

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO**  
**GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR**  
**COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES**

**A ARTE DE CUIDAR: CURSO PARA CUIDADORES DOMICILIARES E**  
**FAMILIARES**

**MAIRA OLIVEIRA CHAIBEN**

**ORIENTADOR: Simone Pellin De Nardi**

**PORTO ALEGRE**

**2015**

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES  
PARCERIA ESCOLA GHC/ IFRS

**A ARTE DE CUIDAR: CURSO PARA CUIDADORES DOMICILIARES E  
FAMILIARES**

Maira Oliveira Chaiben

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Domiciliar com Ênfase em Gestão de Redes da Escola GHC em parceria com o IFRS, como requisito para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Simone Pellin De Nardi

PORTO ALEGRE

2015

## **AGRADECIMENTOS**

*Gostaria de agradecer aos meus pais e a toda minha família, por tudo o que fazem e continuam fazendo por mim nesta caminhada em busca de conhecimento, para que eu possa ser uma profissional cada vez mais capacitada. Agradeço infinitamente o amor e a compreensão de todos.*

*Agradeço de coração a todos os professores e a coordenadora do curso Adelaide Konzen, que ao longo deste ano contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. À minha orientadora Simone Pellin De Nardi fico grata por toda paciência, dedicação, orientação e conhecimento.*

*Agradeço a amizade e parceria de todos os colegas da turma de especialização pelos ótimos momentos de trabalho em equipe interdisciplinar. Mas, em especial aos mais próximos: Andréia Fabiana da Silva Soares, Carla Simone Fogaça Lisboa, Cristiano Medeiros Hahn, Elisandra dos Santos Soares, Grazielle de Medeiros Braga, Joceli Pilar dos Santos, Juliana Cauduro Poche, Patricia Munaretto Horatio Nhuch e Patrícia Dalla Barba.*

*Por fim gostaria de agradecer a Deus e a todos que em algum momento me auxiliaram nesta caminhada durante a realização da pós-graduação em atenção domiciliar.*

**“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”**

**Carl Gustav Jung**

## RESUMO

A figura do cuidador faz-se necessária ao idoso com dependência ou incapacidade funcional que precisa de auxílio na execução de tarefas cotidianas. As dificuldades enfrentadas pela família nos casos de dependência variam de acordo com a doença, as experiências individuais e os recursos disponíveis. A insuficiência de condições físicas para o exercício do cuidado, a falta de infraestrutura, de colaboração do idoso dependente, de tempo para a manutenção da própria saúde e de apoio familiar são algumas das dificuldades apresentadas. Os cuidados contínuos e intensos, a falta de reconhecimento, a sobrecarga, a solidão, os conflitos familiares, a redução das atividades sociais e profissionais, o abandono das atividades de lazer, a falta de informações sobre o cuidado e a dificuldade para adaptar as demandas aos recursos disponíveis, são alguns fatores estressantes dos cuidadores. Considerando estas dificuldades, este projeto se propõe a desenvolver um curso para cuidadores em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre, ainda a ser escolhida, visando à troca de experiência entre os participantes, a orientação e a capacitação com relação às atividades de cuidado em saúde no domicílio, direcionado aos cuidadores e familiares interessados. O curso pretende possibilitar a expressão de sentimentos e acolhimento dos mesmos e das dificuldades relatadas, a troca de saberes e experiências, além de fornecer um espaço de reflexão e aprendizado. Deste modo, espera-se melhorar a qualidade de vida dos cuidadores, assim como o cuidado por eles prestado, influenciando diretamente sobre a promoção da saúde de todos os atores sociais envolvidos.

**Descritores:** Cuidadores; Assistência Domiciliar; Educação em Saúde.

## **ABSTRACT**

The caregiver is important for the elderly with dependence or disability who needs assistance in performing daily tasks. The difficulties faced by the family in dependency cases vary according to the disease, the individual experiences and financial resources available. Insufficient of physical conditions for the exercise of care as absence of infrastructure, elderly collaboration, time for maintaining their own health and family support are some of the difficulties observed. The continuous and intensive care, lack of recognition, overload, loneliness, family conflicts, the reduction of social and professional activities, the abandonment of leisure activities, the lack of information on the care and the difficulty to adapt the demands the resources available are some stressors factors for the caregivers. Considering these difficulties, this project aims to develop a course for caregivers in a basic health unit in Porto Alegre, yet to be chosen, aimed at exchange of experience among the participants, guidance and training regarding care activities health at home, directed to caregivers and interested families. The course aims to enable the expression of feelings and host of them and reported difficulties, the exchange of knowledge and experiences, providing a reflection and learning space. Thus, is expected to improve the quality of life of caregivers, and the care they provided, directly influencing on promoting the health of all social actors involved.

**Keywords:** Caregivers; Home Nursing; Health Education.

## RESUMEN

La figura del cuidador es necesaria para las personas mayores con dependencia o discapacidad que necesita ayuda en la realización de las tareas diarias. Las dificultades que enfrenta la familia en casos de dependencia varían de acuerdo a la enfermedad, las experiencias individuales y los recursos disponibles. Condiciones físicas suficientes para el ejercicio de la atención, la falta de infraestructura, de la colaboración del mayor dependiente, del tiempo para el mantenimiento de su propio apoyo a su salud y la familia son algunas de las dificultades que se presentan. Los cuidados continuos e intensos, la falta de reconocimiento, la sobrecarga, la soledad, los conflictos familiares, la reducción de las actividades sociales y profesionales, el abandono de las actividades de ocio, la falta de información sobre el cuidado y la dificultad de adaptarse las exigencias a los recursos disponibles son algunos factores estresantes de los cuidadores. Teniendo en cuenta estas dificultades, este proyecto tiene como objetivo desarrollar un curso para cuidadores en una unidad básica de salud en Porto Alegre, aún no elegida, dirigido a intercambio de experiencias entre los participantes, orientación y formación en relación con las actividades de atención la salud en el hogar, dirigido a los cuidadores y las familias interesadas. El curso tiene como objetivo permitir la expresión de sentimientos y acogida de ellos y de las dificultades informadas, el intercambio de conocimientos y experiencias, además de proporcionar un espacio de reflexión y aprendizaje. Por lo tanto espera que mejore la calidad de vida de los cuidadores, así como la atención por ellos prestada, que influyen directamente en la promoción de la salud de todos los actores sociales involucrados.

**Palabras clave:** Cuidadores; Atención Domiciliaria de Salud; Educación para la Salud.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 PROBLEMA .....</b>	<b>11</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
<b>4.1 Objetivo geral .....</b>	<b>13</b>
<b>4.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>13</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
<b>5.1 Atenção domiciliar .....</b>	<b>14</b>
5.2.1 Atribuições do cuidador .....	18
5.2.2 Perfil do cuidador familiar .....	18
5.2.3 Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidado de um idoso dependente no domicílio .....	19
<b>5.3 Tipos de suporte ao cuidador .....</b>	<b>22</b>
<b>6 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>25</b>
<b>6.1 Temas a serem abordados no curso de cuidadores familiares .....</b>	<b>25</b>
<b>6.2 Cronograma .....</b>	<b>26</b>
<b>6.3 Recursos necessários .....</b>	<b>27</b>
<b>7 RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>

## INTRODUÇÃO

O Brasil desde as últimas décadas do século passado tem se deparado com um declínio rápido e acentuado da fecundidade que combinado com a queda da mortalidade promoveu um processo de envelhecimento populacional e de aumento da longevidade (ALVES *et al.*, 2007). Com o aumento da expectativa de vida dos idosos a carga de doenças crônico-degenerativas torna-se mais frequente (BRASIL, 2012; SCHRAMM *et al.*, 2004) e sabe-se que o aumento no número dessas doenças está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional (ALVES *et al.*, 2007).

As doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT), as quais os idosos são acometidos, são estados permanentes ou de longa permanência, ou seja, não tem cura, requerindo assim, acompanhamento constante (BRASIL, 2007) já que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos (BRASIL, 2012). Ainda que não sejam fatais, geram processos incapacitantes que dificultam ou impedem o desempenho de suas atividades cotidianas ou atividades de vida diária (AVD) de forma independente (BRASIL, 2007).

As perdas das funções físicas e mentais que causam dependência parcial ou total, levam o idoso a necessitar de auxílio na execução de tarefas cotidianas, fazendo-se necessária a figura de um cuidador (NARDI *et al.*, 2012). O cuidador pode ser um membro da família, que voluntariamente ou não, assume essas atividades ou uma pessoa contratada pela família (NARDI *et al.*, 2012). A escolha do cuidador familiar, geralmente é influenciada por fatores como o parentesco (em sua maioria, os cônjuges), o gênero predominantemente feminino e a proximidade física e afetiva (DIOGO *et al.*, 2005).

Além do envelhecimento, o aumento da expectativa de vida populacional e o aumento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, os acidentes automobilísticos e violências (causas externas) também são fatores responsáveis pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no domicílio (MENDES, 2001 *apud* BRASIL, 2012). Os pacientes que eram tratados basicamente nos hospitais, são agora transferidos para seus domicílios, onde continuam seus tratamentos com programas de reabilitação, de recuperação ou de cuidados paliativos (FLORIANI; FERMIN, 2004).

O cuidado domiciliar é um ambiente terapêutico indicado ao idoso com dependência parcial ou total, sem comorbidades que ofereçam risco de morte iminente ou exijam um atendimento médico em regime de internação hospitalar (NARDI *et al.*, 2012). O cuidado no domicílio além de proporcionar o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar conseqüentemente reduzindo as complicações decorrentes de longas internações hospitalares (BRASIL, 2008).

A capacidade funcional comprometida do idoso gera conseqüências a ele e ao meio onde está inserido, afetando também a família e a comunidade. A incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência ao idoso o que infere na diminuição do bem-estar e da qualidade de vida do mesmo (ALVES *et al.*, 2007). As dificuldades enfrentadas pela família nos casos de dependência variam de acordo com a doença, as experiências individuais e os recursos disponíveis (NARDI *et al.* 2012).

De acordo com uma pesquisa qualitativa de Nardi *et al.* (2012), os cuidadores evidenciam como dificuldades no cuidado ao idoso dependente no domicílio: a falta de infraestrutura para o cuidado domiciliar; a falta de colaboração do idoso dependente; a insuficiência de condições físicas para o exercício do cuidado; a falta de tempo para a manutenção da própria saúde; e, a falta de apoio familiar.

Os cuidados contínuos e intensos, a falta de reconhecimento, a sobrecarga, a solidão, os conflitos familiares, a redução das atividades sociais e profissionais, o abandono das atividades de lazer, o desconhecimento ou a falta de informações para o desempenho do cuidado, a dificuldade para adaptar as demandas da situação aos recursos disponíveis, incluindo os recursos financeiros são algumas dos fatores estressantes dos cuidadores (DIOGO, *et al.*, 2005).

Considerando as dificuldades e necessidades dos cuidadores este projeto se propõe a desenvolver um curso para cuidadores, visando à troca de experiência entre os participantes, a orientação e capacitação com relação às atividades de cuidado em saúde no domicílio.

O curso será direcionado aos cuidadores e familiares interessados e realizado em uma unidade básica do Sistema Único de Saúde (SUS) de Porto Alegre, ainda a ser escolhida de acordo com o espaço físico disponível, receptividade da equipe e público interessado.

Esta intervenção torna-se relevante, porque além de repercutir positivamente nas atividades desenvolvidas pelos cuidadores e na qualidade de vida de seus familiares que necessitam de cuidado e deles próprios, também tem a capacidade de alcançar outros membros da família.

Conhecer as dificuldades ou desafios dos cuidadores domiciliares proporciona um aumento da visão e da reflexão sobre as necessidades dos mesmos, para que a partir disso possam ser traçadas estratégias de intervenção em saúde capazes de auxiliá-los.

## **2 PROBLEMA**

As dificuldades relatadas pelos cuidadores familiares como, por exemplo, o desconhecimento ou a falta de informações para o desempenho do cuidado, são fatores estressantes que afetam a qualidade de vida dos mesmos, comprometendo assim o cuidado por eles prestado, o que coloca em risco a pessoa que necessita destes cuidados.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Conhecer as dificuldades ou desafios dos cuidadores domiciliares proporciona um aumento da visão e da reflexão sobre as necessidades dos mesmos, para que a partir disso possam ser traçadas estratégias de intervenção capazes de repercutir positivamente nas atividades desenvolvidas pelos cuidadores e conseqüentemente otimizar a qualidade de vida de seus familiares que necessitam de cuidado e deles próprios. Por este motivo é necessária à realização de uma intervenção de saúde que vise auxiliá-los.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Desenvolver um curso a ser ministrado aos cuidadores e familiares interessados, visando troca de experiência entre os participantes, orientação e capacitação com relação às atividades de cuidado em saúde no domicílio.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Sugerir soluções pertinentes às dificuldades dos cuidadores, de acordo com as necessidades levantadas pelos mesmos em cada encontro do curso;
- Promover um espaço de escuta ativa aos cuidadores e familiares, assim como troca de experiências e saberes;
- Aumentar a segurança do cuidador na realização do cuidado, em consequência do aumento do conhecimento adquirido;
- Melhorar a qualidade de vida de todos os atores envolvidos no cuidado domiciliar.
- Aplicar instrumento de avaliação do curso para comparação dos conhecimentos prévios dos participantes com os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, assim como a influência dos mesmos sobre a prática de cuidado realizada pelo cuidador e outras modificações cotidianas.
- Divulgar dos resultados do projeto em forma de relato de experiência.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 Atenção domiciliar

Segundo Silva *et al.* (2010), os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e se expandiram no País com maior força a partir da década de 1990, fazendo com que houvesse a necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

O conceito de atenção domiciliar no âmbito do SUS já foi redefinido por algumas portarias. Hoje, o mais atualizado foi redefinido pela Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013, como: “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, 2013).

A atenção domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, visando à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013).

A atenção domiciliar no setor público proporciona ao usuário o convívio familiar (BRASIL, 2008). A possibilidade de desospitalização, além de liberar leitos, reduz os custos envolvidos em todo o processo de hospitalização (BRASIL, 2007) e complicações decorrentes de longas internações hospitalares (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008).

Tem as seguintes diretrizes (BRASIL, 2013):

I - ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;

II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;

III - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;

IV - estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;

V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e,

VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

Conforme estabelecido na Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS, a atenção domiciliar, assim como a atenção básica, hospitalar e outras são componentes da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011), que estrutura-se de forma articulada e integrada à Rede de Atenção à Saúde, a partir dos Planos de Ação (BRASIL, 2013).

A atenção domiciliar é organizada em três modalidades: tipo 1 (AD1), tipo 2 (AD2) e tipo 3 (AD3). Sendo definidas de acordo com a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, bem como a frequência de atendimento necessário (BRASIL, 2013).

A modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação. A assistência é efetuada por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Esta modalidade destina-se a usuários que:

I - possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;

II - necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e,

III - não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3.

A modalidade AD2 destina-se a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da

rede de atenção à saúde. Para inclusão nesta modalidade, tomam-se como base as situações abaixo listadas:

I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;

II - dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;

III - necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;

IV - adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;

V - adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;

VI - adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;

VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório;

VIII - reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação;

IX - uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;

X - acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;

XI - necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;

XII - necessidade de cuidados paliativos; e

XIII - necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido.

Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique:

I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e

II - necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:

a) Suporte Ventilatório não invasivo: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP) ou Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);

b) diálise peritoneal; ou

c) paracentese.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável

pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Não é necessário que possua sede própria, já que pode estar vinculado a um estabelecimento de saúde.

A prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, até mesmo simultaneamente. A EMAD realiza visitas em domicílio regulares, no mínimo, uma vez por semana e a EMAP, por meio de critério clínico, quando solicitado pela EMAD. Nos casos em que o usuário esteja vinculado tanto a uma EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, quanto a uma equipe de atenção básica, esta última apoiará e acompanhará seu cuidado.

O SAD é composto por EMAD Tipo 1, EMAD Tipo 2 e EMAP. As EMAD's Tipo 1 e 2 se diferenciam pela carga horária cumprida pelos profissionais de saúde e pela número em quantidade dos mesmos além do população a qual se compromete a atender. As EMAD's Tipo 1 podem ter profissionais médicos e enfermeiros, fisioterapeuta e/ou assistente social e auxiliares/técnicos de enfermagem. Já as EMAD's Tipo 2 podem ter 1 médico, 1 enfermeiro, 1 fisioterapeuta ou 1 assistente social e auxiliares/técnicos de enfermagem. Em Municípios com população igual ou superior a 40.000 habitantes, o SAD é composto por EMAD Tipo 1 e pode ainda, contar com EMAP. Para municípios com população entre 20.000 e 40.000 habitantes, é composto por EMAD Tipo 2 e pode contar com EMAP. Já municípios com a população igual ou superior a 20.000 habitantes, podem se agrupar a outros, nesse caso o SAD é composto por EMAD Tipo 2 e pode contar com EMAP e/ou apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Segundo a Sala de Apoio à Gestão Estratégica do SUS (SAGE), no Brasil foram habilitadas no período de abril de 2012 a agosto de 2015, 1.012 EMAD's e 538 EMAP's, e implantadas 573 EMAD's e 309 EMAP's. O Rio Grande do Sul possui ao total: 53 EMAD's tipo 1 habilitadas e 36 implantadas; 2 EMAD's tipo 2 habilitadas e 2 implantadas; e, 21 EMAP's habilitadas e 7 implantadas. Em Porto Alegre, Novo Hamburgo e Sapucaia do Sul, cidades que fazem parte da região metropolitana, concentram-se aproximadamente 33% das EMAD's tipo 1 e das EMAP's (BRASIL, 2015).

## **5.2 O cuidador**

Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, o cuidador é a pessoa que presta os cuidados diretamente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família. Sendo assim, o cuidador na ausência da família pode ser uma pessoa da comunidade (BRASIL, 2012).

### **5.2.1 Atribuições do cuidador**

O cuidador realiza tarefas básicas no domicílio, assiste à pessoa sob sua responsabilidade, prestando-lhe, da melhor forma possível, os cuidados que lhe são indispensáveis, auxiliando assim na recuperação da mesma. Essas atribuições devem ser pactuadas entre equipe, família e cuidador, democratizando saberes, poderes e responsabilidades (BRASIL, 2012).

Ao cuidador competem as seguintes atribuições:

- Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene oral e íntima;
- Estimular e ajudar na alimentação;
- Ajudar a sair da cama, mesa, cadeira e a voltar;
- Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações);
- Participar do tratamento diretamente observado (TDO);
- Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto;
- Servir de elo entre o usuário, a família e a equipe de saúde;
- Administrar medicações conforme prescrição, exceto em vias parenterais;
- Comunicar à equipe de saúde as intercorrências;
- Encaminhar solução quando do agravamento do quadro, conforme orientação da equipe;
- Dar suporte psicológico aos pacientes em atenção domiciliar.

### **5.2.2 Perfil do cuidador familiar**

A designação do cuidador familiar é informal, resultante, geralmente, de quatro fatores (DIOGO *et al.*, 2005): parentesco (em sua maioria, os cônjuges); gênero (predominantemente a mulher); proximidade física (quem convive com o

idoso); e, proximidade afetiva (estabelecida pela relação conjugal e pela relação entre pais e filhos).

Para os casais, principalmente os idosos, o cuidado do companheiro(a) é uma etapa normal e esperada no processo de envelhecimento. O que faz, muitas vezes, com que “o cuidador de um idoso doente e dependente seja outro idoso, que por sua vez também pode ter restrições em sua saúde, porém, encontra-se em melhores condições, o que os possibilita cuidar” (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

As pesquisas nacionais e internacionais salientam com relação ao gênero, a predominância feminina. Ou seja, em uma hierarquia, as esposas, a filha mais velha ou a nora mais velha, e a filha solteira ou viúva. Assim atribui-se a mulher o papel cultural e social de "grande cuidadora" (DIOGO *et al.*, 2005).

Quando o cônjuge não pode desempenhar o papel de cuidador, ou já é falecida, a responsabilidade recai sobre os filhos que realizam o cuidado devido aos laços de afeto que os une. Podemos assim perceber o componente afetivo como fator importante de influência na escolha do cuidador. Contudo este se encontra acompanhado por valores impostos pela cultura familiar: os direitos, deveres e obrigações de cada membro (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Os netos embora não sendo filhos, sentem-se como tal e imbuem-se da mesma obrigação filial. A nora também se mostra como outra figura cuidadora, principalmente quando reside no mesmo domicílio do sogro(a). Cattani e Girardon-Perlini (2004) identificaram na fala de uma das participantes da pesquisa alguns pontos interessantes: realizar o cuidado por ser mulher e a fuga do cuidado por parte dos outros filhos, o que faz com que assuma a tarefa imposta frete às circunstâncias.

### **5.2.3 Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidado de um idoso dependente no domicílio**

Como mencionado anteriormente, as dificuldades enfrentadas pela família nos casos de dependência variam de acordo com a doença, as experiências individuais e os recursos disponíveis (NARDI *et al.* 2012). Os cuidados são realizados por um membro da família, na maioria dos casos, pela falta de recursos de ordem financeira que permitam a contratação de cuidadores especializados no ambiente domiciliar. O cuidador familiar por vezes não se encontra adequadamente preparado

para essa prática, que exige conhecimentos aos quais ele não possui o que além de causar preocupação ao mesmo, pode acarretar em processos deletérios no cuidado do idoso (MOREIRA; CALDAS, 2007).

As cuidadoras de idosos citam como fatores estressantes (DIOGO *et al.*, p.98, 2005):

“os cuidados diretos, contínuos, intensos, e a necessidade de vigilância constante; o desconhecimento ou a falta de informações para o desempenho do cuidado; a sobrecarga de trabalho para um único cuidador, especialmente os problemas de saúde desencadeados pela idade avançada da cuidadora; a exacerbação ou o afloramento de conflitos familiares, vinculados ao trabalho solitário do cuidador (sem ajuda) e ao não reconhecimento por parte dos demais familiares; e, a dificuldade para adaptar as demandas da situação de cuidado aos recursos disponíveis, incluindo os recursos financeiros, a redução das atividades sociais e profissionais, o abandono das atividades de lazer, entre outros.”

No contexto familiar, a função de cuidador tende a ser assumida por uma única pessoa denominada "cuidador principal" (DIOGO *et al.*, 2005). Este tem a responsabilidade permanente com a pessoa sob seu cuidado (KAWASAKI; DIOGO, 2001), responsabilizando-se na maioria das vezes, pelas tarefas sem contar com a ajuda de outro membro da família ou de profissionais (DIOGO *et al.*, 2005).

De acordo com Diogo *et al.* (2005, p.98) *apud* SOMMERHALDER (2001), há também a figura do “cuidador secundário”, que:

“...cuida ocasionalmente, sem o compromisso e a responsabilidade formal pelo cuidado. Ele divide a responsabilidade com o cuidador principal, auxiliando-o e substituindo-o quando necessário, fornece retaguarda financeira ou ajuda em situações específicas como, por exemplo, no transporte, nas atividades sociais, e nas atividades financeiras.”

Quem geralmente ocupa o papel de cuidador principal do idoso é a esposa, seguida da filha que também possui idade avançada. Deste modo, pessoas que vivenciam o envelhecimento, ou que já se encontram em plena velhice, assumem a tarefa de cuidar, embora apresentem alguma alteração na capacidade funcional e até mesmo na sua saúde. Questões como a responsabilidade pelo cuidado contínuo, o próprio envelhecimento e o comprometimento físico do cuidador, bem como as responsabilidades financeiras e legais acabam por interferir no

relacionamento conjugal, desencadeando situações estressantes e problemas de saúde nas cuidadoras (DIOGO *et al.*, 2005).

A alteração dos papéis sociais para o cuidador e a pessoa idosa cria uma nova relação entre os familiares e conseqüentemente uma nova dinâmica familiar (NARDI *et al.*, 2012). A dinâmica do cuidado no domicílio pode gerar uma ambigüidade identificada pelo bem-estar e pela tensão entre os familiares. Nas situações em que os recursos familiares atendem a demanda de cuidados, o bem-estar é gerado. Mas quando esses recursos são insuficientes, a demanda da própria família pode desencadear tensão no contexto familiar, pelo aumento dos conflitos entre os seus membros, pela falta de resolução dos problemas, e pelas tarefas não concluídas (DIOGO *et al.*, 2005 *apud* PAVARINI; NERI, 2000).

A atividade de cuidado ao idoso dependente soma-se na grande maioria das vezes, a outras atividades cotidianas, causando sobrecarga nas esferas biológica e social e até mesmo na espiritual. Na esfera biológica, a sobrecarga do cuidador pode levar ao estresse pela necessidade de realizar atividades que estão acima de suas condições físicas e mentais. Já na esfera espiritual e social, os cuidadores se sentem sobrecarregados e injustiçados com o acúmulo de várias funções (NARDI *et al.*, 2012).

De acordo com Cattani e Girardon-Pelini (2004), o cuidado diário de alguém que apresenta dependência pode significar o desenvolvimento de atividades que envolvem esforço físico para a prestação de alguns cuidados além da necessidade de atenção à execução de determinados procedimentos que exigem concentração e planejamento antecipado do que será feito, afim da obtenção de resultados satisfatórios no cuidado que tem de ser realizado. Às noites tornam-se mal dormidas e o acúmulo de preocupações faz com que o cuidador se sinta “fraco mentalmente”, referindo cansaço emocional. Com o tempo surgem características estressantes da atividade de cuidar, o desgaste físico e emocional dos cuidadores.

Além do desgaste físico e emocional os cuidadores também relatam a necessidade de “abrir mão” de atividades que eram praticadas habitualmente, antes de se tornarem cuidadores familiares. A impossibilidade de sair de casa, passear, a pouca realização de atividades de lazer no cotidiano e as limitadas possibilidades de conversar com outras pessoas contribuem para o sentimento de solidão e de perda da liberdade. De forma geral ficam atrelados à responsabilidade e a preocupação

diária com a doença e cuidado do idoso. Ser cuidador de um idoso doente na esfera domiciliar é, na maioria das vezes, ter que negligenciar sua própria vida ou parte dela. A prioridade, neste momento, é cuidar de seu familiar doente, realizar o que ele necessita abdicando de suas próprias vontades, modificando o seu estilo de vida em função das necessidades do outro. Independente do fato do cuidador ser uma pessoa jovem ou idosa, suas atividades de recreação e convívio social acabam sendo alteradas, causando-lhe a sensação de perda de autonomia no gerenciamento de sua vida ao ter de viver em torno do outro. O indivíduo que necessita dos cuidados, por sua vez, “cobra” a presença do cuidador e nem sempre reage favoravelmente às ausências (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Para o cuidador familiar, a atividade de cuidar do idoso dependente, na grande maioria das vezes, somar-se a outras atividades cotidianas, causando sobrecarga. Nesta condição, a atividade de cuidado pode interferir no trabalho, ao diminuir a produtividade, quanto o trabalho se refletir nos cuidados prestados. Por estes e outros motivos anteriormente citados torna-se importante o desenvolvimento de estratégias de apoio ao cuidador (NARDI *et al.*, 2012).

### **5.3 Tipos de suporte ao cuidador**

As equipes de saúde devem dar suporte ao cuidador, estando sempre atentas as suas dificuldades, ouvindo suas queixas, atendendo às suas demandas e incentivando a substituição do cuidador, além de rever o processo de cuidado conforme sua condição (BRASIL, 2012).

Existem três tipos de programas de suporte direcionados aos cuidadores: os grupos de apoio conduzidos; os grupos de treinamento conduzidos profissionalmente; e a psicoterapia/aconselhamento (acolhimento) (DIOGO *et al.*, 2005 *apud* SHOFIELD *et al.*, 1998). Estes programas têm como objetivos:

- Reduzir o isolamento dos cuidadores;
- Mobilizar os recursos e suportes para ajudar o cuidador;
- Aumentar o conhecimento sobre o processo de envelhecimento e os problemas de saúde específicos desta faixa etária;
- Melhorar o desempenho do cuidador;

- Aumentar a capacidade de resolução de problemas e o desenvolvimento de habilidades; e,
- Direcionar os problemas emocionais e de relacionamento que podem emergir no cuidado.

O desenvolvimento de grupos propicia um espaço onde os cuidadores podem trazer suas angústias, medos e dificuldades vivenciadas, uma vez que, ao longo do tempo sentem-se sobrecarregados (BRASIL, 2012). Representam recursos valiosos, uma vez que oferecem oportunidades para os cuidadores expressarem os seus sentimentos e as expectativas em relação à sua pessoa e ao idoso dependente no contexto domiciliar, entre outras carências (DIOGO *et al.*, 2005).

Os programas visam o bem-estar físico e emocional do cuidador e a redução da sua sobrecarga, um dos elementos influenciador do estresse. Em algumas situações, contribuem ainda, para retardar a institucionalização do idoso fragilizado ou dependente (DIOGO *et al.*, 2005 *apud* SHOFIELD *et al.*, 1998).

Dados da literatura mostram que os grupos de suporte e os programas educativos oferecem benefícios para os cuidadores, como a redução do estresse, da depressão e da ansiedade. No entanto, outros trabalhos não reconhecem que essas atividades produzam efeitos significativos sobre as reações negativas, mas causam impacto sobre os elementos mediadores do estresse e do bem-estar do cuidador. Esses trabalhos querem dizer que as orientações sobre as condições de saúde do idoso dependente, a instrumentalização do cuidador para o próprio cuidado e para o enfrentamento da situação, o suporte social e as orientações sobre os recursos da comunidade disponíveis são alguns dos resultados obtidos com a intervenção por meio dos grupos. As orientações não agem diretamente sobre o estresse do cuidador, mas podem reduzir a ocorrência de fatores desencadeantes do estresse, como por exemplo, o desconhecimento sobre o cuidado a ser realizado (DIOGO *et al.*, 2005 *apud* SHOFIELD *et al.*, 1998).

O grupo de cuidadores oportuniza a troca de saberes, possibilitando que diferentes tecnologias desenvolvidas pelos cuidadores possam ser compartilhadas, enriquecendo o processo de trabalho dos cuidadores e da equipe de saúde (BRASIL, 2012).

Segundo a experiência de Diogo *et al.* (2005), as cuidadoras idosas relatam que o programa realizado ampliou o conhecimento de procedimentos que facilitam o

lidar com o idoso no dia-a-dia e potencializou a capacidade de enfrentamento das dificuldades no cuidado no domicílio. Possibilitando, assim, uma melhor compreensão sobre como enfrentar as dificuldades e entender as distintas situações manifestadas na velhice. Para elas, as atividades realizadas durante o programa contribuíram para a assistência a outros familiares, amigos e vizinhos (DIOGO *et al.*, 2005).

Os cuidadores apontaram como limitações para a participação em atividades: à dificuldade de acesso ao local da atividade; às condições "para dar conta do trabalho"; às responsabilidades do cuidado do idoso e da família, concomitantemente; os problemas de saúde do cuidador; e, à obtenção de um substituto para a sua ausência. Estas e outras limitações poderem ser minimizadas no envolvimento de toda a família na participação da atividade, e não somente do cuidador principal (DIOGO *et al.*, 2005).

## 6 MATERIAIS E MÉTODOS

O curso será direcionado aos cuidadores e familiares interessados e realizado em uma unidade básica do Sistema Único de Saúde (SUS) de Porto Alegre, ainda a ser escolhida de acordo com o espaço físico disponível, receptividade da equipe e público interessado.

Pretende-se realizar o curso em 6 encontros quinzenais de 3 horas, totalizando uma carga horária de 18 horas no período de 3 meses. Contudo, podem haver alterações de acordo com a disponibilidade do local.

Abre-se vaga para a participação de no máximo 10 cuidadores e familiares. Considera-se que um número superior de participantes poderia inviabilizar a proposta de trabalho devido à inibição de alguns em detrimento de outros que apresentem maior capacidade de expressão.

### 6.1 Temas a serem abordados no curso de cuidadores familiares

A programação do curso foi baseada na prática de trabalho já realizada em cursos para cuidadores no setor privado mesclada a práticas divulgadas por trabalhos científicos na área de educação em saúde como as de Cerqueira e Oliveira (2002) e Diogo *et al* (2005).

Para atender os objetivos do projeto, os temas escolhidos focalizam tanto o cuidador como os cuidados por ele prestados.

Serão abordados os seguintes temas:

- O processo de envelhecimento e a velhice;
- O papel do cuidador familiar;
- Doenças mais comuns na velhice (osteoporose, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e diabetes mellitus);
  - Transtornos do sono;
  - Uso de medicamentos;
  - Alimentação saudável;
  - Noções básicas de higiene;
  - Vestuário e cuidados com a pele;
  - Instabilidade e quedas;
  - Transferências e adaptações ambientais;

- Abusos e maus tratos;
- Relacionamento interpessoal;
- Manutenção da autonomia e da independência do idoso fragilizado;
- Aspectos ergonômicos e posturais do cuidador durante a realização do cuidado;
- Promoção da saúde e qualidade de vida do cuidador e da pessoa que necessita de cuidado;

O curso pretende possibilitar a expressão de sentimentos e acolhimento dos mesmos e das dificuldades relatadas, a troca de saberes e experiências, além de fornecer um espaço de reflexão e aprendizado.

## 6.2 Cronograma

Atividades	2015					2016				
	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Elaboração do projeto	X	X	X	X						
Entrega do projeto para leitura da banca				X						
Apresentação à banca					X					
Análise das considerações da banca e alterações realização das pertinentes					X					
Entrega final do projeto						X				
Busca pelo local de intervenção adequado						X	X			
Realização do curso								X	X	X

### **6.3 Recursos necessários**

Necessita-se inicialmente como recursos humanos, uma enfermeira que irá ministrar o curso (a responsável pela elaboração do presente projeto). Contudo, não há nenhum impedimento para a participação da equipe de saúde da unidade onde o curso será realizado. As informações e necessidades identificadas nos participantes serão repassadas aos profissionais da unidade de saúde caso não haja a participação dos mesmos durante o curso.

Para o desenvolvimento do curso são necessários alguns recursos físicos como, um espaço que possibilite a reunião das pessoas com cadeiras e energia elétrica que possibilite a conexão do notebook da enfermeira para fins didáticos e utilização de recursos audiovisuais.

## **7 RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se que com a participação no curso, os cuidadores e demais familiares interessados possam ampliar seus conhecimentos sobre o processo de cuidado, aumentando o desempenho em suas atividades e a segurança ao efetuá-las. Por meio da abertura à participação de familiares interessados além do cuidador principal almeja-se a possibilidade de diminuir a sobrecarga do mesmo, incentivando o revezamento do cuidado entre outros familiares, influenciando assim, diretamente na dinâmica familiar e na qualidade de vida do cuidador principal.

Com a abertura de espaço para a escuta de dificuldades, angústias, queixas e desabafos aspira-se a redução do isolamento dos cuidadores, criação de vínculo entre os participantes, já que passam por situações semelhantes e o direcionamento de problemas emocionais e de relacionamento que podem emergir no cuidado.

Também existe a possibilidade do compartilhamento de saberes e tecnologias desenvolvidas pelos cuidadores, enriquecendo o processo de trabalho dos mesmos.

Deste modo, espera-se melhorar a qualidade de vida dos cuidadores, assim como a qualidade do cuidado por eles prestado, influenciando diretamente sobre a promoção da saúde de todos os atores sociais envolvidos.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, L. C. *et al.* **A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2007 ago; 23(8):1924-1930.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 1.600 de 7 de Julho de 2011.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)> Acessado em: 12 de outubro de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 963 de 27 de Maio de 2013.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>. Acessado em: 13 de outubro de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica do SUS (SAGE).** Disponível em: <[www.saude.gov.br/sage](http://www.saude.gov.br/sage)>. Acessado em: 29 de outubro de 2015.
- CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. **Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>
- CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. **Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos.** *Psicol. USP*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 133-150, 2002.
- DIOGO, M. J. D. *et al.* **Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio.** São Paulo. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2005; 39(1):97-102.
- FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, R. S. **Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução?** *Cad Saude Publica* 2004 jul/ago; 20 (4): 986-94
- KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. **Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – Parte I.** *Rev Esc Enf USP* 2001; 35:257-64.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MOREIRA; M. D.; CALDAS; C. P. **A Importância do Cuidador no Contexto da Saúde do Idoso**. Esc Anna Nery R Enferm.2007;11(3):520-525

NARDI, E. F. R. *et al.* **Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio**. Cienc Cuid Saude 2012 Jan/Mar; 11(1):098-105

PAVARINI; S. C. I.; NERI; A. L. **Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos**. In: Duarte YAO, Diogo MJD, organizadores. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 49-69.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, vol.9, n.4, pp. 897-908.

SCHOFIELD; H. *et al.*, editors. **Family caregivers: disability, illness and ageing**. Saint Leonards: Allen & Unwin/Vichealth; 1998.

SILVA, K. L. *et al.* **Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SOMMERHALDER, C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar**. [dissertação] Campinas (SP): Faculdade de Educação da UNICAMP; 2001.