



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE

JULIANA DA SILVA VANDERLEI

**O CUIDADO APLICADO A QUEM CUIDA: Condição de saúde e formação dos
acompanhantes cuidadores dos pacientes de internação domiciliar na Atenção Primária
à Saúde de Gurupi-TO.**

PALMAS/TO
2024

JULIANA DA SILVA VANDERLEI

O CUIDADO APLICADO A QUEM CUIDA: Condição de saúde e formação dos acompanhantes cuidadores dos pacientes de internação domiciliar na Atenção Primária à Saúde de Gurupi-TO.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, etapa de defesa para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Neilton Araujo de Oliveira.

PALMAS/TO
2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Sistema
de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

D229c Vanderlei, Juliana da Silva.

O cuidado aplicado a quem cuida: condição de saúde e formação dos
acompanhantes cuidadores dos pacientes de internação domiciliar na Atenção
Primária à Saúde de Gurupi-TO. / Juliana Da Silva Vanderlei. – Palmas, TO, 2024.
47 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional
em Ciências da Saúde, 2024.

Orientador: Neilton Araujo de Oliveira.

1. Acompanhante cuidador. 2. Domicílio. 3. Unidade de Saúde da Família.
4. Sobrecarga. I. Título

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou
por qualquer meio deste documento é autorizada desde que citada a fonte. A violação dos direitos
do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

JULIANA DA SILVA VANDERLEI

O CUIDADO APLICADO A QUEM CUIDA: Condição de saúde e formação dos acompanhantes cuidadores dos pacientes de internação domiciliar na Atenção Primária à Saúde de Gurupi-TO.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, etapa de defesa para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Data de aprovação: 13 / 08 / 2024

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Neilton Araujo de Oliveira, UFT

Prof. Dra. Renata Andrade de Medeiros Moreira, UFT

Prof. Dra. Edilma Fiel Barbosa, UNITOP

Prof. Dr. Gildemberg da Cunha Silva, IFTO

PALMAS/TO, 2024

RESUMO

A internação domiciliar é uma forma de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar a condição de saúde e formação dos acompanhantes cuidadores dos pacientes de internação domiciliar da Atenção Primária em Saúde (APS) no município de Gurupi-Tocantins. É um estudo do tipo quantitativo, transversal e descritivo, com coleta de dados entre março a julho de 2023, abrangeu 36 acompanhantes que não conseguem se deslocar à Unidade de Saúde da Família (USF) para atendimento. Utilizou-se um questionário, para avaliar o perfil sociodemográfico, a sobrecarga e a formação dos cuidadores. Após coletados os dados, foi elaborada uma planilha eletrônica para armazenamento dos dados no software Microsoft Excel e para representação descritiva tabelas e gráficos, utilizando o Software Microsoft Word. Dentre os resultados, viu-se que a maioria são mulheres (58,3%), de cor negra (86%), com baixo grau de escolaridade (91,6%), renda mensal de até 2 salários mínimos (88,3%), possuem algum grau de parentesco com o paciente (86%), sendo o que mais prevalece são os filhos (47,2%), dedicam-se até 24 horas diárias ao paciente (58,2%), tem dedicação nesta função há mais de 5 anos (33,3%) e, não tem qualquer capacitação ou treinamento para desempenhar tal atividade (100%). A dedicação desse acompanhante cuidador, em sua maioria é em tempo integral (58,2%), o que dificulta o autocuidado e o tempo para fazer outras coisas pessoais, tornando-se uma função exaustiva e estressante e produzindo um perfil de adoecimento. Com isso, demonstra-se ser necessário aprimorar um programa para auxiliar o cuidador em suas atividades. Os resultados possibilitaram o avanço no entendimento da função do cuidador para a saúde coletiva e quanto as práticas de saúde relacionadas aos acompanhantes de pacientes de internação domiciliar em Gurupi – TO.

Palavras-chaves: Acompanhante cuidador; Domicílio; Perfil sociodemográfico; Atenção à Saúde; Unidade de Saúde da Família e Sobrecarga.

SUMMARY

Home hospitalization is a form of health care, substitute or complementary to existing ones, characterized by a set of health promotion, disease prevention and treatment and rehabilitation actions provided at home, with guaranteed continuity of care and integrated into health care networks. The general aim of this research was to analyze the health status and training of the accompanying caregivers of home care patients in Primary Health Care (PHC) in the municipality of Gurupi-Tocantins. It is a quantitative, cross-sectional and descriptive study, with data collected between March and July 2023, covering 36 companions who are unable to travel to the Family Health Unit (USF) for care. A questionnaire was used to assess the sociodemographic profile, burden and training of caregivers. Once the data had been collected, an electronic spreadsheet was created to store the data using Microsoft Excel software and tables and graphs were used for descriptive representation using Microsoft Word software. The results showed that the majority are women (58.3%), black (86%), with a low level of education (91.6%), a monthly income of up to 2 minimum wages (88.3%), have some degree of kinship with the patient (86%), the most prevalent of which are children (47.2%), dedicate up to 24 hours a day to the patient (58.2%), have been dedicated to this role for more than 5 years (33.3%) and have no training to carry out this activity (100%). Most of these caregivers work full time (58.2%), which makes self-care and time to do other personal things difficult, making it an exhausting and stressful job and producing a profile of illness. This shows that it is necessary to improve a program to help caregivers with their activities. The results made it possible to advance in the understanding of the role of the caregiver for collective health and health practices related to companions of home care patients in Gurupi - TO.

Keywords: Accompanying caregiver; Household; Sociodemographic profile; Health care; Family Health Unit and Overload.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Cartilha: “CUIDANDO do Cuidador do Paciente de Internação Domiciliar” dos Acompanhantes Cuidadores de pacientes em atendimento domiciliar atendidos pela Atenção Primária em Saúde de Gurupi, 2023	34
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil Sociodemográficos dos Acompanhantes Cuidadores de pacientes em atendimento domiciliar atendidos pela Atenção Primária em Saúde de Gurupi, 2023	26
Tabela 2 - Tempo de Dedicção Diária e em Anos dos Acompanhantes Cuidadores de pacientes em atendimento domiciliar atendidos pela Atenção Primária em Saúde de Gurupi, 2023.....	28
Tabela 3 – Percentual de respostas dos cuidadores de pacientes em atenção domiciliar de Gurupi – TO, sobre a avaliação de sobrecarga de cuidadores de acordo com a Escala de Zarit, 2023	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária à Saúde
BR-153	Rodovia Belém Brasília
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CF	Constituição Federal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Tocantins
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UNIRG	Universidade de Gurupi
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	13
2.2. ATENÇÃO DOMICILIAR	16
2.3. CONTEXTOS SOCIAIS E DEMOGRÁFICOS DOS CUIDADORES	17
2.4. MODELOS E SUPORTES DIRECIONADOS A CUIDAR DE QUEM ESTÁ CUIDANDO	19
3. OBJETIVOS	21
3.1. Objetivo Geral	21
3.2. Objetivos Específicos.....	21
4. METODOLOGIA	21
4.1. Delineamento do estudo, local e população.....	22
4.2. Coleta de dados.....	23
4.3. Análise dos dados	24
4.4. Aspectos éticos	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6. CONCLUSÃO	36
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE A - AVALIAÇÃO SOCIOECONOMICO E SOBRECARGA DOS CUIDADORES ESCALA DE ZARIT	45
APÊNDICE B – TCLE	46

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um instrumento importante para o atendimento da população, constituindo a principal porta de entrada do Sistema Único da Saúde (SUS), sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) sua principal expressão e um suporte que auxilia na efetividade da prevenção de agravos e doenças, da promoção da saúde e dos cuidados básicos, sintonizada com os princípios e diretrizes do SUS e tem como resultado um atendimento de maior qualidade e mais dignidade à população (Brasil, 2024a). Tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades e leva à saúde o mais próximo do lugar onde as pessoas vivem e trabalham.

Uma forma de serviço que está disponível no SUS é a Atenção Domiciliar (AD), que é oferecida de acordo com a necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes, é uma atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações, com garantia da continuidade do cuidado (Brasil, 2024b).

A tarefa de cuidar de alguém geralmente se soma às outras atividades do dia a dia. O responsável fica sobrecarregado, pois muitas vezes assume sozinho responsabilidades, soma-se a isso, ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida. Diante dessa situação é comum passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar. A tensão e o cansaço sentidos, são prejudiciais não só a ele, mas também à família e à própria pessoa doente (Brasil, 2008).

Algumas patologias levam as pessoas às incapacidades físicas, limitando a realização de suas atividades básicas diárias. O diagnóstico, muitas vezes, acontece de forma repentina e inesperada, exigindo mudanças de vida e reorganizações de papéis que levam o paciente e seus familiares a uma readequação organizacional e social dentro da própria família. Esses não estão preparados para essa situação de adoecimento de um ente, o que produz sentimento de impotência, incapacidade, medo, isolamento afetivo e até depressão, por perda de perspectiva de vida (Oliveira, 2010).

As relações entre eles são compostas por uma complexa rede de sentimentos, e uma enfermidade causa desgaste físico e desequilíbrio emocional, como também comprometimento de seu bem-estar e de sua condição financeira, em função do aumento de gastos pelo tratamento e demandas cotidianas e sociais (Mello, 2020).

No estudo de Sartori et al. (2023), os participantes que relataram sintomas psicológicos como ansiedade, medo e não reconhecimento do cuidado prestado tiveram maior queixa de sobrecarga do que aqueles que referiram apenas sintomas físicos derivados da rotina do cuidado

– por exemplo, lombalgias. O envolvimento de outros familiares na alternância do cuidado, no amparo afetivo, na divisão de tarefas e no suporte financeiro demonstrou trazer mais satisfação na realização do cuidar, na liberdade e no tempo para expressar afetos e emoções, por isso a importância do amparo.

São elementos de grande importância na sociedade atual, sendo indispensável à saúde de quem precisa de ajuda na execução de atividades complexas, e mesmo simples, contudo, é susceptível, devido à sobrecarga de trabalho, agravados por, na maioria das vezes, ser um trabalho não remunerado. Em grande medida, esse sujeito abdica do seu autocuidado para ofertar a assistência a quem ele cuida (Sartori, et al., 2023)

É importante ressaltar que, o “cuidador profissional” refere-se àquele que atua prestando cuidados contratados e remunerados a pacientes domiciliares e que, “acompanhante cuidador”, é utilizado para aqueles que desempenham a função por afinidade, familiaridade, sem característica remuneratória ou empregatícia.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), definem sendo uma pessoa membro da família ou não, com ou sem remuneração, que zela do doente idoso ou dependente, no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, rotina de medicação, acompanhar aos serviços médicos e demais requeridos (Brasil, 2006a).

A Portaria nº 825/2016, descreve como uma pessoa, com ou sem vínculo com o usuário, apta para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá estar presente no atendimento domiciliar (Brasil, 2016).

No estudo realizado por, Sartori et al. (2023), observam-se sentimentos de gratidão e de entrega, em que os participantes vivenciam a situação como inerente ao humano, como oportunidade, privilégio e retribuição pelos laços de afeto e/ou vivência anterior, esses não se fundamentam em uma relação de contrato institucional e serviços remunerados, eles se baseiam em uma relação que vai muito além dos códigos de consciência, passando então a uma representação e sensação de afeto.

Tem-se que a maioria são familiares majoritariamente do sexo feminino, filhas e sem vínculo empregatício ou financeiro. É possível notar uma semelhança em outros estudos em relação à sobrecarga do trabalho, sendo esse associado com frequência ao zelo e às condições funcionais e cognitivas do doente. É importante destacar o caráter ímpar deste sujeito, pois este acompanhante trata-se de uma pessoa “escolhida” de modo afetivo e funcional para o auxílio, não apresentando na maioria das vezes um preparo técnico para atuar com cuidados específicos, nem mesmo para manter sua própria saúde.

Em diversas famílias a patologia pode ocasionar graus de dependências em seus pacientes, até incapacidades, que podem ser definidas como deficiências em um órgão ou sistema, em termos de limitação da função ou restrição da atividade. A dependência pode ser definida como uma condição que ocasiona a necessidade do auxílio de outra pessoa para realização de atividades do seu dia a dia (Romero, 2022).

Em uma avaliação, Andrade et. al., (2009), relatam que dados como esses são muito preocupantes, pois causam adoecimento. Para estes autores, é necessário que busque medidas e um protocolo de atendimento, pois a qualidade de vida dos mesmos também afeta diretamente a pessoa que está sendo zelada.

Então, o familiar que oferta proteção sofre com fases de sobrecarga física, emocional e econômica, até porque no geral apresenta despreparo, sendo necessário uma base de treinamento e suporte para assumir as responsabilidades (Caldas, 2004).

O diligente tem que assumir a função de forma repentina, sem qualquer preparo psicológico e técnico. A escolha pode ser realizada por um acordo, pautado muitas vezes na falta de opções, onde um elemento eleito como o ideal, nato, necessário e desejável, mesmo que ele não saiba, fica sem opção de se negar para tal função. Toda essa situação de escolha pode causar muitos conflitos, pois pode comprometer outras funções laborais, causa estresse prolongado, leva à sobrecarga de funções, ignorando suas necessidades e negligenciando seu autocuidado, tendo como consequência doenças e, em alguns casos, até mesmo óbito precoce. Todos esses conflitos podem levar à negligência (Yavo, Campos, 2023).

Portanto, o ato de cuidar é complexo, criando sentimentos diversos e contraditórios, tais como culpa, raiva, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte e de invalidez, exigindo um preparo para lidar com a rotina do doente, assim como uma maior atenção com sua própria saúde (Brasil, 2008). Enfim, um contexto importante, grave e pouco conhecido, o que justifica a análise da atuação do acompanhante cuidador, na busca de conhecer suas condições de saúde e formação, buscando possibilitar o aprimoramento das estratégias de ação da internação domiciliar na APS do SUS.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), bem anterior à criação do SUS no Brasil, teve como consequência a concentração de recursos de forma centralizada no Governo Federal com uma administração e controle financeiro possibilitando uniformização do

recebimento das contribuições previdenciárias e ampliação da cobertura médica, que era assegurada aos trabalhadores segurados, privilegiando o setor privado. O cenário da época promovia assistência médica individual especializada, sendo administrada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e, de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), a formulação das normativas e execução das ações voltadas predominantemente para a prevenção dos agravos e doenças. Prestadores privados se agrupavam em “medicina de grupo”, que visavam convênios e contratos de serviços de saúde para os seus beneficiários (Escorel, 2008).

A partir de um processo evolutivo bastante conturbado e principalmente fruto da luta do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, a criação do SUS representou uma nova maneira de fazer atenção à saúde, baseado no conceito de que saúde não é apenas ausência de doença, mas também promoção de qualidade de vida (Carvalho, 2024).

O Movimento da Reforma Sanitária, a partir da década de 1970, saiu em defesa da reforma do sistema de saúde, buscando uma mudança do modelo biológico para atender os problemas de saúde no contexto histórico-estrutural, que determinava os aspectos socioeconômicos e políticos nas distribuições desiguais das doenças e, baseado nessa teoria, o Estado tem a função de ofertar serviços e promover saúde de forma ampliada e integral (Fleury, 2009).

O marco inicial da criação do SUS foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e oficializado na Constituição Federal (CF) de 1988, que trouxe em seus artigos a saúde como direito de todos e dever do Estado. A partir desse novo paradigma, as ações de saúde se organizaram de forma regionalizada e hierarquizada, segundo um modelo baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, com controle social. O novo modelo de atenção à saúde pressupõe um planejamento, organização e gerenciamento das ações e serviços de saúde, de forma compartilhada e pactuada pelas três esferas de governo, e na compreensão de que as pessoas possuem direitos e devem ser atendidas dentro do conjunto de suas necessidades, cabendo, então, ao serviço de saúde se organizar segundo essas demandas, procurando atendê-las com ações de atenção integral (Brasil, 1988).

Na CF/88, art. 196, sintetiza essa visão ampliada da saúde e as principais características do SUS: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Além do mais, conforme estabelecido nas Leis Orgânicas da Saúde Lei nº 8.080 de 1990 (Brasil, 1990) e Lei nº 8142 de 1990 (Brasil, 1990), estabeleceu-se como competências

do SUS, a Regulação, Regulamentação e Fiscalização dos serviços privados de saúde, ao tempo que prevê, também, a Participação e Controle Social da Saúde.

A Lei 8.080/90 regulamenta os princípios do SUS estabelecidos na CF/1988. No art. 7º. A “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a participação popular” (Brasil, 1990), o que traz a possibilidade de todas as pessoas utilizarem os serviços públicos de saúde, pois a sua disposição precisa ser de modo igualitário para todas as pessoas, dispensando a comprovação de necessidade. A “integralidade da assistência”, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990). Por último, a “descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” (Brasil, 1990).

Ressalta-se que a descentralização foi um dos maiores ganhos do sistema de serviço público de saúde do Brasil, a distribuição nas esferas municipais, estaduais e federal. Possibilita que o atendimento à saúde leve em consideração a característica de cada região, amparando as necessidades específicas das diferentes comunidades.

Dessa forma, o SUS, como sistema de saúde público e universal, coloca o Brasil como uma referência mundial, constituindo um modelo estudado por diversos países, especialmente sua complexidade, suas normativas, sua organização e seus resultados, bem como seus desafios, ainda muitos.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2002) atesta que a saúde pública é um ganho do esforço organizado da sociedade, com destaque para os sistemas públicos e universais da saúde, que trabalham com a integralidade da atenção, buscando a melhoria na promoção, proteção e restauração da saúde das populações, visando alcance coletivo.

Por outro lado, o SUS enfrenta diversos desafios apesar dos grandes avanços; dentre eles, o principal e mais urgente é ampliar e aperfeiçoar os investimentos no sistema. Ainda hoje é investido o dobro de recursos no tratamento de doenças, do que na prevenção delas. Como afirma Mayumi (2023) que as ações de promoção da saúde são importantes para prevenir doenças e promover estilos de vida saudáveis. Elas ajudam a prevenir problemas de saúde, melhorar a qualidade de vida e aumentar a expectativa de vida da população. Além disso, essas atividades são importantes por serem mais baratas e eficazes do que tratamentos para doenças já instaladas.

É importante destacar a essência do aprimoramento do SUS, focado na crescente organização e resolutividade dos serviços de saúde, facilitando acessos, diminuindo custos e

visando a integralidade e a qualidade da atenção à saúde, resultando em melhor qualidade de vida da população e maior desenvolvimento do país.

2.2. ATENÇÃO DOMICILIAR.

A internação domiciliar caracteriza-se por um conjunto de atividades prestadas no domicílio às pessoas clinicamente estáveis que necessitam de cuidados que possam ser realizados em casa, desde que assistidas por equipe exclusiva para este fim (Brasil, 2006b).

De acordo com a Lei 8.080/90, são estabelecidos, no âmbito do SUS, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares, incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família, serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora (Brasil, 1990).

A atenção domiciliar (AD) é a modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção, tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade da assistência. Assim, o Sistema de Atenção Domiciliar (SAD) é o serviço complementar realizados na Unidade de Saúde da Família (USF) e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), o qual é um projeto criado pelo MS denominado Melhor em Casa (Brasil, 2016).

As atividades desenvolvidas compreendem ações educativas e assistenciais, desenvolvidas pela equipe no domicílio do paciente, direcionadas a ele próprio e cuidadores. Além disso, permite diminuir as iatrogenias com a individualização do serviço; desenvolver ações na privacidade e segurança do domicílio do paciente; permitir ao paciente um maior controle na tomada de decisões em intercorrências; garantir insumos mínimos com economia da hotelaria, redução de internações e reinternações, disponibilização de leitos hospitalares e, diminuição de custos de assistência na alta complexidade (Lacerda et al., 2006).

Dessa forma, o cuidado deve ser realizado por equipe multiprofissional e com uma prática integrativa interdisciplinar, o que proporciona um impacto multifatorial no processo saúde-doença. Essa interdisciplinaridade rompe as interfaces disciplinares, tradicionalmente

praticadas e impele aos profissionais a se reconstruírem na prática um com o outro, e fazer transformar a intervenção em saúde no contexto em que estão inseridos (Brasil, 2012).

A Portaria nº 825/2016, dispõem que a prestação da assistência à saúde domiciliar é dividida em três modalidades, sendo que a modalidade AD1, é de responsabilidade equipe de Saúde da Família (eSF), que requer cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, por meio do acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso e devem ser apoiadas pelo SAD, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação (Brasil, 2016).

Assim sendo, destaca-se o papel da eSF, incluindo o enfermeiro, na abordagem e cuidado da pessoa doente e do cuidador. Tais ações abrangem intervenções técnicas e atenção aos aspectos emocionais. Ainda, esclarecer dúvidas e orientar em relação aos cuidados necessários são ações que podem colaborar no enfrentamento do adoecer, tanto à pessoa enferma como ao ser cuidador (Mello et al., 2020).

2.3. CONTEXTOS SOCIAIS E DEMOGRÁFICOS DOS CUIDADORES.

Assumir o papel de cuidador envolve muitas questões, entre elas a obrigação moral, os aspectos culturais e religiosos, a condição de conjugalidade, ausência de outras pessoas para executar a tarefa, sendo na maioria das vezes, a pessoa assume este papel por incumbência e não por opção, por força da transição, falta de estrutura financeira e casos de filho/a desempregado/a que cuida dos pais em troca de sustento (Gonçalves et al., 2006).

Silveira, Caldas e Carneiro (2006), relatam que a compreensão sobre o cuidado envolve uma construção subjetiva, que é passada de geração em geração, criando padrões e mitos em cada sistema familiar, que reforça a ideia de que deve ser por um membro da família. Em sua pesquisa os entrevistados relataram que o cuidado está ligado ao imposto, com obrigações morais da família, como o pai cuidar da mãe, a esposa do esposo, o genro da nora e outros. Tendo ainda o peso da obediência em relação as divindades maiores.

Outro ponto importante a ser analisado é a falta de recursos de ordem financeira, que permita a contratação de profissionais para o ambiente domiciliar, obrigando algum membro da família a realizar de forma informal (Moreira, Caldas, 2007). Ainda, é inegável a necessidade social da rede de apoio e financeiro, mostrando que vivem com pouco salário, o que revela um perfil de alta vulnerabilidade financeira na função, um grave problema social, pois a maioria tem baixa renda e escolaridade e dedicação exclusiva ao ente, afetando sua vida social, emocional e financeira.

O relatório da Oxfam (2020), que embora o panorama social do mundo tenha mudado drasticamente, hoje é impossível imaginar o mercado de trabalho sem a contribuição feminina, sendo criada medidas legislativas para as filhas/esposas que trabalham no mercado de trabalho, o que dificulta para esse grupo assumir os cuidados dos doentes necessitados. O do cuidado não remunerado e mal pago, prestado principalmente por mulheres e meninas em todo o mundo. A pesada e desigual responsabilidade por esse trabalho de cuidado perpetua as desigualdades de gênero e econômica.

Na análise do vínculo entre eles, Gutierrez et.al. (2021) trouxeram algumas classificações importantes na subjetividade das vivências desse grupo de pessoas imprescindíveis, dividindo-os: o primeiro que consegue manter uma perspectiva positiva e ainda aproveitar de sentimento de gratidão pelo familiar a quem assistiu, tratando a missão como algo existencial; e o segundo que experimenta alto nível de estresse, apresentando desgaste pessoal e vivências emocionais negativas, com dinâmicas relacionais e disfuncionais.

Em uma pesquisa, Gutierrez et.al. (2021) resumiram as duas tipologias já conhecidas e identificaram em quatro classes:

□ 1º: inibem suas emoções e sentimentos, em especial a raiva, irritação, perda de paciência e desejos de abandonar a tarefa, quando sentem, costumam experimentar culpa e autocensura.

□ 2º: vivenciam processos de simbiose e dependência emocional, a pessoa começa a girar a sua vida em torno da pessoa doente que cuida, apresentando regressão emocional, tornando-se dependente dos atos frequentes.

□ 3º: renunciam seus projetos de vida pessoais como profissional, e de socialização, essas pessoas evidenciam uma falta de estrutura financeira, social e descuido, a favor daquele ente querido.

□ 4º: encontram um contentamento contínuo, mesmo sendo desgastante, são pessoas que mesmo com todas as dificuldades, os sentimentos de amor, carinho e gratidão predominam tornando a tarefa de cuidar leve e positiva.

Guimarães, Hirata e Sugita (2010), notaram que cuidadores não reconhecem suas atividades como trabalho propriamente dito. Trazem uma discussão, quando sugerem que novas formas de pensar sobre trabalho devem ser desenvolvidas, aumentando a valorização do trabalho.

2.4. MODELOS E SUPORTES DIRECIONADOS A CUIDAR DE QUEM ESTÁ CUIDANDO.

O bom cuidador é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas, isso requer paciência e tempo (Brasil, 2008, p.7).

Cerqueira, Oliveira (2002), demonstraram que ser cuidador de pacientes em internação domiciliar e dependentes podem causar diversos efeitos negativos, impactando com sobrecarga no âmbito físico, psicológico, social e financeiro, evidenciando a necessidade de desenvolver programas públicos de saúde focados na prevenção de doenças físicas, psicológicas e na busca da qualidade de vida.

Em uma análise mais focada aos níveis tencionais do cuidado, foi possível notar que a sobrecarga aumenta com a idade, sendo que alguns fatores contribuem, como não residir no mesmo domicílio do paciente, a sobrecarga de quem cuida de um ente que necessita de cuidado em tempo integral, é imensamente maior do que comparada àquele que auxilia quando necessário (Nunes, et.al., 2019).

A estrutura psicológica e social de quem cuida deve ser priorizada, pois quem atua diretamente na tarefa de cuidar, precisa apresentar boas condições de saúde, como suporte no gerenciamento dos agentes estressores e desafiadores. Diante disso, os gestores devem facilitar a participação de cuidadores não remunerados e trabalhadoras de cuidado em fóruns e processos de formulação de políticas em todos os níveis, além de investir recursos abrangentes que possam melhor subsidiar a formulação de políticas e a avaliação de seus impactos (Oxfam 2020).

O preparo e apoio auxiliam no lidar com o ente que precisa de cuidado, sendo diretamente ligada à saúde mental e física de quem executa essa atividade, pois é preciso compartilhar as dúvidas e outras questões com os profissionais de saúde (Waidman, Elsen, 2004).

As atribuições das equipes são: trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS; identificar, orientar e capacitar, envolvendo-os na realização dos cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-os como sujeitos do processo; acolher as demandas de dúvidas e queixas; promover espaços de vivências e de trocas de experiências; utilizar linguagem acessível e participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes (Brasil, 2016).

Em outros estudos relataram que carecem de suporte profissional e de um espaço para compartilhar suas dúvidas e anseios, o que reforça a necessidade da implementação de uma política pública voltada a esse grupo, com ações de apoio, atendimento do seu quadro de saúde, contatos para retirada de dúvidas e ações que instrumentalize as famílias para uma assistência mais efetiva aos seus cuidados (Mafra, 2011).

Os pacientes de internação domiciliar são os que têm dificuldades para realizar atividades básicas de vida diária (ABVD) (comer, tomar banho, vestir, atravessar um quarto caminhando, levantar e sentar na cama, e ir ao banheiro) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (cuidar do próprio dinheiro, utilizar algum meio de transporte, comprar alimentos, telefonar e tomar os próprios medicamentos), sintomas depressivos, declínio cognitivo, número de doenças, doenças referidas (hipertensão arterial, diabetes, osteoporose, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico e osteoporose) e número de medicamentos (nenhum, apenas um e mais de um) (Brasil, 2006b), sendo esses os pacientes que não conseguem se deslocarem à USF para atendimentos de saúde.

Reforçando as pesquisas citadas, foi analisado no ano de 2010, 120 cuidadores familiares de idosos que tinham fratura de bacia, onde 42,6% referiam ter pelo menos uma necessidade de acompanhamento ao médico, outras 13,5% necessidades de serviços da assistência social e outros 13,5% necessitavam de participar de grupo de apoio ou de consultas para aliviar o estresse e o medo. É importante fomentar a necessidade de atenção aos que relataram não ter nenhuma necessidade relacionada a prestação do cuidado, onde os grupos de apoio ajudam, podendo mudar a realidade (Shyu, et.al, 2010).

Destaca-se que no Brasil não temos uma política voltada a esse grupo, a que mais se assemelha a esse cuidado, é a PNSPI, que busca orientar a família a cuidar do idoso, visando suas necessidades. Não há uma política de apoio aos familiares e definições das responsabilidades das instâncias de cuidados formais e informais na prática (Brasil, 2006a).

A grande dificuldade em desenvolver habilidades que permite a formação de um bom cuidador, é que todos os cursos e amparos existentes no meio da saúde estão voltados para a teoria biologista. Apesar da notória discussão sobre a importância de se alterar o paradigma voltado a quem cuida, muitas estratégias ainda precisam ser desenvolvidas na busca do aprimoramento (Nakatani, et.al., 2003).

O profissional de enfermagem na USF possui um papel primordial no amparo e auxílio, pois esse profissional possui íntimo contato com a rotina da família, integrando a realidade da equipe (Oliveira, Garanhan, Garanhan, 2011).

É importante que se valorize a relatividade na preparação do cuidador, não tornando-o apenas um técnico, pois devemos considerar também sensações legítimas, como anseios morais existentes resultante dos sentimentos que são afetados. É necessário que haja uma preparação para que tenha equilíbrio entre novas e antigas atividades de suas rotinas (Oliveira, Garanhani, Garanhani, 2011).

O importante elo entre cuidadores e profissionais de saúde, está diretamente ligado a decisão e modo como realizar as ações, sendo realizada pela íntima ligação entre eSF e a pessoa que precisa desse apoio (Plank, Mazzoni, Cavada, 2012).

Reforça-se a importância das discussões e desenvolvimento de novos estudos que possam auxiliar na rotina de quem cuida, buscando a compreensão e a complexidade das experiências, conseguindo de uma forma sadia desenvolver suas atividades diárias, afastando os processos de adoecimento (Plank, Mazzoni, Cavada, 2012).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar a condição de saúde e formação dos acompanhantes cuidadores dos pacientes de internação domiciliar da APS no município de Gurupi-TO.

3.2. Objetivos Específicos

Avaliar o perfil sociodemográfico dos acompanhantes cuidadores de pacientes de internação domiciliar da APS no município de Gurupi-TO;

Identificar o grau de formação profissional dos acompanhantes cuidadores dos pacientes de internação domiciliar na APS de Gurupi-TO;

Analisar o perfil da condição de saúde e a sobrecarga dos acompanhantes cuidadores de pacientes da internação domiciliar da APS no município de Gurupi-TO;

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento do estudo, local e população.

Delineamento do Estudo

Este estudo levantou a problemática acerca do cuidado, analisando quais os sentimentos do cuidador em relação a sua rotina diária ao paciente de sua responsabilidade, sendo uma pesquisa quantitativa, transversal e descritiva, realizada no município de Gurupi-TO, em uma USF, sendo selecionados cuidadores que acompanham seus pacientes em internação domiciliar na APS, que residem na cidade, especificamente nos bairros Alto dos Buritis, Setor Leste, Residencial São Paulo, Jardim Oriente e Centro. A eSF responsável por esses pacientes é a equipe 03 da USF, com total de 42 pacientes em internação domiciliar e 36 “acompanhantes”, observando-se que em alguns domicílios estão mais de uma pessoa em AD.

A coleta foi realizada utilizando um questionário previamente qualificado em outras pesquisas, que busca analisar o nível de sobrecarga dos participantes. Assim como analisar sua formação e dados sociodemográficos como sexo, renda, grau de parentesco, valores de renda mensal e horas dedicadas aos doentes.

Durante o levantamento dos dados, uma vez que a pesquisadora integra o quadro de profissionais da USF, a mesma participou como observadora participante, onde contactou em uma conversa e investigação com os profissionais enfermeiros, que atuam na USF Sevilha, observou-se que não existe programa voltado para os cuidadores, mesmo eles sendo os responsáveis direto com o paciente. Eles têm o acesso às consultas e à USF como todos os pacientes de forma geral, mas sem um programa que dê suporte, que venha minimizar os danos causados ou orientações quanto à forma de lidar.

Local de estudo

Esta pesquisa foi realizada no município de Gurupi, cidade localizada no sul do Tocantins, dividida pela Rodovia Belém Brasília BR-153, com 87.545 mil habitantes, é a terceira maior cidade do Estado e referência na área da saúde para o polo da região sul do Tocantins. A APS do município conta com 35 eSF (02 rurais, 05 mistas e 28 urbanas), distribuídas em 15 USF, sendo 09 do lado leste da cidade e 06 do lado oeste (IBGE, 2021).

Conta, ainda, com 01 equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), no conjunto prestando assistência de saúde longitudinal a uma população estimada de 88.428 habitantes, sendo que todas as unidades do município apresentam alto fluxo de atendimento (IBGE, 2021). O município possui 365 pessoas em AD que são atendidas pela APS, sendo esses os pacientes que não conseguem se deslocar à USF para atendimentos de saúde.

População de Estudo

Esta pesquisa foi realizada com acompanhantes de pacientes em internação domiciliar da APS, que residem na cidade, especificamente nos bairros Alto dos Buritis, Setor Leste, Residencial São Paulo, Jardim Oriente e Centro. Esta população foi escolhida por apresentar um grande número de AD na equipe, sendo a eSF responsável por esses pacientes é a equipe 03 da USF, com total de 42 pacientes e 36 “acompanhantes”, observando-se que em alguns domicílios estão mais de uma pessoa em AD.

Foram incluídos no estudo todos os cuidadores de pacientes em internação domiciliar da equipe 03 da USF Sevilha, e que a proposta da pesquisa foi bem aceita pelo participante.

Foram excluídos dessa pesquisa os cuidadores de pacientes em internação mista (hospitalar-domiciliar), os cuidadores de internação domiciliar da zona rural, os que não recebem AD pela equipe 03, bem como os acompanhantes de pacientes com menos 90 dias de cuidados.

4.2. Coleta de dados

Foi realizado o levantamento dos pacientes e seus acompanhantes dentro do território e, após esse levantamento, o pesquisador acompanhado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde, se deslocou para as residências dos pacientes, os cuidadores foram sensibilizados sobre a pesquisa, onde em cada domicílio apresentaram a pesquisa de modo claro, apresentando e explicando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e, após o acompanhante cuidador concordar com o mesmo, o questionário foi aplicado e respondido em um ambiente calmo e seguro. O cuidado com a privacidade e o sigilo no momento de responder o questionário buscou evitar constrangimento acerca das respostas, deixando o entrevistado confortável para ser o mais espontâneo e sincero possível em suas respostas.

O questionário aplicado (Apêndice A), utilizou a escala de avaliação de sobrecarga do cuidador, criada por Steve Zarit (1983), esta obteve força pelos movimentos éticos legais, necessários junto ao autor, no que tange à autorização para tradução e validação. A eficácia e aplicabilidade da escala, fez com que um grupo experimental percebesse que havia grande compreensão na sua aplicação. Avalia a sobrecarga referida do cuidador informal (acompanhante cuidador) frente a diferentes domínios: saúde, vida social, situação econômica, humor e tipo de relacionamento com a pessoa cuidada.

O MS adotou a Escala de Zarit no Caderno de Atenção Básica, um instrumento auxiliador na atenção à saúde da pessoa idosa e seus cuidadores (Brasil, 2007). Após grande

uso da escala foi possível notar que este instrumento permite avaliar a sobrecarga do cuidador informal tanto objetivo e subjetivamente. A escala analisa dados como estado de saúde, condição psicológica e relações diversas. Zarit validou ainda a possibilidade de uso da escala tanto para investigação informal ou em cenários clínicos (Sequeira, 2010).

Esta escala (Apêndice A), a qual foi adaptada pela própria pesquisadora e distribuídos por meio físico, para analisar o perfil sociodemográfico, a sobrecarga e a formação, dos que são pertencentes à USF escolhida, a qual possui Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) ativo, e que o acompanhante cuidador seja assistido pela equipe 03 da USF.

Como instrumentos de coleta de dados, o questionário sociodemográfico incluiu nove (9) perguntas básicas, abrangendo aspectos o nome, idade, raça, tempo diário e tempo em anos de dedicação ao paciente, vínculo familiar, renda e se o acompanhante já possuiu algum treinamento/capacitação para atuar como cuidador, com esses dados pode - se analisar o perfil sociodemográfico e a formação dos acompanhantes cuidadores.

O questionário da Escala de Zarit é composto por 7 itens, cada um categorizado de um (nunca) a cinco (quase sempre) pontos, conformando um total de 35 pontos que refletem o nível de sobrecarga do cuidador.

4.3. Análise dos dados

O escore da Escala de Zarit pode variar de 7 a 35 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a sobrecarga do cuidador avaliado. Os dados foram agrupados e analisados estatisticamente, em seguida, divididos em tercís, pois auxilia na verificação dos pontos, uma vez que, divide a população em 3 grupos semelhantes e favorece a interpretação dos resultados, o que permite uma comparação mais direta entre os grupos.

1. 1º tercil: < 12 pontos;
2. 2º tercil: entre 12 a 23 pontos;
3. 3º tercil: \geq 24 pontos.

Os classificados no terceiro tercil, com mais de 24 pontos, consideram-se com tensão excessiva associada ao cuidado (sobrecarga).

Na análise do questionário veremos dados como:

- **Sociodemográficas:** sexo, idade, raça, grau de parentesco com a pessoa cuidada e renda familiar.
- **Variáveis relacionadas ao cuidado:** tempo em anos na função de cuidador (< 1 ano, 1 a 5 anos, \geq 5 anos) e tempo dedicado ao cuidado.

As respostas foram agrupadas e analisadas segundo as categorias temáticas destacadas no questionário. Após coletados os dados, foi elaborada uma planilha eletrônica para armazenamento dos dados no software Microsoft Excel 360®. Para representação descritiva foram elaborados tabelas e gráficos, utilizando o Software Microsoft Word 360®, representando as médias, desvio-padrão, mediana, intervalos interquartil, mínimo e máximo das variáveis numéricas.

As frequências absolutas e relativas percentuais foram descritas para as variáveis categóricas, sendo realizado o teste de normalidade, selecionando-se os testes estatísticos que melhor se enquadraram nos dados.

4.4. Aspectos éticos

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Gurupi (UNIRG (CAAE: 69641023.6.0000.5518 /, aprovado sob o Parecer número 6.240.353) e os participantes da pesquisa foram estudados segundo as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/2012) do Conselho Nacional de Saúde, tendo os mesmos assinado o TCLE (Apêndice B).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em vista que o tema proposto representa um desafio significativo para a saúde pública no Brasil, este estudo adotou uma abordagem transversal para avaliar 36 acompanhantes cuidadores dos pacientes em AD, da APS em uma USF de Gurupi - TO. Ressalta-se que é um dos poucos estudos com essa abordagem na região norte do Brasil e o primeiro a ser realizado no município de Gurupi -TO.

Na descrição do cenário dos perfis sociodemográficos, conforme a Tabela 1, encontrou-se uma predominância significativa do sexo feminino, representando 77,7% do total. Concentrados na faixa etária entre 25 a 59 anos, correspondendo 58,3%, e outros 38,8% acima de 60 anos, ou seja, já idosos. Quanto à raça dos acompanhantes foram encontrados 86% de pessoas negras, sendo 63,8% de cor parda e 22,2% preta).

No que tange à escolaridade, foi encontrado que 58,3% cursaram o ensino fundamental, seguidos de 33,3% do ensino médio. Esses dados revelam que a maioria apresentou baixo grau de escolaridade, o que pode dificultar a instrução e a orientação dos cuidados propostos, a execução dos cuidados e o próprio crescimento intelectual.

Na renda mensal constatou-se que 55,5% viviam com até 1 salário-mínimo e 33,3% entre 1-2 salários, o que significa que a grande maioria tinha renda menor que 2 salários-mínimos, o que mostra um perfil de alta vulnerabilidade financeira na função de acompanhante, podendo faltar suprimentos de medicamentos, alimentação e higiene.

Tabela 1 - Perfil Sociodemográficos dos Acompanhantes Cuidadores de pacientes em atendimento domiciliar atendidos pela Atenção Primária em Saúde de Gurupi, 2023.

Variável	Percentual (n)
Sexo	-
Feminino	77,7 (28)
Masculino	22,2 (8)
Idade	-
15-24 anos	2 (1)
25-59 anos	58,3 (21)
60 anos ou mais	38,8 (14)
Raça	-
Branca	8,3 (3)
Parda	63,8 (23)
Preta	22,2 (8)
Amarelo	2 (2)
Escolaridade	-
Fundamental	58,3 (21)
Médio	33,3 (12)
Superior	8,3 (3)
Renda	-
Até 1 salário	55,5 (20)
1 a 2 salários	33,3 (12)
> 2 salários	11 (4)
Grau de parentesco	-
Filho	47,2 (17)
Esposo	22,2 (8)
Pais	16,6 (6)
Outros	13,8 (5)

Fonte: Próprios autores.

Em síntese, esta pesquisa mostra, no perfil sociodemográfico, que prevaleceu mulheres, negras, com baixo grau de escolaridade, renda mensal com até 2 salários-mínimo, algum grau de parentesco com o paciente, dedicação de 24 horas diárias e que atuavam nesta função há mais de 5 anos.

Em alguns casos, exercer o cuidado é uma tarefa árdua, pois trata-se de pessoa de pouco vigor físico, já em idade avançada ou em vias de ficar doente, sendo que, se não tiver um suporte, poderá ser um futuro paciente, necessitando assim de apoio (Hora, Sousa, Alvarez, 2005).

Reforçando estes resultados, foi encontrado estudo que avaliou o nível de estresse dos acompanhantes, e que apresentou perfil similar ao deste estudo, sendo sexo feminino, com algum vínculo familiar e com baixa escolaridade. Ainda o estudo demonstrou que os cuidadores precisavam lidar diretamente com tarefas e situações que extrapolavam seus recursos emocionais, físicos e financeiros (Quadros, et al., 2012).

Em relação ao perfil do cuidador, Gutierrez et.al. (2021), trouxeram que 90% dos que assistem idosos e dependentes funcionais são mulheres, sendo uma atividade pouco valorizada no Brasil, são elas que validam a sublime e difícil missão na maioria das vezes, sem qualquer retorno econômico e reconhecimento social. Internalizam a ética do zelo como uma condição de execução do seu papel social de mãe, esposa ou filha (Valquiria, Sabrina, Ana 2022).

A marca feminina é muito forte, sendo por exemplo as filhas a assumir a responsabilidade dos pais, mesmo que existam filhos do sexo masculino. Estes se encarregam de ajudar no material ou tarefas externas, como transportar o paciente pra outros ambientes (Neri, Sommeerhalder, 2012). Dessa forma, pode-se perceber que a pesquisa corrobora com o encontrado na literatura, sendo a maioria mulheres, como mostra no estudo de (Alexsandro, Rosani, Roberson, 2014).

Relativo ao grau de instrução constata-se que corrobora com o demonstrado no estudo de Alexsandro et al. (2014), onde 67% têm nível fundamental e evidencia baixo nível de escolaridade do cuidador informal em seus achados, o que evidencia um problema social, pois a maioria apresentou baixa renda e escolaridade, com dedicação exclusiva ao ente querido,

Destaca-se que os cuidadores com grau de instrução menor, precisam de apoio da eSF e do SAD, que são compostas por equipes multiprofissionais, pois a partir do momento em que uma pessoa assume essa condição inicia-se uma nova fase em sua vida, geralmente, rumo ao desconhecido, devido a maioria não receber nenhuma instrução para lidar com o familiar enfermo. Dessa maneira, surgem as dificuldades em lidar com os sintomas do doente, sendo

que essa falta de conhecimento técnico pode causar angústia e conflitos (Alexsandro, Rosani, Roberson, 2014).

Quanto ao grau de parentesco e vínculo entre os cuidadores e o paciente, foi constatado que 86% apresentavam vínculo familiar com o paciente acolhido, sendo 47,2% filhos (a) e 22,2% conjugues.

No estudo de Nunes et.al. (2019), realizado no município de São Paulo no ano de 2010 com 362 cuidadores, 91,5% eram familiares, sendo que destes 53,6% eram filhos e 28,9% conjugues. Em relação ao tempo de dedicação ao paciente em AD 34,4% relatavam um cuidado em tempo integral e 41,9% cuidado sempre que necessário, destacando-se que 19,7% relataram ter deixado suas vidas pessoais de lado.

A Tabela 2 apresenta o tempo de dedicação diária aos entes internados, onde 58,2% dos acompanhantes cuidadores dedicavam de 12 a 24 horas por dia ao paciente de internação e 30,5% de 6 a 12 horas, podendo-se concluir que havia alta taxa de cuidadores dedicando-se em tempo integral, o que pode ser justificado pelo vínculo familiar. Quanto ao tempo de dedicação em anos, foi encontrado que 50% dos acompanhantes tinham dedicação de até 5 anos ao cuidado do paciente e 33,3% se dedicam de 5 a 15 anos.

Tabela 2 - Tempo de Dedicação Diária e em Anos dos Acompanhantes Cuidadores de pacientes em atendimento domiciliar atendidos pela Atenção Primária em Saúde de Gurupi, 2023.

Variável	Percentual (n)
Tempo de dedicação diária	-
12 h - 24 h	58,2 (21)
6 h – 12 h	30,5 (11)
Até 6 h	8,3 (3)
Não informado	2,7 (1)
Tempo de dedicação em anos	-
>30 anos	8,3 (3)
15 a 30 anos	8,3 (3)
5 a 15 anos	33,3 (12)
Até 5 anos	50 (18)

Fonte: Próprios autores.

O percentual de que 55,5% dedicavam 24 h por dia ao ente internado e, 50% tinham até 5 anos de dedicação, mostrou que tanto quanto os acompanhantes cuidadores, quanto os pacientes podem apresentar sobrecarga crônica e que precisam muito da rede de apoio.

Em uma análise de estudos mundiais, observa-se que 59,3% dos cuidadores solitários, que é aquele que se torna o único responsável pela execução do cuidado do ente querido,

recebendo pouca ou nenhuma ajuda de outros familiares (Baptista, et al., 2012). Este fator é um agravante, pois quem se dedica de modo integral ao paciente, pode apresentar perdas financeiras e ter uma sobrecarga de trabalho, que o impede de realizar suas atividades laborais (Santana, et al., 2009), tornando-se uma função estressante e um perfil de adoecimento no grupo dos cuidadores (Alexsandro, Rosani, Roberson, 2014).

No que se refere à formação dos acompanhantes cuidadores, ao serem questionados se já tiveram alguma capacitação/treinamento da eSF para atuar como cuidador, 100% afirmaram não ter recebido capacitação técnica para cuidar do paciente, o que representa fragilidade na formação, corroborando com um estudo onde 89% dos entrevistados relataram que, ao iniciar a tarefa, não receberam instrução ou treinamento necessário para a execução do cuidado (Alexsandro, Rosani, Roberson, 2014).

Esse dado afirma o que foi observado, quando se questionou aos profissionais sobre se os cuidadores tinham um programa na USF voltado para suporte e capacitações, para atuarem junto aos pacientes, ou até apoio psicológico, uma vez que, 100% afirmaram não possuir treinamento/capacitação.

Conforme a Lei 8.080/90, o atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares, que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora (Brasil, 1990).

Baseado nos dispositivos legais do art. 18 da Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso – e no art. 19 da Portaria MS-GM nº 963/2013 “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades dos pacientes, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores, familiares e grupos de autoajuda”.

No apoio domiciliar, podemos ter a eSF o SAD e o educador em saúde. Estes são tão importantes quanto a prescrição de medicamentos e dos cuidados para a completa reabilitação. Portanto, faz-se necessário informações adequadas e treinamentos quanto ao cuidado para o cuidador de paciente em AD, para que não acarrete futuros danos à saúde da pessoa doente (Rodrigues; Alencar; Rocha, 2009). Por isso, a importância da gestão municipal de Gurupi ter o programa de capacitação/apoio, para beneficiar os acompanhantes e os profissionais e melhorar a assistência domiciliar.

Tabela 3 – Percentual de respostas dos cuidadores de pacientes em atenção domiciliar de Gurupi – TO, sobre a avaliação de sobrecarga de cuidadores de acordo com a Escala de Zarit, 2023.

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. Não tem tempo suficiente para você mesmo?	2,7% (1)	2,7% (1)	33,3% (12)	16,6% (6)	16,6% (6)
2. Estressado/angustiado por conciliar o cuidado ao paciente com outras tarefas?	16,6% (6)	8,3% (3)	5,5% (2)	19,4% (7)	50% (18)
3. A situação afeta relações com amigos/familiares?	52,7% (19)	13,8% (5)	13,8% (5)	0% (0)	19,4% (7)
4. A exaustão quando tem que estar junto ao familiar/doente?	44,4% (16)	5,5% (2)	36,1% (13)	5,5% (2)	8,3% (3)
5. A saúde está afetada por cuidar do familiar/doente?	16,6% (6)	5,5% (2)	8,3% (3)	13,8% (5)	55,5% (20)
6. Perdeu o controle de sua vida desde o adoecimento do familiar?	27,7% (10)	16,6% (6)	27,7% (10)	16,6% (6)	11,1% (4)
7. Sobrecarregado por ter que cuidar do familiar/doente	16,6% (6)	0% (0)	5,5% (2)	25% (9)	52,7% (19)

Fonte: Próprio autor 2023.

Como mostra na tabela 3, os acompanhantes cuidadores estão classificados no 3º tercil (≥ 24 pontos), considera-se q com tensão excessiva associada ao cuidado (sobrecarga).

Quanto ao questionamento sobre ter tempo suficiente para si próprio, 44,4% relataram que quase sempre não tem tempo, 16,6% frequentemente, outros 33,3% que às vezes tinham tempo (Tabela 3). O tempo ao acamado leva a mudanças que interrompem a rotina das atividades do cotidiano da pessoa que cuida. O distanciamento da vida sociofamiliar acontece de modo progressivo, ocasionando uma sobrecarga emocional e física que transformam a vida de quem assume esse papel (Baptista, et al., 2012).

Outra pergunta é se sentiam estressados e angustiados em tentar conciliar o cuidado do paciente com outras tarefas do dia a dia, 50% relataram que quase sempre, outros 19,4% frequentemente, e por fim 16,6% nunca se sentiam estressados e angustiados (Tabela 3).

Na Pesquisa realizada por Aleksandro, Rosani, Roberson (2014), e por Costa et al. (2007), verificou-se que todos os participantes apresentaram sintomas de estresse, o que corrobora com esta pesquisa, pois 50% relataram quase sempre se sentiram estressados, o que mostra um nível elevado de estresse e angústia ao conciliar com outras tarefas. A carga de exaustão e estresse surgem da falta de preparo dos familiares para entender as patologias de seus entes, assim como lidar com os comportamentos das pessoas que estão sob seus cuidados (Camargos et al., 2012).

O questionamento sobre o sentimento de exaustão, estar junto ao doente, 36,1% às vezes apresentam exaustão e outros 44,4% relataram nunca sentir sentimento de exaustão ao prestar assistência (Tabela 3), isso mostra que eles não se sentem esgotados em estar junto, eles fazem por afeto, pois não é por questões financeiras, visto que, a maioria tem renda baixa, o que justifica é a relação familiar e afetiva, onde demonstra que realiza com zelo e felicidade, mesmo estando sobrecarregado e adoecido.

O que difere de outros estudos como de Costa et al. (2007), que demonstrou exaustão e, que muitas vezes esteve em isolamento social, comprometendo seus vínculos familiares e sociais, devido às múltiplas tarefas, que precisam ser desempenhadas e, de Valquiria, Sabrina, Ana (2022), que afirmam, as expressões dos sentimentos se manifestam de várias formas, como: obrigação, resignação, abandono, solidão, impotência, amor filial e amor marital, revelando uma carga exaustiva de trabalho e responsabilidade, e ainda sem ter apoio de programas ou políticas públicas específicas.

Estudo que avaliou o desgaste biopsicossocial identificou que 63,0% cuidadores apresentavam sinais e sintomas de ansiedade, fadiga, estresse, exaustão, instabilidade emocional e isolamento social, além de impactos financeiros sofrido pelo cuidador (Cerqueira, et al., 2002). Com a proporção dos dados deste estudo, constatou-se um aumento da sobrecarga e estresse, mas sem comprometimento afetivos com amigos/familiares e sem exaustão (esgotamento), mostrando que podem apresentar os mesmos sinais e sintomas do estudo anterior, se não tiverem um apoio da ESF, eSF e de outros familiares.

Ao serem questionados sobre, se sua saúde foi afetada pelos os cuidados prestados aos familiares em acompanhamento domiciliar, 55,5% quase sempre e 13,8% frequentemente tinham a saúde afetada pelo acompanhamento prestado ao paciente internado (Tabela 3), isso mostra, que a situação já podia estar causando adoecimento psicológico ou físico.

Percebeu-se contradição entre as perguntas 4 e 5, ao mesmo tempo que quase a metade dos cuidadores, relatavam não se sentirem exaustos ao cuidar dos pacientes, a outra metade dizia sentir sua saúde afetada, podendo-se levantar a hipótese de que muitos tentavam ocultar seus sentimentos; Lipp (2001) afirma que percebe-se uma tendência em se esquivar de expressões de afeto e até evitar evocar seus sentimentos, o que pode ser um mecanismo de defesa, sendo constatada dificuldade em expressar os sentimentos negativos, e por fim, sentimentos mantidos guardados para si mesmo.

Quanto ao sentimento de sobrecarga 52,7% relataram que quase sempre se sentem sobrecarregados (Tabela 3). Para Manoel et al., (2013), o processo é uma incumbência difícil, pode gerar uma sobrecarga que é potencialmente promotora de estresse, ansiedade, medo e sofrimento, principalmente quando se leva em conta um contexto social e econômico bastante afetado negativamente. Os estudos evidenciam que quanto maior a dependência do paciente, maior a sobrecarga e estresse (Bianchi, et al., 2016).

A elevada prevalência de sobrecarga entre os cuidadores alerta para a necessidade de políticas específicas para esse grupo e representa um aspecto a ser regularmente avaliado pelos profissionais de saúde que lidam diretamente com essas pessoas e seus familiares (Teles, et al.; 2023).

Considera-se contribuir para as vivências de cuidadores familiares, com possibilidade de traçar planos de cuidados e, assim, minorar as suas sobrecargas e facilitar o enfrentamento do cotidiano público (Mello et al., 2020).

Conforme os resultados obtidos, os participantes necessitam dos treinamentos como estratégias eficazes no cuidado, por isso precisam implementar na prática, o planejamento, implementação e avaliação de intervenções. Segundo Toral e Slater (2007), essas ações servem como uma base essencial para entender como as intervenções devem ocorrer, orientam no processo de organização de programas intervencionais, direcionando o monitoramento e medição da assistência.

Sendo assim, as informações e intervenções é o principal pilar para condução das adversidades encontradas na internação domiciliar, pois busca diminuir a distância entre o conhecimento teórico e prático. Buscou-se ainda aproximar a eSF, na busca de um trabalho em conjunto que visem desenvolver educação e ações de saúde para apoiar, orientar e destacar as particularidades de cada ser.

A educação em saúde tem como objetivo principal promover o aprendizado e a aplicação de conceitos de saúde, capacitando as comunidades para o controle e prevenção de

doenças. Os profissionais de saúde, atores essenciais na promoção da saúde, desempenham um papel crucial nesse processo educativo diário (De Paula et al., 2016).

Contudo, observa-se que precisa implementar o processo de ensino-aprendizagem na interface entre educação e saúde. Em alguns casos o nível de conhecimento da população pode ser insuficiente, destacando a necessidade de aprimoramento na assistência junto com os cuidadores. Neste contexto, a incorporação das ideias da população em processo de ensino revela-se decisivo, juntamente com a compreensão de suas histórias de vida, funções em diferentes contextos e uma visão aprofundada de sua cultura, tradições e perspectiva de mundo, e como a assistência foi imposta a eles (De Paula et al., 2016).

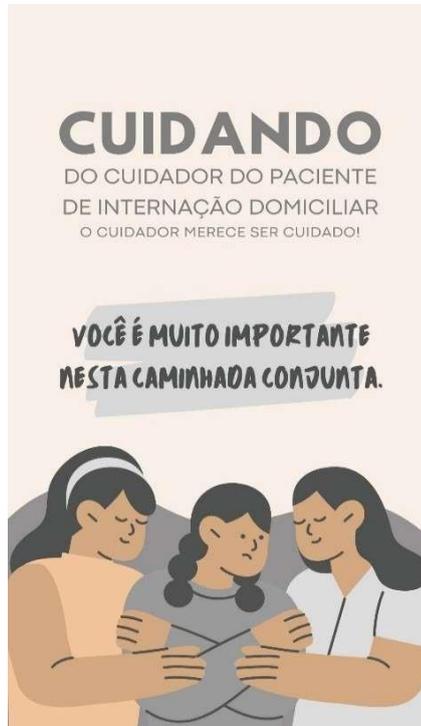
Na perspectiva de se iniciar as oficinas e programas propostos à SMS, será interessante desenvolver pesquisas futuras no próprio município, para fazer um comparativo e avaliar se melhorou a condição, formação e sobrecarga e se as ações desempenhadas pela equipe foram eficazes, pois irá promover ações de prevenção e qualidade de vida aos cuidadores, podendo ser através de reuniões semanais com a equipe para compartilhar suas dúvidas e anseios.

O programa de apoio pode-se ser estabelecido na USF Sevilha, de acordo com o modelo utilizado em Salvador. Após realizada consulta com profissionais na USF, estes identificam o cuidador elegível para avaliação no Programa de Apoio ao Cuidador. Ele é agendado, passa por entrevista individual em consulta de enfermagem, em que é realizada avaliação com escuta qualificada e aplicação psicométrica da Escala Zarit, com identificação de necessidades e construção de plano terapêutico (Brasil, 2021).

Observou-se que os familiares têm poucas informações acerca dos problemas de saúde apresentados pelos pacientes, impactando no processo do cuidado e reabilitação, gerando sobrecarga e estresse. Assim, surgiu a possibilidade de desenvolver ações em suas várias dimensões: o cuidar de si, o ser cuidado pelo outro, e o ambiente onde isso ocorre, bem como reconhecer a importância da pessoa que presta a assistência no processo de reabilitação (Brasil, 2021).

Com isso fruto deste trabalho, uma Cartilha foi elaborada (Figura 1) cuja didática instrucional foi desenvolvida para os acompanhantes do município de Gurupi- TO, contendo informações úteis e orientações, busca fortalecer o elo de apoio matricial entre eSF e cuidadores e contribuir para a melhor qualidade do trabalho desempenhado, visando preencher as lacunas identificadas, bem como o suporte emocional e laboral. O estudo contribuiu significativamente para o serviço de saúde em Gurupi, oferecendo subsídios para a melhoria da USF, destacando a importância da conscientização e estímulo à pesquisa na área.

Figura 1 – Cartilha: “CUIDANDO do Cuidador do Paciente de Internação Domiciliar” dos Acompanhantes Cuidadores de pacientes em atendimento domiciliar atendidos pela Atenção Primária em Saúde de Gurupi, 2023.



Fonte: Próprio autor 2023.

Conforme, Ramos e Ramos de Araujo (2018), as cartilhas são instrumentos essenciais na disseminação e construção do conhecimento, emergindo como uma facilitadora significativa no contexto da educação em saúde, desempenhando um papel crucial na compreensão das condições de saúde e doença. Seu propósito abrange as necessidades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, proporcionando um arcabouço sólido para a capacitação das equipes e da sociedade.

Denominados nos serviços de saúde como “materiais educativos”, esses recursos de divulgação, como cartazes, cartilhas, folders, panfletos e livretos, desempenham o papel de intermediar a comunicação entre profissionais e a população. Portanto, a utilização desses materiais demanda cautela e adaptação ao contexto local, visando assegurar a efetividade das informações transmitidas e o engajamento do público-alvo na promoção da saúde (De Paula et al., 2016).

Este produto foi disponibilizado no endereço eletrônico do site da UFT e representa uma oportuna contribuição ao sistema Municipal de Saúde, profissionais da USF e SAD, acompanhantes cuidadores e familiares dos pacientes de internação domiciliar. Destaca-se também como um eficaz estimulador do empoderamento do conhecimento, promovendo o diálogo como meio propício para a expressão, reflexão e conscientização entre eles.

O ponto mais relevante do estudo é destacar a ausência de apoio técnico e social ao acompanhante cuidador, propõem-se para a continuidade da AD construir roteiro programático baseado nas necessidades da condição e formação identificadas juntos aos familiares e cuidadores, tanto de conteúdos de educação em saúde, como de atividades lúdicas e socializantes; estabelecer parcerias intersetoriais ampliando a rede de atenção; minimizar o impacto de sobrecarga e estresse por meio de suporte e apoio informativo e emocional.

Os cuidadores dos pacientes de internação domiciliar na APS, exercem um papel de grande importância dentro do processo contínuo ao paciente nesta natureza e contribui incisivamente para o seu restabelecimento. Nesta pesquisa, buscou analisar a “condição de saúde” e “formação”, pois essa circunstância é na sua maioria composta por voluntários, que se encontram nesta função de modo repentino, o que geram situações inadequadas/deficitárias de execução do cuidado, sendo necessário uma maior atenção, por parte dos gestores públicos e profissionais da APS, pois o apoio a essas pessoas é de grande importância para a manutenção de saúde dos internados.

A inexistência de programas de apoio matricial a este grupo dificulta o trabalho desempenhado pelo mesmo, que, em grande parte sob estresse na execução da função de cuidador apresenta sobrecarga.

É de grande importância o desenvolvimento de Políticas Públicas que operem de maneira articulada, integrada e intersetorial, voltadas ao apoio técnico e social para dar condições de saúde, atender às necessidades como um todo tanto para melhor qualificar o processo do cuidado aos pacientes em internação domiciliar, quanto à proteção e promoção das condições de saúde deles próprios, ainda mais quando são levados a assumir este papel inesperadamente e devido ao afeto e à proximidade com o ente adoecido e, em sua maioria, sem

remuneração financeira, ficando limitado ao desenvolvimento da sua própria vida e que incluam também o cuidador informal como protagonista do modelo assistencial que deve garantir a dignidade humana àquele que cuida.

6. CONCLUSÃO

Referente a condição de saúde constata-se desigualdades sociais, onde os salários são baixos e tem-se baixa escolaridade, sendo esse um fator importante no aprendizado para lidar e entender as situações de saúde.

A escolha do acompanhante não acontece de modo planejado e estruturado, o que ocasiona uma sobrecarga diante do despreparo do indivíduo escolhido para expressar tais ações. Essa obrigatoriedade e necessidade extrema de dedicação ocasiona situações de desequilíbrio emocional e social, pois o mesmo abandona sua vida para dedicação de quem é cuidado.

Analizou-se que os acompanhantes cuidadores não têm formação ou qualificação profissional, a preparação torna-se fragilizada, constata-se que a grande maioria foram convocados inesperadamente e por isso não tem formação específica, apresentam baixo grau de escolaridade e renda, sentem-se sobrecarregados, estressados, sem tempo para si mesmo e não recebem capacitação técnica, instrução ou treinamento necessários para execução do cuidado, a maioria deixaram de ter uma vida própria, mas quando são questionados em relação a se sentirem exaustos, eles não se sentem, porque eles fazem por amor e afeto, isso justifica porque a maioria são filhos.

Ademais, o estudo mostrou-se alinhando com estudos nacionais e corroborando com o que foi identificado em outras pesquisas, o que mostra a importância e necessidade de programas de formação e capacitação.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao oferecer uma análise detalhada sobre o perfil sociodemográfico, a formação e a condição de saúde dos acompanhantes cuidadores, este estudo pode ser uma contribuição significativa para o desenvolvimento dos cuidados continuados, para criar estratégias efetivas e melhorar os atendimentos prestados, para a realização de um diagnóstico centrado no acompanhante, permitindo a alocação mais eficiente de estratégias.

Propõem-se à gestão municipal aprimorar a educação em saúde, e ajudar o acompanhante na diminuição dos fatores que causam a sobrecarga, para que vise uma conformidade efetiva, na busca da saúde integral da família assistida pela eSF, para melhor qualidade e apoio no

atendimento em saúde, compreende a importância e necessidade de ampliar as ações de atenção à saúde por meio do suporte do SAD, ESF, familiares e orientações para contribuir na saúde domiciliar, figuras essas centrais nas atividades, que devem ser reconhecidas e valorizadas nas práticas de saúde no âmbito da APS.

A participação em programas de Educação em Saúde irá ajudar no auxílio com o paciente, enfatizando o cuidado e a forma como lidar com o mesmo.

E como contribuição para os serviços de saúde de Gurupi-TO, será entregue a cartilha e o resultado da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde, bem como à Coordenação da APS e aos Profissionais de Saúde integrantes da eSF 03, para que possam utilizá-la na elaboração do acolhimento, assim como no matricialmente e acompanhamento e, também, possam ofertar apoio e suporte, estendendo também a pesquisa na busca das necessidades individuais de cada um.

REFERÊNCIAS

ALEXSANDRO S. N.; ROSANI A. A. R. S.; ROBERSON G. C. O estresse nos cuidadores de pacientes em internação domiciliar. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. v.5, n.2, p.50-64, 2014.

ANDRADE, L. M. et al. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Revista Escola Enfermagem**. USP, v.43, n.1, p.37-43, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/PXmcmPkLgnpdVZrXXsQ4ygb/>. Acesso em: 24 jun. 2024.

BAPTISTA, B. O. et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.1, p.147-156, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SFH4h8sJmc3B74TmSZ59HLL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2024.

BIANCHI, M. et al. Indicadores psicométricos da entrevista Zarit Burden aplicados em idosos cuidadores de outros idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27901220/>. Acesso em: 28 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. 1. Ed. Brasília, DF, 2008. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 21 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Melhor em Casa - A Segurança do Hospital na Segurança do seu Lar. **Caderno da Atenção Domiciliar**. Brasília, DF. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 07 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006**. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico e Cobertura da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: dabsaudegovbr/portaldab/historico_cobertura_sfphp. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. **IBGE**. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/gurupi/panorama>. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Pesquisa sobre a saúde brasileira**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://ww.ipea.gov.br>. Acesso em: 08 dez. 2023.

BRASIL. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília - DF. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/civil_03/constiuciao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 08 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>. Acesso em: 05 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Domiciliar**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar>. Acesso em: 05 jul. 2024.

BRASIL. **Lei 10.741/2003 – Estatuto do Idoso**. Senado Federal secretaria especial de editoração e publicações subsecretaria de edições técnicas. 2003. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 20 jun. 2024.

CALDAS, C. P. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. **In:** SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Org.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 41-47. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-407649>. Acesso em: 08 abr. 2024.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública** v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/X7kHTKz7SSxRwS7sGsmnfgD/>. Acesso em: 10 abr. 2023.
CAMARGOS, E. F. et al. Uso de medicamentos psicotrópicos por cuidadores de idosos com demência: é sinal de sobrecarga do cuidador? **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. v.70, n.3, p.169-174. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2012000300003>. Acesso em: 10 out. 2022.

CERQUEIRA A.T.R., OLIVEIRA N.I.L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia USP**. v.13, n.1, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642002000100007>. Acesso em: 25 ago. 2023.

COSTA, M. et al. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington 2007. v. 21, n.4, p.217-222, 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n4/04.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023.
ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p.385-434, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0014>. Acesso em: 05 dez. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Programa de apoio ao cuidador do CREASI**. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/programa-de-apoio-ao-cuidador-do-creasi>. Acesso em: 20 jun. 2024.

FLEURY S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciências e Saúde Coletiva**. v. 14, n.3, p. 743-752, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>. Acesso em: 04 jul 2024.

GONÇALVES, L. H. T., et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto e Contexto Enfermagem**. v.15, n.4, 570-577, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400004>. Acesso em: 20 maio 2024.

GRATAO, et al., Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto e contexto Enfermagem**. v.21, n.1, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200007>. Acesso em: 06 jul. 2024.

GUIMARÃES, N. A., HIRATA, H. S., SUGITA, K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. **Sociologia & Antropologia**, v. 1, n. 1, p. 51-180, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sant/a/kwYwJSWSd38BRbd5fCBGYmw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 06 jul. 2024.

GUTIERREZ, D. M. D., et al. Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. **Ciências e Saúde Coletiva**. v.26, n.01, p.47-56, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30402020>. Acesso em: 03 dez 2023.

HORA, E. C.; SOUSA, R. M. C. DE; ALVAREZ, R. E. C. Caracterização de cuidadores de vítimas de trauma crânio-encefálico em seguimento ambulatorial. **Revista Escola de Enfermagem**. USP, São Paulo, v.39, n.3, p. 343-349, 2005.

LACERDA, M.R. et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009>. Acesso em: 10 dez. 2023.

LIPP, M. E. N., Estresse emocional: A contribuição de estressores internos e externos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.28, n.6, p.347-349, 2001.

MAFRA S.C.T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. v.14, n.2, p.353-363, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000200015>. Acesso em: 03 dez 2023.

MANOEL, M.F., et al. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.346-353, 2013.

MAYUMI, Y. **Entenda o que envolve a promoção e prevenção da saúde e como participar!** Gestão da Clínica: blog. 2023. Disponível em: <https://blog.iclinic.com.br/promocao-e-prevencao-da-saude/>. Acesso em: 6 jul. 2024.

MELLO J., et al. Vivências de cuidadores ante o processo de adoecimento por câncer de seu familiar. **Revista de Enfermagem UFSM**. Santa Maria, RS, v.11, n.17, p.1-21, 2020. Disponível em: DOI: 10.5902/2179769244116. Acesso em: 06 jul. 2024.

MOREIRA M.D.; CALDAS.C.P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Revisão Crítica. Escola Anna Nery**. v.11, n.3, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000300019>. Acesso em: 03 dez 2023.

NAKATANI A.Y.K., et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo programa de saúde da família. **Revista Eletrônica Enfermagem** 2003. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso em: 04 fev 2023.

NEURONUP. Atividades da Vida Diária (AVDs): definição, classificação e exercícios. **Blog NeuronUP**. 20 abril, 2020. Disponível em: <https://neuronup.com.br/atividades-de-neurorreabilitacao/atividades-da-vida-diaria-avds/atividades-da-vida-diaria-avds-definicao-classificacao-e-exercicios>. Acesso em: 2 jul. 2024

NUNES. D.P., et al. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. **Revista brasileira de epidemiologia**. v. 21, n. 02, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>. Acesso em: 04 fev 2023.

OLIVEIRA B. C., GARANHANI M.L., GARANHANI M.R. Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico: necessidades, sentimentos e orientações recebidas. **Acta Paulista Enfermagem**. v.24, n. 1, p. 43-49, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/en_v24n1a06.pdf. Acesso em: 27 out. 2022.

OLIVEIRA. G. S. **Representações Sociais da internação domiciliar terminalidade: o olhar do cuidador Familiar**. Universidade Federal de Santa Maria. Mestrado Santa Maria, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde Pública nas Américas**. Washington. OMS. 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 14 jun. 2023.

OXFAM BRASIL. **Tempo de cuidar: O trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade**. Relatório. 2020. Disponível em: https://www.oxfam.org.br/wp-content/uploads/2021/04/1579272776200120_Tempo_de_Cuidar_PT-BR_sumario_executivo.pdf. Acesso em: 25 nov. 2022.

PAULA, W. K. A. S., et al. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.50, p. 0335-0345, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27384215/>> Acesso em: 20 jun. 2023.

PLANK A., MAZZONI V., CAVADA L. Tornando-se um cuidador: a experiência de novos cuidadores familiares durante a transição do hospital para casa. **Biblioteca Nacional de Medicina**. v.21, p.2072-2082, 2012. Disponível em: doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04025.x. Acesso em: 07 jul. 2024.

PORTAL DA REFORMA SANITÁRIA. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: os principais marcos históricos. 2024. Disponível em: <https://portaldareformasanitaria.org/movimento-da-reforma-sanitaria-brasileira-os-principais-marcos-historicos/>. Acesso em: 06 jul. 2024.

QUADROS, L. C. M., et al. psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v.28, n.1, p.95-103, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100010> . Acesso em: 25 nov. 2023.

RAMOS, L. M. H., RAMOS DE ARAÚJO, R. F. Uso de cartilha educacional sobre diabetes mellitus no processo de ensino e aprendizagem. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 10, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/ensinosaudeambiente/article/view/21271>>. Acesso em: 1 set. 2022

RODRIGUES, L. S.; ALENCAR, A. M. P. G.; ROCHA, E. G. Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v.62, n.2, p.271-277, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200016>. Acesso em: 20 set. 2023.

ROMERO, D. E., et al. O cuidado domiciliar de idosos com dependência funcional no Brasil: desigualdades e desafios no contexto da primeira onda da pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**. v.38, n.5, p.e00216821, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216821>. ISSN 1678-4464. Acesso em: 20 jun. 2023.

SANTANA S.F., ALMEIDA K.S., SAVOLDI N.A.M. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**.v.43, n.2, p.459-464, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200028>. Acesso em: 25 nov. 2023.

SARTORI, I. F. G.; ALMEIDA NETO, H.; HIRDES, A. Cuidadores familiares de idosos e condições de saúde física e psicológica e apoio familiar no cuidado. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 32, p. e20230100, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0100en>. Acesso em: 06 jul. 2024.

SILVEIRA, T. M., CALDAS, C. P., & CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Caderno de Saúde Pública**. v.22, n.8. p. 1629-1638. 2006. Disponível em: DOI: 10.1590/S0102-311X2006000800011. Acesso em: 12 jul. 2024.

SHYU Y., et al. As necessidades dos cuidadores familiares preveem a recuperação funcional de idosos que recebem cuidados após fratura de quadril. **Biblioteca Nacional de Medicina**. v.66, n.11, p.2450-9, 2010. Disponível em: doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05418.x. Acesso em: 02 jul. 2023.

TELES, M. A. B., et al. Condições de saúde e sobrecarga de trabalho entre cuidadores informais de pessoas idosas com síndromes demenciais. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, v. 26, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230066.pt>. Acesso em: 02 jul. 2024.

TORAL, N., SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, p.641-1650, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DPCJpt5tpXF8MsywYqjcSbz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2023.

VALQUIRIA E. R.; SABRINA P. B.; ANA S. J. B. Mulheres cuidadoras em ambiente familiar: a internalização da ética do cuidado. **Cadernos Saúde**, v.30, n.3, p. 416-423, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030228>. Acesso: 20 maio 2024.

WAIMAN M.A.P., ELSEN I. Família e necessidades... revendo estudos. **Acta Scientiarum Health Sciences**. v.26, n.1, p. 147-157, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v26i1.1643>. Acesso em: 27 jan. 2024.

YAVO, I. S., CAMPOS, E. M. P. Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. **Psicologia: teoria e prática**. São Paulo, v.18, n.1, p.20-

32, abr. 2016. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872016000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2023.

ZARIT SH, ZARIT JM. The Memory and Behaviour Problems Checklist 1987R and the Burden Interview (Technical report). Filadélfia: Pennsylvania **State University**; 1987.

**APÊNDICE A - AVALIAÇÃO SOCIOECONOMICO E SOBRECARGA DOS
CUIDADORES ESCALA DE ZARIT**

NOME:

SEXO:

IDADE:

RAÇA:

TEMPO DIARIO DE DEDICAÇÃO AO PACIENTE:

TEMPO EM ANOS DEDICADO AO PACIENTE:

VÍNCULO FAMILIAR COM PACIENTE:

RENDA FAMILIAR:

JÁ POSSUIU ALGUM TREINAMENTO/CAPACITAÇÃO PARA ATUAR COMO
CUIDADOR? () SIM () NÃO

Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar)

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA

Leve até 14 pontos Moderada 15 a 21 pontos Grave acima de 22 pontos

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (em duas vias)
 Você está sendo convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa intitulada:

O CUIDADO APLICADO A QUEM CUIDA: Condição de saúde e formação dos acompanhantes cuidadores dos pacientes de internação domiciliar na Atenção Primária à Saúde de Gurupi-TO.

O objetivo do estudo é analisar a condição de saúde e formação dos acompanhantes cuidadores dos pacientes de internação domiciliar da APS, amparando suas angustias e criando uma rotina de cuidados com sua saúde, e está sob responsabilidade da pesquisadora Juliana da Silva Vanderlei. A sua participação na pesquisa ocorrerá da seguinte forma: você irá responder a um questionário de Zarit, que avalia em escores os pontos de sofrimento durante sua atividade de acompanhante cuidador. Esse questionário permitirá determinar quais pontos de sobrecarga e adoecimento que você está vivendo e comprometendo sua saúde. Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória e você pode desistir em qualquer momento se desejar, sem ser prejudicado(a) por isso. Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo. Você não terá qualquer custo financeiro ao participar deste estudo e, também, não receberá pagamento por participar do mesmo. Me foi esclarecido que este estudo oferece riscos mínimos a saúde, visto que não. Para garantir a segurança do participante, o plano de contingência para possíveis desconfortos propõe as seguintes medidas: garantir ao participante a não violação e integridade do questionário por ele respondido; assegurar a confiabilidade e privacidade não utilizando as informações em prejuízo dos participantes. Os benefícios podem não ser diretamente comigo, mas poderemos beneficiar outras pessoas, visto que estes resultados podem influenciar outros adotarem um bom estilo de vida. Os resultados da pesquisa serão divulgados apenas com propósitos científicos, preservando-se a confidencialidade de seus dados pessoais. Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam neste termo e caso se considere prejudicado(a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a pesquisadora Juliana Vanderlei cel. 63-99227-8390, ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFT, por meio do telefone _____ ou pelo email _____

Após ter recebido todas as informações relacionadas ao estudo eu, _____, Sr(a). _____, certifico que o _____ respondeu a todas as minhas perguntas sobre o estudo e minha condição, e eu, voluntariamente, aceito participar deste projeto, pois reconheço que compreendi por completo a pesquisa, recebi informações sobre a aplicação de questionários, na qual estarei envolvido(a), bem como fui informado(a) sobre os riscos e benefícios esperados. Sei que posso retirar-me do estudo a qualquer momento. Entendi que ao participar do estudo responderei a questionários que irão avaliar meu estado de saúde e que todas as informações a meu respeito serão confidenciais. Foi-me garantido que não terei gastos em participar do estudo. Concordo que os meus dados obtidos neste estudo sejam utilizados para fins de pesquisa científica. Declaro, ainda que assinei duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que recebi uma cópia do presente. Diante do exposto, eu concordo em participar da pesquisa, e sei que terei uma cópia deste termo.

Gurupi, ____/____/_____
 Participante: _____

Assinatura: _____ Pesquisadora: Juliana Vanderlei
(orientador) Assinatura: _____