

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM**  
**GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Fabírcia Josely Oliveira Barbosa

**CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES FAMILIARES PARA O CUIDADO COM**  
**USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM PROCESSOS CRÔNICOS NA ATENÇÃO**  
**PRIMÁRIA À SAÚDE**

Belo Horizonte  
2020

Fabírcia Josely Oliveira Barbosa

**CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES FAMILIARES PARA O CUIDADO COM  
USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM PROCESSOS CRÔNICOS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão Participativa na Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Lívia Cozer Montenegro

Belo Horizonte  
2020

Barbosa, Fabricia Josely Oliveira.

B238c Capacitação de cuidadores familiares para o cuidado com usuários que convivem com processos crônicos na Atenção Primária à Saúde [manuscrito]. / Fabricia Josely Oliveira Barbosa. - - Belo Horizonte: 2020.

67f.: il.

Orientador (a): Livia Cozir Montenegro.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,

Escola de Enfermagem.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/MP

**UFMG**

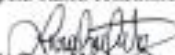
## FOLHA DE APROVAÇÃO

### **CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES FAMILIARES PARA O CUIDADO COM USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM PROCESSOS CRÔNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

#### **FABRICIA JOSELY OLIVEIRA BARBOSA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, área de concentração GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, linha de pesquisa Trabalho e Gestão Participativa na Saúde.

Aprovada em 05 de março de 2020, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Lívia Ozzer Montenegro - Orientador  
Universidade Federal de Minas Gerais

  
Prof(a). Silmar Maria da Silva  
UFMG - Escola de Enfermagem

  
Prof(a). Arizano Marçal Pimenta  
Escola de Enfermagem UFMG

Belo Horizonte, 5 de março de 2020.

  
Davidson Luis Braga Lopes  
Escola de Enfermagem UFMG  
SIAPE 2410190  
Matrícula 311758  
SECRETARIA

À minha família.

Amo vocês.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela felicidade de poder, nesta vida, ter sempre grandes desafios. Por ter me proporcionado viver este momento especial e transformador.

À Nossa Senhora Aparecida, por sempre interceder por mim a Deus.

À minha mãe Evanilde, meu pai Sebastião, minha irmã Flávia e meu irmão Lucas, que sempre acreditaram em mim, me amaram incondicionalmente e deram o seu melhor para fazer meus sonhos se tornarem realidade, superando a distância e a saudade.

À Vinicius, Jeanne e Madalena pelo ombro amigo durante toda essa caminhada.

À Valeria e Keila, agradeço pelos ótimos momentos de descontração, pelas conversas e por estarem sempre me apoiando e torcendo por mim.

À Secretaria de Saúde de Itacambira-MG que me deu a oportunidade de participar da equipe da ESF-Novo Século e da Coordenação da Atenção Primária de Saúde no município, que favoreceu essa conquista profissional.

Ao professor Adriano Marçal Pimenta e à professora Silmar Silva que participaram da banca no exame de qualificação e contribuíram com sugestões essenciais para a conclusão deste estudo.

À profa. Dr<sup>a</sup> Livia Cozir Montenegro, pelo apoio e por acreditar em mim. Obrigada por sua paciência, orientação e carinho. Sou imensamente grata a você por ter me dado a oportunidade de ingressar nesta jornada. Aprendi muito com você e sei que ainda tenho muito para aprender.

Aos meus colegas de graduação, com os quais tive o prazer de conviver durante esses 2 anos e aprender um pouquinho com cada um.

Aos professores do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde e ao Davidson Luis B. Lopes, nosso elo com o Colegiado de Pós-graduação, pela convivência, atenção e colaboração.

Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano.  
(MENDES, 2001)

## RESUMO

BARBOSA, Fabrícia Josely Oliveira. Capacitação de cuidadores familiares para o cuidado com usuários que convivem com processos crônicos na atenção primária à saúde. 2020. 68 f. Dissertação (Mestrado em Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

**INTRODUÇÃO:** As ações do cuidar necessitam da compreensão do problema que levou à dependência do indivíduo, bem como um conhecimento técnico para desempenhar com qualidade os procedimentos, sendo assim necessário o suporte por parte de uma equipe multiprofissional de saúde para qualificação dos cuidadores familiares. O cuidador familiar é um indivíduo responsável pelo cuidado contínuo ao membro dependente, ainda que não possua capacitação específica. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de se compreender esta relação e se há capacitação para os cuidadores, como e quem realiza esse treinamento, visto que este gera impactos no cuidado sobre a vida e saúde do cuidador e do dependente. **OBJETIVO:** Conhecer sobre o processo de capacitação para cuidadores familiares que realizam o cuidado de usuários dependentes por um processo crônico, no contexto da atenção primária da saúde. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo interpretativo qualitativo desenvolvido com 25 cuidadores familiares de usuários dependentes de cuidados por uma condição crônica, adstritos a uma Equipe de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte - Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada por meio de visitas domiciliares entre agosto e setembro de 2016. Foi utilizada entrevista com roteiro semiestruturado. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin, a qual permitiu a obtenção de indicadores textuais passíveis de realizar inferências de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens. Após a análise, os dados foram refletidos por meio de três categorias, a saber: 1- Orientação clínica para o cuidador familiar 2- Necessidade de capacitação profissional 3- Apoio dos profissionais da área de saúde. **RESULTADOS:** Com relação às características dos cuidadores familiares, houve predomínio de cuidadores do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade e renda, sem atividade remunerada, filho/filha do dependente, sedentários e portadores de alguma doença ou agravo não transmissível. No que diz respeito ao processo de capacitação, os participantes afirmaram não haver realizado nenhum curso para exercer atividades de cuidado. Com relação às categorias de análise, evidenciou-se a necessidade de capacitação para os cuidadores familiares e trouxe à tona as dificuldades apontadas sobre o ato de cuidar pela ausência de conhecimentos e apoio da Estratégia Saúde da Família. Com relação aos profissionais, percebeu-se que poucos estão capacitados e dispostos a promover estratégias educativas juntos aos cuidadores familiares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O cuidado de pessoas dependentes devido a uma condição crônica tem sido realizado, na sua maioria, por familiares do sexo feminino, com grandes vulnerabilidades sociais, financeiras e sem instrução específica para a prestação de cuidados. Apesar das dificuldades, a família tem assumido este cuidado, desprotegida de uma rede de apoio. Esclarece-se neste estudo a necessidade de capacitar e apoiar essas famílias para a melhoria de qualidade de vida das pessoas envolvidas no cuidado e de seus dependentes e sugere-se o desenvolvimento de uma plataforma online que oriente as famílias que se encontram em situação de dependência.

**Palavras chaves:** Saúde da Família, Cuidador, Políticas Públicas, Capacitação.



## ABSTRACT

BARBOSA, Fabrícia Josely Oliveira. Aspects of training on family care for users who deal with chronic processes in the primary attention to health. 2020. 69 f. Dissertação (Mestrado em Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

**INTRODUCTION:** Care actions need an understanding of the problem that led to the individual's dependence and technical knowledge to perform procedures with quality, thus requiring the support of a multidisciplinary health team to qualify informal family caregivers. The family caregiver is an individual who is responsible for the dependent person's continuous care, even though (s)he does not have any specific training. In this context, the need to understand this relationship is highlighted, as well as whether there is training for those caregivers, and how/who performs the training, since it generates impacts on the life and health of both the caregiver and the dependent one. **OBJECTIVE:** To get to know about the training process for family caregivers who carry out the care of dependent users through a chronic process in the context of primary health care. **METHOD:** This is a qualitative study developed with a population of 25 caregivers of individuals who are dependent of care, assigned to two Basic Health Units in Belo Horizonte, Brazil. Data collection was carried out by means of home visits between August and September 2016. A questionnaire was used for the sociodemographic characterization of the caregiver and dependent individual. The data were analyzed by using Bardin's method through analysis of the content, in order to obtain textual indicators that allow the inference of knowledge regarding the conditions of production and message reception. After the analysis, the data were reflected through three categories, as follows: 1- Clinical orientation for the family caregiver; 2- Need of professional training; 3- Health professionals' support. **RESULTS:** There was a predominance of female caregivers, with low education and income levels, without paid activities, who were the dependent person's children, sedentary, with a non-transmissible disease or condition. With regard to training, the participants stated that they had not taken any courses for exercising care activities. As to the analysis categories, the need of family caregivers' training was highlighted. In addition, it brought up difficulties about the act of caring due to lack of knowledge and support from the FHS (Family Health Strategy). Regarding the professionals, it was pointed out that few are trained and willing to promote educational strategies with family caregivers. **FINAL CONSIDERATIONS:** Care for debilitated and dependent people has been carried out by relatives, mostly female, with great social and financial vulnerabilities, without instruction in the provision of assistance. Thus, the socioeconomic characteristics of the caregiver are decisive factors in their quality of life. This study highlights that there is a need for training courses and it also suggests on-site guidance for caregivers, which would contribute to improving the act of caring and increasing the life expectancy of both the dependent person and the caregiver.

**Key words:** Family health. Caregivers. Public Policies. Training

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	23
--	----

## TABELAS

Tabela 1. Características Sociodemográficas dos Cuidadores Familiares .....	38
Tabela 2. Formação dos Cuidadores Familiares.....	40
Tabela 3. Situação de Saúde dos Cuidadores Familiares .....	41
Tabela 4. Atuação do Cuidador Familiar.....	42

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVDs	Atividades da Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DS	Distritos Sanitários
ESF	Estratégia Saúde da Família
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EqSF	Equipe de Saúde da Família
DS	Distritos Sanitários
IB	Índice de Barthel
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa de Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar

SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	155
2 OBJETIVOS.....	188
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos específicos .....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 Sistema Único de Saúde e a atenção primária como locus de cuidado. ....	19
3.2 Rede de Atenção à Saúde como possibilidade de integração do cuidado familiar.....	222
3.3 Programa Melhor em Casa e políticas de apoio aos cuidadores familiares no contexto da APS.....	266
3.4 Capacitação e orientação familiar.....	288
3.5 A Família como apoiadora do SUS .....	30
4 METODOLOGIA.....	312
4.1 Tipo de estudo .....	312
4.2 Cenário do estudo .....	323
4.3 Participantes do estudo .....	333
4.4 Coleta de dados.....	345
4.5 Análise dos dados .....	355
4.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	366
5 RESULTADOS .....	378
5.1 Características sociodemográficas, do estado de saúde e do nível de instrução de cuidadores familiares.....	378
5.2 Categorias de Análise qualitativa .....	423
5.2.1 Categoria 1 : Orientação clínica para o cuidador familiar.....	423
5.2.2 Categoria 2: Necessidade de capacitação profissional .....	434
5.2.3 Categoria 3: Apoio dos profissionais da área de saúde .....	456
6 IMPACTO SOCIAL E PRODUTO .....	52
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	534
REFERÊNCIAS .....	556
ANEXOS.....	656

## 1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, a organização da atenção à saúde no Brasil tem se caracterizado pela composição de uma rede de serviços de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, realizam ações com intuito de garantir a integralidade do cuidado à população, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial (BRASIL, 2010). A constituição de uma rede de serviços implica um novo sistema, mudanças políticas e culturais e cognitivo-tecnológicas em todos os serviços envolvidos no Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES, 2009).

Essas mudanças têm como pressupostos uma prática voltada para a qualidade da assistência nos diferentes níveis de atenção à saúde. Dentre esses níveis, há que se destacar a APS como um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange 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 de autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Na perspectiva de redes de atenção, o nível primário vem sendo operacionalizado por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que se constitui como ordenadora do sistema de atenção à saúde pela função resolutiva, onde é possível atender 85% dos problemas mais comuns (MENDES, 2012).

No que tange à população usuária é evidenciado, na literatura, que o quadro da saúde dos brasileiros tem passado, nas últimas décadas, por profundas modificações quanto aos aspectos demográfico, antropométrico e de morbimortalidade, confirmadas pelo aumento nas proporções de idosos (MENDES *et al.*, 2012) e de indivíduos com sobrepeso ou obesidade (BRASIL, 2014), além do predomínio de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Uma das consequências decorrentes dessas transformações no quadro de morbimortalidade tem sido o aumento do fenômeno da dependência de cuidados em usuários que convivem com um processo crônico em nossa sociedade, seja ela em virtude da debilidade física ou por enfermidades ligadas ao envelhecimento, tais como o Alzheimer, ou por consequência das sequelas de lesões incapacitantes provocadas pelas DANT, que restringem as atividades cotidianas do sujeito, tais como cegueira, amputações e paresias ou plegias que, quando combinadas, desencadeiam usuários pluripatológicos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), a condição crônica é aquela que abarca problemas de saúde que persistem com o tempo e requerem algum tipo de gerenciamento e cuidados permanentes. Essas condições são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças em todo o mundo e, no ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento. No Brasil, as doenças crônicas representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações (BRASIL, 2012). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Atenção Básica publicou, em 2012, um documento contendo diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e nas linhas de cuidados prioritárias do SUS, na tentativa de definir conceitos e subsidiar a organização da atenção à saúde em resposta ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DANT elaborado em 2011 (BRASIL, 2013).

Embora os desdobramentos desse plano tenham apontado para a melhoria do acesso e da qualidade da APS, os métodos para a realização do cuidado integral e as ações para o enfrentamento do fenômeno da dependência em usuários que convivem com um processo crônico ainda não são suficientes para melhorar a qualidade de vida desses usuários, de seus cuidadores e de suas famílias, promover a autonomia e reduzir a severidade da doença. Sabe-se que a epidemia das condições crônicas pela qual a população vem sendo afetada repercute no âmbito da família, comprometendo a saúde de seus membros, com o desgaste físico e emocional, em particular, daqueles que se dedicam aos cuidados do ente dependente. Tanto a família quanto o cuidador principal, geralmente parentes e mulheres, de idade avançada, ficam expostos a uma complexa rede de sentimentos produzida pelas incertezas quanto às doenças e aos tratamentos e, ainda, pela possibilidade de agravo da incapacidade. Somados a esta realidade, estudos internacionais demonstram que 67% das famílias assistem o parente com a doença sem pertencer a grupos de apoio (CISEK, 2005).

O cuidador familiar tem assumido a responsabilidade da gerência do cuidado dos pacientes tendo que prover ou coordenar os recursos requeridos, bem como exercer o cuidado contínuo. No entanto não dispõe, na maior parte dos casos, de formação específica para tal atividade e não é remunerado pelo serviço prestado (MONTEIRO *et al.*, 2015). Diante dessa realidade, ocorrem transformações que implicam na rotina de atividades diárias, tanto no dependente como em toda sua família. Um estudo com cuidadores de pessoas acometidas por Acidente Vascular Cerebral (AVC), realizado em Taiwan em 2013, afirmou que as maiores necessidades dos cuidadores estão relacionadas, justamente, com o domínio de informações e a falta do apoio de profissionais de saúde (KUO *et al.*, 2013).



O interesse pelo tema foi aguçado diante da realidade dos cuidadores informais assumirem a responsabilidade de cuidar dos seus familiares dependentes desprovidos de capacitação apropriada, o que gera não somente prejuízo físico e psicológico como também aumento do estresse de tais cuidadores que, muitas vezes, anulam-se para viver em função do seu dependente.

É sabido que as ações do cuidar necessitam da compreensão do problema que levou à dependência do indivíduo, bem como um conhecimento técnico para desempenhar com qualidade as ações necessárias, sendo assim indispensável o suporte por parte de uma equipe multiprofissional de saúde para qualificação dos cuidadores familiares. A corresponsabilização da família na realização de cuidados no domicílio é cada vez mais freqüente, o que se torna um importante problema de saúde pública e necessita, assim, de estudos que procurem colaborar com o trabalho realizado pelas famílias, bem como evidenciar a importância das estratégias educativas por parte dos profissionais para apoiar e orientar as famílias.

Compreendendo que os cuidadores familiares têm assumido os cuidados dos membros da família que convivem com condições crônicas, questiona-se: como as famílias têm sido capacitadas para realizar o cuidado com os usuários dependentes no contexto da APS? Quem realiza essa capacitação e que temas precisam ser abordados? Na condição de cuidador é necessário conhecer minimamente técnicas de ergonomia e procedimentos para o fortalecimento da autonomia do sujeito, identificar comportamentos e situações de risco, fatores clínicos e físicos bem como querer estar presente nessa ação de cuidado que despende paciência, respeito e confiança.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Conhecer o processo de capacitação para cuidadores familiares responsáveis por usuários cronicamente dependentes no contexto da atenção primária da saúde.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever as características sociodemográficas dos cuidadores familiares;
- b) Apresentar os temas que têm sido abordados na capacitação de cuidadores familiares;
- c) Identificar que profissionais têm sido envolvidos diretamente no processo de capacitação de cuidadores familiares;
- d) Sugerir o desenvolvimento de uma plataforma digital para oferecer cursos de capacitação aos cuidadores familiares.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Sistema Único de Saúde e a atenção primária como lócus de cuidado.

O SUS, garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis complementares 8.080 e 8142, de 1990, sobreviveu a vários desafios, desde sua implantação até os dias atuais e, apesar dos avanços, enfrenta dificuldades para sua consolidação. O sistema, através de seus princípios e diretrizes norteadores, busca ofertar ao indivíduo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, compreendendo o sujeito de forma integral (BRASIL, 2003; BRASIL, 1988; FARIA; COELHO; WERNECK, 2009).

Para Campos o princípio da integralidade

implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos (CAMPOS, 2010, p. 577).

O conceito de integralidade, apontado por Campos (2010) e sustentado pela Constituição Federal de 1988 garante, em seu artigo 196

saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, CF., 1988).

Nesse sentido o sistema, no Brasil, configura-se na lógica da promoção da saúde, objetivando a integralidade da assistência prestada ao usuário, à família e à comunidade. Tal integralidade da assistência constitui o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação (SCHMIDT, 2011). Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido de provocar mudanças e implementar os princípios doutrinários em toda a rede de atenção.

As RAS buscam atender às necessidades dos indivíduos nos diversos níveis de atenção de forma que os serviços possam se referenciar entre si e a APS passe a ser vista como porta de entrada preferencial para os mesmos o que, apesar da pouca tecnologia, caracteriza-se por grande complexidade devido ao território heterogêneo (MENDES, 2011).

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a atenção primária de saúde constitui uma estratégia para organizar os sistemas de saúde, de modo a possibilitar o acesso universal aos serviços e à atenção integral ao longo do tempo (CASTRO *et al.*, 2012). Por meio da APS é possível oferecer um conjunto de ações voltadas a atender, de forma individual e coletiva, através da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidado continuado a uma população adstrita a um território definido aproximando, através do atendimento familiar, e assim criando vínculo. Nesse sentido a ESF, composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem conhecer os determinantes de saúde envolvidos no processo de adoecimento do indivíduo, bem como atuar sobre esses, oferecendo autonomia e co-responsabilidade aos usuários e ou pacientes para com o seu cuidado (BRASIL, 2011).

Corroborando Paim (2006, p. 15):

a atenção à saúde pode sofrer as influências do perfil epidemiológico da população, que depende, fundamentalmente, das condições e estilos de vida (modo de vida) e se expressa em necessidades (sofrimento, doença, agravos, riscos e ideais de saúde) e demandas por consultas, vacinas, informações, exames e hospitalizações.

A ESF assume um papel privilegiado de trabalhar o indivíduo em seus vários aspectos (econômico, social e de saúde, dentre outros) e apresenta, como propósito, organizar as famílias de modo a atender suas necessidades de forma individual e coletiva, de maneira a conhecer o indivíduo, seu núcleo familiar e o território no qual está inserido, além de buscar compreender melhor o seu processo de adoecimento.

Assim, o modelo de APS no Brasil é desenvolvido por meio das ações e serviços na ESF, sendo essa a porta de entrada preferencial para os usuários nos serviços de saúde, voltada para a uma atenção integral, através de uma equipe interdisciplinar, atendendo à uma população adstrita a um território definido, possuindo ampla capilaridade e conectando-se à rede de serviços nos diversos níveis (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Para o processo de trabalho das equipes da ESF o Ministério da Saúde garante uma estrutura legal que, diante da concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado, orienta as diretrizes para o trabalho dos profissionais a serem realizados no âmbito da APS.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) enxerga a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua estruturação, de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2017). A organização, neste nível de atenção, é comumente realizada por meio da Visita Domiciliar (VD) que se configura como um importante instrumento para o acompanhamento

das famílias pela ESF pois, uma vez em contato direto com o usuário ou paciente em seu domicílio, o profissional consegue interagir de modo efetivo no seu cuidado, compreendendo o contexto onde esse se encontra, bem como suas reais necessidades de saúde, tornando os cuidados domiciliares parte integrante das ações da ESF.

De acordo com Gerk, Freitas e Barros (2000), a VD é uma ação importante realizada pelos profissionais da ESF, já que possibilita criar vínculo entre os profissionais e usuários ou pacientes, respeitando suas crenças, visões e valores, o que a torna indiscutível quando relacionada às ações da APS, para identificação dos determinantes sociais bem como para a realização de ações de promoção e prevenção de saúde do indivíduo e de sua família.

Conforme Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), após a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, e com a inserção dos trabalhadores da saúde nos domicílios através do trabalho dos ACS durante as VD, houve uma mudança quanto à possibilidade de compreender não somente a necessidade de saúde encaminhada pelo paciente à unidade básica de saúde (UBS) mas, também, a que existe nos domicílios. Essas iniciativas possibilitaram o conhecimento dos pacientes que não se dirigem às UBS devido a alguma dependência funcional e que necessitam de cuidados no domicílio o que, na maioria das vezes, é realizado por familiares com ou sem orientação adequada, trazendo impacto negativo na qualidade de vida do paciente e do cuidador familiar. Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008, p.267), afirmam que:

as mudanças nos perfis demográficos e de morbimortalidade da população mundial ao longo do último século e consequentes desafios para os sistemas de saúde explicam o crescente interesse dos pesquisadores pelo cuidado domiciliário à saúde, realizado no âmbito da família e envolvendo cuidadores leigos (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008, p.267).

A importância do cuidado no domicílio favoreceu o reconhecimento de novas ferramentas para a ampliação de práticas e de atendimento às necessidades dos usuários (XAVIER *et al.*, 2019). Como consequência, a Atenção Domiciliar (AD) apresenta-se como oportunidade, desde 2011, para 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 RAS (BRASIL, 2011).

Um dos diferenciais das equipes do serviço de atenção domiciliar (SAD) relativamente às demais equipes de saúde da RAS é o fato de construírem sua relação com o sujeito que necessita de cuidados no domicílio e não em um estabelecimento de saúde. Dessa forma, a potencialidade inovadora da AD se dá pela maior permeabilidade das equipes aos diferentes

aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença (SILVA *et al.*, 2010).

Apesar do potencial da AD, os cuidados aos usuários dependentes por uma condição crônica são iniciativas que apresentam critérios extremamente rígidos, com foco em pacientes idosos, na ausência de dimensionamento do grau de dependência e dos indicadores de vulnerabilidade familiar, com baixa avaliação de casos pelas ESF ou pelo hospital, sendo programas individuais, de pouca abrangência, que ainda não compõem uma rede articulada de apoio. Constituem programas dessa natureza o Melhor em Casa do Governo Federal e o Programa Melhor Cuidado, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que disponibiliza um cuidador social no domicílio.

O apoio da ESF constitui um ponto básico e indispensável para a promoção de um envelhecimento com mais qualidade de vida, com menos doença e com autonomia e independência: “logo, um envelhecimento bem-sucedido não depende apenas das políticas públicas de saúde, mas o setor saúde deve estar preparado para dar respostas nos campos da prevenção e promoção da saúde das pessoas idosas” (BRITO *et al.* 2013, p. 162).

Reconhece-se, desta maneira, que os profissionais da APS devem buscar estratégias de forma dinâmica e usar de senso crítico, sendo capazes de oferecer aos pacientes com dependência de cuidados um atendimento de qualidade humanizado, considerando as suas limitações individuais e de acordo com a sua necessidade, bem como oferecendo autonomia para o mesmo e para seus familiares (BRASIL, 2012).

Com isso, a APS constitui um espaço onde os profissionais devem procurar entender o contexto onde o indivíduo se encontra, oferecendo muito mais que apoio tecnológico - reconhecendo as potencialidades naquele ambiente e usá-las a fim de apoiar o paciente e os familiares na prática de cuidados efetivos garantindo, assim, uma melhora na qualidade de vida dos mesmos. Nessa perspectiva, os profissionais da ESF devem compreender que o núcleo familiar constitui um grande apoiador dos serviços de saúde, especialmente de maneira a garantir a continuação permanente dos cuidados.

### **3.2 Rede de Atenção à Saúde como possibilidade de integração do cuidado familiar.**

Para Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) consistem numa resposta à tripla carga de enfermidades ainda não superada pelos serviços de saúde, que envolve as doenças epidemiológicas, as condições crônicas e as causas externas, atualmente com grande influência sobre os serviços de saúde. Considerando que atender às necessidades de saúde de

um indivíduo de forma integral e com equidade é algo tão complexo, o autor aponta a necessidade dos serviços de saúde estarem organizados de forma poliárquica, contando com uma comunicação de referência e de contra referência entre os três níveis de atenção à saúde, considerando o grau de complexidade e a densidade tecnológica e buscando, dessa maneira, atender de forma integral usuário/paciente. Para o autor,

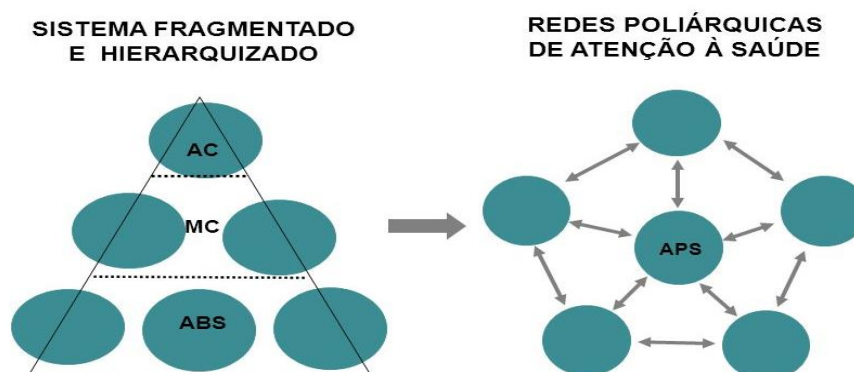
a concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais (MENDES, 2009, p.143).

Ainda nesse contexto o autor aponta que a APS torna-se porta de entrada preferencial dos usuários ao serviço de saúde e, sendo assim, acompanhará uma população adstrita a um território definido, conhecendo os determinantes sociais de saúde local, planejando ações e serviços a serem realizados pelas equipes de saúde. Ademais, deverá realizar promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e acompanhamento contínuos do indivíduo e do seu núcleo familiar, oferecendo autonomia sobre o seu tratamento e, ao mesmo tempo, co-responsabilizando-o por sua saúde.

A RAS, então, permite que as equipes de saúde desenvolvam os seus processos de trabalho mais próximas ao indivíduo, conhecendo suas reais necessidades e construindo vínculos de maneira que consiga acompanhá-lo de forma longitudinal nas suas diferentes fases da vida (MENDES, 2010).

A Fig. 1 ilustra o conceito do autor sobre o funcionamento das redes de atenção à saúde, tendo a atenção primária como centro de articulação entre os níveis de atenção (MENDES, 2009).

Figura 1: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes, 2009, p. 143.

Para a estruturação da RAS alguns desafios se fazem presentes, dentre eles uma ação integrada entre os diferentes níveis de atenção de forma a promover uma melhor assistência aos pacientes ou usuários, um melhor acesso ao serviço de saúde e a gestão adequada dos recursos financeiros, o que dificulta a realização de um trabalho com qualidade para o indivíduo e sua família. Nesse sentido, como forma de apoiar o trabalho das equipes de saúde, a RAS propõe oferecer educação sanitária ao paciente para que ele se torne co-responsável por sua saúde (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; SILVA *et al.*, 2008).

Silva *et al.* (2008) acrescentam, ainda, que o sistema de rede deve ser organizado de modo lógico e compartilhado entre os três níveis de atenção à saúde, de forma a assegurar que os profissionais e os pacientes ou usuários possam ter garantida educação permanente e aparato tecnológico sanitário de modo contínuo e resolutivo, atendendo aos três níveis de atenção. Pois sendo a RAS um conjunto de ações e serviços integrados, deve-se buscar atender os indivíduos de forma integral, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade de forma longitudinal, construindo estratégias abrangentes de maneira que os serviços de saúde possam acompanhar o indivíduo nas diferentes condições de saúde e fases da vida.

O MS, com vistas a organizar os diferentes serviços busca, através das políticas de saúde construir, fortalecer e oferecer suporte para as equipes nessa atuação complexa, para que possam assegurar ao usuário o conjunto de ações necessárias. Tendo em vista a diversidade das necessidades de saúde, um modelo único de rede não seria suficiente para atender às mesmas, o que também dificultaria o trabalho das equipes. Desse modo, para melhor acolher o indivíduo e as famílias, um instrumento muito utilizado pelas equipes são as linhas de cuidados.

Para Franco e Magalhães Junior (2003), as linhas de cuidado podem ser concebidas a partir de afecções (hanseníase, tuberculose, hipertensão), nas diferentes fases da vida (recém-nascido, criança, adolescente, adulto e idoso) e de problemas como saúde bucal e presença de necessidades especiais, sendo concebidas para organizar a assistência nos três níveis de atenção, de forma a direcionar e garantir ao usuário o cuidado integral, bem como serem usadas como instrumento de apoio pela gestão.

Para Silva *et al.* (2015), os serviços de saúde alcançam um campo diverso e precisam atender a uma série de inquietudes da população, compreendendo os três de níveis de atenção. A atenção básica de saúde busca práticas que atendam o indivíduo e o seu grupo familiar, utilizando da compreensão do contexto para que consiga influenciar na condição de saúde do sujeito, mais que utilizar tecnologias uma vez que, nem sempre, essas conseguem atender às reais necessidades.



Neste contexto Silva *et al.* (2013), indicam que as várias mudanças no perfil sócio-econômico-demográfico e cultural das famílias, nos últimos anos, têm levado os países a repensar os modelos de saúde, uma vez que se busca uma solução para promover melhor qualidade e bem estar para o indivíduo e sua família através de ações e serviços que promovam a redução de danos. Sendo assim, a ESF evidencia-se como espaço primordial para qualificar o cuidado no domicílio apresentando-se como solução importante para a reorganização dos sistemas ou das RAS, assim como da assistência social (SEIXAS *et al.*, 2014).

Além da ESF, outra figura importante que merece atenção é o cuidador familiar (BRASIL, 2012). Com a criação das ESF na atenção básica, buscou-se levar em conta, efetivamente, a família, considerada como apoiadora dessas equipes. O conceito de família, para a maioria dos autores, é de uma unidade social com a qual os indivíduos possuam algum laço legal ou de consanguinidade, onde cada qual constitui um segmento e, sendo assim, mostra-se importante no processo de promoção da saúde do núcleo familiar (SCHWARTZ *et al.*, 2004).

O reconhecimento e a inserção do cuidador familiar na APS mostrou-se de extrema importância na relação entre a ESF e a equipe multiprofissional de saúde, no sentido da realização das suas atividades nos domicílios. Por isso, promover a saúde para esses cuidadores também se faz importante, uma vez que sua condição reflete-se na qualidade da assistência prestada (MIGUEL; FIGUEIRA; NARDI, 2010).

Nesse contexto, os profissionais da ESF devem se envolver mais com as famílias no intuito de entender quais cuidados necessitam e qual o grau de dependência apresentam diante das afecções, já que a maioria das doenças e agravos crônicos não transmissíveis causam algum grau de dependência no indivíduo. Por sua vez, esse passa a necessitar de ajuda de algum familiar para realizar as suas atividades diárias afetando, significativamente, a qualidade de vida de toda sua família (BRASIL, 2007).

Com isso, pretende-se que o profissional de saúde aproxime-se das famílias, conhecendo a cultura, o território, as afecções e as vulnerabilidades, ou seja, os determinantes sociais da saúde. Dessa maneira, poderia planejar suas ações de maneira a atuar como apoiadores dessas famílias, buscando promover uma melhor qualidade de vida tanto para o usuário/paciente quanto para o seu cuidador familiar, pois a doença não acomete o indivíduo isoladamente. Por conseguinte, a equipe deve realizar ações que abranjam todo o núcleo familiar tornando, dessa maneira, o trabalho eficaz e eficiente.

### 3.3 Programa Melhor em Casa e políticas de apoio aos cuidadores familiares no contexto da APS

A AD passou por diversas adaptações ao longo da história, na busca da estruturação de seu serviço e no intuito de aprimorar diretrizes e regulamentos, aproximando-se, cada vez mais, das ESF pra um melhor suporte aos profissionais e às famílias com indivíduos dependentes por alguma DANT. Pode-se dizer que as primeiras ações foram realizadas na década de 90, através dos serviços de *home care* realizados nos grandes centros urbanos, são sendo uma realidade para todos os usuários que dependiam do serviço (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Com a ideia da deshospitalização fortalecida, fazia-se necessário pensar na criação de novos serviços para atender aos pacientes /usuários que necessitavam de cuidados hospitalares a longo prazo. Nesse sentido publicou-se, em 1998, a Portaria nº 2.416 contendo os critérios para credenciamento dos hospitais, bem como a realização da AD pelo SUS. Nesse última, os serviços somente aconteciam com o consentimento da família e com o parecer positivo de uma equipe de saúde multiprofissional que avaliaria se a mesma teria, realmente, condições de receber o paciente/usuário em seu domicílio, considerando as necessidades demandadas e as condições familiares e domiciliares (BRASIL 2008; BRASIL, 2014).

No ano de 2001 os serviços oferecidos pela AD ampliam-se e passam a contemplar, segundo os critérios estabelecidos pela Secretaria de Assistência à Saúde, os pacientes portadores de Distrofia Muscular Progressiva, através da Portaria nº 1.531 que ordena, no SUS, o Programa de Assistência Ventilatória. O MS, no intuito de organizar a AD passa, através da Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002, a caracterizar os serviços oferecidos em diferentes modelagens, sendo as ações desenvolvidas por equipe multiprofissional, buscando a qualificação através da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora (BRASIL, 2002).

Através da Portaria nº 2529, de 19 de outubro de 2006, o MS amplia os serviços da AD passando a atender, também, os pacientes clinicamente estáveis mas que demandavam cuidados a nível ambulatorial. Neste ínterim fez-se necessário, com o intuito de garantir um cuidado com qualidade e segurança para o paciente /usuário, a criação de regulamentações que garantissem os direitos dos mesmos. Assim, nesse mesmo ano, é publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que regulamenta os critérios técnicos para inclusão do usuário e da família no atendimento domiciliar (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Através da Portaria nº 2029, de 24 de agosto de 2011, o MS institui o Programa Melhor em Casa, que tem como objetivo oferecer um cuidado humanizado e com equidade aos

pacientes, através do apoio e do carinho dos seus familiares no aconchego do seu lar evitando, assim, um agravamento do seu quadro clínico e possíveis infecções hospitalares. Essa mesma portaria cria a Política Nacional de Atenção Domiciliar no SUS, redefinindo a AD no âmbito desse sistema (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011a). No entanto, essa portaria foi substituída pela de nº 2.527 e a AD passou a ser considerada como serviço de apoio da RAS no SUS, por sua característica inovadora, levando à retomada de discussões sobre esse assunto, além de definir o repasse federal fundo a fundo para custeio das equipes multiprofissionais (BRASIL2011a; BRASIL, 2011b).

Através da Portaria nº 1.600, de 2011, a AD passa a fazer parte da RAS, que a inclui na Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011c). No ano de 2013, a AD é fortalecida pela Portaria nº 1.208, que estabelece a integração do Programa Melhor em Casa com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências, nos quais as Equipes Multiprofissionais de Atenção (EMAD) constituíam peça fundamental para a realização das atividades. E, nesse mesmo ano, é publicada a Portaria nº 1505, que define o financiamento para a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) nas modalidades tipo 1 e 2, além da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013).

A Portaria nº 825, publicada em 25 de abril de 2016, define requisitos para implantação de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município, bem como inclui usuários nas diferentes modalidades do programa, a serem atendidos de acordo com suas necessidades e não de acordo com os procedimentos demandados, além da atualização das equipes capacitadas para realização das atividades. Ainda através dessa portaria, o cuidador passa a não ser mais pré-requisito para que o usuário/paciente faça parte do SAD, a não ser nos casos de usuários ou pacientes dependentes funcionalmente, conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (BRASIL, 2016).

Em suma, o que se percebe é que o SAD vem passando por diversas mudanças no intuito de fortalecer o serviço em todos os pontos da RAS, buscando melhorar o atendimento no domicílio, ocasionando uma série de publicações e revogação de inúmeras legislações. Mesmo passando por tantas mudanças na busca de integralidade do cuidado percebe-se, na atualidade, que o real papel de cuidador muitas vezes tem sido assumido pela própria família ou por pessoas que apresentam laços afetivos, na sua maioria mulheres. Tais cuidadores são desprovidos de conhecimento adequado para a realização das tarefas demandas diariamente pelo familiar com

dependência funcional evidenciando assim, a precariedade das políticas de saúde (MAIA *et al.*, 2018).

Portando o SAD precisa aprimorar-se no que diz respeito à humanização do cuidado de forma integral aos usuários ou pacientes, bem como promover um melhor apoio aos cuidadores familiares, já que constituem peça indispensável para o sucesso e a qualidade das ações no domicílio.

### **3.4 Capacitação e orientação familiar**

Cuidar no domicílio implica em novos modos de fazer e saber dos trabalhadores da saúde. Isso porque tal postura deve buscar realizar ações que permitam a integralidade, a equidade e o cuidado à família (MARTINS *et al.*, 2007). Frente a isso, é importante que os serviços de saúde organizem as ações do cuidado familiar a fim de fomentar a promoção da saúde através da educação, buscando conhecer as dificuldades e reais necessidades da família e consentindo, também, com a autonomia e a corresponsabilidade, enfatizando a subjetividade e a criação de vínculo.

A educação em saúde constitui-se um espaço que possibilita a construção de conhecimento, levando em consideração a cultura do indivíduo, considerando-a uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais (MEYER *et al.*, 2006). É importante para o trabalhador social compreender que seu espaço é construído por sua ação política, na medida em que sua tarefa fundamental é a de agir junto aos demais trabalhadores, como sujeito e não objeto de transformação (TRAVASSOS, 2016). O trabalhador da saúde não deve, apenas, impor sua vontade sobre o indivíduo, sobre o que acredita ser o melhor a fazer, mas levar em consideração o princípio da equidade buscando, através da educação em saúde, o que pode ser mais relevante na compreensão desse indivíduo e, dessa maneira, qualificá-lo de forma que não infrinja os seus saberes culturais, provocando seu distanciamento da equipe de saúde.

Assim, para que a equipe multiprofissional promova estratégias de educação em saúde, é preciso que possua o entendimento integral a respeito de saúde e de qualidade de vida das pessoas, considerando a história de vida, promovendo a autoconfiança e buscando não ter uma visão etnocêntrica. Além disso, é fundamental desenvolver atitudes e práticas de cidadania, aprimorando o conhecimento científico para cooperar na construção de um pensamento mais crítico sobre o processo saúde-doença e os cuidados domiciliares envolvidos no contexto saúde-doença das famílias.

Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir de suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós

oferecemos o nosso saber porque pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente (VALLA, 2000, p. 15).

De acordo com Martins *et al.* (2007), a educação em saúde se faz importante, pois permite uma aproximação da população uma vez que através dessa ação os profissionais, de alguma maneira, conseguem atender às expectativas do indivíduo sobre a melhora nas condições de sua saúde. Com isso deve-se compreender de que maneira os profissionais estão transmitindo conhecimento ao usuário/paciente, avaliando se realmente conseguem atender suas expectativas pois, ao se colocar na posição de agente transformador, deve considerar todas as expectativas e necessidades do usuário e não apenas fazer com que as atividades girem em torno de si, como se apenas o que falasse fosse verdade absoluta. Os profissionais precisam se envolver, de maneira dinâmica, na realidade dos usuários ou pacientes sem interferir, de maneira desrespeitosa, na sua cultura. Devem, assim, buscar promover vínculo e envolver os mesmos no próprio cuidado, co-responsabilizando-os pela sua saúde e de seus familiares. Os indivíduos, ao se apropriarem desses conhecimentos, tomando-os para si como resultados de uma construção coletiva, se reconhecem como sujeitos de sua própria história (TRAVASSOS, 2016).

É a partir desse comprometimento, dessa postura radical de construção do diálogo, de problematização da realidade, intencionalmente voltado para o fortalecimento da práxis (ação e reflexão) que os conteúdos vão sendo desenvolvidos (Henriques Torres, 2009, p. 128).

Ainda para Travassos (2016), é importante que o diálogo criado não seja apenas uma técnica de ensino, mas uma prática que permita troca de saberes e experiências e que proporcione, aos profissionais, um melhor entendimento da realidade, compreendendo outros caminhos, através de ação e da reflexão, para promover o cuidado naquela realidade.

A construção compartilhada do conhecimento incorpora sonhos, esperanças e visões críticas e os direciona na produção de propostas de enfrentamento e superação dos obstáculos historicamente constituídos em situações-limite para a vida cotidiana, de forma a desenvolver novas práticas, procedimentos e horizontes (TRAVASSOS, 2016, p. 58).

O MS, reconhecendo a importância da educação contínua dos cuidadores familiares, em relação aos procedimentos realizados em casa com os pacientes, bem como ao seu próprio cuidado lança, em 2018 uma cartilha. Essa cartilha contém com informações básicas de como o cuidador deve agir para cuidar da sua saúde, pois deve promover o próprio cuidado além do cuidado do seu familiar, realizando procedimentos que necessitam de uma boa técnica para evitar possíveis complicações. Sabendo que na maioria das vezes esses cuidadores são pessoas idosas, mulheres e com baixo grau de escolaridade, apenas uma cartilha não seria a solução dos

problemas. Dessa maneira, um apoio mais próximo da equipe, reconhecendo essas pessoas como parte fundamental para o cuidado familiar, se faz muito importante.

### 3.5 A Família como apoiadora do SUS

Ao se falar em família, logo se pensa no modelo nuclear de pai, mãe e filhos com laços consanguíneos, desconsiderando as grandes transformações que afetaram as organizações familiares nos últimos anos caracterizadas, atualmente, por relações íntimas e intergeracionais entre seus membros. “A família é entendida como um sistema, um todo, uma globalidade (RELVAS, 2000; p. 10)”.

A família hoje não tem mais seus alicerces na dependência econômica, mas muito mais na cumplicidade e na solidariedade mútua e no afeto existente entre seus membros. O ambiente familiar tornou-se um centro de realização pessoal, tendo a família essa função em detrimento dos antigos papéis econômico, político, religioso e procriacional anteriormente desempenhados pela ‘instituição (PEREIRA, 2011, p. 193).

Segundo Kübler-Ross (2000, p. 163), “no período da doença os familiares desempenham papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente”. É importante tratar, hoje, o domicílio como um espaço onde indivíduos com algum tipo de dependência causada por afecções crônicas ou outras situações conseguem ter uma melhor qualidade de vida, graças à ajuda de algum familiar que se torna o seu cuidador, tornando essa prática frequente no cotidiano de famílias nessas condições (GIRARDON-PERLINI, 2001). Os cuidadores familiares são escolhidos pelo parentesco sendo, na maior parte das vezes, a esposa ou as filhas mulheres (TAVARES, 2018). De acordo com Franco (2008), quando a afecção severa atinge o núcleo familiar, causa uma ruptura no seu equilíbrio, pois traz consigo um fator emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, de dependência e de insegurança. Tal desarranjo familiar ocorre já no diagnóstico mas persiste durante o tratamento e após a eventual morte do paciente, o que mostra a importância de não olhar o indivíduo de forma isolada mas considerar também o seu núcleo familiar.

Ainda o mesmo autor acredita que existem pontos facilitadores e complicadores no que tange ao enfrentamento da doença pela família já que os padrões culturais interferem nas necessidades de cada indivíduo em uma família. Dessa maneira, o indivíduo com condição financeira adequada, um maior grau de conhecimento e que busca informações junto à equipe, representa pontos positivos. Já quando se trata de uma família com poucas condições financeiras, baixo grau de escolaridade e que se faz resistente às condutas dos profissionais de saúde, ocorre uma interferência negativa no enfrentamento da doença pois o conhecimento

dessa a respeito da necessidade de um cuidado adequado é muitas vezes irrelevante. Contudo, deve se levar em consideração que um problema que afeta o indivíduo afetará, também, a sua família e vice-versa.

A família como co-responsável pela saúde do indivíduo tornou-se, assim, uma grande apoiadora do SUS no que diz respeito às várias ações realizadas no ambiente domiciliar para com o usuário que possui uma condição crônica limitante. Nesse caso a equipe deve oferecer, sempre, suporte e apoio através de visitas periódicas dos profissionais da ESF ou da equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), avaliando e reavaliando a capacidade do cuidador familiar no desenvolvimento das ações e sempre, que necessário, introduzindo novos cuidadores no plano de cuidado proposto.

Para que essas ações em domicílio aconteçam com efetividade e qualidade é necessário que os cuidadores compreendam conceitos importantes de garantia dos seus direitos e reconhecimento do seu potencial de ação. Para garantir a saúde nos seus diversos aspectos, um conceito importante a ser considerado é a integralidade. Esse conceito considera a autonomia do paciente, pois esse tem o direito de escolher como quer receber o seu tratamento e, do mesmo modo, deve se respeitar a autonomia do familiar cuidador em decidir se tem capacidade de cuidar de si e do outro, sem realizar julgamentos precipitados.

Outro princípio fundamental é da equidade, que considera as desigualdades e diferenças, e reconhece “a pluralidade da condição humana, com a conseqüente diversidade das suas necessidades” (LOPES; MATTA, 2014, p. 307). Então, a equidade busca diminuir as desigualdades na distribuição de recursos, considerando as diferentes necessidades de saúde e buscando oferecer mais a quem precisa de mais. A família, portanto, quando assume para si esses conceitos, passa a expressar sua integração ao SUS, apoiando-o mas também exigindo seus direitos.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa interpretativa de abordagem qualitativa, que busca interpretar fenômenos sociais (interações e comportamentos, dentre outros) por meio dos sentidos que as pessoas lhes atribuem (POPE; MAYS, 2009). Portanto, esse tipo de abordagem é a opção para se examinar a compreensão subjetiva das pessoas a respeito de sua vida diária (POPE; MAYS, 2009). Consoante Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa qualitativa é classificada como um

método naturalista, pois lida com a investigação da complexidade humana, explorando-a diretamente e enfatizando a compreensão da experiência da maneira como é vivida, coletando e analisando materiais narrativos e subjetivos.

Mediante os desafios que se inscrevem na realização de uma pesquisa qualitativa, a tentativa de colocar em evidência as possibilidades de interpretação dos fatos estudados e não exclusivamente demonstrar suas evidências tem atribuído maior relevância a esse tipo de abordagem (TITTONI; JACQUES, 2001,; DEMO, 1998).

A abordagem qualitativa possibilita uma visão compreensiva das relações que se estabelecem durante as situações de encontro e interação em que palavras, gestos, arte e diversos fatores simbólicos se entrelaçam e permitem ser interpretados de forma singular e particular (LACERDA; LABRONICI, 2011).

O enfoque no universo das relações familiares exige o desenvolvimento de uma forma de olhar mais abrangente, que considere a multiplicidade de fatores e a pluralidade de influências envolvidas nesse complexo contexto de contradições e relações. A abordagem qualitativa constitui-se como um referencial coerente, haja vista sua incidência sobre uma realidade que ocupa um determinado espaço, num determinado tempo, na qual os grupos sociais que a constituem são mutáveis e que tudo - instituições, leis, visões de mundo - é provisório, passageiro, em constante transformação. Nessa perspectiva, a opção por um estudo de natureza qualitativa deu-se em face do interesse por questões relativas à experiência e às interações em um contexto natural, de forma que abra espaço às particularidades. Por se tratar de um universo particular, a pesquisa qualitativa abstém-se de estabelecer um conceito bem definido daquilo que se estuda, mas tem como objetivo desenvolvê-lo e refiná-lo no processo de pesquisa (FLICK, 2008).

#### **4.2 Cenário do estudo**

O estudo foi realizado nos 25 domicílios da área de abrangência de uma UBS do município de Belo Horizonte, a capital de Minas Gerais (MG). A organização territorial dos serviços de saúde do município conforma nove Distritos Sanitários (DS): Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Pampulha, Oeste e Venda-Nova. Esses distritos correspondem às administrações regionais da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e definem os limites geográficos, populacionais e administrativos das respectivas áreas de responsabilidade de cada nível organizacional.



Nesse estudo, optou-se por eleger uma UBS localizada no DS Norte, uma vez que essa região compreende uma área 100% coberta pela ESF (PBH, 2017b). O DS Norte faz limite com o município de Santa Luzia e com os DS Nordeste, Pampulha e Venda Nova e abrange uma população aproximada de 213.208 habitantes, com 64.062 domicílios em uma extensão territorial de 32,56 km<sup>2</sup>, sendo a densidade demográfica de 6.513 hab./km<sup>2</sup>. A expectativa de vida ao nascer é de 76,71 anos e há predominância do sexo feminino. A renda *per capita* é de R\$764,87 e o IDH equivale a 0,754. Esse distrito é responsável pela administração de 20 UBS, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma farmácia distrital, um centro de especialidades médicas, um hospital maternidade e um centro de convivência (IBGE, 2017, PBH, 2017a, PBH, 2017b).

A UBS em estudo é composta por quatro Equipes de Saúde da Família (EqSF), subdivididas em 19 microáreas e abrangendo uma população, em 2017, de 14.959 usuários. Essa unidade foi escolhida por possuir população em situação de baixa, média e alta vulnerabilidade o que contribui, de maneira importante, para que o estudo revele as características do binômio cuidador-dependente nos diferentes níveis de situação socioeconômica. As equipes são compostas por um médico generalista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e três a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). A UBS possui, ainda, uma equipe de saúde bucal e profissionais do NASF da psicologia, fisioterapia, ginecologia, fonoaudiologia e educação física.

### **4.3 Participantes do estudo**

Participaram do estudo cuidadores familiares de usuários dependentes de cuidados, adstritos à área de abrangência da UBS do estudo. O processo metodológico de eleição dos participantes teve início com a realização de uma reunião com os ACS de uma ESF da UBS cenário do estudo, para que indicassem os usuários acima de 18 anos que apresentassem algum grau de dependência de cuidados e cujo cuidado era realizado por pessoas que não possuísem vínculo empregatício.

Após a reunião foi realizado um mapeamento dos usuários dependentes de cuidados, maiores de 18 anos, que conviviam com um processo crônico de saúde, juntamente com os ACS da ESF e percebeu-se que havia as mais diversas maneiras de dependência.

Para definição de dependência foi realizada uma capacitação com esses profissionais, utilizando como referencial o Índice de Barthel, instrumento que afere o nível de dependência.

Essa estratégia foi utilizada com o intuito de reduzir possíveis vieses de seleção. Assim, os usuários que fossem classificados como dependentes ao menos em um dos itens que compõe o instrumento seriam, no primeiro momento, considerados elegíveis para o estudo.

O Índice de Barthel (IB) (ANEXO A), constitui um instrumento validado no Brasil (MINOSSO *et al*, 2010) para avaliar a capacidade do indivíduo para as Atividades da Vida Diária (AVDs). Por meio de perguntas fechadas avalia, através de 10 parâmetros, o grau de dependência do indivíduo. A cada parâmetro é atribuída uma pontuação que, ao final, poderá variar de 0 a 100, sendo que menos de 20 pontos refere-se a um grau de dependência total, de 20 a 35 pontos grau de dependência grave, de 40 a 55 pontos grau de dependência moderado, de 60 a 95 pontos grau de dependência leve e 100 pontos, totalmente independente (MINOSSO *et al*, 2010).

Posterior ao mapeamento, definiu-se como critério de inclusão: cuidadores familiares que tivessem usuários dependentes de cuidados com idade igual ou superior a 18 anos, acometidos por alguma DANT e que se enquadrassem em um critério de dependência, ou seja, que apresentassem pontuação inferior a 100 com resultado positivo para dependência em qualquer nível de severidade segundo índice de Barthel. Além disso, o cuidador não deveria receber remuneração pela atividade de cuidado.

Na segunda etapa, foram realizadas visitas intermediadas pelos ACS aos domicílios dos 27 usuários mapeados pelos ACS, sendo que apenas 25 se enquadraram nos critérios de seleção. O cuidador familiar foi entrevistado por uma equipe de quatro pesquisadores previamente treinados, composta por um discente da pós-graduação e três acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG.

#### **4.4 Coleta de dados**

Esta dissertação utilizou a base de dados da pesquisa original intitulada, O fenômeno da dependência de cuidados em usuários que convivem em condições crônicas de saúde: implicações para família, usuários e equipe de enfermagem. Portanto, a coleta de dados ocorreu nos domicílios durante o período de agosto a setembro de 2016, por meio de entrevista. Esse meio foi escolhido pela possibilidade de obter uma declaração do sujeito sobre a observação que ele mesmo faz do seu próprio pensamento, comportamento ou situação com relação ao objeto de estudo (RICOUER, 1990). Por meio da entrevista é possível acessar o que uma pessoa leva em sua mente e que não é passível de observação direta: pensamentos, sentimentos,

intenções e comportamentos (NUNES, 2005). Cabe salientar que o objetivo da entrevista em pesquisa qualitativa é a compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações em relação ao comportamento das pessoas em contextos sociais específicos (LOIZOS, 2002).

Nesse estudo, as entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, consistindo em questões abertas, organizadas em conjunto segundo o tema em estudo. Por outro lado, o entrevistado foi incentivado a falar livremente sobre assuntos relacionados aos desdobramentos do tema principal que surgiram durante a entrevista (POPE e MAYS, 2009). Constituem exemplos das questões formuladas aos participantes: o senhor ou a senhora consegue realizar os cuidados em casa sozinho? O senhor ou a senhora tem dificuldade de realizar algum tipo de cuidado? O senhor ou a senhora recebeu treinamento ou orientação do profissional de saúde para realizar cuidados em casa? O senhor ou a senhora considera importante a orientação para a realização de cuidados em casa?

Seguindo as orientações de Marconi (2011), as entrevistas foram gravadas como uma conversa entre duas pessoas, o entrevistador e o entrevistado, com o objetivo de adquirir informações importantes em relação à compreensão das perspectivas e das experiências do entrevistado. Apresentaram duração média de seis minutos e foram transcritas para seguimento da análise dos dados.

#### **4.5 Análise dos dados**

O processo de análise dos dados deu-se por meio da análise de conteúdo visando a obtenção de indicadores textuais que permitissem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens (URQUIZA; MARQUES, 2016). Essa técnica, consolidada nos estudos da área da saúde, permite inferir a significância atribuída a determinados assuntos através da descrição do conteúdo das mensagens e dos sentidos que compõem a comunicação (BARDIN, 2009).

Este processo foi construído seguindo as fases da análise de conteúdo de Bardin. A fase 1, denominada Pré Análise, foi realizada por meio de sucessivas leituras flutuantes de todo material coletado, com a finalidade de proporcionar aproximação e interação com o conteúdo a ser analisado. Na fase 2, denominada Exploração do Material, realizou-se a exploração e o tratamento, seguido da codificação e da categorização inicial do conteúdo de análise. Essa categorização inicial do material de análise formou um corpus, passível de ser submetido à fase

(3) de Tratamento das Respostas. Nessa última fase realizou-se um processo de classificação e reagrupamento de elementos que abarcam diferentes variáveis e a mesma significação, que resultou nas categorias finais que englobam o discurso dos sujeitos da pesquisa, nas seguintes dimensões: orientação clínica para o cuidador familiar, necessidade de capacitação profissional e apoio dos profissionais da área de saúde.

Optou-se, nesse estudo, por discutir as linhas de análise descritas anteriormente, revelando trechos dos discursos dos cuidadores, identificados com os códigos adotados na análise de conteúdo, constituídos por uma letra inicial, que representa a sequência da entrevista, seguida do número do texto e, posteriormente, por uma numeração sequencial representada pelo número de ordem que representa a questão da entrevista. Na mesma linha de organização os resultados foram confrontados e discutidos com base na literatura.

#### **4.6 Aspectos éticos da pesquisa**

Esse estudo constituiu uma linha de pesquisa do projeto intitulado, O fenômeno da dependência de cuidados em usuários que convivem em condições crônicas de saúde: implicações para família, usuários e equipe de enfermagem. Os aspectos éticos foram baseados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, (BRASIL, 2013), e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob parecer nº. 54550412.0.0000.5149 (ANEXO B). Ademais, foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (ANEXO C) e pela gestão do Distrito Sanitário Norte (ANEXO D). Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma voluntária, após esclarecimento da proposta do estudo em todas as etapas. Foi garantido sigilo absoluto das informações assim como a privacidade e o anonimato dos participantes.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Características sociodemográficas, do estado de saúde e do nível de instrução de cuidadores familiares.

Os dados obtidos referem-se a uma amostra de 25 entrevistados, sendo todos cuidadores familiares sem nenhuma remuneração para desempenho das atividades para com os dependentes.

Os dados apresentados na Tab. 1 revelam que a amostra de cuidadores é composta por adultos jovens, na faixa de 18 a 59 anos, economicamente ativos, o que difere dos outros trabalhos onde a maioria dos cuidadores são idosos não ativos (MONTTOYA, 2017).

**Tabela 1.** Características Sociodemográficas dos Cuidadores Familiares, Belo Horizonte, 2020

Variáveis	N	%
<b>Faixa etária</b>		
Adulto (18-59 anos)	18	72%
Idoso ( $\geq 60$ anos)	7	28%
<b>Sexo</b>		
Feminino	18	
Masculino	7	
<b>Estado Civil</b>		
Viúvo	5	20%
Casado	14	56%
Solteiro	4	16%
Separado	2	8%
<b>Situação Trabalhista</b>		
Aposentado/Pensionista	4	16%
Empregada doméstica	1	4%
Cabeleireiro e Maquiador	1	4%
Costureira	1	4%
Faz sobancelhas	1	4%
Motorista	1	4%
Gerente comercial	1	4%
Doméstica	13	52%
Técnica de enfermagem	1	4%
Professor	1	4%
<b>Renda Familiar</b>		
< 1 salário	14	56%
1 a 2 salários	2	8%
2 a 5 salários	7	28%
>5 salários	2	8%

Fonte: Elaborado pela Autora-Dados da pesquisa

Ao analisar as variáveis que descrevem as características sociodemográficas dos cuidadores, observou-se que 72% eram adultos jovens, sendo 72% deles do sexo feminino, 56%

casados e 84% com filhos. Desses, 68% atuavam em casa em serviços domésticos e 56% apresentavam renda menor que um salário mínimo.

Tal realidade de parcela significativa dos entrevistados, caracterizada por baixo nível socioeconômico, evidencia um problema, considerando as poucas respostas do sistema de saúde e das políticas sociais voltada à saúde do idoso e do seu cuidador (VIEIRA; FIALHO, 2010).

A maioria dos participantes da pesquisa de Maia *et al.* (2018) apresenta as dificuldades vivenciadas pelo cuidador familiar no processo de cuidado às pessoas que convivem com um processo crônico de saúde e possuía idade entre 18 e 59 anos (55,4%). Porém, houve um considerável número de cuidadores idosos (44,6%).

No entanto, a maior parte da amostra desse estudo constituiu-se de adultos jovens, o que contradiz os resultados encontrados na descrição dos cuidadores de dependentes, geralmente idosos, como relatado na maioria dos trabalhos da literatura.

Cabe ressaltar que o fato de serem adultos jovens possui um impacto social importante pois, muitas vezes o cuidador se ausenta do trabalho, muda a sua rotina, além de conviver com risco de isolamento social e adoecimento psíquico e emocional imposto pela relação de cuidado (MAIA *et al.*, 2018).

Em muitos estudos também verificou-se sobrecarga moderada e de moderada a severa em respectivamente 60% e 40% dos cuidadores, somada à privação das atividades sociais (CARVALHO, *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2015). Uma forma de amenizar tal sobrecarga sobre os cuidadores seria a responsabilização de outros familiares pelas tarefas do cuidar, assim como o apoio mais efetivo da equipe de saúde no domicílio.

Nessa pesquisa, além de serem cuidadoras adultas jovens, a maioria são mulheres casadas cuja situação de trabalho era doméstica, com renda familiar menor que um salário mínimo. Nesse sentido, algumas externaram a sobrecarga gerada pelo ato de cuidar estar associado às demandas domésticas.

Souza *et al.* (2015) apontam que 90,9% dos cuidadores entrevistados no seu estudo foram do sexo feminino, destacando o papel da mulher como cuidadora na cultura brasileira. A família é reconhecida como fonte primária de apoio e à figura feminina é atribuída a responsabilidade por esse cuidado (FERNANDES; GARCIA, 2009). Isso se deve às habilidades necessárias ao cuidado e inerentes ao sexo feminino, como apontadas por Bruschi e Bird (1996): a flexibilidade, a sensibilidade, a inovação, a integração e a orientação para a ação constituem características predominantes no sexo feminino. Desse modo, atitudes como saber

ouvir e acolher além da experiência maternal, constituem competências na atuação do ato do cuidado, e tais singularidades estão muito presentes nas respostas das entrevistadas.

Em relação às variáveis sobre a formação dos cuidadores, expostas na Tab. 2, verificou-se que a maioria, 41,6%, completou o máximo de 6-10 (seis a dez anos) de estudo. Além disso, 91% disseram não ter realizado nenhum curso de capacitação como cuidador.

**Tabela 2.** Nível de escolaridade dos Cuidadores Familiares, Belo Horizonte, 2020

Variáveis	n	%
<b>Anos de Estudos</b>		
2-5 Anos	5	20,8%
6-10 Anos	10	41,6%
11- 14 Anos	8	33,3%
≥15 Anos	1	0,04%
<b>Curso de cuidador de Idosos</b>	2	8%
Sim	23	91%
Não		

**Fonte:** Elaborada pela autora-Dados da pesquisa

Na Tab. 2 verificou-se que as mulheres que exercem o cuidado de seus familiares apresentam, no máximo, o segundo grau completo e a maioria não possui nenhuma capacitação para realizar o cuidado, abordando os procedimentos como algo que se aprendendo com a prática, no dia-dia.

Nakatani *et al.* (2003) verificaram que a falta de escolaridade interfere, direta ou indiretamente, na prestação do cuidado, o que se reflete na redução da qualidade do serviço prestado, pois o cuidador necessita seguir dietas e prescrições, além de manusear medicamentos (ler receitas médicas, entender a dosagem e a via de administração, dentre outros).

Na Tab. 3, referente às variáveis relacionadas à situação de saúde dos cuidadores, 56% relataram estar fazendo algum tratamento de saúde no momento da pesquisa, sendo que 100% informaram a utilização dos serviços do SUS e, desses, apenas 4% disseram contar com plano de saúde privado, ou seja, dupla cobertura. Ademais, a maioria - 64% - relatou não ter convênio de saúde.

**Tabela 3.** Situação de Saúde dos Cuidadores Familiares, Belo Horizonte, 2020

Variáveis	N	%
<b>Tratamento de Saúde</b>		
Sim	14	56%
Não	11	44%
<b>Faz uso do SUS</b>		
Sim	25	100%
Não	0	-
<b>Tem Plano de Saúde</b>		
Sim	1	4%
Não	24	96%
<b>Tem Convênio</b>		
Sim	9	36%
Não	16	64%

Fonte: Elaborada pela Autora-Dados da pesquisa

A maior parte dos cuidadores, além de não apresentar capacitação ou treinamento para o ato de cuidar, refere realizar algum tipo de tratamento de saúde, utilizando exclusivamente o SUS para suas necessidades de saúde. Constata-se que, tanto a saúde do cuidador como a de quem está sendo cuidado apresenta uma relação de dependência total com o SUS. Há, assim, a necessidade de fortalecimento desse sistema, para garantia de promoção de qualidade de vida dos usuários, já que esse sistema constitui a única possibilidade de acesso à saúde gratuita no país. Existem, atualmente, alguns programas de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS (PROADI-SUS): a Bahia conta com o PRO-SUS, e há a política nacional PNEP-SUS em todo o Brasil. Contudo, medidas mais pontuais e de assessoria aos cuidadores informais são necessárias.

Caldas *et al.* (2003) apontaram que a dependência do cuidado, sobretudo em idosos, exige o delineamento de uma política que envolva todos os setores da sociedade, e não apenas o governo, e o estabelecimento de programas que atendam aos idosos independentes a fim de prevenir a dependência. Tais medidas devem fazer parte dos programas de promoção da saúde, como a ESF, que ainda não enquadram a questão do cuidado ao idoso dependente, incluindo previsão de financiamento das ações e estabelecimento de uma rede de suporte institucional.

Os cuidadores atuam, na prática, no papel que os profissionais do SUS deveriam estar realizando já que a saúde é um direito primordial básico e que o SUS deveria assessorar melhor os pacientes, até mesmo em domicílio, e também os cuidadores que precisam de apoio: “e ainda - e talvez o mais importante - os cuidadores leigos muitas vezes também são idosos, que na difícil tarefa de cuidar (sem preparo e sem recursos), envelhecem com graves sequelas decorrentes dessa atividade” (SÁ, 2010, p. 91).



A respeito da atuação dos cuidadores, 80% disseram cuidar apenas de um dependente, sendo que 44% eram filhos do dependente. Além disso, 80% disseram não realizar revezamento com outro familiar para desempenhar as atividades de cuidado (Tab... 4).

**Tabela 4.** Relação do Cuidador Familiar e o ente dependente de cuidados, Belo Horizonte, 2020

Variáveis	N	%
<b>Quantidade de dependente</b>		
01-	20	80%
02-	5	20%
<b>Grau de parentesco</b>		
Cônjuge	3	12%
Filho	10	52%
Irmão	4	16%
Pai/Mãe	1	4%
Outros	4	16%
<b>Reveza cuidador</b>		
Sim-	5	20%
Não-	20	80%

Fonte: Elaborada pela autora-Dados da pesquisa

Sobre o grau de parentesco os cuidadores são, predominantemente, de grau primário, como a filha cuidando dos seus pais e não contando com ninguém para auxílio no processo, o que possibilita inferir que não pratica atividades de lazer. Assim, a maioria evidencia o fardo de conciliar as diversas funções de ser mulher, casada, doméstica, e contar com renda salarial até um salário mínimo, que cuida dos pais exclusivamente.

A nova geração de políticas introduz a possibilidade de os cuidados prestados pelo cuidador familiar serem igualmente pagos, valorizando assim o trabalho de “cuidar” efetuado dentro da família. Em alguns países, como o Reino Unido, existem alguns programas que visam a apoiar a família, denominados de “Cash for care. A política de cuidados é igualmente configurada para abranger vários grupos, como doentes dependentes e pessoas com deficiência e não apenas pessoas idosas (CARVALHO, 2009, p.125).

Diante desse cenário, percebe-se a necessidade do fortalecimento das políticas públicas no Brasil que garantam os direitos e, assim, uma melhor qualidade de vida ao cuidador e a seu dependente. Sugere-se uma bolsa social paga aos cuidadores para desempenho das suas atividades já que, no Brasil, apenas o idoso e a pessoa com deficiência recebem um benefício previsto na Lei Orgânica da Assistência Social - Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC-LOAS. O benefício é assegurado por lei e busca garantir que idosos e pessoas com deficiência tenham condições mínimas de uma vida digna (BRASIL, 2010).

## 5.2 Categorias de Análise Qualitativa

### 5.2.1 Categoria 1 : Orientação clínica para o cuidador familiar

De modo geral, os cuidadores familiares entrevistados apontaram ter recebido orientações clínicas a respeito dos cuidados com o ente dependente. Essa orientação, denominada de clínica, representa os cuidados básicos com a saúde que devem ser realizados com o usuário dependente. Foi indicado, nas entrevistas, que a orientação realizada diz respeito à alimentação, prescrições médicas e curativos:

Assim a orientação da clínica, que é a clínica geral é só na alimentação, outras coisas não. É o básico, do básico do básico mesmo que a clínica geral orienta a gente, é que num tem nem como né o posto de saúde não tem nem estrutura no posto de saúde pra isso (E1, p1).

Uai, por que igualzinho, o curativo ‘a profissional ACS’ me explicou como é que eu tinha que fazer, os procedimentos de higiene e tudo, assim a gente já tem uma noção né, que a gente, de vivência né, mais com as explicações fica melhor, e medicamento né, como que tem que ser dado né, e tudo, essas explicações assim é importante sim (E4,p3).

Se eu tivesse tido um acompanhamento alguma coisa, sei lá talvez, na hora eu não consegui colocar açúcar na boca dela que me falaram, o cara do samu falou, ela tava com a boca travada, tava um negócio estranho assim (E2, p4).

Além da orientação básica que os cuidadores referem receber, os participantes desse estudo assinalaram que as UBS são indispensáveis para apoiar o cuidado, apesar da estrutura frágil:

[...] posto de saúde não tem nem estrutura no posto de saúde pra isso (E1, p1).

Sim. Olha eu não tenho nada a reclamar do posto, muito pelo contrário, tudo que eu precisei eu consigo, lógico que não da forma, como se diz, como todos gostariam, ser imediato, é um pouco mais demorado, mas você consegue, né, uma coisa assim que eu acho muito válido, agora né, no caso que meu pai está precisando é a visita da médica né, da equipe. Então isso é assim, eu acho primordial, por que pra mim tá levando ele pra lá é difícil, transporte, por que é um paciente que tá acamado, é um paciente que tá debilitado. Então assim, quando ela pode vim, pra mim é um assim, é um prato cheio né, facilita muito a minha vida (E20, p2).

Tipo assim, igual no dia que eu precisei que eu fui lá no posto, aí uma enfermeira clarinha que tem lá, me deu orientação para mim, que eu não poderia, se eu não tava sabendo do caso dele, é por que elas não poderiam falar comigo né, então assim eu achei interessante numa parte né no caso ele que tinha que comunicar comigo e não elas né, aí elas me explicaram direitinho e eu entendi (E15, p3).

Alguns cuidadores alegam não ter recebido nenhum treinamento ou orientação do profissional de saúde para realizar cuidados em casa:

[...] To aprendendo é igual te falei é na, cê vai conversando com um ali, oh faz assim, cê conversa com outro, vai, vai colhendo informações né. E só na questão assim, do curativo não, que aí eu tive uma orientação quando ele ficou internado, de como fazer o curativo da escara (E20, p1).

Observou-se que a ausência de capacitação e de apoio por parte da equipe multiprofissional de saúde tem levado os familiares a buscar informações em diversas outras fontes, implicando riscos para o dependente de cuidados já que não há, por parte do cuidador familiar, compreensão de muitos termos e técnicas utilizadas pelos profissionais da área da saúde. Fica evidente que a busca por informações é mais frequente na internet e nas conversas informais com outras pessoas.

Não, eu li na internet tudo, a médica passou que ela não pode ficar sozinha, isso aí eles passaram, os profissionais me passaram. Mas assim, muita coisa eu vi na internet, eu fui pesquisar né, e tal, pra entender né, que a noite ela fica mais agitada, que é os [...]. Eu fui lendo muitas coisas, fui vendo várias coisas sobre isso e vou explicando pra ela entendeu? Eu vou explicando mas não adianta explicar (E18, p2).

Não. To aprendendo é igual te falei é na, cê vai conversando com um ali, oh faz assim (E20, p1).

Apesar de buscarem informações por conta própria, conversando com outras pessoas ou na internet, os cuidadores familiares estão conscientes de que, sozinhos, os procedimentos que realizam são duvidosos e podem gerar riscos. Além disso, salientam que têm dificuldades e que muitas vezes erram:

Sim, lógico que sim, pode ser que a gente tá fazendo coisa errada (E18, p3).

Porque a gente faz tudo errado né (E24, p3).

Eu sou completamente leiga nesse assunto aí (E5, p3).

Porque a gente não é bem esclarecido né, apesar que eu tenho muito tempo com ela (E9, p3).

Ah é tudo, mexer com ele, é trocar de fralda, né forro de cama, forro de cama até que eu ponho, mas quem cuida dele mesmo é meu filho. Eu só faço assim a comidinha, os negócio tudo para ele, levo o café pra ele e tudo né (E24, p3).

## **5.2.2 Categoria 2: Necessidade de capacitação profissional**

A capacitação de cuidadores familiares é importante para que os cuidados aos pacientes crônicos sejam contínuos e compartilhados com o serviço de saúde, pois quanto mais conhecimento o familiar possuir, maior sua facilidade para buscar ajuda e monitorar a saúde do seu ente querido. Dessa maneira, os participantes desse estudo demonstraram o desejo de

receber uma capacitação para conhecer os cuidados que devem ser realizados com mais segurança.

Adoraria, por que tem coisas que a gente não sabe e a gente aprende no tranco, eu aprendo na prática, tem coisas que eu tomo surpresa, às vezes a gente faz até errado (E6, p2).

Com certeza, com certeza, pela questão até de um treinamento de uma, por exemplo que ela é diabética. Todo mundo sabe que tirar o sangue e tal, mais qual a quantidade, o número que dá para mais para menos, qual que é bom então e se tivesse um, uma orientação melhor, talvez seria até mais prático né até de salvar a pessoa se a pessoa passar mal, igual uma vez ela teve crise de hipoglicemia, então eu chamei o samu [...] fiquei muito preocupado assim então, e ela teve uma outra internação e aí chegaram a uma quantidade de insulina que ela não passou mal mais por causa disso. Mas por exemplo se eu tivesse tido um acompanhamento alguma coisa, sei lá talvez, na hora eu não consegui colocar açúcar na boca dela que me falaram, o cara do samu falou, ela tava com a boca travada, tava um negócio estranho assim (E2, p4).

Os participantes desse estudo apontaram que há dificuldades em executar ações relacionadas com a medicação, higiene, curativo, exercícios da fisioterapia e situações de urgência e emergência. Assim afirmam que as capacitações deveriam ser direcionadas para essas áreas específicas:

Acho, muito importante, por exemplo é, o neurologista fez uma orientação na medicação dela, aí ela teve um ressecamento, entendeu, aí eu fiquei um pouco desorientada, assim, por que eu não sabia como lidar com isso sabe. Por que a parte assim de azeite, as coisas que tem mais fibra eu já faço com ela, sabe, a Doutora X sempre me orientou né. Aí com a alteração da medicação, o quê que aconteceu, ela teve um ressecamento [...], então eu tive uma dificuldade muito grande. [...] Então a Doutora X também pediu para colocar aveia, e isso aí foi fundamental, e pão integral, entendeu. Aí resolveu o problema, então essa dificuldade foi muito grande e a orientação dela foi fundamental pra mim, por que resolveu o problema entendeu (E11, p2)?

Com certeza. Ajuda né porque o que eu sei é do dia a dia, acertando, errando, então tendo uma opinião sobre quem estudou, de quem sabe realmente, dá uma segurança pra gente né (E22, p2).

Só curativo né, que a Inácia me ensinou, a Fátima me ensinou como é que eu faço, tudo (E4, p1).

Diante das dificuldades, nota-se a importância de serem realizados cursos de capacitação para cuidador informal de idoso dependente, a fim de propiciar o suporte necessário nesse momento tão delicado da vida de seu familiar dependente (CUNHA *et al.*, 2017).

Quando questionados sobre se receberam algum treinamento ou orientação do profissional de saúde para realizar cuidados em casa e se consideraram importante tal orientação, os participantes mencionaram que seria importante uma capacitação pois lhes proporcionaria mais segurança.

Não. To aprendendo é igual te falei é na, cê vai conversando com um ali, oh faz assim, cê conversa com outro, vai, vai colhendo informações né. E só na questão assim, do curativo não, que aí eu tive uma orientação quando ele ficou internado, de como fazer o curativo da escaria (E20, p1).

Uai sim, é importante, com certeza (E4, p3).

Com certeza. Ajuda né porque o que eu sei é do dia a dia, acertando, errando, então tendo uma opinião sobre quem estudou, de quem sabe realmente, dá uma segurança pra gente né (E22, p1).

### 5.2.3 Categoria 3: Apoio dos profissionais da área de saúde

Para auxiliar os cuidadores familiares é necessária uma equipe multiprofissional que reconheça as dificuldades e aponte direções assertivas para melhorar a qualidade de vida das famílias que se encontram com entes dependentes de cuidados por uma condição crônica de saúde. Segundo os entrevistados, os profissionais que se envolvem nessa relação de cuidado domiciliar e acompanhamento de saúde são os médicos e enfermeiros, porém de maneira individual e pontual:

Recebo, tanto da enfermeira quanto da médica (E13, P2).

Ela veio aqui na minha casa. Eles vêm (os médicos) aqui olha ele, fazer exame, essas coisas assim, e Enfermeira também veio, aquela moça do cetai lá vem, parou até de vim agora. Não falta nada pra ele graças a Deus (E14, p2).

Elas (as enfermeiras) me explicaram direitinho e eu entendi (E15, p3).

Muitos cuidadores consideram importante a orientação do profissional de saúde para realizar cuidados em casa e demonstram que a família, como executora principal do cuidado, sente-se segura com a presença de um profissional:

Na época que ela começou a ficar mais debilitada e tudo a doutora X passou algumas recomendações para mim (E11, p1).

Eu pego os medicamentos. O médico vem aqui na casa dela sabe, pede os exames e tal eu vou lá, é uma assistência assim, sabe, conjunta (E5, p3).

Recebi orientações e acho importante porque querendo ou não a gente não tem experiência pra remédio, horário de remédio, esses negócios. É, como posso te falar, a gente não somos capacitados pra fazer coisa diária assim, de cuidados, a gente sabe fazer, mas não como o profissional pode nos ajudar (E10, p3).

As características do cuidador são importantes influenciadores na qualidade de vida do dependente que requer cuidado. Um cuidador adulto jovem, que busca orientações, seja no SUS

ou em outras fontes de informações, contribui para melhoras gradativas do paciente. Pozzoli *et al.* (2017) evidenciaram que esses cuidadores apresentam a necessidade de criatividade e de busca de informações diversas daquelas oferecidas pelos profissionais para suprimimentos das demandas geradas durante o processo de doença.

Ressalta-se que a decisão de assumir os cuidados é consciente e os estudos revelam que, embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica, o ato de cuidar assume certas regularidades: o cuidador mantém algum grau de parentesco com o paciente, com frequência maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho; predomina o gênero feminino; vive com a pessoa que requer cuidados e apresenta proximidade afetiva, destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos (MENDES, 1995).

Percebe-se que os cuidadores necessitam de intervenções que fortaleçam o ato de cuidar adequadamente do dependente, como suprimento de informações, orientações médicas adequadas e treinamento domiciliar por profissionais da saúde, sobretudo em casos em que o dependente é acamado.

O Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003) prevê, no artigo 18, que ‘as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como a cuidadores familiares e grupos de autoajuda (BRASIL, 2013, p.15).’

O papel do cuidador é, muitas vezes, desvalorizado, não sendo oferecidas oportunidades de treinamento e apoio. Nesse sentido, Mendes *et al.* (2009) evidenciam o desgaste emocional e físico como produto do despreparo dos cuidadores familiares que assumem o cuidado do idoso.

No presente estudo, destaca-se que a orientação oferecida a esses cuidadores, de maneira a apoiá-los para o cuidado é frágil, resumindo-se a visitas pontuais dos profissionais da atenção básica. As respostas dos participantes evidenciaram que as orientações, de parte dos profissionais, são consideradas de suma importância - orientações sobre o ato de manipular o paciente e sobre a prescrição médica - além de recomendação de cuidados para melhor efeito das indicações médicas.

Assim, verifica-se que a qualidade da orientação clínica para melhoria do quadro de saúde do dependente vincula-se à necessidade de se manter uma atenção efetiva sobre a relação entre o cuidador e uma rede de suporte de saúde (Travassos, 2016).

Os cuidadores destacam a corresponsabilização da equipe profissional em assumir o seu papel do cuidado junto à família, de modo mais abrangente, como prática de se propiciar o autocuidado relacionado, também, a eles próprios. Os cuidadores ressaltaram que necessitam de apoio dos profissionais da área da saúde para propiciar a sobrevivência do paciente. Porém, as

políticas de saúde não têm considerado esses familiares parceiros na condução, promoção, tratamento e reabilitação dos usuários que convivem com processos crônicos de saúde, deixando seu valor fundamental da integralidade como responsabilidade exclusiva da família (Maia *et al.*, 2018).

Dentre as maiores dificuldades apresentadas, foi verificado por Carbacio e Tonaco (2019) que os cuidadores, ao auxiliar os idosos do Programa Saúde da Família na cidade de Bambuí, Minas Gerais, enfrentaram problemas no tratamento de distúrbios cognitivos de idosos (32,9%), além do desconhecimento sobre os cuidados prestados (20%). Esses mesmos autores relatam que os cuidadores declararam dormir menos ( $\leq 6$  horas / noite) (51,42%), “não tiveram curso de cuidador” (84,2%) e não desenvolviam “atividade de lazer” (52,85%).

Algumas dessas declarações corroboram os resultados encontrados nessa pesquisa, tais como desconhecimento sobre os cuidados prestados (52%) e a ausência de curso de cuidador (100%), além das dificuldades no ato de cuidar do dependente (20%). Fica evidente a necessidade de promover ações de orientação e capacitação dos cuidadores informais, que visam apoiar o mesmo diante das inúmeras dificuldades relatadas.

Oliveira *et al.* (2019) em seus estudos, constataram que a integração entre profissionais, valorizando o contexto biopsicossocial e as ações norteadoras do processo do cuidar e promovendo a troca de saberes, é fundamental. Entretanto, esses autores detectaram deficiência na articulação intersetorial na área de saúde, ressaltando que a corresponsabilização, a capacitação e as habilidades dos profissionais relacionam-se a um atendimento mais eficiente aos pacientes. Isto deveria levar a uma abordagem mais humanizada, de produção de vínculo e participação de cuidadores e familiares no processo, a fim de otimizar o projeto terapêutico de reabilitação.

Outro fator a considerar é que somente os poucos cuidadores familiares com dependentes que possuem plano de saúde particular (4%) receberam apoio clínico mais frequente do médico e acompanhamento como VD da enfermeira contribuindo, muito significativamente, com a realização da prática dos cuidados. Entretanto, não é a realidade predominante da maioria dos cuidadores familiares brasileiros, onde as VD realizadas pelos profissionais para oferecer suporte às famílias da sua área de abrangência acontecem de maneira esporádica.

Tendo em vista a complexidade dos processos de envelhecimento e do cuidar de um dependente compreende-se que não é tarefa fácil e, por isso, é necessário que o cuidador tenha a melhor compreensão possível do problema do seu dependente. Além disso, tenha

conhecimento e habilidade para realizar as tarefas diárias que lhe são impostas, sem esquecer dos possíveis transcurso da evolução da doença do dependente.

É importante ressaltar que, mesmo compreendendo a complexidade do processo do cuidar, a maioria dos cuidadores são familiares com baixa escolaridade e pouco entendimento sobre a condição de saúde do seu dependente ocasionando, assim, a limitação dos cuidados prestados já que muitos sentem-se sobrecarregados e inseguros na realização dos procedimentos. Cunha *et al.* (2017, p.70) apontam que além de toda essa sobrecarga de tarefas, o cuidador ainda vivencia um outro dilema, o de assumir a responsabilidade dos cuidados, sem qualquer tipo de preparo ou treinamento prévio, sendo obrigado a aprender na prática.

Segundo Garbaccio e Tonaco (2019) e Cunha *et al* (2017) geralmente o cuidador se vê na obrigação moral de oferecer cuidados, apoio e diálogo ao seu familiar, promovendo um ambiente harmonioso entre todos que convivem com o dependente. O familiar que se dispõe a cuidar tem como objetivo maior manter o membro dependente no contexto familiar, sem interessar a condição financeira ou o conhecimento técnico para desempenhar o cuidado. Caldas (2002) relata que muitos familiares apresentam inúmeras necessidades, desde aspectos materiais até emocionais, com destaque para a necessidade de informações.

Faz-se mister lembrar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), reconhece a necessidade de cuidados voltados para as pessoas que realizam o cuidar (cuidadores familiares) já que a intensa jornada de trabalho leva à sobrecarga, podendo gerar o adoecimento dessas pessoas tornando-os, também, dependentes de cuidado (BRASIL, 2000). Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, os profissionais da saúde devem fornecer aos cuidadores informações e apoio para o desenvolvimento das atividades prestadas ao dependente diariamente (BRASIL, 1999).

O exercício de cuidar do idoso doente no domicílio é um aprendizado constante, baseado nas necessidades físicas e biológicas e de acordo com o nível de dependência do idoso. Na maioria das vezes se torna difícil, pela inexperiência do cuidador, atender às demandas que vão surgindo no transcorrer do processo do cuidar e que necessitam ser aprendidas no enfrentamento do cotidiano (KUCMANSKI *et al.*, 2016, p.1026).

O fato de prestar cuidados a um membro dependente leva, muitas vezes, o cuidador a reestruturar sua vida, alterando costumes, rotinas, hábitos e até mesmo a natureza de sua relação com o paciente acrescentando, ainda, o peso emocional de ver uma pessoa querida com alguma doença incapacitante (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004, p.265). Isso se deve a que atividades que parecem simples, como ajudar no banho ou na alimentação, podem se tornar complexas na medida em que a dependência do indivíduo leva à sobrecarga do seu cuidador, sendo obrigado a se adaptar, no a dia-a dia, às necessidades geradas pelo transcurso da evolução



da doença. Nesse contexto o cuidador passa por situações de cansaço físico, depressão, alterações na vida conjugal e abandono do trabalho, influenciando negativamente a situação financeira da família e gerando descontentamento, prejudicando não somente a ele mas, também, sua relação com todos os membros do grupo familiar (BRASIL, 2008).

Fato que chama a atenção, pois, à medida que o filho embarca nesta situação frenética, e não há uma adaptação saudável de seu novo papel, fatores como estresse, cansaço físico e insônia, desencadeiam demais problemas de saúde, e ainda uma violação da relação pai e filho, tornando o momento envolto por sentimentos de raiva, tristeza e apego (AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009, p.114).

Caldas (2003) evidencia a necessidade de orientação para os cuidadores mostrando que as informações recebidas na alta hospitalar dos seus dependentes são insuficientes para a realização de um cuidado integral e contínuo. Dessa forma são necessárias orientações mais eficientes, capazes de aumentar a segurança do cuidador pois esse se preocupa não somente com o estado de saúde do seu dependente mas, ainda, com a falta de orientação sobre o cuidado prestado.

Nessa pesquisa verificou-se que 20% dos cuidadores familiares relataram enfrentar dificuldades ao realizar algum tipo de cuidado com seu dependente, e 52% apresentaram dúvidas, desconhecimento e insegurança a respeito de alguns cuidados. Os cuidadores familiares convivem, predominantemente, com o medo onipresente do desconhecido, que aumenta a percepção de falta de informação e de preparação, sobretudo no período préalta, diminuindo no período pósalta (PLANK *et al.*, 2012).

Fernandes e Angelo (2016) constaram que os cuidadores são suscetíveis à sobrecarga física, psicológica e financeira, bem como social, devido aos distúrbios cognitivos que, de modo habitual, estão presentes com o avançar da idade ou em consequência do nível de dependência do dependente, além do tempo dispensado aos cuidados.

Nesse contexto, inúmeros estudos têm sido realizados para inquirir sobre o perfil dos cuidadores familiares e as repercussões do desempenho do cuidado na vida e na saúde desses. As conclusões evidenciam as repercussões negativas para os cuidadores, gerando impactos significativos em sua vida e inúmeras repercussões biopsicossociais. (ANJOS *et al.*, 2015; FERNANDES ; ANGELO, 2016; OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012; SOUZA *et al.*, 2015).

Marin *et al.* (2010), ressaltam como essencial o acompanhamento das famílias por parte da ESF após a alta hospitalar, pois é um momento crucial para orientar o cuidador sobre a conduta e os cuidados que deve ter com o idoso buscando, assim, minimizar as dificuldades enfrentadas pela família e fortalecendo a relação com a equipe de saúde.

Por fim, diante desse cenário de dificuldades encontradas pelos cuidadores familiares, é auspicioso o fortalecimento de políticas públicas que busquem o aprimoramento das habilidades técnicas dos profissionais da ESF para a realização dos diversos cuidados dos dependentes em seus lares, capacitando, acompanhando e buscando qualificar os cuidadores familiares tendo em vista a importância desse indivíduo no apoio das equipes de saúde.

## 6 IMPACTO SOCIAL E PRODUTO

Com os resultados, percebeu-se que as famílias encontram-se despreparadas para a realização dos cuidados de saúde dos familiares dependentes no domicílio. Além disso, percebeu-se a falta de equidade e continuidade do cuidado pela ESF junto às famílias da sua área de abrangência em relação aos serviços prestados por essas equipes na APS. Importante registrar que essa constitui a entrada no serviço de saúde, sendo responsável por cuidar dos seus usuários de maneira a garantir o acesso integral. É possível perceber que são poucos os profissionais capacitados e dispostos a promover estratégias educativas juntos aos cuidadores familiares o que somente acontece, na maioria das vezes, quando a família reclama, em outros órgãos, pelos seus direitos.

Evidencia-se, assim, um grande problema de saúde pública pois as doenças crônicas estão aumentando e a tendência é que essa situação piore ainda muito e exija financiamentos cada vez maiores para os serviços de saúde do SUS.

Dessa forma, há uma necessidade de orientação mais pontual e efetiva ao cuidador familiar nos domicílios. Portanto, essa pesquisa propõe uma plataforma digital onde familiares e usuários possam ter acesso aos conhecimentos diversos e específicos a respeito do cuidado integral do dependente.

Respondendo a tal demanda, a plataforma destina-se a orientar os cuidadores na atenção à saúde das pessoas de qualquer idade, acamadas ou com limitações físicas que necessitem de cuidados especiais.

Os objetivos dessa plataforma são esclarecer, de modo simples e ilustrativo, os pontos mais comuns do cuidado no domicílio, ajudar o cuidador e a pessoa assistida, estimular o envolvimento da família, da equipe de saúde e da comunidade nos cuidados e promover a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Apesar disso ressalta-se que, apesar de todas as orientações contidas na plataforma, é indispensável a orientação dos profissionais de saúde.

Diante dessa pesquisa, a utilização da plataforma é vista como uma ferramenta para facilitar o acesso às informações úteis à prática do cuidador com o paciente, mesmo estando em domicílio.

A referida plataforma digital para os cuidadores familiares deverá contemplar os seguintes itens:

- a) cadastro dos dados pessoais do usuário, nº do SUS, doenças acometidas e perfil socioeconômico;
- b) objetivos da plataforma;

- c) cuidados para com o dependente: procedimentos, informações práticas, sinais e sintomas de emergências, contendo vídeos de orientações clínicas;
- d) telefones úteis: Samu, hospitais, postos de saúde, bombeiro e farmácia;
- e) cursos *online* e gratuitos com certificado para o cuidador familiar;
- f) calendário de vacinação;
- g) alertas de notificação de horário da medicação cadastrada, de promoções em farmácias e dias de consultas;
- h) ícone para tele consulta, possibilitando que o cuidador familiar possa encaminhar suas dúvidas para o profissional especializado que estará vinculado ao site.

A elaboração da referida plataforma será baseada no levantamento das necessidades dos cuidadores familiares ao realizar o cuidado e o tratamento, além dos cuidados recomendados pela literatura. Também deverá contemplar o levantamento de informações recebidas em relação às dificuldades dos cuidadores sobre o seu autocuidado.

O conteúdo pedagógico será construído usando informações sobre a doença e as morbidades geradas, o tratamento, a importância do uso correto da medicação, bem como seus efeitos colaterais, as principais dúvidas sobre os cuidados necessários para uma estabilidade do quadro do paciente e uma boa evolução. Também contará com informações sobre ergonomia e sobre como gerir o tempo no cuidado, o compartilhamento do cuidado com outros familiares e diversas informações sobre saúde mental.

O site busca envolver o cuidador de maneira que, mesmo com pouca escolaridade, possa compreender as informações recebidas de uma fonte confiável permitindo, assim, que consiga identificar possíveis complicações no quadro de saúde do seu dependente e esclarecer suas dúvidas, além estimular o autocuidado. Com isso, espera-se que o site possa gerar um impacto significativo nos resultados de saúde e na qualidade de vida dos pacientes, diminuindo potencialmente o número de internações hospitalares, e a frequência de visitas médicas, além de propiciar a melhoria na qualidade de vida dos próprios cuidadores familiares.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil dos cuidadores revelado nesse estudo - mulher, casada, doméstica, que recebe até um salário mínimo, cuida dos pais sem auxílio de outros cuidadores - difere daqueles já encontrados na literatura. Por outro lado, reafirma a necessidade de uma maior preocupação do poder público para com essas pessoas socialmente vulneráveis.

Esse estudo apresentou as necessidades dos cuidadores familiares e trouxe à tona as dificuldades apontadas pela ausência de conhecimentos, as dúvidas sobre o ato de cuidar e as angústias que a relação de cuidado impõem. Apresentar esses resultados foi importante para tornar possível a elaboração de ações que orientem melhor os cuidadores nos cuidados com o ente querido dependente e para se alcançar qualidade de vida do cuidador e de quem está recebendo cuidados, sendo necessárias as devidas orientações associadas ao treinamento domiciliar.

Percebe-se que, num contexto de saúde pública no qual muitas famílias encontram-se na condição de cuidadora, os serviços de AD precisam ser aprimorados, especialmente no que diz respeito à humanização do cuidado de maneira integral aos usuários ou pacientes. Vislumbra-se a necessidade de ampliar as redes de apoio aos cuidadores, que têm sido abandonados pelos sistemas de saúde em todo mundo e desconsiderados como peça indispensável de sustentabilidade do cuidado às pessoas.

O impacto desse trabalho foi reconhecer que a maioria das famílias está sozinha, realizando práticas de cuidado sem compreender, na maioria das vezes, o problema de saúde do seu dependente e recebendo apenas orientações básicas, o que dificulta a realização do cuidado integral. Diante disso, percebe-se o vínculo precário dessas famílias com a ESF, o que produz o fracasso das ações e serviços realizados pelos profissionais ao longo da vida do indivíduo pois, não havendo continuidade, o vínculo com a equipe se enfraquece.

Diante disso, a proposta de elaboração de uma plataforma digital é vista como uma ferramenta potencial para apoiar e propiciar o acesso fácil às informações úteis para o cuidado no domicílio por pessoas de qualquer nível de escolaridade.

A plataforma digital pode se tornar uma solução no acompanhamento dos fatores de risco, na ampliação do conhecimento do cuidador com relação às técnicas de ergonomia e, até mesmo, de estímulo de autocuidado, à coparticipação do usuário no seu tratamento e à participação familiar. Por outro lado, pode reduzir os custos para o sistema de saúde e o planejamento do cuidado individualizado.

Esse trabalho apresenta limitações pois não pode ser generalizado já que se trata da realidade de uma população específica de uma ESF. Porém, representa um ponto de partida para discussões a respeito do direito e do acesso universal à saúde das famílias que possuem membros dependentes de cuidados por condições crônicas, bem como sobre a necessidade de políticas públicas que zelem pela qualidade de vida do cuidador familiar.

## REFERÊNCIAS

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. de C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto contexto - Enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-272, Jun 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200007>. Acesso em: 7. 12. 2019

ANJOS, K. F. dos. *et al.* Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1321-1330, May 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006b. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006

AUGUSTO, F. M. F.; SILVA, I. P.; VENTURA, M. M.; Filhos cuidadores: escolha, mudanças e desafios. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.12, n.2, p. 103-18, nov.2009.

AZEREDO, Z.; MATOS, E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. **Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa**. Série III. v. 8, n.4, p.199-204, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL. **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, Poder executivo, Brasília, DF, 1998. seção 1, p. 106. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA\\_2416.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_2416.pdf). Acesso em: 09 dez. 2019.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 70 p. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v10n3/1981-2256-rbagg-10-03-0371.pdf>. Acesso em: 10 nov de 2019.

\_\_\_\_\_. Legislação: CF; **Leis 8.080 e 8.142; LC 141**. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>. Acesso em: 09 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Editora do Senado, 1988. Acesso em: 09 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.531, de 04 de setembro de 2001**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva. Diário Oficial da União nº 172, Brasília, DF, 06 set. 2001. Seção 1, p. 71. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1531\\_04\\_09\\_2001.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1531_04_09_2001.html). Acesso em: 08 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes

e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União nº 72, Brasília, DF, 16 abr. 2002. Seção 1, p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10424.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10424.htm)>. Acesso em: 07 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS/CNAS. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DAB, Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006. **Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União nº 202, Brasil, DF, 20 out. 2006a. Seção 1, p. 145-148. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html)>. Acesso em: 08 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**, 2007. 160 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_economica\\_desafios\\_gestao\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_economica_desafios_gestao_sus.pdf)>. Acesso em: 09 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia Brasília**, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 ago. 2011a. Seção 1, p. 91. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029\\_24\\_08\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html)>. Acesso em: 7 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União nº 208, Brasília, DF, 28 out. 2011b. Seção 1, p. 44. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dae/Port2527.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011c. Seção 1, p. 69. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 09 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 28 out. 2011; Seção 1:44.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Projeto Lei nº 4702, de 2012**. Dispõe sobre exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências. Senado Federal. Brasília, DF. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no Diário Oficial da União, nº 12, seção 1, p. 59, 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.505, de 24 de julho de 2013**. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 de jul. 2013. Seção 1, p. 33. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1505\\_24\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1505_24_07_2013.html)>. Acesso em: 8 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 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 União, Brasília, DF, 19 jun. 2013. Seção 1, p. 37. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208\\_18\\_06\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html)>. Acesso em: 09 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção Domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em Atenção Domiciliar**. Organização Pan-americana da saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2014. 184 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_sus.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/atencao_domiciliar_sus.pdf)>. Acesso em: 08 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.290, de 21 de outubro de 2014**. Altera a Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out. 2014. Seção 1, p. 39. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2290\\_21\\_10\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2290_21_10_2014.html)>. Acesso em: 7 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. **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 nº 78, Brasília, DF, 26 abr. 2016. Seção 1, p. 33-38. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/27/PORTARIA-825.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 26 abr. 2016; Seção 1:33.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde - 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.: il.

BRITO, M.C.C. et al. Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica. **Revista Kairós Gerontologia**, v.16, p.161-178, 2013.

BRUSCH, C.; BIRD, B. J. Leadership vision of successful women entrepreneurs: dimension and characteristic. New York: **Frontiers of Entrepreneurship Research**, 1996. 75 p.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública** Rio de Janeiro. v.19, n.3, mai-jun, 2003.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P. ; SANTOS, M. A.. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf> Acesso em: 01 de Julho 2019.

CASTRO, E. A. B. *et al.* Autocuidado após o transplante de medula óssea autólogo no processo de cuidar pelo enfermeiro. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1152-1162, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/86/pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 02, p. 254-271, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br). Acesso em: 15 de janeiro de 2019.

CISEK, M. *et al.* Preparation the family to care of the patient with Alzheimer's disease. **Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku**, v. 50, n. 1, p. 116-118, 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 29-47. 1997.

CUNHA, M. T. de S. N. de. *et al.* Dando sentido ao cuidar: suporte para cuidadores informais de idosos dependentes da zona Sul de João Pessoa - PB. **Revista Práxis: saberes da extensão**, João Pessoa, v. 5, n. 10, p 67-77, set/dez, 2017.

CARVALHO, D. P. *et al.* Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis,; v.24, n.2, p. 450-8. Abr-Jun 2015

DEMO, P. Pesquisa qualitativa: Busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.2, p.89–104, Abr. 1998. FARIA, H. P. de *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2ed. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 68p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf> Acesso em: em 02 de fevereiro de 2014.

FERNANDES, C. S.; ANGELO M. Family caregivers: what do they need? An integrative review. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.50, n.4, p.672-678, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500019>

FERNANDES M.; GARCIA T.R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira Enfermagem**, v.62, n.1, p. 57-63. Jan-Feb 2009. Disponível em: [http:// dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100009](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100009). PMID:19219355. Acesso em 02 de fevereiro de 2020.

FEUERWERKER L. C. M.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na configuração de redes substitutivas: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde. **Revista Panamá Salud Pública**, v. 24, n. 3, p. 180-8, 2008.

FRANCO, M. H. A. P. Família em psico-oncologia. In: V. A. Carvalho et al (Org.) **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, p. 358-361, 2008.

GARBACCIO JL; TONACO LAB. Adesão dos Idosos às Formas de Administração do Tratamento da Tuberculose. **Revista Fund Care Online**. v. 11, n.3, p.680-686, abr./jun, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.680-686>.

GERK, M. A. de S.; FREITAS, S. L. F.; BARROS, S. M. O. de. Visita domiciliar no período puerperal: a prática social vivenciada pelas (os) acadêmicas (os) de Enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n. esp, parte II. p. 196-197. 2000.

GIRARDON-PERLINI, N. M. O. **Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio**: o fazer do cuidador familiar. Coleção trabalhos acadêmicocientíficos. Série dissertações de mestrado, 19. Ijuí: UNIJUÍ, 2001

HENRIQUES, L. F. C.; TORRES, M. M. Potencialidades do círculo de cultura na educação popular. In: ASSUMPÇÃO, Raiane (Org.). **Educação popular na perspectiva freiriana**. São Paulo: Instituto Paulo Freire, p. 115-142, 2009.

JUSBRASIL. Legislação cuidadores de idosos. 2019. Disponível em: <https://valentereispessaliadv.jusbrasil.com.br/artigos/543577701/como-funcionam-os-direitos-dos-cuidadores-de-idosos>. 2019 . Acesso em: 20 de janeiro de 2020.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. 8ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

KUCMANSKI, L. S *et al.* Doença de Alzheimer: desafios enfrentados pelo cuidador no cotidiano familiar. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 6, p. 1022-1029, Dec. 2016 .

KUO, L. M. *et al.* A home-based training program improves taiwanese family caregivers' quality of life and decreases their risk for depression: a randomized controlled trial. **Int J Geriatr Psychiatry**. v. 28, n.5, p. 504-13, 2013.

LACERDA, J. T. de; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. **Planejamento na Atenção Básica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. (Eixo II: O Trabalho na Atenção Básica). Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1167>. Acesso em: 20 nov. 2019.

LAMPERT, C. D. T.; SCORTEGAGNA, S. A.; GRZYBOVSKI, D. Dispositivos legais no trabalho de cuidadores: aplicação em instituições de longa permanência. **Read**, Porto Alegre, ed. 85, n, 3, p. 360-380, setembro/ dezembro de 2016.

LOIZOS, P. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: BAUER W. Martin e GEORGE GASKELL (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2008.

LOPES, M. C. R.; MATTA, G. C. SUS, gestão participativa e equidade. In: GUIZARDI, Francini *et al.* (Org.). **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Recife: Editora Universitária UFPE, p. 305-322, 2014.

MAIA, A. C. M. S. *et al.* Dificuldades no cuidado a usuários que convivem com processo crônico de saúde: relato dos cuidadores familiares. **REPENF - Revista Par Enferm.** v.1, n.1, p. 3-12, . 2018.

MARIN, M. J. S. *et al.* Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. **Revista Escola de Enfermagem**. USP [*online*], v.44, n.4, p. 962-968, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080)>. Acesso em 10 dez 2019

MARTINS, J. de J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 16, n. 2, p. 254-262, June 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200007>.

MENDES, E. V. **Redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

\_\_\_\_\_. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, G. D.; MIRANDA, S. M.; BORGES, M. M. M. C. Saúde do Cuidador de Idosos: um Desafio para o Cuidado. **Revista de Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 3, n. 1, p.408-

421, ago. 2010. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/04-saudecuidador-idosos-desafio.pdf>. Acesso em: 13 de Setembro de 2017.

MENDES, P. B. M. T. **Cuidadores: Heróis Anônimos do Cotidiano.** (Dissertação de Mestrado), São Paulo: Programa em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1995.

MEYER, D. E. E. *et al.* Você aprende. A gente ensina?: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, Jun 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600022>.

MIGUEL, M. F. G. B.; FIGUEIRA, M. O.; NARDI, E. F. R. Perfil dos cuidadores familiares de idosos dependentes de uma unidade básica de saúde. **Revista F@pciência**, Apucarana PR, ISSN, V.G.n.14, p.118-127, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 28. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2009.

MINOSSO, J.S.M. *et al.* Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brasil. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v.23, n2, p.218-223, Apr. 2010.

MONTEIRO, E. A; MAZIN, S. C.; DANTAS, R. A. S. Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal: validação para o Brasil. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 68, n.3, p. 421-8, 2015.

MONTOYA, C. G. de B. **Sobrecarga em cuidadores de idosos: proposição de tecnologia educacional.** Niterói: [s.n.], 2017. 73f. (Dissertação -Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial). Universidade Federal Fluminense, 2017. Orientador: Profª Selma Petra Chaves Sá.

NAKATANI, A. Y. K. *et al.* Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1 p. 15 – 20, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista>. Acesso em: 10 dez de 2019.

NASCIMENTO, B. R. *et al.* Global health and cardiovascular disease. **Heart**, v. 100, n. 22, p.743-749, 2014.

NUNES, M.L.T. Entrevista como instrumento de pesquisa. In: MACEDO, KMM e CARRASCO, KL. Contextos de entrevistas olhares diversos sob a interação humana. São Paulo: Casa do psicólogo, 2005. 281 p.

OLIVEIRA XAVIER, G.T.O; NASCIMENTO, V.B; JUNIOR, N.C.; Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.22 n.3 Rio de Janeiro 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180151>. Acesso em: set 09 de 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS; 2007.

PADUA, E.M.M. **Metodologia da Pesquisa**: abordagem teórico-prático. 10ed., São Paulo, Ed Papyrus, 2004.

PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 547-574. 2008.

PAIM, J. S. **Atenção à saúde no Brasil**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 306 p. 2006.

PEREIRA, Rodrigo da Cunha. **Princípio da afetividade**. In DIAS, Maria Berenice (coord.). Diversidade sexual e direito homoafetivo. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POZZOLI, Sandra Maria Luciano; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Sobre o atendimento e o atendimento cuidadoso domiciliar. **Debate em saúde**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1116-1129, dezembro de 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042017000401116&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042017000401116&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 de novembro de 2019. <https://doi.org/10.1590/01031104201711510>.

PLANK A; MAZZONI V; CAVADA L. Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home. **Journal Clinic Nur.**, v. 21, n. 13-14, p. 2072-82, 2012.

\_\_\_\_\_. **Áreas de abrangência da Saúde em Belo Horizonte**. 2012. Disponível em: <http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/mapas-e-estatisticas>. Acesso em 09 jan. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). **Coordenadoria Norte**. 2017a. disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/estrutura-de-governo/norte>. Acesso em 10 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. 2017b. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/estrutura-de-governo/saude>. Acesso em 10 dez. 2019.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em: 17 fev. 2020.

RELVAS, A.P. **Ciclo vital da família**: perspectiva sistêmica. 2ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 2000.

RICOEUR, P. **Soi-même comme un autre**. Paris: Éditions du Seuil, 1990.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet** (British edition). v.377: 1949-61, 2011.

SEIXAS.C.T.; SOUZA. C.G.; SILVA.K.L.; SENA.R.R. **Experiências de Atenção Domiciliar em Saúde no Mundo: lições para o Caso Brasileiro**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Parte I, p.17-42.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista Saúde Pública**, v.44, n.1, p. 166-176, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000100018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000100018&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 12 jun. 2013.

SILVA, K. L. *et al.* **Atenção Domiciliar na Rede Básica de Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 87p.

SILVA, R. M. da; JORGE, M. S. B.; SILVA JÚNIOR, A. G. da (Orgs). **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde** [livro eletrônico]. Fortaleza: EdUECE, 2015. 548 p. ISBN: 978-85-7826-322-5.

SOUZA, L. R. de *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p.140-149, 2015.

SULTER, G.; STEEN, C.; KEYSER, J. Use of the Barthel index and ranking scale in acute stroke trials. **Stroke**. v.30, n.8, 1538-1541, 1999.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: a construção de um conceito ampliado. **J. Manag. Prim. Health Care**, Londres, v. 5, n. 2, p. 202- 212, 2014.

SCHWARTZ, E.; SOUZA, J.; GOMES, S. F.; HECK, R. M. Entendendo e atendendo a família: percepções de graduandos de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 65-72, 2004.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

TAVARES, M. L. DE O. **Relação entre o nível de dependência de cuidados e a qualidade de vida do cuidador informal no contexto da atenção primária à saúde** [manuscrito] / Marcus Luciano de Oliveira Tavares. (Dissertação-Mestrado) - 2018. 103 f. Orientador: Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

TRAVASSOS.T.S. O Trabalhador Social em Saúde. **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio** / Organização de Vera Joana Bornstein... *et al.* - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.p43-44.

TITTONI, J; JACQUES, M.da G.C. Pesquisa. In: JACQUES, M. da G. C. *et al.* **Psicología Social Contemporânea** - livro texto. 5 ed. Petrópolis: Vozes. 2001, p.73-85.

URQUIZA, M. de A.; MARQUES, D. B. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. **Entretextos**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 115-144, jan./jun. 2016.

VALLA, Victor Vincent. Educação e saúde do ponto de vista popular. In: Valla VV (Org.) **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 7-10.

VASCONCELOS, M. *et al.* **Módulo 4**: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem do indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p.

VIEIRA, C. P. de B.; FIALHO, A. V. de M. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. **Revista Rene**. Fortaleza, v.11, n. 2, p. 162-69, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/385/pdf>> . Acesso em: 6 fev. 2020.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichan**, Cundinamarca, v. 8, n. 1, p. 85-96, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/741/74108109.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

XAVIER, G. T. de O.; NASCIMENTO, V. B. do; CARNEIRO JUNIOR, N. Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, e180151, 2019.



## ANEXOS

## ANEXO A - Índice de Barthel

## ÍNDICE DE BARTHEL

Parâmetro	Atividade Básica da Vida Diária	Pontuação
Alimentar-se	Totalmente Independente	10
	Necessita de ajuda para cortar carne, pão, etc.	5
	Dependente	0
Lavar-se	Independente: entra e sai sozinho do banho	5
	Dependente	0
Vestir-se	Independente: capaz de vestir-se e de retirar a roupa, abotoar, amarrar os sapatos	10
	Necessita ajuda	5
	Dependente	0
Arrumar-se	Independente para lavar o rosto, as mãos, pentear-se, barbear-se, maquiar-se, etc.	5
	Dependente	0
Evacuar	Continência	10
	Ocasionalmente algum episódio de incontinência, ou necessita ajuda para administra-se supositórios ou laxantes	5
	Incontinência	0
Micção	Continência normal, ou é capaz de cuidar da sonda, se faz uso de uma	10
	Um episódio diário como máximo de incontinência, ou necessita de ajuda para cuidar da sonda	5
	Incontinência	0
Usar o sanitário	Independente para ir ao sanitário, arrumar-se e colocar a roupa	10
	Necessita de ajuda para ir ao sanitário, porém se limpa sozinho	5
	Dependente	0
Transferir-se	Independente para ir da cadeira a cama	15
	Mínima ajuda física ou supervisão para fazê-lo	10
	Necessita grande ajuda, porém é capaz de manter-se sentado sozinho	5
	Dependente	0
Deambular	Independente, caminha sozinho 50 metros	15
	Necessita ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros	10
	Independente na cadeira de rodas, sem ajuda	5
	Dependente	0
Subir e descer escadas	Independente para descer e subir escadas	10
	Necessita ajuda física ou supervisão para fazê-lo	5
	Dependente	0
<b>TOTAL</b>		

Resultado	Grau de Dependência
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
60-95	Leve
100	Independente

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “O fenômeno da dependência em usuários que convivem com um processo crônico de saúde: implicações para família, cuidador e equipe de enfermagem”. De autoria dos pesquisadores Doutora Livia Cozer Montenegro, Doutor Adriano Marçal Pimenta e Doutora Cristina Garcia Vivir. Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo.

**Objetivos do estudo:** Descrever as características sociodemográficas, do estado de saúde e do grau de dependência dos usuários dependentes no contexto da atenção primária. Descrever as características sociodemográficas e de formação profissional dos cuidadores dos usuários dependentes no contexto da atenção primária. Identificar as redes de apoio dos usuários dependentes, dos seus cuidadores e de suas famílias no contexto da atenção primária. Conhecer as facilidades e as dificuldades da assistência realizada pelos cuidadores dos usuários dependentes no contexto da atenção primária. Desvelar como o fenômeno da dependência do usuário que convive com um processo crônico afeta a sua família no contexto da atenção primária. Identificar as estratégias que a equipe de enfermagem tem utilizado para o monitoramento do processo crônico dos usuários dependentes no contexto da atenção primária.

**Procedimentos:** Sua participação será por meio de uma entrevista que poderá ser gravada. As informações fornecidas na gravação serão utilizadas para fins científicos e seu anonimato será preservado. O local, data e horário da realização da entrevista serão agendados previamente, de acordo com a sua disponibilidade.

**Possíveis benefícios:** O benefício da presente pesquisa está na possibilidade de permitir compreensão sobre as implicações do fenômeno da dependência de usuários que convivem com processo crônico na perspectiva do cuidador, da família e da equipe de enfermagem.

**Desconfortos e riscos:** Talvez você se sinta constrangido durante a entrevista e isto pode lhe gerar desconforto. Caso isto ocorra você pode pedir a pesquisadora e a entrevista será encerrada caso deseje.

**Confidencialidade das informações:** Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes e da instituição. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto e serão utilizados apenas para fins de pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

**Outras informações pertinentes:** Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Qualquer dúvida quanto à realização da pesquisa poderá ser sanada em qualquer momento da mesma. Você também poderá fazer contato com o comitê de ética. **Consentimento:**

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário (a). Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Assinatura do (a) participante

**Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:**

**COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG** - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901. Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br). Fone: (31)3277-5309- Fax: (31)3277-7768.

**Comitê de Ética e Pesquisa da SMS-PBH**, fone: 32775309 Avenida Afonso Pena, 2336 – 9º andar, Bairro Funcionários – Belo Horizonte, MG. Cep: 30130007

**Pesquisador (a) Responsável: Prof.ª Dr.ª Dra. Livia Cozer Montenegro** . Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG 4º andar - Sala 420/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-3034/E-mail: [liviacozermontenegro@gmail.com](mailto:liviacozermontenegro@gmail.com)

**ANEXO B - Cópia da carta de aprovação do Comitê de Ética da UFMG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 54550416.0.0000.5149

Interessado(a): Profa. Livia Cozer Montenegro  
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e  
Saúde Pública  
Escola de Enfermagem-UFMG

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de junho de 2016, o projeto de pesquisa intitulado "**O fenômeno da dependência de cuidados em usuários que convivem com um processo crônico de saúde: implicações para família, cuidador e equipe de enfermagem**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz  
Coordenadora do COEP-UFMG

## ANEXO C - Cópia carta de anuência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte



## CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa intitulado **O fenômeno da dependência de cuidados em usuários que convivem com um processo crônico de saúde: implicações para família, cuidador e equipe de enfermagem**, sob a responsabilidade da pesquisadora Livia Cozer Montenegro, CPF 029.329.799-14, cujo objetivo é analisar as implicações do fenômeno da dependência de usuários que convivem com processo crônico de saúde na perspectiva do cuidador, da família e da equipe de enfermagem no contexto da atenção primária e autorizamos que este estudo seja executado no Distrito Norte da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos uma devolutiva dos dados e resultados encontrados para o município de Belo Horizonte e trabalhadores do setor e/ou seus representantes.

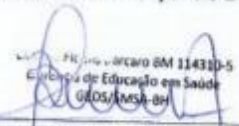
A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Esta Carta de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 23 de Março de 2017

  
 Taciana Malheiros Lima Carvalho  
 Gerência de Assistência  
 SMSA/BH

  
 Cláudia Fidelis Barcaro  
 Gerência de Educação em Saúde  
 SMSA/BH



**ANEXO D - Cópia do Ofício de autorização do Distrito Sanitário Norte**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE  
**Ofício GERSAN/EXTERNO/ N° 171/2016**Secretaria Municipal de Saúde  
Gerência Regional de Saúde Norte

Belo Horizonte, 20 de junho de 2016

Prezada Professora Livia Cozer Montenegro,

Venho, por meio deste, manifestar interesse do Distrito Sanitário Norte em contribuir com a pesquisa intitulada **"O fenômeno da dependência de cuidados em usuário que convivem com um processo crônico de saúde: implicações para família, cuidador e equipe de enfermagem"**. Concordo que está é uma etapa fundamental nesta empreitada e que a referida pesquisa já foi encaminhada ao comitê de ética em pesquisas com seres humanos da UFMG e da SMSA e que A coordenação da pesquisa está sob responsabilidade da Prof.Dra. Livia Cozer Montenegro, professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Atenciosamente,

  
Moisés Gonçalves de Oliveira BM: 76793-3  
Gerente Regional de Saúde Norte  
Secretaria Municipal de Saúde

Ilma.  
Livia Cozer Montenegro – Enfermeira.  
Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública  
Universidade Federal de Minas Gerais.

Gerência Regional de Saúde Norte  
Rua Pastor Muryllo Cassete, 85 – São Bernardo CEP: 31.741-405  
Telefone: 3277-6693/ 7430 Email: gersan@pbh.gov.br