



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

José Ricardo Guimarães dos Santos Junior

**Um olhar do cuidador familiar de idosos acerca da assistência prestada  
pela equipe de saúde no domicílio**

Rio Grande

2020

José Ricardo Guimarães dos Santos Junior

**Um olhar do cuidador familiar de pessoas idosas acerca da assistência da  
equipe de saúde no domicílio**

Trabalho de Conclusão de Residência  
apresentado a Universidade Federal do Rio  
Grande – FURG como requisito básico para a  
conclusão do Curso de Pós-graduação em  
Residência Multiprofissional em Saúde da  
Família

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sibeles Martins

Co-orientadora: Profa Dra Daniele Ferreira  
Acosta

Rio Grande – RS

2020

## RESUMO

**OBJETIVO:** Tem-se como objetivo geral conhecer a percepção dos cuidadores familiares, de pacientes idosos com doenças crônicas não transmissíveis, acerca da assistência prestada no domicílio por uma equipe de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da Família no município do Rio Grande/RS. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, de abordagem qualitativa. Foi desenvolvida junto aos cuidadores familiares que prestam cuidado ao paciente idoso com doenças crônicas não transmissíveis, em seus domicílios, vinculados a Unidade Básica de Saúde da Família São Miguel II, no período de setembro a novembro de 2019. Na coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, e a análise de conteúdo para o tratamento dos dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde sob parecer 128/ 2019. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Diante da análise dos dados obteve-se duas categorias: O perfil dos cuidadores familiares e Percepção dos cuidadores acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde. Participaram do estudo 15 cuidadores familiares, de treze idosos, com doenças crônicas não transmissíveis. Caracterizaram-se predominantemente por mulheres (80%), sendo apenas três homens (20%). A maioria dos cuidadores possuía mais de 50 anos, sendo a idade média de 45 anos. Do total de cuidadores 13 (87%) eram casados, 13 (87%) ensino médio incompleto, 2 (13%) renda de um salário mínimo e 11 (73%) dos cuidadores apresentavam como vínculo serem filhas. No que diz respeito à percepção dos cuidadores sobre a assistência prestada pelos profissionais, foi identificado em unanimidade o trabalho do ACS, que se justifica pelo fato das visitas domiciliares serem a principal estratégia de acesso ao serviço de saúde por esses sujeitos, sendo realizada em maior frequência por esses. Quando questionados sobre o papel da Unidade e a diferença que percebem no cuidado prestado nessa, para os outros serviços de saúde, surge a falta de entendimento a que serviços recorrer (hospitais, postos 24 horas), percebe-se que existe um desconhecimento dos serviços que devem ser acessados nas diferentes situações pelos sujeitos, que acabam buscando o meio hospitalar. Outro ponto que leva a busca por outros tipos de serviços, conforme a fala dos entrevistados, é questão de não encontrarem a resolutividade para o que procuram na UBSF. Também foi possível observar, em suas falas, uma concepção fundamentada pelo modelo biomédico, evidenciada pela busca imediatista ao serviço, como renovações de receitas, exames, refletindo no seu entendimento limitado do papel da Unidade. Em relação as orientações, mesmo em minoria, existem os que compreendem e ressaltam as potencialidades frente a assistência recebida pela equipe da UBSF. Os cuidadores familiares que identificaram as orientações recebidas pela equipe de saúde, mesmo que com restrição aos profissionais mencionados, destacaram o impacto positivo que essas tiveram na sua prática de cuidado, não sendo elas restritas ao curativo, mas também trazendo o preventivo a realidade desses. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebe-se que o objetivo desse estudo foi contemplado, apesar de apresentar fragilidades na execução, como o tempo limitado para a coleta de dados e análise dos mesmos. Além disso, considerando que os cuidadores apresentaram dificuldades em relatar e identificar os diferentes tipos de cuidado acredita-se que o estudo apresentou uma visão reduzida sobre os cuidados prestados pela equipe. Destaca-se a importância em informar a população sobre o sistema único de saúde e seus direitos, enfatizando o trabalho realizado pelas equipes da ESF e suas atribuições. Em contrapartida, os profissionais de saúde precisam de um espaço em sua organização semanal, para as visitas domiciliares, a fim de aproximarem-se mais da realidade dos usuários, percebendo o cuidador familiar como um sujeito que também apresenta necessidades.

**Descritores:** Cuidador familiar; Estratégia da Saúde da Família; Residência multiprofissional

## Sumário

1.INTRODUÇÃO .....	5
2.OBJETIVO.....	8
3.REVISÃO DE LITERATURA .....	9
3.1 Envelhecimento e as doenças crônicas não transmissíveis .....	9
3.2 Cuidado Domiciliar e o papel do cuidador .....	11
3.3 Atenção Domiciliária na Estratégia Saúde da Família .....	14
4.METODOLOGIA .....	18
4.1 Caracterização da pesquisa .....	18
4.2 Local de realização .....	18
4.3 Participantes do estudo.....	19
4.3.1 Critérios de inclusão .....	19
4.3.2 Critérios de exclusão .....	19
4.4 Coleta de dados.....	20
4.5 Aspectos éticos.....	20
4.6 Análises dos dados .....	21
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	22
5.1 Perfil dos cuidadores.....	22
5.2 Percepção dos cuidadores acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde .....	28
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	38
Apêndice A .....	46
Apêndice B .....	47
Apêndice C .....	48

## 1. INTRODUÇÃO

No decorrer do século XXI a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o atendimento de pacientes com doenças crônicas na atenção primária. Um dos quesitos centrais dessa proposta é a “desospitalização”, que tem como objetivo proporcionar celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimizar intercorrências clínicas, oferecer suporte emocional necessário para pacientes em estado grave e seus familiares, refletindo em uma diminuição econômica ao estado (OMS, 2003). Quanto aos pacientes que caracterizam esse processo, estão os crônicos, os quais os estudos apontam que em sua grande maioria são idosos. Essa evidência se justifica pela transição demográfica acelerada, em que a taxa de mortalidade e natalidade estão diminuindo, sendo estes mais de 10% da população (VERAS, 2009; EIZIRIK, 2013; FERREIRA et al., 2010; SOUZA et al., 2015).

No Brasil, segundo o estatuto do idoso (BRASIL, 2003), ser idoso é ter 60 anos ou mais. A velhice caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada, refletidas na aposentadoria, declínio em algumas funções cognitivas (como a memória) e principalmente nas alterações de saúde, como em suas funções motoras e o surgimento de comorbidades (EIZIRIK, 2013).

Nos últimos anos, o Brasil incorpora 650 mil novos idosos à população, diminuindo suas taxas de natalidade e principalmente a de mortalidade, aumentando a prevalência de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizadas por doenças crônicas não transmissíveis, (DCNT), consideradas verdadeiras epidemias (RIPSA, 2014).

No processo de envelhecimento, entre as DCNT, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus (DM), que, juntas, são consideradas como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015). Dessa forma, podem gerar diversas comorbidades, perdurando por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

Diante disso, ao longo dos anos, tem ocorrido o fortalecimento de estratégias, como programas de internação domiciliar, por parte desses órgãos financiadores, que incitam a desospitalização, como forma de reduzir custos, com a diminuição das reinternações, levando esse paciente de volta ao domicílio, principalmente em situações nas quais o quadro clínico é crônico. Entre estas, está a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2012).

A ESF está fundamentada na visão ativa da intervenção em saúde, ou seja, não somente esperar a população chegar aos serviços de saúde para intervir. Deve-se interagir com ela preventivamente, constituindo-se em instrumento real de reorganização de demanda, sendo a porta de entrada do usuário. Além disso, reforçam-se as concepções de integração com a comunidade e o enfoque na atenção integral, evitando ações reducionistas em saúde, centradas, somente, na intervenção biomédica. Nesse contexto, constitui-se como um espaço adequado para atenção integral à saúde da pessoa idosa, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliar possibilita atuar de forma contextualizada a realidade, reconhecendo esse sujeito, que muitas vezes é diminuído socialmente, pelo olhar atrelado ao estereótipo de debilidade física e emocional (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Com todo o processo de direcionamento do cuidado da pessoa idosa no domicílio, há responsabilização maior da família pelo cuidado. Dessa forma, os cuidadores familiares o cuidado ao familiar, por serem os indivíduos mais próximos do ser sob cuidados, função essa, que os exigem um conhecimento prévio ao assumir esse papel, por exemplo, para auxílio na alimentação, cuidados de higiene pessoal, assistência em sua locomoção e atividades físicas (MOREIRA et al., 2018; PEDREIRA, L.; OLIVEIRA, 2012).

Geralmente, o cuidador é um membro da família, que assume a responsabilidade pelo grau de parentesco, proximidade física e por conta do vínculo com o paciente, assumindo a rotina do familiar, atentando para sua alimentação, higiene pessoal, medicação, entre outros cuidados (VELLEDA; SARTOR; OLIVEIRA, 2014). Conseqüentemente, observam-se cuidadores que aprendem a prestar cuidados por tentativas e erros, o que gera medo e ansiedade, pelo risco de danos ao usuário, sentindo-se mais seguros quando apresentam auxílio profissional (MOREIRA et al., 2018).

Nesse contexto, a equipe multiprofissional de saúde deve buscar a articulação das ações e a integração de seus componentes, objetivando uma atuação interdisciplinar, dividindo responsabilidades, buscando aliviar o estresse e a permuta de aprendizado, o que resultará em uma assistência integral a esse usuário (SOARES; REIS; FREIRE, 2013).

Durante a graduação tive a oportunidade de participar do Projeto de extensão intitulado “ *Um olhar sobre o cuidador: quem cuida, merece ser cuidado*” da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com o Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) e o programa Melhor em Casa, que por meio de visitas domiciliares, possibilitou escutar os relatos dos cuidadores, sobre o auxílio das equipes de saúde e suas implicações na sua organização diária.

As discussões realizadas durante a participação neste projeto e as vivências durante este primeiro ano de residência serviram como disparadoras para a elaboração da questão para problematizar e nortear minha proposta de trabalho para a residência, ou seja, o que pensam os cuidadores de pacientes idosos com doenças crônicas não transmissíveis acerca da assistência que recebem da equipe de saúde na Estratégia de Saúde da Família?

Dessa forma, tornou-se importante conhecer a realidade desse cuidador familiar, a história do cuidado prestado e sua perspectiva acerca da assistência da equipe de saúde nesse momento, para proporcionar reflexões e contribuições.

## 2.OBJETIVO

### 2.1 Objetivo geral

Conhecer a percepção dos cuidadores familiares, de pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis, acerca da assistência prestada no domicílio por uma equipe de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da Família no município do Rio Grande/RS.

### 2.2 Objetivos específicos

- Conhecer o perfil dos cuidadores familiares de pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis na área de abrangência da equipe selecionada.
- Identificar os diferentes tipos de cuidados realizados pela equipe de saúde no âmbito domiciliar.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão acerca do tema cuidador, buscou conhecer não só o significado dessa prática de cuidado, mas também como a questão dos cuidadores familiares é discutida na literatura brasileira, articulando com a Atenção Primária de Saúde.

#### 3.1 Envelhecimento e as doenças crônicas não transmissíveis

A velhice é uma etapa do ciclo vital, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, marcada por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo, sendo um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos. No entanto, este fenômeno é um processo heterogêneo, variando de indivíduo para indivíduo, podendo ser determinado geneticamente ou ser influenciado pelo estilo de vida e pelas características do meio ambiente (FERREIRA et al., 2010; BRASIL, 2006).

Esse processo é de amplitude mundial, visto que organizações internacionais preveem que, em 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, estando em maior quantidade do que crianças de 5 anos. Isso marca a transição demográfica, modificando o modelo de pirâmide, com a diminuição das taxas de natalidade e mortalidade (MOREIRA et al., 2018; GOULART, 2011; PAPALIA, 2013).

Embora esse aumento de longevidade pareça positivo e o prolongamento da vida seja uma aspiração da sociedade, essa só pode ser considerada como uma conquista real na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve considerar sua capacidade funcional, necessidade de autonomia, participação, cuidado e autossatisfação (OMS, 2015).

Entretanto, mesmo que as políticas públicas tenham como questão central a qualidade de vida na velhice, grande parte das pessoas ainda vive um envelhecimento frágil e dependente, sendo acometidas por diferentes doenças, sendo as mais comuns às crônicas não transmissíveis. (SOUZA et al., 2015).

Essas correspondem a quatro grupos de doenças: as cardiovasculares, o câncer, a doença respiratória crônica e o diabetes –, que requerem

acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades). Além disso, podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultar o desempenho de suas atividades cotidianas. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (CAMPOLINA et al, 2013).

Esta conjuntura faz com que ocorra uma enorme perda econômica, tanto individual quanto coletiva, representada pelos gastos financeiros gerados ao idoso e família e a perda dos papéis sociais dos indivíduos envolvidos. Há também reflexos negativos nos gastos gerados ao estado, visto que essas comorbidades geram repetidas internações hospitalares e disponibilidade de recursos (CAMPOLINA et al, 2013).

Com isso, defende-se que uma forma eficiente de atender esse idoso, gerando uma qualidade no cuidado e também diminuição de custos, através da garantia dos princípios básicos da Atenção Primária à Saúde (APS) de longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário. Assim, será possível uma assistência mais humanizada a pessoa idosa e família, com um olhar na prevenção de agravos (GOULART, 2011).

Para isso, é necessário que a equipe de saúde, esteja preparada para abordar a pessoa idosa, trabalhando de forma multiprofissional, buscando inserir também sua família no espaço de cuidado, a fim de que as atividades de promoção a saúde e prevenção de agravos sejam efetivamente seguidas (BARRETO; CARREIRA; MARCON,2015).

Nesse sentido, a equipe pode incentivar o envelhecimento ativo, conceito empregado pela Organização Mundial de Saúde desde 1990, que busca incluir, além dos cuidados com a saúde acerca das doenças, outros fatores, como prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso à alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros, o que implica num fortalecimento de políticas públicas no cenário brasileiro (BRASIL, 2006).

Frente a isso, é possível desvencilhar o estereótipo negativo dos estigmas sociais, que associam a velhice à debilidade física e emocional, ressaltando os aspectos positivos desse processo (MELLO; PICCININI, 2012).

Em um comparativo com a realidade observada em prática, na Unidade Básica de Saúde da Família São Miguel II, é possível perceber que mesmo os profissionais de saúde da atenção básica direcionados a isso, através dos grupos de atividades já existentes e visitas domiciliares, o exercício de suas profissões frente ao previsto, ainda se limitam a conceitos curativos, buscando uma resolutividade imediata, em meio a uma grande demanda que dificulta a exploração outros fatores importantes.

### 3.2 Cuidado Domiciliar e o papel do cuidador

O uso do domicílio como espaço de cuidado em saúde é uma prática que tem sua origem em tempos remotos: todos realizamos alguma forma em nossas casas. No entanto, essa forma institucionalizada surgiu em 1947 no Hospital de Montefiore em Bronx (Estados Unidos). Em 1980, a importância dessa assistência nos Estados Unidos cresceu, com a evidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). A necessidade de encontrar maneiras econômicas mais efetivas levaram à exploração da atenção domiciliar também em outros países ocidentais (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

A partir de então, há um crescimento da atenção domiciliar no cenário mundial, que acompanha as mudanças demográficas e epidemiológicas e está relacionado à mudança do modelo hospitalocêntrico, como forma de antecipar a alta hospitalar, disponibilizar mais leitos, diminuir custos e propiciar um cuidado mais humanizado. Ressalta-se, que esta expansão não acontece de forma homogênea no cenário mundial, haja vista as diferenças no contexto político e na configuração dos sistemas de saúde entre os países, bem como as especificidades sociais, econômicas e culturais que influenciam sobremaneira o modo de operar e ofertar o cuidado domiciliar (BRAGA, 2016).

Em 1949 surge a primeira forma organizada de assistência domiciliar no Brasil, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) (OLIVEIRA, 2014). Sendo apenas na década de 1990, seguindo a tendência mundial, o surgimento do serviço organizado na forma de cuidado domiciliar (Home Care), concentrado em empresas privadas e em grandes centros. Assim, mesmo sem haver uma política formal ampla de financiamento de práticas assistenciais voltadas à desospitalização, inúmeras organizações de saúde vêm

instituindo práticas baseadas na oferta de intervenções terapêuticas no interior do domicílio do usuário conhecido como Atenção domiciliar (AD) (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Como forma de dar subsídio e organizar essa modalidade, surgem as necessidades de políticas públicas no Brasil. Em 1998, foi publicada a Portaria Ministerial nº. 2.416, que definia requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a modalidade de internação domiciliar no SUS. Outro marco legislativo importante foi a sanção pelo Ministério da Saúde, em abril de 2002, da Lei nº 10.424 que acrescentava à Lei Federal nº 8.080/90, o atendimento e a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões acerca de financiamento, definições e implementações, resultou na publicação de uma série de portarias no período de 2006 a 2013, sendo o crescimento da atenção domiciliária no Brasil ainda é recente (BRASIL, 1997; 1998; 2006; 2013; 2016).

Assim, a atenção domiciliar, diferentemente da internação domiciliar, que prevê cuidados complexos e específicos, com uso de equipamentos, materiais e medicamentos, de acordo com a gravidade do caso, consiste em um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2016). Para continuidade do cuidado no domicílio, é necessário que um membro da família assuma a responsabilidade e gerenciamento das ações de cuidado em torno do paciente, surgindo o papel do cuidador familiar (CORDEIRO, 2017; OLIVEIRA; KRUSE, 2017).

O cuidador é aquele que cuida de outra pessoa afetada por qualquer tipo de incapacidade, zelando pelo bem-estar, alimentação, higiene pessoal, educação, saúde, cultura, recreação e lazer da pessoa cuidada. O cuidador pode ou não ter vínculo afetivo com o paciente, sendo um profissional capacitado ou familiar (BRASIL, 2016; FERRÉ-GRAU, et al.,2011). No contexto da atenção domiciliar, o cuidador acaba sendo geralmente algum familiar, seja este responsável de forma parcial ou total pelas ações de cuidado, devido a proximidade e os sentimentos envolvidos no momento saúde-doença (NARDI; OLIVEIRA, 2009).

Estes organizam suas vidas de acordo com as necessidades do ente, ajudando não só com a higiene pessoal e deslocamento do paciente, mas

também na limpeza da casa, manutenção, pagamento das contas mensais e atividades de suas vidas diárias (GRAU-FERRÉ et al., 2011). Um estudo brasileiro revela que os cuidadores familiares, na sua maioria, são mulheres, donas de casa, possuem ensino médio incompleto, e têm alguma relação de parentesco direta com a pessoa que necessitada de cuidados. Geralmente são mãe, filha ou esposa, que em média disponibilizam doze horas diárias ao cuidado (MACHADO; FREITAS; JORGE, 2014).

Quanto suas tarefas, se responsabilizam pelas tarefas de cuidado, sem contar, na maior parte das vezes, com a ajuda de outro membro da família. Segundo Ministério da Saúde, o papel do cuidador familiar ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos. Na maioria dos casos, essa pessoa não possui preparo adequado ou suporte para lidar com tais cuidados, que significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação (BRASIL, 2012).

Esta realidade traz consigo a insegurança de se assumir a responsabilidade por um doente, adequação da rotina, novas responsabilidades e a necessidade de tomada de decisões importantes. Por vezes a ajuda esperada de alguns amigos e parentes pode não vir, porém ao mesmo tempo, cuidar de algum familiar traz retorno positivo, ganhos, recompensas, por vezes melhora a relação entre a família, trazendo mais união, solidariedade e reaproximação (ANJOS; ZAGO, 2014; OLIVEIRA et al., 2016).

Portanto, os sentimentos que emergem do cuidado, se apresentam de forma dual, como bônus e ônus do cuidar. Da mesma forma em que essa prática, pode gerar aos cuidadores a sensação de dever cumprido, ganho, retorno, aprendizagem, gratificação, prazer, alegria, essa gera também sobrecarga na atividade de cuidador, por modificar toda sua rotina. Isso acaba reduzindo as atividades de autocuidado, trazendo preocupações, insegurança e conseqüentemente isolamento, além do pouco apoio emocional que recebem. A atividade de cuidador pode ser tão desgastante que afeta a saúde mental do familiar que cuida, limitando a capacidade de algumas pessoas de continuar assumindo essa função (PINTO; BARHAM, 2014).

Quando se trata de cuidadores familiares de pacientes vinculados a um serviço de atenção domiciliar, cabe a equipe não apenas olhar o paciente, mas

também o cuidador de forma integral e humanizada, realizando promoção a saúde e prevenção de doenças, informando-os e capacitando-os aos cuidados com o paciente, a fim de empoderá-los ao cuidado, bem como, incitar práticas e técnicas de enfrentamento de problemas de saúde e emocionais enfrentados pelos próprios cuidadores (MACHADO et al., 2014; ANJOS; ZAGO, 2014; ALMICO; FARO, 2014).

### 3.3 Atenção Domiciliária na Estratégia Saúde da Família

Um dos instrumentos fundamentais do processo de reforma da saúde foi, a regulamentação da Lei 8.080 de 1990 e da Lei 8.142, do mesmo ano, que tratam das normas gerais de funcionamento do SUS. Na década de 1990, resultado desse processo, surge a atenção básica, um avanço que propôs a descentralização do setor saúde no Brasil. A esfera municipal, em particular, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde (MENDONÇA; VASCONCELLOS; VIANA, 2008).

A Atenção Básica (AB), a partir de então, caracterizou-se por um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2012).

Dentre as estratégias de melhoria da AB, tem-se a implementação da Estratégia da Saúde da Família (ESF). O cadastramento das famílias feito pelos agentes comunitários de saúde (ACS) tornou visíveis as necessidades de saúde dos usuários, sejam estes indivíduos, família, ou, mesmo, de determinada comunidade. A ESF foi instituída, oficialmente, no Brasil em 1994, pelo Ministério da Saúde, conhecida, primeiramente, como Programa Saúde da Família, tal proposta vem sendo implantada e desenvolvida em várias regiões como reorganizadora do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um modelo de dinâmica de serviços básicos de saúde em contato direto com a comunidade, cuja construção requer criação de espaços de parceria que fortaleçam o

aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários (COSTA et al., 2008).

A Unidade de Saúde da Família é composta por enfermeiro, médico generalista ou de família, técnica ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros, devem fazer parte tanto nessas equipes quanto nos Núcleos Ampliado à Saúde da Família (NASF). Todos esses profissionais devem desenvolver suas atividades laborais, em equipe; possuir capacidade para adaptar-se a situações novas e qualificação profissional adequada às práticas de saúde pública, tanto dentro na Unidade, quanto fora dela, sendo uma dessas práticas, a visita domiciliar (VD) (SANTOS; MORAIS, 2011; BRASIL, 2006).

A VD nos seus primórdios no mundo tinha a preocupação em evitar doenças, mantendo o adoecido isolado dos saudáveis. No contexto atual, é uma forma de atendimento no domicílio utilizada como um dos instrumentos de trabalhos das equipes de Saúde da Família, por meio do qual os profissionais conseguem conhecer a realidade dos indivíduos que acompanham, reconhecendo seus problemas e necessidades de saúde, as condições de vida e habitação das famílias, as relações que estabelecem no ambiente doméstico, e as condições de adoecimento daquela família, (LACERDA, et. al, 2006).

Esse instrumento configura-se como uma forma diferente de cuidado, oportunizando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde dos usuários, orientações e capacitação sobre os procedimentos técnicos a serem reproduzidos pelos pacientes ou por seu cuidador, facilitando assim o planejamento, estimulando a autonomia, através do direcionamento das ações de autocuidado (ANDRADE et. al, 2014).

Apesar dos benefícios citados, as equipes têm encontrado alguns empecilhos para efetivação das visitas como o contexto de incertezas e surpresas em que a ida até o domicílio traz; recusas por parte das famílias; dificuldades de conciliar os horários das famílias com o horário e turno das equipes para a realização das visitas, como também dificuldades de locomoção da equipe até os domicílios. Entretanto, as potencialidades dessa ferramenta de trabalho se destacam. Entre essas, está o vínculo que é criado entre equipe-usuários, com relações muito próximas e nítidas, constituindo um processo de troca entre os dois protagonistas, o que muitas vezes facilita o entendimento das

recomendações e torna o processo de cuidado e autonomia da pessoa e o familiar, mais fácil (SANTOS; MORAIS, 2011).

Nesse momento, a equipe de saúde tem a oportunidade de não só estabelecer uma boa relação com o cuidador familiar, que apresenta um importante papel de ligação com a pessoa cuidada, mas também de conhecer as necessidades desse cuidador, o reconhecendo como usuário do serviço de saúde que requer um olhar acerca de sua saúde (ALMEIDA, 2005).

Para que esse apoio aos cuidadores familiares seja efetivo, é preciso que os profissionais além de conhecer as necessidades apontadas por eles, no sentido de melhor compreender sua realidade, também saibam de que forma deve ser ofertado a assistência, de acordo com a modalidades de atendimento da atenção básica.

A atenção domiciliar é operacionalizada pelos serviços de atenção domiciliar (SAD), que atuam de maneira complementar aos serviços da atenção básica e aos serviços de urgência. Essas dividem-se em três categorias: **Atenção Domiciliar 1 (AD1)**, a qual presta cuidados que requerem menor frequência de visitas e menor grau de intervenção das equipes definidas a partir da caracterização do paciente cuidado, ou seja, que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família e Núcleos de Ampliado à Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês; **Atenção Domiciliar 2 (AD2)**, tem como finalidade evitar ou abreviar hospitalizações, assistindo pessoas com doenças agudas ou crônicas agudizadas, situações de prematuridade e manejo de sinais e sintomas de pacientes em cuidados paliativos; e **Atenção Domiciliar 3 (AD3)**, a qual envolve as pessoas que exigem cuidados conforme a modalidade AD2, mas com visitas mais frequentes das equipes de saúde (BRASIL, 2016).





## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva- exploratória, de abordagem qualitativa, visto que segundo Triviños (1987, p. 110), “o estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade” e junto a abordagem qualitativa, trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto, sendo utilizado quando a intenção do pesquisador é conhecer determinada comunidade, suas características, valores e problemas relacionados à cultura.

Já exploratória, porque para Gil (2008) essa tem como objetivo principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, sem rigidez no seu planejamento.

### 4.2 Local de realização

A pesquisa foi desenvolvida junto aos cuidadores familiares que prestam cuidado ao paciente idoso com doenças crônicas não transmissíveis, em seus domicílios, vinculados a Unidade Básica de Saúde da Família São Miguel II.

A Unidade existe desde 2004, hoje se encontra localizada na rua Quintino Bocaiuva no município do Rio Grande/RS. A população da área consiste em 4080 pessoas, sendo 2110 mulheres e 1970 homens, em sua maioria adultos com idade entre 18 e 59 anos. Essas estão distribuídas em 2 áreas e 10 micro áreas, com 887 famílias cadastradas na área 15 e 561 na área 98.

Cada área possui em sua equipe: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 5 Agentes comunitários de Saúde (ACS). Conta com o suporte do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), composto por: 1 Educador Físico, 1 Psicólogo, 1 Nutricionista, 1 Fisioterapeuta e 1 Assistente Social.

### 4.3 Participantes do estudo

Para a escolha dos cuidadores familiares que fizeram parte deste estudo foi realizado um levantamento junto aos agentes comunitários das duas equipes de todos que residiam na área, da Unidade Básica de Saúde da Família São Miguel II, afim de identificar aqueles que realizasse cuidado aos idosos com doenças crônicas não transmissíveis e com atendimento das equipes de saúde no domicílio. Nos casos de idosos com mais de um cuidador, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, todos foram convidados a participar da pesquisa.

#### 4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos neste estudo os cuidadores familiares:

- Maiores de 18 anos;
- De pacientes idosos que necessitem de cuidados devido alguma a uma doença crônica não transmissível;
- Que realizem o cuidado no mínimo há 1 mês;
- Que recebam assistência domiciliária mensal por parte da equipe.

#### 4.3.2 Critérios de exclusão

- Cuidadores familiares que não falassem português ou tivessem dificuldades de comunicação;
- Cuidadores informais, ou seja, que recebam para o cuidado, sem vínculo familiar;
- Que não recebessem assistência domiciliária mensal por parte da equipe.

#### 4.4 Coleta de dados

Foram realizados dois encontros com cada um dos familiares selecionados no período entre setembro a novembro, pelo pesquisador. No primeiro foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) explicando os objetivos e a metodologia da pesquisa, aos cuidadores selecionados. Após, foi aplicado um questionário estruturado com perguntas, com o objetivo de conhecer um pouco da história do cuidador incluindo os dados sócios demográficos (idade, sexo, ocupação, renda, escolaridade) e história de como o familiar assumiu o cuidado (APÊNDICE B).

Já no segundo encontro foi explorado a relação do cuidador com a equipe de saúde da UBSF São Miguel II através de uma entrevista semiestruturada, acerca da percepção dos cuidadores sobre a assistência prestada pelas equipes com relação às orientações para os cuidados que devem ser prestados aos idosos com doença crônica não transmissível, bem como suas sugestões de melhorias ao atendimento (APÊNDICE C)

#### 4.5 Aspectos éticos

Segundo as orientações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos o trabalho respeitara a dignidade humana e garantirá proteção devida aos participantes da pesquisa.

O presente trabalho passou pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem (EEnf-FURG) a qual está lotada a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Após autorização do comitê da EEnf-FURG, o projeto foi submetido a avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa na área da Saúde (CEPAS- FURG) e autorização do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC). Diante disso, foi aprovado pelo CEPAS sob parecer nº 128/2019 (ANEXO I).

A coleta de dados iniciou após aprovação em todas as instâncias supracitadas. Ao início do primeiro encontro, os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que uma

dessas vias ficou guardada com o pesquisador, e outro com o participante. Os participantes foram esclarecidos com relação aos objetivos da pesquisa, sendo informados quem é e como contatar o entrevistador responsável. Também, que as entrevistas seriam gravadas em áudio para posterior análise, assegurando o direito a confidencialidade, a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento, bem como de se manter atualizado com relação aos resultados parciais e finais da pesquisa.

O TCLE assegurou também que no caso de haver algum desconforto ou constrangimento durante a entrevista, o processo poderia ser interrompido a qualquer momento e, se necessário, seria realizado o encaminhamento do participante para o Centro de Atenção Psicológica da Universidade Federal do Rio Grande (CAP-FURG).

#### 4.6 Análises dos dados

A análise das informações partiu da leitura das falas dos cuidadores, que foram transcritas, e das anotações realizadas nos dois encontros. Para tanto, foi utilizado a Análise de Conteúdo que consistiu na pré exploração, momento em que o material em questão foi transcrito e analisado, com o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes das falas dos cuidadores; em segundo momento, as falas foram divididas conforme as questões abordadas, envolvendo dentro de cada uma delas, o tema dessas; por fim, foram categorizadas, sendo selecionadas conforme as duas grandes categorias: O Perfil dos cuidadores da UBSF São Miguel II e Percepção dos cuidadores acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde da ESF no domicílio.

## 5.RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 Perfil dos cuidadores

Participaram do estudo 15 cuidadores familiares, de treze idosos, com doenças crônicas não transmissíveis. Caracterizaram-se predominantemente por mulheres (80%), sendo apenas três homens (20%). Os cuidadores possuem menos de 50 anos, com idade média de 45 anos.

Do total de cuidadores 13 (87%) são casados, 13 (87%) possuem ensino médio incompleto, 2 (13%) renda de um salário mínimo e 11 (73%) dos cuidadores apresentam como vínculo serem filhas. Os dados foram discutidos conforme a tabela a baixo e os cuidadores estão classificados pela ordem em que foram entrevistados, com siglas (C1, C2, C3...).

Tabela 1: Variáveis referentes aos cuidadores familiares do estudo. Rio Grande, RS, 2019.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	3	20%
Feminino	12	80%
<b>Estado Civil</b>		
Casado	13	87%
Solteiro	2	13%
<b>Faixa Etária</b>		
> 50 anos	10	66,6%
<50 anos	5	33,4%
<b>Escolaridade</b>		
Fund. Incompl.	13	87%
Médio incompl.	2	13%
<b>Renda</b>		
1 salario min.	2	13 %
2 salários min.	13	87 %
<b>Vínculo</b>		
Filha	10	66,6%
Esposa	3	20%
Esposo	1	6,7%
Sobrinho	1	6,7%

Fonte: dados do próprio estudo

Em relação ao sexo dos cuidadores familiares foi possível observar que 12 (80%) são mulheres. A maioria delas eram filhas desses idosos e idosas.

“.. nós somos 5 né, mas eu única filha mulher e estamos mais acostumadas, não adianta “ (C10).

“... eles (os irmãos) as vezes até tentam ficar com ela, mas eu prefiro que seja eu, já tenho meus costumes e nós mulheres temos mais noção né, já cuidou do filho... “ (C9)

Tal constatação está diretamente relacionada às atribuições do sexo feminino, geralmente, atreladas as tarefas domiciliares, enquanto os homens ao trabalho fora de casa. Também há uma construção social, em que se associa o cuidar ao feminino, como se fosse de sua essência.(MONTEIRO, 2015).

Estudos que analisaram o perfil de cuidadores familiares evidenciaram que o grupo é constituído predominantemente por indivíduos do sexo feminino, tendo mais de 80% composto destas (YAMASHITA et al., 2010; BRIGOLLA et al., 2017; GARCES et al., 2012), o que foi confirmado nessa pesquisa.

Apesar das mudanças no cenário social, o determinismo social imposto pelo sistema capitalista brasileiro faz transparecer a figura feminina ligada à subalternidade dos processos produtivos e secundário em relação ao masculino, principalmente ligada ao proletariado, no qual a mulher assume o papel de cuidado dos filhos doentes ou não e afazeres domésticos, mesmo quando realizam atividades remuneradas fora de casa (MONTEIRO, 2015).

Quanto ao homem, historicamente, suas atividades são realizadas fora do lar, desde os primórdios, em que caçava, participava das guerras, até os dias de hoje, ao ser responsável pelo sustento da casa ( WEGNER; PEDRO, 2010). Com isso, apesar de alguns estudos trazerem a modificação de cenário ao longo dos séculos, com maiores debates e corresponsabilização de ambos (GARCES et al., 2012; WEGNER; PEDRO, 2010), ainda percebemos um machismo estrutural, que ainda faz com que a mulher enfrente a desigualdade na divisão de tarefas e responsabilidades. .

De acordo com a fala de uma participante, de cinco irmãos, ela é a única mulher, justificando o cuidado com a mãe. Ainda nesse sentido, a cultura patriarcal desenvolveu entre as mulheres uma educação de renúncia, sempre a serviço dos outros, e que ensina as meninas, desde pequenas, o seu papel na

família. Através de brincadeiras as meninas aprendem que cabem as mulheres os afazeres domésticos e o cuidado com os filhos. Muitas sem oportunidade de estudar e trabalhar fora de casa acabam sendo as únicas a assumir o cuidado dos membros da família (ARAUJO et al., 2013; COLLIÈRE, 2012; LICHTENFELS, 2013).

Há também o conceito de geratividade presente no espaço de cuidado, em que o aprendizado do cuidar perpassa diferentes gerações, sendo por isto contínuo, ou seja, a mãe ensina a filha, que ensina as suas filhas com auxílio da avó; tias, primas, todas as pessoas do gênero feminino estão inclusas no ensino do cuidado familiar (WAGNER; PEDRO, 2010; FOUCAULT, 2014).

Quanto à relação conjugal percebe-se que 13, ou seja a maioria, dos cuidadores familiares tem uma relação estável. Morar com o companheiro possibilita à mulher revezar o cuidado, ainda que seja no formato de “ajuda”.

“Eu não consigo movimentar a mãe, quando desempregado meu marido ajudava a mexer com ela né, mas pegou trabalho e agora ou eu fico com dor nas costas ou só quando ele chega... e é só isso que ele pode ajudar também né “ (C3).

“ Ele trabalha todo dia né, mas ainda tem paciência com a mãe, conversa, se tiver que ajudar em banho ajuda, tem mais saco que eu...” (C7).

“ Como ela passa mais tempo aqui em casa, do que com outros irmãos, eu conto com ajuda do marido, do filho..” (C9).

Pesquisas realizadas no cenário nacional e internacional, no Chile e em Portugal, constataram que grande parte dos cuidadores eram casados ou tinham união consensual (LOUREIRO et al., 2013; PEREIRA et al., 2013). Em particular, Gratão (2010) defende que ter um companheiro pode ser um fator positivo para quem exerce o cuidado, já que o parceiro pode diminuir os sentimentos de solidão e fornecer apoio nas tarefas.

Estudos como o de Seden et al. (2015) e Blanc, Silveira e Pinto (2016) expressam que as tensões ocorrem de acordo com a relação construída pelo casal ao longo da vida, antes de assumir o cuidado, existindo diferentes padrões, sendo que a grande maioria, acaba se aproximando frente a momentos difíceis, compartilhando tarefas, amparando e construindo uma rede de segurança ao outro, tal como observado.



A idade dos participantes revela que 10 (67%) apresentam idade superior a 50 anos, exigindo um cuidado maior quanto às suas necessidades biopsicossociais e com suas tarefas quanto cuidador. Alguns acabam deixando de lado o cuidado de si, como expresso na fala dos seguintes cuidadores:

“...Sim eu estava ruim, com dor no braço de cuidar dela, de movimentar ela, que prejudica a gente também...” (C12).

“ Eu tenho problema na perna, meio que arrasto ela, mas com essa função da mãe e do pai, não consigo muito consultar e a gente sabe que qualquer consulta demora ” (C1).

“... isso tudo abala muito a gente, eu fico triste, esqueço as coisas, angustia... é depressão? Quero consultar, só falta tempo” (C13).

Em alguns estudos também se observou que em várias situações a faixa etária dos cuidadores é elevada, geralmente próxima ou a mesma dos idosos, ou seja, são idosos jovens independentes cuidando de idosos dependentes. Neste contexto, o resultado desse estudo corrobora com os demais, que também identificaram uma média de idade dos cuidadores acima de 50 anos (ANJOS et al, 2014; LOUREIRO et al., 2013; NARDI, SAWADA, SANTOS,2013). Este fato pode ser justificado, ao menos em parte, pelo aumento da expectativa de vida da população, em que os filhos e os pais acabaram envelhecendo juntos.

Dos entrevistados, 11 (73%) dos cuidadores familiares entrevistados, é filha do paciente, sendo ela única ou dividindo as tarefas com os demais irmãos, como podemos observar nas falas das cuidadoras a baixo:

“(...) ela queria morrer e achava que não valia mais viver. É brabo tua mãe ter 10 filhos e ela sempre cuidou dos 10 e o que eu ia fazer? Eu não preciso dos meus 10 irmãos para cuidar,, basta eu, mas que não é fácil não é.” (C1)

“(...) não vou te dizer que não é difícil, mas quando eu era pequena a mãe fazia tanto por mim, que não tenho outra escolha...” (C12).

“Aqui dividimos entre três irmãs, antes uma morava longe e nos aproximamos quando a mãe adoeceu, as vezes temos coisas positivas em meio a tanta coisa que tem pra fazer” . (C3)

Essas informações demonstram o sentimento de obrigação em cuidar dos pais. Nesse sentido, estudo de Akpinar et al (2012), realizado na Turquia com cuidadores de pessoas idosas com Demência de Alzheimer, revela que dos 192 cuidadores entrevistados, 37% da amostra era constituída por filhas. Segundo Ribeiro (2017) os discursos sociais que atravessam esses indivíduos, demonstram que há um compromisso de cuidar dos pais, retribuindo os cuidados prestados quando crianças, sendo uma forma de gratidão.

No que diz respeito à escolaridade foi possível observar que 13 (87%) dos cuidadores familiares apresentam o ensino fundamental incompleto. Quanto à renda familiar, 13 (87%) deles recebem, no máximo, dois salários mínimos.

Essas duas variáveis apresentam-se interligadas em estudos, uma vez que a baixa escolaridade leva a poucas oportunidades, com trabalho mais precário e remuneração baixa (ANJOS et al., 2014; BRIGOLA et al., 2017; RONDINI et al., 2011). Também, essas refletem na qualidade de assistência, uma vez que o cuidado envolve a leitura de bulas, seguir dietas, entender a dosagem das medicações prescritas e compreensão do que acontece com o seu familiar (OLIVEIRA;D'ELBOUX, 2012).

Outro ponto importante é da educação que o profissional que acompanha essa família irá prestar adequando-se a capacidade de aprendizagem. Não houve nenhum discurso que deixe claro isso explicitamente, mas ao longo das perguntas, percebia-se o baixo grau de instrução.

## 5.2 Percepção dos cuidadores acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde

Como forma de introduzir a percepção deles acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde, foi questionado quais profissionais esses já tiveram contato e em quais as situações. De maneira unânime, os 15 (100%) cuidadores, em primeiro momento, lembraram dos Agentes Comunitários de Saúde, como é possível observar nas seguintes falas:

“ Sim, tem ACS X, já é de casa, sempre que preciso ela vem, isso não tenho o que me queixar... “ (C1)

“quando precisa fazer coleta da minha esposa é a ACS Y que chamo...” (C2)

“...ah e o ACS W, que é o mais próximo, sempre nos dá recados” (C3)

“...a tem a ACS Z, vem e dá os recados para a gente, quando dá passa aqui... “ (C4).

“ Desde a ACS Z, paro o negócio de receita, remédio controlado, se não é ela ficamos sem receita, que fica melhor para nós.. “ (C5)

“...A ACS Z é a que mais tenho contato...” (C6)

“...o ACS Luiz sempre, dando a maior força...” (C7)

“ É muito difícil eu ver alguém de lá, mas a ACS T me salva quando preciso.. “ (C9)

“... eu sei que é complicado para as gurias, tem as vacinas e aquele monte de gente lá, mas a minha ACS tá sempre de prontidão” (C10)

“... a mãe tava ruinzinha né, tinha desistido do médico, foi ela ( ACS J) que conseguiu pra mim “ (C11)

“... nós cuidamos como pode, o posto nem sempre tá aberto, mas o ACS W não deixa de nos entregar as receitas e vê as visitas da médica...” ( C12)

“ ... A ACS J, sempre, conheço ela desde que ela casou, uma pessoa muito legal...” (C8)

Este dado evidencia a importância do ACS na equipe de ESF. Alguns estudos realizados apontam que os ACS são o vínculo mais forte entre a comunidade e os profissionais de saúde da equipe adscritos, pelo fato de também serem moradores do bairro. Além disso, esse resulta em uma construção forte de confiança e de credibilidade. Isso possibilita que o trabalhador se aproxime de problemas que, apesar de compor o processo saúde doença, extrapolam a dimensão biológica, como nas situações de: conflito familiar ou comunitário; violência doméstica; pobreza; abuso sexual; negligência infantil; maus tratos a idosos; tráfico e uso de drogas. Tais situações guardam uma complexidade que nem sempre pode ser acessada sem que haja a construção de uma relação de confiança entre os usuários e o ACS (MOROSINI; FONSECA, 2018; GALAVOTE, 2013).

Da mesma forma, foi possível perceber na fala dos cuidadores familiares do estudo, a grande proximidade e carinho por esses, que se justifica pelo fato das visitas domiciliares serem a principal estratégia de acesso ao serviço de saúde por esses sujeitos, sendo realizada em maior frequência pelos ACS. Também, a restrição do conhecimento dos demais atores que atuam na UBSF, se dá pelo baixo número de Visitas domiciliares realizadas, não sendo possível o estabelecimento de um vínculo.

Quando questionados acerca das orientações prestadas pelos profissionais de saúde aos entrevistados e o seu impacto no cuidado com seus familiares, foi possível observar em suas falas, uma concepção fundamentada pelo modelo biomédico, evidenciada pela busca imediatista ao serviço, como renovações de receitas, exames, refletindo no seu entendimento limitado do papel da Unidade. Se percebe a fragilidade nas orientações dos profissionais, como uma forma de assisti-los, expresso nas seguintes falas:

“Mais dos remédios, aos exames de rotina, tá bem atento e tudo que preciso, se fico com dúvida, eles me explicam...” (C5).

“Nenhuma orientação, mas de uns tempos para cá ficou mais fácil de acessar e entrar em contato, de consulta, com os remédios...” (C7).

“Para mim o posto é pra renovar nossas receitas, as orientações que me dão são dos dias que posso ir pegar... e o material para o curativo quando precisa também” (C12).

A falta de reconhecimento das novas estratégias de saúde, como a ESF, segundo Mendes (2012), se dá pela busca por intervenções imediatistas, enraizadas pelo antigo modelo biomédico. Esse, foi incorporado a saúde com a premissa de alívio imediato das dores e o tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade e mesmo com o reconhecimento do olhar limitado ao indivíduo e os inúmeros movimentos de crítica a esse, ainda se faz muito presente dentro do setor da saúde.

Vale ressaltar que essa percepção também está ligada a ideia de saúde da população em questão, sendo o conceito de saúde-doença construída socialmente, tanto pelos determinantes de adoecimento quanto pelas técnicas e saberes dirigidos para seu controle, vem de uma organização de homens e mulheres que se relacionam entre si e o meio. Dessa forma, a ausência de doença, como conceito de saúde, está presente no entendimento da população, tendo assim a busca constante pelos medicamentos, consultas e exames como possibilidades de combatê-la (SANTOS, 2013; ARAKAWA, A. et. Al, 2012).

Junto a isso, ao serem questionados sobre o papel da Unidade e a diferença que percebem no cuidado prestado nessa, para os outros serviços de saúde, surge a falta de entendimento a que serviços recorrer (hospitais, postos 24 horas).

“ eu não entendo, chegamos no postinho que dizem que é onde sempre devo ir e quando a mãe estava com falta de ar nos mandaram para o hospital... aconteceu de novo, fui no hospital e me mandaram para o postinho “ (C13).

“ Vou sempre no que tiver aberto, até por que no hospital me atendem mais rápido e se me mandam ir para o postinho lá, ai sim vou “ (C10)

“ Dizem no posto que tem coisas que não é dali, então vou nos 24 horas quando preciso...” (C8).

“Não tem diferença nenhuma, tanto aqui, quanto hospital são iguais, a mesma coisa...e quando é final de semana, tem lá (hospital) “ (C2).

Percebe-se que existe um desconhecimento dos serviços que devem ser acessados nas diferentes situações pelos sujeitos, que acabam buscando o meio hospitalar. Segundo Fertonani et al. (2015) esta procura se constitui por uma construção história acerca da produção de saúde, de como o modelo 29 biomédico ao desconsiderar a multidimensionalidade do ser humano, influencia

até hoje na (re)organização da rede de saúde, que como proposto, deveria ser de caráter hierárquico. Com isso, percebe-se os reflexos históricos na gestão em saúde, exercida por profissionais, com currículos que pouco valorizam o SUS e com isso, conduzem os usuários a entenderem o hospital, como sua porta de entrada.

Entretanto, desde 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ao assumir a Saúde da Família como estratégia, fortalece a mudança do modelo assistencial estabelecendo a equipe multiprofissional com função de porta de entrada preferencial e de coordenação da atenção na rede e o hospital, sendo um segundo nível, quando há necessidade de atendimento de urgência ou emergência (BRASIL, 2012).

Assim, o relato dos cuidadores familiares vão ao encontro a algumas pesquisas, que mostram que os serviços de urgência ainda configuram uma importante porta de entrada para a população, por acreditarem que lá terão resposta imediata para seus problemas, destacando o motivo de serem serviços que estão disponíveis a qualquer hora do dia e geralmente as necessidades surgem após o fechamento de Unidades Básicas e também, pela não compreensão da organização dos serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 2013; MARSIGLIA, 2012).

Diante desse resultado apontado, também é possível destacar que a UBSF, têm um ponto importante a ser desenvolvido como forma de educação em saúde: os direitos dos usuários dos serviços de saúde e o papel da Unidade Básica de Saúde nesse processo.

Outro ponto que leva a busca por outros tipos de serviços, conforme a fala dos entrevistados, é quando não encontram resolutividade para o que procurando na UBSF, expressas nas falas dos seguintes cuidadores:

“ ... tive que pagar uma consulta particular, pra uma receita de remédio da mãe (fluoxetina), já que não consegui no Posto... ” (C1).

“...quando nos disseram que a médica não podia vir aqui, por que estava em visita domiciliar, que tem que agendar antes pra ela vir... mas quando é uma urgência, como vamos agendar se é de repente? ...” ( C3).

“... eu não posso esperar por agendamento, isso fica muito ruim , quando é assim sai do meu bolso mesmo as consultas dele...” (C11).

Esse resultado vai ao encontro dos achados no estudo de Silva e Fracoli (2014), em que também se percebeu a procura de outros serviços especializados, com a justificativa pelos os usuários de não encontrarem solução para seus problemas. Por outro lado, Almeida, Fausto e Giovanella (2011) elencam, entre os fatores que indicam o fortalecimento da ESF como centro coordenador da assistência aos usuários, está a alta resolubilidade de, no mínimo, 80% dos atendimentos, indo de encontro ao achado nessa pesquisa.

Por outro lado, há os que compreendem e ressaltam as potencialidades frente a assistência recebida pela equipe da UBSF. Como nas falas dos cuidadores a seguir:

“...não sei te explicar, mas é uma baita diferença, acho que por ser mais periferia, tem dentista, tinha até aquilo... artesanato, trabalho pras crianças...” (C1).

“ é dar a assistência a família, quando precisar, como o Luiz que vem aqui, vê se tá tudo bem, traz uma receita... mas é isso né, por que eu mesmo doente precisando de atendimento, pedi pra essa minha irmã ir la marcar pra mim e me marcaram pra não sei quantos dias “ (C3)

“Aqui só é mais ágil né, o posto é mais rápido, nos outros lugares se espera... no posto quando precisamos estão ali pra atender, se vou em outro lugar me mandam pro posto... o atendimento aqui é bom demais” (C5).

“...Acho que o serviço do posto é muito humano, mais amigável.. e o hospital ate entendo que não seja, por que eles não tem estrutura, salario atrasado já o posto não, um serviço humanitário muito bom, tu chega, te abraçam, perguntam como tu tá.. isso é muito bom..” (C8).

“... Lá já sabem meu nome, toda a minha história e dela, não preciso tá contando tudo de novo, isso é bom... a técnica já me conhece no olhar... “ (C14).

Acima da busca por resolutividade, percebe-se nas falas a importância do cuidado e atenção que é prestado a eles, diferente de outros dispositivos de saúde, que apresentam uma outra forma de organização. O que torna a relação entre eles e a equipe, se dá principalmente pelo vínculo estabelecido.

Em relação a outros serviços, a Estratégia da Saúde da Família, apresenta destaque em relação aos vínculos formados, ou seja, tem sido uma fonte regular de atenção ao longo do tempo, com laços interpessoais que geram cooperação mútua entre a comunidade e os profissionais da equipe. Sua grande vantagem é que ele permite um trabalho mais focado nas necessidades da população, possibilitando gerar maior satisfação dos usuários. Alguns elementos contribuem para a potencialização do vínculo, como as visitas domiciliares, o tempo de atuação dos profissionais e o registro das informações em prontuários, fazendo com que estes conheçam mais a história de cada usuário, que se sentem mais próximos (ARANTES, L.; SHIMIZU, E.; MERCHÁN-HAMANN, E., 2016).

No que diz respeito às mudanças na rotina de cuidado, após as orientações dos profissionais de saúde da UBSF, ficou nítido que grande parte dos cuidadores familiares entrevistados, não perceberam mudanças ou apresentaram reclamações sobre a falta destas, como expresso nas falas a seguir:

“ ... olha pra eu pedir algo pro posto pra mãe precisa tá bem ruim a coisa, eles nunca podem orientar a nada... ” (C4).

“ ah nenhuma diferença eu sei te dizer... ” (C6)

“... nada em especial, é mais dos remédios né, aos exames de rotina, tá bem atento e tudo que preciso... ” ( C10)

“ ... até hoje aguardo as orientações que ficaram de vir pra reabilitação dela e não vieram... ” (C14).

Os cuidadores expressam nas suas falas, a insatisfação em relação a resolutividade das suas demandas, o que os impede de perceber a diferença entre a complexidade entre os serviços e suas atribuições, apenas sabendo destacar as potencialidades e fragilidades.

Os profissionais da atenção básica de saúde carregam a responsabilidade de lidar com uma clientela com diversidade em relação as demandas, tendo atualmente, no SUS uma estrutura insuficiente para ofertar respostas às situações que permeiam o processo saúde-doença. Segundo os profissionais, falta tempo hábil para executar o papel como educador em saúde (SILVA,



S.;BAITELO, T.; FRACOLLI, L, 2015). Também, alguns não recordaram de receberem orientação, ou nenhuma foi significativa para o cuidado que realizam.

Por outro lado, entre os 15 cuidadores entrevistados, 4 apresentaram opiniões contrárias, mostrando em suas falas as orientações que modificaram sua prática de cuidado:

“ Ah mais da fisioterapia, que me passavam as informações pra eu fazer, como lidar, como não puxar o braço demais, os movimentos, o que tinha que fazer... “ (C5)

“ Com a dra. lais, com a fisioterapeuta e o residente Bruno, educador físico... o luiz sempre, dando a maior força... a técnica Katia que vinha olhar o curativo da mãe” (C7).

“... Cuidar pra ela não cair, os objetos, posições dos moveis e também deixar ela bem independente, pra que ela pudesse ter bastante autonomia... até por que minha tia não gosta, nem que eu faça a comida, a tentei e ela ficou até braba” (C8).

“... nada em especial, é mais dos remédios né, aos exames de rotina, tá bem atento e tudo que preciso... “ (C10)

Mesmo em um número reduzido, os cuidadores familiares que identificaram as orientações recebidas pela equipe de saúde, destacaram o impacto positivo que essas tiveram na sua prática de cuidado, não sendo elas restritas ao curativo, mas também trazendo o preventivo a realidade desses. Com esse relato, percebemos a limitação quanto aos profissionais de saúde mencionados e as orientações de fato significativas para o cuidado diário realizado.

Entre esses, podemos destacar o educador físico da residência multiprofissional em saúde da família da FURG, que diferentemente dos demais profissionais, apresentava uma dinâmica de trabalho diferente, com enfoque em atividades de reabilitação e orientações para pacientes no domicílio, quando os casos surgiam em matriciamento, visto que foi uma das necessidades identificadas ao se inserir na equipe. O matriciamento era a lógica em que aconteciam o repasse de casos identificados pela equipe de referência ao Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), composto por um profissional de educação física, nutrição, fisioterapia, assistente social e psicologia. Nesses

encontros, os profissionais da equipe de referência, mensalmente, compartilhavam os casos que identificavam precisar de um acompanhamento por um ou mais componentes do NASF. Entre os citados pelos participantes da pesquisa, também está a fisioterapeuta, que realizava visitas domiciliares, juntamente ao residente educador físico, com a mesma finalidade de orientações.

Com isso, percebe-se o quanto esses suportes extra equipe de referência, conseguem se organizar de forma a irem além da demanda que chega a UBSF, traçando estratégias que contemplem as necessidades dos usuários nos seus domicílios, com ações significativas para o cuidado, como apontado pelos cuidadores familiares.

Quando citada a técnica de enfermagem e a médico da UBSF, percebe-se que as orientações ficaram atreladas as práticas pontuais, como a realização de curativos, avaliação de caso clínico e renovações de receitas, que oportunizou a retirada de dúvidas sobre a execução do procedimento e/ou em relação a situação do paciente, as restrições quanto alimentação, horários para medicação, que diariamente seria realizado pela cuidadora. Se torna assim, orientações que modificam o cuidado realizado, uma vez que é esclarecedor e também, através das visitas, proporciona um espaço em meio a rotina atarefada dos cuidadores, que não teriam a oportunidade de sanar essas necessidades, caso fosse preciso deslocarem-se até a Unidade.

Assim, é possível perceber que com as orientações, sendo em consultas ou em atividades de educação em saúde no domicílio, na Unidade de Saúde, há melhoria das condições de saúde das pessoas, visualizada por meio dos indicadores de saúde e ao maior acesso da população dos serviços de saúde, que percebe o profissional de saúde como aliado no processo de cuidado (ROECKER et al., 2013).

Quando questionados sobre as sugestões para possíveis melhorias na assistência a eles e no cuidado que prestam, nenhum cuidador apontou algo, mesmo que antes tenham levantado pontos negativos da UBSF em questão. Isso para Oliveira e Guedes (2013), gera medo em participantes de pesquisa, de constrangimentos futuros e medo de terem as informações reveladas aos profissionais dos serviços e prejudicar em seus atendimentos.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos resultados encontrados na pesquisa, foi possível traçar o perfil dos cuidadores familiares, que são predominantemente do sexo feminino, com idade média de 45 anos, com baixo nível de escolaridade e apresentam em sua maioria, o vínculo como filha dos pacientes em questão.

Em relação aos diferentes tipos de cuidados realizados pela equipe, a visita domiciliar destaca-se como uma ferramenta imprescindível, para orientações e execução de outras ações, além de propiciar o vínculo proposto na PNAB, com longitudinalidade e a territorialização, sendo intermediado entre os profissionais de saúde e usuários de saúde, pelos ACS, responsáveis por identificar a necessidade desses sujeitos quando necessário, que expressam através das falas afetuosas, o sentimento de proximidade e cuidado. Entretanto, quando se trata dos demais (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem), não percebemos nas falas, atividades de cuidados exercidas por eles ou orientações reconhecidas como relevantes para a prática dos cuidadores, indo na contramão do objetivo, sendo a principal fragilidade evidenciada na assistência destes. Após a análise dos dados, surgiram questionamentos acerca das orientações e o não aparecimento desses nas falas dos cuidadores. A partir disso, torna-se importante, levar os resultados obtidos da pesquisa para uma reunião da equipe da UBSF, para que eles (re)pensem sobre o cuidado prestado, o que vem impedindo de realizarem mais visitas domiciliares para auxiliar esses sujeitos e que estratégias poderiam adotar, pensando em mudar essa realidade.

Quanto a percepção destes acerca da assistência prestada no domicílio pela equipe de saúde, relaciona-se ao entendimento de cada cuidador familiar do que é saúde e do cuidado para sua manutenção, majoritariamente atrelado ao modelo biomédico, esperando resoluções de caráter imediatista e individual para suas demandas. Isso estremece a relação entre ambos, com uma avaliação insatisfatória, uma vez que as propostas da ESF de prevenção e promoção de saúde, com enfoque na integralidade, são pouco valorizadas pelos usuários.

Por outro lado, aspectos como serem identificados pelo nome, poderem receber visitas quando solicitam atendimento a seus familiares em cuidado, mesmo não associando a esse modelo de saúde, destacam como algo positivo.

Com isso, percebe-se que o objetivo desse estudo foi contemplado, apesar de apresentar fragilidades na execução, como o tempo limitado para a coleta de dados e análise dos mesmos. Destaca-se também, a importância em problematizar com a população sobre o sistema único de saúde e seus direitos, enfatizando o trabalho realizado pelas equipes da ESF e suas atribuições. Em contrapartida, os profissionais de saúde precisam de um espaço em sua organização semanal, para maiores visitas domiciliares, a fim de aproximarem-se mais da realidade dos usuários e no caso em questão, perceber o cuidador familiar, como um sujeito que apresenta necessidades, assim como o usuário idoso.

## REFERÊNCIAS

ARAKAWA, A. et. al . Percepção dos usuários do sus: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. CEFAC.** v.14, n.6, pp.1108-1114, 2012.

ALMEIDA, T. L. **Características de cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde da família.** 2005. Dissertação (mestrado - Enfermagem). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

ARANTES, L.; SHIMIZU, E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Rev. Ciênc. saúde colet.** v.21, n.5, 2016.

ARAUJO, J. et al.. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.15, n1, p. 149-158, Rio de Janeiro, 2013.

ARAKAKI, B. K. et al. Análise do desgaste e da sobrecarga de cuidadores/familiares de idosos com doença de Alzheimer causado pelos sintomas psicológicos e comportamentais. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 113-121, maio/ago. 2012.

ALMEIDA,P., FAUSTO, M., GIOVANELLA, L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev. Panam Salud Pública.** 2011; v.29, v.2, p.84-95.

ANJOS, A. C. Y.; ZAGO, M. M. F. Ressignificação da vida do cuidador do paciente idoso com câncer. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 5, p. 752-8, set/out. 2014.

ANDRADE A. M.et. al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Revista Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23,n.1, p.165-175, 2014.

ALMICO, T., FARO, A. Enfrentamento de cuidadores de crianças com câncer em processo de quimioterapia. **Psic. Saúde Doenças**, v. 15, n. 3, p. 723-37, 2014.

BARRETO, M.; CARREIRA, L; MARCON, S..Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, V.18, n.1, p. 325-339.São Paulo (SP), 2015.

BRIGOLLA, A. Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.20, n.3, p. 410-422 Rio de Janeiro, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para a atenção domiciliar na atenção básica. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Melhor em Casa: A segurança no hospital e no conforto do seu lar.** Brasília, v.16. n. 2, p. 1-16, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Caderno de atenção básica. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde . **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.892, de 18 de dezembro de 1997. Incorpora a modalidade Internação Domiciliar ao Sistema único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 dez. 1997. Seção I, p.38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 mar.1998. Seção I, p.106.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 out. 2006. Seção I, p.145-148.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n º 1.208, de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 jun. 2013. Seção I, p.37. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 25 abr. 2016.

BLANC, P.; SILVEIRA, L.; PINTO, S.. Compreendendo as experiências vividas pelos familiares cuidadores frente ao paciente oncológico. **Pensando fam.** v.20, n.2. Porto Alegre dez. 2016.

BRAGA, P. et al.. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde.Revista Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, v. 21, n. 3, p.903-912, 2016.

CORDEIRO, F.R. O retorno ao domicílio em cuidados paliativos: interface dos cenários brasileiro e francês. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2017.

CAMPOLINA, A. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad Saúde Pública**, n.29, v.6, p. 1217-1229, 2013.

COSTA, S.; CASTRO, E.; ACIOLI, S.. Apoio de enfermagem ao autocuidado do cuidador familiar. **Rev enferm.** n.23, v.2, p.197-202, 2015.

CAMPOS, J.. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, n. 57, v. 5, p. 611-614, Brasília, 2004.

COSTA, R. et al.. Foucault e sua utilização como referencial na produção científica em enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 629-637, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN no 311 de 18 de janeiro de 2007**. Legislação e Código de Ética: guia básico para o exercício de enfermagem, 2014.

Estatuto do Idoso, Lei 10.741/03 (2003, 01 de outubro). Recuperado em março de 2017, de .

Eizirik, C. (2014). A velhice. In Eizirik, C. & Bassols, A. M. S. (Orgs). O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. (pp.227-240). Porto Alegre: Artmed.

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamerica Salud Publica*, Washington, v.24, n.3, p.180-188, 2008.

FERTONANI, H.; PIRES, D. . . Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistencial. **Revista Enfermagem em Foco** ; 1(2):51-54, 2010.

FERRÉ-GRAU et al. Guía de cuidados de enfermeira: cuidar al cuidador em atención primária. Sevilla: Publidisa, 2011.

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 2014. V.3.

FERREIRA, O. et al.. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Revista Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 357-364, 2010.

GOULART, F.. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

GARCES, S. et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v. 15, n. 2, p. 335-352, 2012.



Galavote HS, Franco TB, Lima RCD, Belizário AM. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface (Botucatu)**. 2013;17(46):575-86.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LACERDA, M. R.; ZAGONEL, I., MARTINS, S. Padrões do conhecimento de enfermagem e sua interface ao atendimento domiciliar à saúde: revisão de literatura. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 1-12, 2006

LICHTENFELS, P. O cuidador familiar, o paciente gravemente enfermo e a morte: a visão e os possíveis aprendizados de familiares cuidadores de pacientes gravemente enfermos em uma comunidade de baixa renda de um centro urbano brasileiro. 2013. 108f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

LARA, M., BRITO, M., REZENDE, L.. Aspectos culturais das práticas dos agentes comunitários de saúde em áreas rurais. **Rev Esc Enferm USP**. 2012;46(3):673-80.

LEITE, R. et al.. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, 24 (3): 323-329, 2016.

LOUREIRO, L. S. N. et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1133-1140, out. 2013.

MARSIGLIA, R.. Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde. **Cad Ter Ocup UFSCar**. 2012;20(3):317-25.

MOREIRA, A. *et al.*. Efetividade da intervenção educativa no conhecimento-atitude-prática de cuidadores de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 71, n. 3, p. 1118-1126, 2018.

MONTEIRO, H.. MULHER, TRABALHO E IDENTIDADE: Relatos de mulheres em cargos de poder e prestígio sobre suas trajetórias profissionais. 2015. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

MACHADO, R. A. et al. O cuidador familiar no foco do programa de assistência domiciliar de uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre. **Enfermagem e Saúde [da] Universidade Federal de Pelotas**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 39-49, jan./mar. 2014.

MELLO, P.; PICCININI, A. . O envelhecimento na visão dos diferentes atores sociais envolvidos neste processo. In Garces, S. (coord.). O envelhecimento na (Pós) Modernidade: uma visão interdisciplinar. (pp.115-128). Ijuí: Editora Unijuí, 2012.

MENDONÇA, M.H.M.; VANCONCELLOS, M.M.; VIANNA, A.L.A. Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cad. Saude Publica**, n.24, sup1, p.S4-S5, 2008.

MOROSINI, M.; FONSECA, A.. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Rev. Saúde debate**, 2018.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. *Ciência, Cuidado & Saúde*, v. 8, n. 3, p. 428-35, jul./set. 2009.

NARDI, E. F. R.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1096-1103, set./out. 2013.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e saúde**. Brasília, 2015.

OLIVEIRA, D. , D'ELBOUX, M.. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos:revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n.5, p. 829-838, Brasília, 2012.

OLIVEIRA, A.; GUEDES, C.. Serviço Social e desafios da ética em pesquisa: um estudo bibliográfico. **Rev. Katálisis**.v.16 n.1, Florianópolis , 2013.

OLIVEIRA, S.G.; KRUSE, M.H.L. Melhor em Casa: dispositivo de segurança. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.26, n.1, p.1-9, 2017.

OLIVEIRA et al. Representações sociais do cuidado de doentes terminais no domicílio: o olhar do cuidador familiar. *Aquichán*, v.16, n.3, p.359-69, 2016

OLIVEIRA, J; TAVARES, D. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm**, v.44, n.3, p. 774-781, 2010.

OLIVEIRA, S.G. Melhor em casa? Um estudo sobre a atenção domiciliar. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2014.

OGATA, M.; MACHADO, M.; CATOI, E..Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.**.11(4):820-9, 2009.

PEDREIRA, L.; OLIVEIRA, A.. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n. 5, p. 730-736, 2012.

PEREIRA, R. A. et al. Sobrecarga nos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 185-192, fev. 2013.

PINTO, F. N. F. R.; BARHAM, E. J. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 17. n. 3, p. 525-39, 2014.

PAPALIA, D.; FELDMAN, R.. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: AMGH, 2013.

RIBEIRO, Bruna Ferreira. **Práticas de si de cuidadores familiares na Atenção Domiciliar**. 2016. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores e dados básicos para a Saúde no Brasil (IDB)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

RONDINI, C. A. et. al. Análise das relações entre qualidade de vida e sobrecarga de cuidadoras de idosos de Assis, SP. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.11, n.3, p.196-820, Rio de Janeiro, 2011.

SANTOS, Z.; FROTA, M.; MARTINS, A. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica à construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza, v.22, n.12, p. 12-22, 2016.

SANTOS-TAHAN, N..Estratégia da Saúde da Família: satisfação dos usuários. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de filosofia, ciências e letras, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SENDEN, C. et al. The interaction between lived experiences of older patients and their family caregivers confronted with a cancer diagnosis and treatment: a qualitative study. **International Journal of Nursing Studies**, n.52, v.1, p.197-206, 2015.

SOARES, E.; REIS, S.; FREIRE, M. Percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre a atuação das equipes de saúde bucal em Goiânia. **Revista Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n.3, p.483-490, 2013.

SOUZA, I. et al.. O impacto de atividades linguístico-discursivas na promoção da saúde de idosos de uma instituição de longa permanência. Revista **Audiol Commun** ,v.20, n.2, p. 175-81, 2015.

SANTOS, e.; MORAIS, s. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Rev.cogitare enferm**, v. 16, n.3, p. 492-497, 2011.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987, 110p.

TEIXEIRA, C. et al.. O vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de saúde da família em um município do estado do Rio de Janeiro. **Rev APS**. 2013;16(4):444-54.

VIANA, A. et al. **A Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e de investigação**. Brasília, v. 83, n.41- 2017  
ARRUMAR

VELLEDA, K. L.; SARTOR, S. F.; OLIVEIRA, S. G. Cuidados paliativos: uma reflexão sobre alternativas em prol do cuidador familiar. In: Seminário Internacional de Bioética e Saúde Pública, 2, 2014, Santa Maria. **Anais: II Seminário Internacional de Bioética e Saúde Pública e II Simpósio Internacional de Ética na Pesquisa**, 4, 5, 6 e 7 de junho de 2014, Santa Maria. p.227-234.

YAMASHITA, C. Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos por uma unidade de saúde da família no município de São Paulo. Rev. o Mundo da Saúde, São Paulo: v.34, n.1, p. 20-24, 2010.

WEGNER,W., PEDRO, E...Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. **Rev. Gaúcha Enferm. v.31,n.2, p. 335-342, Porto Alegre June 2010.**

## ANEXO I



**CEPAS / FURG**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**  
Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

**PARECER N° 128/2019**

**CEPAS 19/2019**

**Processo:** 23116.001287/2019-10

**CAAE:** 09011219.0.0000.5324

**Título da pesquisa:** Um olhar do cuidador familiar de pessoas idosas acerca da assistência da equipe de saúde no domicílio

**Pesquisador Responsável:** José Ricardo Guimarães dos Santos Junior

### **PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 42/2019, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: **"Um olhar do cuidador familiar de pessoas idosas acerca da assistência da equipe de saúde no domicílio"**.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 30/06/2020.

**Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.**

Rio Grande, RS, 05 de junho de 2019.

Profª. Eli Sinnott Silva

**Coordenadora do CEPAS/FURG**

## Apêndice A

### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE Residência Multiprofissional em Saúde da Família

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos, respeitosamente, por meio do presente documento, convidá-lo a participar da pesquisa intitulada Um olhar do cuidador familiar de pacientes idosos com doenças crônicas não transmissíveis acerca da assistência da equipe de saúde no domicílio. Esta pesquisa tem como objetivo descrever a percepção dos cuidadores familiares, de pacientes idosos com doenças crônicas não transmissíveis, acerca da assistência prestada no domicílio por uma equipe de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da Família no município do Rio Grande/RS.

**Procedimentos:** Será realizada uma conversa informal no primeiro encontro explicando, a qual será anotada e gravada, se assim permitido pelo cuidador, o objetivo da pesquisa, junto a realização de um questionário estruturado com perguntas para conhecer a história do cuidador. Já no segundo encontro, será explorada a relação do cuidador com a equipe de saúde da UBSF São Miguel II e através de uma entrevista semiestruturada, a acerca da percepção dos cuidadores sobre a assistência prestada pelas equipes com relação as orientações para os cuidados que devem ser prestados aos idosos portadores de alguma doença crônica não transmissível, bem como suas sugestões de melhorias ao atendimento.

**Riscos:** O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. Entretanto, em algum momento, pode ser incômodo falar sobre sua vida, por isso, ao sentir-se desconfortável terá a liberdade de encerrar e desistir da entrevista sem prejuízo algum para seu tratamento e ou atendimento.

**Benefícios:** Como benefícios, está prevista a reflexão e espaço para esses cuidadores familiares exporem seus anseios, da mesma forma, como medidas através das suas falas, para possíveis melhorias o que tange o olhar para estes, nos programas de saúde.

**Participação Voluntária:** sua participação neste estudo será voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, se assim o desejar, sem que isso lhe traga prejuízo algum.

**Confidencialidade:** sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

**Consentimento:** pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e benefícios da pesquisa. Os pesquisadores responderam todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação e entendimento. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Termo Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar o \_\_\_\_\_ no telefone ( ) \_\_\_\_\_ ou a professora orientadora \_\_\_\_\_ no telefone ( ) \_\_\_\_\_.

Ciente disto, eu \_\_\_\_\_ aceito e concordo em participar desta pesquisa.

Rio Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

## **Apêndice B**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
Residência Multiprofissional em Saúde da Família

### **INTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

*Nome do cuidador:*

*Idade:*

*Sexo:*

*Escolaridade:*

*Renda familiar:*

Constituição familiar? Quem reside na mesma casa?

História de como se tornou cuidador: (Quanto tempo é cuidador? Que tipo de cuidado realiza? Encontra alguma dificuldade em realizar o cuidado? Quais?)

## Apêndice C

### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE Residência Multiprofissional em Saúde da Família

- 1) A quanto tempo reside na área e utiliza os serviços de saúde da Unidade Básica de Saúde da família (UBSF) São Miguel II?
- 2) Quais os profissionais da Unidade Básica de Saúde da família (UBSF) São Miguel II, você já teve contato? Em que momentos ou situações? Qual a periodicidade?
- 3) Desde o momento em que assumiu o papel de cuidador, em que momentos solicita ou já solicitou a assistência dos profissionais da Unidade Básica de Saúde da família (UBSF) São Miguel II? Qual profissional fez o atendimento?
- 4) Quais foram às orientações repassadas?
- 5) Quais as mudanças no cuidado que você presta, ocorreram após o auxílio da equipe de saúde (ou do profissional específico) Unidade Básica de Saúde da família (UBSF) São Miguel II?
- 6) O que acredita ser papel da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde da família (UBSF) São Miguel II e como percebe o trabalho desses profissionais?
- 7) Você já precisou procurar outro serviço de saúde para auxiliá-lo na realização do cuidado? Para qual problema? Que tipo de orientações recebeu?
- 8) Quais as diferenças você percebe no auxílio ao cuidado, dos profissionais Unidade Básica de Saúde da família (UBSF) São Miguel II, e dos demais serviços de saúde (hospitais, pronto atendimentos, clínicas particulares...)?
- 9) Você troca experiências com outros cuidadores familiares da área, também atendidos pela equipe da Unidade Básica de Saúde da família (UBSF) São Miguel II? Sim? Que tipo de experiências vocês trocam?
- 10) O que você sugeriria para melhoria dessa assistência prestada pela equipe da Unidade Básica de Saúde da família (UBSF) São Miguel II? Quais as orientações que você gostaria de receber por parte da equipe para auxiliá-lo no cuidado prestado?