



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ANA CAROLINA NUNES RODRIGUES

REDUÇÃO DE AGRAVOS FÍSICOS E MENTAIS EM PACIENTES FRAGILIZADOS
ATRAVÉS DA CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES DOMICILIARES

SÃO PAULO
2020

ANA CAROLINA NUNES RODRIGUES

REDUÇÃO DE AGRAVOS FÍSICOS E MENTAIS EM PACIENTES FRAGILIZADOS
ATRAVÉS DA CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES DOMICILIARES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: DIANA CARLA ROMANO ZAMBON

SÃO PAULO
2020

Resumo

Após o início do serviço na ESF da cidade de Buritizal - SP, que possui população essencialmente idosa, foi observada uma grande demanda de atendimentos domiciliares solicitados por cuidadores devido a eventos agudos como infecções e agravamento de condições crônicas, aumentando também a demanda por internação hospitalar desses pacientes. A implantação de um acompanhamento constante e periódico, através de visitas domiciliares pelas ACS e consultas domiciliares médicas e de enfermagem a essa população, possibilitou a identificação dos fatores de risco que contribuíam para a piora das condições físicas e mentais desses pacientes fragilizados, seja pela idade ou devido a sequelas de doenças incapacitantes. Dessa forma, observou-se ao longo do tempo que muitos agravamentos acontecem devido à falta de experiência e de noções básicas quanto às práticas de higiene e manejo dos cuidadores dos doentes, que são essencialmente familiares que assumem tal cuidado ou pessoas que assumem o trabalho devido a necessidade de sustento, sem contar com capacitação adequada para tal. Além disso, a carga do cuidado exige muito física e mentalmente dos cuidadores, levando ao aparecimento de doenças mentais e ocupacionais nessa população. Devido a essas observações, foi discutido com a equipe da ESF e sugerido a criação de um curso de capacitação de cuidadores e a formação de um grupo para troca de ideias, vivências e realização de atividades com o intuito de terapia em grupo para amenizar o aparecimento de sofrimento mental dessa população específica. Espera-se a melhoria geral do cuidado, redução dos agravos das comorbidades e melhoria do bem-estar e da saúde dos pacientes.

Palavra-chave

Cuidador. Qualidade de Vida. Educação em Saúde. Capacitação

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Buritizal - SP é uma cidade localizada no interior do estado, há cerca de 100Km de Ribeirão Preto e 400Km de São Paulo. É um município com uma população aproximada de 4.000 habitantes (IBGE, 2010), sendo uma parte formada por adultos jovens, a maioria trabalhadora e migrante de outras regiões do país, especialmente do norte de Minas Gerais e Alagoas, que buscam emprego nas plantações de cana e nas usinas presentes na cidade. Outra parte é formada por habitantes naturais do município que são na maioria idosos. A inversão da pirâmide etária na cidade é bem notável, já que os jovens que não conseguem alocação no mercado de trabalho restrito, acabam migrando para outras cidades em busca de melhores colocações. A economia do município gira em torno de 2 grandes usinas: uma grande destilaria, a Usina Buritis, e a UTE Bio Buriti, usina térmica movida a biomassa de cana-de-açúcar, que propiciam ao governo municipal uma quantia considerável em ICMS (PORTAL BURITIZAL, 2019). Além disso, existem as plantações de cana de açúcar, pequenos comércios locais, serviços e comércio informal, principalmente de produtos rurais e artesanais, e o funcionalismo público.

O município de Buritizal possui uma qualidade de vida muito elevada devido ao clima ameno e aos serviços de saneamento básico, saúde e educação. Foi eleita em 2016 a melhor cidade em qualidade de vida do Brasil (JORNAL DE FRANCA, 2016). Apresenta 89.3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 90.1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). A taxa de escolarização de crianças de 6 a 14 anos é de 99,4%. A saúde do município é tradicionalmente o maior pilar, com um grande investimento de verbas. A taxa de mortalidade infantil em 2017 foi de 0 para 1000 nascidos vivos e as internações por diarreia de 0,2 por 1000 habitantes. (IBGE, 2010)

A cidade conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) onde encontra-se: dois clínicos gerais para atendimentos de queixas agudas e urgências - emergências, dois pediatras, um ginecologista-obstetra (centro de saúde da mulher com exames preventivos, ginecologia geral e pré-natal). Anexo a UBS localiza-se o posto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com uma equipe, formada por médico de saúde da família, enfermeira, auxiliar de enfermagem, 5 agentes comunitárias de saúde (ACS) e o NASF que conta com fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga e terapeuta ocupacional.

O predomínio da população idosa no município, aumenta muito a demanda de atendimento geriátrico com todas as suas especificidades e, principalmente, acompanhamento de doenças crônicas e de suas sequelas. Para tal, a ESF assumiu o papel de controle e acompanhamento desses pacientes crônicos, acolhendo, criando vínculo e estimulando a mudança de estilo de vida no tratamento dessas comorbidades. Para os pacientes ativos, além das consultas periódicas e acompanhamento pelo NASF, temos grupos de diversas atividades que estimulam os pacientes no convívio, socialização e tratamento de suas doenças. No entanto, existe uma demanda muito grande de pacientes acamados ou com dificuldade de mobilidade, seja por sequelas de acidente vascular cerebral (AVE), osteoartroses limitantes, idade avançada, amputações, doenças crônicas pulmonares (DPOC) ou cardíacas. Esses pacientes eram atendidos por demanda espontânea e não contavam com um acompanhamento periódico pela equipe da ESF. Assim, a presença de agravos agudos de suas patologias era constante, trazendo uma grande demanda de atendimentos domiciliares para os profissionais da unidade da ESF.

Quando iniciei meu serviço como médica na ESF, passei a observar que não acontecia um seguimento periódico desses pacientes domiciliados, somente era solicitado o atendimento frente à piora do paciente. Assim, foi feita uma proposta de acompanhamento periódico desses pacientes, buscando identificar sinais de piora de suas condições de forma precoce, a fim de evitar complicações e internações dos mesmos e observar a dinâmica de cuidado desse paciente no dia a dia. Ficou então, estabelecido, que cada paciente seria avaliado de acordo com seus riscos e agravos e assim seria estabelecida a frequência das consultas com o médico, enfermagem e a solicitação de acompanhamento pelos profissionais do NASF.

No decorrer dos meses, durante o acompanhamento dos pacientes domiciliados, passei a observar que, grande parte dos agravos acontecia devido à falta de cuidados básicos de higiene (dermatite das fraldas, infecções urinárias, dermatite seborreica, gastroenterites), cuidados com a mudança de decúbito e suporte de extremidades ósseas (escaras de decúbito infestadas, pneumonias, feridas por escoriações durante a manipulação), alimentação e hidratação inadequadas, polifarmácia com erros na administração de medicamentos, pacientes dopados, falta de estímulos e de atividades físicas e mesmo sensação de solidão e abandono pelos familiares, que deixam os idosos ou incapacitados por conta de cuidadores para trabalhar e cuidar de outros interesses. Também observei que, no decorrer dos atendimentos, com a adequação dos cuidados mediante orientações, houve uma redução nos casos de agudizações, infecções e demais transtornos que faziam com que esse paciente incapacitado entrasse em sofrimento.

Os cuidadores de Buritizal são, na grande maioria, esposas ou outros familiares dos migrantes de outras regiões que buscam emprego nas plantações e nas usinas. São pessoas simples, geralmente com uma alfabetização básica e que não conseguem outros empregos. Acabam assumindo serviços domésticos e o cuidado dos pacientes, sem experiência ou capacitação para cuidado de pacientes com incapacidades físicas ou cognitivas. Executam os cuidados sem seguir critérios ou protocolos e vão aprendendo no dia a dia. Muitos criam vínculo com seus pacientes, cuidando como se fossem da família, outros se preocupam em fazer o mínimo necessário para garantir o emprego, isso reflete diretamente no bem-estar e no agravamento das comorbidades. Existem pacientes que são cuidados pelos familiares (esposo (a), filhos, netos, etc.). Nesse caso, além da falta de capacitação básica para o cuidado, gera também uma carga emocional muito grande, já que esse cuidador está envolvido 24 horas com o paciente. Observamos, portanto, agravamentos na saúde mental de ambos, cuidador e paciente.

Dessa forma, foi discutido com a equipe da ESF, a criação de uma estratégia para a capacitação dos cuidadores de pacientes domiciliados, visando orientar principalmente boas práticas de higiene e manejo geral desses pacientes. A equipe informou que já houve uma tentativa no formato de curso, promovida pela assistência social, mas que houve uma adesão muito baixa, pois, o horário do curso não permitia a participação da maioria das pessoas. Foram discutidas diversas alternativas e a equipe chegou à conclusão que o ideal seria montar um curso intensivo, voltado para a prática, que pudesse ser realizado em poucos dias ou mesmo em um fim de semana para possibilitar a adesão de mais pessoas. Além disso, foi proposta a criação de um grupo de cuidadores (Grupo Bem Cuidar), visando troca de ideias, apoio mútuo, socialização e discussão sobre as dificuldades enfrentadas no dia a dia.

Objetivo geral

Estabelecer um plano de capacitação para os cuidadores de idosos e de pacientes acamados por outros motivos, visando a melhoria geral do cuidado, redução dos agravos das comorbidades e melhoria do bem-estar e da saúde dos pacientes.

Objetivos específicos

- 1) Criar um curso de capacitação para cuidadores de idosos e pacientes acamados de forma objetiva, visando a melhora no bem estar, cuidado geral do paciente e redução dos agravos e agudizações de suas comorbidades.
- 2) Criar um grupo de apoio para cuidadores - Grupo Bem Cuidar - visando a socialização, apoio mútuo e troca de ideias sobre as dificuldades do dia a dia.
- 3) Pactuar com a gestão a possibilidade de fornecer os recursos materiais e humanos para o desenvolvimento das atividades, assim como o local adequado.
- 4) Pactuar com a equipe da ESF a disposição e disponibilidade para a elaboração e desenvolvimento das atividades propostas no curso e acompanhamento do grupo de apoio.

ESTUDO DA LITERATURA

O envelhecimento da população é uma questão de saúde pública, que necessita de atenção e investimentos governamentais, pois, além do caráter social, observa-se um aumento na frequência de doenças crônicas que acabam levando os seus portadores a incapacidades. “A prevenção das doenças crônicas e seus agravos, a assistência à saúde dos pacientes dependentes e o suporte aos seus cuidadores e familiares representam novos desafios para o sistema de saúde” (GAIOLI *et. al*, 2012, p.151).

"Cuidar é servir, é oferecer ao outro o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além das limitações físicas, deve-se considerar as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos da pessoa a ser cuidada" (BRASIL, 2008, p.7).

A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. (BRASIL, 2008, p.8)

A família tem papel central na organização do cuidado domiciliar. Segundo Mendes *et. al*. (2011), na prática, é a família que deve assumir a responsabilidade direta pelo cuidado, pois é ela que identifica a existência de um problema e toma decisões sobre a melhor forma de conduzi-lo. No entanto, quando a necessidade de cuidar se apresenta de modo mais permanente, ocorrem grandes alterações no estilo de vida, que afetam o social e/ou econômico, além da sobrecarga física e emocional. Sampaio *et. al*. (2011) observa que, além de todas as mudanças, também demanda a execução de tarefas complexas, delicadas e sofridas. "Em muitos casos, o cuidador já encontra-se fragilizado, em idade de envelhecimento ou em vias de ficar doente e, sem o suporte necessário, acaba se transformando em mais um paciente cuidado" (ANDRADE *et al.*, 2009, p.41).

"A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possibilita um mapeamento da população em sua base territorial, ampliando o conhecimento de grupos de risco e vulneráveis, como é o caso de pacientes acamados e de portadores de necessidades especiais. Antes da implantação das ESF, em modelos assistenciais tradicionais, não havia um alcance efetivo deste grupo populacional, uma vez que eram avaliadas apenas as demandas que chegavam aos serviços" (MENDES *et. al*. 2011, p.282).

Segundo Mendes (2011), outra característica importante da ESF é a de proporcionar vínculo, acolhimento e corresponsabilização, envolvendo gestores, profissionais e usuários nos processos de cuidado. Dessa forma, a identificação e resolução do processo saúde-doença é mais efetiva, pautada no princípio da participação ativa de pacientes e seus cuidadores/familiares na definição dos horizontes terapêuticos.

A maior parte dos cuidadores em um estudo realizado por Caldeira e Ribeiro (2004) referenciou que as principais dificuldades encontradas durante os cuidados com os idosos foram a falta de formação para cuidadores e a falta de paciência. Relataram realizar o

trabalho de forma experimental, o que ressaltou a complexidade da função e o despreparo, abalando a moral e a crença do cuidador, pois este não sabe se proporciona um cuidado digno ao idoso.

"A ESF é uma ferramenta que pode intervir nessas dificuldades, através de atividades previamente planejadas pela equipe como, por exemplo, a formação de grupos de cuidadores com a pretensão de construir e/ou ativar as redes colaborativas, observar, durante as discussões, os conflitos, necessidades, as estratégias de cuidado desenvolvidas por cuidadores e familiares, circulação de afetos, saberes. Deste modo, pode-se captar questões valiosas para se pensar as tecnologias e estratégias de cuidado que podem ser sistematizadas e repassadas aos cuidadores de forma prática" (MENDES *et. al.* 2011, p.282).

O envelhecimento da população é uma questão de saúde pública, que necessita de atenção e investimentos governamentais, pois, além do caráter social, observa-se um aumento na frequência de doenças crônicas que acabam levando os seus portadores a incapacidades. "A prevenção das doenças crônicas e seus agravos, a assistência à saúde dos pacientes dependentes e o suporte aos seus cuidadores e familiares representam novos desafios para o sistema de saúde" (GAIOLI *et. al.*, 2012, p.151).

"Cuidar é servir, é oferecer ao outro o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além das limitações físicas, deve-se considerar as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos da pessoa a ser cuidada" (BRASIL, 2008, p.7).

A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que "cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida". É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. (BRASIL, 2008, p.8)

A família tem papel central na organização do cuidado domiciliar. Segundo Mendes *et. al.* (2011), na prática, é a família que deve assumir a responsabilidade direta pelo cuidado, pois é ela que identifica a existência de um problema e toma decisões sobre a melhor forma de conduzi-lo. No entanto, quando a necessidade de cuidar se apresenta de modo mais permanente, ocorrem grandes alterações no estilo de vida, que afetam o social e/ou econômico, além da sobrecarga física e emocional. Sampaio *et. al.* (2011) observa que, além de todas as mudanças, também demanda a execução de tarefas complexas, delicadas e sofridas. "Em muitos casos, o cuidador já encontra-se fragilizado, em idade de envelhecimento ou em vias de ficar doente e, sem o suporte necessário, acaba se transformando em mais um paciente cuidado" (ANDRADE *et al.*, 2009, p.41).

"A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possibilita um mapeamento da população em sua base territorial, ampliando o conhecimento de grupos de risco e vulneráveis, como é o caso de pacientes acamados e de portadores de necessidades especiais. Antes da implantação das ESF, em modelos assistenciais tradicionais, não havia um alcance efetivo deste grupo populacional, uma vez que eram avaliadas apenas as demandas que chegavam aos serviços" (MENDES *et. al.* 2011, p.282).

Segundo Mendes (2011), outra característica importante da ESF é a de proporcionar vínculo, acolhimento e corresponsabilização, envolvendo gestores, profissionais e usuários nos processos de cuidado. Dessa forma, a identificação e resolução do processo saúde-doença é mais efetiva, pautada no princípio da participação ativa de pacientes e seus cuidadores/familiares na definição dos horizontes terapêuticos.

A maior parte dos cuidadores em um estudo realizado por Caldeira e Ribeiro (2004) referenciou que as principais dificuldades encontradas durante os cuidados com os idosos foram a falta de formação para cuidadores e a falta de paciência. Relataram realizar o trabalho de forma experimental, o que ressaltou a complexidade da função e o despreparo, abalando a moral e a crença do cuidador, pois este não sabe se proporciona um cuidado digno ao idoso.

"A ESF é uma ferramenta que pode intervir nessas dificuldades, através de atividades previamente planejadas pela equipe como, por exemplo, a formação de grupos de cuidadores com a pretensão de construir e/ou ativar as redes colaborativas, observar, durante as discussões, os conflitos, necessidades, as estratégias de cuidado desenvolvidas por cuidadores e familiares, circulação de afetos, saberes. Deste modo, pode-se captar questões valiosas para se pensar as tecnologias e estratégias de cuidado que podem ser sistematizadas e repassadas aos cuidadores de forma prática" (MENDES *et. al.* 2011, p.282).

AÇÕES

O propósito da intervenção é orientar de forma sistemática os cuidadores de pacientes fragilizados e/ou domiciliados pelos mais diversos motivos através de um curso teórico/prático englobando os aspectos mais críticos do cuidado e formar uma rede de apoio entre os cuidadores e serviço de saúde através da formação do grupo de cuidadores - Bem Cuidar. Dessa forma, foram consideradas as seguintes ações:

- * **Pactuação da ação com a gestão em saúde**- esse é o primeiro passo para a instituição das ações propostas, já que será necessária a disponibilização de recursos materiais e humanos para tal, sendo fundamental a autorização e envolvimento na gestão na proposta. Além dos recursos, será necessária a disponibilização de um local apropriado para os encontros, sendo necessário que a gestão providencie tal local dentro das possibilidades do município. Para tal, será solicitada uma reunião com os gestores e a equipe da ESF, para apresentação da proposta e das necessidades que necessitam do apoio da gestão.
- * **Pactuação das ações e treinamento dos profissionais envolvidos**- para que a proposta se torne viável, será necessário o envolvimento de diversos profissionais, entre eles: enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, dentistas, agente comunitários de saúde (ACS), pois cada um poderá contribuir de alguma forma no treinamento dos cuidadores e durante a moderação das discussões do grupo. Assim, é necessário que os profissionais se disponibilizem, visto que algumas ações podem ocorrer inclusive fora do horário normal de trabalho, visando uma adesão maior do público alvo do projeto. Além disso, será importante um treinamento básico dos profissionais envolvidos, para que todos adequem a sua linguagem ao público alvo, tornando o curso menos pesado e para que todos possam ajudar durante o desenvolvimento das ações, formando uma intervenção multidisciplinar. Os profissionais deverão ter conhecimento do conteúdo a ser abordado, de acordo com sua área de atuação. Outro aspecto importante é o “treinamento dos ACS, principalmente na identificação de potenciais riscos ao paciente durante as visitas domiciliares” (FARIA, 2011, p.31), e na orientação dos cuidadores frente a esses riscos, reportando depois à equipe caso necessário uma intervenção mais específica. Para essa capacitação, serão realizadas semanalmente, após a reunião da equipe (entre 10:00 e 12:00), rodas de conversas de cada profissional responsável pelo conteúdo relacionado à sua área, visando apresentar a toda a equipe o que será discutido no curso de cuidadores. Essas apresentações serão divididas e realizadas durante 4 semanas na sala de reuniões da ESF.
- * **Definição do conteúdo do curso teórico prático**- o conteúdo do curso seria baseado nas principais dificuldades identificadas durante os atendimentos domiciliares. O ideal é manter o conteúdo simples, já que a maioria do público alvo conta com baixos níveis de alfabetização e conhecimento. Além disso, o Guia Prático para o Cuidador explica:

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Ressaltando sempre que não fazem

parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem. (BRASIL, 2008, p.8)

Dessa forma, é importante deixar claro que o conteúdo do curso não deve compreender atividades específicas realizadas por profissionais capacitados.

A proposta inicial da grade, com referencial teórico baseado no Guia Prático para o Cuidador (BRASIL, 2008), compreende os seguintes pontos:

- ♦ Cuidados de higiene
 - * Banho no chuveiro, banho no leito
 - * Higiene íntima - troca de fraldas
 - * Higiene bucal e cuidados com a boca
 - * Higiene das roupas e do leito
- ♦ Alimentação
 - * Dicas de alimentação saudável
 - * Alimentação por sonda
 - * Principais problemas na alimentação - náuseas, vômitos, disfagia, constipação intestinal, retirada acidental da sonda alimentar
- ♦ Cuidados com o paciente acamado
 - * Posições para acomodação
 - * Mudança de decúbito
 - * Mudança da cama para poltronas ou cadeiras
 - * Prevenção de feridas e escaras de decúbito
 - * Cuidados básicos com feridas e escaras de decúbito
- ♦ Sondas e Ostomias
 - * Cuidados com a sonda vesical de demora
 - * Cuidados com as ostomias
- ♦ Organização de medicações
 - * Prevenção de trocas de medicamentos e super dosagem
- ♦ Como lidar com a falta de memória, agressividade, distúrbios do sono
- ♦ Maus tratos - como lidar e denunciar
- ♦ A morte no dia a dia do cuidador
 - * Como lidar com o fim?
 - * Como proceder em caso de óbito?
- ♦ **Definição das atividades para o grupo de cuidadores - Grupo Bem Cuidar** É fato que o cuidado de pacientes é um fator de estresse físico e psíquico para os cuidadores. O objetivo do grupo é promover a socialização, o desenvolvimento de uma rede de apoio e parcerias entre os cuidadores, momento de distração e recreação para amenizar a rotina, momento de discussão sobre situações e dificuldades do dia a dia, possibilitando a troca de vivências e experiências entre os próprios cuidadores e entre os profissionais da equipe.

O maior desafio da formação do grupo de apoio para os cuidadores, será a definição do dia e horário da atividade. Podemos observar que o ideal, seria disponibilizar dois horários por semana para a formação dos grupos, já que as demandas do público alvo são diferentes. O público mais difícil de atingir é o cuidador familiar, que na maior parte dos casos não tem condições de deixar o paciente para participar das ações propostas, pois não conta com apoio de outros membros da comunidade. Como a equipe conta com diversos profissionais, inicialmente ficou estabelecido que iremos montar dois grupos: um grupo matutino (das 7:30 as 8:30), para aqueles cuidadores que trabalham a noite, assim já sairiam do serviço e participariam do grupo, sem prejuízo para suas atividades particulares e seu descanso e um grupo noturno, para aqueles que trabalham durante o dia (das 19h as 20h). A maior dificuldade do grupo noturno, é a disponibilidade de alguns profissionais, já que vários residem em cidades vizinhas. Porém a disponibilidade dos profissionais foi resolvida com a elaboração de uma escala disponibilizada com antecedência para que todos se organizem. Os pagamentos de horas extras para os profissionais que atuarem no grupo noturno serão pactuados com a gestão durante a reunião de apresentação do projeto e das demandas.

As atividades do grupo serão definidas em reuniões de equipe e envolverão diversos temas voltados para o autocuidado do cuidador (responsáveis: médico, dentista, enfermagem), atividades físicas como alongamentos, exercícios de relaxamento (responsáveis: fisioterapeutas), terapias ocupacionais (responsável: terapeuta ocupacional), terapias em grupo de acordo com demandas apresentadas pelo próprio grupo (discussões, rodas de conversa) sob responsabilidade da psicóloga, sempre sendo mediado por algum profissional de saúde da equipe da ESF.

*** Avaliação das atividades**

Todas as atividades serão registradas e o acompanhamento da evolução dos cuidadores será realizado pela própria equipe durante os atendimentos aos pacientes domiciliados. Além disso, o curso será avaliado ao final através de uma ficha de avaliação preenchida pelo público alvo e também através de conversas de feedback, onde será questionado se os alunos sentiram falta de algum assunto que não foi abordado, o que vai possibilitar a adequação das aulas para novas turmas.

No grupo Bem-Cuidar, além do cuidado psíquico, serão realizadas aferições de sinais vitais, pressão arterial, circunferência abdominal, peso e glicemia dos diabéticos, permitindo o acompanhamento da saúde dos cuidadores e acompanhamento de suas comorbidades. Além disso, serão confeccionados relatórios de registros das atividades por cada profissional moderador do grupo, contendo as impressões relativas às dinâmicas e a evolução dos cuidadores nas atividades do grupo.

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados desse projeto envolvem vários aspectos:

1) Capacitação da equipe após treinamento para orientar cuidados básicos para idosos e pacientes acamados.

2) Melhora no cuidado físico do paciente dependente, com redução da ocorrência de desidratação e desnutrição, feridas devido a manejo inadequado e escaras de decúbito, redução de infecções relacionadas a higiene como ITU, infecção de escaras e dermatites, melhora da alimentação, mobilidade e atividades desses pacientes, com aumento da disposição e redução dos níveis de sofrimento mental associados ao envelhecimento e à inatividade.

3) Melhora da saúde física e mental dos cuidadores através das abordagens em grupo, socialização e redução do peso do cuidado através da troca de experiências nas rodas de conversa.

Assim, melhorando o bem estar do cuidador e capacitando para os cuidados básicos com o paciente, espera-se uma redução nos eventos agudos e da necessidade de internação hospitalar ou mesmo institucionalização dos pacientes dependentes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE L.M.; et al. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 37-43, Mar. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Jan. 2020

BRASIL, Ministério da Saúde: **Guia prático do cuidador**. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 64 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf. Acesso em 24 jan 2020.

CALDEIRA, A.P.S.; RIBEIRO, R.C.H.M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Arq Ciênc Saúde** 2004;11(2):100-4. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-11-2/ac08%20-%20id%2027.pdf. Acesso em 23 jan 2020

FARIA, A.R. **O cuidador e duas dificuldades no dia a dia**. 2011. 36 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba - MG. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4867.pdf>. Acesso em 26 jan 2020.

GAIOLI, C. C.L.O.; FUREGATO, A.R.J.; SANTOS, J.L.F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 1, p. 150-157, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100017&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2020.

IBGE: **Buritizal**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/buritizal/panorama>. Acesso em 22/06/19.

Jornal da Franca: **Buritizal é eleita a melhor cidade do Brasil**. 28/09/2016. Disponível em: <http://www.jornaldafranca.com.br/buritizal-e-eleita-a-melhor-cidade-do-brasil-em-qualidade-de-vida>. Acesso em 22/06/19

MENDES, V.L.F.; et al. A construção coletiva de um guia para cuidadores de pacientes acamados: relato de experiência. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 281-287, Sept. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-64912011000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2020.

Portal de Buritizal. Disponível em: <http://www.buritizal.sp.gov.br/paginas/portal/paginaInterna?id=1> Acesso em 22/06/19.

SAMPAIO A.M.O; RODRIGUES F.N.; PEREIRA V.G.; RODRIGUES S.M.; DIAS C.A. Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. **Estud Pesqui Psicol** 2011;11(2):590-613. Disponível em: <https://www.e->

publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8396/6214. Acesso em 24 jan 2020.