

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

GERÍDICE LORNA ANDRADE DE MORAES

**COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO
CUIDADOR DE IDOSO DEPENDENTE**

**FORTALEZA
2006**

GERÍDICE LORNA ANDRADE DE MORAES

COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO CUIDADOR
DE IDOSO DEPENDENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Josefina da Silva.

FORTALEZA
2006

GERÍDICE LORNA ANDRADE DE MORAES

COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DO ENFERMEIRO AO CUIDADOR DE IDOSO
DEPENDENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 21 de dezembro de 2006

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Maria Josefina da Silva - (orientadora)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^a. Dr. Luis Odorico Andrade Monteiro
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^a. Dr^a. Maria Célia de Freitas
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^a Dra. Maria Fátima Maciel Araújo
Universidade Federal do Ceará-UFC

Agradecimento Especial

A Prof.ª Dr.ª. Maria Josefina da Silva, por todos os ensinamentos, compreensão e respeito para a contribuição significativa deste trabalho. Por todo o seu apoio e amizade durante esta jornada, e em especial por ter acreditado em meu potencial. "Muito obrigado", com certeza, será pouco para expressar a minha gratidão.

Agradecimentos

A Deus, razão do meu existir...

A minha mãe, Maria Socorro de Sousa Andrade (in memoriam) que me ensinou a ter força, determinação e coragem.

Ao meu esposo Francisco Araújo de Moraes, que soube me compreender nas horas em que mais precisei.

Aos meus filhos, Miguel Neto, Gabriel, Lorena e Clara, que aceitaram fazer silêncio na hora de brincar, ficar em casa quando queriam passear.

A Prof^a. Dr^a Ana Fátima, por ter me ensinado a hora de priorizar as necessidades sejam elas financeiras, profissionais ou familiares.

As minhas amigas e colegas de mestrados Nanci e Izabel Barbosa pelo incondicional companheirismo durante esta jornada, pelo incentivo, estímulo durante a pós-graduação.

A acadêmica de enfermagem Marília por ter colaborado durante o processo da coleta e transcrição de dados.

A amiga e mestrandia Eliana Bessa, por ter colaborado também na coleta de dados.

A Prof^a. Dr^a Marli por ter me acolhido, estimulado e contribuído durante o desenvolver deste trabalho.

As minhas amigas Dr^a Elizabete, D^a Patrícia e D^a Elizângela, pelo incentivo, apoio, colaboração e por terem acreditado em meu potencial. Acreditem deus muito a vocês.

*A gente tem que lutar para tornar possível o que
ainda é possível. Isto faz parte da tarefa histórica
de redesenhar e construir o mundo.*

Paulo Freire

RESUMO

O cuidador familiar do idoso dependente passa a ser foco da atenção em saúde recentemente. Objetivou-se, neste estudo, conhecer as competências e habilidades desenvolvidas pelo enfermeiro no atendimento ao cuidador familiar do idoso dependente no domicílio. Cuidar adequadamente destes pacientes exige também profundo preparo técnico científico dos profissionais que realizam visitas domiciliares a idosos dependentes, assim como planejamento de intervenções educativas, realização de procedimentos e tratamentos medicamentosos. Essa diversificação vem gerando reflexões e questionamentos entre os profissionais que visitam e cuidam desses idosos. O que se busca neste estudo é, a partir da realidade social dos enfermeiros que trabalham com assistência, internação e visita domiciliar, conhecer a construção do cuidado dispensado ao idoso e a seu cuidador. O trabalho, em função de seu objetivo e propósito implica a utilização de metodologia de corte qualitativo. A população do estudo constituiu-se de enfermeiros integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF), do Programa de Atendimento Domiciliário (PAD) e Home Care. Para tanto foram escolhidos 8 (oito) enfermeiros da ESF e 8 (oito) das demais instituições públicas e privadas, totalizando 16 enfermeiros. Para coleta de dados, optou-se pela técnica de Grupo Focal (GF) associado a uma entrevista individual como instrumento complementar. Dentre as técnicas qualitativas, optamos pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) obtido através da análise das entrevistas realizadas com enfermeiros sujeitos da pesquisa. Segundo LEFÉVRE e LEFÉVRE, que acreditam ser esta a melhor opção para o estudo proposto. As idéias centrais foram: orientar e treinar o cuidador sobre o cuidado com o idoso, com tecnologia de enfermagem. O cuidador não é importante, ele não é foco da atenção, a família orientada no cuidado ao idoso, o cuidador necessita mais de cuidados que o próprio doente, pois na maioria dos casos o cuidador é também idoso, não existindo disponibilidade de tempo para assistência ao este. A assistência é dada de acordo com as queixas e as necessidades de capacitação para uma assistência de qualidade. O conteúdo dos discursos não deixa dúvidas de que há necessidade de potencializar as ações de enfermagem embasada em conhecimentos científicos, normatizações e criação de instrumentos para assistência domiciliar nas instituições públicas. Iniciando pela ESF, que trabalhará em concomitância com o Programa de Internação Domiciliar (PID), implantado nas instituições hospitalares das redes públicas municipais e estaduais.

Palavras-chave: Cuidadores. Assistência a idosos. Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

The familiar cuidador of the aged dependent very starts to be focus of the attention in health recently. It was objectified, in this study to know the abilities and abilities developed for the nurse in the attendance to the familiar cuidador of the aged dependent in the domicile. To take care of adequately of these patients also demands deep preparation scientific technician of the professionals who carry through visits domiciliary the aged dependents, as well as planning of educative interventions, medicaments accomplishment of procedures and treatments. This diversification comes generating reflections and questionings between the professionals whom they visit and they take care of aged in domiciles. What one searches in this study is, from the social reality of the nurses who work with assistance, internment and domiciliary visit. To know the construction of the care excused to aged and its cuidador. The work, in function of its objective and intention implies the use of methodology of qualitative cut. The population of the study consisted of integrant nurses of the Strategy Health of Family (ESF), of the Program of Domiciliary Attendance (PAD) and Home Care. For 8 (eight) nurses of ESF and 8 (eight) of the too much public and private institutions had been in such a way chosen totalizing 16 nurses. For collection of data associate to an individual interview opted itself to the technique of Focal Groupe (GF) as complementary instrument. Amongst the qualitative techniques, we opt to the Speech of Collective Citizen (DSC) gotten through the analysis of the interviews carried through with nurses citizens of the research according to LEFÉVRE and LEFÉVRE, to believing to be this the best option for the considered study. The ideas central offices had been: it guides and it trains on the care with the aged one, the cuidador as nursing technology, the cuidador is not important, the cuidador is not focus of the attention, the family guided in the care to the aged one, the cuidador needs more than well-taken care of that the proper sick person, the cuidador is also aged, does not exist availability of time for assistance to the cuidador, the assistance is given in accordance with to the complaints and necessity of qualification for a quality assistance. The content of the speeches does not leave doubts of that it has necessity of get up the actions of nursing based in scientific knowledge, rules and creation of instruments domiciliary assistance in the public institutions. Initiating for the ESF, that will work in concurrence with the Program of Domiciliary Internment (PID) implanted in the hospital institutions of the municipal and state public nets.

Keyword: Caregivers. Aged Assistance. Domiciliary Assistance.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	15
3	OBJETIVOS.....	19
4	O CUIDADOR FAMILIAR.....	20
4.1	Políticas de atenção ao idoso.....	21
4.2	Políticas públicas voltadas para o cuidador informal.....	23
4.3	Políticas de atenção ao cuidador.....	25
4.4	Pacto pela saúde.....	27
4.5	Internação domiciliar.....	28
5	MÉTODO.....	29
5.1	Tipo e abordagem do estudo.....	29
5.2	Caracterizando a população e amostra do estudo.....	29
5.3	Cenário da pesquisa.....	31
5.4	Local da pesquisa.....	32
5.5	Procedimentos da coleta de dados	32
5.5.1	Realização da entrevista.....	33
5.5.2	Coleta de dados.....	35
5.6	Estratégia de Análise: Discurso do Sujeito Coletivo-DSC.....	36
5.7	Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	38
5.8	Análise dos dados.....	39
6	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	42
7	DISCUSSÃO.....	59
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICES.....	82

1 INTRODUÇÃO

A questão do envelhecimento populacional é uma realidade em nosso país. Segundo projeções demográficas, no ano 2025 o Brasil ocupará o 6º lugar no ranking mundial de população idosa, quando 15% de sua população, ou seja, 32 milhões de pessoas terão cerca de 60 anos ou até mais.

O processo de envelhecimento avança a biologia e engloba todos os aspectos da vida de um indivíduo. Com o tempo, mudam as dimensões psíquicas da pessoa; mudanças decorrentes de um acúmulo de experiência de vida. Tais experiências são resultados dos acontecimentos vividos e de sua elaboração. Esse acúmulo comporta paradoxos, sendo potencialmente produtivo, mesmo no caso de vivências afetivamente negativas como a aposentadoria e as perdas de vínculos por afastamento ou morte (MOTTA, 2005).

Para Caldas (2002) a maioria das pessoas envelhece sem grande comprometimento cognitivo. É importante considerar que, no âmbito da assistência à saúde do idoso, uma especial atenção deve ser dada às pessoas que vivenciam um processo de dependência. Na verdade, esta assistência é principalmente prestada pela família, centralizada na figura do cuidador principal.

O cuidador principal é aquele que tem a total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente. Os cuidadores secundários são os familiares, voluntários e profissionais, que prestam atividades complementares. Usa-se a denominação “cuidador formal” (principal ou secundário) para o profissional contratado (auxiliar de enfermagem, acompanhante, empregada doméstica etc.) e “cuidador informal” para os familiares, amigos e voluntários da comunidade (CALDAS, 2002).

As competências do cuidador informal ou leigo são motivos de grandes discussões nos conselhos de enfermagem, uma vez que este não compõe o quadro de pessoal de enfermagem previsto na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (COFEN, 1986) por não ter formação específica, nem foi preocupação nas políticas públicas que tratam das

questões específicas do idoso. É um assunto complexo, pois se trata de cuidados cujos alvos são idosos dependentes e fragilizados. (ALVAREZ, 2001).

O exercício de tais atividades está nas mãos do cuidador leigo sem qualquer controle de fiscalização por órgãos competentes de saúde ou acompanhamento dessas instituições.

Para Gonçalves et al. (2000) a questão do cuidador leigo domiciliar carece de ampla discussão para sua legalidade e, que nesta haja a participação imprescindível dos atores envolvidos no cuidado: os próprios idosos e seus familiares.

No convívio diário e rotineiro das ações de enfermagem, percebemos que os cuidadores informais vêm-se limitados, e os sentimentos de desespero, raiva e frustração alternam-se com os de culpa por “não estar fazendo o bastante” por um parente amado. A rotina doméstica altera-se completamente. Geralmente há uma perda da atividade social do cuidador.

Durante estes anos nas visitas domiciliares, em contato com os cuidadores leigos que estão aprendendo a cuidar de seus familiares, sem um treinamento adequado, estes revelam encontrar-se realizando procedimentos complexos sem acompanhamento nem supervisão de enfermagem.

Os cuidadores familiares sempre existiram, pois as famílias sempre cuidaram de seus membros doentes. O que há de novidade é o grau de complexidade que o cuidado requer frente aos diversos métodos terapêuticos colocados à disposição da clientela, recaindo sobre o cuidador a tarefa de aplicá-las.

Mendes (1995) aponta que, “geralmente, as decisões para assumir os cuidados são mais ou menos conscientes”, e os estudos revelam que embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica, o processo parece obedecer a certas regras refletidas em quatro fatores: parentesco - com frequência maior para os cônjuges, antecedendo sempre à presença de algum filho; gênero - com predominância para a mulher; proximidade física - considerando quem vive com a pessoa que requer os cuidados; proximidade afetiva - destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos.

Constatou-se a necessidade de políticas de saúde que considerem esses fatos na análise da condição atual de saúde dos idosos, bem como da saúde de quem cuida deles. Na

maioria dos casos, seus próprios familiares, uma vez que não se dispõe de equipamentos sociais para fazê-lo.

Concorda-se com Zarit (1997) quando este afirma que a “experiência pessoal e a visão que os profissionais de saúde têm sobre o cuidado com idosos devem ser examinadas, pois podem interferir no julgamento profissional, uma vez que muitos valores interferem nas decisões de como, onde e até quando cuidar do idoso”. Assim, como sugere Zarit (1997), o profissional que pretende trabalhar com cuidadores deverá ter entre suas habilidades e conhecimentos características que se enquadrem com a familiaridade com os transtornos comuns do envelhecimento e suas possibilidades de tratamento; informações sobre diagnóstico e avaliações dos transtornos do envelhecimento; conhecimento sobre as disponibilidades dos serviços de saúde para o idoso doente; habilidades clínicas que permitam tanto prover orientação relativa ao comportamento do idoso, como aquelas que permitam levar o cuidador a identificar sentimentos e comportamentos relativos ao idoso, compreendê-los e/ou modificá-los, de modo a resultar em melhora de sua qualidade de vida e de sua relação com o idoso com outros familiares e com pessoas do seu convívio.

A literatura internacional indica, por numerosos trabalhos revistos por Gatz, Bengtson e Blum (1991) e Zarit (1997), que cuidar de idosos dependentes traz uma variedade de efeitos adversos e reconhece o impacto emocional vivido por familiares que cuidam de pessoas com doença mental ou outros problemas decorrentes do envelhecimento.

Carpenito (2002, p148) destaca as características que definem o desgaste do papel de cuidador:

Comunica tempo ou energia insuficiente; tem dificuldade na realização das atividades exigidas pelo cuidado; as responsabilidades do cuidado em outras tarefas importantes; apreensão do futuro tendo em vista a saúde da pessoa atendida e a capacidade de prestar cuidado; apreensão acerca da pessoa que necessita o cuidado, quando o cuidador estiver doente ou morto; sentimentos depressivos, raiva.

Zarit (1997) relata que cuidadores apresentam taxas mais altas de depressão e outros sintomas psiquiátricos e podem ter mais problemas de saúde que pessoas, com a mesma idade, que não são cuidadores. Além disso, os cuidadores participam menos de atividades sociais, têm mais problemas no trabalho, e apresentam maior frequência de conflitos familiares, frequentemente tendo como foco a forma como eles cuidam do parente comum. Algumas pessoas chegam a apresentar o que tem sido chamado de “erosão do self”, pela forma como submergem no papel de cuidadores (ZARIT, 1997).

No Brasil, o cuidado domiciliar dispensado ao idoso ainda fica a cargo da própria família, mas em países mais desenvolvidos, a exemplo dos Estados Unidos, a assistência domiciliar em longo prazo é o setor de prestação de serviço de saúde que mais cresce no país. Os custos adicionais desta assistência e a inconveniência dos idosos saírem de suas casas facilitam a segurança e satisfação de serem assistidos em domicílios. Para Espino (1997) “negociar com os pacientes em seu próprio ‘domínio’ reforça a importância da autonomia e tomada de decisão do paciente.”

Nas últimas décadas um forte envolvimento dos profissionais de saúde em defesa dos idosos se iniciou, pois o crescimento acelerado dos contingentes desse grupo etário nas populações de todas as sociedades torna-se uma categoria social que pressiona os sistemas exigindo determinadas atenções.

A conversa informal do profissional de saúde no ambiente familiar durante a visita domiciliar com o paciente e seus familiares favorece a interação dos mesmos, pois se visualiza a realidade em que vivem bem como o comportamento do cuidador diante do doente e a aceitação do mesmo. Muitas vezes o paciente não se aceita no seu novo estilo de vida decorrente de alguma incapacidade.

O planejamento dos cuidados deve ser realizado no contexto familiar. O cônjuge assume o papel de principal assistente quando ocorre dependência. Na ausência de um cônjuge vivo, o filho adulto geralmente assume as responsabilidades de prestar cuidados e acaba por necessitar de ajuda para proporcionar cuidados e apoio.

Tal fato nos leva a defender a necessidade da construção de uma assistência mais contínua, em especial na área de enfermagem, a essa clientela cuidadora e aos profissionais que vivem em contato com os cuidadores que poderão se interessar e aprofundar nas mudanças que podem surgir às pessoas como conseqüências do cuidado ao idoso dependente. Portanto, um fator importante para o cuidado ao idoso é o relacionamento conjugal. Segundo um estudo desenvolvido por Moraes (2002), os homens predominaram como idosos que necessitam de cuidadores sendo esses exercidos por suas esposas. A situação de dependência física e financeira do parceiro propicia comportamentos negativos como irritabilidade, agressão, exigências exacerbadas e outras.

A freqüência das doenças crônicas degenerativas e a longevidade atual dos brasileiros são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de

incapacidades. A assistência à saúde dos idosos dependentes e, o suporte aos cuidadores familiares representa novos desafios para o sistema de saúde do Brasil.

Como integrante na nova estratégia do novo modelo do Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa de Saúde da Família (ESF), optou-se em fazer um estudo com cuidadores familiares em virtude do alto índice de idosos dependentes em nossa área de abrangência que necessitam de cuidadores familiares, e por se tratar de usuários do SUS que fazem parte de uma face oculta da opinião pública do nosso estado, porque vivem mantidos no âmbito familiar dos domicílios impedindo qualquer visibilidade e conseqüentemente, qualquer preocupação política de proteção social e saúde do município de Fortaleza.

2 JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A experiência como enfermeira da Estratégia Saúde da família em Fortaleza há oito anos, me permitiu desenvolver uma análise de situação da área onde atuamos levando a identificação de um alto índice de idosos acamados.

A partir deste dado, priorizamos as visitas domiciliares a esses idosos. Os cuidados eram para os idosos dependentes, em virtude de ser uma das ações do programa. Era como se a figura do cuidador informal não existisse ou não precisasse de cuidados também, sendo, portanto, só um instrumento para auxiliar nos cuidados com o idoso. Foi durante as visitas domiciliárias que percebemos que o cuidador familiar também necessitava de cuidados.

Dentre essas necessidades pude citar a dificuldade de adaptação, falta de apoio emocional, social e de atenção à sua saúde bem como informações sobre atividades decorrentes do papel exercido e dos cuidados com a saúde do idoso.

Ao retomar as atividades de pesquisa, dessa vez no curso de Especialização em Saúde da Família, após dois anos de trabalho na área assistencial enfocamos “A melhoria à assistência dos idosos acamados no bairro do Pirambu”, na monografia para conclusão do curso.

Em 2001 resolvi investir na minha profissão me especializando na área gerontológica, aumentando meus conhecimentos, além da minha prática de cuidar melhor dos idosos e de seus cuidadores.

Continuei pesquisando a mesma temática, levando-nos a desenvolver um outro estudo intitulado “O cuidado do idoso dependente: perfil do cuidador e seu vínculo com o idoso dependente”, foram evidenciadas outras situações relativas ao cuidador.

A prática vivenciada com o idoso e o cuidador evidenciaram a deficiência de esclarecimentos a respeito da doença do idoso, e dos cuidados prestados ao mesmo, o que acaba influenciando de forma negativa a mudança do estilo de vida e rotina domiciliar, afetando também a família.

Percebi que essas pessoas eram clientes que precisavam de uma assistência especializada, pois demonstravam os sintomas aos quais a literatura refere: cansaço, insônia, dores e outros sintomas. Procurei falar para os coordenadores das unidades básicas de saúde, da necessidade de um plano de intervenção para apoiar esse grupo, mas, na ocasião, não despertou o interesse dos mesmos.

Quando ingressei no mestrado, continuei com o mesmo interesse de estudar e pesquisar o universo dos cuidadores informais de idosos dependentes em uma área periférica de Fortaleza acompanhada pelas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASFs).

Há uma preocupação com idosos dependentes pelas organizações sociais e instituições privadas de saúde, mas quem são estes idosos? São idosos que têm plano de saúde, que podem ser assistidos por *home care* com uma equipe multidisciplinar para lhes dar um suporte de uma boa assistência tanto ao idoso como seu cuidador principal.

Faço parte da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), há cinco anos. Nas falas dos estudiosos, pesquisadores, geriatras e gerontólogos, a figura do cuidador do idoso atendido pelo SUS raramente é referenciada. Os cuidadores que são referidos são apenas os idosos atendidos em consultórios particulares, *home care* institucionalizados, ou acompanhados por demências nos hospitais públicos e privados. Essa omissão deixa-me profundamente inquieta uma vez que a realidade em que trabalho é a de uma comunidade pobre, marginalizada, detentora de famílias que têm idosos portadores de doenças crônicas degenerativas, e sofrem de preconceito social por morarem em uma área de risco.

Os cuidadores informais da área de abrangência onde atuo como enfermeira, não são beneficiados com a assistência preconizada nas políticas de saúde, onde são demonstradas por profissionais de áreas afins nos congressos e fóruns tais como: Geriatria, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Educador Físico, Assistente Social e Enfermeiro.

Onde ficam os idosos e cuidadores que nunca tiveram acesso a essas especialidades? Eles conhecem o médico, a enfermeira e auxiliar de enfermagem do Programa de Saúde da Família (ESF) que estão assistindo essa clientela, mas que não foram capacitadas para dar uma assistência de qualidade a essas pessoas que tanto precisam de cuidados especiais.

Com o ESF, os idosos recebem assistência na visita domiciliária, porém, nossa realidade no município de Fortaleza com a cobertura do ESF não chega a 15%. Como fica a

assistência das áreas descobertas das famílias que cuidam de idosos dependentes? A sobrecarga torna-se muito maior. Quando o idoso precisa de um profissional médico, a família solicita um carro para levá-lo ao posto mais próximo ou ao hospital público, muitas vezes pedem uma cadeira de rodas emprestada, pois muitos não a têm, podem permanecer uma manhã ou a tarde inteira nas emergências hospitalares para receber um atendimento fragmentado enfatizando somente a queixa-motivo da consulta.

Em Fortaleza existem grupos de cuidadores vinculados a instituições que tratam os dementes com patologias específicas. Mas, esses cuidadores têm dinheiro para deslocar-se para esses encontros, que na maioria são em instituições de saúde. Na realidade dos cuidadores da área onde atuo profissionalmente, muitos passam necessidades financeiras, sobrevivem do benefício do próprio idoso dependente.

Na literatura nacional e internacional a ênfase é dada à sobrecarga do cuidador informal, mas ela se refere a um cuidador que possui uma rede de apoio institucional ou social, o que não é o caso do cuidador o qual assisto. A sobrecarga do cuidador que tem uma assistência especializada difere da sobrecarga do cuidador que não tem uma equipe multidisciplinar para lhe dar esse suporte que tanto necessita.

Percebemos que os cuidadores informais sofrem as sobrecargas objetivas e subjetivas, mas existe um fator relevante na sobrecarga objetiva que é a necessidade de manter o idoso vivo a qualquer preço, por serem todos na família dependentes do benefício que o idoso faz jus. Tal fato é referido nas falas dos mesmos quando alegam “ter deixado de trabalhar, não ter mais saúde, estar velho e cansado e esse dinheiro é certo, está na conta todos os meses”.

Em alguns momentos os cuidadores percebem que se anulam como pessoa, por não ter a opção de cuidar ou não, independente da relação afetiva que os ligam aos idosos cuidados. Eles não procuram assistência para si, e sim, seu olhar é só para o idoso dependente, esquecem de si completamente, ao ponto de não perceberem que são muitas vezes doentes também, precisando de cuidados (MORAES, 2002).

Os cuidadores informais não procuram a unidade de saúde para buscar soluções para suas queixas de doenças por causas internas ou externas, só foi possível encontrá-los em seu ambiente domiciliar. Por este motivo concordo com Mendes (1995) quando retrata os cuidadores como “heróis anônimos do cotidiano”.

A constatação desta realidade levou-me à realização de várias reuniões na unidade de saúde com os Agente Comunitário de Saúde (ACS) para mostrar a importância do cuidador e a sobrecarga que eles vivenciam no seu cotidiano precisando também de cuidados.

Em nossa unidade os cuidadores são importantes colaboradores aos idosos que são portadores de incapacidades ou de dependência para as atividades de vida diária (AVDs) e de (doença crônica degenerativa, câncer em fase terminal, amputação total de membros inferiores e outros, que também desconheciam essa clientela). Só através da busca ativa dos mesmos para pesquisa e formação do grupo de cuidadores informais em nossa unidade foi que percebemos a necessidade de cuidar dessa nova clientela.

Diante da problemática exposta, enfatiza-se mais uma vez a importância do acompanhamento de enfermagem no sentido de identificação de problemas para a busca da qualidade de vida dos cuidadores e, acima de tudo, visando minimizar a carga objetiva e subjetiva que estes vêm exercendo durante anos de suas vidas.

Portanto, desenvolvemos este projeto com o objetivo conhecer as competências e habilidades desenvolvidas pelos enfermeiros não só do ESF de Fortaleza, mas profissionais enfermeiros de outras instituições públicas e privadas que prestem cuidados de enfermagem ao cuidador de idosos dependentes nos diversos cenários do cuidar (domicílios, hospitais e centros de convivências).

3 OBJETIVO

Conhecer as competências e habilidades desenvolvidas pelo enfermeiro no atendimento ao cuidador familiar do idoso dependente no domicílio.

4 O CUIDADOR FAMILIAR

O cuidador familiar começa a ser uma preocupação mundial em virtude do aumento da parcela populacional de idosos. A portaria interministerial nº 5.153, de 7 de abril de 1999 instituiu o Programa Nacional de cuidadores de idosos, visando à capacitação de recursos humanos nas diferentes modalidades de cuidadores, ou seja, domiciliar e institucional.

Na portaria, deixa claro que ao cuidador não é solicitada nenhuma formação profissional, apenas ler e escrever. Esses requisitos trazem preocupação aos enfermeiros porque caberá a ele direcionar o cuidado, mas quem fará a supervisão?

O desgaste físico e emocional acarretado pelo excesso de atividade/responsabilidade decorrente do processo de cuidados ao idoso dependente. Sendo, portanto, uma situação que exija a orientação e acompanhamento de profissionais junto ao cuidador (NÉRI, 2002).

A família atual vem passando por um processo de mudanças estruturais, tanto em sua composição quanto nos papéis desempenhados pelos seus membros. A mulher vem progressivamente inserindo-se no mercado de trabalho, o que traz dificuldades no desempenho das suas funções de cuidadora familiar, que fica ainda mais prejudicada pelo limitado número de membros no núcleo familiar onde participam como cuidadores secundários.

Segundo Carpenito (2002, p. 148), o desgaste das pessoas que presta cuidado pode ser definido como “estado em que o indivíduo está apresentando sobrecarga física, emocional, social e/ou financeira no processo de prestar cuidado à outra pessoa”. Esta responsabilidade tira da pessoa cuidadora outros papéis que podem ser considerados relevantes para ela como, por exemplo, trabalho, casamento, amizade, paternidade.

Outra razão porque a família não pode ser vista como a única estrutura para o cuidado das pessoas idosas é a qualidade do relacionamento com seus parentes. Muitas abordagens sobre a obrigação que os filhos têm de cuidar dos pais são baseadas na crença de

que existe um bom relacionamento entre as gerações. É evidente que esta suposição pode ser facilmente desafiada pela existência de conflitos permanentes, por situações de abandono do lar por um dos cônjuges e desarmonia familiar resultantes de incompatibilidade de personalidades, de valores e de estilos de vida entre jovens e os mais velhos.

Portanto, embora tradicionalmente os idosos tenham a expectativa de serem cuidados por seus filhos, e os filhos adultos não tenham dúvidas sobre a sua responsabilidade pelos pais, essas expectativas e desejos têm mudado. Certamente existem evidências da quebra de responsabilidades tradicionais como consequência da urbanização. A maior influência da urbanização certamente é a transformação das estruturas familiares de famílias extensas em famílias nucleares, o que diminui a disponibilidade de parentes para cuidar dos mais velhos.

4.1 Políticas de atenção ao idoso

É vital ampliar a consciência sobre o envelhecer e os recursos para manutenção da saúde no processo de envelhecimento, ao mesmo tempo fortalecendo e instrumentalizando a população em suas lutas por cidadania e justiça social. O desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço da ação comunitária são outros campos centrais da promoção da saúde que compõem com os demais um conjunto integrado de estratégias individuais e coletivas para se alcançar maior saúde e bem-estar (MOTTA, 2005).

Motta (2005) refere que em 1982, aconteceu em Viena a I Assembléia Mundial sobre Envelhecimento da Organização das Nações Unidas (OMS, 2002), que aprofundou conceitos, elegendo a qualidade de vida como tão importante quanto à longevidade, devendo ser fomentada pelos governos, famílias, sociedade e idosos. Esta assembléia influenciou o desdobramento das políticas de saúde para os idosos no Brasil.

Ainda em seu trabalho Motta (2005) nos fala que em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou, na II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento da ONU realizada em Madrid, proposta de política de saúde vinculada ao envelhecimento ativo, que visa a “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a

segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2002).

A Política Nacional do Idoso (PNI) foi instituída pela Lei 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto 1948/96, e estabeleceu direitos sociais, garantindo autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania, sendo considerado população idosa o conjunto de indivíduos com 60 anos ou mais.

Os Centros de Referência foram criados pela Portaria 702, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), tendo como critérios para credenciamento ser um hospital geral, com no mínimo 100 (cem) leitos, com laboratório, diagnóstico por imagem, centro cirúrgico e especialidades médicas, que apresentassem equipe técnica, ambulatório especializado, hospital-dia, leitos para internação geriátrica (10%), atendimento especializado em casos de síndrome demências e atendimento domiciliar. Foram credenciados, *a priori*, alguns centros no país vinculados a Hospitais Universitários, estando com o processo em trânsito.

- **O Estatuto do Idoso**

O Projeto de Lei nº 3561/1997, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, foi aprovado em outubro de 2003 (BRASIL2003). O capítulo IV deste Estatuto dispõe sobre o **direito à saúde**.

Art. 15 – É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. Este trabalho será efetivado através de cadastramento da população, atendimento especializado, unidades de referência, atendimento domiciliar, quando necessário, e reabilitação.

Art. 18 – 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 orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

- **Política Nacional de Saúde do Idoso**

A Política Nacional de Saúde do Idoso fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e em processo de envelhecimento, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080/90. (BRASIL, 1990, 1999).

A PNSI tem como propósito:

a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida (MOTTA, 2005).

- **O Programa Saúde da Família**

O Ministério da Saúde criou, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo iniciado essa estratégia em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O ESF visa a reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional e levando a saúde para mais perto da família, objetivando com isso melhorar a qualidade de vida dos brasileiros através de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Assim, a ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, o que evidentemente inclui a população idosa.

Sabemos que a atenção básica já é oferecida aos idosos pelos profissionais da saúde que integram as equipes da ESF e que a atenção primária é mesmo para o especialista em geriatria e gerontologia, a forma mais prevalente de cuidado prestado a esta população. Assim, a ESF constitui uma importante estratégia para o enfrentamento do envelhecimento populacional com qualidade (MOTTA, 2005).

4.2 Políticas públicas voltadas ao cuidador informal

O governo brasileiro instituiu a Política Nacional do Idoso, Lei 8842 de 04/01/1994, regulamentada pelo Decreto nº. 1948, de 13 de julho de 1996 (BRASIL, 1996). Uma das diretrizes desta política recomenda que o atendimento ao idoso deva ser feito por

intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar. Para assumir esta responsabilidade, a família necessita de uma rede social e de saúde que constitua um suporte para lidar com seu familiar idoso à medida que este se torna mais dependente.

A recente Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) reconhece a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos apontando que esta parceria deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e isolamento (BRASIL, 1999; CALDAS, 2002).

Assim, podemos antever que a função de prevenir perdas e agravos à saúde deverá abranger igualmente a figura do cuidador e para tanto devem ser desenvolvidos programas destinados a prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo que podem afetar a saúde e qualidade de vida de cuidadores de idosos e de outras pessoas dependentes.

O Projeto de lei sobre o cuidador domiciliar (BRASIL, 1998) que dispõe sobre a regulamentação das atividades exercidas por pessoas que se denominam cuidadores domiciliares estabelece que:

Art.1º - É livre o exercício da atividade de cuidador domiciliar, observados os preceitos desta lei.

Art.2º - Considera-se cuidador domiciliar toda e qualquer pessoa que se dedique a empreender cuidados para com as pessoas portadoras de deficiência, crianças, idosos, e que inspirem cuidados especiais na vida cotidiana em recinto doméstico.

Art.3º - as funções da atividade de cuidador domiciliar referem-se à ajuda nos hábitos da vida diária, nos exercícios físicos, no uso da medicação, na higiene pessoal, nos passeios, na atenção afetiva e outros que essa atividade requeira.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art.5º Revogam-se as disposições em contrário.

Gaynor (1990 apud CARPENITO, 2002, p. 149) afirma que:

as políticas de atendimento de saúde devem reconhecer que o cuidar de um membro incapaz e frágil é tanto uma escolha familiar, uma obrigação, mesmo uma experiência normativa, quanto pode ser prejudicial para a saúde emocional e física geral da pessoa que presta cuidado.

Consideramos relevante a criação de rede social de apoio e do serviço de saúde como colaboração institucional no planejamento e acompanhamento de cuidados a pessoas idosas, pois este dependente necessita de cuidados especializados. Mesmo com zelo e afeto familiar, torna-se necessário os aspectos colaborativos dos profissionais dos serviços de saúde.

Na prática da Atenção Básica de Saúde na Estratégia de Saúde da Família, não foram realizadas capacitações para os profissionais que militam nesta área no conhecimento do idoso, de acompanhamento, cuidar do idoso com seqüelas por doenças cardíacas, amputação, câncer em fase terminal e demências. O conhecimento aprendido ainda é o da graduação ou alguns que se especializarem na área gerontológica.

O atendimento domiciliário pelas enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família surge como um dos modelos de atenção à saúde já consolidado em alguns países desenvolvidos e com um rápido crescimento no Brasil. Essa prática assistencial começou como uma das ações programadas as famílias que tinha idosos acamados em seus domicílios portadores de seqüelas das doenças crônicas degenerativas, uma vez que nesta faixa etária, o comprometimento da independência pode resultar em necessidades de cuidados.

Nessa abordagem, compreende-se o idoso como uma pessoa única, inserida num contexto familiar e social com quem interage continuamente, e cuja influência estará diretamente relacionada a esta modalidade assistencial.

Cuidar adequadamente destes pacientes exige também profundo preparo técnico científico dos profissionais que realizam visitas domiciliares a idosos dependentes, assim como intervenções educativas, procedimentos e tratamentos medicamentosos, úlceras de pressão, dentre outros. Essa diversificação vem gerando reflexões e questionamentos entre os profissionais que visitam e cuidam de idosos em domicílios.

4.3 Políticas de atenção ao cuidador

Os estudos e pesquisas nos mostram que desenvolver uma parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários às suas atividades da vida diária e pelo seguimento das orientações emitidas pelos profissionais aos cuidadores de idosos com dependência, configura a estratégia mais atual e

menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que se encontram neste processo (BRASIL, 1999).

Os responsáveis pelos cuidados diretos aos seus idosos doentes ou dependentes geralmente residem na mesma casa e se incumbem de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias destes idosos, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano, por exemplo ida a bancos ou farmácias.

Para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito.

Essas pessoas deverão, também, receber cuidados pessoais, considerando que a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à sua saúde. Por conseguinte, a função de prevenir perdas e agravos à saúde abrangerá, igualmente, a pessoa do cuidador.

Assim, a parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se, assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento (BRASIL, 1999).

A criação de um grupo de cuidadores tornou-se para nós uma das formas mais efetivas e eficazes para manutenção e recuperação da capacidade funcional, assim como a participação mais adequada das pessoas envolvidas com alguém em processo de envelhecimento com dependência. Percebemos que uma ação integrada por meio de orientações a ser prestada pelos profissionais de saúde, por meio de informações claras e precisas sobre os diagnósticos e os tratamentos de seus familiares, bem como relatos de experiências entre pessoas que fazem parte do grupo e estão exercitando o papel de cuidador de idoso dependente seria de grande valia.

Através da Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, estabelece que o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos constituem diretrizes que perpassará todas as demais definidas nas Políticas, configurando mecanismo privilegiado de articulação intersetorial, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade adequadas, e cujo provimento é de responsabilidade das três esferas de governo (BRASIL, 1999).

Esse componente deverá merecer atenção especial, sobretudo no tocante ao que define a Lei N.º 8.080/90, em seu Art. 14 e parágrafo único, nos quais está estabelecido que a formação e a educação continuada contemplarão ação intersetorial articulada (BRASIL, 1990). A lei estabelece, como mecanismo fundamental, a criação de comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de “propor prioridades, métodos e estratégias”.

Os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia serão, preferencialmente, localizados em instituições de ensino superior e terão atribuições específicas, conforme as características de cada instituição. A indicação desses Centros deverá ser estabelecida pelo Ministério da Saúde, de acordo com as necessidades identificadas no processo de implantação desta Política Nacional (BRASIL, 1999).

4.4 Pacto pela saúde

No ano de 2006 o Pacto pela Saúde que determina prioridades para a construção de políticas de saúde. O Pacto pela Saúde tem três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão do SUS e o Pacto em Defesa do SUS. O Pacto pela Vida tem, ainda, como diretrizes estabelecer a Política Nacional de Saúde do Idoso, elaborar e implantar uma Política Nacional de Promoção da Saúde e consolidar a Atenção Básica à Saúde tendo como prioridade a Estratégia de Saúde da Família (ESF). (BRASIL, 2006).

4.5 Internação domiciliar

A Portaria Nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL,2006)

O Art.2º define como Internação Domiciliar, no âmbito do SUS, o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim.

Com vistas à formulação de um projeto de implantação da política na rede de serviços de saúde, as equipes de Internação Domiciliar deverão estar capacitadas para assumir as atribuições que serão estabelecidas pelos coordenadores do programa.

5 MÉTODO

5.1 Tipo e abordagem do Estudo

O objeto de estudo em questão é conhecer o desempenho do enfermeiro em relação ao cuidado ao idoso dependente e o cuidador, detentor e promotor da assistência de enfermagem durante a visita domiciliar.

O que se buscou neste estudo foi conhecer a construção do cuidado dispensado ao idoso e seu cuidador, focando especialmente a estes, através de seus próprios olhos, a partir da realidade social dos enfermeiros que trabalham com assistência, internação e visita domiciliar.

O trabalho, em função de seus objetivos e propósitos, implica a utilização de metodologia de corte qualitativo. De acordo com Simioni, Lefèvre e Pereira (1997), “A abordagem qualitativa nos permite reconstruir as representações sociais, através da análise dos discursos de indivíduos, enquanto depoentes e sujeitos sociais, ou seja, situações num dado campo social”.

5.2 Caracterizando a população e amostra do estudo

A população do estudo constitui-se de enfermeiros residentes no município de Fortaleza (integrantes das equipes da ESF, do Programa de Atendimento Domiciliário (PAD) dos hospitais públicos e privados e Home Care). Para tanto foram escolhidos 8 (oito) enfermeiros da ESF e 8 (oito) das demais instituições públicas e privadas, totalizando 16 enfermeiros. Para determinar o número dos sujeitos, levou-se em consideração o número de enfermeiros da ESF ser maior em relação às outras instituições.

A idade das entrevistadas variou de 20 a 60 anos, 100% o sexo feminino, o tempo de trabalho em VD foi de 2 a 12 anos. Com relação à especialização, 9 referiram ter

especialização em saúde da família, uma (1) em UTI, duas (2) em capacitação pedagógica, uma (1) em estomoterapia, uma (1) médico cirúrgico, uma (1) psicopedagogia, uma (1) obstetrícia.

Critérios de inclusão:

- Ter experiência em visitas domiciliárias a idosos dependentes há mais de um ano;
- Trabalhe em instituições públicas ou privadas que esteja implantado o serviço de visita domiciliária ao idoso;
- Realize cuidados de enfermagem conforme o nível de atenção, visita domiciliar (primário), o seguimento ou internação domiciliar para os clientes com problemas de pequena complexidade (secundário) e a internação domiciliar (terciário) para os clientes de média complexidade;
- Preste serviço especializado no domicílio do cliente para tratamento de sua doença ou problema de saúde.

Porém, ainda mais que isso, a Política de Atenção à Saúde do Idoso recomenda que essas pessoas devam receber cuidados. A família precisa receber atenção específica dos profissionais de saúde. E lidar com esta clientela exige conhecimentos que inclui aspectos teóricos e metodológicos de como abordá-los, levando em conta sua estrutura e dinâmica própria. Esse tipo de conhecimento ainda é incipiente na área da saúde em nosso país.

Nos hospitais Públicos o atendimento domiciliário foi implantado mediante a necessidade de construir modelos alternativos de cuidados e oferecer suporte para os cuidadores informais dos idosos, especialmente os familiares. Optou-se por oferecer a eles, na estrutura de um serviço público de saúde, um programa de apoio aos pacientes que tenha recebido alta hospitalar, mas que continuem necessitando de cuidados de enfermagem.

Hospitais Privados e Instituições privadas que tenha *home care* visam atender o paciente de forma personalizada, cujo foco são suas necessidades individuais, sempre em

consonância com a fonte pagadora. Dessa maneira só as pessoas que possuem um plano de saúde são contempladas com este tipo de serviço.

Quanto às atribuições, vimos que são diversificadas acontecendo num espaço diferenciado: o domicílio do cliente. Em virtude disto, enfatizamos a importância da observação dos princípios éticos e legais que sempre nortearam nossa profissão, mas que diante da mudança do cenário clássico de atuação assumem uma nova dimensão. Devemos principalmente exigir o cumprimento da legislação quanto à razão numérica enfermeiro/cliente, de modo que tenhamos a garantia de o cuidado será prestado com qualidade e, principalmente, segurança.

Inicialmente, a título de definição de termos, gostaríamos de conceituar o serviço de saúde domiciliar como um setor institucional, ou como uma instituição propriamente dita, que presta serviços especializados multiprofissionais de saúde no domicílio do cliente (doente, cronicamente doente ou de saúde estável), de todas as idades, a partir de uma demanda institucional, ou do próprio cliente/família. Cabe ao enfermeiro prestar o cuidado de enfermagem, dirigido para os diagnósticos de enfermagem apresentados pelo cliente/família, devido ao seu problema de saúde e tratamento médico, e avaliar os resultados dos cuidados prestados, integrando a promoção da saúde e a abordagem dos fatores ambientais, psicossociais, econômicos, culturais e pessoais de saúde que afetam o bem-estar da pessoa e da família.

5.3 Cenário da Pesquisa

Dentre os setores onde ocorre a ação terapêutica, destacamos o domicílio do idoso/cuidador, pois, neste cenário, são desenvolvidas as atividades buscando estabelecer as implicações do modelo proposto para a saúde da população em estudo.

No domicílio do cliente, o cuidado de enfermagem é um conceito que deve traduzir o método de trabalho de cada instituição pautado no processo de enfermagem entrevista, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução. Estas atividades são devidamente registradas no prontuário do cliente tanto para fins éticos legais quanto para os de contabilidade ou reembolso da assistência prestada. Esse reembolso fica mais claro com

relação ao Home Care, na Estratégia da Saúde da Família é contabilizado através do Sistema de Informação na Atenção Básica (SIAB), no Programa de Assistência Domiciliar (PAD) o controle financeiro é realizado através das AIHs.

As ações de enfermagem são muitas vezes elaboradas, isto é, planejados nas instituições e seus procedimentos realizados no domicílio (dependendo da prescrição médica), como também são promovidos encontros para cuidadores na própria instituição. Na maioria das instituições, os profissionais se locomovem em um transporte da instituição, diferente de outras instituições privadas onde o profissional se transporta a residência do idoso em seu próprio transporte.

5.4 Local da coleta

O local onde foi realizado as entrevistas dos Grupos Focais (GF) foi na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN-Secção Ceará). O local foi escolhido por ser acessível e conhecido por todos os profissionais enfermeiros. Os encontros aconteceram conforme o previsto durante o planejamento do GF. Os profissionais da ABEN haviam preparado a sala com cadeiras, boa iluminação, ambiente silencioso em virtude de podermos fechar a porta, e o condicionador de ar estar funcionando em perfeitas condições de uso. Logo após o término das entrevistas, foi oferecido pela pesquisadora um lanche para os participantes, em virtude de terem vindo de seus locais de trabalho, como também uma maneira de acabar com as formalidades e promover interação entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa.

5.5 Procedimentos da coleta de dados

Para coleta de dados, foi escolhida a técnica de Grupo Focal (GF) associado a uma entrevista individual como instrumento complementar, pois permitirá explorar questões que tenham surgido na análise das entrevistas, para esclarecer áreas que ainda pareçam ter um ponto de vista sem consenso. Pelas razões apontadas por Ressel et al (2001) o GF permite ao pesquisador obter dados para seus estudos, garantindo aos pesquisados um espaço de reflexão

de suas próprias concepções, de uma auto-avaliação, o que possibilita a mudança de comportamento.

Oliveira e Freitas (1998) nos mostram como o GF propicia uma riqueza e uma flexibilidade na coleta de dados que normalmente não se dispõe ao aplicar um instrumento individualmente, além de se ganhar em espontaneidade pela interação entre os participantes. Revela-nos também vantagens desta estratégia, dentre elas citaremos a seguir: habilidades em explorar tópicos e gerar hipóteses, oportunidade de coletas de dados a partir da interação do grupo, a qual se concentra no tópico de interesse do pesquisador, rapidez no fornecimento dos resultados (em termos de evidência da reunião do grupo), oferece um forte mecanismo para o controle das interações fique nas mãos dos participantes e não na do pesquisador, consumindo assim menos tempo.

O GF e a entrevista individual foram divididos em três etapas: planejamento, condução das entrevistas e análise dos dados. Para Oliveira e Freitas (1998) “o planejamento é crítico para o sucesso do GF, pois nesta fase o pesquisador considera a intenção do estudo e os usuários da informação, além de desenvolver um plano que o guiará o restante do processo da pesquisa, incluindo a elaboração das questões e a seleção dos participantes”

Os encontros aconteceram na ABEN, instituições e residência. Quanto ao número de seções aconteceram em dias alternados na ABEN. O número de participantes do GF foram dois (2) grupos de cinco, um (1) grupo de quatro (4) profissionais do Home care 2 e duas(2) entrevistas individuais. A duração da sessão foi de 1h e 30 min. De 17:00 às 18:30h.

Optamos por um número menor de participantes por concordar com Oliveira e Freitas (1998) que em pequenos grupos o pesquisador pode identificar o pensamento sobre o tópico de cada participante.

5.5.1 Realização da entrevista

Os Grupos Focais aconteceram no mês de julho, e as entrevistas, de agosto a setembro de 2006. Quando foram convidados, os participantes tomaram conhecimentos da temática central dos objetivos da pesquisa e da modalidade da técnica, que incluía a pontualidade dos participantes.

Foi utilizado como recursos o gravador portátil, pilhas e fitas cassetes facilitando a fidedignidade das falas e um melhor entrosamento entre os participantes e moderadores. Participaram da coleta de dados o moderador e o assistente, pois o assistente ficou observando e registrando a discussão sem intervir, a não ser quando eram solicitadas pelo moderador para troca de fitas, pilhas ou para outras atribuições necessárias no momento das entrevistas.

Segundo Sousa (1998), a gravação representa uma das mais importantes formas de registro de todas as expressões verbais do entrevistado e também proporciona maior liberdade para o entrevistador prestar mais atenção ao entrevistado. A gravação pode ser justificada como uma ajuda à memória ou como um registro útil da conversação para uma análise posterior. Isto permite ao entrevistador concentrar-se no que é dito em vez de fazer anotações.

Nos dias dos encontros, cada participante foi recebido cordialmente pela moderadora e a assistente. A seguir, eram convidados a preencher uma ficha de identificação e logo após ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), sendo então prestados os esclarecimentos julgados cabíveis, os quais se basearam na resolução nº 196/96 que estabelece as Normas de Pesquisa com Seres Humanos.

Foram explicadas novamente como funcionava o grupo, estimulada a participação de todos e apresentação dos participantes. Logo após, começamos a discussão sobre as competências e Habilidades do enfermeiro ao idoso e cuidador durante a visita domiciliar. Essa não foi uma tarefa fácil, pois não havia compreensão sobre o que eram competência e habilidade na prática de enfermagem. Outra dificuldade era falar sobre o cuidado com o cuidador. Relataram que era um tema novo; nunca tinha sido abordado em suas práticas “cuidado com o cuidador.”.

A duração média das discussões girou em torno de duas horas, embora tenha sido acordado uma hora e trinta minutos, mas os próprios participantes se mostraram interessados por ser um tema novo; sendo ricas as trocas de experiências e oportunidade de novo conhecimento.

Durante as discussões, foi estimulado o interesse pelo assunto. Ao finalizar a rodada de comentários houve o agradecimento pela contribuição de todos à pesquisa e a seguir, vivenciamos um clima de confraternização (servimos um lanche para os participantes).

A coleta de dados teve duração de três meses, com total de 16 entrevistados.

5.5.2 Coleta de dados

Durante a marcação do grupo focal, os contatos foram feitos por telefone individualmente, para agendar a data e local da entrevista, contudo, foram muitas as dificuldades na marcação destes encontros, uma vez que os horários não se adequavam ao conjunto dos entrevistados em cada grupo. Sendo necessário remarcar várias vezes os encontros para a realização da entrevista com grupos focais.

Foram agendados dois grupos focais, conforme plano de pesquisa, organizados de forma a contemplar enfermeiros de vários serviços. Confirmaram presença apenas duas das convidadas.

O serviço público que implantou o PAD em suas atividades de cuidado ao cliente idoso exigiu que, para liberação da enfermeira o projeto fosse apreciado pelo comitê de ética da instituição que a mesma trabalhasse (Apêndice D). O que inviabilizou sua participação nos grupos uma vez que a aprovação demorou 45 dias para ser efetivada. Só foi possível a participação desta enfermeira por meio de entrevista na própria instituição, sendo gravada com o seu consentimento.

Até poderia ter desistido da participação da enfermeira, mas fiz questão, em virtude de ser a primeira instituição a ser implantado o PAD no município de Fortaleza. Só depois marquei um encontro na própria instituição onde foi realizada uma entrevista através de gravação e um questionário.

Uma outra mudança foi com o grupo de enfermeiros do home care de uma instituição privada. Os motivos apresentados para o não comparecimento foram falta de tempo dos profissionais, disponibilidade, organização do serviço, nova escala dos profissionais na instituição, ou seja, não participaram dos dois grupos focais.

Pelo fato da relevância da participação destes profissionais que atuam em um dos home care mais importante do município. Consideradas dificuldades, e optamos pelo agendamento, feito pela coordenadora de enfermagem, em uma data em que as enfermeiras pudessem participar da entrevista. Aguardamos o retorno para que pudéssemos ir na instituição e realizar a entrevista. A espera foi de vinte dias, quando foi tomada a decisão de

entrar em contato com coordenadora, e só assim marcamos a entrevista. O encontro aconteceu na própria instituição, no horário estabelecido pela mesma. Participaram da entrevista quatro enfermeiras. Não aceitaram a gravação, alegando a questão do tempo. Optaram pela escrita, pois seria mais rápido, porque haviam várias visitas agendadas. A organização da demanda das visitas é agendada por ser um serviço privado não poderiam remarcar em virtude de se tratar de um *home care* nos quais os clientes estavam esperando os profissionais para uma assistência especializada.

A outra entrevistada foi realizada com uma enfermeira do PAD de um hospital público. Devido àquela citada anteriormente não poder participar dos dois grupos focais dados seu horário de trabalho. Tentamos de todas as formas adequarem horários para todos, mas, não foi possível. Com esta última profissional foi diferente: ela não tinha horário para me receber na instituição em virtude de sua jornada de trabalho e suas atribuições diárias sendo então marcado em um dia de domingo, em meu domicílio.

5.6 Estratégia de Análise: Discurso do Sujeito Coletivo - DSC

Escolhemos para análise dos dados o discurso do sujeito coletivo por representar, um expediente ou recurso metodológico destinado a tornar mais clara e expressiva as representações sociais, permitindo que um determinado grupo social no estudo pudesse ser vistos como autores e emissores de discursos comuns compartilhando entre seus membros.

No entender de Lefèvre e Lefèvre (2003 p.19), “um dos produtos que se deseja obter sobre representações sociais é uma adequada descrição do imaginário disponível sobre um dado tema ou temática, numa determinada formação social, num dado momento histórico.”.

Dentre as técnicas qualitativas, optamos pelo Discurso do sujeito Coletivo (DSC) obtido através da análise das entrevistas realizadas com enfermeiros sujeitos da pesquisa (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000), por acreditar ser esta a melhor opção para o estudo proposto.

O DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, extraído de depoimentos em diferentes fontes de dados tais como entrevistas,

artigos, cartas e matérias de revistas etc. sob a forma de um ou vários discursos – síntese que visa expressar o pensamento de uma coletividade, emitindo um discurso único encadeado sobre determinada temática (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003). A pessoa representa o imaginário social personificado e a tarefa do pesquisador é reconstruir este imaginário a partir dos pensamentos expressos pelos indivíduos. Para composição dos discursos destes indivíduos, usa-se parte do material de dado depoimento, enquanto a outra parte do discurso pode ser utilizada para compor outro discurso coletivo. Desta forma, são construídos vários DSCs representados em uma teia de significados. A função do pesquisador é retirar do discurso conectado às experiências, a essência, a substância atribuída aos significados exteriorizados nas falas dos sujeitos ampliando a compreensão do fenômeno em evidência.

Esta construção de figuras metodológicas, elaboradas para ajudar a organizar e tabular depoimentos e demais discursos é condição prévia e indispensável para uma boa análise e interpretação desses depoimentos.

Os autores da técnica esclarecem que “o DSC implica a utilização de quatro figuras metodológicas: a ancoragem, a idéia central, as expressões - chave, e o discurso do sujeito coletivo” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003)

A **ancoragem** de um discurso é quando podemos encontrar nele traços lingüísticos explícitos de teorias, hipóteses, conceitos, ideologias existentes na sociedade e na cultura, e que estão internalizadas nos indivíduos.

A **idéia central** diz respeito à(as) afirmação(ões) que permite(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos nos discursos.

As **expressões-chaves** são transcrições literais de partes dos depoimentos que autorizam o resgate do essencial do conteúdo dos discursos. Formam uma espécie de prova discursiva empírica da “verdade” (destaque dos autores) das idéias centrais e das ancoragens.

O discurso do sujeito coletivo é a reconstrução com pedaços de discursos individuais, em que se busca resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos.

É uma estratégia metodológica com vistas a tornar mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que conforma um dado imaginário. Por

meio dele podemos compreender de uma forma mais viva e direta o modo como os indivíduos reais e concretos pensam.

Para Teixeira e Lefèvre (2001), com o sujeito coletivo, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, já que o que se busca fazer é precisamente o inverso, ou seja, reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, um dado pensar ou uma representação social sobre um fenômeno.

De acordo com Simioni e Lefèvre (1997) o discurso do sujeito coletivo (DSC) é uma estratégia metodológica com vistas a tornar mais clara uma dada representação social. Consiste na reunião, num só discurso-síntese, de vários discursos individuais emitidos como resposta a uma mesma questão de pesquisa, por sujeitos sociais e institucionalmente equivalentes (ou que façam parte da mesma cultura organizacional e de um grupo social homogêneo) na medida em que os indivíduos que fazem parte deste grupo ocupam a mesma ou posições vizinhas, ou as mesmas, num dado campo social.

Estamos entendendo que o elemento que aqui, neste caso, unifica e agrupa os vários sujeitos emissores de discurso, permitindo em tese, que se coletivizem seus discursos voluntariamente durante uma entrevista sobre a competência e habilidades dos enfermeiros no cuidado ao idoso dependente e cuidador.

5.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Os preceitos ético-legais foram respeitados, buscando caminhar de forma correta na realização desse estudo.

Antes, porém, enviei minha proposta de trabalho à Secretaria de saúde do Município de Fortaleza para autorizar a participação dos enfermeiros que integram as equipes do ESF. Visitei todas as instituições públicas e privadas, levando o Termo de Consentimento, no intuito de conseguir a autorização e liberação dos profissionais que foram convidados a participar do estudo. Apenas uma instituição não liberou a profissional para entrevista, tive que enviar o projeto para o Comitê de Ética da instituição para ser apreciado pelos membros

do conselho, ou seja, meu projeto passou por dois comitês, com o parecer favorável a enfermeira participou da entrevista (Apêndice D).

Para tanto, o primeiro procedimento foi enviar o projeto para apreciação do COMEPE (Comitê de Ética de Pesquisa) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Após a obtenção do parecer favorável, dei início ao trabalho de campo. (Apêndice A)

A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, a qual se refere à pesquisa com seres humanos. (BRASIL, 2002b).

Quanto aos padrões éticos, nesta pesquisa pode ser conferida nos seguintes aspectos: apliquei a todos os sujeitos envolvidos o termo de Consentimento livre e esclarecido, respeitando o desejo de cada um em participar ou não do estudo, garantindo que qualquer dano fosse evitado.

5.8 Análise dos dados

Para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), procedi da seguinte forma: escutei as gravações dos profissionais que participaram do Grupo focal e entrevistas em seguida fiz as transcrições das falas e, a todo o momento digitei todas as transcrições no computador.

Questão 5 – Quais as competências e habilidades utilizadas na assistência ao idoso e ao cuidador durante a visita domiciliar?

ENTREVISTA	ESF 7	
EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
<p>ESF 7: Comunicação, empatia e destreza manual, porque <i>muitas vezes você precisa fazer um procedimento com o próprio idoso na casa, o idoso sondado, eu acho que isso seria um habilidade</i>, você vai ter quer saber falar com o próprio idoso, se ele pode lhe ouvir ou pode lhe atender. <i>O que eu tenho feito na <u>prática</u> é centrado no idoso eu acho que é o que acontece com a maioria de nós.</i></p>	<p><i>(1.ª idéia) Muitas vezes você precisa fazer um procedimento com o próprio idoso na casa, o idoso sondado, eu acho que isso seria uma habilidade.</i></p> <p><i>(2ª idéia) O que tenho feito na prática é centrado no idoso eu acho que é o que acontece com a maioria de nós.</i></p>	<p>O atendimento é centrado no idoso</p>

Como referencial teórico, utilizei o método de Fernando Lefèvre: o discurso do sujeito coletivo como um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Busquei também outras fontes como a Tese de Doutorado de OLIVEIRA (2004) e a Dissertação de mestrado de Mazza (2002), em virtude das mesmas terem utilizado a mesma proposta de organização do DSC.

Prosseguindo com a análise descrevemos a seguir os passos realizados durante a tabulação dos dados. Dessa forma, o primeiro passo consiste em copiar, integralmente o conteúdo de todas as respostas referentes à questão 1 no IAD 1(INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1) na coluna: expressões-chaves.

Instrumento de Análise de Discurso 1

Seguimos todos os passos recomendados pelo método, sendo assim, a organização dos dados foi da seguinte forma:

1º PASSO: Análise de cada depoimento/discurso individual e retirada de cada um as idéias centrais e suas respectivas expressões-chaves.

2º PASSO: Identificação e destaque das idéias centrais das expressões-chaves. As idéias centrais estão representadas em itálico e as ancoragens em itálico sublinhado.

3º PASSO: Após a identificação das idéias centrais e (quando foi o caso) as ancoragens, a partir das expressões-chaves, colocou-se as idéias centrais e ancoragens nas colunas correspondentes.

4º PASSO: Identificação e agrupamento das idéias centrais e as ancoragens de mesmo sentido. Etiquetando cada grupamento com letras: A, B, C, etc.

5º PASSO: Denominação de cada um dos grupamentos por A, B, C, etc. o que, na realidade, implicou em criar uma idéia central ou ancoragem-síntese, que expressasse, da melhor maneira possível, todas as idéias centrais e ancoragens de mesmo sentido. Em alguns discursos as idéias centrais ou ancoragens tiveram o mesmo nome, evidentemente, facilitou o processo.

6º PASSO: Realização da construção do DSC. Para isso foi preciso utilizar outro Instrumento de Análise de Discurso – IAD 2

1ª Etapa: Para a construção do DSC foi necessário copiar do IAD 1 todas as expressões-chaves do mesmo grupamento e colá-las na coluna das expressões-chaves em itálico do mesmo grupamento.

2ª Etapa: Construção do DSC propriamente dito de cada grupamento. Durante a construção utilizamos todo o material das expressões - chaves.

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2

IDÉIA CENTRAL D - SABER COMUNICAR-SE

ESF7	
EXPRESSÕES – CHAVES	DSC
(1.ª idéia) Muitas vezes você precisa fazer um procedimento com o próprio idoso na casa, o idoso sondado, eu acho que isso seria uma habilidade. (2ª idéia) O que tenho feito na pratica é centrado no idoso eu acho que é o que acontece com a maioria de nós.	Às vezes precisamos fazer um procedimento com o próprio idoso em casa, uma sonda por exemplo, acho que isso seria uma habilidade. O que tenho feito na pratica é centrado no idoso, é o que acontece com a maioria de nós. (SF7)

6 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

O DSC pode ser apresentado de várias maneiras o autor sugere várias formas de apresentações. Optamos por esta forma por termos como embasamento teórico a dissertação de Mazza (2002) por ter apresentado de forma clara e simplificada seus resultados.

Discursos do Sujeito Coletivo Referentes às questões 5,6,7,8.

Questão 5 – Quais as competências e habilidades utilizadas na assistência ao idoso e ao cuidador durante a visita domiciliar?

Idéia central A - orienta e treina sobre o cuidado com o idoso:

Discurso do sujeito coletivo:

Compete à enfermagem ver a questão da saúde e do ambiente. É uma orientação que a gente faz dos cuidados que aquelas pessoas necessitam. (SF1) Oriento e capacito na assistência domiciliar ao idoso.(HC2). Oriento o cuidador e o paciente quanto ao uso correto dos remédios, acondicionamento, preparo para exames e cuidados gerais (SF2). Treino e capacito o cuidador, exame físico e clínico do idoso, curativo, troca de SNG, verificação dos sinais vitais (HC2, PAD1,PAD2, SF1, SF2) . Oriento quanto à dieta, quanto à

medicação e a atividade física e com isso também eu vou ouvi-lo, suas queixas e dificuldades e fazer com ele aceite as orientações. (SF5, SF1, SF6, SF3) Seleciono materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o treinamento no domicílio (PAD2) [assim].O que tenho feito na prática é centrado no idoso. (SF7) Os procedimentos que foram orientados durante as visitas são recapitulados e reforçados (PAD1) Foi criado um instrumento de avaliação para avaliar o nível de cuidados do cuidador (PAD1)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos dos profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da família, *Home Care* e Programa Assistência Domiciliar. Podemos observar através de suas falas que suas competências e habilidades são referentes ao cuidado com o idoso, ficando o cuidador como o componente de enfermagem nas ações de cuidar.

Idéia central B – O cuidador como tecnologia de enfermagem.

Discurso do sujeito coletivo:

O cuidador faz parte do processo da enfermagem (HC1). Faço as orientações dos cuidados que aquelas pessoas necessitam para cuidar do idoso dependente (SF1, ,SF3)

Elaboro um plano de cuidados/treinamento para que o cuidador possa ministrar os cuidados orientados pela equipe de saúde. (PAD 2). Abordo os procedimentos relacionados ao idoso (SF6). Pergunto como ele está dando a medicação (SF3). Chego perguntando como estão as fezes do paciente, como é que está a ferida, se você faz o curativo daquele jeito que eu coloquei? (SF4). As orientações que dou a meu cuidador é em cima das orientações do cuidado ao idoso, se está cuidando bem. (SF4) Faço a demonstração de mudança de decúbito para prevenir úlceras (SF8). Capacito o cuidador para melhor forma de cuidar do paciente (SF2). No momento da admissão do paciente o cuidador muitas vezes não se acha capaz de realizar os procedimentos que foi orientado durante as visitas, os cuidados são recapitulados e reforçados as orientações (PAD1)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos dos profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da família, *Home Care* e Programa Assistência Domiciliar. Nas

falas, o cuidador é citado como parte, ou seja, como instrumento necessário para assistência do cuidado de enfermagem.

Idéia central C – O cuidador não é importante.

Discurso do sujeito coletivo:

Geralmente me preocupo só com os pacientes (SF5). Nunca chego questionando algum problema direcionado ao o cuidador (ESF4) Eu realmente vejo mais o doente, esqueço a importância do cuidador (SF5) O que tenho feito na prática é centrado no idoso, eu acho que é o que acontece com a maioria de nós (SF7) Não estou preparada para cuidar de um lado tão subjetivo que é cuidar do outro, na assistência domiciliar (HC1) Eu acho que fica uma lacuna da enfermagem no que diz respeito à assistência com o próprio cuidador (SF4).

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da família e um do *Home Care*. A importância expressa nos discursos não é com relação ao cuidado que o cuidador presta ao idoso, mas sim, a sua própria pessoa. Neste aspecto, há um “esquecimento” por parte dos profissionais de saúde.

Idéia central D – saber comunicar-se

Discurso do sujeito coletivo:

A competência do enfermeiro é ter uma visão holística, de ver o paciente como um todo, interagindo em seu domicílio (SF2).[assim, é necessária] a habilidade de interagir entre estas pessoas sem ferir, sem magoar, sem criar mais inimizades porque às vezes o clima é muito difícil na vida do cuidador (SF2) Chego oriento, mostro a necessidade de ter mais carinho (SF3) Comunicação, empatia e destreza manual (SF7) Eu acho que isso seria um habilidade você saber falar com o próprio idoso, se ele pode lhe ouvir ou poder lhe entender (SF7).Às vezes o clima é muito difícil na vida do cuidador, porque tem que cuidar da família, dos filhos, ninguém quer ficar com o idoso só vem quando é para receber o dinheiro do idoso (SF2).

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da família.

Nestes depoimentos podemos observar que os profissionais conversam, interagem com a família, cuidador e idoso. Para tanto, esses profissionais tem como atribuição, a visita domiciliar às famílias, e como prioridade, idosos acamados.

Idéia central e – A família orientada no cuidado ao idoso

Discurso do sujeito coletivo:

Compete à enfermagem o amparo familiar ver as condições de higiene e alimentação. (ESF2) Compete a enfermagem vê a questão da saúde, ambiental, familiar e psicológica do cuidador (ESF2). O cuidador normalmente é filha (o) ou é esposa (o) (ESF8) Existem maus tratos e os maus tratos não é são só físicos (SF8) Estimulo a participação da família nos cuidados (PAD2) [porque] Existem familiares que não estão “nem ai”. (HC1)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da família, um do Home Care e um Programa Assistência Domiciliar. A família, no cuidado ao idoso, vive conflitos, o cuidador pode praticar maus-tratos, e o enfermeiro é responsável pela orientação apoio a este.

Questão 6 – Em quais situações o cuidador é foco de sua atenção para o cuidado na assistência domiciliar?

Idéia central A – O cuidador não é foco da atenção

Discurso do sujeito coletivo:

Na verdade o cuidador não tem sido o foco(SF1, SF2 ,SF3, SF4, SF5, SF6, PAD 1), é uma coisa ainda muito nova no nosso campo de atuação (SF7) Meu cuidado não é direcionado a ele (SF4) O foco é voltado para a pessoa acamada (SF2) Ao cuidador do idoso a gente realmente não dá muita atenção(HC1;1) [porque] Ele não paga o plano de saúde. (HC1)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos dos profissionais que trabalham em *Home Care* e Estratégia Saúde da Família.

O cuidador não é foco de atenção, por vários motivos. A atenção só é dada ao paciente que saiu do hospital e está sendo assistida pela equipe do home care, e, além disso, o cuidador não paga o plano de saúde.

Idéia central B – O cuidador necessita mais de cuidados que o próprio doente

Discurso do sujeito coletivo:

Eu observo o cuidador, vejo que ele está necessitando mais de cuidados que o próprio doente, a queixa do cuidador, em vez de falar as queixas do idoso fala das suas próprias queixas (SF5) Quando existe um sinal de doença (SF1) Quando é detectado algum sinal de ansiedade e depressão (PAD 1) Nos momentos de necessidade do cuidador, isto é, quando está passando mal durante as visitas do Home care (HC2) É o momento que dou mais atenção, orientação ao cuidador e faço encaminhamento (SF5) A saúde mental, emocional, e física estão em suas queixas, durante a visita domiciliar (SF8) Às vezes dou ênfase ao cuidador, porque por mais que o médico diga que ele pode ir para o posto, eu digo: ele não tem tempo de ficar indo para a fila, eu tento puxar para que ele atenda o cuidador, quando é jovem ele tem uma maior resistência mas quando é idoso é mais fácil dele atender (SF3)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de cinco profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da família, um do *Home Care* e um do Programa Assistência Domiciliar.

Percebemos que os profissionais referiram que o cuidador só é foco quando se queixa, mas os cuidados que são dados dependem da instituição que está realizando a visita. Para tanto se for do ESF, dependendo de alguns profissionais médicos são realizados algum tipo de assistência, isto é, se o cuidador for idoso. Em caso negativo, é encaminhado para unidade de saúde, se for do Home care o cuidador só é assistido se passar mal durante a visita e se for uma queixa, manda que procure um posto de saúde.

Idéia central C – O cuidador é também idoso

Discurso do sujeito coletivo:

Geralmente o cuidador é idoso (SF3) Às vezes o cuidador é também idoso, e você vê os dois e damos ênfase ao cuidador (SF3) Cuido do cuidador sem saber que estou cuidando na verdade são dois idosos (SF1)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família.

Se tratando do ESF, cuja maioria dos cuidadores são informais. Os profissionais explicitam que em suas práticas cuidam dos idosos acamados e das pessoas que cuidam deles, em virtude da maioria ser o esposo (a) e por serem idosas também.

Idéia central D – O idoso é submetido a uma situação nova

Discurso do sujeito coletivo:

Só é foco quando se trata de uma situação nova em que ele nunca vivenciou, seja o cuidador sendo da família ou o cuidador sem ser da família. Por exemplo, o paciente vai para o hospital e depois volta para casa com uma gastrostomia, vai mexer na rotina da casa, vai ver pessoas estranhas, enfermeiras e médicos vão naquela casa, vai ter a necessidade de ter um cuidador onde não tem, então assim o

cuidador é o foco quando acontece uma nova situação, que vai ser refletida no idoso. (HC1, 1)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com um depoimento de uma profissional que trabalha no *Home Care*. O fato de trabalharem com pacientes que estão hospitalizados e foram submetidos a algum procedimento cirúrgico e vão ter alta do hospital (mas terão uma internação domiciliar), o cuidador passa a ser foco em virtude do cuidado que terá em cuidar daquele paciente.

Idéia central E – não existe disponibilidade de tempo para assistência ao cuidador.

Discurso do sujeito coletivo:

Não dou muita atenção, é como às colegas já falaram a gente não tem tempo (HC1,HC1,1)

Não existe disponibilidade de tempo para assistência ao cuidador (PAD 1)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um profissional que trabalha na Estratégia Saúde da família, dois no Home Care e um no Programa Assistência Domiciliar. A falta de tempo para esse conjunto de profissionais reflete na quantidade de visitas que cada profissional tem que fazer. No home care e PAD, os profissionais têm uma rota de visitas que obrigatoriamente tem que ser realizadas.

Idéia central F – A visita é feita por apenas um membro da equipe

Discurso do sujeito Coletivo

Se a visita for realizada só por um profissional dispõe de maior tempo, tenho mais tempo de escutar (SF4) Quando vai com a equipe completa há dificuldades, porque tem que fazer mais visitas porque o que vale é a quantidade e não a qualidade da assistência (SF4)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um profissional que trabalha na Estratégia Saúde da família, dois no Home Care e um no Programa Assistência Domiciliar. Os profissionais enfermeiros do ESF referem que se fossem sozinhos eram capazes prestar assistência melhor aos cuidadores, mas em virtude da quantidade de visitas estipuladas pelo programa não dá para ficar conversando e ouvindo as queixas do cuidador.

Idéia central G – Orienta o cuidador sobre o auto cuidado

Discurso do sujeito coletivo:

Na minha unidade existia um grupo de cuidadores eles iam ver a questão do cuidado deles, será que a mulher, a filha que estava cuidando, estava com o pânico em dia? Será que eles têm tempo de fazer alguns exames? Como é que ela estava se cuidando? A questão até da saúde mental, como é que tava o equilíbrio emocional desse cuidador? Foi uma experiência muito interessante (SF7) Desenvolvo atividades recreativas através de encontros com cuidadores priorizando as questões voltadas para educação/saúde auto estima, oficinas de artesanato para que o cuidador possa a vir desenvolver suas habilidades manuais e também como terapia ante estresse. (PAD2)

O cuidador é foco de atenção em todo o processo assistencial tanto no sentido de cuidar do paciente como auto cuidar-se, pois orientamos quanto o desenvolvimento de suas atividades como cuidador: higiene, alimentação da nova situação do processo doença, como conviver de forma harmoniosa (PAD2)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de uma profissional que trabalha na Estratégia Saúde da Família, e outra profissional que trabalha no Programa Assistência Domiciliar. Assim, se configura uma prática isolada na atenção ao idoso.

Questão 7 – Que tipo de assistência?

Idéia central A – encaminhamento para unidade de saúde.

Discurso do sujeito coletivo:

A assistência básica é o encaminhamento para unidade de saúde (SF1,SF6)

Observei em uma visita que o cuidador estava sem condições de cuidar de seu pai, encaminhei para unidade que possa atendê-lo. (SF5)

Quando a visita é conjunta não há olhos para ele. Ele pode dizer: “passei ontem a noite todinha com uma dor de cabeça”, e aqui estamos preenchendo o papel do idoso e aqui ficamos, qualquer coisa a senhora vai lá no posto e marca uma consultinha e lá tem marcação todos os dias (SF2)

Quando detectado algum problema com o cuidador o médico não assiste, orienta para que procure um posto e saúde porque a assistência só é dada aos pacientes do hospital em questão. (PAD1)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de quatro profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família, e uma profissional que trabalha no Programa Assistência Domiciliar.

Nestes depoimentos podemos observar que a assistência que é dada aos cuidadores é apenas encaminhamento para as unidades de saúde, mesmo que o cuidador necessite de cuidados.

Idéia central B – assistência é dada de acordo com as queixas.

Discurso do sujeito coletivo:

Se ela precisar agendo uma prevenção ou uma consulta ginecológica ou então dou um encaminhamento (SF4) Dependendo da queixa o que a gente pode fazer são orientações, não vai além disso (HC1, SF4) Quando ele solicita verifíco a Pressão arterial glicemia capilar

((HC2,PAD1) Verifico a pressão arterial, verifico uma mancha um nódulo e algo que realmente vai da queixa do cuidador, normalmente a gente encaminha que é mais fácil, normalmente quando essa pessoa tem condições de ir a uma unidade de saúde (SF2)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família, e uma profissional que trabalha no PAD e dois do *Home care*.

Toda a assistência que é dada aos cuidadores é voltada para suas queixas (inclusive as orientações que são dadas) é de acordo com a queixa referida.

Idéia central C – O fator psicológico do cuidador

Discurso do sujeito coletivo:

Na parte psicológica a gente vê a insegurança deles é muito grande. (HC1) O fator psicológico do cuidador, eu não sei se é por conta do poder aquisitivo que é muito baixo, leva os pacientes a se estressar. (SF5) Encaminhamento para receber apoio psicológico quando necessário (NAME, CAPS e outros) pois não temos psicólogo na equipe.(PAD2) Enquanto isso a gente é meio psicóloga, no final a gente acaba precisando de uma assistência também. (SF8)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família, e uma profissional que trabalha no PAD e um do *Home care*.

Ficou evidente no discurso desses profissionais a necessidade de apoio psicológico aos cuidadores, em virtude dos fatores que foram citados, tais como: estresse, insegurança, baixo poder aquisitivo; fatores estes que ocasionam a incapacidade dos cuidados necessários.

Idéia central D – orientações para o cuidado seguro

Discurso do sujeito coletivo:

A assistência que eu dou a meu cuidador é em cima das orientações. (SF4) Faço as orientações dos cuidados que aquela pessoa necessita. (SF1) Oriento quanto ao desenvolvimento de suas atividades como cuidador: higiene, alimentação da nova situação do processo doença. (PAD2)] A principal assistência é com relação à parte da adaptação. (HC1)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família, e dois profissionais que trabalham no PAD e um do *Home care*.

Percebemos que as orientações que são dadas ao cuidador (funcionam como assistência de enfermagem), uma vez que as orientações são dirigidas aos cuidados ao idoso dependente.

Idéia central E – facilita o acesso ao serviço de saúde

Discurso do sujeito coletivo:

Facilito a ida dele à unidade, até porque ele tem a sobrecarga de trabalho (SF7) Normalmente eu encaminho é mais fácil, quando essa pessoa tem condições de ir na unidade de saúde, me procura tal dia, tal hora para poder marcar uma prevenção, planejamento, para fazer o pré-natal. (SF2) Essa questão da facilidade de ter acesso aos serviços oferecidos na unidade, passei a marcar, eu mesma as datas para facilitar, que a pessoa não vá ao SAME e marque. Eu mesma durante a visita já facilito, deixando marcado para que essa pessoa possa fazer um exame ou consulta. (SF7, SF5, SF4) Possa oferecer dentro da unidade de saúde é a escuta ativa que é a principal coisa que eu possa fazer como profissional. (SF7, SF8)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de cinco profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família.

A questão da acessibilidade para os profissionais da ESF, fica mais fácil, pois o serviço visa a integralidade das ações da família, ficando assim, portanto o encaminhamento dos cuidadores uma tarefa fácil, pois além de se utilizarem do princípio da integralidade, terão que utilizar outro, que é o da resolutividade.

Idéia central F - fica à disposição deles.

Discurso do sujeito coletivo:

Tenho que acolher e está sempre à disposição, se sentem mais seguros. No caso do home care, trabalhamos muito com celular as vezes as famílias ligam,. Se você deixar de atender a ligação, eles já perguntam porque você não atendeu, eles são super rigorosos, tenho que estar 24Hrs a disposição deles (HC1) Os cuidadores tem o telefone do PAD e nosso celular, ligam qualquer dia ou qualquer hora. (PAD2)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um profissional que trabalha no PAD e um do *Home care*.

Estar à disposição dos cuidadores é uma das competências dos profissionais que trabalham em *home care* e no PAD2.

Idéia central G – Busca de opções focadas no cuidado ao cuidador

Discurso do sujeito coletivo:

Procuro inserir o paciente e cuidador no convívio familiar e social através de reuniões com os membros da família para que todos

participem e compartilhem dos problemas e responsabilidades (PAD2) Desenvolvo atividades recreativas. (PAD2) Através de reuniões semestrais com os cuidadores/ familiares para troca de experiências entre eles, compartilhem sentimentos, emoções e vivências. (PAD2) Na minha UBASF aconteceram varias reuniões com cuidadores, fiquei muito feliz nesta época porque passei a encaminhar esses cuidadores para participar destas reuniões, mas infelizmente não sei por que não houve continuidade. (SF5, SF7) Tive uma experiência também com alguns cuidadores particulares que foi a terapia comunitária é uma coisa muito interessante porque eles passam colocar essa parte do emocional, deixaram aflorar essa coisa da sobrecarga, foi muito bom notei que foi uma experiência positiva. (SF2)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um profissional que trabalha no PAD e dois que trabalham no ESF.

Os enfermeiros relatam formação de grupos, reuniões com familiares como estratégias importantes para o bem-estar do cuidador.

Questão 8 – Você se acha preparado para cuidar dos cuidadores ou necessita de cursos para uma assistência de qualidade?

Idéia central A – Não está preparado.

Discurso do sujeito coletivo:

Essa população ainda não é percebida dentro da graduação (SF4) O embasamento teórico é falho, nós não temos na universidade (SF7, HC1) Eu não me acho preparada (SF1, SF4) O ideal seria curso, palestras que a gente tivesse acesso há treinamento para cuidar de todos os nossos idosos e cuidadores (SF3, (HC2, HC2), HC2, PAD1, PAD2)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois profissionais que trabalham no PAD e quatro que trabalham no ESF e quatro no *Home care*.

Os profissionais em seus discursos foram categóricos não se sentem preparados devido à falta de preparação das universidades. Gostariam de treinamentos. Afirmam também que o cuidador ainda não é percebido na graduação de enfermagem.

Idéia central B – Todo mundo é capaz

Discurso do sujeito coletivo:

Eu acho que todo mundo está capacitado, mas claro se tivesse uma capacitação, um curso, seria bem melhor (SF6) Na verdade a gente já lida com isso, cuidar do cuidador, eu acho que a gente vai se preparando na pratica. (SF7) Eu acho que agente tem que ter esse embasamento teórico, seria muito bom, mas que já temos capacidade. (SF8) Eu acho que nós todos temos a capacidade de estar preparado para cuidar desses cuidadores. (HC1;1) Sinto-me preparado, mas acho sempre há uma necessidade de reciclagem. . (HC2)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois profissionais que trabalham no *Home care* e três que trabalham no ESF. O fato de não terem sido capacitados sentem-se capazes de cuidar do cuidador, pois referem ter aprendido na prática, mas consideram relevante o embasamento científico e uma capacitação voltada para assistência ao cuidador.

Idéia central C – necessidade de curso para uma assistência de qualidade

Discurso do sujeito coletivo:

Eu gostaria que houvesse cursos de preparação para os profissionais do ESF que trabalha mais com uma classe humilde, não me sinto preparada para enfrentar certos casos, certos problemas e dificuldades do cuidador com a família, necessito de capacitação de mais conhecimento de mais preparação para que eu possa conseguir oferecer um bom atendimento e qualidade do meu trabalho

profissional. (SF5, SF1, SF2, SF3, SF4, SF7, SF8) Se tivesse uma capacitação, um curso seria bem melhor, nunca tive nenhum curso de capacitação, se tivesse eu ficaria bem satisfeita, não só como saber lidar com o povo, para gente mesmo, tem situações na família da gente, que é meio complicado. (SF6) É a questão de você melhorar a sua qualidade como profissional, em cursos, congressos você se conecta com outros profissionais sabe o que estão fazendo o que é certo o que não é, trocando experiências você se prepara como profissional e como pessoa também.(SF8)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de todos os profissionais que trabalham no ESF.

Como podemos observar os profissionais do ESF se sentem mais despreparados do que os profissionais que trabalham nos *Home care* e PAD. Expõem as dificuldades de trabalhar com famílias mais humildes, com as quais demonstram muitos conflitos familiares e dificuldades na assistência com à pessoa acamada. Em virtude desta situação reafirmam a necessidade de mais preparação e conhecimentos.

Idéia central D – Precisamos de aprendizado sempre.

Discurso do sujeito coletivo:

Acho que sempre temos que buscar mais algo que possa complementar, até porque, é uma coisa nova, inovadora lhe parabênizo porque essa temática ainda nova ainda vai dar muito que falar, ainda mais com a nova equipe do ESF entrando. Então é uma temática que dever ser mais aprofundada, deve ser discutida, talvez até um nível de gestão, não só aqui em nível de pessoas que lidam diariamente com isso, mas de uma discussão maior, tanto que agora no pacto pela vida, ela é a primeira área temática, no pacto de saúde. (SF4)

Comentário:

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de uma profissional que trabalha na ESF.

Neste depoimento podemos observar que o fato de ser enfermeira da ESF, demonstra interesse pelo assunto e vê a necessidade que se abram mais discussões sobre esse

tema, não só com profissionais que trabalham nesta área, mas com gerentes e gestores da área da saúde.

Ancoragens Referentes às questões 5,6,7,8

ANCORAGEM A – O foco do cuidado é o idoso dependente

Discurso do sujeito coletivo:

Na assistência domiciliar a cuidador é um apêndice que vai facilitar o cuidado, a assistência que você está prestando ao idoso. (HC1) Oriento e capacito na assistência domiciliar ao idoso portador de doenças crônicas. (HC2) Oriento sobre medicação, alimentação e higiene, mas na verdade fazemos as orientações dos cuidados que aquelas pessoas necessitam para cuidar do idoso dependente. (SF1) O que tenho feito na prática é centrado no idoso eu acho que é o que acontece com a maioria de nós. .(SF7)

Comentário:

ANCORAGEM B – O cuidado ao cuidador é uma lacuna na assistência de enfermagem domiciliar.

Discurso do sujeito coletivo:

Eu realmente vejo mais o doente e esqueço a importância do cuidador. (SF5)
Não tenho como resolver aquela problemática e normalmente é a parte psico-afetiva eu diria, que esses cuidadores estão muito cansados, é marido que ela está deixando de dormir para passar a noite com o idoso, são os filhos então com seus familiares. Então isso agente não tem como dá apoio psicológico dessas pessoas, a gente até entra em alguma questão físicas, alimentação se a pressão esta aumentada, você tenta cuidar, mas quando passa para parte psico-afetiva, fica muito a desejar. (SF2, SF4) O cuidador precisa de apoio psicológico, eu não tenho condições de dá esse apoio e o que a gente pode fazer é conversar, às vezes, as a pessoa precisa só ouvir, precisa só falar e alguém que ouça, mas assim, tecnicamente não, tecnicamente eu não me sinto preparada. (SF1)

Ancoragem C - Não existe disponibilidade de tempo para cuidar do cuidador

Discurso do sujeito coletivo:

Se a visita for realizada só por um profissional é melhor. Porque tenho mais tempo para explicar, tenho mais paciência de orientar sobre os perigo e atenção dentro da casa, olho se tem tapetes falo sobre o perigo. Com a equipe completa tenho essa dificuldade, porque temos que visitar muito que vale é a quantidade e não a qualidade da assistência.(SF4)

Não existe disponibilidade de tempo para assistência ao cuidador. Ele não é o foco. O foco principal é o paciente. Quando detectado algum problema com o cuidador o médico não assiste, orienta para que procure um posto e saúde porque a assistência só é dada aos pacientes do hospital em questão. .(PAD1)

:

Ancoragem D – há necessidade de formação permanente para o cuidado ao idoso e seu cuidador

Discurso do sujeito coletivo:

Eu me sinto totalmente despreparada nunca ouvi falar num curso, palestra, qualquer coisa que fosse, para que você tivesse um contato com essa experiência, na verdade é a primeira abordagem que eu vejo em relação ao cuidador foi nessa sua abordagem de mestranda, realmente nunca me deparei com nada que diz respeito a isso. (SF7)

Eu já ouvir falar de cursos na universidade sem fronteiras, mas não com enfermeiras, com terapeuta ocupacional que ela tem grupo com os cuidadores de como fazer algumas orientações de atividades da vida diária, de locomoção adaptação do ambiente porque o marido dela é arquiteto então todo o trabalho dela e voltado com isso, ambientação e as atividades de vida diária já ouvi falar, mas não dentro da enfermagem , e no ESF muito menos, não somos preparada durante a graduação, nem esse população e percebida dentro da graduação passa despercebida. (SF8)

7 DISCUSSÃO

O propósito deste estudo foi conhecer as habilidades e competências de enfermeiros que trabalham com idosos acamados e seus cuidadores, em instituições públicas e privadas, bem como as dificuldades encontradas por cuidadores, especificando seu dia-a-dia e suas necessidades quando prestam assistência domiciliar.

A assistência que é dada aos idosos por esses profissionais, durante a visita domiciliar, é diferenciada em função das atribuições normatizadas pelas instituições e pelos programas executados em cada uma delas.

Estas atividades acontecem em diversos níveis de atenção à saúde e em diversos setores, onde também é prestada assistência específica aos problemas e tratamentos devidos às doenças diagnosticadas na clientela.

O Conselho Federal de Enfermagem normatizou a assistência domiciliar em *Home care*. Em 2001 foi aprovada a Resolução COFEN Nº. 267/2001 que dispõe sobre as atividades da Enfermagem em Domicílio-Home Care: define-se por "Enfermagem em domicílio HOME CARE" a prestação de serviços de saúde ao cliente, família e grupos sociais em domicílio, e de acordo com a RESOLUÇÃO-COFEN Nº 256 de 12 de julho de 2001, esta modalidade assistencial exprime, significativamente, a autonomia e o caráter liberal do profissional Enfermeiro (COFEN, 2001)

Estas atividades estão previstas nos seguintes níveis de complexidade: menor, média e alta complexidade.

Até a Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006 não havia normatizações da assistência ao idoso e cuidador, mas esta instituiu a Internação do Domiciliar no “âmbito do SUS”. Quando se refere a formação de equipes, o cuidador é citado como um (f)ator relevante para efetivação da atenção domiciliar. Este deve ser considerado um elemento importante na articulação e no agenciamento de recursos e esforços para a consecução dos projetos terapêuticos formulados (BRASIL, 2006).

Portanto, considerar a relevância do cuidador do idoso sob os cuidados da enfermagem é reconhecer que eles – idoso e cuidador- formam uma díade que não pode ser

vista separadamente. A qualidade de vida de ambos é interdependente e a atenção dirigida ao cuidador pode ajudar a estabelecer este aspecto como meta da equipe de saúde e, especialmente, da enfermagem.

Para Silvestre e Costa Neto (2003) o cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente, na família e na Atenção Básica de Saúde por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Deve-se dar destaque àquelas sob a Estratégia de Saúde da Família, que representam para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde. Estes autores propõem competências, habilidades e atribuições da equipe da atenção básica sob a estratégia de saúde da família voltadas à pessoa idosa. No entanto, estas propostas acerca do problema ainda não estão normatizadas pelo MS. Logo, compete aos técnicos ou gestores municipais elaborar documentos que orientem as equipes responsáveis pela assistência ao idoso no domicílio e seu cuidador.

Para Costa (1977), a visita domiciliária como atividade dirigida à família enseja um tipo de ensino voltado à solução de problemas de vivência em situação de vida real, no ambiente familiar.”

A visita domiciliar constitui uma atividade de assistência à saúde exercida junto à família e comunidade. Segundo Mazza (1994), seu objetivo é contribuir para efetivação das premissas de promoção da saúde definidas pela Organização Mundial de Saúde e adotadas também, pelo Sistema Único de Saúde no Brasil.

Ela possibilita ao enfermeiro conhecer o contexto social do usuário em serviços de saúde e a constatação *in loco* das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares.

O processo de trabalho na área da Enfermagem está centrado nas ações do cuidar. Esse cuidado é fundamentado no saber, no fazer e no sentir, voltado ao atendimento das necessidades de saúde do paciente/cliente/comunidade nas diferentes fases do ciclo vital e comprometido com a proteção e promoção da vida.

Portanto, o maior desafio é concretizar na prática técnica, social e política a ideologização e institucionalização de um novo fundamento para práxis da enfermagem: cuidar integralmente para que a vida plena e digna seja um direito de todos. (BRASIL, 1999)

Na análise do discurso sobre competências e habilidades percebemos que os profissionais participantes da pesquisa em foco não compreenderam os termos à primeira vista. Foi necessária uma discussão sobre o significado de competência e habilidade, talvez por ser uma nova abordagem na direção da formação profissional. As competências e habilidades definidas no projeto pedagógico dos cursos de enfermagem tende a diversificar a formação. Esta passa a ser direcionada para aquisição e certificação de que o indivíduo demonstra possuir o conjunto de competências para atuar em uma determinada ocupação.(BRASIL,2001)

No PAD os enfermeiros têm sempre uma atividade de rotina, cuja atribuições estão definidas na instituição. Eles obtiveram mais facilidade de expressá-las, conforme a fala que se segue:

Sou responsável pela prescrição e avaliação de enfermagem, troca de curativos, sondas e cateteres, administração de medicamentos durante sua visita. Oriento o cuidador e o paciente quanto ao uso correto dos remédios, acondicionamento, preparo para exames e colheita, cuidados gerais (banho, alimentação, troca de curativos, manipulação de sondas, cateteres e ostomias, higiene, prevenção de úlceras de pressão, verificação dos sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca e respiração, pressão arterial) e avaliação de feridas e curativos, coleta de sangue para exame laboratorial TAP, realização de glicemia capilar e atividades afins. (PAD1).

Nos discursos, os enfermeiros afirmam que não se sentem preparados para atuar nesta nova perspectiva (cuidar do cuidador), necessitando de definições e habilidades mais específicas dentro desta nova proposta de cuidados. Apesar de estarem realizando assistência domiciliar, referem também sentir necessidade de capacitação e discussão sobre o assunto, principalmente entre os profissionais que atuam na atenção básica e que, em sua maioria, não tiveram formação específica na graduação.

As habilidades na realização das ações de enfermagem ao idoso e ao cuidador foram desenvolvidas na prática, de forma empírica, adaptando tecnologias a outras modalidades no cuidar. No DSC os enfermeiros afirmaram ser capazes de cuidar, mas falta conhecimento científico, consolidado e normatizado voltado para o aprendizado sobre competências e habilidades do cuidado ao idoso e cuidador.

Demonstraram dificuldades ao responder sobre as competências e habilidades na assistência aos idosos e seus cuidadores, não pelo fato da incapacidade para realizar com eficácia, mas por não estar normatizado, a exemplo de outras ações, como o cuidado à mulher e à criança. É tudo “muito novo” como referem nas suas falas.

Eu ainda não consegui discernir onde é que a enfermagem entraria em termos de competência para cuidar desse cuidador, porque exige realmente um preparo todo diferenciado para que você chegue e aborde, porque a gente está preparada para cuidar de úlcera por pressão, aferir temperatura, sinais vitais, mas você não está preparado para cuidar de um lado tão subjetivo que é a cuidar do outro. Na assistência domiciliar o cuidador é um apêndice que vai facilitar o cuidado, a assistência que você está prestando é ao idoso (HCI).

Acreditamos que com a tendência atual de desinstitucionalização como alternativa do cuidar, têm sido ampliadas e fortalecidas possibilidades de atuação/inserção dos profissionais no espaço extra-hospitalar de assistência de saúde, qual seja, rede básica, domicílios e comunidades, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1999).

O Ministério da Saúde instituiu a Internação Domiciliar no âmbito do SUS levantando aspectos epidemiológicos que contribuíssem para a definição da clientela diferenciada. Singularizar usuários em distintos espaços sociais, econômicos, demográficos e culturais, assim como o leque de possibilidades, em termos de políticas públicas de saúde que permitissem uma expansão franca e segura de cobertura a estes. Alguns podendo ser dependentes de certa intensidade de cuidados, e não necessitem de internação hospitalar nem sejam objetos imediatos dos equipamentos típicos da Atenção Básica. (BRASIL, 2006).

A adoção do modelo de competências para formação profissional deve levar em conta que as ações são construídas pelos próprios trabalhadores como sujeitos deste processo. Também observamos que tanto os espaços formativos quanto as organizações de trabalho deverão se constituir em “instâncias qualificadoras” (BRASIL, 1999).

A política de educação profissional tem hoje em nosso país o ensino por competências como um de seus eixos principais. O assunto para nós é relativamente novo e polêmico e está inserido nas discussões mais amplas da educação profissional nas novas diretrizes curriculares de 2001. (BRASIL, 2001)

Nas competências gerais das diretrizes curriculares esta dispõe que os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética. Devem ter em vista que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico. (BRASIL, 2001).

O entendimento sobre a questão das competências da formação profissional tem como base a competência humana para cuidar em saúde-enfermagem. O papel das instituições educacionais é decisivo para viabilidade da proposta pedagógica, como afirma o documento do Ministério da Saúde sobre a formação de recursos humanos:

A adequação da formação dos profissionais às necessidades do SUS, sem dúvida, dependerá do preparo pedagógico dos docentes, frente às novas exigências educacionais. Isto significa adotar uma educativa crítica, autonomizadora, criativa, capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde. Desta forma será possível a construção das competências humanisto-profissionais requeridas pela promoção, desospitalização e vigilância a saúde. (BRASIL,1999).

A visita domiciliar ao idoso dependente é uma das atribuições de enfermagem na ESF porém, o cuidador não é foco desta assistência. Não há instrumentos que relacionem e normatizem cuidados a esses clientes/cuidadores. Encontramos nas literaturas propostas e discussões de assessores do Ministério da Saúde sobre o assunto, mas ainda não foi normatizado em todo país.

Contudo, acreditamos que é uma realidade em transformação, em virtude do Pacto para Saúde na portaria nº 2.529 que institui a internação domiciliar. Esta legislação constitui um avanço tecnológico na formação de recursos humanos e o aparecimento real desses dois clientes que tanto precisam de assistência nos três níveis de atenção.

No discurso em que perguntamos em quais situações o cuidador é foco da atenção durante a VD, foram unânimes em referir que a assistência é voltada para o idoso. Portanto, o

cuidador não é foco na assistência de enfermagem, só quando este faz alguma queixa de problema problemas: doença psíquica, física ou biológica.

O cuidador é a ultima pessoa que realmente a gente presta assistência, só cuidamos quando existe a queixa ou quando existe o sinal, só assim percebemos a pessoa que está cuidando. (SF1)

No DSC, os profissionais da ESF referiram que o cuidador não é foco da atenção. Mas, por criarem vínculo com as famílias e conhecerem os princípios da ESF, ficam mais atentos aos problemas de saúde das casas visitadas. Prestam assistência ao cuidador, não por reconhecer a importância do cuidador, mas pelo fato de ser uma pessoa que reside no domicílio e por fazer parte das famílias cadastradas em sua área de abrangência sendo importante no cuidado ao idoso.

Evidenciamos, portanto a necessidade de chamar à atenção dos profissionais de saúde que realizam VD a idosos acamados, que sejam consideradas as mudanças sociais e econômicas que estão transformando as estruturas familiares nas cidades brasileiras, evidenciando como estas podem afetar a posição e o papel tradicional de idosos acamados e seus cuidadores.

Observo o cuidador, vejo que ele está necessitando mais de cuidados que o próprio doente, a queixa do cuidador em vez de falar as queixas do idoso fala das suas próprias queixas. Oriento, encaminho o cuidador para o posto de saúde(SF5)

Segundo Bochi, (2004) estudiosos categorizaram os fatores adversos em sobrecarga física e psicológica dos cuidadores ao avaliar a qualidade de vida dos mesmos.

Os estudos nos mostram que a sobrecarga física desses cuidadores está mais relacionada aos pacientes idosos mais dependentes, principalmente no transporte e na deambulação. Além do cuidado consumir muito tempo (no discurso os cuidadores referem que não cuidam da própria saúde).

Um fato importante que foi referido nos discursos dos enfermeiros participantes da pesquisa é que muitas vezes o cuidador, é idoso também, tornando-se assim um fator relevante no cuidado ao cuidador, por se tratar de uma pessoa idosa e ser acometido muitas vezes de alguma patologia, sobressaindo-se a sobrecarga de trabalho e a falta de preparo psicológico, físico e até financeiro.

Em seu livro Duarte (2000) nos fala que é comum a identificação de cuidadores também idosos, muitas vezes doente, confusos, estressados ou ansiosos, deprimidos ou incapacitados para a função assistiva, é mais comum do que se imagina e potencializa a necessidade de apropriação adequada de recursos assistenciais nesta área.

Karsch (2003), em sua pesquisa sobre idosos dependentes, familiares cuidadores, afirma também que pessoas idosas estão cuidando de idosos. Tais condições físicas desses cuidadores levaram a inferir que os cuidadores são doentes em potencial e que sua capacidade funcional está constantemente em risco.

Em estudo recente e ainda não publicado, Silva, Marques e Bruno (2005) identificaram o risco para a Síndrome de Bornout, ou estresse crônico, em cuidadores de idoso, onde as análises do Maslach Burnout Inventory (MBI) sugerem indícios da síndrome superiores aos encontrados em profissionais de saúde nos aspectos “cansaço emocional” e “despersonalização”. No aspecto “realização no trabalho” o escore foi satisfatório, indicando que a relação idoso - cuidador familiar pode ser fator favorável para a não ocorrência da síndrome pelos aspectos culturais e afetivos envolvidos.

Os profissionais da ESF reconheceram que o cuidador é um cliente que necessita de cuidados. Estes zelam pelo cuidador como integrante da família. Os pressuposto do Saúde da Família é a assistência integral ao núcleo familiar. Para os profissionais do *Home Care* o cuidador não é foco da assistência de enfermagem, por não ter sido internado na instituição, portanto, não consta no prontuário de visitas apenas o doente, em virtude do idoso está acometido de alguma doença, ter sido internado na instituição e ser encaminhado para internação domiciliar. Outro motivo para o cuidador não ser incluído no cuidado é o fato do cuidador não ter o plano de saúde, portanto não possui direito ao atendimento pela equipe do *Home Care*.

No DSC são relatados também que o cuidador só é foco quando ele é submetido a uma situação nova. Esta é uma reflexão mais abrangente que necessita ser discutida. Toda esta

discussão nos leva a pensar que o cotidiano do cuidador é radicalmente modificado pela doença da pessoa cuidada. Velhas relações pessoais estão sendo (re)definidas. Novas atividades e relações pessoais e sociais estão sendo introduzidas no seu cotidiano. De certa forma, a doença põe em suspensão a vida cotidiana e se instala uma nova vida do cuidador. Assim, o próprio processo de cuidar pelo cuidador já é uma situação nova. Mas aqui ela é entendida como um fato novo, ou um novo tratamento a ser introduzido para o idoso.

No discurso cuja IC é a falta de tempo para assistência ao cuidador, os profissionais do *Home Care* e PAD têm uma produtividade a ser cumprida, com número de pacientes para ser visitado. Referem que é dada uma lista todas as manhãs com o número de idosos a ser visitados. Isto limita o tempo para cuidar do cuidador, só com relação aos cuidados com o paciente, principalmente em situações novas em que o paciente vai ser submetido como: sonda nasogástrica, cateterismo, ostomias, oxigênio e outros procedimentos em que o cuidador necessita de orientações.

Percebemos no discurso do PAD1 que a assistência prestada ao cuidador é diferente dos demais profissionais. Para o PAD1 *“o cuidador é visto holisticamente, pois considera importante o bem estar do cuidador em virtude dele cuidar do doente assistido por ele”*. Para o PAD2 *o importante é o cuidador está capacitado e aceitar cuidar do doente no domicílio*.

Silvestre e Costa Neto (2003), discutem em seu artigo que o retorno ao modelo de cuidados domiciliares, como proposto na política em tela, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos com comprometimento funcional, demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso e depende, essencialmente, do suporte informal e familiar, constituindo-se num dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deva deixar de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar.

Portanto, diante da necessidade de construir modelos alternativos de cuidados, consideramos importante oferecer suporte para os cuidadores informais dos idosos, especialmente os familiares. Sugerimos aos gestores estaduais e municipais a assumirem um compromisso de inclusão desses cuidadores que carinhosamente chamo de “clientes parceiros

da enfermagem” para que possam ser acompanhados e assistidos pelas equipes do PAD e ESF monitorando, acompanhado e dando um suporte técnico (incentivando os profissionais a criação de grupos de cuidadores nos Centros de Saúde da Família).

Contudo, para que tudo isso aconteça, os profissionais necessitam de capacitação como foi referenciado em seus discursos. Embasados na portaria nº 2.529/2006 que institui a internação domiciliar no âmbito do sistema Único de Saúde; o cuidador é considerado um ator relevante na assistência domiciliar. (BRASIL,2006)

Ainda segundo esta portaria, para a implantação da modalidade assistencial do cuidado domiciliar faz-se necessário desenvolver padrões de equipamentos e insumos, que devem estar disponíveis, bem como consentir diretrizes assistenciais e protocolos terapêuticos bem firmados o para a garantia da segurança operacional que seja efetiva para a defesa da vida.

Destacamos o fato de que o cuidador não deva ser considerado apenas um instrumento de cuidados como foi citado neste discurso

Ouvindo vocês falarem [...] eu ainda não consegui discernir onde é que a enfermagem entraria em termos de competência para cuidar desse cuidador,[...] porque exige realmente um preparo todo diferenciado para que você chegue e o aborde. (HC1)

Mediante tais informações, faz-se necessário que na estrutura dos serviços públicos de saúde, se inclua um guia de apoio aos cuidadores, considerando a produção de conhecimento sobre as atividades desenvolvidas cotidianamente por eles, suprimindo, assim, grande parte de suas necessidades.

Quando abordamos o tipo de assistência que era dada ao cuidador pelos enfermeiros entrevistados, percebemos que estes tiveram dificuldades em responder por não haver esta preocupação, considerando que o cuidador não estar no foco da assistência domiciliar. “Só quando fazem queixas”.

Para os enfermeiros da ESF, quando há queixas por parte do cuidador, estes são encaminhados para unidade de saúde; assim facilitarão o atendimento do cuidador, até porque

a maioria dos atendimentos são realizados por eles. Citaremos algumas ações que foram referidos por eles: coleta citológica, planejamento familiar, oftalmologista, solicitação de exames e marcação de consulta para outros profissionais.

Mesmo tendo a iniciativa de fazer encaminhamentos dos cuidadores, os enfermeiros da ESF, em seus discursos referiram “não ter tempo” para cuidar dos cuidadores. Quando realizam a visita domiciliar sozinhos os mesmos relatam que prestam uma assistência melhor, pois tem mais tempo para escuta qualitativa e orientações ao cuidador sobre os problemas relacionados a ele e ao idoso dependente.

Mas, quando a VD é realizada com o médico torna-se mais difícil, em virtude do número de visitas que a equipe tem que fazer. O cuidador não está na lista de visitas de idosos acamados. “Quando o cuidador é idoso fica mais fácil convencer o médico de atendê-lo, mas quando ele é jovem, o médico pede que vá marcar uma consulta no posto”. (SF2)

Com relação à IC “não temos tempo de cuidar” Duarte (2001) nos fala que para qualquer tipo de orientação torna-se necessária a inicialmente a adequada avaliação do idoso e a identificação de suas reais necessidades, o que deve ser realizado pela coleta do histórico do mesmo, seguida de exame físico. Para o histórico devem ser disponibilizados tempo e local adequado, no mínimo 30 minutos.

O discurso dos enfermeiros do *Home Care* refere que o cuidado realizado com os cuidadores “é a aplicação da vacina da gripe durante a campanha nacional da vacina da gripe ao idoso e quando ele pede é aferida a pressão arterial”. Quando se queixam de algum tipo de doença orientam para que ele procure um médico, sem referência ou encaminhamento.

Com os profissionais do PAD a assistência é diferenciada. No discurso do PAD 1 quando o cuidador está doente, necessitando de cuidados a equipe pede que ele procure um posto de saúde próximo à sua casa. Da mesma forma, apenas como orientação, sem uma intervenção direta fora do tempo da visita.

Ao contrário do discurso destacado anteriormente, o PAD 2 considera a assistência ao cuidador muito importante, pois refere que o atendimento é igual ao atendimento do idoso. O médico da equipe atende o cuidador com consulta agendada, assim é

percebido a presença de doença física ou psicológica (ou quando ele refere suas queixas). Logo após são realizados encaminhamentos e todas as solicitações de exames são realizadas na própria instituição.

O cuidador tem acesso à instituição através de vias de telefone da instituição e dos profissionais que fazem parte da equipe. Comunicam-se inclusive em finais de semana, mesmo que os profissionais não estejam na instituição.

Segundo relato dos enfermeiros do PAD, a assistente social de plantão se responsabiliza e toma providências cabíveis para assistência ao idoso e cuidador.

Com relação o DSC na “busca de opções focadas no cuidado ao cuidador”, foram citados por dois profissionais do ESF, que em suas unidades básicas, havia grupos de cuidadores considerados relevantes, pois quando percebiam-nos com dificuldades na sobrecarga de cuidar, encaminhavam-os para participar do grupo. Considerou importante por ouvir muitas queixas dos cuidadores durante a reunião. Havia interação dos participantes, troca de experiências e o mais importante era que a partir daquelas reuniões quando havia alguns dos participantes necessitando de algum tipo de assistência, a coordenadora do grupo encaminhava para os profissionais da unidade resolverem seu problema.

Ainda falando da ESF em outro discurso foi referido que

Em sua unidade havia um grupo de cuidadores. Os profissionais foram orientados sobre o cuidado com o cuidador, durante as reuniões sistemáticas na unidade de saúde. Durante as reuniões de cuidadores falavam de suas experiências e às vezes até choravam. Os Agentes de Saúde eram conhecedores da importância do cuidador ACS..(SF5)

No discurso dos profissionais do *Home Care*, que fazem parte de uma instituição hospitalar privada, afirmam realizar cursos para cuidadores formais e promover reuniões sistemáticas para os cuidadores informais, mas na perspectiva de este ser um instrumento para o cuidado domiciliar ao idoso dependente.

Nos programas de assistência domiciliar, apenas o PAD 2 desenvolve atividades recreativas através de encontros com cuidadores, priorizando as questões voltadas para educação/saúde auto-estima, oficinas de artesanato, para que o cuidador possa desenvolver

suas habilidades manuais, e também terapia anti- estresse. Reuniões semestrais com cuidadores e familiares para troca de experiências entre eles, partilha, sentimentos, emoções e vivências. *“tudo isso favorece o crescimento do ser humano”*. PAD2

No mesmo discurso a enfermeira refere que no serviço há um médico para atendimento clínico ao cuidador. Encaminham também para receber apoio psicológico, quando necessário (NAME, CAPS e outros), pois não há psicólogo na equipe. Enfim, procuram dar assistência e orientação sempre para que o cuidador sinta-se importante no seu papel. Ele está contribuindo para o bem estar de alguém e o seu próprio, pois é isso que a maioria deixa transparecer. PAD2

Quando abordamos a problemática da formação para o cuidado do idoso dependente, os profissionais confirmaram não terem sido formalmente capacitados para cuidar do idoso e do cuidador.

Os profissionais da ESF referiram que há uma necessidade maior em cursos de capacitação em virtude das famílias serem de classe social desfavorecida e da sobrecarga de trabalho ser maior, os problemas sociais e financeiros tornarem-se um agravo para as famílias residentes na periferia do município de Fortaleza.

Consideram um assunto pouco discutido e ainda muito novo no meio da ESF, pois confirmam que nunca foram capacitados e acompanhados no atendimento a esses clientes idoso/cuidadores. Aprenderam na prática, mas há necessidade de uma discussão mais aprofundada deste assunto.

Consideram-se capazes de cuidar, mas falta embasamento teórico. Na graduação nunca este assunto sobre o cuidador foi abordado. Com relação ao idoso, a formação é baseada nas patologias prevalentes para esta faixa etária. A VD é um assunto pouco abordado ao longo da graduação, tornando-se assim sem muita relevância.

Busso e Angelo (2001) referem que o processo de cuidar da família pode ser entendido como uma metodologia de ação baseada em um referencial teórico, isto é, o enfermeiro tem de ser competente em acessar e intervir com as famílias num relacionamento cooperativo – profissional/família, tendo como base uma fundamentação. Para tanto, deve aliar os conhecimentos científico e tecnológico às habilidades de observação, comunicação e intuição.

Quando os profissionais estão na graduação recebem a cartilha da gestante, cartão do pré-natal, cartão da criança, ficha de avaliação do estado nutricional da criança, consenso de diabetes e hipertensão arterial, pois existe um programa para estas duas patologias, manual de tuberculose e hanseníase. Para tanto os alunos da graduação se sentem preparados cientificamente para trabalhar nestas áreas temáticas que são abordadas durante as aulas e reforçadas nas práticas das disciplinas e estágios.

Portanto, quando o profissional inicia sua carreira profissional, e faz a opção por trabalhar na atenção primária de saúde, a importância só é visível nas ações que são direcionadas aos programas instituídos pelo MS.

Hoje no município de Fortaleza existe uma coordenação da saúde do idoso, que foi implantada em 2003. Nesta gestão os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde estão mais comprometidos e preocupados em cuidar melhor desta população idosa.

Em 2005 aconteceram dois fóruns sobre a temática do idoso em duas regionais no município de Fortaleza, foram convidados profissionais da ESF e profissionais que tinham interesse em trabalhar nesta área. No mesmo ano, foi implantada a Roda do idoso, para a qual foram convidados um representante de cada regional, representante do Conselho Municipal de Saúde, representantes de instituições que trabalham com idosos e técnicos da Célula da Atenção Básica.

Foi criado um instrumento de avaliação das Unidades de Saúde com a finalidade de reconhecer os espaços físicos das unidades de saúde. Inspeccionaram se havia instalações adequadas para receber o idoso, identificaram os profissionais capacitados para cuidar do idoso (profissionais que tinham vontade de trabalhar com idosos e interesse em capacitação). Essas foram preocupações do grupo.

Em 2006 aconteceram em Fortaleza o Congresso de Psicogeriatrics e Psicogerontologia e Congresso Norte- Nordeste de Geriatrics e Gerontologia. A Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou algumas inscrições para os profissionais da ESF, ampliando acesso à temática do idoso.

Na Secretaria Estadual de Saúde do Estado, foi implantado o Núcleo de Normatização da atenção à Saúde do Adulto e Idoso. Em 2001 e 2002 foram realizados 33 cursos de atenção à saúde do idoso para profissionais da Atenção Básica. Foi criado um curso

de especialização em Geriatria e Gerontologia em parceria com a Escola de Saúde Pública; implantação do Centro de Atenção ao Idoso no Hospital Universitário Walter Cantídio e Fórum Estadual da Atenção à Saúde do Idoso.

Percebemos que o Ceará está vivenciando mudanças significativas na atenção ao idoso, promovendo o desenvolvimento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde do idoso em consonância com as Políticas de Saúde do Idoso. Para tanto, teremos que avançar em nossas ações em virtude do Pacto pela Saúde, no qual o idoso passa a ser prioridade nas ações pactuadas com os Estados e Municípios.

O conteúdo dos discursos não deixa dúvidas de que há necessidade de potencializar as ações de enfermagem embasadas em conhecimentos científicos. A existência do conhecimento prévio dos enfermeiros que participaram da pesquisa tornou-se evidente, contudo realizam as ações, mas não se apropriam do cuidado com o cuidador.

Porém, percebemos que os profissionais tiveram dificuldade em falar sobre o assunto abordado, pelo fato do cuidador não fazer parte das estratégias de trabalho suas metas na assistência de enfermagem. O cuidador como foi referido no DSC “*não é foco da atenção*” situação complexa em virtude desses profissionais falarem de pessoas e ações que não estão como prioridade, ou seja, não fazem parte da sua rotina de “trabalho”. São consideradas como um “*apêndice da enfermagem*”. Fazem parte do processo de enfermagem como se fosse um instrumento para o cuidado, assim como, uma pinça, aparelho de pressão, um colchão d’água ou seja, é uma tecnologia da assistência de enfermagem.

Outro ponto evidenciado nesta discussão, foi que a Política Estadual e Municipal do idoso tem tentado potencializar a Política Nacional do Idoso (PNI) garantindo à assistência a este.

A assistência ao cuidador inexistente de formas sistematizada, necessitando ainda ser contagiada pelos gestores, gerentes e profissionais. Precisamos também trabalhar na formação de profissionais para que possamos operacionalizar ações direcionadas ao cuidador na assistência domiciliar, seja durante a internação domiciliar, seja nas visitas domiciliares dos profissionais do PAD e ESF.

Essa formação de práticas/saberes, entretanto, precisa ser analisada e discutida conforme a realidade do município e a vontade política dos gestores e gerentes em realizar

capacitação para todos os profissionais do estado do Ceará que trabalhem com assistência domiciliar através de educação permanente, tendo em vista a melhoria de qualidade de vida dos idosos e cuidadores através da ampliação do acesso às ações de promoção e controle das patologias que os idosos e cuidadores necessitam.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em uma visão prospectiva, visualiza-se como é imprescindível considerar as políticas governamentais de saúde do idoso, tendo em vista a necessidade de regulamentar e institucionalizar as ações de enfermagem no cuidado ao mesmo, e ao cuidador durante a Assistência Domiciliar.

Tais estratégias estão dentro das ações previstas para a saúde do idoso no Pacto pela Saúde, firmado neste ano entre o Ministério da Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais. O pacto é um consenso entre os três entes federalizados de diretrizes, metas e ações para a saúde no Brasil. Percebemos nos discursos que só um profissional demonstrou ter conhecimento sobre as políticas públicas do idoso. Este mesmo citou o Pacto pela Saúde, isso porque ainda não foi objeto de discussão nos espaços institucionais de cuidado ao idoso.

Na busca de referencial teórico sobre competência e habilidades de enfermagem no cuidado do idoso e cuidador, encontramos atribuições de enfermagem ao idoso em algumas situações tais como: demências, UTI, internação domiciliar, seqüelas de AVC e outros. Para tanto, o que encontramos nas literaturas são guias de cuidadores e artigos em revistas sobre Programa de apoio a cuidadores.

Algumas publicações já expressão esta preocupação, onde é referenciado o idoso no Programa de Saúde da Família, a exemplo de Silvestre e Costa Neto (2003). Os autores falam que o cuidado comunitário do idoso deve basear-se especialmente na família e na atenção básica de saúde, em especial daquelas sob a estratégia de saúde da família que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde.

Em seu artigo, os autores falam das competências e habilidades do enfermeiro da atenção básica no cuidado com idoso na assistência domiciliar. Tais atribuições estão na literatura, porém, os profissionais que estão na ativa não têm acesso a esses documentos por ainda não estar regulamentados na estratégia de saúde da família.

Os profissionais da ESF trabalham realizando visitas domiciliares numa visão bem subjetiva. Embora utilizem uma tecnologia adequada, o conteúdo das visitas não é avaliado, em virtude de a cobrança ser no número de visitas realizadas no SIAB, e não na qualidade.

Nos outros serviços de atendimento domiciliar há uma cobrança neste conteúdo, a exemplo do que são feitos no PAD e Home Care.

Para os profissionais que trabalham em Home Care, o Conselho Federal de Enfermagem instituiu as suas atribuições na assistência domiciliar. Define-se por "ENFERMAGEM EM DOMICÍLIO-HOME CARE" a prestação de serviços de saúde ao cliente, família e grupos sociais em domicílio, e de acordo com a resolução COFEN nº 256 de 12 de julho de 2001, esta modalidade assistencial exprime significativamente a autonomia e o caráter liberal do profissional Enfermeiro.

Os profissionais que trabalham em Home Care, em suas falas, não tinham dúvidas com relação às suas atribuições ao idoso dependente. Referiram que aprenderam fazendo e não houve um treinamento para tais procedimentos, mas que gostariam de ser mais capacitados. O serviço do Home Care tem um papel completamente diferenciado do trabalho da ESF, até mesmo do PAD, por ser um serviço privado onde o acesso ao mesmo é restrito a pessoas que têm plano de saúde.

Apenas um profissional que atua em um PAD específico, o cuidador, é importante em todo o processo de assistência ao idoso dependente. O paciente só é atendido pelo PAD se o cuidador aceitar cuidar do doente no domicílio. Existe todo um aparato da equipe para que ele aceite esta condição de cuidar. Logo após a aceitação, a enfermeira inicia as orientações relacionadas ao cuidado com o idoso. O cuidador é visto como realizador de funções de enfermagem, portanto, a atenção dada é a respeito das orientações que foram cedidas com relação ao cuidado ao doente, O treinamento nunca é feito com foco nas necessidades pessoais do cuidador. Mas cabe aqui destacar que estes procedimentos relativos ao cuidador é uma especificidade de um profissional, não se constituindo política do sistema de atenção domiciliar. A visão predominante é do cuidador como tecnologia de atenção ao idoso.

Para os demais profissionais do PAD, Home Care e ESF que participaram da entrevista, as necessidades do cuidador só se tornam importantes quando se relacionam com a necessidade do doente. O cuidador só é visto quando se queixa de alguma coisa. Nesta situação, ele é encaminhado para um posto de saúde. Não só em Home Care, mas no PAD também, foi citado que quando o cuidador está doente, ele não é atendido pelo profissional médico da equipe, alegando que o mesmo não consta no prontuário de visita do PAD.

Para os profissionais da ESF, de acordo com a queixa, os cuidadores são encaminhados facilitando, assim, o acesso aos serviços de saúde. São encaminhamentos para coleta citológica, solicitação de exames, encaminhamento para oftalmologista ou um agendamento para o médico.

Os profissionais da ESF referem que quando realizam visitas sozinhas, têm mais condições de uma visita mais detalhada, quando também procuram escutar o cuidador.

Como competências e habilidades os profissionais enfermeiros, além de relatarem os cuidados específicos com os idosos, dependendo do seu quadro clínico, estão orientando e treinando os cuidadores como se fosse uma tecnologia dos cuidados de enfermagem. Considera o cuidador uma pessoa que necessita de cuidados, já que precisa estar bem para cuidar melhor de seu familiar.

Uma das competências citadas pelos profissionais foi interagir bem com a família, ter uma visão holística dos problemas orientando sempre quando for necessário.

As dificuldades em assimilar os termos competência e habilidade no cuidado ao cuidador não foram por desconhecimento dos termos ou por não realizar ou prestar cuidados de enfermagem no domicílio, mas pelo fato de não reconhecerem o cuidador como foco de sua assistência e nunca terem sido monitoradas ou acompanhadas neste aspecto.

No início da entrevista era como se estivéssemos falando de uma ação nunca desenvolvida por eles. Com algum tempo de entrevista, foi dito por uma das pesquisadas que era uma coisa nova, jamais comentada nem na graduação e nem no trabalho.

Falar sobre competências e habilidades foi uma abordagem inédita para os profissionais que trabalham no Home Care e PAD. Em virtude das preocupações serem sempre voltadas para o cliente/idoso e não para a díade que considero inseparável no cuidado de enfermagem idoso/cuidador.

Há necessidade de serviços institucionalizados, normatizados e da criação de instrumento de cuidados para Assistência Domiciliar nas instituições públicas. Iniciando pela ESF, que trabalhará em concomitância com os PAD das instituições hospitalares das redes públicas municipais e estaduais.

Busca-se opções focadas no cuidado ao cuidador. Os profissionais não se sentem se preparados. Dizem-se capazes, mas necessitam de mais aprendizado através de cursos, oficinas e seminários para uma assistência de qualidade.

Por que não pensar em capacitar os enfermeiros que trabalham no atendimento domiciliar a idosos, com formação *Lato Sensu* em Assistência Domiciliar, utilizando a estrutura das universidades e dos pólos de capacitação municipalizados no Estado do Ceará e pela Secretaria de Saúde do Município?. A partir desta formação, criar uma infra-estrutura para viabilizar o cuidado integral ao idoso dependente que inclui o cuidador deste. Pelo que podemos inferir, há esta demanda e os profissionais estão cientes da sua responsabilidade em construir um novo campo de saber e de desenvolver competências que serão dadas às mudanças no perfil demográfico da população.

REFERÊNCIAS

- ANGELO, M.; BOUSSO, S. R. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, DF, 2001. n. 14-17.
- ALVAREZ, Â. M. **Tendo que cuidar**: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. 2001. 183 p. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- BAURER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BOCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir- a- ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC) uma análise do conhecimento. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 115-121, jan./fev. 2004.
- BRASIL. Congresso. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Congresso. Senado. Parecer nº 1.301 de 2003. Redação final do Projeto de Lei da Câmara nº 57, de 2003. Brasília, DF, 2003a. 28 p. Disponível em: <<http://www.indaiaatuba.sp.gov.br/sesau/devisa/estatutoidoso.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2007.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2001. Seção 1E, p. 131.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan.1996.
- _____. Portaria GM nº 2.413, de 23 de março de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 mar. 1998.
- _____. Portaria GM nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 1999.
- _____. Portaria GM nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 out. 2006.
- _____. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, DF, 2001. 128 p.
- _____. Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2002a.
- _____. **Relatório nacional sobre envelhecimento populacional**. Brasília, DF, 2002b.

_____. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, DF, 2003b. 50 p. (Série/Coleção).

_____. **Pacto pela Saúde amplia autonomia de gestores:** mudanças definem responsabilidades e cooperação entre união, estados e municípios. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24539>. Acesso em: 11 dez. 2006.

CALDAS, C. P. Contribuindo para construção da rede de cuidadores trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, 2002.

CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de enfermagem:** aplicação à prática clínica. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 288/2004. Dispõe sobre ações relativas ao atendimento de idosos e outros. Rio de Janeiro, 2004.

_____. Resolução COFEN nº 267/2001. Dispõe sobre as atividades da Enfermagem em Domicílio – Home care. Rio de Janeiro, 2001.

DUARTE, Y. A. O. **Guia prático do programa de saúde da família.** Brasília, DF, 2001.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. **Atendimento domiciliário:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

ESPINO, D. V. Maus-tratos ao idoso. In: RAKEL, R. E. **Tratado de medicina de família.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 60-61.

GATZ, M.; BENGTSON, V. L.; BLUM, M. G. Caregiving families. In: BIRREN, J. E.; SHAIE, K. W. (Ed.). **Handbook of the psychology of aging.** 3rd ed. San Diego, CA: Academic Press, 1991. p. 405-426.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002. p. 41.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S. M. A. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 9, p. 102-110.

KARSCH, M. U. Idosos dependentes: famílias cuidadoras. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2005

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo:** uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2000.

LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87

MAZZA, M. M. P. R. **Cuidar em família**: análise da representação social da relação cuidador familiar com o idoso. 2002. 103 p. Dissertação(Mestrado)-Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MAZZA, M. M. P. R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 4, n. 2, p. 60-68, jul./dez. 1994. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 15 abr. 2006.

MENDES, P. B. M. T. **Cuidadores**: heróis anônimos do cotidiano. 1995. 195 f. Dissertação (Mestrado)–Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

MORAES, G. L. A. **O cuidador domiciliar do idoso dependente**: perfil do cuidador e seu vínculo com idoso dependente da área de abrangência do bairro do Pirambú, Fortaleza-CE. 2002. 36 f. Monografia (Especialização)–Universidade Estadual Vale do Acaraú, Fortaleza, 2002.

MOTTA, L. B. da. **Treinamento interdisciplinar em saúde do idoso**: um modelo de programa adequado às especificidades do envelhecimento. Rio de Janeiro: UnATI;UERJ, 2005.119 p. (Série Livros Eletrônicos. Programas de Atenção à Idosos).

NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas, SP: Atúnea, 2002. 201 p.

OLIVEIRA, M.; FREITAS, H. Focus group, pesquisa qualitativa: resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planejamento. **RAUSP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 83-91, jul./set. 1998.

OLIVEIRA, N. E. **Pancada de amor não dói e provoca adoecimento**: o experienciar da violência física em mulheres. 2004. 230 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: um projeto de saúde pública. In: ENCONTRO MUNDIAL DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE ENVELHECIMENTO, 2., 2002, Madrid. **Anais...** Madrid, 2002.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZALES, R. M. B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **Int. J. Qualitative Methods**, v. 1, n. 2, spring 2002. Disponível em:<<http://www.ualberta.ca/~ijqm>>. Acesso em: 27 fev. 2007.

SIMIONI, A.; LEFÈVRE, F.; PEREIRA, I. B. **Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva**: considerações teóricas e instrumentais. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 1997 .

SILVA, M. J.; MARQUES, M. B.; BRUNO, C. T. S. **Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em cuidadores de idosos**. Fortaleza: [s.n.], 2005. 15 p.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. da. Abordagem do idoso em programas de Saúde da Família. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, jun. 2003.

SOUSA, L. S. A entrevista, o imaginário e a intuição. In: GAUTIER, J. H. M.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I.; TAVARES, C. M. **Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 30-50.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 207-213, abr. 2001. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em: 4 abr. 2006

ZARIT, S. H. Interventions with family caregivers. In: ZARIT, S. H.; KNIGHT, B. G. (Ed.). **A guide to psychotherapy and aging**. Washington, DC: American Psychological Association, 1997. p. 139-159.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ENTREVISTA

ENTREVISTA

1. Idade_____
2. Sexo_____
3. Especialização?_____Quais?_____
4. Há quanto tempo trabalha na assistência domiciliar ao idoso dependente?

5. Quais as competências e habilidades utilizadas na assistência ao idoso e ao cuidador durante a visita domiciliar?

6. Em quais situações o cuidador é foco da sua atenção para o cuidado/ assistência?

7. Que tipo de assistência?

8. Você se acha preparado para cuidar dos cuidadores ou necessita de cursos para uma assistência de qualidade?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) Sr (a):

Eu, Gerídice Lorna Andrade de Moraes, RG. nº279750-81, C.P.F.: nº211630573/04, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará –UFC, responsável pelo Projeto de Pesquisa: “**Análise do Desempenho do Enfermeiro em Relação ao Idoso e seu Cuidador no Domicílio**”, que deverá ser efetuado com enfermeiros que prestem assistência domiciliária a idosos dependentes em Fortaleza que aceitarem participar desta pesquisa.

Convido-lhe a participar do estudo que tem como objetivo: conhecer as competências e habilidades desenvolvidas pelo enfermeiro no atendimento ao idoso dependente e seu cuidador familiar no domicílio.

Neste sentido, solicito sua colaboração na participação do grupo focal. Os dados obtidos serão apresentados e divulgados junto à comunidade acadêmica e científica, respeitando o caráter confidencial da identidade. Pretendemos com essa pesquisa realizar um estudo que possa ser somado aos resultados de trabalhos que enfoquem a mesma temática, podendo constituir base para implementação de medidas preventivas relacionadas às necessidades observadas.

Informo ainda, que:

- Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar;
- Garanto-lhe o anonimato. Não divulgarei seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo;
- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar sua participação;
- Suas falas serão gravadas;
- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico e para a melhoria da assistência de Enfermagem;
- Não haverá nenhum ônus para você;

Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, telefone: 3309-8457. O telefone do Comitê de Ética também poderá ser utilizado para esclarecimentos (3366 8338)

- Em face a estes motivos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Atenciosamente,

Pesquisador

Eu, _____ RG nº _____,
declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos, concordo em participar da pesquisa e declaro que não me oponho do questionário.

Fortaleza, ___ de _____ de 2006

Participante do Estudo

Pessoa que obteve o termo

Testemunha