

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA**

**O papel do cuidador frente ao paciente acamado e a
responsabilização da equipe de saúde da família**

JULIANA MARIA FERNANDES

ARAÇUAÍ/ MINAS GERAIS

2010

JULIANA MARIA FERNANDES

**O papel do cuidador frente ao paciente acamado e a
responsabilização da equipe de saúde da família**

**Trabalho apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde
da Família da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais, como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista.**

Orientadora: profa. Anadias Trajano Camargos

ARAÇUAÍ/ MINAS GERAIS

2010

Agradecimento

Agradeço aos profissionais da Equipe de Saúde da Família Cinturão, em especial às agentes de saúde pela colaboração durante o percurso da especialização.

À Secretaria Municipal de Saúde de Minas Novas pelo apoio e pela oportunidade de atuar em um Programa de Saúde da Família.

Resumo

O presente estudo aborda o tema o papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família, considerando a importância do Programa de Saúde da Família como estratégia de reorientação dos princípios do SUS e do modelo assistencial. Tal tema justifica-se pela dificuldade apresentada pelos profissionais da atenção primária à saúde do município de Minas Novas – MG em dar seguimento ao tratamento dos pacientes acamados, uma vez que a assistência prestada pelo familiar no domicílio é na maioria das vezes deficiente. O objetivo deste estudo é identificar na literatura o papel do cuidador familiar em relação ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família. Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se por uma revisão de literatura através do levantamento nas bases de dados Medline, Lilacs, Scielo, BDENF, periódicos, dissertações e teses durante o período de agosto a novembro de 2009. Entende-se por cuidador familiar a pessoa da família que é a responsável pelos cuidados ao paciente acamado dentro do domicílio. Destaca-se a sobrecarga do cuidador familiar e o papel educador dos profissionais das equipes de saúde da família no acompanhamento ao paciente acamado, além do apoio físico e emocional ao cuidador através da visita domiciliar. Assim, é necessário que as equipes de saúde da família desenvolvam ações que contemplem os princípios fundamentais do SUS, possibilitando uma intervenção mais efetiva na mudança do perfil de saúde e doença dos familiares cuidadores para que estes estejam em boas condições de um cuidado satisfatório, firmando assim, uma parceria entre cuidadores e ESF.

Descritores: cuidador familiar, cuidado de enfermagem, equipe de saúde da família, visita domiciliar.

Abstract

This paper addresses the topic the role of caregiver facing the patient bedridden and accountability of the health team of the family, considering the importance of the Family Health strategy and reorientation of SUS principles and the model. This topic is justified by the difficulty presented by the practitioners of primary health care in the city of Minas Novas - MG to follow up the treatment of bedridden patients, since the care provided by family at home is most often deficient. The aim of this study is to identify literature on the role of caregiver for the patient bedridden and accountability of the team of family health. To develop this study, we chose to review the literature through the analysis in the databases Medline, Lilacs, Scielo and BDENF, periodicals, dissertations and theses in the period from August to November 2009. The term family caregiver's family member who is responsible for the care of bedridden patients in the home. It highlights the family caregiver burden and the role of educator professional team of family health in monitoring the patient in bed, in addition to physical and emotional support to caregivers through home visits. Thus, it is necessary for teams to develop family health actions that address the fundamental principles of the SUS, enabling more effective intervention in changing the profile of health and illness of family caregivers so that they are in good care satisfactory, confirming thus, a partnership between caregivers and ESF.

Keywords: caregiver, nursing, care, health staff, family, home visits.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	07
2. Objetivo	09
3. Caminho Metodológico.....	10
4. Fundamentação Teórica.....	11
4.1. Um breve histórico sobre o Sistema Único de Saúde - SUS e seus princípios..	11
4.2. A Atenção Primária à Saúde.....	12
4.3. Programa Saúde da Família: Estratégia de consolidação dos princípios do SUS.....	13
4.4. O papel do cuidador familiar e a responsabilização da Equipe de Saúde da Família.....	15
5. Considerações Finais.....	17
6. Referências Bibliográficas.....	19

1. INTRODUÇÃO

Este estudo partiu do interesse de trabalharmos a temática o papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família. Entende-se por cuidador àquele que tem a total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao paciente, quer seja no âmbito do domicílio ou em Instituição de saúde.

Os profissionais das equipes de saúde da família ao realizarem o acompanhamento do paciente acamado no domicílio se deparam muitas vezes com várias dificuldades no tratamento deste, entre elas a falta de uma pessoa para ser referência na família afim de exercer os cuidados que o paciente necessita ou porque existe o cuidador, mas esse é despreparado, desinteressado e alega não ter tempo para cuidar do paciente, ainda há o baixo nível socioeconômico que não contribui, fatores que são considerados pertinentes.

Durante nossa vivência com essa temática, foi possível observar que mesmo com as orientações dos profissionais existe ainda uma grande distância entre o ensinar e o fazer, gerando algumas vezes conflitos entre o cuidador e o profissional da equipe de saúde da família, pois esses profissionais não estão restritos a uma família, eles são responsáveis pelo acompanhamento das famílias de todo o território, sendo o processo educacional o principal aliado na recuperação do paciente.

O presente estudo justifica-se pela dificuldade apresentada pelos profissionais da atenção primária à saúde do município de Minas Novas – MG em dar seguimento ao tratamento dos pacientes acamados, uma vez que a assistência prestada pelo familiar no domicílio é na maioria das vezes deficiente o que retarda a recuperação do paciente e/ ou expõe este aos riscos advindos da falta de higiene, uso irregular da medicação, cuidados precários e vários outros contratempos pontuados pelos profissionais.

O cuidado significa desvelo, é dar valor, zelar e, sobretudo é mostrar à pessoa sua importância como ser humano e este não pode ser imposto como uma obrigação de quem cuida. Deve ser feito com carinho e responsabilidade, valorizando a própria vida e amenizando o sofrimento e angústia dos que dependem dos cuidados alheios.

É importante destacar que a equipe de saúde da família tem um importante papel na orientação do cuidador, da família e da comunidade, essa orientação é referente às necessidades de mudança de hábitos concernente a saúde e da melhoria da qualidade de vida do paciente acamado e da assistência que deve receber, sabendo que pode haver conflitos no decorrer do processo.

A presença da família no cuidado ao paciente acaba criando uma relação de confiança com o cuidador domiciliar e com a equipe de saúde da família, criando um vínculo e tornando a relação cuidador/ equipe favorável ao paciente e ao seu bem-estar, que é o principal objetivo de ambos no acompanhamento ao paciente acamado.

2. OBJETIVO

- Identificar na literatura o papel do cuidador familiar em relação ao paciente acamado e a responsabilização da Equipe de Saúde da Família.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se por uma revisão de literatura que versa sobre o tema o papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família.

A estratégia de pesquisa incluiu artigos científicos publicados nos anos de 2000 a 2009 devido à atualidade do tema e a busca de fonte bibliográfica foi baseada nos descritores: cuidados de enfermagem ao paciente acamado, programa de saúde da família e cuidador familiar.

Foram encontradas 2606 publicações referentes ao descritor programa saúde da família, 251 sobre cuidador familiar e 03 publicações sobre cuidados de enfermagem ao paciente acamado, perfazendo um total de 2.860 publicações.

A pesquisa foi constituída por uma busca ativa realizada nas bases de dados Medline, Lilacs, Scielo, BDENF, periódicos, dissertações e teses. Como critérios de inclusão foram selecionados apenas os estudos que responderam a pergunta desta revisão nos publicados na língua portuguesa. O levantamento dos artigos selecionados foi realizado no período de agosto a novembro de 2009. Assim, foram utilizados 11 artigos para a construção deste trabalho.

Para a análise do material, foi, inicialmente, realizada a seleção de artigos, excluindo-se teses e dissertações, seguida da seleção por títulos que continham referência aos descritores selecionados. Após leitura dos resumos, foram excluídos os artigos cujos temas não eram pertinentes ao estudo.

Durante todo o processo de busca e análise do material bibliográfico foi necessário e de fundamental importância estabelecer uma relação com o texto, permitindo que ele abrangesse a sua relevância como estudo científico.

Em função da atualidade do tema e da inexistência de citações na pesquisa bibliográfica descrita anteriormente, foi necessária a consulta à Constituição Federal de 1988, ao capítulo do livro de Bárbara Starfield (2002) sobre a atenção primária à saúde e o capítulo do livro de autoria de Paim (2003) in Rouquayrol (2003), para a discussão sobre o tema de modelo assistencial e vigilância à saúde.

Foram utilizadas também vivências da prática e observações relacionadas aos profissionais da atenção primária à saúde.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1. Um breve histórico sobre o Sistema Único de Saúde - SUS e seus Princípios

Para se entender a participação da Equipe de Saúde da Família no processo de atendimento ao cliente, optou-se por fazer um breve histórico sobre o Sistema Único de Saúde – SUS e seus princípios, tendo como subsídio a temática o papel do cuidador frente ao paciente acamado, refletindo acerca da responsabilização da equipe de saúde da família.

O Sistema Único de Saúde (SUS) “é um sistema único porque segue a mesma doutrina em todo território nacional”. (COSTA E CARBONE, 2004; p.4).

O SUS foi implantado através da Constituição Federal de 1988 e constitui um conjunto de ações e serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo território nacional, com direção única em cada esfera de governo. Assim, o SUS deve garantir saúde como direito de todos mediante políticas públicas, que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos à saúde e acesso universal e igualitário às ações e serviços, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1988).

A construção da proposta integrada foi definida a partir da participação ativa das pessoas, famílias e profissionais envolvidos na assistência domiciliar que constitui um aspecto fundamental para a implementação de uma assistência domiciliar que se caracterizou pela integralidade, universalidade e equidade de suas ações. (LOPES, *et al*, 2003).

Para que os princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade – sejam alcançados é necessário pensar “o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira com que os serviços se organizam para produzi-las e distribuí-las”. (SILVA, *et al*, 2005: p.392).

Carvalho e Santos (2006) ressaltam que o SUS, deve obedecer aos princípios de universalidade o qual é responsável pelo acesso do usuário aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Em sistemas de saúde anteriores o que garantia acesso à saúde às pessoas era o fato de serem consideradas beneficiários ou segurados. Àqueles que não se inseriam nesse processo não tinham direito ao atendimento público de saúde. Portanto, a universalidade, hoje, tornou-se o novo conceito de saúde.

“Integralidade da assistência exige que os serviços de saúde sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade a proteção, a promoção e a recuperação da saúde, de

acordo com as necessidades de cada um, em todos os níveis de complexidade do sistema”. (CARVALHO e SANTOS, 2006: p.64).

Quanto ao princípio da Equidade, diz respeito ao direito de todos em ter igualdade de oportunidade em usufruir dos serviços disponibilizados pelo SUS.

Assim, a consolidação do SUS exigiu muitas discussões sobre modelo assistencial e também a superação do modelo hegemônico para a adoção do modelo de vigilância à saúde, entendido como uma prática sanitária referenciada no conceito positivo de saúde, qualidade de vida e no paradigma social do processo saúde - doença. (SILVA, *et al*, 2005).

O modelo de vigilância à saúde contribui para mudar o perfil epidemiológico e controlar os novos agravos à saúde, bem como representa uma estratégia para promoção de uma assistência integral, oportuna, universal, equânime e humanizada.

Ressalta-se que o modelo assistencial não se reduz à prática médica voltada apenas para o indivíduo doente e na cura de doenças. A sua concepção exige: “revisar o conceito de saúde e os determinantes históricos e culturais que incidem sobre as intervenções técnicas e sobre os problemas e necessidades de saúde da população” (SILVA, *et al*, 2005: p. 392).

Dessa forma, destacam-se as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, implantação de ações de vigilância nutricional dirigidas a grupos de risco, vigilância à saúde do trabalhador, levando em conta os ambientes de trabalho e os riscos ocupacionais, vigilância ambiental em áreas específicas de risco epidemiológico, sem perder de vista a necessidade de reorientar as ações de prevenção e de recuperação da saúde. (PAIM, 2003).

4.2. A Atenção Primária à Saúde

O Programa Saúde da Família segundo Costa, *et al* (2008: p.115), “propõe a reorganização da atenção básica em ações de promoção da saúde, prevenção e riscos de doenças, resolutividade na assistência e recuperação, com qualidade, o que favorece a maior aproximação dos serviços à população”.

A atenção primária é o “primeiro nível de contato, a porta de entrada dos indivíduos, das famílias e da comunidade no sistema para todas as novas necessidades e problemas”. (COSTA, *et al*, 2008: p.115).

Além disso, a atenção primária à saúde possui seus princípios próprios, que são: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário. Todos eles centrados na busca de um atendimento de qualidade, resolutivo, eficaz e eficiente. (STARFIELD, 2002).

Assim, “a estratégia da Saúde da Família proposta pelo governo elege a família como núcleo social alvo em território definido e agrega ainda os princípios da responsabilidade social, interdisciplinaridade e intersetorialidade, além da vigilância em saúde”. (COSTA E CARBONE, 2004: p. 9).

Os mesmos autores asseguram que atenção básica é serviço de alta qualidade e resolutividade; valorização da promoção e proteção da saúde; parte de um sistema hierarquizado. (COSTA E CARBONE, 2004).

Neste contexto, a visita domiciliar é um importante instrumento no acompanhamento das famílias, pois quando é inserido no núcleo familiar, o profissional interage de modo eficaz e passa a conhecer o processo saúde-doença deste e os cuidados domiciliares tornam-se assim, parte integrante das ações da equipe do PSF. Quando realizamos o acompanhamento através da visita, verifica-se que este se torna mais preciso, uma vez que é verificado o ambiente da família e as suas reais necessidades.

Quando a visita domiciliar é avaliada no âmbito das práticas de saúde pública, observa-se que a sua importância é inquestionável, tanto no diagnóstico de determinados problemas de saúde, quanto na prevenção, na promoção à saúde, na reabilitação e no controle de doenças. Gerk, Freitas e Barros (2000) afirmam que a visita domiciliar é uma importante estratégia de assistência à saúde, uma vez que facilita a interação entre os profissionais de saúde e a comunidade, respeitando suas crenças, valores e visões.

4.3. Programa Saúde da Família: estratégia de consolidação dos princípios do SUS

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Inicialmente, o Ministério da Saúde formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões norte e nordeste. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como parte integrante das ações programáticas de saúde. (LABATE, ROSA, 2005).

Introduzindo uma nova visão do processo de trabalho e em conformidade com o modelo de vigilância à saúde, o PSF, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo, atua em um território limitado com um número de famílias definidos, de forma integral e contínua e desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação à saúde.

O PSF, segundo Labate e Rosa, (2005: p.1030), pode ser definido como: “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados”.

Além disso, possui como objetivos: reconhecer a saúde como direito de cidadania, humanizando as práticas de saúde e buscando a satisfação do usuário; identificar os fatores de risco aos quais a população está exposta e neles intervir de forma apropriada; estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social: e prestar assistência universal, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade à população, na unidade de saúde e no domicílio, elegendo a família, em seu contexto social, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde. (SILVESTRE e NETO, 2003).

De acordo com Hamann e Sousa (2009), o caráter substitutivo do PSF em relação à “atenção básica tradicional” orienta-se pelos seguintes princípios: adscrição da clientela, territorialização, diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado na situação de saúde local.

“A adscrição da clientela refere-se ao novo vínculo que se estabelece de modo permanente entre os grupos sociais, as equipes e as unidades de saúde. A territorialização significa a definição do território e da população, o que implica o mapeamento e a segmentação da população por território. O diagnóstico da situação de saúde da população permite a análise da situação de saúde do território, mediante cadastramento das famílias. O planejamento baseado na realidade local viabiliza a programação de atividades orientada segundo critérios de risco à saúde”. (HAMANN e SOUSA, 2009: p.1327).

As equipes de saúde da família precisam ser multiprofissionais compostas por, no mínimo um enfermeiro, um médico, dois auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de famílias por equipe é em média 600 a 1000 famílias correspondendo a 2.400 a 4.500 habitantes. (COSTA, *et al*, 2009). Mas muitas vezes o que se vivencia no PSF hoje, ainda são equipes com um número de famílias e pessoas além do preconizado, dificultando a atuação e a realização de todas as atividades inerentes à estratégia.

De acordo com Costa e Carbone, (2004: p.10), as equipes de saúde da família devem estar capacitadas para:

1. Identificar a realidade epidemiológica e sociodemográfica das famílias adscritas.
2. Reconhecer os problemas de saúde prevalentes e identificar os riscos aos quais a população está exposta.

3. Planejar o enfrentamento dos fatores desencadeantes do processo saúde/doença.
4. Atender a demanda programada ou espontânea.
5. Utilizar corretamente o sistema de referência e contra-referência.
6. Promover educação à saúde e melhorar o auto-cuidado dos indivíduos.
7. Incentivar ações intersetoriais para enfrentar os problemas identificados.

A intenção é que esses profissionais criem um vínculo com as pessoas, famílias, comunidades, conhecendo sua cultura, hábitos de vida e de saúde, para que possam atuar como orientadores sobre a importância na mudança de hábitos de saúde modificando a realidade, que tem como finalidade tornar as ações da equipe de saúde mais efetiva para que possa contribuir ou influenciar na qualidade de vida da comunidade.

4.4. O papel do cuidador familiar e a responsabilização da Equipe de Saúde da Família

As mudanças nos perfis demográficos e de morbi-mortalidade da população mundial ao longo do último século e conseqüentes desafios para os sistemas de saúde explicam o crescente interesse dos pesquisadores pelo cuidado domiciliar à saúde, realizado no âmbito da família e envolvendo cuidadores leigos.(ALVARENGA, AMENDOLA, OLIVEIRA, 2008).

O envelhecimento, de acordo com Albuquerque, *et al*, (2007), enquanto fenômeno biológico, apresenta-se em cada ser humano idoso de um modo singular. No entanto, a expectativa de vida vem crescendo de forma rápida e os sistemas de saúde necessitam acompanhá-la.

Junto à transição demográfica observou-se também uma transição epidemiológica. As doenças infectocontagiosas diminuíram sua incidência, enquanto que as doenças crônicas não-transmissíveis passaram a prevalecer, atingindo principalmente a pessoa idosa. (ALBUQUERQUE, *et al*, 2007).

Dentro deste contexto, há como conseqüência o aumento dos cuidadores familiares, que por sua vez, tornaram-se parte integrante das ações em saúde dessa parcela da população juntamente com a equipe de saúde da família.

Entende-se por cuidador familiar a pessoa da família que é a principal responsável pelos cuidados ao paciente acamado dentro do domicílio.

De acordo com pesquisa realizada por Alvarenga, Amendola, Oliveira, (2008), os cuidadores familiares de pacientes dependentes estão cuidando de pessoas com alto grau de incapacidade funcional e nesses casos a sobrecarga afeta diretamente a qualidade de vida desses familiares. Somando-se a isso, trata-se de uma população carente social e

economicamente, com pouca oferta de área de lazer e cultura e com baixo nível de escolaridade.

Muitas vezes o que é encontrado no domicílio são idosos que necessitam de cuidados domiciliares e cuidadores familiares que também necessitam de cuidados. O que se depreende desses cenários é uma carência de suporte e uma falta de estrutura mais eficaz, que proporcione a esses cuidadores familiares melhor capacidade para prestar cuidado efetivo ao paciente acamado. (ALBUQUERQUE, *et al*, 2007)

Ainda segundo Albuquerque, *et al*, (2007), a ação educativa em saúde é um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde da população. Ressalta-se que nesse processo a população tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo também, adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde.

Com este enfoque, o acompanhamento ao paciente acamado realizado pela equipe de saúde da família deve dar ênfase na promoção e educação, identificando as reais necessidades dos envolvidos, permitindo também a autonomia e a co-responsabilidade, a valorização da subjetividade e a criação de vínculo. (ALBUQUERQUE, *et al*, 2007)

Assim, o domicílio torna-se um importante espaço educacional, uma vez que é o local em que os seres humanos convivem e tornam propícios os cuidados individualizados, além do cuidado com o próprio domicílio, que é parte integrante das ações de saúde. Este ambiente é permeado por diversos aspectos culturais, de significância aos seus moradores e freqüentadores e devem ser considerados todas as vezes que a equipe de saúde ali adentrar e propor intervenções. (ALBUQUERQUE, *et al*, 2007).

Para tanto, é necessário um vínculo para que a família tenha confiança na equipe, porém, esta deve compreender a sua responsabilidade sobre o paciente acamado que necessita de cuidados integrais. O papel da ESF deve estar muito bem definido, a intervenção educativa e o acompanhamento periódico, além do apoio físico e emocional ao cuidador. Cabe também às ESF, segundo Alvarenga, Amendola, Oliveira (2007), ações que contemplem os princípios fundamentais do SUS, possibilitando uma intervenção mais efetiva na mudança do perfil de saúde e doença dos familiares cuidadores para que estes estejam em boas condições de um cuidado satisfatório, firmando assim, uma parceria entre cuidadores e ESF.

Desta forma, o cuidador familiar recebendo o suporte adequado da ESF deve assumir o seu papel frente ao paciente acamado possibilitando à este cuidados satisfatórios e continuidade da assistência prestada com qualidade e humanização.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a importância do tema para o nosso aprendizado, foi possível constatar que os trabalhos analisados revelam uma preocupação dos profissionais de saúde em relação ao atendimento dos pacientes acamados pelo Sistema Único de Saúde.

Assim, é através de estratégias do Programa de Saúde da Família e da visita domiciliar é que os profissionais poderão encontrar meios para a mudança de hábitos de saúde, respeitando a cultura familiar, crenças e costumes, possibilitando meios de proporcionar ao cuidador familiar um conhecimento adequado para o cuidado ao acamado. Deve-se também propor formas de cuidados para o cuidador que, muitas vezes, só é cobrado. Os profissionais devem prestar assistência familiar conhecendo a realidade do domicílio e suas deficiências para atuar na resolução dos problemas encontrados.

A família deve definir qual a pessoa será o cuidador principal referência para a equipe de saúde e este será o meio de comunicação entre a equipe e a família. Este cuidador deve estar atento às orientações e aos cuidados sugeridos pelos profissionais, prestar assistência em todas as etapas de higiene, uso de medicamentos, alimentação e conforto do paciente. A equipe deve acompanhar os cuidados e estimular o cuidador nos seus afazeres, selando assim, a parceria juntamente com a definição dos papéis, para que juntos obtenham sucesso na melhoria da qualidade de vida do paciente.

Uma relação conflitante só traz malefícios ao acamado e dificulta a sua reabilitação. Portanto, definindo-se os papéis e trabalhando juntos equipe e família podem firmar parcerias de grandes sucessos e realizações.

Considerando a necessidade de preparar a equipe de saúde da família, uma vez que é através dela que o atendimento à pessoa acamada poderá se tornar mais fácil, principalmente no que se refere às atividades de promoção, prevenção e recuperação à saúde pelo sistema único de saúde, os autores destacam a sua preocupação quanto à intervenção educativa da equipe e o papel do cuidador na continuidade do acompanhamento ao paciente acamado.

No cotidiano da equipe de saúde da família, como profissional da atenção primária à saúde, percebo a necessidade de estarmos incluindo nas ações realizadas a promoção da educação ao cuidador familiar e o enfoque às demandas apresentadas por ele, uma vez que o que se observa na prática muitas vezes ainda é o foco no paciente acamado e não no seu domicílio/ família/ comunidade. A visita domiciliar também deve ser realizado com mais afinco para o reconhecimento da realidade familiar e prevenção de possíveis agravos.

Diante dessas considerações, reconhece-se que é através da efetiva interação dos agentes do cuidado formal e informal e da articulação de seus saberes, ou seja, através do encontro entre família-equipe do PSF que despontará as possibilidades de mudança no processo saúde-doença, assim como na melhoria das condições de saúde e na qualidade de vida das famílias.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBUQUERQUE, G. L. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, 2007 abr-jun; 16 (2): 254-62.
2. ALVARENGA, M. R. M.; AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de Saúde da Família. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, 2008 abr-jun; 17 (2): 266-72.
3. BRASIL. **Constituição (1988)**. Emenda Constitucional nº 29 de 2000. Dispõe sobre a saúde. Disponível em: dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01_Constituicao.pdf. Acesso em: 20 nov.2009.
4. CARVALHO, G.I. de e SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde** (Leis nº8.080/90 e nº /908.142. 4ª ed. Campinas, SP:editora da Unicamp, 2006).
5. COSTA, E.M.A e CARBONE, M.H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro, Ed. Rúbio: 2004.
6. COSTA, G.D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2009, jan-fev; 62 (1): 113-8.
7. 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.
8. HAMANN, E. M.; SOUSA, M. F. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 14 (Supl. 1): 1325-1335, 2009.
9. LABATE, R. C.; ROSA, W. A. G. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de Enfermagem**, 2005 nov-dez; 13 (6): 1027-34.
10. LOPES, J.M.C (org) *et al.* **Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde** (miniografado). Porto Alegre, 2003.
11. PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol, M.Z.; ALMEIDA – FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. Cap. 19, p. 567-586.
12. SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. da C. Abordagem do Idoso em programas de saúde da família. **Revista Eletrônica Mensal da SMSA – PBH**, v.19, n.3, mai/jun. 2003.

13. SILVA, K. L. *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p.391-397. 2005.

14. STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.