



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

RENATA KAROLINE FARIAS SILVA

**CUIDADO DOMICILIAR: DIFICULDADES ENFRENTADAS POR CUIDADORAS
NO CUIDADO A PESSOAS COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA**

CAMPINA GRANDE – PB

2016

RENATA KAROLINE FARIAS SILVA

**CUIDADO DOMICILIAR: DIFICULDADES ENFRENTADAS POR CUIDADORAS
NO CUIDADO A PESSOAS COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosilene Santos Baptista

CAMPINA GRANDE – PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586c Silva, Renata Karoline Farias.
Cuidado domiciliar [manuscrito] : dificuldades enfrentadas por cuidadoras no cuidado a pessoas com mobilidade física prejudicada / Renata Karoline Farias Silva. - 2016.
41 p.

Digitado.
Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.
"Orientação: Profa. Dra. Rosilene Santos Baptista, Departamento de Enfermagem".

1. Assistência domiciliar. 2. Cuidadores. 3. Mobilidade física. 4. Enfermagem. I. Título.

21. ed. CDD 610.73

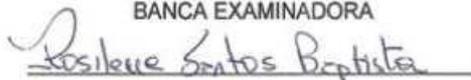
RENATA KAROLINE FARIAS SILVA

**CUIDADO DOMICILIAR: DIFICULDADES ENFRENTADAS POR
CUIDADORAS NO CUIDADO A PESSOAS COM MOBILIDADE FÍSICA
PREJUDICADA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao departamento de
Enfermagem da Universidade Estadual
da Paraíba, em cumprimento à
exigência para obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem.

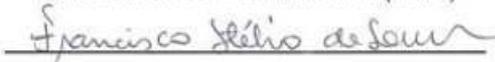
Aprovada em: 25/05/2016.

BANCA EXAMINADORA



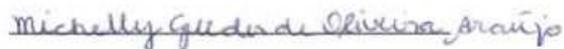
Prof. Dra. Rosilene Santos Baptista (ORIENTADORA)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Francisco Stelio de Sousa

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Michelly Guedes de Oliveira Araújo

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus, pois Ele me permitiu chegar até aqui e aos meus pais, por todo incentivo, esforço, cuidado e amor incondicional, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter guiado toda minha trajetória, por ter me dado forças quando eu precisei, e me sustentado diante de todas as dificuldades. Por me permitir chegar à conclusão dessa etapa, que significa a realização de um sonho. Obrigada, pois sei que os sonhos que tem para mim são maiores e melhores do que eu possa imaginar, assim como diz em sua palavra: “Eu é que sei que pensamento tenho a vosso respeito, diz o Senhor; pensamentos de paz e não de mal, para vos dar o fim que desejais.” Jeremias 29:11

Aos meus pais Rogério e Solange, que são meus alicerces e com todo amor e carinho me ensinaram a valorizar o conhecimento e em nenhum momento mediram esforços para que eu chegasse até aqui. Agradeço por todos os valores e ensinamentos que me passaram durante esses anos e pelo exemplo que são para mim, que me tornam a pessoa que sou hoje. A vocês eu dedico essa vitória, pois ela não é só minha.

Agradeço ao meu irmão, Lucas, por ser meu companheiro, meu amigo, por estar sempre presente em minha vida, partilhando de todos os momentos, sejam alegres ou tristes. Ao meu noivo, Paulinho, por sempre acreditar em mim, por ser meu incentivador e meu maior torcedor, por sua compreensão e carinho durante toda essa trajetória. És prova do cuidado de Deus para comigo e você faz parte dessa conquista.

À minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Rosilene Santos Baptita, pela orientação, por todos os ensinamentos que me foram passados, por acreditar no meu esforço, pelo carinho e paciência, durante todos esses anos, e por ser mais que uma orientadora, uma verdadeira amiga. Fica aqui registrado meu respeito e minha admiração pela profissional e pessoa que és.

Prof. Dr. Francisco Stelio de Sousa e a Prof. Michelly Guedes de Oliveira Araújo que com carinho e prontidão aceitaram compor a banca examinadora e contribuir de forma enriquecedora com o meu trabalho.

A todos os professores do Departamento de Enfermagem da UEPB, que durante todos esses anos transmitiram conhecimento, contribuindo para minha formação acadêmica e para o meu crescimento profissional.

Agradeço as cuidadoras participantes da pesquisa, por contribuírem com o meu trabalho de conclusão, por me permitirem adentrar em suas casas e pela confiança que me concederam. Esse convívio foi de grande contribuição para a minha formação.

Aos amigos de muitos anos, especialmente a Débora que é minha amiga-irmã e sempre está presente nos momentos mais importantes da minha vida e que é um exemplo para mim.

Aos novos amigos que conquistei durante essa caminhada, Amanda, Vanessa, Hellen e Karol, que foram verdadeiros presentes que a universidade me proporcionou. Sou imensamente grata por esses cinco anos de amizade verdadeira, e por cada gesto de carinho, de cuidado que vocês expressaram por mim. Vocês foram essenciais nessa caminhada, e sentirei saudades do nosso convívio diário, das nossas conversas de sempre. Quero agradecer de forma muito especial a Amanda, pois estive comigo durante o todo o processo do meu trabalho de conclusão e foi mais que uma amiga, foi uma irmã que ganhei.

A todas as pessoas, que apesar de não terem sido citadas aqui, mas que são parte integrante da minha história, que estiveram na torcida por essa conquista que me proporcionaram seu carinho e amizade, e contribuíram direta ou indiretamente para que conquistasse esse sonho, meus sinceros agradecimentos.

“Porque d’Ele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente” (Romanos 11:36).

CUIDADO DOMICILIAR: DIFICULDADES ENFRENTADAS POR CUIDADORAS NO CUIDADO A PESSOAS COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

SILVA, Renata Karoline Farias ¹

RESUMO

Mulheres cuidadoras informais vivenciam diversas barreiras na prestação do cuidado, dentre elas, destacam-se as limitações técnicas no desenvolvimento da prática diária por falta de orientação dos profissionais de saúde. Na perspectiva de potencializar as ações de cuidado desenvolvidas no domicílio, notou-se a necessidade de elaborar esta pesquisa, que tem como objetivo orientar cuidadoras de pacientes com mobilidade física prejudicada visando contribuir para a promoção da saúde. Trata-se de um estudo de caráter descritivo com abordagem qualitativa, realizado no período de fevereiro a maio de 2016, por meio de visita domiciliar, tomando como base o território de três unidades básicas de saúde do município de Campina Grande - Paraíba. Os sujeitos do estudo foram mulheres cuidadoras de pessoas com mobilidade física prejudicada. A coleta foi realizada em três momentos: aplicação de questionário para traçar o perfil das cuidadoras; observação, através da qual se detectou as necessidades apresentadas e qualificação das cuidadoras na prestação dos cuidados. Na análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, da qual surgiram três grandes categorias: Limitações das cuidadoras x prática do cuidar, Dificuldades no ato de cuidar e Sentimentos das cuidadoras x Pessoa cuidada. Em relação aos dados obtidos, verificou-se que: são inúmeras as limitações enfrentadas pelas cuidadoras, devido à falta de orientação e apoio por parte dos profissionais de saúde; as dificuldades presentes no exercício do cuidar geram consequências para quem está sendo cuidado e para a própria cuidadora; a orientação oferecida às cuidadoras informais favorece a prestação de uma assistência qualificada.

Descritores: Assistência domiciliar. Cuidadores. Enfermagem.

¹ Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba
renata_karolyne@hotmail.com

ABSTRACT

Women informal caregivers experience many barriers in the provision of home care, among the barriers, there are the technical limitations in the development of daily practice by the lack of guidance of health professionals. With the objective to enhance the care actions developed at home, we noticed the need to start this research, which aims to guide caregivers of patients with impaired physical mobility in order to contribute to health promotion. This is a descriptive study with a qualitative approach, carried out from February to May 2016, making home visits in three basic health units in the city of Campina Grande – Paraíba. The study subjects were female caregivers of people with impaired physical mobility. The gathering was carried out in three phases: a questionnaire to profile the caregivers; observation, which were detected the needs presented; the qualification of caregivers in their assignments. In the data analysis, a content analysis technique was used, which arises three great categories: Limitations of caregivers x care practice, Difficulties in caring and caregivers feelings x person being cared. Respect to the obtained data, it was found: there are numerous constraints faced by caregivers due to the lack of guidance and support from health professionals; the difficulties in caring, generates consequences for those who are being taken care and the caregiver itself; the guidance offered to informal caregivers contribute to providing a qualified assistance.

Keywords: Home care. Caregivers. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 A estratégia de saúde da família- ESF, a atenção domiciliar - SUS.....	12
3.2 Histórico do cuidado domiciliar	14
3.3 Atenção domiciliar	17
3.4 Cuidador domiciliar.....	18
4 CAMINHO METODOLÓGICO	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	22
5.1 Limitações das cuidadoras x prática do cuidar.....	24
5.2 Dificuldades no ato de cuidar	27
5.3 Sentimento cuidadoras x Pessoa cuidada	32
6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	34
7 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICE	

1 INTRODUÇÃO

O cuidar é mais que uma ação, é uma atitude, que pode representar um envolvimento afetivo, preocupação e responsabilização com o outro. Perpassa toda a existência humana, pois é inerente a sua própria condição de sobrevivência. A prática do cuidado é desenvolvida desde as primeiras civilizações do Oriente e Ocidente, ressaltando-se não só nos velhos países do continente europeu, como também nas culturas orientais (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008; GEOVANINI, 2002).

A principal meta do cuidar é restabelecer e promover a saúde. Neste sentido existem duas modalidades de atenção de maior visibilidade no Brasil, a hospitalar e a de atenção básica. Substitutiva ou complementar a essas modelagens, o cuidado no domicílio vem ganhando espaço. Porém ressalta-se que antes mesmo do surgimento dos hospitais e ambulatórios, já se praticava a atenção domiciliar, por meio da qual algumas pessoas eram favorecidas com uma assistência individualizada, enquanto outra camada da população ficava dependente de hospitais filantrópicos e curandeiros (BRASIL, 2012).

Neste aspecto a atenção domiciliar veio para quebrar paradigmas e acima de tudo o modelo hospitalocêntrico, descongestionando assim os hospitais e proporcionando aos pacientes crônicos a possibilidade de retornar ao domicílio, tendo este como um espaço para cuidados humanizados, onde a família passa de acompanhante a colaborador nos cuidados prestados (BRASIL, 2012). Entretanto, para que estes acompanhantes sejam colaboradores no restabelecimento da pessoa doente, faz-se necessário que estes primeiros sejam qualificados para tal. Não basta apenas cuidar, é imprescindível que este cuidado seja de qualidade.

O modelo de atenção domiciliar tem sido visto como uma alternativa amplamente difundida, que vem ganhando espaço no cenário da saúde. Este tipo de assistência tem como prioridades: o indivíduo, o contexto familiar em que este está inserido, o cuidador e a equipe multiprofissional, sendo esta capaz de atuar sobre todos os determinantes sociais, que influenciam na saúde do indivíduo cuidado (BRASIL, 2012).

Quanto à participação no cuidado, a atenção básica deve ser uma porta de entrada para intervenções primárias do cuidar, já que esta é caracterizada pelo desenvolvimento de ações que visam à promoção, proteção, prevenção e reabilitação da saúde, e redução de danos numa perspectiva de integralidade da assistência (BRASIL, 2012). O link entre a atenção primária e o cuidado domiciliar configura-se um local ideal para a atuação do Enfermeiro, pois a ligação

entre essas duas modalidades proporcionam a garantia da continuidade dos cuidados que visam à promoção e a reabilitação da saúde, favorecendo a este profissional acesso direto ao domicílio da população adscrita na sua área de atuação.

Outro aspecto que contribuiu para dar visibilidade ao crescimento da atenção domiciliar foram as mudanças epidemiológicas da população, que estão ligadas à transição demográfica, na qual se observa um acentuado envelhecimento populacional, propiciando o desenvolvimento de doenças crônicas. Outros fatores como a diminuição de custos, quando comparados aos hospitalares, e a redução de infecções também têm contribuição na ampliação deste tipo de atenção (BRASIL, 2012).

Uma das facetas importantes no cuidado domiciliar é a capacidade que esta prática pode ter no desenvolvimento das habilidades pessoais, enquanto prática norteadora da promoção da saúde. Para que este processo ocorra de modo satisfatório, a família configura-se como elemento fundamental, onde deve ser sujeito ativo desde o planejamento das ações até a execução destas (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, quando se fala em cuidar remete-se na maioria das vezes à figura feminina. Isso se deve ao fato do papel de estabelecer o cuidado ser designado predominantemente à mulher, pois ela cuida do lar, dos filhos e de tudo que envolve o toque, a delicadeza, o carinho. Sabendo-se que frequentemente esta sobrecarga de tarefas e responsabilidades requer uma maior atenção, é imprescindível que na atenção domiciliar se tenha um olhar mais direcionado por parte da equipe de saúde, atentando para os aspectos emocionais e o domínio das técnicas utilizadas para estabelecer a assistência. É importante uma capacitação voltada para estas mulheres/cuidadoras, de forma a empoderá-las para que estas possam desenvolver suas habilidades pessoais de acordo com os recursos que lhe são disponíveis (ARAÚJO et al, 2013; ARAÚJO et al, 2015).

A equipe de saúde, em especial o enfermeiro, precisa analisar estratégias para uma efetivação do cuidado, vislumbrando o aspecto psicológico, físico e emocional, inserindo o cuidador como peça fundamental neste processo. Deste modo, deve-se trabalhar as potencialidades das cuidadoras desenvolvendo junto a elas medidas que venham somar na assistência prestada e favorecer resultados significativos para o paciente. A cuidadora deve ser orientada a fim de desenvolver atividades que promovam não só a sua saúde mental e física, mas também a saúde do cliente assistido por ela (CAETANO, 2012; OLIVEIRA et al., 2014).

Diante de tais considerações, se faz necessário alguns questionamentos: De que modo às mulheres cuidadoras sem formação na área de saúde, estão prestando esta assistência no domicílio? Estas foram orientadas para tal? Portanto, realizou-se esta pesquisa com o objetivo de responder a tais indagações e Identificar as possíveis dificuldades que as cuidadoras enfrentam no seu cotidiano; assim como orientar cuidadoras informais de pessoas com mobilidade física prejudicada numa perspectiva de qualificar o cuidado prestado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- ❖ Identificar as possíveis dificuldades que as cuidadoras enfrentam no seu cotidiano;

2.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Orientar cuidadoras de pacientes com mobilidade prejudicada como estratégia para qualificação do cuidado.
- ✓ Observar as ações desenvolvidas pelas cuidadoras no domicílio;
- ✓ Potencializar as ações de cuidado desenvolvidas pelas cuidadoras domiciliares, através de um plano de cuidado voltado para as necessidades do paciente, orientando as cuidadoras nas ações que precisam ser desenvolvidas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A estratégia de saúde da família – ESF / atenção domiciliar – SUS

A estratégia de saúde da família (ESF) é a concretização de um avanço alcançado pelo Sistema Único de Saúde - SUS, dando início a um novo modelo de atenção, que tem como objetivo a prevenção, promoção e recuperação da saúde. Esta rede de atenção amplia a visão

sobre o indivíduo e acaba desmitificando o modelo biomédico, pois passa-se a ter um olhar mais profundo, considerando o usuário do serviço de forma integral em todas as suas necessidades. O biomédico, todavia, se concentra na doença, e deixa de lado o olhar holístico, que vai além da enfermidade propriamente dita (BRASIL, 2012; RAFACHO; OLIVER, 2010).

Ainda hoje, percebe-se a força que o modelo hospitalocêntrico exerce no sistema de saúde no Brasil. Entretanto, a ESF surgiu com o objetivo de proporcionar a população uma reorientação sobre os serviços de saúde, como também, organizar e racionalizar os recursos direcionados a promoção, prevenção das doenças e recuperação da saúde (FIGUEIREDO; TONINI, 2011).

Neste aspecto, O SUS pensa em uma hierarquização dos serviços de saúde, para que todos os princípios propostos sejam consolidados, havendo uma organização e redirecionamento das atividades em saúde. A atenção básica deve ser a porta de entrada da população no SUS, com o desenvolvimento de ações de saúde dentro do contexto e do território em que as pessoas estão inseridas. A ESF articula-se com os outros níveis de atenção, formando assim, uma rede integrada que tem como benefícios a ampliação dos serviços de saúde, e um acompanhamento contínuo dos seus usuários (BRASIL, 2012).

A ESF além de ser norteada pelas diretrizes do SUS, é formada também por princípios próprios que são: a definição e delimitação do território de abrangência; usuários adscritos; levantamento de diagnósticos da comunidade; acolhimento; e um enfoque na família e na comunidade. Também institui em sua rotina a assistência domiciliar, para aqueles pacientes que se encontram impossibilitados para se deslocarem até a unidade (FIGUEIREDO; TONINI, 2011).

O serviço de atenção básica é composto por uma equipe multidisciplinar, que organiza e efetiva ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde do usuário e da comunidade. A abordagem do paciente no seu contexto biopsicossocial é facilitada, neste nível de atenção, por se trabalhar com uma equipe multiprofissional, que tem por objetivo dispor atendimento aos usuários em todas as suas necessidades, garantindo a estes um olhar integral e resolutivo, desenvolvendo um verdadeiro trabalho em equipe, que é o grande pilar dessa rede (SORATTO et al., 2015).

Na ESF, por proporcionar um vínculo entre comunidade/profissional, torna-se mais fácil realizar ações para promover a saúde da população, existindo uma maior aceitação por

parte dos usuários acerca do trabalho desenvolvido em prol dessa melhoria. O contato diário com a comunidade também facilita a observação dos principais problemas e as situações de risco existentes no território, o que colabora com o trabalho da equipe, os direcionando na elaboração de planos de ação para enfrentar os desafios e os principais agravos, de forma a favorecer a saúde de toda a comunidade (OLIVEIRA; SPIRI, 2006; FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

O Brasil nos últimos anos, tem se deparado com uma mudança em sua pirâmide etária. Observa-se uma transição demográfica, na qual fica evidente o envelhecimento da população, devido ao aumento da expectativa de vida, como também à diminuição das taxas de natalidade (LARCERDA et al, 2006). A expectativa de vida do brasileiro passou a ser de 74,6 anos em 2012, cinco meses e doze dias a mais em relação à estimada em 2011, que era 74,1 anos (IBGE, 2010).

O envelhecimento da população tem ocorrido de forma acelerada, refletindo no perfil epidemiológico do país, que passa a ter um predomínio de doenças crônicas degenerativas, as que por sua vez, podem gerar o aparecimento das incapacidades, aumentando a possibilidade de pessoas dependentes de outra para realizarem o cuidado e as atividades da vida diária. (OLIVEIRA et al, 2014)

Diante deste cenário tornam-se necessárias medidas e políticas de saúde que se adequem a esta nova realidade. A fim de suprir essas necessidades, a atenção básica é importante no sentido de propiciar uma nova reorganização no sistema de saúde, favorecendo um atendimento contínuo desenvolvido junto à família. (LARCERDA et al, 2006; DUARTE; BARRETO, 2012). Neste contexto, o Home Care traz à tona esta interação cuidador/ pessoa cuidada.

3.2 Histórico do cuidado domiciliar

O termo Home Care foi originado da língua inglesa, e no português traduz-se como assistência à saúde no domicílio, cuidados prestados dentro da residência. A estratégia de cuidado domiciliar é antiga, porém no Brasil esta modalidade dentro das políticas de saúde, tomou grandes proporções devido às mudanças que estão ocorrendo no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira (BRONDANI et al., 2010).

Desde a antiguidade havia cuidados domiciliares e hospitalares, onde os médicos no Antigo Egito atendiam os faraós e seus familiares em casa, munidos de medicamentos e materiais para realizar a cura. Imhotep foi o médico mais famoso dos faraós. Na Grécia, há indícios de que um famoso médico através de seus conhecimentos, também realizava cuidados em domicílio. Na Europa, já existiam hospitais, mas seu principal foco não era a cura, visto que, naquela época os médicos buscavam o atendimento domiciliar, e estes hospitais eram regidos por religiosas que atendiam os pobres (AMARAL et al, 2001; BRASIL, 2012).

Lillian Wald (1867-1940) trouxe uma grande contribuição, quando em 1850 criou um programa de promoção à saúde (Public Health Nurse), defendendo o que hoje é preconizado: a doença deve ser vista nos aspectos sociais e econômicos. Florence Nightingale (1820-1910), também teve sua contribuição e causou impacto quando interferiu no atendimento domiciliar, passando a ser composto por enfermeiras. Em 1885, foi criada a Visiting Nurses Association que tinha como missão supervisionar as agências que disponibilizavam o atendimento domiciliar desde o século XIX (AMARAL et al, 2001).

Em 1900, nos EUA, a assistência domiciliar passou por uma grande evolução, atendendo as demandas do mercado, onde houve a transferência da população para centros urbanos, resultando em uma mudança no perfil epidemiológico, visto que, a maior percentagem de mortalidade estava entre crianças e jovens, ocasionada por epidemias. Depois da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), em 1947, o atendimento domiciliar ganhou força, quando um grupo de enfermeiras se reuniu para atender os doentes em casa, proporcionando a estes uma extensão daquele atendimento adquirido no hospital. Na França, em 1951, a assistência domiciliar surgiu como opção para descongestionar hospitais, e em 1957 foi criado o Santé Service, que era direcionado apenas para pacientes crônicos e terminais. Depois de 1960, nos EUA, o atendimento domiciliar aumentou, vislumbrando uma diminuição no atendimento hospitalar já que existia uma demanda grande de pacientes e leitos insuficientes (BUENO, 2011).

Em 1965, houve o surgimento de dois programas que financiavam o atendimento domiciliar norte-americano: Medicare e Medicaid, onde o primeiro no início era direcionado apenas para idosos, porém, com o passar dos anos, foi estendido para os jovens (AMARAL et al, 2001).

No Brasil, as primeiras atividades surgiram por volta de 1919, no Rio de Janeiro, e um ano depois foi criado o curso de Enfermeiras Visitadoras, que posteriormente transformou-se na Escola de Enfermagem Ana Neri. Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), que teve como principais responsáveis os sindicalistas, insatisfeitos com os atendimentos de urgência prestados naquela época (AMARAL et al, 2001; BUENO, 2011; BRASIL, 2012).

Após isto, o Hospital Presidente Vargas no Rio de Janeiro foi contratado pelo SAMDU com o intuito de realizar visitas domiciliares aos previdenciários com doenças crônicas. Em 1967 o Hospital do Servidor Público Estadual, com o propósito de descongestionar os leitos, adotou a assistência domiciliar, onde seu público alvo eram pacientes crônicos que pudessem ser tratados no domicílio (AMARAL et al, 2001).

Em 1990 em São Paulo, a assistência domiciliar foi aplicada em caráter privativo e com o passar do tempo, ganhou espaço chegando a cinco empresas em 1994. A Anvisa em janeiro de 2006 lançou a Resolução RDC/Anvisa nº 11, de 26 de janeiro de 2006, onde forneceu todas as diretrizes necessárias para o bom desenvolvimento desta prática no Brasil (BUENO, 2011).

Segundo a portaria 2.527 do Ministério da Saúde, a atenção Domiciliar é:

Uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Substitutiva, pois pode prestar cuidados que são executados em outra modalidade, como alguns procedimentos feitos no hospital e que podem ser desenvolvidos no domicílio. E complementar dando continuidade aos cuidados iniciados em outras redes, como nas unidades básicas e até mesmo nos próprios hospitais, ofertando um cuidado sem rupturas (BRASIL, 2012).

O cuidado no domicílio traz benefícios para os usuários, quando comparado aqueles prestados no hospital. Entre estes estão: a diminuição dos riscos de infecções hospitalares; o envolvimento da família no papel de cuidadores, oferecendo um suporte emocional e uma maior autonomia para a pessoa cuidada. Um dos grandes diferenciais do cuidado domiciliar é o envolvimento entre profissionais e usuários, esta construção de vínculos é vista como uma

potencialidade de saúde, pois esta relação abre porta para um olhar integral, levando a um cuidado ampliado que não se restringe apenas ao biológico (LACERDA et al, 2006).

A AD (atenção domiciliar) cresce cerca de 15% ao ano, resultado das vantagens que este tipo de assistência proporciona aos seus usuários. Entretanto, apesar das vantagens citadas, este tipo de serviço para alguns autores ainda configura-se como um projeto em construção no Brasil, tendo muito a ser melhorado (BUENO, 2011).

3.3 Atenção Domiciliar

A atenção domiciliar surgiu como uma tentativa de substituir e dá continuidade aos modelos já existentes. Uma atenção que segue critérios para ser efetivada e que necessita de um planejamento e avaliação para se determinar em qual modalidade o paciente/cliente se encaixa. A atenção domiciliar, segundo o Ministério da Saúde, é dividida em 3 modalidades de assistência: AD1, AD2 E AD3 (BRASIL, 2012.)

A primeira caracteriza-se por paciente acamado sem necessidade da oferta de um cuidado contínuo, deve ser gerido por uma equipe de atenção básica e núcleos de apoio a saúde da família, devendo receber visitas no mínimo uma vez por semana. Para ser incluído nesta modalidade o paciente tem que ter recebido alta da AD2/AD3, ter condições físicas e estruturais na sua residência para se estabelecer o cuidado, possuir o termo de consentimento declarando sua adesão, seja este assinado pelo próprio cliente ou um representante legal, e que não se enquadre nas demais modalidades. Para o seu desligamento acontecer é necessário que tenha ocorrido óbito ou uma piora no quadro clínico do paciente, que determine então sua mudança para AD2/AD3 ou internação hospitalar; ou uma melhora do quadro ou cura total, que possibilita então o deslocamento deste para a unidade básica. Seja qual for à situação, para que ocorra esse desligamento é imprescindível que a equipe realize uma discussão a respeito do caso (BRASIL, 2012).

Já a AD2 aborda paciente acamado, que necessita de um maior e frequente cuidado, acompanhamento contínuo. Para ser admitido nesta modalidade é necessário a presença de um cuidador identificado, a assistência prestada é de responsabilidade da equipe multiprofissional de atenção domiciliar - EMAD e da equipe multiprofissional de apoio - EMAP. Onde a EMAD realizará visitas regulares, no mínimo uma vez por semana. Para ser incluso nesta modalidade o paciente não pode se encaixar na AD1/AD3. O processo de desligamento pode ocorrer por óbito, cura ou mudança de modalidade, uma melhora ou piora no quadro clínico

do paciente determina se o mesmo terá que mudar de modalidade ou até mesmo de serviço (BRASIL, 2012).

E por fim, a AD3 engloba pacientes acamados, com necessidade de maior frequência de cuidados, acompanhamento contínuo e uso de aparelhos. É indispensável também a presença de um cuidador identificado, e a EMAD realizará visitas regulares no domicílio, no mínimo, uma vez por semana, sendo diferenciado da AD2 por possuir a necessidade de equipamentos/aparelhos. O paciente não pode ser encaixar em nenhuma outra modalidade e ser assistido pela EMAD a fim de estabelecer meios de resolubilidade do quadro clínico e prestando toda assistência devida (BRASIL, 2012).

Para se efetuar estas modalidades acontece um processo de trabalho entre a equipe, onde o primeiro passo é realizar um levantamento territorial a fim de observar os pacientes/clientes que se enquadram na AD. O segundo é classificar em qual modalidade desta atenção o paciente se encaixa, podendo haver uma mudança de modalidade, e o terceiro é elaborar um plano de cuidado e assistência mais adequada para cada paciente, de acordo com o nível de complexidade necessário, onde se determina quais materiais, equipamentos e profissionais ficarão responsáveis para prestar o cuidado (BRASIL, 2012; LACERDA et al, 2006).

Trata-se de um modelo que tem como uma das finalidades o contato permanente com a família, sendo esta parte integrante e responsável para realizar a assistência. É necessária a elaboração de um plano de cuidado estabelecido e formulado pela equipe, onde irá dispor de meios eficazes e adequados à necessidade e a disponibilidade, levando em consideração a infraestrutura do domicílio, o lado físico e emocional do cuidador e da família e os recursos disponíveis para ofertar o cuidado (LACERDA et al, 2006).

Como forma de avaliar essa assistência prestada, a equipe dispõe de um instrumento de avaliação e análise que é o prontuário domiciliar. Essa ferramenta serve para registrar tudo que é realizado pela equipe, que através de reuniões periódicas é feito uma avaliação do que foi executado e do quadro clínico do paciente, com o intuito de modificar tudo que não foi eficaz e aprimorar tudo o que está favorecendo a melhora do paciente assistido (BRASIL, 2012). Desta forma, apreende-se que o cuidador configura-se como peça importante na permanência e restabelecimento da saúde da pessoa cuidada.

3.4 Cuidador domiciliar

Segundo a portaria 2.527 do Ministério da Saúde, cuidador é: “pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana”. (BRASIL, 2011)

O cuidador exerce papel fundamental na atenção domiciliar, favorecendo a construção de um elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde, ajudando desta forma no desenvolvimento do planejamento e na execução das ações de saúde. Adicionalmente, contribui no conhecimento do contexto em que este indivíduo cuidado está inserido, a realidade de seu lar. Este maior envolvimento da família neste tipo de atenção, faz com que a evolução dos cuidados prestados seja eficaz, proporcionando um apoio emocional e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida para os usuários. Porém esta participação mais efetiva tanto da família, quanto do próprio cuidador, não exclui a importância de um cuidado mais técnico da equipe, baseado em um conhecimento aprofundado sobre cada ação. Por isso na AD tanto a família, como o cuidador e a equipe de saúde são de grande importância para o planejamento e execução das ações de cuidado (BRASIL, 2013; BRASIL, 2012).

Os cuidadores do domicílio podem se enquadrar em duas categorias. Uma delas é a dos cuidadores informais, sendo eles na maioria das vezes um membro da família, que pode ser esposa (o), filha (o), irmã (o). Neste grupo também estão inclusos os vizinhos e amigos que prestam cuidados sem receber nenhum benefício em troca. Eles não são habilitados tecnicamente para desempenharem o papel de cuidador, por isso são guiados pela intuição e por relatos de situações parecidas vivenciadas por pessoas próximas. A outra categoria corresponde aos cuidadores formais, sendo estes profissionais que passaram por treinamento para exercer o papel de cuidador, e que são remunerados pelo desempenho de suas atividades (BRASIL, 2008).

A escolha do cuidador informal acontece de forma espontânea, podendo ser desde alguém da família, amigo ou até um vizinho. Apesar de não existir critérios estabelecidos e obrigatórios para a escolha de pessoas que vão prestar o cuidado, quem mais compõe esse grupo são as mulheres e se olharmos para o grau de parentesco podemos destacar as esposas, como as grandes cuidadoras. Esse destaque recai sobre as mulheres, pois estas desde muito tempo são treinadas para exercer este tipo de atividade, elas que cuidam dos filhos, do marido e dos que estão doentes (ARAÚJO et al, 2015).

A profissão de cuidador foi criada pelo Projeto de Lei nº 6.966/2006, sendo este profissional um auxílio para a pessoa cuidada, realizando tarefas básicas, como administrar medicamentos, higienização e alimentação, e sendo de suma importância que este cuidador faça o curso imposto pelo Ministério da Saúde. Posteriormente, em 2008 o Projeto de Lei nº 2.880 foi decretado, regulamentando a Profissão de Cuidador de Pessoa (BUENO, 2011).

Alguns estudos já desenvolvidos apontam que os cuidadores apresentam em sua maioria estresse, que normalmente está relacionado ao fato da jornada extensa de 24 horas tendo que desempenhar várias atividades, como a vigilância e tudo que envolve o cuidado, propriamente dito, deixando de lado o lazer e a vida social. A falta de capacitação, informação dos cuidadores na hora de prestar o cuidado, também é observado como fator desencadeante para o estresse (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005). Nesta perspectiva reitera-se a importância de se qualificar os cuidadores domiciliares numa perspectiva de promover a saúde tanto do cuidador quanto do sujeito cuidado.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa e integrativa, que foi realizada no período de fevereiro a maio de 2016, na cidade de Campina Grande – PB.

4.2 População: Os sujeitos da pesquisa foram mulheres cuidadoras de pessoas com mobilidade física prejudicada.

4.3 Local da pesquisa: A coleta foi realizada no próprio domicílio das cuidadoras, com o intuito de presenciar a rotina de cuidados. Foram escolhidos de forma aleatória três distritos de Campina Grande, sendo eles: o distrito II, III e IV. Após essa escolha, realizou-se um levantamento do quantitativo de pacientes com mobilidade física prejudicada nas unidades que compõem os distritos. As unidades básicas de saúde com o maior número de cuidadoras informais de pacientes com mobilidade prejudicada foram João Rique I e II do distrito II, Monte Santo do distrito III e João Benoni de Andrade do distrito IV. As participantes foram selecionadas seguindo os critérios de inclusão e exclusão, juntamente com os agentes comunitários de saúde – ACS's de cada território. Inicialmente 32 cuidadoras foram convidadas a participarem da pesquisa, porém a amostra final totalizou 19 cuidadoras.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão: Foram incluídas mulheres que atenderam aos seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 18 anos, prestar cuidado no período igual ou superior a dois meses, ser cuidadoras de pacientes com mobilidade prejudicada, aceitar participar da pesquisa e ter paciente cadastrado em uma das Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF de referência para o projeto no município de Campina Grande – PB. Foram excluídas as mulheres que: prestavam cuidados no período inferior a dois meses; não concordaram em participar da pesquisa e cuidadoras de pessoas com mobilidade física adequada.

4.5 Instrumento de Coleta de Dados: A coleta foi realizada em três momentos: aplicação de questionário para traçar perfil sociodemográfico das cuidadoras, a realização de uma observação, através da qual se detectou as necessidades apresentadas e a qualificação das cuidadoras na prestação dos cuidados.

4.6 Procedimento de Coleta de Dados: Inicialmente foi feito um contato com as enfermeiras das UBSF's, logo em seguida, um levantamento do quantitativo de pessoas com mobilidade prejudicada em cada área junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), que foram o elo entre os pesquisadores e os sujeitos da pesquisa. No segundo instante realizou-se o primeiro contato com as cuidadoras do domicílio, juntamente com os ACS's, explicando o projeto e solicitando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Depois de concordarem em participar da pesquisa, foi aplicado o questionário que traçou o perfil sociodemográfico das cuidadoras. Logo após realizou-se a observação com o intuito de conhecer os cuidados prestados à pessoa com mobilidade física prejudicada, para finalmente orientar essas cuidadoras nas ações prestadas. Essas orientações foram realizadas no domicílio, de acordo com as dificuldades de cada cuidadora e foram baseadas em técnicas de simiotécnica e nos manuais do ministério da saúde voltados a cuidadores informais.

4.7 Análise dos dados: A análise e discussão dos dados foram feitas mediante categorização do material coletado através do questionário aplicado, da observação participante e da orientação realizada, baseados na análise de conteúdo e apoiado nos recursos literários pertinentes ao tema fundamentado nos conceitos de promoção da saúde.

4.8 Aspectos Éticos: Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com os parâmetros da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, que dispõem sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi

assinado pelas participantes, e todos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, o sigilo e a não identificação como participante. O presente estudo está vinculado ao projeto guarda-chuva intitulado: **CUIDANDO DE QUEM CUIDA: QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES CUIDADORAS**, que foi aprovado no comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o número CAAE: 53324116.1.0000.5187.

Com o intuito de manter o sigilo e preservar o anonimato das cuidadoras participantes da pesquisa, determinou-se um cognome para cada mulher. Todas as cuidadoras são mencionadas através da letra alusiva C seguida de um número, que foi colocado na ficha e no questionário para facilitar a identificação para a pesquisadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente a amostra foi composta por 32 mulheres cuidadoras de pacientes com mobilidade física prejudicada. Porém, após algumas visitas, descobriu-se que dois dos pacientes haviam falecidos. Além disso, por motivos pessoais, cinco cuidadoras se recusaram a continuar participando da pesquisa, e, após uma conversa com outras três, observou-se que os respectivos pacientes não apresentavam mobilidade física prejudicada a ponto de depender de cuidados, sendo essas excluídas da coleta. Por fim, eliminou-se também três casos que representaram riscos para a pesquisadora, resultando assim num total de 19 cuidadoras participantes da pesquisa.

Percebe-se que descrever o perfil do cuidador e ter conhecimento das dificuldades que porventura estes vivenciam no dia a dia, se torna essencial para a implementação de ações educativas e de suporte social, pois desta forma, consegue-se trabalhar com a realidade que o cuidador está inserido. Nesse contexto, o papel de cuidador informal está muito ligado a um membro da família, na maioria das vezes a mulher, seja ela esposa, filha, neta ou mãe.

Segundo Araújo e colaboradores (2013, p. 155):

“Historicamente, a mulher sempre foi responsável pelo cuidado, seja de casa ou dos filhos, ou mesmo dos membros familiares adoecidos, enquanto o papel do homem era trabalhar fora para garantir o provimento financeiro da família. Apesar de todas as mudanças sociais e na composição familiar, e dos novos papéis assumidos pela mulher, destacando-se sua maior participação no mercado de trabalho, ainda se espera que a mulher assuma as funções do cuidado em geral.”

O foco do presente estudo foram as cuidadoras, tendo em vista que os achados de outras pesquisas mostram que as mulheres ainda dominam o cenário do cuidado, mesmo

trabalhando fora ou exercendo outras atividades dentro do âmbito domiciliar. Participaram da coleta 19 mulheres, com idade entre 36 a 76 anos, com uma média de aproximadamente 58,15 anos. Segundo o grau de parentesco das cuidadoras, notou-se que a maioria são esposas e filhas nas mesmas proporções com 36,84% (n= 7) cada, 15,78% (n= 3) são mães, 5,26% (n= 1) irmãs e 5,26% (n=1) noras, esse resultado é semelhante a outros estudos. Araújo et al. (2015), revela que 38,4% dos cuidadores precipitantes de sua pesquisa eram filhos e afirma que o parentesco é um fator que influencia muito no momento de escolher um cuidador. Este fato é revelado através das falas abaixo:

“Ele só se sente bem à vontade comigo (esposa) e com a filho.” (C18)

“Ah, ele acha que só quem pode cuidar dele sou eu (esposa), ele não aceita mais ninguém.” (C14)

Quanto ao grau de escolaridade, observou-se que a maioria das mulheres tinha o ensino fundamental incompleto, somando 47,36% (n=9) no total, 10,52% (n= 2) possuíam ensino fundamental completo, 10,52% (n= 2) o ensino médio incompleto, 26,31% (n= 5) haviam completado o ensino médio e 5,2 % (n=1) não tinham escolaridade alguma.

Em seu estudo, Azevedo (2011) mostra que há uma distinção na forma de cuidar de acordo com o grau de escolaridade da cuidadora, onde as semianalfabetas e de ensino fundamental incompleto apresentam mais dificuldade na compreensão do tratamento. Portanto, conhecer a escolaridade das cuidadoras é de grande importância, tendo em vista que são elas que recebem as informações por parte da equipe de saúde, e que acompanham o paciente até os serviços especializados.

De acordo com diversos autores, a capacidade de aprendizagem está diretamente ligada à forma com que as cuidadoras cuidam, e conseqüentemente com a qualidade da assistência prestada. Entretanto, a presente pesquisa revelou que as dificuldades para exercer a função de cuidador independem do nível de escolaridade, corroborando com Araújo (2013) que constatou que as principais dificuldades enfrentadas na execução das atribuições eram as mesmas para as cuidadoras com maior nível de escolaridade, como também para aquelas o nível de escolaridade mais baixo.

Com relação à situação conjugal das cuidadoras, pode-se observar que a maioria delas, está envolvida em relacionamentos estáveis e 90% possuem filhos. Segundo Araújo et al.

(2013) esses dados refletem na sobrecarga que essas mulheres possuem, pois além do papel de cuidadora, elas carregam as responsabilidades de esposa, de mãe, de ter que cuidar da casa, de lavar a roupa e de atender aos chamados dos filhos e marido. O relato a seguir contribui com essa análise:

“Tem hora que falta pouco pra eu ficar louca, eu tenho que dar o banho dele, tenho que preparar o café de todo mundo, meu marido me chama o tempo todo.” (C5)

Ainda para Araújo et al (2013), a situação conjugal no cenário do cuidar, pode ser tanto positiva, se o marido consegue participar de forma ativa, como também pode ser bastante negativa para a cuidadora, se o marido não ajuda e ainda a sobrecarrega com a cobrança diária das atividades domésticas.

De acordo com os resultados extraídos do questionário, da observação participante e da orientação realizada junto às cuidadoras, foi possível obter três categorias temáticas: 1. Limitações das cuidadoras x prática do cuidar; 2. Dificuldades no ato do cuidar e 3. Sentimentos das cuidadoras x pessoa cuidada.

5.1 Limitações das cuidadoras x prática do cuidado

Esta pesquisa teve como principal objeto de estudo cuidadoras informais, que segundo Bailão (2013, p.6):

“Refere-se ao familiar ou amigo, que assegura a maior parte dos cuidados que o doente requer quando regressa ao seu contexto familiar, assumindo-se, de modo não remunerado, como principal responsável pela assistência e prestação de cuidados à pessoa doente.”

Diante disso, pode-se dizer que, cuidadoras informais constituem o apoio principal de cuidado, sem receber nenhuma remuneração e sem ter preparo técnico, ou seja, nenhuma formação na área de saúde, para a realização das atividades assistenciais necessárias. Araújo et al. (2015) relata que a falta de formação do cuidador reflete na limitação existente no momento do planejamento de cuidado e na forma de agir frente a possíveis dificuldades. Conforme se vê na fala abaixo:

“Ele tem essas feridas na pele, pra sair eu passo pomada de vagina, se fecha as feridas dentro da gente, essas aí que aparece deve fechar também.” (C5)

Vieira et al. (2011), diz que o ato de cuidar requer um planejamento, pois é uma atividade complexa e que exige treinamento. Observa-se que a falta de preparo, por parte do cuidador, no desenvolvimento do cuidado diário com o paciente de mobilidade física prejudicada, resulta em diversos prejuízos maiores à saúde do mesmo, aumentando muitas vezes a probabilidade de hospitalizações frequentes (ARAÚJO et al., 2015). Na fala abaixo, é explicitada a situação abordada:

“Abriu uma escara nele, eu não sabia cuidar. Eu lavava sempre com sabão, era a única coisa. Mas foi piorando e piorando e ficou tão funda que ele teve que ir pra o hospital para eles lá cuidarem dele.” (C16)

No estudo de Oliveira et al. (2014), ressalta-se que as próprias cuidadoras percebem a necessidade de estarem sendo orientadas por um profissional da saúde, que compreenda de forma mais efetiva as técnicas importantes para o fortalecimento de um cuidado eficaz, justamente porque o conhecimento que elas possuem não é suficiente para a adequada execução das atividades do cuidado e para a prevenção de possíveis complicações.

No presente estudo as mulheres foram indagadas a respeito do conhecimento que tinham em relação à patologia do paciente com mobilidade prejudicada. Diante disso, a maioria mostrou não saber algo consistente sobre o tema, compartilhando do mesmo resultado do estudo de Araújo et al. (2015), no qual afirma-se que a maioria das cuidadoras não possui informação alguma sobre as doenças que acometem os pacientes, que estão sob seus cuidados.

“Eu não sei direito, ele levou uma queda no trabalho e ficou assim.” (C14)

“Eu sei que foi um erro que deu na cirurgia do joelho, só sei isso.” (C11)

“Eu não sei é de nada, só vejo que ele não consegue mais andar, nem levantar um braço, um banda dele é toda ruim.” (C13)

Segundo Araújo et al. (2015), a falta de informação sobre a patologia do paciente é um fator que provoca diversas dificuldades no exercício do cuidado. Diante disso, observa-se a necessidade de instruir o cuidador quanto aos sintomas da doença, e as possíveis condutas que devem ser adotadas, tanto para melhorar a condição do paciente, como para evitar complicações.

As limitações técnicas no desenvolvimento do cuidado provocam nas cuidadoras informais sentimento de angústia. Elas se sentem despreparadas para desempenharem algumas atividades necessárias ao cuidado, e inseguras quanto à forma correta de se realizar os procedimentos (OLIVEIRA et al., 2012).

“No começo foi uma barra muito grande que enfrentei, não queria aceitar de jeito nenhum. A primeira vez que eu tive que passar a sonda pra retirar o xixi dele, eu pensei: Eu não vou conseguir, nunca fiz isso antes, eu vou morrer.” (C16)

“Quando o médico colocou a traqueo nele, e me disse que eu ia ter que aspirar, fiquei com medo, nunca tinha feito nada parecido, nunca cuidei de ninguém, mas pelo meu filho eu tive que enfrentar.” (C17)

“Tento fazer o melhor que eu posso, não sei se faço tudo certo, mas sempre procuro aprender porque nunca cuidei de ninguém na minha vida.” (C2)

Nos relatos abaixo, observa-se o fato de que, quanto maior a limitação física do paciente domiciliar, maior a dificuldade por parte das cuidadoras, frente aos cuidados. Isso ocorre, devido à complexidade e a quantidade das atividades que um paciente com um grau elevado de imobilidade necessita, requerendo do cuidador um maior suporte técnico, como também uma boa condição física.

“Ah minha filha, tudo desse homem é nessa cama, se banha na cama, come na cama, e é difícil de lidar, ele é pesado e eu não consigo pegar sozinha. A fralda nunca fica direito, ele acaba urinando o lençol todinho.” (C7)

“Ele não consegue mais nem ficar sentado, só é deitado o tempo todo, nem fala mais. Tá cheio de feridas na pele e na hora do banho é uma complicação acabo é abrindo ainda mais os buracos e saí muito sangue, por que pra pegar ele é um sacrifício, o homem é duro.” (C5)

Outro ponto de possível limitação da cuidadora informal, diz respeito ao aspecto emocional, principalmente por existir um vínculo familiar que permeia a relação cuidador-paciente. Segundo Araújo et al. (2015), os laços afetivos, construídos a partir dessa relação, geram na cuidadora uma maior responsabilidade na hora do cuidado. Porém, notou-se neste estudo que apesar de gerar uma maior responsabilidade, o vínculo afetivo torna a cuidadora fragilizada emocionalmente diante das necessidades do paciente.

“No hospital eles cuidaram da ferida dele, a que apareceu nas costa. Quando ele chegou eu tinha que limpar, mas eu não queria, me dava uma dó do meu filhinho. A ferida era tão grande e funda. Eu ficava pensando, eu não vou conseguir fazer isso, meu filho vai morrer, isso não vai sarar nunca.” (C16)

O vínculo familiar existente entre cuidadora-paciente revela, em alguns casos, uma relação conflituosa, devido ao tipo de relacionamento que existia anteriormente. Este é um fator que também limita o cuidado. Observou-se no discurso de algumas filhas que havia constrangimento no momento de cuidar, pois o pai sempre preservou uma posição de autoridade com os filhos.

“Na hora do banho, ele não quer que eu fique com ele de jeito nenhum, tenho que chamar minha mãe pra ajudar ele. E eu prefiro, pois meu pai sempre foi um homem muito sério e reservado.” (C8)

Visto que a falta de orientação para o ato de cuidar acarreta no cuidador informal uma sobrecarga, isso culmina na geração de desgastes físicos e emocionais (VIEIRA et al., 2011). Diante disso, percebe-se a importância do acompanhamento e da orientação por parte de um profissional da área de saúde no desenvolvimento do cuidado domiciliar, de modo a minimizar a diversidade de sentimentos que surgem no decorrer do exercício, como também, suprir as limitações técnicas do cuidado, visto que estas acarretam prejuízos tanto à saúde da pessoa cuidada, como a do próprio cuidador.

5.2 Dificuldades no ato do cuidar

O estudo exacerbou que 13 cuidadoras relataram não ter dificuldade para realizar o cuidado, das quais seis possuíam o ensino fundamental incompleto, duas o fundamental completo, três o ensino médio completo e duas o ensino médio incompleto. Dentre estas

apenas uma revela que recebeu algumas orientações por parte da equipe de saúde, as demais nunca foram orientadas por algum profissional.

Nota-se com os discursos abaixo que, na visão das cuidadoras, a habilidade e até mesmo a melhor compreensão sobre a realização de ações que envolvem o cuidado ao paciente domiciliar, foram adquiridas através do tempo de experiência, da rotina e do empenho em realizar o melhor.

“Não sinto dificuldade não, eu faço o melhor que posso. E também já são 6 anos fazendo isso todos os dias.” (C16)

“Cuidei da minha mãe durante muito tempo, agora cuido do meu pai, aprendi muita coisa nesse tempo, tenho uma experiência boa.” (C10)

“Ah faz muitos anos que cuido dele, já sei como tudo funciona. Não são dias, não, são anos e anos, fazendo a mesma coisa, todo santo dia.”(C5)

Cuidar é um ato que envolve conhecimento, habilidade e até mesmo valores, que quando colocados em prática favorecem e potencializam a melhora da condição de vida. No cotidiano das cuidadoras informais, existem diversos desafios, como as dificuldades em realizar as atividades complexas do cuidado, sem nenhum suporte técnico (VIEIRA et al., 2011).

Evidenciou-se que a maioria das cuidadoras subestimam a capacidade do paciente em realizar algumas atividades do seu próprio cuidado. Este fato torna-se um grande problema no contexto domiciliar, pois o cuidador acaba anulando a autonomia do paciente, exercendo sobre ele uma proteção excessiva, que na verdade mais prejudica do que contribui para a sua melhora. De acordo com Araújo et al. (2015), o medo e a insegurança tornam o paciente fragilizado, de modo que este acaba aceitando de forma passiva os cuidados excessivos ofertados pelos cuidadores. Este problema é evidenciado nas falas abaixo:

“Eu faço tudo, até a comida dou na boca, por que fico imaginando que pra ela deve ser muito difícil, e também se fosse deixar ela comer sozinha ia demorar demais. Quando ela quer água, eu também dou na boca dela, e também se não faço isso o marido dela, diz que eu sou ruim.” (C3)

“Eu levanto ela e depois eu carrego ela até a cadeira, sei que ela só precisa de uma ajudinha, mais eu fico é com medo dela cair, ai prefiro

não arriscar. O cabelo, acho que ela consegue pentear, só que não fica arrumado não, e aí eu pego e faço.” (C1)

Nos relatos pode-se perceber que, diante das dificuldades, as cuidadoras acabam agindo de forma mais afetiva do que racional, o que prejudica a reabilitação do paciente.

Diante desse problema, alertou-se as cuidadoras para a importância da estimulação da autonomia do paciente, que é essencial para a evolução clínica do mesmo. Estudos mostram que a participação dos pacientes nas atividades do cotidiano, voltadas para o próprio cuidado, trazem benefícios de melhora da funcionalidade, evitando que estes adquiram ainda mais limitações, além de diminuir a sobrecarga da própria cuidadora (ARAÚJO et al., 2015).

Segundo Vieira et al. (2011), os cuidados estão classificados em: manutenção, que de acordo com o autor exigem do cuidador mais condições físicas e os cuidados de reparação, que visam a melhora ou o controle da patologia do paciente, por isso exige um certo conhecimento.

Em relação aos principais problemas em comum, observados entre as cuidadoras, está a dificuldade no exercício das atividades que exigem um maior esforço físico, como a locomoção, a realização do banho no leito, a transferência da cadeira para cama e vice-versa, a troca de roupa e de fralda. Como também está na realização de procedimentos que necessitam de conhecimento e habilidades técnicas: troca de curativos, prevenção de úlceras por pressão, realização da higiene íntima, administração da medicação e passagem de sonda vesical.

O banho no leito é uma atividade desempenhada com grande dificuldade, por grande parte das cuidadoras. Se torna ainda mais difícil de ser realizado em virtude da falta de condições adequadas dentro do âmbito domiciliar, onde as camas são baixas e os espaços pequenos, e, devido a esses fatores, realizar o banho exige da cuidadora um maior esforço físico e uma maior habilidade, como descrito nas falas:

“Eu não consigo dar banho nele sozinha, não. Só passo um paninho molhado, pra tirar a catinga da fralda.” (C7)

“O banho é o pior momento, por que ele é pesado demais, e minha coluna não aguenta. Fora que eu acabo molhando tudo, pra secar ele todo é uma briga, acho que joga muita água.” (C5)

“Essa cama é muito baixa, na hora do banho minha coluna fica lascada. Tem hora que eu acho que não vou conseguir terminar esse banho nela.” (C15)

Neste sentido, foram ofertadas instruções básicas para a realização do banho no leito, através das quais, as cuidadoras foram direcionadas a seguirem uma ordem necessária, como forma de organizar e facilitar seu trabalho, como também de tornar o período do banho agradável para a pessoa cuidada. Iniciando sempre pela cabeça, e seguindo para os braços, tórax, abdômen, lavando e já secando, evitando a exposição do paciente. As cuidadoras foram orientadas a no momento do banho, massagear a pele do acamado para ativar a circulação, bem como observar a sua integridade, os cabelos e as unhas. (POTTER; PERRY; ELKIN, 2009; BRASIL, 2010)

Quanto à higiene íntima, foram alertadas para a direção correta de realização desta, devendo-se partir do púbis para o ânus (frente para trás), sendo importante a utilização de uma comadre, para que seja realizada de forma apropriada. Estas orientações foram ofertadas, de acordo com as maiores dificuldades observadas pela pesquisadora durante as visitas no domicílio. ((BRASIL, 2010; BRASIL, 2013)

Uma outra dificuldade presente no contexto do cuidado domiciliar analisada, foi a prevenção das úlceras por pressão. Considerando que os pacientes participantes apresentavam mobilidade física prejudicada como critério de inclusão na pesquisa, a necessidade de medidas preventivas contra o aparecimento dessas feridas se tornavam essenciais ao cuidado, tendo em vista, que a maioria era acamado ou cadeirante, o que são fatores de risco para o surgimento das úlceras.

Por consequência da falta de medidas preventivas, alguns dos pacientes já apresentavam as feridas, e daí surge uma outra dificuldade para as cuidadoras, que é a falta de habilidade para execução dos curativos, descritos nos relatos:

“Vou botar cloro, já cuidei de outras feridas e sempre fica bom quando boto o cloro. Já não sei mais o que fazer para essas feridas não aparecerem.” (C7)

Diante disso, foram passadas algumas orientações para as cuidadoras, com o intuito de direcioná-las. No primeiro momento, a ênfase foi na prevenção do aparecimento das úlceras, e

neste contexto, foram aplicadas algumas medidas educativas, para esclarecer que úlceras são feridas dolorosas, e que acontecem pelo forte atrito, provocado pela permanência do paciente em uma mesma posição por um longo período de tempo. E a partir deste ponto, mostrou-se a importância da realização de medidas como, a mudança de decúbito de 2 em 2h durante o dia, massagear a pele na hora do banho para ativar a circulação, utilizar apoios nos locais de maior pressão, utilizar água morna e sabonete neutro para evitar o ressecamento, e em casos de pele ressecada utilizar hidratantes após o banho. Visto que a ingestão hídrica e a nutrição também constituem medidas preventivas para o aparecimento das úlceras por pressão, se fez necessário alertar as cuidadoras para a importância da oferta de líquidos e da manutenção de alimentação balanceada (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013; MORAES et al., 2013).

No segundo momento, foram ofertadas orientações para aquelas cuidadoras que já lidavam com as úlceras em seus pacientes. Sabe-se que a limpeza das feridas estimula a cicatrização, pois remove tudo o que retarda este processo, como o excesso de exsudato, tecido necrótico e resíduos do curativo. Deste modo, ensinou-se a limpeza, a qual deve ser feita sempre que houver necessidade de troca do curativo, sem aplicar força. A utilização de soro fisiológico para lavar o leito da ferida é uma boa indicação, pois este não danifica os tecidos que estão cicatrizando.

O cuidado com as feridas é complexo e exige do cuidador treinamento, que lhe permita ter um olhar crítico para saber observar as características e identificar as complicações. Observar a cor, a quantidade de exsudato e o odor presente, é uma tarefa que deve ser desempenhada pelo cuidador no momento da troca do curativo.

A higienização das mãos é uma medida primordial para a realização dos cuidados. No domicílio notou-se que esta é uma ação, na maioria das vezes, esquecida e deixada de lado por parte das cuidadoras na hora de executarem os cuidados.

Portanto, foram ofertadas orientações voltadas para a importância da lavagem das mãos e a forma correta de se fazer. Priorizando o fato de que essa é uma medida de segurança, que visa a proteção do paciente, e por isso deve ser feita sempre antes e após o contato com o mesmo (BRASIL, 2010).

Um procedimento que exige das cuidadoras uma maior habilidade técnica é a passagem de sonda vesical, que requer cuidados específicos e que precisam ser seguidos, para evitar complicações. As cuidadoras foram alertadas para realizar a lavagem das mãos, antes e

após o procedimento, pois está é uma medida que não pode ser substituída pelo uso de luvas. Notou-se que no momento do procedimento a própria cuidadora contaminava todo o material na hora de abri-lo, por isso uma outra orientação ofertada, foi em relação a abertura correta do material, para que não haja contaminação.

Nota-se que, quando as dificuldades das cuidadoras são supridas, o cuidado se torna mais leve e eficaz. A qualificação das cuidadoras reflete no cuidado que elas prestam, e conseqüentemente na qualidade de vida da pessoa cuidada. (CAETANO, 2012).

5.3 Sentimentos das cuidadoras x pessoa cuidada

A ação de cuidar requer um conceito amplo que envolve além de técnica, vertentes afetiva, racional, sociocultural, ética e terapêutica. Diante disso, percebe-se a complexidade da palavra “cuidar”, pois ela envolve um olhar holístico que englobe todas as necessidades do ser cuidado (SARAIVA, 2011).

Conhecer os sentimentos presentes na relação entre cuidador e pessoa cuidada, é uma chave importante para a compreensão do processo de cuidar na visão da cuidadora. Se torna essencial também, para o planejamento de ações que vislumbrem amenizar a intensidade de sentimentos que surgem no decorrer do exercício de cuidar.

O cuidar provoca uma diversidade de sentimentos na cuidadora, dentre eles alguns positivos e outros negativos. De fato, isto ocorre pois existem laços afetivos que acompanham a relação familiar, que por vezes geram no cuidador gratidão, satisfação em poder cuidar, vontade de estar ao lado do ente querido o máximo de tempo possível, mas também tristeza por ver a situação de dependência da pessoa cuidada, medo, falta de paciência (OLIVEIRA et al, 2014). As mulheres quando indagadas a respeito de como se sentiam em relação à pessoa cuidada, transmitiram os seguintes discursos:

“Me sinto triste, pois lembro de como ela era antes, e ver ela hoje nessa situação, me deixa muito triste. Fico pensando como tudo poderia ter sido diferente, ela casada, dando as aulas que tanto gostava, com filho.” (C12)

“Sem paciência, pois ele quer tudo do jeito dele, se não for na hora que ele pede, é por que eu trato ele mal, que depois que ele ficou aleijado, ninguém mais respeita.” (C13)

As cuidadoras demonstram, em suas falas, a sensação de impotência diante do estado de saúde do seu familiar e da impossibilidade de transformar a situação. Este fato acarreta um desgaste emocional, que é percebido através de sentimentos negativos como tristeza, inquietação, preocupação.

Nota-se que a cuidadora informal vivência de forma muito intensa as alterações apresentadas pelo paciente como a agitação, a agressividade, as diversas reclamações, a tristeza e a baixa autoestima. Esse misto de sentimentos é consequência do estado de dependência que se encontra decorrente da própria patologia (PINTO; NATIONS, 2012). Percebe-se que a cuidadora acaba se expondo a vários fatores estressantes, como: o acúmulo de atividades, a diversidade de sentimentos expressados pela pessoa cuidada, além disso, a falta de informação e de apoio, como descrito nas falas:

“Ele reclama é de tudo, depois que ele ficou assim, só reclama! Parece até que eu não faço nada que preste. Falta é a paciência tem hora.” (C13)

“Cansada, minha filha, muito cansada! Estou é carregando a cruz que Deus me deu.” (C7)

“Em tempo de colocar uma corda no pescoço. Muito estressada, mas não consigo abandonar.” (C5)

Diante dos relatos, observa-se que esta sobrecarga emocional pode limitar a tolerância das cuidadoras perante algumas situações do cotidiano, refletindo em conflitos, insatisfações e frequentemente em diversos sentimentos negativos que surgem durante o exercício da complexa atividade de cuidar. Nota-se que a maneira como a pessoa que necessita de cuidados trata o cuidador, pode revelar o fato da não aceitação da sua situação de dependência.

O cuidar exige tempo e dedicação diante da condição de dependência da pessoa cuidada, o que acaba levando o cuidador a uma situação de confinamento e, conseqüentemente a ausência de atividades de lazer que proporcionem bem-estar (OLIVEIRA et al, 2014). No discurso abaixo, as cuidadoras demonstram que anularam a sua vida, suas vontades e as atividades que realizavam, para se dedicarem exclusivamente ao cuidado.

“Nunca posso sair de dentro de casa, tenho medo de deixar ela sozinha e ela cair. Não faço mais unhas, minha vida é dentro de casa todo

tempo. Aqui sou eu pra tudo, não vivo mais minha vida, acho que estou cansada.” (C1)

“Eu estou sobrecarregada, porque pra tudo ela me chama, e fora que minha mãe é muito teimosa e isso me deixa muito estressada. Ela tem muitos filhos, mas tá pensando que nenhum vem aqui me ajudar?! Minhas irmãs acham que a responsabilidade de cuidar dela é só minha, elas acham que eu não faço mais que minha obrigação. Eu não tenho tempo mais de fazer nada pra mim, vivo em casa.” (C3)

A família costuma centralizar todas as responsabilidades do cuidado em uma única pessoa, tornando-a cuidadora exclusiva e esquecendo e até subestimando as necessidades pessoais que esta possui. A falta de apoio formal fornecido por parte de profissionais da saúde, e de apoio informal, fornecido por outros membros da família e amigos, é motivo para o acúmulo de sobrecarga nas cuidadoras, e para o surgimento de sentimentos negativos que interferem diretamente no cuidado que é prestado.

6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

No desenvolvimento da pesquisa existiram algumas limitações, das quais se destacam: a resistência para adentrar no domicílio, o pouco tempo, território de vulnerabilidade, e a necessidade de um trabalho multidisciplinar que supra o indivíduo de forma integral.

Para adentrar no domicílio das cuidadoras enfrentou-se um pouco de resistência, pois isso significa conhecer a rotina, as dificuldades financeiras, as limitações no cuidado, os sentimentos envolvidos. E diante disso, a cuidadora sente que sua privacidade está sendo atingida e é tomada pelo medo de ser julgada e criticada.

O tempo de desenvolvimento da pesquisa também foi tido como uma dificuldade, visto que se constatou a necessidade de um tempo maior de trabalho junto das cuidadoras informais, para que estas, além de orientadas sejam treinadas na prestação dos cuidados. E logo após o treinamento seria interessante à realização de um estudo comparativo entre os cuidados prestados antes e após a orientação do profissional de enfermagem.

A saúde deve ser compreendida de forma holística, o que significa exercer sobre o ser humano um olhar complexo. Observar o paciente de forma integral é essencial para a eficácia do cuidado. Diante disso, percebe-se a necessidade de desenvolver trabalhos

multidisciplinares voltados a suprir não apenas as limitações físicas, como também, as emocionais e sociais, enfrentadas dentro do âmbito domiciliar. Notou-se na presente pesquisa que serviços de fisioterapia, nutrição e até mesmo de serviço social juntamente com a enfermagem ofertariam às cuidadoras melhores condições para o desenvolvimento do cuidado.

7 CONCLUSÃO

Os trabalhos e pesquisas com abordagem nos cuidadores são escassos. Tal fato reflete no desconhecimento sobre o papel que estes indivíduos desenvolvem e sobre a necessidade de apoio que eles requerem no desempenho de atividades diárias do cuidado. A falta de conhecimento em torno deste assunto gera consequências, sendo uma delas a grande proporção de limitações encontradas no cuidado dentro do contexto domiciliar.

Neste sentido, o tema da pesquisa é de grande relevância, tendo em vista que possibilitou um olhar mais dedicado para as cuidadoras informais, as quais enfrentam em seu cotidiano diversas limitações na prestação do cuidado de pacientes com mobilidade prejudicada, devido à falta de apoio e orientação por parte dos profissionais de saúde.

Vale ressaltar que a enfermagem tem papel fundamental no que diz respeito ao apoio as cuidadoras diante das dificuldades evidenciadas por estas no cotidiano. O direcionamento do cuidado oferece uma assistência mais efetiva e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida para a pessoa cuidada.

A orientação oferecida por meio desta pesquisa foi de grande contribuição para desenvolver nas cuidadoras uma visão crítica e a partir deste ponto, potencializar suas ações de cuidado. Colaborando para aquisição de conhecimento e habilidades que proporcionam um cuidado mais direcionado a patologia do paciente, possibilitou-se a prestação de uma assistência mais qualificada.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, A. M.; GONCALVES, L. H. T. Enfermagem e o cuidado ao idoso no domicílio. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 715-716, set./out. 2012.
- AMARAL, N. N. et al. Assistência Domiciliar à Saúde (*Home Health Care*): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 111-117, 2001.
- ARAÚJO, J. B. et al. Efeitos de uma capacitação oferecida a cuidadores informais de pacientes pós-AVC. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 368-375, 2015.
- ARAÚJO, J. S. et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.149-158, jan./mar. 2013.
- AZEVEDO, M. F.M. et al. Perfil do conhecimento de cuidadores de pacientes pediátricos sobre medicamentos prescritos. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, Araraquara, v. 32, n. 2, p. 245-249, 2011.
- BAILÃO, A.L.S. **O cuidador informal em contexto oncológico: Sobrecarga e qualidade de vida familiar**. 2013. 91 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) –Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra – PT.
- _____. BRASIL. Instituto nacional do câncer (INCA). **Guia do cuidador de pacientes acamados: orientações aos pacientes**. 2ª. ed. Rio de Janeiro, 2010.
- _____. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica e Coordenação-geral de atenção domiciliar. **Caderno de atenção domiciliar**, Vol.1 – Brasília-DF, 2012.
- _____. BRASIL. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica e Coordenação-geral de atenção domiciliar. **Caderno de atenção domiciliar**, Vol.2 – Brasília-DF, 2013.
- _____. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 208, 28 out. 2011. Seção1, p. 44.
- _____. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. **Guia prático do cuidador**. 2º ed. Brasília – DF, 2009.
- _____. BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**, p. 330 – Brasília, 2008.
- BRONDANI, C. M. et al. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 504-510, jul./set. 2010.
- BUENO, P. D. R. **Home Care: o que o profissional de enfermagem precisa saber sobre assistência domiciliar**. 1ª ed. São Paulo: Rideel, 2011. p. 13-31.

- CAETANO, F.T.B. **Perfil do cuidador domiciliar de idoso no município de Taquaritinga-SP**. 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto – SP, 2012.
- DIOGO, M. J. D.; CEOLIM, M, F.; CINTRA, F. P. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 97-102, mar. 2005.
- DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2012.
- FELIX, A. P.; MARTINS, A. P.; DYNIEWICZ, A. M. Capacitação de cuidadores de pacientes em alta hospitalar. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 1, p.124-131, jan./mar. 2008.
- FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1421-1428, set./out. 2009.
- FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **SUS e Saúde da Família para Enfermagem: Práticas para o cuidado em saúde coletiva**. 1ª ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 174-182.
- GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem** – versões e interpretações. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio/ago. 2006.
- MALAGUTTI, W; KAKIHARA, C. T. **Curativos, estomia e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 3ª ed. São Paulo: Martinari, 2014.
- MORAES, G. L. A. et al. Aplicação de protocolo de prevenção de úlcera por pressão no contexto domiciliar: uma trajetória percorrida. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 387-391, abr./jun. 2013.
- NARDI, E. F. R. et al. Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.11, n. 1, p. 98-105, jan./mar. 2012.
- OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, Conchas, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.
- OLIVEIRA, M.C. et al. Percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 35, n. 2, p. 81-90, jul./dez. 2014.
- OLIVEIRA, W. T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 129-137, jan./mar. 2012.

PINTO, Juliana Maria de Sousa and NATIONS, Marilyn Kay. Cuidado e doença crônica: Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012, vol.17, n.2, pp. 521-530.

POTTER, P. A; PERRY, A; ELKIN, M.K. Fundamentos da enfermagem. ed.7. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RAFACHO, M; OLIVER, F. C. A atenção aos cuidadores informais/familiares e a estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. **Rev. Ter. Ocup.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 41-50, jan./abr. 2010.

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 801-808, nov./dez. 2008.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo assistencial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.

SARAIVA, D. M. F. **O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador**. 2011. 135 f. Tese (Mestrado em Intervenção Social) – Universidade de Coimbra, Coimbra – PT.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, abr./jun. 2015.

VIEIRA, C. P. B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 570-579, maio/jun. 2011.

VIEIRA, C. P. B.; FIALHO, A. V. M. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 161-169, abr./jun. 2010.

ZEM-MASCARENHAS, S. H.; BARROS, A. C. T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 45-54, 2009. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/1581771-O-cuidado-no-domicilio-a-visao-da-pessoa-dependente-e-do-cuidador-the-domicile-care-the-vision-of-the-dependent-person-and-the-caregiver.html>>. Acesso em: 17 ago. 2015.

APÊNDICE

Questionário

Data da aplicação: ___/___/___

1) Dados Pessoais:

1.1- Nome:

1.2- Idade:

1.3- Estado Civil: Solteira () Casada () Divorciada () Viúva ()

1.4- Tem Filhos: Sim () Não (), se SIM quantos: ___

2) Escolaridade:

2.1-Sem escolaridade ()

2.2-Fundamental: Completo () Em Andamento () Incompleto ()

2.3-Médio: Completo () Em Andamento () Incompleto ()

2.4-Superior: Completo () Em Andamento () Incompleto ()

3) Profissão? _____

3.1 Só desempenha a função de cuidadora?

3.2- Realizou alguma capacitação para desenvolver tal função? Se sim, qual foi? E qual o tempo de duração?

4) Dados relacionados as ações de cuidado

4.1-Presta cuidado há quanto tempo?

4.2-Qual o conhecimento que possui a respeito da patologia do paciente cuidado?

4.3-Quais as ações de cuidado que pratica no domicilio?

4.4-Existe alguma dificuldade no desenvolvimento dessas ações de cuidado?

4.5- Usa algum instrumento que auxilia no cuidado? Se usar, quais são?

5) Lazer e saúde da cuidadora

5.1- Quanto tempo se dedica a prestação de cuidado durante a semana?

5.2- O que faz nas horas livres?

5.3- Possui alguma patologia? SIM () NÃO (), se Sim qual?

5.4 Como se sente em relação à pessoa cuidada?