaras, dentre outros. Mesmo que o paciente não esteja apto a realizar as atividades de vida diária sozinho, o cuidador deverá auxiliá-lo no que for necessário, ou quando o paciente solicitar ajuda (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2006).

Os profissionais de saúde deverão informar ao cuidador a respeito das adaptações, orientando quanto à importância das barras de segurança e de cadeiras para a prevenção de quedas. Com as informações passadas pelo profissional de saúde, o cuidador terá condições de evitar acidentes no domicílio.

2.7.4 Comunicação

A comunicação se caracteriza pela capacidade de trocar idéias, de conversar e transmitir informações com o objetivo de entendimento entre as pessoas (RODRIGUES; DIOGO, 1996).

É importante o cuidador e a família estarem sempre dialogando com o paciente, sendo coerente ao se comunicar com ele, solicitando respostas do mesmo.

De acordo com Rodrigues e Diogo (1996, p.18), com o processo de envelhecimento, várias estruturas do corpo são comprometidas, interferindo na comunicação, destacando-se entre as mais importantes os ouvidos, os olhos e a fala.

É necessário o cuidador e/ou familiar falar pausadamente com o paciente, através da comunicação verbal e de gestos, olhando olho no olho, evitando fazer perguntas. O cuidador deverá fazer perguntas através de afirmações, usando frases curtas e simples para melhor entendimento do paciente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2006).

O papel do terapeuta profissional da saúde é informar ao cuidador quanto à orientação ao paciente antes, durante e após as atividades de vida diária, aplicando-as passo a passo e repetidas vezes, com o objetivo do paciente

memorizar todas as fases da atividade.

Durante a execução das atividades de vida diária, é de suma importância que o cuidador realize-as de forma rotineira e de acordo com as limitações do paciente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2006).

A realização das atividades com o paciente tem como objetivo incentivar a sua independência e devem ser realizadas respeitando suas limitações. Assim sendo, os familiares e/ou cuidadores formais deverão auxiliá-lo quando necessário.

É indicado, o cuidador, com a orientação de um profissional capacitado, fazer uso do relato de fatos bem como o estímulo visual através de fotos e imagens da família, com o objetivo de os pacientes recordarem dados do passado, estimular o uso do calendário para promover a orientação temporal. O cidadão poderá ser orientado a escrever cartas para familiares e amigos, descrevendo atividades que lembrem acontecimentos recentes.

É aconselhável que o cuidador aplique atividades como o livro da memória, pelo fato de esse exercício ter como objetivo estimular o cognitivo, uma vez que a cada atividade realizada, o paciente anotará as ações que foram executadas por eles.

É recomendável o paciente participar de atividades regulares como a deambular, porque ajuda tanto ao cuidador quanto ao paciente a melhorar a qualidade de vida, reduzindo a ociosidade. Cada atividade deverá ser realizada pelo paciente sempre no mesmo horário, para que ele recorde cada atividade executada, de acordo com cada horário (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2006).

É necessário o paciente participar das atividades de vida diária e de lazer (AVDL), como visitas e passeios, porque na medida em que o cuidando esteja participando das atividades, estará melhorando sua qualidade de vida, reduzindo a ociosidade, elevando a sua auto-estima. É importante o cuidador perguntar à família do paciente, se este realizava esse tipo de atividade antes da patologia para que o paciente possa recordar fatos do passado durante a atividade. As atividades lúdicas também são necessárias de serem realizadas com o cuidador com o objetivo de reduzir a agressividade e a ansiedade, diminuir a apatia e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Com essas orientações o cuidador e/ou familiar através das informações do profissional de saúde, estará apto a orientar o paciente portador de patologia, que necessite de cuidado.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa descritiva, segundo Lakatos e Marconi (1999, p.49), tem por finalidade “procurar descobrir, com a precisão possível, a freqüência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características”.

No que concerne à abordagem na forma de estudo de caso, Roesch (1998, p.62) afirma que “é indicado quando se deseja retratar o dinamismo de uma situação numa forma muito próxima de como ela acontece na realidade e quando se está interessado no que e como está ocorrendo o fenômeno”.

Por fim, Vergara (1998, p. 84) lembra que, neste método, “os dados podem ser obtidos a tal nível de profundidade que permitem caracterizar e explicar detalhadamente os aspectos singulares do caso em estudo, bem como apontar semelhanças e diferenças quando comparado com outros casos estudados”.

A pesquisa foi do tipo de estudo de caso na forma quantitativa que permite a constatação de padrões predominantes em determinada área. A pesquisa possuiu caráter exploratório descritivo, por possibilitar a compreensão da realidade abordada.

3.2 UNIVERSO DA PESQUISA

Universo (população) é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum (LAKATOS e MARCONI, 1999, p. 41). Já Vergara (1998, p. 50) diz que a “população não é o número de habitantes de um local, como é largamente conhecido o termo, mas um conjunto de elementos (empresas, produtos, pessoas), que possuem as características que serão objetos de estudo”.

Quanto à amostra, Vergara (1998, p. 50) define como “uma parte do universo escolhida segundo algum critério de representatividade”. Por sua vez, Lakatos e Marconi (1999, p. 43) descrevem que a amostra “é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população); é um conjunto do universo”.

Em resumo, a amostra é uma parte do universo (população), no qual se deseja fazer um exame com a finalidade de obter informações.

O Centro de Saúde Dr. Vulpiano Cavalcante, localizado no Distrito Industrial do Município de Parnamirim no Estado do Rio Grande do Norte é responsável pela cobertura dos bairros Parque Industrial, Jardim Aeroporto e Águas Claras, cujo atendimento diário corresponde aproximadamente a 180 pessoas, e mensalmente a 3.600. O local de estudo conta com a participação de 03 Equipes de Saúde da Família, sendo a terceira de implantação mais recente.

Quanto às equipes de Estratégia da Saúde da Família discorrerei a seguir um breve histórico de suas implantações. A primeira equipe (Área 34) foi formada no ano de 2000 quando a Unidade funcionava nas instalações pertencentes atualmente ao Conselho Comunitário do Bairro, sendo transferida para o Centro de Saúde em 2002. Esta equipe é formada por 01 enfermeira, 01 médica, 01 técnica de enfermagem e 04 agentes comunitários de saúde (ACS), responsáveis por cerca de 1400 famílias. No ano de 2003 formou-se a segunda equipe (Área 20) composta por 01 enfermeira, 01 médica, 01 técnica de enfermagem e 03 ACS, responsáveis aproximadamente por 1000 famílias. Por último, em 2007, formou-se a terceira equipe (Área 33) a qual se compõe de 01 enfermeira, 01 médica, 01 técnica de enfermagem e 03 ACS, atendendo a 982 famílias.

O estudo se realizou nas áreas (020) e (034) da Estratégia de Saúde da Família do município de Parnamirim/RN e contou com um total de 15 cuidadores que participaram da pesquisa de forma voluntária. Os cuidadores participantes do estudo foram determinados através de busca em domicílios e indicações dos agentes de saúde da unidade, que visualizam a realidade do cuidado domiciliar rotineiramente. Os participantes foram informados acerca do objetivo da pesquisa através do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, para pesquisas que envolvem seres humanos e poderão desistir a qualquer momento.

3.3 PLANO DE COLETA DE DADOS

Santos (2001, p.74) afirma que “coletar dados é juntar informações necessárias ao desenvolvimento dos raciocínios previstos nos objetivos”. Neste sentido, a coleta de dados significa a fase de pesquisa em que indaga dados, como

a entrevista, o questionário e o formulário.

A coleta de dados se deu no mês de outubro do corrente ano através da aplicação de um questionário no domicílio dos cuidadores pelo próprio pesquisador, contendo perguntas fechadas. A oportunidade de comparecer às residências dos cuidadores foi importante, pois possibilitou uma visão real da situação vivida o que facilitou na interpretação e discussão dos dados coletados.

3.4 TRATAMENTO DOS DADOS

Para Andrade (1998, p.134), "a representação dos dados obtidos faz-se, principalmente, através de gráficos, isto é, os dados são submetidos a um tratamento estatístico". Nesse sentido, Roesch (1998, p. 149) afirma que "normalmente os dados coletados são submetidos à análise estatística, com ajuda de computadores".

Os dados foram organizados na forma de gráficos, permitindo uma apresentação quantitativa das informações coletadas. Os resultados obtidos formam a base para uma ação planejada e posteriormente implementada, para suprir as necessidades detectadas.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados delimita-se em dois momentos. O primeiro momento diz respeito à apresentação do perfil das pessoas que foram entrevistadas.

O perfil demonstrou que todos os entrevistados são do sexo feminino com idades variando entre 28 e 70 anos, prevalecendo uma média de 47 anos entre os entrevistados.

É válido ressaltar também que todas têm uma relação de parentesco com o paciente para quem elas estão desempenhando o cuidado. São, de uma maneira geral, mães, filhas, avós, afilhadas, etc. As relações de parentesco, sem dúvida, possibilitam uma maior relação de afeto para com o doente que está recebendo o cuidado, e, além disso, pode-se criar uma interação de maior proximidade entre o cuidador e o ser cuidado. Assim sendo, o tratamento se apresenta com mais constância e intensidade pelo fato de o parente está sempre presente. O vínculo de parentesco facilita bastante o cuidado, porque presume-se que há uma relação afetiva envolvendo a atividade de cuidador.

As participantes do estudo apresentaram uma média de filhos de 3,7 filhos por mulher. O fato de ser mãe deixa a situação um pouco ambígua, pois ao mesmo tempo em que filhos em idade escolar exigem maior cuidado e atenção, filhos adultos jovens participam nos cuidados do parente enfermo, dividindo as atividades com a mãe na maioria dos casos.

As cuidadoras investigadas também apresentam bastante tempo no posto de ajuda ao seu parente. A grande maioria das entrevistadas, conforme pode-se constatar no gráfico 1, já estão com mais ou menos 10 anos de cuidado, sendo significativo também aquelas que cuidam dos seus parentes por dois anos.

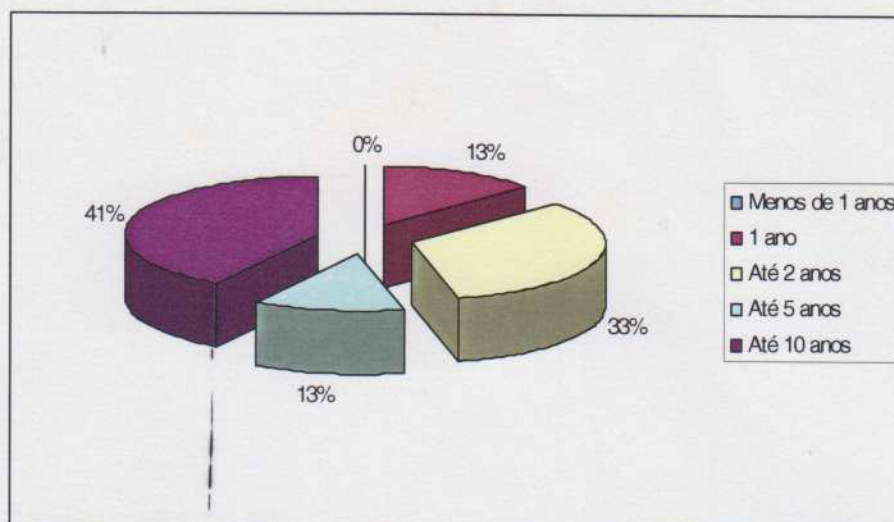


Gráfico 1 – Tempo que realiza o cuidado ao enfermo

Fonte: Dados da Pesquisa

Sabe-se que os cuidadores informais são pessoas que oferecem auxílio ocasionalmente, não tendo o mesmo nível de envolvimento que os cuidadores formais apresentam com o paciente. Isto é, o cuidador não tem responsabilidades permanentes para com o mesmo (FORLENZA; CARAMELI, 2000).

Por isso, o cuidador informal acaba necessitando de um maior suporte, já que não mantém as atividades em nível permanente. Ele deve ser tratado de maneira diferenciada. A efetivação esporádica das atividades não possibilita a reflexividade que a constância das tarefas possibilita ao cuidador (FORLENZA; CARAMELI, 2000).

Isso se torna ainda mais significativo porque, em muitos momentos, eles se sentem sobrecarregados, sendo acometidos também por doenças. A grande maioria das entrevistadas sofre de alguma doença (ver gráfico 2).

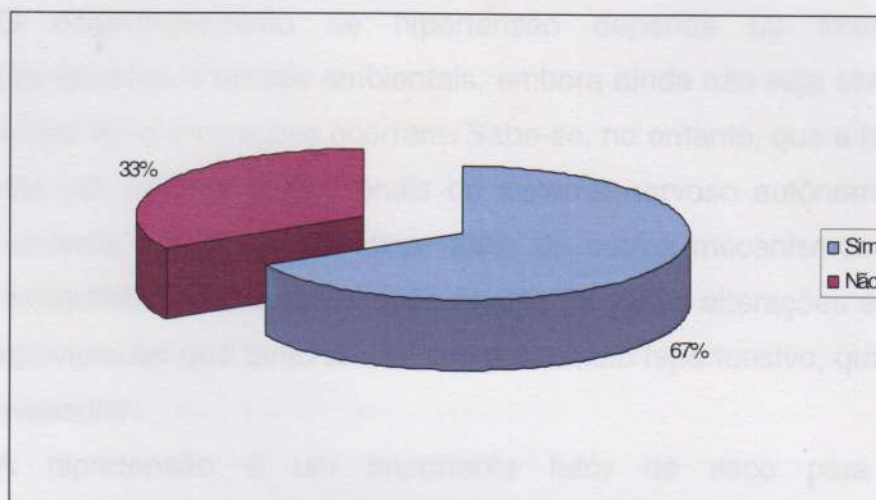


Gráfico 2 – A Sra é portadora de alguma doença?

Fonte: Dados da Pesquisa

As patologias identificadas nesse estudo foram à hipertensão arterial sistêmica, como a doença que prevaleceu entre 50% dos participantes, seguida pelos transtornos mentais que estão presentes em 20%. Tais transtornos são a ansiedade, depressão, distúrbios do sono. Outras patologias, tais como enfizemas pulmonares, artitre reumatóide, tendinite, hipercolesterolemia, osteoporose, hérnia de disco e catarata que somadas contabilizam 30% dos casos, conforme mostra o gráfico a seguir.

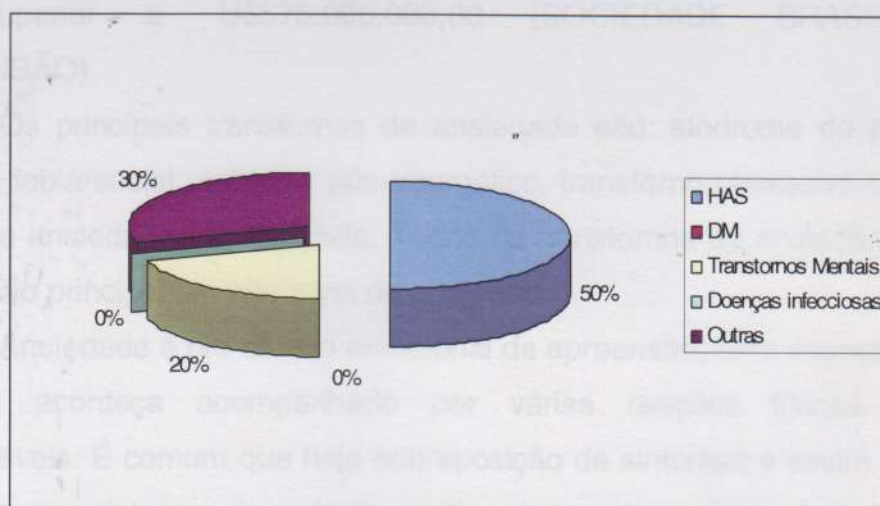


Gráfico 3 – Se sim, de qual patologia é portador?

Fonte: Dados da Pesquisa

O desenvolvimento de hipertensão depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais, embora ainda não seja completamente conhecido como estas interações ocorrem. Sabe-se, no entanto, que a hipertensão é acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais, do sistema renina angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial. Assim a hipertensão resulta de várias alterações estruturais do sistema cardiovascular que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular.

A hipertensão é um importante fator de risco para a doença cardiovascular, seja na forma de doença isquêmica, insuficiência cardíaca ou doença cerebrovascular. A mortalidade por doença cerebrovascular, especificamente a hemorragia intraparenquimatosa, é diretamente relacionada com os níveis tensionais. Estudos americanos demonstram que um aumento de 10mmHg da PA diastólica usual incorre no aumento de 56% da incidência de AVE e de 37% de doença coronariana.

No Brasil, em 2003, as mortes por doença cardiovascular foram 27,4 % de todos os óbitos. Excluindo-se as mortes violentas e de origem não definida o índice sobe para 37%. A HAS está envolvida em 40% das mortes por doença cerebrovascular e em 25% das mortes por doença coronariana. Em 2005, foram 1.180.184 internações relacionadas com a doença cardiovascular com um custo global superior a U\$575.000.000,00 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO).

Os principais transtornos de ansiedade são: síndrome do pânico, fobia específica, fobia social, estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo e distúrbio de ansiedade generalizada. Todos os transtornos de ansiedade têm como manifestação principal um alto nível de ansiedade.

Ansiedade é um estado emocional de apreensão, uma expectativa de que algo ruim aconteça acompanhado por várias reações físicas e mentais desconfortáveis. É comum que haja sobreposição de sintomas e assim uma pessoa pode apresentar sintomas de mais de um tipo de transtorno de ansiedade ao mesmo tempo. No geral, os transtornos de ansiedade respondem muito bem ao tratamento psicológico e psicofarmacológico.

Depressão é uma doença caracterizada por uma alteração súbita do estado de humor do indivíduo, deixando-o com um predomínio anormal de tristeza.

Todas as pessoas, homens e mulheres, de qualquer faixa etária, podem ser atingidos, porém mulheres são duas vezes mais afetadas que os homens. Em crianças e idosos, a doença tem características particulares, sendo a sua ocorrência em ambos os grupos também freqüente.

Na patologia da depressão, nem sempre é possível haver clareza sobre quais acontecimentos da vida levaram o indivíduo a ficar deprimido, diferentemente das reações depressivas normais e das reações de ajustamento depressivo, nas quais é possível localizar o evento desencadeador.

As causas de depressão são múltiplas, de maneira que somadas podem iniciar a doença. Deve-se a questões constitucionais individuais, com fatores genéticos e neuroquímicos somados a fatores ambientais, sociais e psicológicos, como: estresse; estilo de vida e acontecimentos vitais que incluem crises e separações conjugais, morte de familiares, alterações hormonais do climatério entre outros fatores predisponentes.

A maioria dessas doenças foi contraída após se tornarem cuidadoras de seus parentes (ver gráfico 4), o que as levaram a tomarem medicamentos diariamente (ver gráfico 5). O excesso de funções e atividades diárias, de fato, facilita o acometimento de determinadas doenças. As mulheres são mães, cuidadoras e ainda desempenham outras atividades.

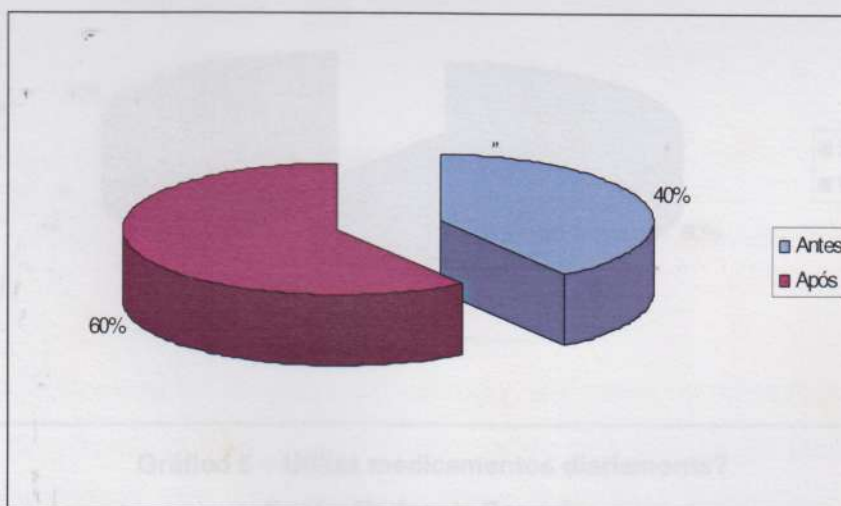


Gráfico 4 – Surgiu antes ou depois de se tornar cuidador de um enfermo?

Fonte: Dados da Pesquisa

Além disso, 60% das entrevistadas afirmaram que utilizam medicamentos

diariamente, conforme se pode constatar no gráfico 5. Os medicamentos descritos foram na maioria dos casos anti-hipertensivos orais como os diuréticos de alça e inibidores da ECA. O tratamento da HAS corresponde à terapia medicamentosa aliada a mudanças do estilo de vida

São modificações de estilo de vida de comprovado valor na redução da pressão arterial: a redução do peso, a redução da ingestão de sódio, maior ingestão de potássio, uma dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com pouco teor de gordura, a diminuição ou abolição do álcool e a prática de atividade física. Alimentos ricos em cálcio atualmente são preconizados em conjunto com toda a série de medidas dietéticas já citadas, que juntas são benéficas para a redução da PA. A ingestão de magnésio e o aumento da ingestão de proteínas entre outros, não possuem, até o momento, evidências de valor comprovado que indiquem sua utilização. A interrupção do fumo não interfere diretamente sobre a redução da pressão arterial, no entanto, constitui um importante fator de risco cardiovascular e deve ser incentivada.

Outros fármacos principalmente os ansiolíticos também são utilizados por algumas das cuidadoras.

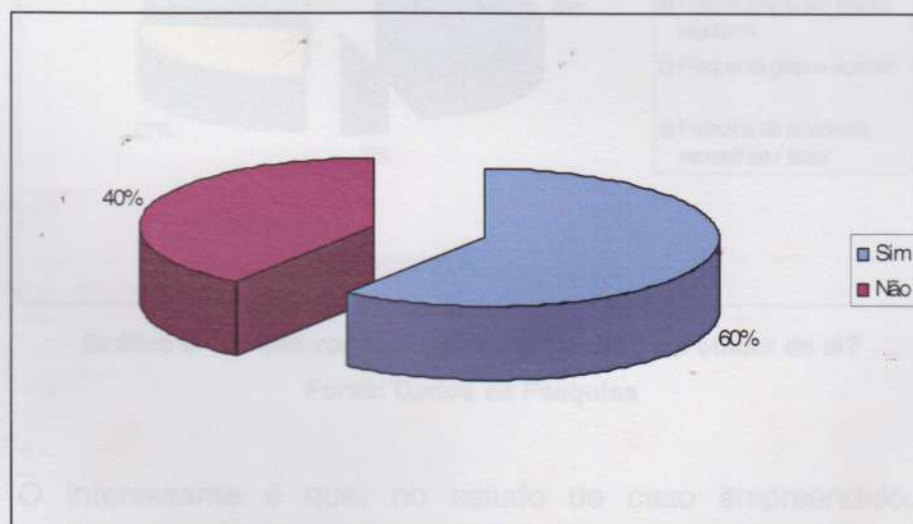


Gráfico 5 – Utiliza medicamentos diariamente?

Fonte: Dados da Pesquisa

Com isso, mesmo que as cuidadoras aleguem que mantêm hábitos saudáveis, conforme demonstra o gráfico 6, faz-se necessário que elas também tenham acesso aos serviços de saúde, que a equipe da ESF dispensa para o ente cuidado.

A equipe de saúde encarregada pelo paciente deverá desempenhar uma atividade de auxílio diferenciada para o cuidador formal e informal, já que ambos desempenham as suas atividades em nível de tempo diferenciado. Daí que, em muitos momentos, eles apresentam dificuldades diferenciadas, uma vez que se encontram em contextos diferentes (FORLENZA; CARAMELI, 2000).

O tipo de cuidador também se relaciona com o desenvolvimento da doença e com a posição social do mesmo (FORLENZA; CARAMELI, 2000). A ESF deve ficar atenta às especificidades sociais e culturais da mulher cuidadora, para assim conseguir personalizar ainda mais o serviço a ser prestado.

Em suma, deve-se investigar o contexto sócio-econômico no qual o paciente se encontra situado, pois tal ambiente comporta especificidades, no entanto, sem perder de vista também as especificidades do desenvolvimento da etiologia.

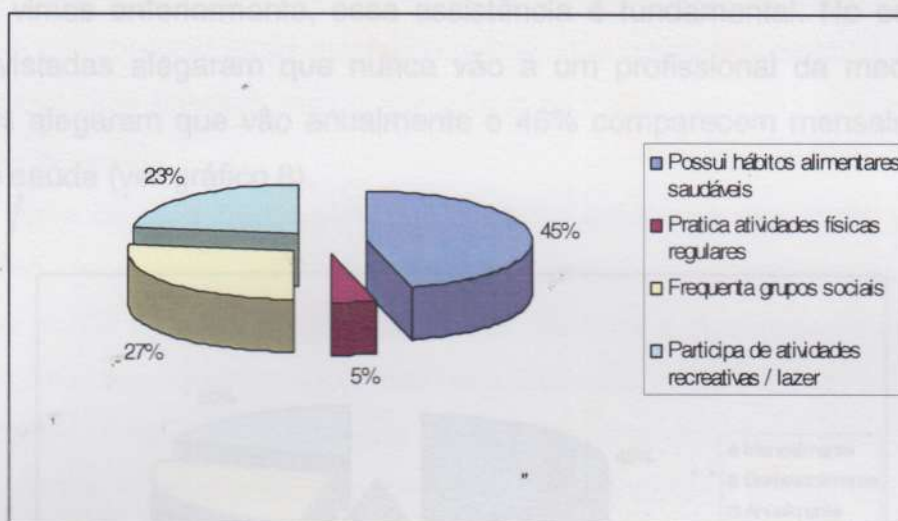


Gráfico 6 – O que você faz no seu dia-a-dia para cuidar de si?

Fonte: Dados da Pesquisa

O interessante é que, no estudo de caso empreendido, 73% das cuidadoras, de acordo com o gráfico 7, afirmaram que têm ajuda auxiliar de outras pessoas para cuidar do seu parente. Esse fato está relacionado, como dito anteriormente por todas as cuidadoras deste estudo serem mães e tais atividades serem partilhadas com seus filhos principalmente com os do sexo feminino, prevalecendo o perfil de cuidador do sexo feminino como consta no início desta sessão.

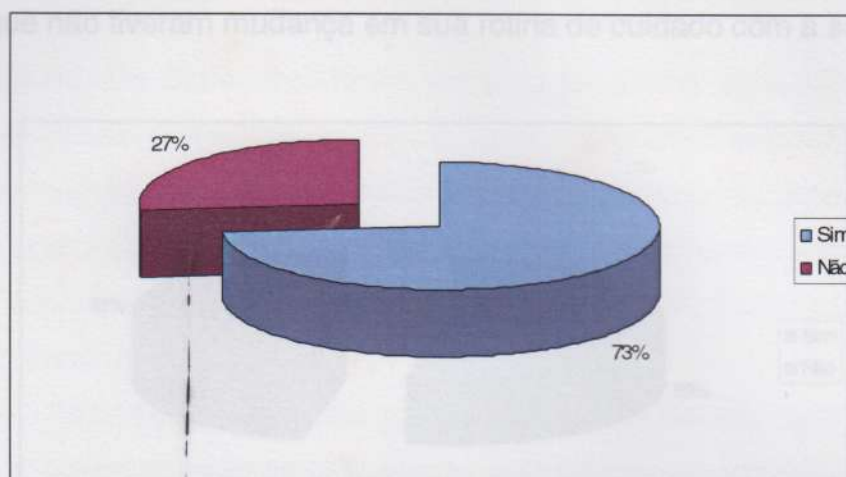


Gráfico 7 – O (A) Sr (a) conta com alguma ajuda para cuidar do enfermo?

Fonte: Dados da Pesquisa

Porém, é preocupante o fato de que o cuidador nunca vá a um médico. Conforme vimos anteriormente, essa assistência é fundamental. No entanto, 20% das entrevistadas alegaram que nunca vão a um profissional da medicina. Além disso, 27% alegaram que vão anualmente e 46% comparecem mensalmente a um serviço de saúde (ver gráfico 8).

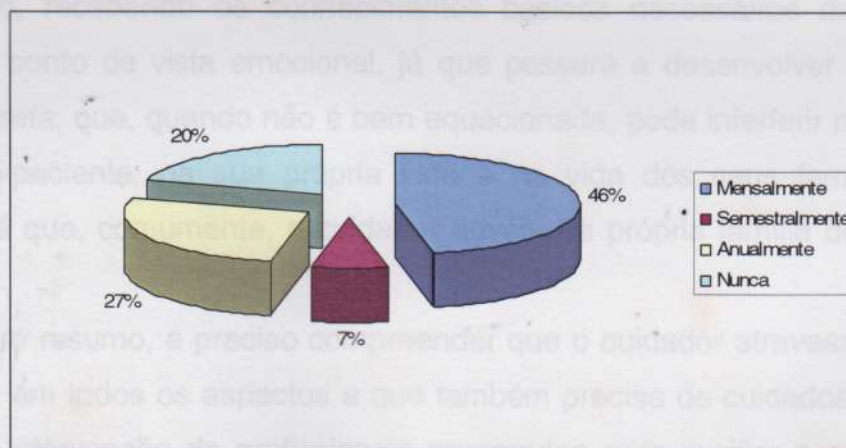


Gráfico 8 – Com que frequência vai ao médico?

Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com o gráfico 9, é preocupante o fato de que, 47% das entrevistadas afirmarem que durante a visita domiciliar da ESF, não recebem atenção a sua saúde, principalmente, porque se tratam de pessoas que adoeceram depois que passaram a cuidar de uma pessoa enferma. O mesmo número foi

corroborado no momento mesmo em que se constatou que 47% das entrevistadas afirmaram que não tiveram mudança em sua rotina de cuidado com a saúde.

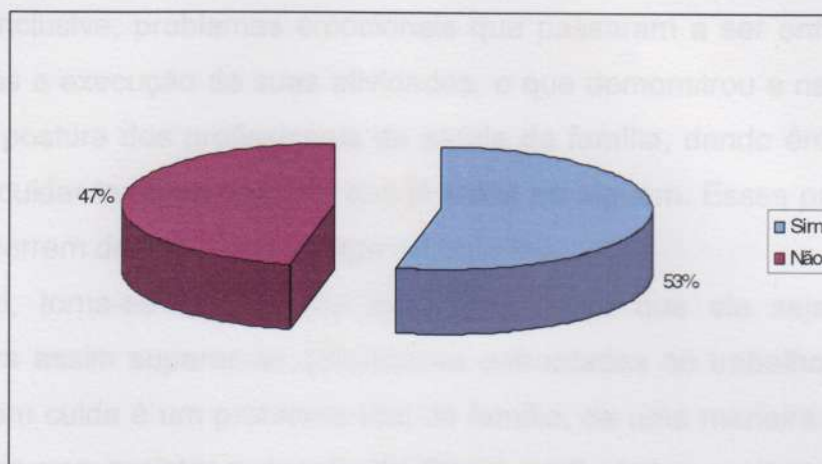


Gráfico 9 – Durante a visita domiciliar da equipe de ESF, você recebe atenção a sua saúde?

Fonte: Dados da Pesquisa

A ESF precisa atuar mais ativamente, não apenas prestando serviço para com o doente, mas também dando atenção à saúde do próprio cuidador e demais integrantes da família.

Além disso, é necessário que esse cuidador seja preparado do ponto de vista técnico, recebendo os conhecimentos básicos necessários da ESF, como também do ponto de vista emocional, já que passará a desenvolver uma árdua e cansativa tarefa, que, quando não é bem equacionada, pode interferir no andamento da vida do paciente, na sua própria vida e na vida dos seus familiares e dos pacientes, já que, comumente, o cuidador advém da própria família do portador da doença.

Em resumo, é preciso compreender que o cuidador atravessa uma tarefa muito árdua em todos os aspectos e que também precisa de cuidados, o que torna relevante a intervenção de profissionais preparados para auxiliar o cuidador, caso contrário, teremos o possível melhoramento das condições de vida de um doente, com a conseqüente piora das condições de vida e de saúde daquela pessoa que vem cuidando do doente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das entrevistas foram constatados vários agravos à saúde dos cuidadores, inclusive, problemas emocionais que passaram a ser enfrentados pelo cuidador. após a execução de suas atividades, o que demonstrou a necessidade de mudança na postura dos profissionais de saúde da família, dando ênfase maior no processo de cuidar também daquele que já cuida de alguém. Esses problemas com o cuidador ocorrem devido à sobrecarga de trabalho.

Daí, torna-se fundamental para o cuidador que ele seja orientado e assistido, para assim superar as dificuldades enfrentadas no trabalho. Isso porque cuidar de quem cuida é um problema real da família, de uma maneira mais próxima e do cuidador que assiste o doente de forma particular e contínua. Portanto, a atenção à saúde dos cuidadores deve ser redobrado, inclusive, sugerindo mudanças no seu estilo de vida e debatendo com a família possibilidades de alternância entre cuidadores.

O cuidador presta a atenção à saúde, de acordo com o grau de dependência do enfermo. A pessoa que cuida geralmente sente o peso da sobrecarga que enfrenta no dia a dia, apresentando também agravos em relação a sua saúde, como depressão, ansiedade, dentre outros.

A pessoa que presta cuidados também deve ser assistida por toda equipe de saúde, participando de atividades lúdicas e de lazer como passeios e jogos com o objetivo de reduzir a tensão e o stress ocasionados pela demanda de cuidados prestados. Outra sugestão seria a criação de grupos terapêuticos onde os cuidadores teriam a oportunidade de compartilhar dores, anseios dentre outros sentimentos pertinentes aos mesmos.

Além disso, a pesquisa permitiu constatar que cuidar de doentes pode trazer conseqüências psicológicas ao cuidador, que pode ter sentimentos contraditórios e muitas vezes difíceis em relação à pessoa enferma. Esses sentimentos podem ir mudando inicialmente na forma de falar com o doente e na maneira de encarar a doença que passa e ser vista com naturalidade. Essas mudanças se iniciam antes mesmo do próprio cuidador e da família perceberem.

Os sentimentos que podem surgir nos cuidadores durante o curso da doença, incluem dor e incerteza pela prova do relacionamento que o cuidador tinha com o familiar antes de adoecer e estranheza por estar convivendo com a pessoa

diferente daquela com a qual ele estava acostumado ao longo da vida; sentir-se culpado pela doença do ente querido, pena de ver um ser humano naquele estado, e paciência de ter que cuidar e responsabilizar-se por uma pessoa adulta parcial e/ou totalmente dependente; vergonhas relacionadas ao cuidado e aos comportamentos alterados do doente; constrangimento por passar a não ter uma vida social junto ao cônjuge; sentimento de deslealdade por não querer ficar em companhia do enfermo o tempo todo; alteração na intensidade de amor e afeto para com o cuidando, que geralmente estão relacionados aos anos de convivência anteriores à doença.

Os níveis de ansiedade pelos quais o cuidador está acometido dependem de fatores como a personalidade e a situação daquele que está prestando o cuidado se encontram. A ESF deve conseguir constatar todas as especificidades que uma determinada relação entre cuidador e paciente vem se estabelecendo.

Através dessas informações, o cuidador estará orientado para atuar de modo que possa desenvolver adequadamente suas atividades. Porém, necessitará superar todas essas dificuldades a que é exposto.

A pesquisa demonstrou, portanto, que a ESF precisa caminhar no sentido de ofertar um suporte adequado para os cuidadores leigos, através de um atendimento holístico e interdisciplinar desenvolvido por todos os membros da equipe de saúde e, ainda, através de parcerias intersetoriais, buscando assim melhorar a relação entre cuidador/doente, cuidador/consigo e cuidador/família.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *GM Prático do Cuidador*. Brasília, 2008.

CHAUZ, S. Monica. *O cuidado domiciliar no Programa de Atenção ao Paciente Crônico Grave no Hospital IPSEMO*. Belo Horizonte, 2004.

CORTES, Elaine Antunes and TOCANTINS, Florence Romijn. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008, vol.59, n.5, pp. 800-804. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/rbde/v59n5/a15.pdf>. acesso em: 03 de jun. de 2009.

DE CARLO, Marysle M. R. Prado; LUZO, Maria Cândida M. *Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIÓGO, Maria José D'Elboux. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERNANDES, Maria das Graças Melo e GARCIA, Telma Ribeiro. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev. bras. enferm.* [online].

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. **Doença de Alzheimer**. São Paulo: Nova Cultural, 2006.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Brasil: ANVISA; 2006. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642>> acesso em: 20 fev. 2009.

ANDRADE, Maria Margarida. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1998.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, DE 27 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a norma operacional da assistência à saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html> acesso em: 06 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição: Porto Alegre, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília, 2008.

CHAVES, Monica. **O cuidado domiciliar no Programa de Atenção ao Paciente Crônico Grave no Hospital IPSEMG**. Belo Horizonte, 2004.

CORTEZ, Elaine Antunes and TOCANTINS, Florence Romijn. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2006, vol.59, n.6, pp. 800-804. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a15.pdf>. acesso em: 03 de jun. de 2009.

DE CARLO, Marysia M. R. Prado; LUZO, Maria Cândida M. **Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERNANDES, Maria das Graças Melo e GARCIA, Telma Ribeiro. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. bras. enferm.** [online].

2009, vol. 62, no. 1, pp. 57-63. ISSN 0034-7167. disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672009000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> acesso em: 02 mar. 2009.

FLECK, Marcelo P A; CHACHAMOVICH, Eduardo e TRENTINI, Clarissa M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2003, vol. 37, no. 6, pp. 793-799. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89102003000600016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> acesso em: 02 mar. 2009.

FORLENZA, Orestes Vicente; CAMELLI, Paulo. **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

GARRIDO, Regiane e MENEZES, Paulo R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2004, vol. 38, no. 6, pp. 835-841. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89102004000600012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> acesso em: 02 mar. 2009.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara e LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2006, vol.15, n.4, pp. 645-653. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000400013&script=sci_arttext&tlng=pt> acesso em 27 mai. 2009.

IBGE (fundação instituto brasileiro de geografia e estatística). Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2001. 27 Julho 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. acesso em 23 de mar. 2009.

KAWASAKI, Kozue and DIOGO, Maria José D'Elboux. Assistência domiciliar ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2001, vol.35, n.3, pp. 257-264. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n3/v35n3a08.pdf>> acesso em: 03 de jun 2009.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1999.

MEDINA, C.; SHIRASSU, M. & GOLDFEDER, M. **Das incapacidades e do acidente cerebrovascular**. In: *Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores* (U. Karsch, org.), pp. 199-214, São Paulo: EDUC., 1998.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MOLINA, Pilar Durante; TARRES, Pilar Pedro. **Terapia ocupacional em geriatria: principios y práctica**. Barcelona: Masson, 1998.

RICCI, Natalia Aquaroni; KUBOTA, Maristela Tiemi e CORDEIRO, Renata Cereda. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2005, vol. 39, no. 4, pp. 655-662. ISSN 0034-8910. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89102005000400021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> acesso em: 02 mar 2009.

RODRIGUES, Rosalina A. P; DIOGO, Maria José D. **Como cuidar dos idosos**. São Paulo: Papirus, 1996.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projeto de estágio e de tecnologia de informação**. São Paulo: Atlas, 1998.

SANTOS, Antonio Raimundo. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: DP & A, 2001.

SCOSLLER, Tais. **Cuidado domiciliar do idoso**: cuidando de si e sendo pela equipe de saúde: uma análise através da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. 2007. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/sbh_leigos.php> acesso em: 06 jun. 2009.

SOUZA, Luccas Melo de; WEGNER, William e GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2007, vol. 15, no. 2, pp. 337-343. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692007000200022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> acesso em 23 fev. 2009.

SOUZA, Maria de Lourdes de; SARTOR, Vicente Volnei de Bona; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza and PRADO, Marta Lenise do. O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2005, vol. 14, n. 2, pp. 266-270. ISSN 0104-0707. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2.pdf>> acesso em: 03 jun. 2009.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998.

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte; ALVES, Elíoenai Dornelles e KAMADA, Ivone. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2007, vol. 16, no. 1, pp. 17-25. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-07072007000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> acesso em: 09 mar. 2009.

APÊNDICE A

Pesquisa : Cuidadores Leigos: caracterização do perfil de saúde frente às deficiências no atendimento domiciliar.

Questionário de entrevista

Nº da entrevista

Nome:

Sexo:

Idade:

Parentesco com o enfermo:

Possui filhos? () sim () não

Tempo que realiza o cuidado ao enfermo:

() ≥ 10 anos () ≥ 5 anos () ≥ 2 anos () ≥ 1 ano () Menos de 1 ano

1. O Sr./ Srª é portador de alguma doença? Qual? () SIM () NÃO
() HAS () DM () Transtornos Mentais () Doenças Infecciosas ()
Outras

2 Quando surgiu? Antes ou após iniciar os cuidados com o enfermo?
() Antes () Após

1. Utiliza medicamentos diariamente? () SIM () NÃO

2. O que você faz no seu dia-a-dia para cuidar de si?

() Possui hábitos alimentares saudáveis.

() Pratica atividades físicas regulares.

() Freqüenta grupos sociais.

() Participa de atividades recreativas/ lazer.

3. O Sr. /Srª conta com alguma ajuda para cuidar do enfermo? () SIM () NÃO

4. Com que freqüência você vai ao médico? () mensalmente ()
semestralmente () anualmente () nunca

5. Durante a visita domiciliar da equipe de ESF, você recebe atenção a sua saúde?

APÊNDICE B

() SIM

() NÃO

6. Cuidar de um familiar enfermo modificou alguma coisa na sua rotina de cuidado com a sua saúde? () SIM () NÃO

Você, cuidador domiciliar, que aceita participar deste estudo, cujo título é "Cuidadores Leigos: Caracterização do perfil de saúde frente às deficiências no atendimento domiciliar", manifesta o consentimento, através da assinatura deste documento, em participar desta pesquisa em seu domicílio, com o objetivo de identificar quais patologias os cuidadores leigos são mais acometidos e se a atenção da equipe de saúde para com eles é satisfatória.

Recado do Acadêmico de Enfermagem Rui de Araújo Moreira, autor desta pesquisa, os seguintes esclarecimentos:

1.O pesquisador não possui vínculo empregatício com a Unidade de Saúde Drº Volpiano Cavalcante Assis, as informações emergentes, neste estudo, serão conhecidas pela Instituição quando da publicação do relatório final desta pesquisa, no qual estará assegurado o anonimato dos participantes.

2.A participação na pesquisa é de caráter voluntário, ficando garantida a possibilidade de desistência na participação a qualquer momento.

3.Os questionários serão arquivados e ficarão de posse do pesquisador por 5 anos, após este período serão destruídos.

4.As informações emergentes no questionário serão utilizadas somente para divulgação dos resultados deste estudo, preservando seu anonimato.

5.A participação nessa pesquisa não implicará em riscos ou benefícios no seu atendimento na Unidade de Saúde Drº Volpiano Cavalcante.

6.Fica garantido o direito de requerer esclarecimentos acerca das entrevistas, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à investigação.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE**

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Você, cuidador domiciliar, que aceitou participar deste estudo, cujo título é "Cuidadores Leigos: Caracterização do perfil de saúde frente às deficiências no atendimento domiciliar", manifesta o consentimento, através da assinatura deste documento, em participar desta pesquisa em seu domicílio, com o objetivo de identificar quais patologias os cuidadores leigos são mais acometidos e se a atenção da equipe de saúde para com estes é satisfatória.

Recebi do Acadêmico de Enfermagem Rui de Araújo Moreira, autor desta pesquisa, os seguintes esclarecimentos:

- 1.O pesquisador não possui vínculo empregatício com a Unidade de Saúde Drº Vulpiano Cavalcante. Assim, as informações emergidas, neste estudo, serão conhecidas pela instituição quando da publicação do relatório final desta pesquisa, no qual estará assegurado o anonimato dos participantes;
- 2.A participação na pesquisa é de caráter voluntário, ficando garantida a possibilidade de desistência na participação a qualquer momento;
- 3.Os questionários serão arquivados e ficarão de posse do pesquisador por 5 anos, após esse período serão destruídos;
- 4.As informações emergidas no questionário serão utilizadas somente para divulgação dos resultados deste estudo, preservando seu anonimato;
- 5.A participação nessa pesquisa não implicará em riscos ou benefícios no seu atendimento na Unidade de Saúde Drº Vulpiano Cavalcante;
- 6.Fica garantido o direito de requerer esclarecimentos acerca das entrevistas, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à investigação.

Os pesquisadores responsáveis por este estudo são o Acadêmico de Enfermagem Rui de Araújo Moreira (Graduando do Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte) e sua orientadora Profª Drª Izete Soares da Silva Dantas Pereira.

Caso necessite de algum esclarecimento sobre sua participação no estudo, poderá contatar com o pesquisador responsável pelo projeto, Rui de Araújo Moreira pelo telefone (84) 99463326 ou com a orientadora Profª Drª Izete Soares da Silva Dantas Pereira pelo telefone (84) 88290649.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Assinatura do Cuidador

Nome

Data

Assinatura do Pesquisador

Nome

Data

Este formulário foi lido para o cuidador _____
em ____/____/____, pelo pesquisador _____

_____ enquanto eu estava presente.

Assinatura da Testemunha

Nome

Data