

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANA RAILKA DE SOUZA OLIVEIRA**

**CUIDADOR DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

**FORTALEZA**

**2012**

**ANA RAILKA DE SOUZA OLIVEIRA**

**CUIDADOR DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à  
Coordenação do Curso de Especialização em  
Saúde da Família, modalidade semipresencial,  
da Universidade Federal do Ceará, como  
requisito parcial para obtenção de título de  
Especialista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Me. Patricia Maria Costa  
Oliveira

**FORTALEZA**

**2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará

---

O48c Oliveira, Ana Railka De Souza.  
Cuidador De Pacientes Com Acidente Vascular Cerebral: Estratégias De Intervenção  
Na Atenção Básica / Ana Railka De Souza Oliveira. – 2012.  
27f.

Monografia (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do  
SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à  
Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2012.

Orientação: Prof<sup>ª</sup>. Me. Patrícia Maria Costa Oliveira

Coorientação: Prof<sup>ª</sup>. Me. Márcia Oliveira Coelho

1. Promoção da Saúde. 2. Cuidadores. 3. Acidente Cerebral Vascular. I. Título.

CDD 610.73691

---

**ANA RAILKA DE SOUZA OLIVEIRA**

**CUIDADOR DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Me. Patrícia Maria Costa Oliveira - Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Me. Márcia Oliveira Coelho (1<sup>º</sup> Avaliador)

---

Prof. Me. Marcos Dionísio Ribeiro do Nascimento (2<sup>º</sup> Avaliador)

*Dedicatória*

*À minha família*

## **AGRADECIMENTOS**

Inicialmente a Deus, por sempre iluminar e guiar meu caminho.

A minha família por sempre me incentivar e acompanhar.

À orientadora Profa. Me Patrícia Maria Costa Oliveira, pelo incentivo na continuação do trabalho e pelo subsídio na construção deste trabalho. Obrigada por ter acreditado e estimulado.

Aos membros do Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde da UFC por ter permitido a continuação deste trabalho.

À Universidade Aberta do SUS por iniciar essa proposta de especialização.

## **RESUMO**

O objetivo do trabalho foi apresentar estratégias para trabalhar com os cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral no domiciliar. Trata-se de uma pesquisa ação. Estabeleceram-se quais competências eram essenciais para o desenvolvimento dessa atividade e depois se apresentou algumas estratégias para se trabalhar com cuidadores que já são acompanhados no domicílio. Conforme se verificou, os cuidadores se encontravam sobrecarregados. Quanto às competências, é necessário estimular a Políticas de Saúde Pública; Planejamento e Implementação; Parceria, Colaboração e Apoio e Liderança. Ao pensar nas estratégias para trabalhar com os cuidadores dentro do contexto domiciliar. Tal fato denota a necessidade de maiores esforços governamentais e por parte dos profissionais envolvidos no programa com vistas à melhoria na atenção oferecida.

**Descritores:** Promoção da Saúde. Cuidadores. Acidente Cerebral Vascular.

## ABSTRACT

The objective was to present strategies for working with caregivers of patients with stroke in the home. This is an action research. Were established which core competences for the development of this activity and then presented some strategies for working with caregivers who are already monitored at home. The caregivers were burdened. As for core competences, it is necessary to stimulate the Public Health Policy, Planning and Implementation; Partnership, Collaboration and Support and Leadership. When thinking about strategies for working with caregivers within the home context. This fact indicates the need for greater efforts by the government and professionals involved in the program aimed at improving the care offered.

**Descriptors:** Health promotion. Caregivers. Stroke.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>13</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	13
3.2	POPULAÇÃO E CENÁRIO DO ESTUDO.....	13
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	13
3.4	COLETA DE DADOS.....	13
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	14
3.6	PLANO DE AÇÃO.....	14
3.6	ASPECTOS ÉTICOS E ADMINISTRATIVOS.....	14
<b>4</b>	<b>PLANO DE AÇÃO – PARTE 1.....</b>	<b>15</b>
4.1	APRESENTAÇÃO DOS CUIDADORES.....	15
4.2	CONTEXTUALIZANDO O PAPEL DOS CUIDADORES DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	17
<b>5</b>	<b>PLANO DE AÇÃO – PARTE 2.....</b>	<b>19</b>
5.1	AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS.....	19
5.2	DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	20
<b>6</b>	<b>PLANO DE AÇÃO – PARTE 3.....</b>	<b>21</b>
6.1	ELABORAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO.....	21
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde representa um dos principais modelos teóricos conceituais, utilizados para formular as políticas de saúde em todo o mundo. Sua origem remete às Conferências Internacionais de Saúde, organizadas pela Organização Mundial da Saúde, e dos documentos e resoluções elaboradas.

Dentre as estratégias priorizadas, merecem destaque a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias. Subsidiando essas estratégias, encontram-se princípios que afirmam a importância de se atuar nos determinantes e causas da saúde, da participação social e da necessidade de elaboração de alternativas às práticas educativas que se restringem à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais (CARVALHO, 2005).

Para ser capaz de identificar as contribuições específicas de promoção da saúde, é preciso respeitar a definição constante na Carta de Ottawa: "A promoção da saúde é o processo de capacitação de pessoas para o controle, e para melhorar, a sua saúde". O termo "capacitação" da Carta de Ottawa se refere ao fato de que a saúde tem que ser reproduzida pelo próprio povo e, portanto, depende de suas habilidades e orientações de um lado, e das oportunidades e incentivos nas situações em que eles estão vivendo e agindo pelo o outro. Somente em casos extremos, o controle de saúde será totalmente entregue a especialistas (de cuidados de saúde e outros sistemas). Sob essa perspectiva que segue é que faz sentido investir não apenas em intervenções clínicas, mas também em outras intervenções para melhorar a saúde: Educar as pessoas para a auto-gestão (abordagem de estilo de vida) e desenvolvimento de situações para fazer "a escolha saudável a escolha fácil" (WHO, 1999).

Neste âmbito, destaca-se a Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta (1997), que propôs estratégias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI. Pela primeira vez foram reconhecidos como problemas a serem enfrentados, o aumento do número de idosos na população e a prevalência de doenças crônicas (BRASIL, 2002).

Na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, uma de suas resoluções já dizia que para ter saúde, "é preciso de: paz; habitação; educação; alimentação; renda; ecossistema sustentável; recursos sustentáveis; justiça social e equidade". Neste contexto, desenvolver ações de prevenção e de promoção de saúde

perpassa por todos esses pontos. Tal fato pode dificultar a ação do profissional para visualizar como elencar/trabalhar tais determinantes no seu cotidiano.

Essa conferência define promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. De acordo com esse novo conceito, a saúde foge do modelo centrado no biologicismo e passa a ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo centrado nos recursos sociais e pessoais, bem como nas capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável na direção de um bem-estar global (WHO, 1986).

Apesar das dificuldades encontradas nos serviços de saúde, a inovação das políticas públicas facilita a reorientação dos serviços de saúde, destacando a importância da promoção da saúde em todos os níveis de saúde e do conhecimento acumulado de promoção da saúde na atenção básica.

Diante desse cenário, o objetivo do presente estudo foi avaliar quais estratégias podem ser elencadas para trabalhar com os cuidadores de pacientes com doenças crônicas, sob cuidado domiciliar.

Logo, estratégias centradas no doente, visando melhorias na qualidade dos serviços da atenção básica, por exemplo, e suas redes de parcerias voltadas à promoção da saúde, têm um potencial considerável para aumentar o ganho de saúde no concernente à assistência eficaz, o que leva à reflexão acerca da importância do empoderamento de pacientes para a gestão de promoção da saúde no contexto de doenças crônicas (WHO, 1999).

Diante disso, torna-se essencial que haja um preparo dos profissionais que trabalham junto a indivíduos vulneráveis, no sentido de incentivar, ao paciente e ao cuidador, a adoção de práticas preventivas, como as citadas na literatura, na busca pela promoção da saúde e pela prevenção de agravos e recorrências.

Para o profissional conhecer realmente a realidade vivenciada pelos indivíduos/cuidadores/família é necessária a realização de visitas domiciliares, posto que, é por meio destas, que o membro da ESF pode ter um maior conhecimento sobre o indivíduo e seu contexto de vida, estabelecer um melhor relacionamento com a família,

assim como, oferece uma maior liberdade para os indivíduos exporem seus problemas. Os objetivos primordiais das visitas domiciliares são: prestar cuidados, supervisão de cuidados delegados, orientação e educação em saúde e coleta de informações.

Assim, é fundamental que o profissional tenha competência para desempenhar tais funções. As Competências Essenciais são o conhecimento essencial, habilidades e atitudes necessárias para a prática na ESF. Essas transcendem as fronteiras de disciplinas específicas e são independentes de programa e tema. Elas provêm os blocos de construção para uma prática efetiva de saúde pública, e o uso de uma abordagem global de saúde pública. As competências essenciais fornecem uma base para o que é necessário para o cumprimento das funções principais do sistema de saúde pública, incluindo avaliação da saúde populacional, fiscalização, prevenções de doenças e complicações, promoção e proteção da saúde (CANADÁ, 2008).

## **2 OBJETIVO**

- ✓ Apresentar estratégias para trabalhar com os cuidadores de pacientes dependentes no contexto domiciliar.

### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

O estudo será do tipo pesquisa-ação, numa abordagem quantitativa, para a compreensão dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) e da realidade vivenciada por estes, buscando assim a elaboração e implementação de um plano de ensino que favoreça o seu papel e contribua para a redução da sua sobrecarga.

Para Thiollent (1988), a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica, em que os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. O mesmo autor relata que a pesquisa-ação necessita de um referencial teórico para ter sentido, e ressalta que a mediação teórico-conceitual permanece operando em todas as fases da pesquisa.

#### **3.2 POPULAÇÃO E CENÁRIO DO ESTUDO**

O estudo será realizado com cuidadores de pacientes com AVC que são/foram acompanhados por Programas de Assistência Domiciliar (PAD), localizados na cidade de Fortaleza-Ceará. Tais indivíduos, além da visita do PAD ligada à rede hospitalar pública, recebiam acompanhamento da equipe de Saúde da Família da sua área de cobertura.

Assim, o grupo participante foi selecionado por conveniência de forma consecutiva, ao final, serão acompanhados 61 cuidadores nos seus domicílios. Tais cuidadores já foram previamente contactados.

#### **3.3 COLETA DE DADOS**

Os dados sobre a caracterização dos cuidadores foram coletados no período de janeiro a abril de 2010. Para a coleta de dados, foi utilizado um diário de campo, no qual os pesquisadores registravam o perfil dos cuidadores (sexo, estado civil, escolaridade, idade, tempo como cuidador, ocupação, relação cuidador/paciente, atividades executadas e presença de rede de suporte) e todas as impressões obtidas durante a visita do PAD e/ou ESF.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados iniciais foram compilados no programa Excel e fez-se a análise por meio de frequências absolutas e percentuais.

A partir de tais informações elaborou-se um plano de ação a ser desenvolvido pelos profissionais de Saúde da Família com essa população.

### 3.5 PLANO DE AÇÃO

Para a elaboração do plano de ação, percorreram-se as seguintes etapas:

- Primeiro, mapeou-se as atividades e dificuldades apresentadas pelos cuidadores de pacientes com AVC.
- Segundo, elencou-se algumas competências que precisam estar presentes dentro do contexto da atenção domiciliar.
- Terceiro, buscou-se na literatura estratégias que poderiam ser desenvolvidas pelos profissionais para trabalhar com os cuidadores.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS E ADMINISTRATIVOS

O projeto inicial de conhecimento do perfil dos cuidadores de pacientes com AVC foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), protocolo nº 696/10. Entretanto, para seguimento da pesquisa, ele será novamente submetido ao CEP, devido à mudança na proposta do estudo.

## 4 PLANO DE AÇÃO

### 4.1 APRESENTAÇÃO DOS CUIDADORES

Conforme se verificou em trabalho de Mestrado realizada pela pesquisadora anteriormente (OLIVEIRA, 2010), a maioria dos cuidadores era do sexo feminino (93,4%), casado (a) (52,5%) e filho (a) do paciente com AVC (50,8%). Ainda segundo os dados, a média de idade foi de 48,2 anos ( $\pm$  12,4), metade da amostra do estudo frequentou a escola por até onze anos, cuidava há vinte e sete meses e se dedicava dezoito horas por dia à atividade de cuidar. Além dos cuidadores primários, 72,1% dos pacientes possuíam um cuidador secundário para auxiliar no serviço e 26,2% pagavam alguém para auxiliar no cuidado. Quando era necessário, contavam com o apoio de um cuidador eventual (36,1%).

Quando se avaliou as atividades desempenhadas pelos cuidadores, observou-se que a grande maioria recebia ajuda de um cuidador secundário ou eventual para desempenhar atividades como banho, exercícios, passar da cama para a cadeira e vice-versa, mudar de posição, levar para o banheiro, cuidados com a casa, serviços nos quais é necessária a saída do domicílio. Atividades com levar para deambular ou subir escadas não eram realizadas pelos cuidadores em 75,4% e 90,2% dos casos, respectivamente.

Acerca das atividades desenvolvidas pelos profissionais do PAD no domicílio e conforme a percepção dos cuidadores, 37,7% referiram que os profissionais realizavam o exame físico, 31,1% mencionaram orientações sobre o cuidado do paciente acrescido do exame físico e 16,4% afirmaram não receber mais visitas. Tal fato denota o desconhecimento por parte dos cuidadores acerca das competências inerentes ao serviço em questão voltado à promoção da saúde de seu familiar, haja vista que as mesmas eram implementadas pelo serviço.

Ademais, ao se questionar como eles aprenderam a ser cuidadores, 50,8% referiram ter aprendido a cuidar a partir das orientações dos profissionais e 26,2% relataram ter aprendido sozinhos. Quanto à existência de dúvidas sobre o cuidado do paciente, 52,5% disseram que elas ainda são frequentes. O que indica que as ações de educação e orientação estavam aquém das necessidades da clientela, uma vez que o estímulo à participação ativa do cuidador foi limitada.

Assim, ao avaliar as dificuldades apresentadas pelos cuidadores, elas correspondiam às atividades nas quais era necessária a mobilização do paciente no leito,



como realizar os cuidados de higiene (24,6%) ou exercícios com o paciente (29,5%). Entretanto, as atividades que exigiam maior conhecimento técnico foram pouco relatadas, como executar um curativo (9,8%), manejar sonda nasogástrica (4,9%) e traqueostomia (3,3%).

A seguir, na Tabela 1, listam-se as principais modificações sentidas pelos cuidadores de pacientes com AVC.

**Tabela 1** - Modificações na vida dos cuidadores de pacientes com AVC. Fortaleza, 2010

<b>Modificações na vida dos cuidadores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mudanças mais ou menos permanentes na sua rotina diária	53	86,9
Atividades sociais e de lazer foram alteradas ou perturbadas	49	80,3
Sente esgotamento ou cansaço	48	78,7
A rotina da casa foi alterada ou perturbada	46	75,5
O fato de cuidar de seu familiar impediu de dedicar atenção e tempo aos outros membros da família	45	73,8
Houve alguma mudança no estado emocional após iniciar o cuidado do paciente	45	73,8
Sente dores no corpo	43	70,5
Atrasou-se ou cancelou algum compromisso	41	67,2
Deixou de aproveitar férias	40	65,6
Sentiu modificações no corpo ou na saúde após as atividades como cuidador	40	65,6
Deixou de receber (ou recebe menos) pessoas em casa	30	49,2
Deixou de ter uma relação harmoniosa com os outros familiares	29	47,5
Trabalha menos ou abandonou o seu emprego ou teve que trabalhar mais para cobrir os gastos	28	45,9
Perdeu amizades	19	31,1
Sente depressão	19	31,1
Aposentou-se mais cedo	5	8,2

Fonte: Oliveira, 2010.

Como mostra a Tabela 1, a modificação mais citada pelos cuidadores foi referente à sua rotina diária (86,9%), seguida por alterações na suas atividades de lazer (80,3%), esgotamento ou cansaço (78,7%), problemas em relação à rotina da casa (75,5%) e impedimento para dedicar atenção e tempo aos outros membros da família (73,8%).

Dentre as mudanças na rotina diária, 70,5% mencionaram a falta de tempo livre para assistir TV, ler, visitar amigos ou parentes, 65,6% dizem não ter tempo livre para ir ao banco, fazer compras ou ir ao médico, 57,4% não conseguem realizar os afazeres domésticos, 50,9% não têm tempo para se alimentar e 36,1% dizem faltar tempo livre para tomar banho.

O relato de ter percebido alguma modificação no estado emocional após iniciar o cuidado do paciente foi apresentado por 73,8% dos cuidadores. E, ainda: sentir dores no corpo foi referido por 70,5% dos cuidadores. Dentre eles, 69,8% afirmaram que a dor

iniciou-se após a instalação da dependência do paciente e 83,7% disseram que a dor permanecia após a realização das atividades. Dos locais de dor, os mais citados foram a coluna (30,2%) e coluna e pernas (20,9%)

Sobre as preocupações mencionadas pelos cuidadores, 34,4% disseram não saber que providências tomar caso o paciente faleça; 45,9% se preocupam com as condições de moradia dos pacientes; 59,0% se “desassossegam” com o aspecto financeiro; 65,6% com o tipo de ajuda e tratamento médico recebido; para 88,5% a preocupação é o futuro do seu familiar e para 91,8% a apreensão é com a saúde física deste.

Além desses problemas, ressaltaram também as dificuldades financeiras, pois 62,3% dos cuidadores disseram já terem coberto algumas despesas do familiar e 75,4% falaram que os gastos foram elevados. Entretanto, apesar de nem todos saberem o quanto gastam com o paciente, a média de contribuição da família ficou em torno de 409,83 reais ( $\pm 320,43$ ) e metade dos pacientes contribuía com 465,00 reais para suas próprias despesas e também para as da família. Dentre os gastos, os principais foram com a alimentação (80,3%), objetos pessoais (65,6%) e medicamentos (60,7%)\*.

#### 4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PAPEL DOS CUIDADORES DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Consoante se percebe, então, exceto em relação aos pacientes com sequelas graves e, que por isso demandam cuidados específicos, as tarefas nas quais os cuidadores mais se envolvem referem-se às atividades da vida diária, as quais o paciente está impossibilitado de realizar e por um período integral (ZEM-MASCARENHAS; BARROS, 2009; PEREIRA, 2008; MARTÍNEZ, 2007; PERLINI; FARO, 2005; HANKEY, 2004). Outras atividades também mencionadas são aquelas de cuidados mais complexos, comunicação, suporte emocional e psicológico e reintegração na sociedade (PEREIRA, 2008; BAKAS *et al.*, 2004; HANKEY, 2004).

O cuidado é, portanto, uma atividade totalmente absorvente, quer ao longo dos dias, quer, às vezes, ao longo das noites da pessoa que assume cuidar do familiar. Se o cuidador agregou também a execução de tarefas domésticas, conciliá-las com os cuidados pessoais exige uma habilidade na organização do tempo e da execução desses cuidados (MARTÍNEZ, 2007; MARZARI; GIRARDON-PERLINI, 2005; SMITH *et al.*, 2004). Consoante se constata, as atividades desenvolvidas se relacionam com as

---

\* Salário mínimo: 465 reais

condições dos pacientes. Quanto mais comprometida a autonomia destes, maiores são as demandas e a complexidade das atividades executadas pelo cuidador.

Logo, o cuidador incorpora o encargo de desempenhar as tarefas para as quais o doente não tem mais possibilidade de fazer, tarefas que vão desde a higiene pessoal até a administração financeira da família (KARSCH, 2003). As consequências dessas novas atividades repercutem na vida pessoal dos cuidadores. Eles se sentem sobrecarregados ao acumular papéis familiares que os levam a desempenhar funções que vão além de suas capacidades ou exigem considerável ônus físico, psicológico e social (NERI, 2002), o que requer um maior preparo para o desempenho desses papéis. Portanto, o PAD, através de Políticas de Saúde Públicas fortalecidas, parcerias com outros níveis de atenção e com sua equipe interdisciplinar, busca amenizar essa realidade, por meio da capacitação das famílias e dos profissionais para lidarem com essa situação.

Cuidar de pacientes acometidos por AVC é desgastante por causa da variedade de danos, de ordem motora, sensorial, visual, de linguagem, cognitiva e problemas afetivos causados por essa doença (BAKAS *et al.*, 2004). Embora as condições sociodemográficas não sejam facilmente passíveis de modificação pelo indivíduo, a dependência nas atividades da vida diária é um fator que pode ser mutável com prevenção e reabilitação. Desse modo, é possível diminuir o ônus sobre o cuidador (REZENDE, 2008).

Nesse contexto, o suporte familiar, a rede social formal e informal constituída por instituições, serviços oficiais públicos ou privados, rede de amigos e voluntários, desempenham um papel importante, pois constituem fatores facilitadores no controle de situações problemáticas (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Ao se avaliar as atividades desempenhadas pelos cuidadores, segundo se observou, elas se estendiam às ABVD e às AIVD, as quais consumiam quase a totalidade do tempo diário do cuidador (medianamente dezoito horas por dia). Entretanto, quando não estavam cuidando do paciente, desempenhavam as atividades de casa. Desse modo, pouco tempo era destinado ao seu lazer e até mesmo ao repouso.

Outra questão a ser destacada envolve a sobrecarga de funções compreendidas nas vinte e quatro horas diárias dispensadas na responsabilidade do cuidar, considerando-se que, por exigir cuidados especiais e grande atenção, o paciente, muitas vezes, conforme sua trajetória de vida e estado de saúde, requer dedicação exclusiva (NASCIMENTO *et al.*, 2008).

## 5 PLANO DE AÇÃO – parte 2

### 5.1 AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS

No Quadro 1 seguem as atribuições do serviço de Atenção Domiciliar em consonância com as competências essenciais preconizadas pela Agência de Saúde Pública do Canadá. Embora haja diferenças entre o Brasil e o Canadá, considera-se que a aproximação com uma experiência relativamente consolidada de atenção primária, poderá servir de inspiração à proposta brasileira de desinstitucionalização que se encontra em construção e que precisa do apoio da Estratégia de Saúde da Família para a sua real efetivação.

**Quadro 1** - Inserção das atribuições do serviço de Atenção Domiciliar em consonância com as competências essenciais preconizadas pela Agência de Saúde Pública do Canadá.

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS	ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR
Políticas de Saúde Pública	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ser estruturado na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;</li><li>- Ser estruturado de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;</li><li>- Estar inserido nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;</li><li>- Adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares.</li></ul>
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;</li></ul>
Planejamento e Implementação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando limites e potencialidades de cada um;</li><li>- Abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;</li><li>- Acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;</li><li>- Elaborar reuniões para cuidadores e familiares;</li><li>- Promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários;</li><li>- Participar da educação permanente promovida pelos gestores.</li></ul>
Parceria, Colaboração e Apoio	<ul style="list-style-type: none"><li>- Articular com os outros níveis da atenção à saúde, com serviços de retaguarda e incorporado ao sistema de regulação;</li><li>- Trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde.</li></ul>
Diversidade e Inclusão	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando limites e potencialidades de cada um;</li><li>- Abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;</li></ul>
Liderança	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador, abordando-o como sujeito do processo e executor das ações.</li></ul>

## 5.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A ESF prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, em especial, a visita domiciliar, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma; visando atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infra-estrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A Assistência Domiciliar é um dispositivo para a revisão do conceito do processo saúde/doença/cuidado, ou seja, ela é capaz de promover incorporações de valores que levem a mudanças no modo de agir, direcionadas a um modelo assistencial comprometido em estabelecer relação diferenciada entre trabalhador/usuário, relação acolhedora, marcada pelo compromisso e responsabilização perante a saúde dos usuários (PEREIRA et al., 2005).

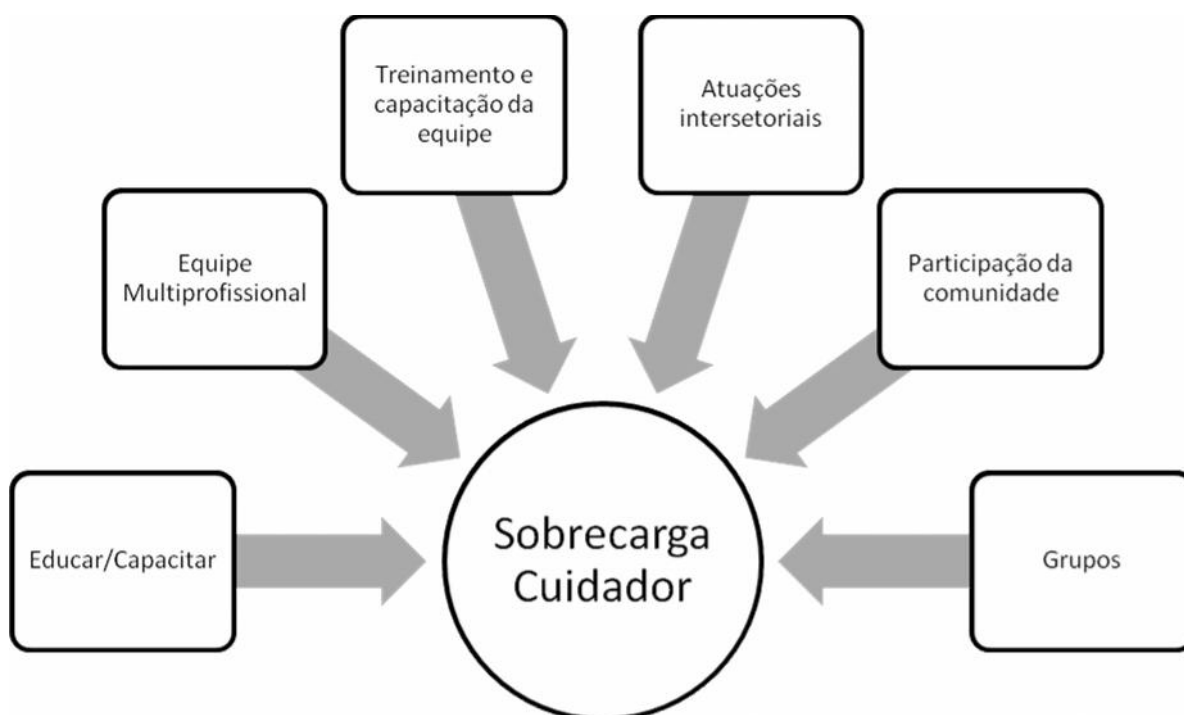
Ela vem transpor as práticas institucionalizadas da saúde, visando construir uma nova ação profissional com base na inserção dos profissionais de saúde em sua comunidade e, principalmente, em seu domicílio. Ao adentrar esse espaço, o profissional insere-se de forma a desenvolver suas ações e interações com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo paciente; mas observando também os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança, o grau de esclarecimento da família. Assim, cabe ao profissional, em seu trabalho interdisciplinar, atentar para todas estas questões e atuar com vista à integralidade de suas ações (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). E embora haja predominância das características do modelo hegemônico, centrado no conhecimento biomédico, as ações preventivas se fazem presentes, conforme mencionado por Pereira et al. (2005).

Prestar assistência à saúde no domicílio, contudo, é muito mais do que simplesmente levar a equipe de saúde ao paciente com dificuldade de locomoção ou realizar orientações com relação a higiene e alimentação. É compreender o contexto socioeconômico e cultural que envolve os hábitos de higiene e alimentação da família; o significado da dificuldade de locomoção para o paciente e sua influência na dinâmica familiar. É, ainda, avançar na compreensão do contexto no qual estas pessoas se inserem (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

## 6 PLANO DE AÇÃO – parte 3

### 6.1 ELABORAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Na Figura 1 são apresentadas algumas estratégias para trabalhar com os cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral, no contexto domiciliar.



**Figura 1** - Estratégias para trabalhar com os cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral, no contexto domiciliar

Diante dessa circunstância, uma das formas de assistência inclui orientações básicas sobre saúde, cuidados necessários, possíveis complicações e sintomas. Há de se considerar, entretanto, que, muitas vezes, as orientações fornecidas são incoerentes e até impossíveis de serem implementadas no domicílio, em virtude das condições socioeconômicas e culturais em que a díade vive (HANKEY, 2004; ELSEN; MARCON; SANTOS, 2002).

Surge, então, a necessidade de uma equipe multidisciplinar para atuar junto aos cuidadores de pacientes após um AVC, no intuito de reduzir/aliviar a sobrecarga de

trabalho, situação tão comum na prática de cuidados continuados a pessoas com dependência. Dessa forma, espera-se incentivar o cuidador para a adoção de práticas preventivas na busca da promoção da saúde e da prevenção de agravos.

Assim, a orientação e a educação para os familiares dos pacientes portadores de AVC é papel fundamental de todos os profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro. Compete-lhe propiciar orientações básicas sobre como evitar a sobrecarga ao se tornar um cuidador. Assim a assistência de enfermagem pode ser interpretada como um apoio adicional indispensável à superação da crise então vivenciada.

Além das ações em âmbito particular e pontual, como orientações sobre como realizar o cuidado, assistência à saúde, apoio físico e emocional aos cuidadores, cabe aos profissionais ações baseadas nos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando uma intervenção mais efetiva na mudança do perfil de saúde e doença dessa população. Isso significa atuações intersetoriais e participação da comunidade para planejar as ações voltadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas dependentes e de seus cuidadores, como proposto por Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008):

- Investir e melhorar a estrutura social com a participação da comunidade (empoderamento) com o objetivo de discutir como melhorar a qualidade de vida dos cuidadores;

- Identificar os recursos da comunidade (suporte social) para propor medidas alternativas para os cuidados domiciliários, com a possibilidade de criar serviços piloto, como centros-dia, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de pacientes e dos cuidadores;

- Utilizar de forma efetiva os instrumentos de avaliação descritos nos cadernos de Atenção Básica para identificar a possível sobrecarga do cuidador.

A orientação/educação para a saúde certamente pode trazer amplos benefícios à recuperação do paciente e ainda proporcionar maior tranquilidade e apoio técnico-emocional aos cuidadores que desempenham esta difícil tarefa. Quando aconselhados e orientados, os familiares estarão mais preparados para intervir adequadamente nas situações de cuidado, sem que haja prejuízos à sua saúde física e emocional ou no seu estilo de vida (LAVINSKY; VIEIRA, 2004).

A função de prevenir perdas e agravos à saúde deverá abranger, igualmente, a figura do cuidador. Para tanto, devem ser desenvolvidos programas destinados a

prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo que podem afetar a saúde e a qualidade de vida da população cuidadora (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002).

Na prática assistencial, são válidos os grupos de suporte aos familiares de pacientes com alta dependência. Esses grupos possuem como meta ajudar os cuidadores a terem um envolvimento construtivo com o parente que adoeceu, mas sem abdicar da sua vida pessoal (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

Há que se destacar, todavia, que em grande parte dos atendimentos domiciliares, os cuidados são de longo prazo. Assim, a resolutividade não se relaciona somente ao tratamento e cura da doença, mas ao trabalho com as diversas situações que emanam no contexto familiar a cada visita realizada, em que a atuação profissional não se restringe apenas a acompanhar o doente, mas a evitar que o contexto domiciliar também adoça, enfocando os familiares (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Por fim, convém destacar alguns elementos considerados relevantes, como o treinamento e capacitação da equipe. Partindo do reconhecimento de que a Assistência Domiciliar apresenta especificidades organizacionais e técnicas, considera-se pertinente a inclusão em uma proposta de um componente relativo ao treinamento e capacitação para os profissionais responsáveis pela operacionalização dos procedimentos (TEHEM; TRAD, 2005), devido à necessidade do processo de cuidado englobar além de competências técnicas, os aspectos interpessoais e humanísticos da relação profissional-paciente-família.



## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conforme verificou-se, o serviço de Atenção Domiciliar configura-se como uma estratégia atual e eficaz de Promoção da Saúde no Brasil, centrada na díade cuidador/paciente. Pacientes estes que apresentam Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, com destaque para o AVC, que geralmente culmina em sequelas incapacitantes. Dessa forma, a maioria dessas pessoas apresenta dependência total quanto à realização de atividades de vida, sejam elas básicas ou instrumentais. Tal fato converge em considerável demanda de cuidados que esta população enfrenta e que muitas vezes é fornecido pelos familiares.

Para efetivação de tal tecnologia dentro da ESF é necessária a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, em um território definido. Assim, percebe-se a gama de atividades que ainda não são implementadas por este serviço e que certamente poderiam contribuir no contexto abordado. Desde a otimização das capacidades residuais dos idosos dependentes até a prestação de um cuidado seguro e correto por parte dos familiares. Usufruindo ainda das redes de apoio existentes e órgãos governamentais envolvidos. Vale destacar, também, a figura do profissional enfermeiro inserido na equipe multiprofissional e que por ter uma posição mais próxima ao paciente/cuidador pode oportunamente colaborar para a concretização de ações ainda mais eficazes.

## REFERÊNCIAS

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, LOCAL? v. 17, n. 2, p. 266-272, abr./jun. 2008.

BAKAS, T. A.; JESSUP, J. K.; WILLIAMS, S. L.; OBERST, M. T. Time and difficulty of tasks provided by family caregivers of stroke survivors. **J. Neurosci. Nurs.**, v. 1, Apr. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

CANADA. Public Health Agency of Canada. **Core Competencies for Public Health in Canada**. Release 1.0. 2008.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde**: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

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**, v.13, n. 1, p.133-150, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 2 jul. 2010.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: UEM, 2002.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Out-Dez; v.15, n.4, p.645-53, 2006.

HANKEY, G. J. Informal care giving for disabled stroke survivors. **BMJ**, v. 328, p.1085-1108, 2004. Disponível em: <<http://bmj.com/cgi/content/full/328/7448/1085#BIBL>>. Acesso em: 6 May 2009.

KARSCH, U. M. S. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-11X2003000300019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2003000300019&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 fev. 2010.

LAVINSKY, A. E.; VIEIRA, T. T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. **Acta Sci. Health Sci.**, v. 26, n. 1, p. 41-45, jan./jun. 2004.

MARTÍNEZ, M.V.R. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. **Av. Enferm.**, v. 25, n.1, p.33-45, 2007.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicol. Saúde Doenças**, v. 4, n.1, p.131-148, 2003.

MARZARI, F.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar no domicílio: percepção de cuidadores familiares da área rural1. **REME Rev. Min. Enf.**, v. 9, n. 4, p. 322-328, out./dez. 2005.

NASCIMENTO, L.C.; MORAES, E.R.; SILVAI, J.C.; VELOSO, L.C.; VALE, A.R.M.C. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 514-517, jul./ago. 2008.

NERI, A. L. **Cuidar do idoso no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea, 2002

OLIVEIRA, A. R. S. **Desafio do cuidado domiciliar: avaliação da sobrecarga de cuidadores de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem. Fortaleza, 2010.

PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S. A assistência domiciliar – conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.13, n.6, p.1001-10, 2005.

PEREIRA, M.F.C. **Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia**. 2008. 204 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar, Universidade do Porto, 2008.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. Cuidar da pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.39, n.2, p.154-163, 2005.

REZENDE, T.C.B. **Impacto do ato de cuidar na vida de cuidadores primários de idosos dependentes**. 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

SILVEIRA, T.M.; CALDAS, C.P.; CARNEIRO, T.F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 4 jul. 2010.

SMITH L.N.; LAWRENCE, M.; KERR, S.M.; LANGHORNE, P.; LEES, K.R. Informal carers' experience of caring for stroke survivors. **J. Adv. Nurs.**, v. 46, n. 3, p. 235–244, 2004.

TEHEM, T.C.M.S.B.; TRAD, L.A.B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciencia & Saúde Coletiva**; 10(supl), p. 231-242, 2005.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1988. 108p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **HEALTH 21** - health for all in the 21st century. An introduction. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No.5).

\_\_\_\_\_. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.

ZEM-MASCARENHAS, S. H.; BARROS, A.C.T O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.1, p.45-54, 2009. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a06.htm>>. Acesso em: 21 jul. 2009.