

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Departamento de Medicina Preventiva e Social. Núcleo de Educação em**  
**Saúde Coletiva**  
**Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade**

Zenia Isabel Martin Campos

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA À**  
**SAÚDE DE CUIDADORES INFORMAIS DE DOMICILIADOS E**  
**ACAMADOS DA USF ZUGÃO.**

Belo Horizonte  
2025

Zenia Isabel Martin Campos

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA À  
SAÚDE DE CUIDADORES INFORMAIS DE DOMICILIADOS E  
ACAMADOS DA USF ZUGÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de Medicina  
Preventiva e Social. Núcleo de Educação  
em Saúde Coletiva da Universidade Federal  
de Minas Gerais para conclusão do  
Curso de Especialização em Medicina de  
Família e Comunidade

Orientador: Luan Lessa Caires Meira

Belo Horizonte  
2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



ATA DA AVALIAÇÃO FINAL PÚBLICA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Curso:** ESPECIALIZAÇÃO MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - CEMFC

**Candidato:** Zenia Isabel Martin Campos

**Título do Trabalho:** Projeto de Intervenção para melhorar a assistência à saúde de cuidadores informais de domiciliados e acamados da USF Zugão.

Pompéia-SP..

**Comissão Examinadora:**

**Orientador:** Luan Lessa Caires Meira

**Banca Avaliadora:** Fillipe Assis Moreira Fontes

Aos **09** dias do mês de **Julho** de **2025**, a Comissão Examinadora, aprovada pela Comissão Coordenadora do Curso de Especialização Medicina de Família e Comunidade – CEMFC, reuniu-se por videoconferência para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), requisito parcial para a obtenção do **Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade**. O TCC foi considerado **aprovado** e o resultado final foi comunicado publicamente à candidata. Esta ata está assinada por todos os membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, **09** de **Julho** de **2025**



Documento assinado digitalmente  
**LUAN LESSA CAIRES MEIRA**  
Data: 10/07/2025 21:23:08-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

ORIENTADOR(A) **Luan Lessa Caires Meira**



Documento assinado digitalmente  
**FILLIPE ASSIS MOREIRA FONTES**  
Data: 10/07/2025 07:56:52-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

BANCA AVALIADORA **Fillipe Assis Moreira Fontes**

*Dedico esse trabalho a Deus pela vida e pela fé, ao meu pai pela educação, ao meu irmão pelos conselhos, ao meu esposo pela parceria e paciência, ao Brasil pelos meus filhos, a ELES por serem a maior inspiração e motivação de todos os meus projetos. E, especialmente, a minha mãe porque foi uma cuidadora informal dedicada ao meu avô.*

# Agradecimentos

Agradeço à equipe de saúde da USF Zugão, em especial às Agentes Comunitárias de Saúde, das quais nunca escutei um não. Agradeço ao professor Luan Lessa Caires Meira pela paciência e pelas orientações oportunas.

*"Todo tempo futuro tem que ser melhor-Tradução livre do espanhol-*

*(Julio Antonio  
Mella)*

## RESUMO

O surgimento de condições de saúde que causam incapacidade ou limitação nas atividades da vida diária, produz no indivíduo dependência. Pacientes domiciliados e acamados são considerados pessoas com certo grau de incapacidade. Os níveis de incapacidade influenciam os níveis de dependência de cuidados. A pessoa que auxilia e oferece cuidados a esses dependentes é conhecida como cuidador. Pode ser formal ou informal e esses últimos podem ser por sua vez principal ou não principal, dependendo da permanência total ou não, com o indivíduo cuidado. Em reunião de equipe foram identificados os principais problemas da população no primeiro semestre de 2024 através de estimativa rápida, foi identificado como prioritário a baixa participação nas ações de saúde, dos cuidadores informais de pacientes domiciliados e acamados da USF Odair Aparecido Roque Botter Zugão, da cidade de Pompeia, município do centro este paulista. Em 2024 foi sancionada no Brasil a Lei 15.069/24, que institui a Política Nacional de Cuidados e objetiva o direito a ser cuidado, a cuidar e ao autocuidado. Corresponde à equipe de saúde da família ofertar os serviços de saúde de forma integral e equitativa aos cuidadores informais para garantir melhoras na sua qualidade de vida, com total repercussão na qualidade de vida do dependente e da família. Esta investigação procura aumentar a participação dos cuidadores informais de domiciliados e acamados da nossa área nas atividades. Trata-se de um Projeto de Intervenção elaborado em 2025 pela autora em conjunto com a equipe da USF. Foi realizada uma ampla revisão da bibliografia em busca de estudos com propostas semelhantes e se verificou um comportamento global similar ao registrado pela equipe. Identificaram-se os nós críticos e criou-se uma proposta de ações que, com baixo custo e alta governabilidade, permita aumentar a motivação pelo autocuidado por parte dos cuidadores informais e acesso facilitado aos serviços, implicando uma maior adesão às ações de saúde.

Palavras-chave: cuidadores; pessoas acamadas; acesso aos serviços de saúde; assistência domiciliar; planejamento em saúde.

## ABSTRACT

The emergence of health conditions that cause incapacity or limitation in activities of daily living, produce dependency in the individual. Homebound and bedridden patients are considered people with a certain degree of incapacity. The levels of incapacity influence the levels of dependency on care. The person who assists and provides care to these dependents is known as a caregiver. They can be formal or informal and the latter can be in turn primary or secondary, depending on whether or not they remain fully with the individual being cared for. In a team meeting, the main problems of the population in the first half of 2024 were identified through a rapid estimate, and the low participation in health actions of informal caregivers of homebound and bedridden patients at the Odair Aparecido Roque Botter Zugão USF in the city of Pompeia, a municipality in central-west of São Paulo, was identified as a priority. In 2024, Law 15.069/24 was sanctioned in Brazil, which institutes the National Care Policy and aims at the right to be cared for, to care for and to self-care. The family health team is responsible for offering health services in a comprehensive and equitable manner to informal caregivers to ensure improvements in their quality of life, with a total impact on the quality of life of the dependent and the family. This research aims to increase the participation of informal caregivers of home-based and bedridden individuals in our area in the activities. This is an Intervention Project developed in 2025 by the author together with the USF team. A broad review of the bibliography was carried out in search of studies with similar proposals and an overall behavior similar to that recorded by the team was found. The critical nodes were identified and a proposal for actions was created that, with low cost and high governability, allow to increase the motivation for self-care on the part of informal caregivers and facilitated access to services, implying greater adherence to health actions.

Keywords: caregivers; bedridden persons; access to health services; home care; health planning.

## RESUMEN

El surgimiento de condiciones de salud que causan incapacidad o limitación en las actividades de la vida diaria, produce dependencia en el individuo. Los pacientes confinados en casa y encamados se consideran personas con cierto grado de discapacidad. Los niveles de incapacidad influyen en los niveles de dependencia de la atención. La persona que asiste y brinda atención a estas personas dependientes se conoce como cuidador. Estos pueden ser formales o informales y estos últimos pueden ser a su vez primarios o secundarios, dependiendo de si permanecen o no plenamente con la persona atendida. En una reunión de equipo, se identificaron los principales problemas de la población en el primer semestre de 2024 mediante una estimación rápida, y se identificó como una prioridad la baja participación en acciones de salud de los cuidadores informales de pacientes confinados en casa y encamados en la USF Odair Aparecido Roque Botter Zugão en la ciudad de Pompeia, un municipio en el centro de São Paulo. En 2024, se promulgó en Brasil la Ley 15.069/24, que instituye la Política Nacional de Cuidados y promueve el derecho a ser cuidado, a cuidar y al autocuidado. El equipo de salud familiar es responsable de ofrecer servicios de salud de forma integral y equitativa a los cuidadores informales para garantizar mejoras en su calidad de vida, con un impacto total en la calidad de vida de la persona dependiente y su familia. Esta investigación busca aumentar la participación de los cuidadores informales de personas en situación de dependencia y encamadas en nuestra área en las actividades. Se trata de un Proyecto de Intervención desarrollado en 2025 por el autor junto con el equipo de la USF. Se realizó una amplia revisión bibliográfica en busca de estudios con propuestas similares y se encontró un comportamiento general similar al registrado por el equipo. Se identificaron los puntos críticos y se elaboró una propuesta de acciones que, con bajo costo y alta gobernabilidad, permiten aumentar la motivación para el autocuidado de los cuidadores informales y facilitan el acceso a los servicios, lo que implica una mayor adherencia a las acciones de salud.

Palabras-clave: cuidadores; personas encamadas; acceso a los servicios de salud; cuidado domiciliario; planificación en salud.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO -----	11
JUSTIFICATIVA -----	16
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA -----	17
OBJETIVOS -----	22
METODOLOGIA -----	23
REFERENCIAS -----	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	29
REFERÊNCIAS -----	30

# 1 Introdução

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Pompeia, cidade brasileira do Estado de São Paulo, situa-se na região Centro-Oeste Paulista.

Foi inicialmente habitada pelos índios Coroados. Os primeiros desbravadores chegaram em 1852, quando o Governo Imperial concedeu posse primária das terras localizadas nas bacias dos rios Peixe e Feio a João Antônio de Moraes, Francisco de Paula Morais e Francisco Rodrigues de Campos. Em 1919, os irmãos Pagani e outros adquiriram dos irmãos Lélío e Marcelo Pizza parte da Fazenda Guataporanga para fins agrícolas. No terreno, se iniciaram as primeiras plantações de café cerca de três anos mais tarde. Em seguida, por determinação do proprietário da Fazenda Guataporanga, fundou-se a Vila de Novo Cravinhos, cujo nome foi dado em homenagem à cidade de Cravinhos (Mogiana), de onde vieram os primeiros compradores. Alguns anos depois, o Patrimônio recebeu a atual denominação em homenagem a Aretuza POMPÉIA da Rocha Miranda, esposa do Senador Rodolfo Miranda. Em 1928, foi elevado a Distrito de Paz e finalmente elevado à categoria de município com a denominação de Pompéia, por Decreto Estadual no 9775, de 30 de novembro de 1938. ([POMPEIA, 2025](#))

Em 1948, o Grupo Jacto foi fundado na cidade pelo imigrante japonês Shunji Nishimura, que chegou ao Brasil em 1932. Formado na Primeira Escola Técnica da Cidade de Kyoto, Nishimura e sua família desenvolveram equipamentos de fixação agrícola que gradativamente ganharam mais popularidade entre fazendeiros e famílias agrícolas do interior não apenas de São Paulo, mas também de outros estados do Brasil. ([JACTO, 2023](#))

O Grupo Jato, integrado pelas empresas Jacto S/A, Unipac, Rodojacto, Jacto-clean e Síntegra, tem sido uma das principais fontes de renda da cidade.

O município tem uma área territorial de 784,674 km. Sendo 6,81 km de área urbanizada. Apresenta 95,1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 94,9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 45,2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). A população estimada é de aproximadamente 20.196 pessoas e a densidade demográfica de 25,74 habitantes por quilômetro quadrado, distribuídos em 7.252 domicílios. ([BRASIL, 2022a](#)) A cidade se destaca pelo seu potencial industrial no segmento de alimentação, agricultura e tecnologia. Por meio da Fatec "Shunji Nishimura, possui o pioneiro curso de Mecanização em Agricultura de Precisão, único no mundo. ([POMPEIA, 2025](#))

Com um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010] de 0,786. Em 2021, o PIB per capita era de R\$ 87.425,49, o salário médio mensal de 4,2 salários-mínimos e a população é predominantemente jovem. ([BRASIL, 2022a](#)) Em 2024 Pompeia estava entre as 55 melhores cidades do Brasil para morar; a 15 do estado e a única da região no Top 60, conforme mencionado no ranking elaborado pelo Jornal Gazeta do Povo do Paraná que considerou uma

ampla base de dados, como o IDEB, IBGE, DataSUS, IPEA, Caged, Ancine, Sistema Nacional de Bibliotecas Públicas e Cadastro Único para Programas Sociais. (NC, 2024)

Segundo o IBGE, em 2010, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos era de 98,6%.

O município conta com rede de ensino público municipal, estadual e ensino particular; integrado por 02 Escolas estaduais (EE), 03 Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF), 04 Escolas Municipais de Ensino Inicial (EMEI), Colégio Absoluto e Colégio Shunji Nishimura. Além da Escola Senai Shunji Nishimura, Faculdade de Tecnologia "Shunji Nishimura". (POMPEIA, 2025)

A população é predominantemente católica.

Uma das principais organizações sem fins lucrativos da cidade é o Instituto de Desenvolvimento Familiar Chieko Nishimura (IDF), fundada em abril de 2017, que oferece programas educativos para as relações familiares, o trabalho e a cidadania. (IDF, 2021)

### 1.2 O sistema municipal de saúde

O município de Pompeia pertence ao IX Departamento Regional de Saúde (DRS) com sede em Marília e é essa a principal cidade de referência de casos de nível terciário.

O Departamento de Higiene e Saúde (DHS) é a entidade gestora no município e tem por responsabilidade a gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal. Além das ações e serviços de saúde oferecidos ao município. (DHS, 2024)

Segundo o site do DHS,2024; existem as seguintes estruturas de saúde pública:

Santa Casa de Pompeia;

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS;

07 Unidades de Saúde da Família (USF);

03 Unidades Básicas de Saúde (UBS);

Centro de Especialidades Médicas Dr. José Trballi Camargo;

Centro de Especialidades Odontológicas;

Centro de Fisioterapia Comendador Nivaldo Bueno Brasil;

Central de Medicamentos Municipal;

SAMU – Base descentralizada;

Academia Municipal Vida;

Academia de Paulópolis.

Exames laboratoriais e de imagem são realizados em unidades particulares conveniadas. Radiografia, ultrassonografia e mamografia, são realizados no município e exames mais complexos, como Tomografias Computorizadas, Ressonâncias Magnéticas, Densitometria Óssea são realizados em município vizinho.O Centro de Especialidades Médicas tem equipe composta por Psicólogo, Nutricionista, Fonoaudiólogo e atendimentos Médicos nas seguintes áreas: Oftalmologia, Reumatologia, Psiquiatra, Urologia, Pediatria, Neurologia, Gastroenterologista, Ginecologia, Otorrinolaringologia, Cardiologia, Ortopedia e Cirurgia Vascular. (DHS, 2024)

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 4,72 para 1.000 nascidos vivos. (BRASIL, 2022a)

### 1.3 A Unidade Básica de Saúde

A Unidade de Saúde da Família "Odair Aparecido Roque Botter", popularmente conhecida como "Zugão" está localizada na zona norte da cidade.

Funciona em prédio próprio construído há 25 anos num antigo salão de festa paroquial, foi inaugurada o dia 17 de julho de 2000. Após algumas reestruturações a estrutura atual é boa, consta de sala de espera, recepção, dois consultórios médicos, um consultório ginecológico, um consultório de enfermagem e um consultório de odontologia; além de sala de procedimentos, sala de atividade coletiva, uma sala de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma sala multiuso e um consultório multidisciplinar. Tem cozinha e dois banheiros.

Atende população dos bairros Juscelino Kubitschek(JK), Olmira, Jardim América, Provence I e II e uma área rural integrada por 14 fazendas e uma granja avícola. A população adstrita é predominantemente jovem e com emprego formal, nas principais empresas da cidade, nas áreas agrícola e na indústria de alimentos.

As condições de moradia são geralmente boas, com exceção das famílias que trabalham e moram na granja, pois, a pesar de terem serviço de água e esgoto, as casas têm estrutura precária.

O rodeio é uma das principais atividades de lazer.

A equipe de Saúde da Família (eSF) da unidade conta com 02 médicos, 02 enfermeiros, 03 técnicas de enfermagem, um dentista, uma assistente de saúde bucal e 06 Agentes Comunitários de Saúde. A unidade também conta com 02 atendentes na recepção e um auxiliar de serviços gerais. A carga horária é de 40 horas semanais.

A população cadastrada é de 3098 indivíduos, distribuídos conforme apresentado na tabela 1. Atendemos um total de 1111 famílias distribuídas em 06 microáreas.

Tabela 1- Distribuição por sexo e grupo etário da população adstrita à USF "Odair Aparecido Roque Botter", Pompéia-SP

Grupo etário (anos)	Masculino	Feminino	TOTAL
0-1	32	24	56
2-14	265	243	508
15-64	1026	1133	2159
>65	169	206	375
TOTAL	1492	1606	3098

Fonte: Autora,2025

A equipe recebe estagiários do 5º e 6º ano da carreira de Medicina da Universidade de Marília (Unimar) que participam das consultas médicas, da triagem, dos grupos, das Visitas Domiciliares (VD) e dos procedimentos médicos e de enfermagem.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 07: 00 às 17:00.

De manhã, a agenda fica aberta para demanda espontânea. Também funcionam os grupos, atendidos pelas ACS, uma técnica de enfermagem e um estagiário do 6º ano de medicina, supervisionado pela enfermeira. As visitas domiciliares são realizadas nas sextas-feiras no período da manhã. No período da tarde atendemos, além da demanda espontânea, os atendimentos agendados:

Segunda-feira: Hiperdia, terça-feira: Saúde da mulher, quarta-feira: Puericultura, quinta-feira: quinzenalmente temos reunião de equipe durante uma hora, nesse dia não temos consultas agendadas, sexta-feira: pequenas cirurgias.

Os médicos revezamos no horário de almoço para que a unidade não fique sem atendimento.

#### 1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Durante reunião da equipe para avaliarmos a produtividade da unidade e os antigos indicadores do programa Previne Brasil, durante o primeiro semestre de 2024, identificamos como principais os seguintes problemas de saúde no território:

- Baixo índice de exames colpocitopatológicos.
- Consumo elevado de psicotrópicos.
- Alta incidência de obesidade, hipertensão e diabete.
- Alta incidência de autismo em crianças.
- Baixa participação de cuidadores informais de acamados e domiciliados nas atividades programadas pela equipe.

#### 1.5 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção(segundo passo)

Como critérios para priorização de problemas a equipe utilizou: governabilidade, transcendência, urgência e custo.

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados pela equipe de saúde da USF "Odair Aparecido Roque Botter", Pompéia-SP

Problema	Governabilidade	Transcendência	Urgência	Custo	PRIORIZAÇÃO
Baixa participação de cuidadores nas atividades.	Parcial	Alta	8	Baixo	1
Baixo índice de exames colpocitopatológicos.	Parcial	Alta	6	Baixo	2
Alta incidência de obesidade, hipertensão e diabete.	Parcial	Alta	7	Médio	3
Consumo elevado de psicotrópicos.	Parcial	Média	4	Médio	4
Alta incidência de autismo em crianças.	Fora	Alta	5	Alto	5

Fonte: Autora,2025

O problema selecionado como prioritário e objeto desse Projeto de Intervenção foi a ***baixa participação de cuidadores informais de domiciliados e acamados nas ações e serviços de saúde.***

Até o mês de outubro de 2024, tínhamos cadastrados na nossa área de abrangência um total de 09 usuários acamados e 22 domiciliados. Os cuidadores informais vinculados a esses usuários eram 28.

O surgimento de problemas de saúde que produzem limitações para realização das atividades diárias e dependência para realização das mesmas, demanda a presença de uma pessoa que ofereça os cuidados necessários.

Conforme relatado pelos colaboradores do Grupo Hospitalar Conceição, na maior parte das situações, o cuidador não possui uma formação técnica específica na área da saúde, é um dos membros da família ou pessoa próxima que, apesar de não ter formação profissional específica se dispõe a assumir esta função. (BRASIL, 2003)

A assistência à saúde refere-se ao conjunto de ações e serviços que visam promover, proteger e recuperar a saúde da população. No Brasil, os níveis de assistência são organizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que inclui atenção primária, secundária e terciária. A Secretaria Municipal de Saúde coordena as atividades de saúde, visando uma assistência médica preventiva e eficaz. (BRASIL, 2022b)

Na USF Odair Aparecido Roque Botter de Pompéia-SP a baixa participação de cuidadores informais em ações de saúde desenvolvidas pela equipe, deve-se à negligência do cuidado com a própria saúde e a limitação no acesso aos serviços pela pouca flexibilização na agenda, nos horários e no oferecimento de alternativas de atendimento.

## 2 Justificativa

Por que surge esse projeto de intervenção?

Durante reunião da equipe da USF Odair Aparecido Roque Botter (Zugão) da cidade de Pompéia-SP, para avaliarmos resultados dos indicadores do Previne Brasil durante o primeiro semestre de 2024, percebemos que entre os usuários que não participavam das ações de saúde realizadas na unidade estavam os cuidadores de domiciliados e acamados.

Ao assumir a responsabilidade de assistir de forma contínua aos seus dependentes, muitos cuidadores informais enfrentam limitações em suas vidas particulares, mantêm distanciamento social, abandonam lazer e cuidados à própria saúde. (YAMASHITA et al., 2014) Acabam afetados nas esferas física, psíquica e socioeconômica, levando a uma alta incidência de estresse, problemas psicológicos e outros problemas com repercussão não só na sua saúde como, conseqüentemente, na qualidade do cuidado que recebe o acamado e domiciliado.

Esse trabalho justifica-se pela necessidade de oferecer alternativas de atendimento que permitam aumentar a participação desses usuários nas ações de saúde da unidade.

O presente estudo apresenta um projeto de intervenção que persegue flexibilizar e facilitar a assistência à saúde desse grupo de usuários. Visando reforçar os princípios estabelecidos pela lei 8.080 do SUS: universalidade, igualdade e principalmente, equidade nos serviços de saúde.

## 3 Fundamentação teórica

Existem condições clínicas agudas ou crônicas, com instalação brusca ou progressiva, que produzem algum grau de incapacidade e dependência. Idosos frágeis, sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), sequelas de acidentes, incapacidade intelectual, estados demenciais e cuidados paliativos, são algumas delas. Muitas vezes os indivíduos retornam aos seus domicílios após uma internação, com sequelas físicas, cognitivas e comportamentais que comprometem sua capacidade funcional, independência e autonomia, o que os torna dependentes de outras pessoas. (SILVA et al., 2022)

Os níveis de incapacidade influenciam os níveis de dependência de cuidados. Exercer os cuidados a uma pessoa que demanda atenção constante nas suas atividades básicas de vida diária (ABVD) exige dedicação e entrega.

Porém, por mais dedicado que possa parecer um cuidador, ele tem vida própria e precisa ter tempo para seu autocuidado. (BRASIL, 2013)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal coordenadora dos cuidados e responsável pelo Atendimento Domiciliar (AD) desses indivíduos. Contudo, apesar da assistência prestada pela equipe de Saúde da Família, a realização das tarefas se centraliza no cuidador.

Para compreendermos melhor o tema, precisamos rever alguns conceitos.

### DOMICILIADOS e ACAMADOS

Pacientes domiciliados são considerados indivíduos com diferentes graus de incapacidade, temporárias ou definitivas que os impossibilitam não somente de ir à unidade básica de saúde (UBS) como também de realizar atividades cotidianas básicas. (BRASIL, 2003)

Enquanto os pacientes acamados são aqueles indivíduos que estão restritos ao leito e requerem alguns cuidados especiais. (BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Conceitualmente, o paciente acamado caracteriza-se por estar impossibilitado de exercer o autocuidado, seja de forma parcial ou total, requerendo auxílio para realização das atividades de vida diária. (BORDIN et al., 2020)

### O CUIDADOR

É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados a outra de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. (BRASIL, 2008)

O cuidador idealmente deve atuar como um colaborador para a equipe de saúde e para a família, pois, em geral, não tem vínculo legal com a instituição que presta assistência domiciliar. Cria-se um vínculo de trabalho solidário para alcançar um mesmo objetivo: manter as melhores condições de saúde e conforto da pessoa assistida. Na maior parte das situações, o cuidador não possui uma formação técnica específica na área da saúde, é um dos membros da família, amigo ou pessoa próxima que, embora sem formação profissional específica, se dispõe a assumir da

melhor forma possível esta função; ou é pessoa da comunidade que foi adquirindo experiência cuidando de pessoas doentes, sendo que alguns fazem desta prestação de serviço uma profissão informal; ainda temos uma parcela de profissionais com formação técnica de enfermagem que exerce sua profissão nesta modalidade de atividade. (BRASIL, 2003)

#### Cuidador com formação profissional

É a pessoa a quem compete seguir as orientações e prescrições estabelecidas para o doente, limitadas às habilidades e competências atribuídas a sua categoria profissional. Além do manejo aos pacientes, estes profissionais devem criar estratégias práticas de apoio, de cuidado e respeito do contexto cotidiano vivido pelos cuidadores e familiares. (BRASIL, 2003)

#### Cuidador sem formação profissional

A pessoa identificada para ser o cuidador sem formação profissional (informal) pode ser habilitada a realizar tarefas básicas ao nível do domicílio, auxiliando na recuperação da pessoa assistida. A ele competem as seguintes atribuições: ajudar no cuidado corporal, higiene oral e íntima; estimular e ajudar na alimentação, ajudar a sair da cama, mesa/cadeira e voltar, ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas, fazer mudança de decúbito e massagem de conforto. Porém, também servir de elo entre o doente/família e a equipe de saúde, administrar medicações conforme prescrição, comunicar a equipe de saúde as intercorrências. (BRASIL, 2003)

O presente trabalho está verticalizado para os cuidadores informais. O cuidador informal pode ser principal, que é aquele que permanece permanentemente com o dependente, ou não principal que é quem acompanha e cuida de forma regular, mas não permanente. (PORTUGAL INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, 2025)

Cabe ressaltar que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. É fundamental termos a compreensão de se tratar de tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios. (BRASIL, 2008)

O conhecimento da história pregressa da relação entre cuidadores e dependentes pode auxiliar no ajuste de laços afetivos. Em alguns casos, o cuidado desse ente querido vem carregado de sentimentos de culpa, mágoa, ressentimentos, abdicação, que precisa ser entendido nessa relação sem julgamento de valores. (BRASIL, 2013)

Uma pesquisa realizada na Espanha em 2017 e apresentada em nota pelo Observatório Estatal da Incapacidade (OED) revela prevalência do sexo feminino (65,3%) e as idades entre 45 e 64 anos são as mais recorrentes. Uma infografia de 2023 sobre Saúde Mental e Bem-Estar nos Cuidadores Informais em Portugal, baseada em inquérito realizado a 1183 cuidadores, traz uma estatística do perfil do cuidador informal de 84,7% sendo do sexo feminino, e prevalência das idades entre 45 e 64 anos. Esse mesmo estudo aponta que 77,9% em algum momento sentiu necessidade de apoio psicológico e 78,5% afirmou que seu estado de saúde mental influencia o desempenho do seu papel de cuidador informal. (INFORMAIS, 2023) No Brasil, a idade mais registrada dos cuidadores foi entre 40 a 59 anos (55,2%), sendo a maioria mulheres (88-90%). (GOMES et al., 2023; SILVA et al., 2022; TELES et al., 2023; CECCON et al., 2021) O espectro de idade delas vai de 26 a 86 anos. São mulheres que abrem mão da vida pessoal, profissional, social e afetiva. (ALBORNOZ et al., 2023; MINAYO, 2021)

O autocuidado refere-se aos cuidados que o cuidador deve ter consigo com a finalidade de preservar a sua saúde e melhorar a qualidade de vida. (BRASIL, 2008)

Porém, conforme destacado por MORAES et al.,(2025), muitos cuidadores informais relataram ofertar cuidados em tempo integral e como isso os afeta física, psicológica, social e financeiramente.

Estudos apontam que conciliar as responsabilidades de cuidados com as suas próprias atividades, vida familiar e trabalho tem um custo, e muitos cuidadores precisam fazer mudanças significativas em suas vidas, como desistir dos estudos, emprego ou transferir oportunidades de carreira. Isto tem repercussões na situação financeira e consequências para a família em geral. (MORAES et al., 2025)

Os cuidadores se afetam nas esferas física, psíquica e socioeconômica, levando a uma alta incidência de estresse, problemas psicológicos e outros problemas com repercussão na sua saúde e na qualidade do cuidado que recebe o acamado e domiciliado.

De acordo com Yamashita et al. (2014), durante o acompanhamento ao dependente, diversos cuidadores informais enfrentam limitações em suas vidas particulares, ao responsabilizar-se de assistir e cumprir obrigações de maneira contínua sendo capaz de encarar circunstâncias de esgotamento, o que gera distanciamento de relações humanas, entrave na rede social, de convivência e entretenimento e gera a sobrecarga.

O estado de sobrecarga se correlaciona ao nível de dependência do indivíduo, à medida que esteja mais dependente e afetado cognitivamente, maior será a exigência de auxílio dispensado ao paciente. Desse modo, intensifica a exigência de esforços, encurtando o momento que o cuidador tem para si próprio, elevando sua apreensão e a sobrecarga no tocante à atribuição de tutelar. (BRANDÃO et al., 2017)

É preciso acolher e respeitar os limites desse cuidador que às vezes se encontra sem condições para essa tarefa do cuidado.

O reconhecimento social dos cuidadores vem ganhando espaço nos últimos anos ao nível mundial, através de políticas públicas voltadas à proteção social e garantia de direitos desses indivíduos. Em Portugal, o Instituto de Segurança Social reconhece o Estatuto do Cuidador Informal garantindo subsídio e suporte jurídico a essas pessoas. (PORTUGAL INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, 2025) No Brasil, a LEI N 15.069, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2024 institui a Política Nacional de Cuidados, implementada de forma transversal e intersetorial, por meio do Plano Nacional de Cuidados e compreende o direito a ser cuidado, a cuidar e ao autocuidado. Tem entre seus objetivos promover políticas públicas que garantam o acesso ao cuidado com qualidade para quem cuida e para quem é cuidado e promover o enfrentamento das múltiplas desigualdades estruturais no acesso ao direito ao cuidado, de modo a reconhecer a diversidade de quem cuida e de quem é cuidado. (BRASIL, 2024)

A assistência à saúde refere-se ao conjunto de ações e serviços que visam promover, proteger e recuperar a saúde da população. No Brasil, os níveis de assistência são organizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que inclui atenção primária, secundária e terciária. A Secretaria Municipal de Saúde coordena as atividades de saúde, visando uma assistência médica preventiva e eficaz. (BRASIL, 2022b)

Segundo a visão de NIED et al., (2020), para conquistar um serviço voltado para as necessidades da população, é indispensável a contribuição de todos os envolvidos no processo de trabalho a fim de dividir responsabilidades e compromissos. Os recursos utilizados nesse processo desenvolvem-se durante as práticas de trabalho na APS e devem incluir diversas tecnologias de maneira adequada, conforme as necessidades de saúde, resultando em ações e serviços necessários para promover melhores condições de vida para o usuário e a comunidade. Destas tecnologias, aquelas conceituadas como leves envolvem as relações com o vínculo, a tomada de decisões, o acolhimento e a organização do processo de trabalho. Dessa forma, é importante salientar que, ao se trabalhar com a tecnologia das relações durante o atendimento, o acesso é uma das primeiras ações a ser desenvolvida por toda a equipe no momento de receber o usuário na unidade de saúde. Um estudo descritivo demonstrou que os usuários que trabalham atuando em jornadas diurnas têm maior dificuldade de acesso aos serviços da APS, pois, na maioria das vezes, o horário de atendimento das unidades de saúde coincide com o seu horário de trabalho. Para essas pessoas a restrição do horário de funcionamento e a indisponibilidade de horários alternativos podem acarretar a procura por outros serviços, incluindo outros níveis de atenção. (NIED et al., 2020)

No caso dos cuidadores, a opção ante essa dificuldade, na maioria das vezes, é a falta de procura pelo serviço.

MORAES et al., (2025), apontaram no seu estudo, que os cuidadores entrevistados relataram que a limitação na utilização da Atenção Primária à Saúde para a gestão da própria saúde, devia-se à dificuldade no acesso, o que ratificou dados da literatura que afirmam que as experiências nem sempre são positivas devido às barreiras, como filas para marcação de consulta, demora no atendimento, baixa resolutividade e falta de informação sobre a disponibilidade de serviços. Esses fatores podem levar à negligência dos cuidados com a própria saúde, e intensificar experiências emocionais difíceis. A comunicação entre serviço e usuário por meio dos trabalhos dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família mostra-se como fundamental para qualificação do acesso e aponta o agendamento por telefone, o atendimento em turno estendido e a escuta qualificada/acolhimento como facilitadores do acesso. (NIED et al., 2020)

Na opinião de FARIA et al. (2017), via de regra, a grande demanda da equipe composta por profissionais da saúde prioriza o cuidado dos pacientes dependentes, não tendo tempo e nem foco para atender as demandas da família como um todo. Neste sentido, a mobilização de espaços de escuta, acolhimento e diálogo com estes cuidadores se faz de suma importância, uma vez que o bem-estar dos cuidadores impacta na evolução do quadro clínico dos pacientes.

O acesso à APS figurou como um dos fatores identificados no estudo que influencia diretamente a qualidade de vida do cuidador no tocante à sobrecarga de trabalho, à dificuldade de ir e vir, ao receio em deixar o idoso sozinho e às repetidas jornadas à unidade de saúde para agendar consultas. A inexistência de políticas voltadas às famílias e aos cuidadores dos idosos e, conseqüentemente, seu acesso ao serviço de saúde, fica restrito aos fluxos específicos das unidades. (CECCON et al., 2021)

Uma das maneiras mais importantes de ajudar às pessoas é oferecer informação.

As pessoas que possuem informações, estão mais preparadas para controlar a situação em que se encontram. (BRASIL, 2008)

É importante que os profissionais da APS desenvolvam habilidades para lidar com a dimensão subjetiva do ser humano, sendo este um elemento fundamental para a atenção integral à saúde. As situações que definem a necessidade de cuidado no domicílio carregam uma carga extra de subjetividade e, muitas vezes, não a incapacidade física, mas social, intelectual ou cultural, podem levar à impossibilidade de comparecimento a uma unidade de saúde ou outra estrutura formal de saúde. A equipe precisa ser capaz de perceber esta demanda e criar mecanismos de cuidados domiciliares como estratégia. (BRASIL, 2013)

As equipes de saúde, precisam estar atentas para as dificuldades, ouvir suas queixas, atender as suas demandas em saúde, incentivar a substituição de cuidadores e rever o processo de cuidado conforme sua condição. O cuidado com o cuidador deve fazer parte do processo de trabalho, pois, além de fortalecer a rede de apoio formal ou informal destes, supre - em partes - a necessidade de compartilhar medos e dificuldades, indicando formas de apoio existentes na comunidade em que residem. É notório o impacto que tem a qualidade de vida do cuidador na saúde do paciente. (FARIA et al., 2017)

A eSF precisa oferecer condições para o alívio de sobrecarga dos cuidadores, estabelecendo cumplicidade e vínculos muitas vezes ausentes em ambiente hospitalar, além de apoiar na busca de uma rede de suporte social e no envolvimento de diferentes atores, como: familiares, vizinhos, igreja, entre outros, podendo ser decisivo para que as situações vividas sejam enfrentadas da melhor maneira possível, tanto pelo paciente quanto pelo cuidador. (BRASIL, 2013)

O cuidador deve ser avaliado, inicialmente, quanto a sintomas psíquicos e físicos e durante todo seu acompanhamento para evitarmos que este se torne sobrecarregado. Essa avaliação e a atenção ao cuidador, como já dito, deve ser contínua, em especial quando houver mudanças no estado de saúde do cuidador e familiar cuidado. (BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

O guia prático do cuidador, traz uma proposta de exercícios físicos para coluna, ombros, braços e pernas, para serem praticados pelo cuidador em casa.

Para a avaliação da sobrecarga do cuidador principal, é utilizada a escala Zarit Burden Interview (ZBI), que é composta de 22 perguntas que englobam áreas de saúde como vida social e pessoal, situação financeira, bem-estar emocional e relacionamento interpessoal. O nível de sobrecarga dos cuidadores se classifica da seguinte forma: escore 20, ausência de sobrecarga; 21-40, sobrecarga leve a moderada; 41-60, sobrecarga moderada a severa; 61-88, sobrecarga severa. Quanto maior o escore final, maior o nível de sobrecarga do cuidador. (MORAES et al., 2025; NIED et al., 2020; SILVA et al., 2022)

Na grande maioria dos trabalhos revisados relacionados com a assistência à saúde dos cuidadores informais, o assunto é trabalhado desde a perspectiva da enfermagem e da psicologia do que do ponto de vista médico e os artigos são mais descritivos do que intervencionistas. CECCON et al., (2021 ) corroboram que a literatura sobre esse tema é escassa nacional e internacionalmente, sendo fundamental discutir a qualidade de vida desses cuidadores e as políticas e programas voltados para esse público.

## 4 Objetivos

### **Objetivo Geral**

Elaborar um Projeto de Intervenção para aumentar a participação, nas ações de saúde, dos cuidadores informais de domiciliados e acamados da USF Odair Aparecido Roque Botter "Zugão" de Pompéia-SP.

### **Objetivos específicos**

Estimular o interesse do cuidador informal no autocuidado.

Propor ações que facilitem o acesso equitativo dos cuidadores informais aos serviços de saúde.

Ampliar o nível de intervenção da equipe diante a baixa participação dos cuidadores informais nas ações de saúde.

.

## 5 Metodologias

Durante reunião da equipe da USF Odaír Aparecido Roque Botter (Zugão) da cidade de Pompéia-SP, para avaliar resultados dos antigos indicadores do Previner Brasil durante o primeiro semestre de 2024, foram identificados, utilizando método de estimativa rápida, os principais problemas da população adscrita. A reunião é realizada semestralmente e os dados obtidos são utilizados na elaboração do Diagnóstico Situacional.

Utilizou-se o modelo simplificado do Planejamento Estratégico Situacional e seguiram-se os momentos do processo descritos pelo Professor Carlos Matus:

Explicativo procura-se identificar, analisar e priorizar os problemas (como é ou como foi);

Normativo formulação de possíveis soluções ao problema (como deveria ser);

Estratégico, se formulam estratégias para alcanças os objetivos tratados para solução do problema (como pode feito) e

Tático-operacional consiste na execução do plano, inclui a definição e implementação do modelo de gestão e dos instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano (vamos fazer). (MATUS, 1996; FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018)

As informações foram coletadas na observação ativa da área, com auxílio dos registros dos Agentes Comunitários de Saúde e nos relatórios disponibilizados no sistema de Gestão de saúde utilizado no município, o MRX-Saúde.

Identificou-se como problema prioritário a baixa participação de cuidadores informais de domiciliados e acamados nas ações e serviços de saúde.

Critérios de inclusão no estudo:

Total de usuários identificados como cuidadores informais principais de pacientes acamados e domiciliados cadastrados pela equipe USF Odaír Aparecido Botter CNES 2063867 de Pompeia-SP na data de início do estudo (outubro 2024).

Critérios de exclusão do estudo:

Cuidadores formais e cuidadores informais não principais de pacientes acamados e domiciliados cadastrados pela equipe USF Odaír Aparecido Botter CNES 2063867 de Pompéia-SP na data de início do estudo (outubro 2024).

Para respaldar a fundamentação teórica, se realizou uma revisão bibliográfica, utilizando os descritores registrados no site dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): cuidadores informais, acamados, acesso aos serviços de saúde, cuidados domiciliares, planejamento em saúde.

A busca foi realizada nas bases de dados Literatura Latino americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); no site do SciELO Scientific Electronic Library Online e no site do Ministério da Saúde [www.gov.br/saude](http://www.gov.br/saude) e no Google Acadêmico <https://scholar.google.com>. Foram revisadas produções científicas publicadas nas línguas portuguesa e espanhola. Aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

O Projeto de intervenção foi elaborado pensando no cumprimento de ações que não necessariamente seguem uma ordem cronológica, podendo ocorrer de forma concomitante, conforme as necessidades da execução.

## 6 Resultados esperados

Descrição do Problema Seleccionado (Terceiro passo)

Essa proposta refere-se ao problema prioritário *baixa participação de cuidadores informais de domiciliados e acamados nas ações e serviços de saúde*.

Até outubro de 2024, existia um total de 09 usuários acamados e 22 usuários domiciliados cadastrados no nosso território. Esse grupo de 31 pessoas representa 1% do total da população adstrita na área (3098). Dos cuidadores vinculados a esses pacientes, 28 foram classificados como cuidadores informais principais. Todos mantinham a atividade há mais de um ano. Com idades entre 24 e 73 anos, a maioria é do sexo feminino (24 mulheres para um 85%). Os problemas de saúde registrados foram: Hipertensão arterial, Diabetes mellitus e problemas de saúde mental.

Apenas 02 deles, ou seja, 7%, tinham participado no último semestre de algum dos seguintes serviços ou ações de saúde programados na unidade: usuários com pressão arterial aferida em consulta; usuários diabéticos com hemoglobina glicosilada solicitada e/ou avaliada; mulheres com exame colpocitopatológico realizado; mulheres com mamografia realizada; hipertensos e/ou diabéticos com, pelo menos, uma participação em consulta e grupos de hiperdia; consulta e avaliação de saúde mental (psicologia ou psiquiatria).

Durante esse período, o único contato com a equipe de saúde foi durante as visitas das ACS e Visitas Domiciliares realizadas pela equipe aos seus dependentes.

Explicação do Problema (Quarto passo)

O problema foi discutido com os membros da equipe, procurando achar uma explicação, a origem e possíveis causas para, assim, definir os nós críticos.

Foi determinado que a baixa participação desses usuários está relacionada a fatores individuais e fatores do sistema. Como causa do indivíduo identificamos a falta de motivação com o cuidado com a própria saúde como consequência da sobrecarga e da dedicação total aos cuidados do dependente. As causas do sistema identificadas foram a existência de barreiras no acesso aos serviços de saúde relacionados à falta de flexibilidade na agenda, nos horários de consulta e coleta de exames e a falta de propostas de alternativas de atendimento por parte da equipe.

Seleção dos Nós Críticos (Quinto passo)

1. Falta de motivação com o autocuidado.
2. Limitação no acesso aos serviços de saúde.
3. Falta de alternativas de atendimento por parte da equipe.

Quadro 2- Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema Baixa participação de cuidadores informais de domiciliados e acamados nas ações e serviços de saúde, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família da USF Odair Aparecido Roque Botter Zugão de Pompéia-SP.

Fonte: Autora, 2025

Quadro 3- Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema Baixa participação de cuidadores informais de domiciliados e acamados nas ações e

Nó crítico 1. Falta de motivação com o autocuidado	
Operação:	Oferecer informação aos cuidadores sobre autocuidado.
Projeto:	Eu me cuido para te cuidar
Resultados esperados:	Aumentar o nível de conhecimento e de percepção do cuidador sobre seu estado de saúde. Motivar a procura por cuidados à própria saúde.
Produtos esperados:	Conversar sobre o tema nas visitas domiciliares, realizar avaliação de sobrecarga do cuidador (Zarit), elaborar e fornecer material educativo
Recursos necessários:	Cognitivo: conhecimento sobre o tema, estratégias pedagógicas e comunicativas Financeiro: escala de Zarit, panfletagem digital (whatsapp da unidade) e impressa (nas impressoras da unidade) Político: não necessária, total governabilidade da equipe de saúde sobre a ação.
Viabilidade do plano-recursos críticos: (Sétimo passo)	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Financeiro: produção do material educativo
Controle dos recursos críticos-ações estratégicas: (Oitavo passo)	Responsável: médicos, enfermeiros, ACS Motivação: favorável Ações de estímulo: não são necessárias
Acompanhamento do plano: (Nono passo)	Responsável: aplicar avaliação e produção do material: médicos e enfermeiros; panfletagem: ACS Prazo: 60 dias
Gestão do plano: (Décimo passo)	Monitoramento e Avaliação das ações: realizado pelo médico nos primeiros 30 dias e se for necessário o replanejamento serão corrigidas as ações e/ou recalculado o prazo. Atualmente as ações estão em execução

serviços de saúde, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família da USF Odair Aparecido Roque Botter Zugão de Pompéia-SP.

Fonte: Autora, 2025

Quadro 4- Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema Baixa participação de cuidadores informais de domiciliados e acamados nas ações e serviços de saúde, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família da USF Odair Aparecido Roque Botter Zugão de Pompéia-SP.

Fonte: Autora, 2025

Nó crítico 2. Limitação no acesso aos serviços de saúde.	
Operação:	Ampliar e flexibilizar o acesso aos serviços de saúde.
Projeto:	Levando o SUS até você.
Resultados esperados:	Oferta de cuidados individualizados aos cuidadores informais. Levar até eles os serviços possíveis e garantir o atendimento prioritário naqueles que requeiram da presença do usuário na unidade (Papanicolau e tratamento odontológico, por exemplo).
Produtos esperados:	Agenda aberta para atendimento prioritário aos cuidadores, agendamento de coleta domiciliar de exames laboratoriais, consulta de hiperdia “adaptada” durante a VD, avaliações odontológica e psicológica domiciliares. Vacinação durante as VDs.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre legislação do SUS, conhecimento técnico.Financeiro: veículos para transporte, caixa térmica para imunológicos, balança portátil, material descartável para realização de exame físico e coleta de examesPolítico: discussão com a gestão municipal para apresentar o projeto, a relevância e solicitar liberação dos recursos financeiros.
Viabilidade do plano-recursos críticos: (Sétimo passo)	Cognitivo: conhecimento técnicoFinanceiro: veículos para transporte, caixa térmica para imunológicos, balança portátil, material descartável para realização de exame físico e coleta de exames.Político: discussão com a gestão municipal para apresentar o projeto e solicitar liberação dos recursos financeiros.
Controle dos recursos-críticas-ações estratégicas: (Oitavo passo)	Responsável Recepcionistas, técnicos de enfermagem, equipe de saúde bucal, psicólogo, médicosMotivação: ESF: favorável; bioanalistas: indiferenteAções de estímulo: pagamento extra pelo serviço de deslocamento.
Acompanhamento do plano: (Nono passo)	Responsável: Recepcionistas: agendamentos, incluindo os via telefônica; técnicos de enfermagem: vacinação domiciliar e coleta de exames laboratoriais; médico, dentista e psicólogo: avaliações clínicas domiciliares.Prazo: 90 dias
Gestão do plano: (Décimo passo)	Monitoramento e Avaliação das ações: realizado pelos médicos e enfermeiros nos primeiros 45 dias e se for necessário o replanejamento serão corrigidas as ações e/ou recalculado o prazo. Atualmente as ações estão em execução parcial.

Nó crítico	
3. Falta de alternativas de atendimento por parte da equipe.	
Operação:	Oferecer opções de atendimento aos cuidadores informais diferentes das padronizadas.
Projeto:	Cuidando de quem cuida.
Resultados esperados:	Equipe capacitada para propor alternativas de atendimento aos cuidadores. Ampliar o nível de intervenção da equipe na assistência aos cuidadores através do uso da Telessaúde e da assessoria remota para realização de atividade física em casa, por exemplo
Produtos esperados:	Capacitação da equipe sobre legislação e recursos disponíveis do SUS; atendimento ao paciente por meio de tecnologia da informação (atendimento telefônico, videochamadas, aplicativos de mensagens) Projeto academia em casa.
Recursos necessários:	Cognitivo: conhecimentos sobre o tema, estratégias de comunicação, conhecimento sobre tecnologia da informação. Financeiro: elaboração de material educativo sobre SUS para a equipe. Material educativo sobre atividade física em casa; telefone celular, computadores da unidade e tablets dos ACS, internet e WiFi (já disponíveis), plataforma de Teleatendimento. Político: discussão com a gestão municipal para solicitar a liberação de plataformas de Teleatendimento.
Viabilidade do plano-recursos críticos: (Sétimo passo)	Cognitivo: conhecimentos sobre o tema Financeiro: elaboração de material educativo sobre SUS, telefone celular, computadores da unidade e tablets dos ACS, internet e rede WiFi (já disponíveis), plataforma de Teleatendimento Político: discussão com a gestão municipal para solicitar a liberação de plataformas de Teleatendimento
Controle dos recursos críticos-ações estratégicas: (Oitavo passo)	Responsável: enfermeira coordenadora, médicos, profissionais de TI da prefeitura, fisioterapeuta e educador físico. Motivação: Favoráveis Ações de estímulo: não é necessário
Acompanhamento do plano: (Nono passo)	Responsável: Enfermeira coordenadora: contato e discussão com gestores. Médica: educação continuada sobre SUS e atividades desenhadas pelo fisioterapeuta e educador físico. Prazo: 90 dias
Gestão do plano: (Décimo passo)	Monitoramento e avaliação das ações: realizado pelos médicos e enfermeiros nos primeiros 45 dias e se for necessário o replanejamento serão corrigidas as ações e/ou recalculado o prazo. Atualmente as ações estão em execução parcial.

## 7 Considerações finais

Os cuidadores informais responsáveis pelos pacientes domiciliados e acamados adscritos e atendidos pela eSF Odair Aparecido Roque Botter de Pompeia-SP, têm tido baixa participação nas ações de saúde desenvolvidas pela equipe, em especial aqueles considerados como cuidadores principais. As causas identificadas são algumas próprias desses usuários e outras atribuíveis ao sistema, o que condiz com o relatado na bibliografia revisada. Na literatura consultada, estão bem descritas as causas de sobrecarga dos cuidadores e a influência negativa que tem no autocuidado. Por outro lado, a existência de barreiras no acesso aos serviços de saúde pública foram identificados como fatores concomitantes na falta de procura por atendimento.

A assistência à saúde dos cuidadores informais de pacientes domiciliados e acamados deve ser garantida por parte da equipe de Saúde da Família, a fim de proporcionar bem-estar e qualidade de vida ao cuidador, que repercutirá na qualidade de vida do dependente e da família.

Foi apresentada a proposta de um projeto que consiga ampliar o nível de intervenção da nossa equipe diante da baixa participação dos cuidadores informais nas atividades e realizar ações que facilitem o acesso equitativo desses usuários aos serviços de saúde. Para lograr os objetivos, os atores precisarão de alguns recursos de baixo custo. A colaboração de outras entidades será discreta, uma vez que a equipe tem alta governabilidade nas ações propostas. Após a implementação do mesmo, esperamos obter resultados positivos no que se refere à maior motivação por parte dos cuidadores e acesso facilitado aos serviços, implicando uma maior adesão às ações de saúde.

# Referências

- ALBORNOZ, F. M. S. et al. *Cotidiano de cuidadoras informales: perspectivas desde la terapia ocupacional*. 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/SGMQLnzNn9JgrVzT4ywvm9k/?lang=es>>. Acesso em: 09 abr. 2025. Citado na página 22.
- BORDIN, D. et al. *Fatores associados à condição de acamado em idosos brasileiros: resultado da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013*. 2020. Disponível em: <<https://www.rbgg.uerj.br/arquivos/edicoes/RBGG%2023-2PORT.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2025. Citado na página 21.
- BRANDÃO, F. S. R. et al. *SOBRECARGA DOS CUIDADORES DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR*. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/11905>>. Acesso em: 11 mar. 2025. Citado na página 23.
- BRASIL, I. B. d. G. e. E. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades@. São Paulo. Pompeia*. 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/pompeia/panorama>>. Acesso em: 10 abr. 2025. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- BRASIL, M. d. S. *Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo*. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>>. Acesso em: 09 abr. 2025. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 23.
- BRASIL, M. d. S. G. H. C. *MANUAL DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*. 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual\\_Cuidadores\\_Profissionais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf)>. Acesso em: 09 abr. 2025. Citado 3 vezes nas páginas 17, 21 e 22.
- BRASIL, M. d. S. S. d. A. à. S. D. d. A. B. *Caderno de atenção domiciliar*. 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2025. Citado 3 vezes nas páginas 21, 22 e 25.
- BRASIL, M. d. S. S. d. A. à. S. S. d. G. d. T. e. d. E. n. S. *Guia prático do cuidador*. 2008. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2025. Citado 3 vezes nas páginas 21, 22 e 24.
- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. d. A. E. à. S. D. d. A. H. D. e. d. U. *Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde*. 2020. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 01 jun. 2025. Citado 2 vezes nas páginas 21 e 25.
- BRASIL, P. d. R. C. C. S. E. p. A. J. *LEI Nº 15.069, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2024*. 2024. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2023-2026/2024/Lei/L15069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2024/Lei/L15069.htm)>. Acesso em: 02 jun. 2025. Citado na página 23.
- CECCON, R. F. et al. *Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador*. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Jh377DRYXCQwKQnTVjxvVPp/?lang=pt>>. Acesso em: 10 jun. 2025. Citado 2 vezes nas páginas 22 e 24.

- DHS, D. d. H. e. s. d. P. S. *Serviços da saúde*. 2024. Disponível em: <<https://www.dhspompeia.sp.gov.br/>>. Acesso em: 11 mar. 2025. Citado na página 14.
- FARIA, A. A. d. et al. *CUIDANDO DE QUEM CUIDA – O PAPEL DO PSICÓLOGO COM CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS*. 2017. Disponível em: <[https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/004\\_artigo\\_saude\\_template.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/004_artigo_saude_template.pdf)>. Acesso em: 20 de mai. 2025. Citado na página 25.
- FARIA, H. P. d.; CAMPOS, F. C. C. d.; SANTOS, M. A. d. *Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde*. 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2025. Citado na página 29.
- GOMES, C. M. S. et al. *Encontro de mulheres poderosas: estratégia de intervenção em terapia ocupacional social com cuidadoras informais de pessoas com deficiência intelectual*. 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/JNHdNrQy9tKmnqywdRRnBNm/?lang=pt>>. Acesso em: 08 mar. 2025. Citado na página 22.
- IDF, I. d. D. F. C. N. *Quem somos*. 2021. Disponível em: <<https://idf.org.br/quem-somos/>>. Acesso em: 09 abr. 2025. Citado na página 14.
- INFORMAIS, . Movimento cuidar dos cuidadores. *Saúde Mental e Bem-Estar nos Cuidadores Informais em Portugal*. 2023. Disponível em: <<https://www.merckgroup.com/pt-pt>>. Acesso em: 06 jun. 2025. Citado na página 22.
- JACTO, S. o. G. J. G. *Histórico*. 2023. Disponível em: <<https://www.grupojacto.com.br/historico>>. Acesso em: 08 mar. 2025. Citado na página 13.
- MATUS, C. *Política , planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1996. v. 2. 297-481 p. Citado na página 29.
- MINAYO, M. C. d. S. *Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente*. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/54VDDz9vWN5hhhPXXJYbhcC/?lang=pt>>. Acesso em: 11 mar. 2025. Citado na página 22.
- MORAES, L. C. M. et al. *Rede de cuidado formal e informal do familiar que cuida do paciente em cuidados paliativos oncológicos no domicílio*. 2025. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Rqj9NQxmMVnjpNrKC3Vmtnk/>>. Acesso em: 07 jun. 2025. Citado 2 vezes nas páginas 23 e 25.
- NC, N. c. P. *Pompeia está entre as 55 melhores cidades do Brasil para morar; Cidade Coração é a 15ª do estado e a única da região no Top 60*. 2024. Disponível em: <<https://portalnc.com.br/noticia/7977/pompeia-esta-entre-as-55-melhores-cidades-do-brasil-para-morar-cidade-coracao-e-a-15-do-estado-e-a-u.html>>. Acesso em: 19 mar. 2025. Citado na página 14.
- NIED, M. M. et al. *Elementos da Atenção Primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário*. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/WLsQXrzJrP8Kv4DBsLSdnbP/?lang=pt>>. Acesso em: 09 abr. 2025. Citado 2 vezes nas páginas 24 e 25.
- POMPEIA, A. c. Prefeitura de. *História do município*. 2025. Disponível em: <<https://www.pompeia.sp.gov.br/cidade>>. Acesso em: 11 mar. 2025. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

PORTUGAL INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I. D. d. P. e. C. *GUIA PRÁTICO -ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL: CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL E CUIDADOR INFORMAL NÃO PRINCIPAL*. 2025. Disponível em: <[https://www.ulsrl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/38/2025/05/FI.ULSRL\\_.504.01-ESTATUTO-DO-CUIDADOR-INFORMAL-2025.01.01.pdf](https://www.ulsrl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/38/2025/05/FI.ULSRL_.504.01-ESTATUTO-DO-CUIDADOR-INFORMAL-2025.01.01.pdf)>. Acesso em: 09 jun. 2025. Citado 2 vezes nas páginas 22 e 23.

SILVA, E. C. d. et al. *Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores informais de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico*. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/Dfs4DCnbFrKnfbstw7s8HTC/?lang=pt>>. Acesso em: 08 mar. 2025. Citado 3 vezes nas páginas 21, 22 e 25.

TELES, M. A. B. et al. *Condições de saúde e sobrecarga de trabalho entre cuidadores informais de pessoas idosas com síndromes demenciais*. 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/NQpGjxMpvmcTwQhQnyDC3wD/?lang=pt>>. Acesso em: 09 abr. 2025. Citado na página 22.

YAMASHITA, C. H. et al. *Rede social de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência*. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reusp/a/FPW5Byyhd95vzmVFP6Hn8KD/?lang=pt>>. Acesso em: 19 mar. 2025. Citado na página 19.