

O cuidador familiar no foco do programa de assistência domiciliar de uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre¹

The focus on the family caregiver program of residential care for a basic unit of health city of Porto Alegre

El cuidador familiar en lo centro del programa de la atención domiciliar de una unidad básica de salud del municipio de Porto Alegre

Roberta Antunes MACHADO², Daniela DELLEGRIVE³,
Denise Silva da SILVEIRA⁴, Marcos Aurélio Matos LEMÕES⁵.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer as estratégias que cuidadores familiares de usuários do Programa de Assistência Domiciliar de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre/RS utilizam para cuidar de si e avaliar o grau de sobrecarga em relação à sua condição de cuidador. Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, que contou com a participação de nove sujeitos. As informações foram coletadas através de entrevista semi-estruturada e avaliadas por técnica de análise de conteúdo, a partir de três temas: Cuidando da sua doença, Cuidador e a Saúde Mental e Cuidador e o Cuidado Integral. Para avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores foi utilizado o instrumento Zarit-Burden Interview. Devido à sobrecarga dos cuidadores, a sua inclusão na agenda de cuidados da equipe de saúde se faz necessária para evitar prejuízos relacionados à saúde desses sujeitos e de seus familiares.

Descritores: assistência domiciliar; relações familiares; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The purpose of this study was to identify strategies that caregivers of users of Home Care Program of a Basic Health Unit of the Municipality of Porto Alegre/RS use to take care of themselves and the degree of burden in relation to their caregiver condition. A qualitative, descriptive and exploratory study which was attended by nine subjects. In order to develop strategies and interventions that promote the maintenance of health of these people. This is a qualitative, descriptive and exploratory study, which was attended by nine subjects. The pieces of information were collected through semi structured interviews and evaluated by content analysis technique, based on three categories: Caring for your condition, and Caregiver Mental Health and Comprehensive Care and the Caregiver. To assess the level of caregiver burden instrument used was the Zarit Burden Interview. Because of the burden of caregivers, their inclusion in the agenda of the health care team is needed to avoid losses related to the health of these individuals and their families.

Descriptors: home care; family relationships; primary healthcare.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer las estrategias que cuidadores familiares de usuarios del Programa de Asistencia Domiciliar de una Unidad Básica de Salud del Municipio de Porto Alegre/RS utilizan para cuidar de sí y evaluar el grado de sobrecarga en relación a su condición de cuidador. Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, que contó con la participación de nueve sujetos. Las informaciones fueron colectadas a través de entrevista semi-estructurada y evaluadas por técnica de análisis de contenido, a partir de tres temas: Cuidando de su enfermedad, Cuidador y la Salud Mental y Cuidador y el Cuidado Integral. Para evaluar el nivel de sobrecarga de los cuidadores fue utilizado el instrumento Zarit-Burden Interview. Debido a la sobrecarga de los cuidadores, su inclusión en la agenda de cuidados del equipo de salud se hace necesaria para evitar prejuicios relacionados a la salud de esos sujetos y de sus familiares.

Descriptor: asistencia domiciliar, relaciones familiares, atención primaria a la salud.

¹Elaborado a partir do Trabalho de Conclusão da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição. Programa de Assistência Domiciliar: um olhar sobre o processo de saúde do cuidador familiar, 2008.

²Enfermeira, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição (GHC), Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas-RS/UFPEL. Professora do Curso Técnico de Enfermagem do Instituto Federal do Rio Grande do Sul - Campus Rio Grande. E-mail: cacah_am@yahoo.com.br

³Enfermeira da Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴Médica, Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas, Professora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem.

⁵Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas UFPEL.

INTRODUÇÃO

As ações voltadas para o atendimento domiciliar vêm ocorrendo de maneiras diferentes em todo território brasileiro, de acordo com os arranjos gerenciais dos Serviços de Saúde.¹

O primeiro sistema de atenção domiciliar à saúde no Brasil foi criado em 1967, pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, com o objetivo de diminuir o número de leitos ocupados. Atualmente há um crescimento de oferta desse serviço pelas empresas privadas e, no sistema público de saúde, é disponibilizado através da atenção primária à saúde.²

Há três modalidades de atendimento domiciliar: visita domiciliar, que se caracteriza pela ida da equipe ao domicílio dos usuários, com a finalidade de avaliar as suas necessidades de saúde e de sua família e promover ações educativas; o atendimento domiciliar, que se relaciona a ações mais complexas, que exigem da equipe de saúde atividades técnicas e periódicas de atendimento da equipe ao usuário no seu domicílio, de acordo com as necessidades evidenciadas; e a internação domiciliar, que é uma categoria mais específica, pois envolve o uso de aparato tecnológico em domicílio de acordo com as especificidades de cada indivíduo, demandando a presença da equipe de saúde no domicílio por pelo menos quatro horas diárias.¹⁻⁴

A incorporação do atendimento domiciliar nas ações de saúde aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas, para um cuidado mais humanizado e que preserve as relações familiares e socioculturais dos indivíduos. Além disso, na esfera econômica, promove uma redução de custos da atenção, tanto para a família como para o Estado, diminui o risco de infecção hospitalar e utiliza os leitos hospitalares de modo mais racional.^{2;5-7}

Na rotina do cuidador familiar, há vários fatores que podem influenciar negativamente na sua saúde, resultando no surgimento de problemas tais como o estresse e a depressão. Entre esses fatores encontram-se a quantidade excessiva de assistência requisitada pelo indivíduo que necessita de cuidados, os tipos de relações familiares, bem como características individuais, sociais e culturais das pessoas envolvidas nesse processo.⁸⁻⁹

Entre as demandas existentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, encontra-se a assistência aos usuários restritos em seus domicílios por qualquer inabilidade ou incapacidade de locomover-se por si só a qualquer centro de atenção à saúde. Essa assistência é prestada através do Programa de Assistência Domiciliar (PAD) das UBS por uma equipe multidisciplinar e pelos profissionais da Residência Integrada em Saúde e da Residência em Medicina de Família e Comunidade. Faz parte das atividades do PAD realizar cuidados de saúde que contemplem resolutividade, universalidade e longitudinalidade aos usuários cadastrados no programa e aos seus familiares, em especial, o cuidador familiar.

Através da inserção nas atividades do PAD, foi possível constatar que o cuidador familiar não estava sendo incluído nos planos de cuidado realizados pela equipe de saúde. Além disso, a demanda de assistência por parte dos cuidadores familiares era grande e isso se dava através das

consultas-dias, ou seja, consultas de urgência na Unidade de Saúde. Dessa forma, o cuidador não tinha um acompanhamento integral e longitudinal em relação aos cuidados com sua saúde.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi conhecer as estratégias que cuidadores familiares de usuários do Programa de Assistência Domiciliar de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre/RS utilizam para cuidar de si e avaliar o grau de sobrecarga em relação à sua condição de cuidador.

METODOLOGIA

O estudo utilizou-se de abordagem qualitativa, com característica descritiva e exploratória. Foram incluídos na pesquisa apenas os cuidadores familiares de pacientes cadastrados no PAD com idade superior a 18 anos, que aceitaram o uso de gravador durante a entrevista e que não apresentavam algum problema de saúde que inviabilizasse a entrevista.

No período de realização do estudo, estavam cadastrados no PAD 16 usuários, sendo que apenas 10 possuíam o familiar como cuidador principal. Apenas uma cuidadora não participou do estudo, por motivo de estar com um problema de saúde que inviabilizou a entrevista. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no domicílio dos cuidadores, após contato e agendamento prévio, considerando a disponibilidade de tempo do cuidador.

Para conhecer os sujeitos da pesquisa e o seu grau de sobrecarga, foi desenvolvida uma tabela com as seguintes informações: nome fictício, idade, parentesco, profissão, tempo como cuidador, grau de dependência do familiar cuidado e nível de sobrecarga do cuidador.

Em relação ao grau de dependência do familiar cuidado, foi considerado com dependência total o indivíduo que não conseguia realizar os próprios cuidados básicos, como, por exemplo, caminhar, tomar banho e fazer sua comida, sendo totalmente restrito ao domicílio. A dependência parcial foi considerada quando o ser cuidado conseguia manter seus cuidados básicos, mas com o auxílio do cuidador, locomovendo-se com dificuldade e mantendo certa dificuldade de sair do domicílio.

Para avaliação do nível de sobrecarga dos cuidadores, foi utilizada a escala Zarit-Burden Interview essa escala é composta de 22 itens que avaliam a relação cuidador-paciente, a condição de saúde, o bem-estar psicológico, finanças e vida social. A escala de respostas varia de 0 a 4, de acordo com presença ou intensidade de uma resposta afirmativa (0=nunca, 1=raramente, 2=algumas vezes, 3=freqüentemente e 4=sempre).¹⁰

A exceção é o último item, no qual o entrevistado é questionado se está se sentindo sobrecarregado no papel de cuidador e as respostas são: 0=nem um pouco, 1=um pouco, 2=moderadamente, 3=muito, 4=extremamente. O escore total da escala varia de 0 a 88, quanto maior o escore, maior a sobrecarga.

Para captação das informações as estratégias utilizadas pelos cuidadores familiares para o autocuidado, foi utilizada a seguinte questão: O que o (a) senhor (a) faz para cuidar da sua saúde?. Os entrevistados tiveram a liberdade de discorrer sobre as atividades que eles estavam realizando ou não para manterem-se saudáveis.

Após a realização das entrevistas, que duraram em média 30 minutos, foi realizada a transcrição na íntegra por uma das pesquisadoras. Os sujeitos foram identificados pelos seguintes nomes: Bento Gonçalves, Chiquinha Gonzaga, Napoleão, Monalisa, Princesa Isabel, Maria Bonita, Evita Perón, Anita Garibaldi, e Carlota Joaquina. O período de coleta de dados foi de fevereiro a abril de 2008.

Através da técnica de análise de conteúdo, as informações qualitativas foram interpretadas e separadas por questões correspondentes, buscando-se uma lógica de raciocínio que possibilitasse a compreensão de cada fenômeno expressado nas falas e que fosse coerente com o pensar dos respondentes.¹¹ Assim, iniciou-se um processo de sucessivas leituras, até a formulação de unidades temáticas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição, pelo Ofício de número 199/07. Os participantes foram informados da sua liberdade de participar da pesquisa ou não, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.¹²⁻¹³

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conhecendo o perfil dos cuidadores do programa de assistência domiciliar da unidade de saúde

Ao observar o gênero, contata-se a predominância do sexo feminino, corroborando com os achados na literatura consultada, que aponta algumas características em relação aos cuidadores familiares que, no geral, são mulheres, mães, esposas e filhas, destacando o papel da mulher como cuidadora na nossa cultura.¹⁴⁻¹⁵

A faixa etária dos cuidadores variou entre 37 anos para o mais novo e 84 anos para o mais idoso. Esses resultados se assemelham a de outros estudos, encontrando-se a maioria dos sujeitos na faixa etária de adulto de meia idade e adulto idoso.¹⁵⁻¹⁶

Quanto à ocupação do cuidador, constatou-se a predominância de pensionistas e aposentados, que possivelmente está relacionada com a faixa etária dos cuidadores. Percebeu-se, porém, que um dos cuidadores, apesar de aposentado aos 64 anos de idade, voltou a trabalhar a fim de aumentar a renda da família.

A maior parte dos cuidadores entrevistados envolveu cônjuges e filhas. O grau de parentesco em geral tem uma influência decisiva na escolha do cuidador, destacando-se os cônjuges e os filhos. Geralmente os cônjuges são os primeiros a assumirem os cuidados movidos pelo sentimento de “obrigação matrimonial”, assumido pelo casamento. A responsabilidade de cuidar em geral só é transferida aos filhos quando o cônjuge já é falecido ou quando esse não pode desempenhar o papel de cuidador.¹⁷

O tempo como cuidador variou entre sete meses a 26 anos. Este resultado reforça a idéia de que não há um tempo limite para desempenhar esse papel, pois esta variável depende tanto das características do familiar cuidador quanto do familiar cuidado. A equipe de saúde deve estar preparada para assistir o cuidador familiar, pois, os cuidadores podem ter mais problemas de saúde que pessoas da mesma idade que não desempenham essa função.¹⁸

Em relação à sobrecarga do cuidador, os resultados desse estudo foram: dois cuidadores com sobrecarga pequena ou nenhuma, três cuidadores com sobrecarga leve a moderada e quatro cuidadores com sobrecarga moderada a severa. Achados na literatura, dizem que a sobrecarga do familiar cuidador em geral está relacionada ao estresse emocional e condições econômicas das famílias.¹⁴

Após submeter às entrevistas à técnica de análise de conteúdo, foi possível extrair delas três unidades temáticas: Cuidando da sua doença; Cuidador e a Saúde Mental; e Cuidador e o Cuidado Integral.

Cuidando da sua doença

Vários sujeitos colocaram em evidência que o cuidado consigo, estava estreitamente ligado à presença de alguma doença já estabelecida e diagnosticado por um profissional de saúde, tanto que, após realizar a pergunta que guiou a entrevista, a primeira categoria de resposta que apareceu estava relacionada com a presença de algum diagnóstico médico ou queixa.

Tenho prolapso valvular mitral, desvio de septo e artrose nos joelhos. (Carlota Joaquina)

Não tenho nenhum problema de saúde, mas também não faço nenhum exame pra saber, mas sinto muita dor na coluna. (Anita Garibaldi)

Tenho pressão alta e por causa da pressão alta tive um infarto. (Chiquinha Gonzaga)

Percebe-se, pelas respostas fornecidas pelos sujeitos, que a saúde está muito ligada a questões relacionadas ao corpo (físico), às dores ou às limitações produzidas pelos problemas de saúde citados.

O cuidador familiar, ao assumir os cuidados diários com o paciente, se expõe de maneira prolongada aos diferentes estressores presentes na situação de cuidador, levando-o a desenvolver problemas de saúde semelhantes ao do familiar para quem ele provê os cuidados, tais como: hipertensão arterial, artrose, processos dolorosos, entre outros e/ou o agravamento de problemas de saúde prévios.¹⁹

As atividades desenvolvidas para cuidar de si estão ligadas ao problema de saúde relatado. São, em grande parte, atividades voltadas para necessidades imediatas e pontuais. Como percebemos, atividades centradas na doença e na queixa do momento.

Eu ando cansada, me sinto doente. Não estou fazendo nada para cuidar da minha saúde. Quando a coisa aperta, eu procuro o posto, quanto sinto dor na coluna. (Evita Perón)

Agora no momento não faço nada. Só vou ao oftalmo, porque tenho que ir. Não faço mais nada. Tomo meu remédio da pressão. (Princesa Isabel)

Ah, não! Eu vou ao médico periodicamente. Assim, quando vejo que o troço não tá bom, aí eu procuro o médico. (Napoleão)

A enfermeira já marcou um exame preventivo de câncer pra mim, mas eu não fui, acho que já faz anos. Eletro do coração eu só faço quando tenho dor no peito. (Anita Garibaldi)

Não vou ao posto para cuidar da pressão alta ou do diabetes. Eles me deram remédios eu vou tomando, mas a minha pressão tá sempre alta [...] Procuro bastante o posto de saúde para me cuidar. Tenho uma coceira no corpo há mais de 30 anos e nunca passa. (Bento Gonçalves)

No dia a dia da UBS incluída no estudo, encontramos, com certa frequência, os cuidadores demandando atendimento para ações pontuais em relação ao cuidado com sua saúde. Apesar da existência do PAD, cujo objetivo inclui a assistência à saúde do familiar cuidador, observou-se que o programa não estava atendendo as necessidades de cuidado desse sujeito de forma resolutiva.

A partir das informações fornecidas pelos cuidadores, verificou-se que o engajamento deles em relação ao processo de cuidar de seu familiar é priorizado, deixando o autocuidado e seus desejos em segundo plano. O cuidar de si ou o autocuidado são atitudes e comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com o objetivo de promover saúde, preservar, assegurar e manter a vida com qualidade.⁹

As atividades de promoção e prevenção em saúde são relatadas como raras na vida dos cuidadores deste estudo, seja por falta de tempo, de outras pessoas para dividir a tarefa de cuidar ou porque muitos se vêem como sendo as únicas pessoas capazes de oferecer o cuidado adequado para seu familiar.

Eu até tenho vontade de cortar o cabelo, fazer as unhas no final de semana. Eu até tenho vontade, mas acontece que, como eu digo, são poucas as pessoas pra me ajudar. (Princesa Isabel)

Gostaria de fazer fisioterapia e musculação, por causa da coluna, mas precisa de tempo e dinheiro. (Evita Perón)

Verifica-se que o cuidado com a aparência, o cuidado da espiritualidade, o cuidado em fazer coisas que lhes proporcionem prazer, satisfação e contentamento ficam sempre para depois, não são relevantes enquanto essas pessoas se mantiverem no papel central de cuidador.

O cuidador, ao se colocar em segundo plano, contribui para que o seu bem-estar psicológico, físico e social diminua, acarretando também a diminuição da eficácia do seu papel como cuidador.¹⁹

O ideal é o cuidador manter um equilíbrio entre os cuidados consigo e os cuidados fornecidos ao familiar dependente. Afinal, nunca se sabe ao certo quanto tempo pode durar a atividade de cuidador familiar, mas sabe-se que a energia que se dispensa no primeiro momento diminui, conforme o passar dos anos.

Cuidador e a saúde mental

Identifica-se que os cuidadores, com o passar do tempo, acabam esquecendo ou negligenciando os cuidados com sua saúde mental. Deixam muitas vezes de valorizar momentos de lazer com a família e com os amigos, pois se sentem desconfortáveis em dividir suas angústias, medos e frustrações. Em nenhum momento da entrevista com os cuidadores, os mesmos citaram os profissionais da saúde como rede de apoio para essa demanda de saúde, mas referenciaram o profissional médico, como o profissional que procuram mais frequentemente, com o objetivo de tratar algum problema pontual, como, por exemplo, dor na coluna, crise hipertensiva, etc.

Eu procuro ter força interior, mental. Eu acho que meu problema maior é mental [...] Eu tô muito nervosa [...] não procuro ajuda, porque, quando eu procuro, eu começo a chorar e as pessoas que eu procuro não me entendem, acham que isso é uma negatividade [...] o que me desespera é a saudade que já começa a participar da minha vida, porque para mim vai ser uma grande perda, eu nunca aceitei. Lá no fundo, eu digo pra ti, perder eu acho que deveria sempre ser de outra forma, mas eu acho que não é. (Carlota Joaquina)

Não tenho muito com quem conversar, desabafar. Tenho minha família aqui, mas tem coisas que não falo para minha mãe para não preocupar [...] Já usei remédio para depressão antigamente, mas, no que me sinto bem, eu paro. Meu filho fez acompanhamento psicológico por causa do acidente do meu marido e, aí, eu ia junto. (Evita Perón)

A equipe de saúde precisa estar preparada para prestar uma escuta efetiva aos cuidadores. Essa escuta caracteriza-se pela compreensão da equipe em relação às vivências, a partir do significado que o outro tenta emitir e da interpretação dele sobre elas. Foucault identificou a escuta, a dialética, o cuidado com o corpo e o exame da consciência como ferramentas para o cuidado de si.²⁰⁻²¹

As falas de Carlota Joaquina e Evita Perón expressam claramente a necessidade de suporte emocional que os cuidadores precisam para se fortalecer. Isso mostra que eles precisam ser cuidados, tanto quanto os seus familiares enfermos.

Para minha saúde mental, tomo os antidepressivos, porque sem eles acho que não daria. (Anita Garibaldi)

[...] eu até tenho vontade [sair final de semana, ter atividades de lazer], mas, como eu digo, são poucas as pessoas pra me ajudar [...] Vou te ser sincera, que melhoraria meu nível de estresse. Então, onde eu estivesse com a cabeça um pouco mais tranqüila, eu acho que eu ia me sentir bem mais tranqüila. (Carlota Joaquina)

O estresse do cuidador imediato é grande e ele necessita manter sua integridade física e emocional, para planejar maneiras de convivência. Entender os sentimentos e aceitá-los como um processo normal de crescimento psicológico talvez seja o primeiro passo para a manutenção de uma boa qualidade de vida.⁹

A sobrecarga do cuidador é um fenômeno multidimensional que envolve alterações no estado físico, no estado emocional, desequilíbrio entre atividade e repouso, e enfrentamento individual comprometido.¹⁹

Dessa forma, faz-se necessária uma assistência profissional direcionada à sua resolução ou à minimização desses problemas. O suporte social é uma estratégia que contribui para a manutenção da integridade física e psicológica do cuidador.

Para Silva, os cuidadores sofrem porque são duros consigo, acabam sofrendo mais pelo aspecto emocional do que pelos aspectos práticos do atendimento. A divisão de tarefas, além de aliviar a sobrecarga física de quem cuida, auxilia também na saúde mental, pois possibilita ao cuidador ter tempo para realizar outras atividades de seu interesse.²²

Cuidador e o cuidado integral

A integralidade do cuidado busca cuidar do ser humano inserido na sua realidade social, levando em consideração a subjetividade do sujeito e do processo de cuidar.²³

Dissociar o corpo da mente, resolver problemas pontuais, deixar o corpo chegar ao extremo do cansaço e sofrimento psíquico são atitudes tomadas por alguns dos cuidadores. Já outros encontram na atividade física e na alimentação formas de melhorar a qualidade de vida e prevenir agravos à saúde.

Levanto e tomo café com dieta dada pela nutricionista. Depois saio a caminhar por uma hora e meia. (Bento Gonçalves)

Estou fazendo caminhada. Estou caminhando todo dia uma hora, 40 minutos, depende do espaço. Estou fazendo todo dia, eu gosto de caminhar. [...] Os passeios que eu faço é bom, porque vejo pessoas, converso com pessoas, mas fico preocupado com ela. (Napoleão)

Agora faço caminhada de vez em quando. Quero ver se eu volto a caminhar todos os dias. (Chiquinha Gonzaga)

A condição física encontra-se positivamente ligada à saúde mental e ao bem-estar. Nos casos de depressão do tipo moderado-grave ou grave e severa, a atividade física serviria de complemento ao tratamento medicamentoso. Além dos benefícios fisiológicos, acarreta benefícios psicológicos, tais como: melhor sensação de bem-estar, humor e autoestima, assim como redução da ansiedade, tensão e depressão.²⁴

Outros sujeitos vêm no trabalho e nos grupos oferecidos pelo serviço de saúde de sua referência espaços de promoção de qualidade de vida, de troca de experiências, e uma oportunidade de estar cuidando de maneira integral da sua saúde.

Eu transferei todo meu cansaço, mal-estar e depressão para os estudos. Mentalmente, meu trabalho veio pra me ajudar, pois saio e consigo pensar em outras coisas. (Evita Perón)

O curso de cuidadores do posto ajudou, pois ouvir os outros também ajuda. (Anita Garibaldi)

Vir no grupo [Fazendo Arte] me ajuda a me distrair. (Monalisa)

A participação em grupos e/ou cursos de cuidadores ou a inserção dos cuidadores em algum grupo já existente no serviço de saúde pode vir a trazer benefícios a curto prazo para a saúde dos cuidadores, pois possibilitam a ampliação da rede de apoio, além de ser um espaço de troca, escuta, fala e promoção do bem-estar.

Os grupos direcionados aos cuidadores são espaços importantes, onde acontecem trocas de experiências, ensinamentos e aprendizagem sobre a arte de cuidar, possibilita aos cuidadores conversarem sobre suas angústias, medos, dúvidas e dificuldades. Compartilhar experiências traz alívio, pois assim o cuidador percebe que não está sozinho e que suas experiências podem ser valiosas para outros cuidadores.⁹

A troca de experiências que acontecem nos grupos possibilita a inter-relação e a conscientização dos cuidadores em relação a algumas atitudes negligentes para consigo, que podem ser devido à falta de motivação, levando-os ao desinteresse em cuidar de si.²⁵

Os serviços de saúde, em especial aqueles que possuem ações de assistência domiciliar como o PAD das UBS, precisam ter sensibilidade ao lidar com o cuidador, auxiliando-o a prestar um cuidado adequado, criando espaços para sua inserção em atividades que contribuam para a redução de danos e agravos a saúde. Disponibilizar informações sobre como realizar adequadamente o cuidado com seu familiar, assistência à saúde e fornecer apoio físico e emocional aos cuidadores são algumas das maneiras mais importantes de ajudar, pois preparam o indivíduo para controlar a situação em que se encontra.

Além disso, as equipes de saúde deverão desenvolver ações intersetoriais com a participação da comunidade, para planejarem ações que busquem melhorar a qualidade de vida das pessoas dependentes e dos cuidadores.^{15,16}

CONCLUSÃO

Com a mudança de paradigma no cuidado aos pacientes com problemas crônicos, e, por ser o domicílio um local com baixo custo estrutural para o sistema de saúde e que mantém a privacidade e estimula os vínculos familiares aos indivíduos, acredita-se que a demanda pelo Programa de Assistência Domiciliar aumentará em vários locais, assim como aumentou significativamente a procura, nos últimos dois anos, no serviço de saúde onde foi realizado o estudo.

A experiência de assumir os cuidados diários com um familiar doente e dependente coloca o familiar cuidador em situações de tarefas exaustivas e estressantes, seja pelo envolvimento emocional e físico, como também, pelas relações afetivas anteriores ao adoecimento.

O processo de cuidar no domicílio faz com que a família assuma uma importante parcela dos cuidados de saúde de seus familiares. Os profissionais de saúde deverão perceber esses cuidadores como um cliente que merece ser incluído criteriosamente nas suas ações e planejamentos de saúde, pois ele não pode ser visto apenas como um executor de atividades.

O cuidar no domicílio realizado pelos profissionais da saúde, através do Programa de Assistência Domiciliar, contribui significativamente para a prática profissional, pois os estimula a refletir, provocando mudanças positivas na forma de cuidar.

Neste estudo, verificou-se que existe a necessidade de incluir os cuidadores familiares nos planos de cuidado da equipe de saúde, pois, em grande parte, eles se encontram sobrecarregados,

ao ponto de estarem negligenciando cuidados essenciais e básicos para a manutenção da sua saúde, o que, conseqüentemente, acarretará prejuízos também para a saúde do familiar assistido por eles.

Desejamos que este artigo venha ajudar as equipes de saúde que trabalham com a assistência domiciliar a repensarem sobre as ações dirigidas aos cuidadores familiares, assumindo novos contornos; entendendo que o cuidador, por assumir uma tarefa que muitas vezes não foi planejada para si e devido à enfermidade do seu familiar, ele também se torna fragilizado e necessitado de cuidados.

A partir dos resultados obtidos, pretendemos contribuir para a elaboração de estratégias e intervenções que favoreçam a manutenção da saúde dos cuidadores, contribuindo, dessa forma, para um cuidado integral, universal e humanizado das famílias assistidas pelo PAD.

REFERÊNCIAS

1. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JL. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev. Latino-am Enfermagem. 2004; 12(5): 721-6.
2. Amaral NA, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai. Assistência domiciliar à saúde (home health care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. Rev. Neurociências. 2001; 9(3): 111- 17.
3. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Texto Contexto - enferm. 2006; 15(4): 645-53.
4. Freitas IBA, Meneghel EN. Grupo de cuidadores de um programa de atendimento domiciliar: o oráculo de delfos. In: Thofehm MB; Meincke SMK; Soares MC; Heck RM, organizadores. Práticas de gestão e gerenciamento no processo de trabalho em saúde. Pelotas: Editora Universitária/ UFPel, 2009.p.189 -194.
5. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: para um projeto de atenção básica brasileira. Ciên. saúde Coletiva. 2005 set/dez, 10 Suppl: 231-42.
6. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Vaz MRC. Considerações sobre atenção domiciliária e sua aproximação com o mundo do trabalho na saúde. Cad de Saúde Pública. 2008 março, 24 (3): 485-93.
7. Lacerda MR, Przenyczka RA. Exercício (i) legal da enfermagem: a realidade do cuidado informal. Cogitare Enferm. 2008 jul/set 2008; 13(3):343 -51.
8. Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto familiar. Florianópolis: [s.n]. 2001.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
10. Scavufca M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. Rev. Bras. Psiquiatr. 2002; 24 (1): 12-7.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições; 2002.
12. Conselho Nacional de Saúde (BR). Portaria 196/96 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho; 1996.
13. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN: 2007.
14. Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. Saúde soc. São Paulo. 2008 17(2): 82-94.

15. Fernandes MGM, Garcia TR. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev. esc. enferm USP. 2009; 43(4): 818-24.
16. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. Texto Contexto - enferm. 2008 Abr-Jun; 17(2): 266-72.
17. Cattani RB, Girardon- Perlini NMO. Cuidador do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Rev. Eletr. de Enf. 2004; 6(2): 254-71.
18. Cerqueira AT; Oliveira NI. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicologia USP, 2002, 13(1): 133-50.
19. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev bras enferm. 2009b Maio/Jun; 62(3): 393-9.
20. Furegato. ARF. Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem. Ribeirão Preto (SP): Scala. 1999.
21. Foucault MA. A hermenêutica do sujeito. Fonseca, MA; Muchail, ST (Tradutores). Martins Fontes, São Paulo, 1ª edição, 2004.
22. Silva M. Quem vai cuidar dos nossos pais? 2. ed. Rio de Janeiro: Record; 2007.
23. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001, pp.39-64.
24. Costa RA, Soares HLR, Teixeira JAC. Benefícios da Atividade Física e do Exercício Físico na Depressão. Revista do Departamento de Psicologia - UFF. 2007 Jan/Jun; 19(1): 269-76.
25. Bielemann VLM, Kantorski LP, Borges LR, Chiavagatti FG, Wilhich JQ, Souza AS, Heck RM. A inserção da Família nos Centros de Atenção Psicossocial Sob a ótica de Seus Autores Sociais. Texto e Contexto - enferm. 2009 Jan/Mar, 18(1): 131-9.