

Competências essenciais de programas de assistência domiciliar para pacientes com acidente vascular cerebral

Essential competencies of the home care program for stroke patients

Competencias esenciales de programas de atención domiciliar para pacientes con accidente cerebrovascular

Ana Railka de Souza Oliveira¹, Alice Gabrielle de Sousa Costa², Thelma Leite de Araujo³, Priscila de Souza Aquino⁴,
Ana Karina Bezerra Pinheiro⁵, Lorena Barbosa Ximenes⁶

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Doutorado, da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista CAPES. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: railkaufc@yahoo.com.br.

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Doutorado, da UFC. Bolsista FUNCAP. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: alice_gabrielle@yahoo.com.br.

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Associada II da UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: thelmaaraujo2003@yahoo.com.br.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Bolsista do Programa Nacional de Pós-Doutorado. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: priscilapeten@gmail.com.

⁵ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Associada I da UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: anakarinaufc@hotmail.com.

⁶ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Associada I da UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: lbximenes@yahoo.com.br.

RESUMO

O Programa de Atendimento Domiciliar agrega em suas atribuições inúmeras Competências Essenciais, tais como as propostas pela Agência de Saúde Pública do Canadá. Dessa forma, buscou-se avaliar a inserção dessas competências essenciais neste programa. Trata-se de um estudo transversal, realizado de janeiro a abril de 2010, com cuidadores e pacientes assistidos pelo programa. Utilizaram-se formulários e diário de campo para a coleta de dados e posteriormente buscou-se avaliar as atividades exercidas no âmbito das competências essenciais preconizadas. Assim, foi possível perceber que as atribuições exercidas pelo programa ainda se encontram aquém do que é almejado, haja vista a lógica biomédica empregada, que conduziu à implementação parcial de Competências Essenciais como: Políticas de Saúde Pública; Planejamento e Implementação; Parceria, Colaboração e Apoio e Liderança. Tal fato denota a necessidade de maiores esforços governamentais e por parte dos profissionais envolvidos no programa com vistas à melhoria da atenção oferecida.

Descritores: Promoção da Saúde; Competência Profissional; Serviços de Assistência Domiciliar; Cuidadores; Acidente Cerebral Vascular.

ABSTRACT

The Home Care Program combines uncountable Essential Competencies among its skills, such as those proposed by the Public Health Agency of Canada. Therefore, the objective of this study was to evaluate the inclusion of these essential competencies in this program. This cross-sectional study was performed between January and April of 2010, with caregivers and patients followed in the program. Forms and field diaries were used for data collection. Later, an evaluation was made of the activities performed within the scope of the recommended essential competencies. Therefore, it was possible to realize that the attributions performed by the program remain below expectations, considering the biomedical model that is used, which led to the partial implementation of Essential Competencies, such as: Public Health Policies; Planning and Implementations; Partnership, Collaboration, Support and Leadership. This fact reveals the need for greater governmental efforts and by the professionals involved in the program with a view to improving the care.

Descriptors: Health Promotion; Professional Competence; Home Care Services; Caregivers; Stroke.

RESUMEN

El Programa de Atención Domiciliar suma en sus atribuciones gran número de Competencias Esenciales, como las propuestas por la Agencia de Salud Pública de Canadá. De tal forma, buscó evaluarse la inserción de tales competencias esenciales en este programa. Estudio transversal, realizado de enero a abril de 2010, con cuidadores y pacientes atendidos por el programa. Se utilizaron formularios y diario de campo para recolección de datos; posteriormente, se buscó evaluar las actividades ejercidas en el ámbito de las competencias esenciales recomendadas. Así, fue posible percibir que las atribuciones ejercidas por el programa están aún lejos de lo esperado, vista la lógica biomédica empleada, que condujo a la implementación parcial de Competencias Esenciales como: Políticas de Salud Pública; Planeamiento e Implementación; Alianzas, Colaboración y Apoyo; y Liderazgo. Tal hecho denota la necesidad de mayores esfuerzos gubernamentales y de los profesionales involucrados en el programa apuntando a mejorar la atención ofrecida.

Descriptores: Promoción de la Salud; Competencia Profesional; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Cuidadores; Accidente Cerebrovascular.

INTRODUÇÃO

O Programa de Assistência Domiciliar (PAD) configura-se como um serviço de saúde destinado inicialmente ao atendimento de pessoas idosas que vivenciam algum nível de dependência, buscando, assim, promover ações de recuperação da autonomia no cenário do próprio domicílio, além de reforçar os vínculos familiares e de vizinhança⁽¹⁾. Tal Programa, hoje consolidado com diretrizes e atribuições bem definidas, corresponde a uma ferramenta eficaz para a promoção da saúde da população brasileira, no âmbito da diáde: cuidador/paciente.

Vale ressaltar que as internações hospitalares ocorrem por períodos cada vez mais curtos, por isso os hospitais findam por realizar a continuidade dos cuidados por meio de acompanhamento domiciliar, considerando a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar⁽²⁾. Nesse caso, faz-se importante a capacitação quanto à prestação de serviços e cuidados primários de saúde, e neste contexto emerge a figura do cuidador como importante vínculo de assistência no cenário do cuidado após a alta hospitalar.

No concernente à recuperação ou gestão da doença no dia a dia (prevenção de agravamento, efeitos negativos em longo prazo, consequências sociais, etc.), elas devem ser realizadas principalmente pelos próprios pacientes, com o apoio profissional específico do hospital, serviços especializados ou outros serviços de saúde e de apoio, como os PADs⁽³⁾. Emerge aqui a figura do enfermeiro, o qual deve ensinar e capacitar os membros familiares para executar cuidados fora do ambiente hospitalar, além de realizar o acompanhamento domiciliário de uma pessoa com incapacidades.

Assim, os PADs preparam os familiares para assumir o cuidado do paciente, a partir de um ambiente de educação, no qual são respeitadas a cultura, a criatividade e a proximidade física do cuidador em relação ao receptor de cuidador. Logo, tanto os profissionais que irão preparar os cuidadores devem ter competências para transmitir o conhecimento da melhor forma para que o cuidado seja executado de modo a garantir a recuperação do paciente, como os cuidadores devem adquirir conhecimentos e habilidades para desempenhar o seu papel. No entanto, considerando que ainda não foram publicadas diretrizes para a regulação da atenção

domiciliária, cada programa desenvolve suas próprias diretrizes.

Nesse cenário, destacam-se as competências essenciais (CEs), que se configuram como ferramentas capazes de prover os pilares da assistência e o uso de uma abordagem global de saúde pública. Assim, as CEs fornecem uma base necessária ao cumprimento das funções principais do sistema de saúde, incluindo avaliação da saúde populacional, fiscalização, prevenções de doenças e suas complicações, promoção e proteção da saúde. Ademais, fundamentam-se no conhecimento essencial, habilidades e atitudes, que se traduzem como diretrizes voltadas à melhoria do contexto de saúde⁽⁴⁾. Em relação ao PAD, as CEs funcionam como o padrão, isto é, são os elementos que todo o serviço deve possuir para garantir um bom papel dos cuidadores e para que os pacientes recebem a melhor assistência.

Diante desse cenário, o objetivo do presente estudo foi avaliar a inserção de competências essenciais preconizadas pela Agência de Saúde Pública do Canadá, no contexto do PAD voltado ao acompanhamento de pacientes após acidente vascular cerebral (AVC), além ainda de caracterizar os pacientes acompanhados por esse programa e os cuidados executados pelos cuidadores segundo a dependência do paciente.

Embora haja diferenças entre o Brasil e o Canadá, considera-se que a aproximação com uma experiência relativamente consolidada de atenção primária poderá servir de inspiração à proposta brasileira de desinstitucionalização que se encontra em construção.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado com pacientes com AVC e seus cuidadores identificados dentro dos PADs, localizados na cidade de Fortaleza/Ceará. Realizou-se entrevista com os cuidadores e, em seguida, avaliação das condições físicas dos pacientes.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão para os cuidadores: ser o cuidador familiar principal e exercer essa atividade há no mínimo dois meses. Os cuidadores que não souberam dar informações sobre o processo saúde/doença dos pacientes, assim como os cuidadores de pacientes que, além do AVC, tinham transtornos mentais, outras doenças neurológicas, eram alcoolistas ou dependentes químicos, foram excluídos do estudo.

Selecionou-se o grupo participante por conveniência de forma consecutiva e, ao final, foram entrevistadas 61 díades nos seus domicílios.

Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2010. Para a coleta, foram utilizados dois formulários: um para o paciente acometido de AVC e outro para seus cuidadores, validados anteriormente com a finalidade de identificar o perfil dessa díade. Também se utilizou de diário de campo, no qual os pesquisadores registravam todas as impressões obtidas durante a visita no PAD e nas entrevistas com as díades.

Com o paciente, avaliaram-se o sexo, escolaridade, idade, tempo da doença, realizaram-se a avaliação antropométrica, capacidade funcional, analisada pelo Índice de Barthel e pela Escala de Lawton e avaliação cognitiva pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Com os cuidadores, exploraram-se as seguintes variáveis: sexo, estado civil, escolaridade, idade, tempo como cuidador, ocupação, relação cuidador/paciente, atividades executadas e presença de rede de suporte.

Compilaram-se os dados no programa Excel 8.0 e estes foram processados e analisados com auxílio do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 15.0. Para todos os testes, o nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Procedeu-se à análise mediante uma abordagem estatística descritiva, para a qual se fez a distribuição das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e das médias, com desvio-padrão (DP) para variáveis contínuas. Para verificação da normalidade dos dados utilizaram-se o teste de Shapiro-Wilk e o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Através da observação do funcionamento do PAD, os pesquisadores também analisaram como ocorreu a inserção das competências, com auxílio de registros do diário de campo. Por meio destes, buscou-se identificar como as competências essenciais estavam inseridas na qualidade de diretrizes organizacionais e atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde⁽²⁾ no âmbito do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), segundo a Portaria nº 2029 do Ministério da Saúde, com vistas a compará-las àquelas preconizadas pela Agência de Saúde Pública do Canadá⁽⁴⁾.

Os princípios éticos da pesquisa com seres humanos foram atendidos e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, pelo Protocolo nº 310/09.

RESULTADOS

Conforme se verificou, dentre os 61 cuidadores participantes da pesquisa, a maioria era do sexo feminino (93,4%), casado(a) (52,5%), filho(a) do paciente com AVC (50,8%) e não trabalhava (82,0%), sendo que, destes, 21 (42,9%) deixaram de trabalhar para se tornarem cuidadores. No referente a suporte financeiro externo com vistas a ajudar no cuidado do paciente acometido por AVC, 55,7% relataram não contar com nenhum tipo de auxílio; contudo, daqueles que recebiam ajuda, na maioria das vezes, esta era proveniente da família (68,0%) e fornecida mensalmente (88,0%).

Ainda segundo os dados, a média de idade dos cuidadores foi de 48,2 anos ($\pm 12,4$). As variáveis escolaridade, tempo como cuidador e tempo despendido com o paciente por dia apresentaram distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$). Metade da amostra do estudo frequentou a escola por até 11 anos, cuidava do paciente há 27 meses e se dedicava 18 horas por dia à atividade de cuidar.

Além dos cuidadores primários, 72,1% dos pacientes possuíam um cuidador secundário e 26,2% pagavam alguém para auxiliar no cuidado. Quando era necessário, contavam ainda com o apoio de um cuidador eventual (36,1%).

Na Tabela 1, observa-se que a maioria dos pacientes com AVC era do sexo feminino (59,0%), a média de idade foi 73,57 anos $\pm 15,54$ e metade deles estudou apenas por até um ano.

Tabela 1: Caracterização dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. Fortaleza, CE, 2010.

Variáveis	N	%				
Sexo						
Feminino	36	59				
Masculino	25	41				
Classificação IMC						
Magreza intensa grau III	28	45,9				
Magreza intensa grau II	4	6,6				
Magreza intensa grau I	7	11,5				
Normal	20	32,8				
Sobrepeso	1	1,6				
Classificação Barthel						
Dependência total	45	73,8				
Dependência severa	13	21,3				
Dependência moderada	3	4,9				
Classificação Lawton						
Dependência total	49	80,3				
Dependência parcial	12	19,7				
Classificação MEEM						
Normal	3	4,9				
Alterado	58	95,1				
	Média	DP¹	Mediana	P25²	P75³	valor p⁴
Idade (anos)	73,57	15,5	76	62	86,5	0,33
Escolaridade (anos)	3,7	4,61	1	0	7	0,001
Número de AVC	2,19	1,45	2	1	3	0,003
Tempo do último AVC (em meses)	34,83	40,9	17	5	69	0
Número de medicamentos por dia	5,67	2,61	5	4	7	0,286
IMC estimado	16,51	4,47	15,89	13	19,7	0,837
Índice de Barthel	14,51	22,5	0	0	27,5	0
Escala de Lawton	7,82	2,24	7	7	7	0
MEEM paciente	5,62	7,97	0	0	12,5	0

¹DP - Desvio Padrão. ²P25 - Percentil 25. ³P75 - Percentil 75. ⁴Teste de Kolmogorov-Smirnov.

As variáveis tempo do último AVC e número de episódios tiveram distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$). Metade da população apresentou até dois episódios, há até 17 meses. Quase metade (45,9%) estava com magreza intensa e 32,8% com IMC normal. A média do IMC foi de 16,51 ($\pm 4,47$). Somando-se a esses dados, 45,9% dos pacientes faziam uso de dieta enteral, 72,1% apresentavam dificuldade para mastigar e 59,0%, dificuldade para engolir.

No referente ao grau de dependência dos pacientes para as atividades da vida diária (AVD), 73,8% manifestaram dependência total para as atividades básicas e 80,3%, para as atividades instrumentais. Metade da população obteve pontuação total zero no Índice de Barthel e sete na Escala de Lawton ($p < 0,05$). Esta é a menor pontuação possível de se obter em ambas as escalas. O nível cognitivo desses pacientes também esteve bastante alterado, porquanto 95,1% dos avaliados atingiram pontuação do MEEM inferior ao equivalente para o seu grau de escolaridade. Tal como outras

variáveis, essa escala revelou uma distribuição assimétrica ($p < 0,05$).

Ainda em relação aos pacientes avaliados, ressalta-se que: 85,2% eram acamados; 78,7% tinham dificuldade para falar; 70,5% não apresentavam nenhuma doença além do AVC; 57,4% não praticavam atividade física; 36,1% usavam algum curativo; 32,8% apresentavam dificuldade para ouvir; 11,5% eram traqueostomizados; e 9,8% usavam sondagem vesical.

Quando se avaliou as atividades desempenhadas pelos cuidadores, observou-se que a grande maioria recebia auxílio de um cuidador secundário ou eventual para desempenhar atividades como banho, exercícios, passar da cama para a cadeira e vice-versa, mudar de posição, levar para o banheiro, cuidados com a casa, serviços nos quais era necessária a saída do domicílio. Atividades como conduzir à deambulação ou subir escadas não eram realizadas pelos cuidadores em 75,4% e 90,2% dos casos, respectivamente.

No Quadro 1 seguem-se as atribuições do PAD local

em consonância com as competências essenciais

preconizadas pela Agência de Saúde Pública do Canadá.

Quadro 1: Inserção das atribuições do PAD local em consonância com as competências essenciais preconizadas pela Agência de Saúde Pública do Canadá. Fortaleza, CE, 2010

Competências essenciais	Atividades exercidas pelo PAD
Políticas de Saúde Pública	Segue os princípios do SUS de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;
	Adota modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares.
Comunicação	Utiliza linguagem acessível para cada tipo de relacionamento.
Planejamento e Implementação	Identifica e treina os cuidadores, envolvendo-os na realização de cuidados, como cuidados com a sonda vesical e enteral, traqueostomia, medicação, banho no leito, mudança de decúbito, curativos, etc;
	Esclarece as dúvidas e queixas dos pacientes e seus cuidadores como parte do processo de Assistência Domiciliar;
	Elabora reuniões para cuidadores;
	Promove treinamento pré e pós-desospitalização para os cuidadores;
Parceria, Colaboração e Apoio	Participa da educação permanente promovida pelos gestores.
Parceria, Colaboração e Apoio	Trabalha com uma equipe multiprofissional.
Diversidade e Inclusão	Identifica e treina os cuidadores dos usuários, envolvendo-os na realização de diversos cuidados;
	Aborda o cuidador como sujeito do processo e executor das ações.
Liderança	Estimula a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador, abordando-o como sujeito do processo e executor das ações.

Ao se avaliar as atividades desenvolvidas pelo PAD, percebe-se que elas se inserem, mesmo que em parte, em todas as CEs preconizadas para um serviço ideal de saúde pública, segundo a Agência de Saúde Pública do Canadá⁽⁴⁾. Algumas atividades não foram observadas, como falta de articulação entre os três níveis de atenção à saúde, com serviços de retaguarda e incorporado ao sistema de regulação; maior respeito aos limites e potencialidades de cada cuidador; e trabalho com o cuidador após o paciente receber alta do serviço do PAD.

Acerca das atividades desenvolvidas pelos profissionais do PAD no domicílio e conforme a percepção dos cuidadores, 37,7% referiram que os profissionais realizavam o exame físico, 31,1% mencionaram orientações sobre o cuidado do paciente acrescido do exame físico e 16,4% afirmaram não receber mais visitas.

Ademais, ao se questionar como eles aprenderam a ser cuidadores, 50,8% referiram ter aprendido a cuidar a partir das orientações dos profissionais e 26,2% relataram ter aprendido sozinhos. Quanto à existência de dúvidas sobre o cuidado do paciente, 52,5% disseram que elas ainda eram frequentes.

Assim, ao avaliar as dificuldades apresentadas pelos cuidadores, elas correspondiam às atividades nas quais era necessária a mobilização do paciente no leito,

como os cuidados de higiene (24,6%) ou exercícios com o paciente (29,5%). Entretanto, as atividades que exigiam maior conhecimento técnico foram pouco relatadas, como executar um curativo (9,8%), manejar sonda nasogástrica (4,9%) e traqueostomia (3,3%).

DISCUSSÃO

Consoante se percebe, exceto em relação aos pacientes com sequelas graves e que, por isso, demandam cuidados específicos, as tarefas nas quais os cuidadores mais se envolvem referem-se às atividades da vida diária, as quais o paciente está impossibilitado de realizar, e por um período integral. Outras atividades também mencionadas são aquelas de cuidados mais complexos, como comunicação, suporte emocional e psicológico e reintegração na sociedade⁽⁵⁻⁹⁾.

Conforme observado, percebe-se que tais atividades correspondem principalmente às competências de Planejamento e Implementação, como também Diversidade e Inclusão. Tal fato denota o desconhecimento por parte dos cuidadores acerca das competências inerentes ao serviço em questão voltado à promoção da saúde de seu familiar, haja vista que as mesmas eram implementadas pelo serviço.

Essa ideia revela a contradição presente no processo de trabalho no PAD, pois, muitas vezes, o domicílio é utilizado apenas como um espaço físico e geográfico onde se presta o cuidado, mantendo-se a lógica do modelo hospitalocêntrico, curativo e individual. Isso implica organizar a atenção à saúde de modo a incluir não apenas ações e serviços nas quais o foco da atenção incida sobre a doença, a incapacidade e a morte, mas, sobretudo, desenvolver ações dirigidas ao controle dos agravos à saúde⁽¹⁰⁾.

O cuidado é, portanto, uma atividade totalmente absorvente, quer ao longo dos dias, quer, às vezes, ao longo das noites da pessoa que assume cuidar do familiar. Se o cuidador agregou também a execução de tarefas domésticas, conciliá-las com os cuidados pessoais exige uma habilidade na organização do tempo e da execução desses cuidados^(6,11-12). Consoante se constata, as atividades desenvolvidas se relacionam com as condições dos pacientes. Quanto mais comprometida a autonomia destes, maiores são as demandas e a complexidade das atividades executadas pelo cuidador.

Logo, o cuidador incorpora o encargo de desempenhar as tarefas que o doente não tem mais possibilidade de fazer, que vão desde a higiene pessoal até as atividades administrativas. As consequências dessas novas atividades repercutem na vida pessoal dos cuidadores. Eles se sentem sobrecarregados ao acumular papéis familiares que os levam a desempenhar funções que vão além de suas capacidades ou exigem considerável ônus físico, psicológico e social⁽¹²⁾, o que requer um maior preparo para o desempenho desses papéis. Portanto, o PAD, através de Políticas de Saúde Públicas fortalecidas, parcerias com outros níveis de atenção e com sua equipe interdisciplinar, busca amenizar essa realidade, por meio da capacitação das famílias e dos profissionais para lidarem com essa situação.

Cuidar de pacientes acometidos por AVC é desgastante por causa da variedade de danos de ordem motora, sensorial, visual, de linguagem, cognitiva e problemas afetivos causados por essa doença. Embora as condições sociodemográficas não sejam facilmente passíveis de modificação pelo indivíduo, a dependência nas AVD é um fator que pode ser mutável com prevenção e reabilitação⁽¹²⁾.

No concernente às características sociodemográficas identificadas em nossa amostra, estas foram similares ao

perfil dos cuidadores de paciente com AVC no âmbito nacional e internacional⁽¹²⁻¹⁵⁾, ou seja, mulheres, esposas e filhas dos pacientes com AVC.

Quanto à prática de alguma atividade laboral, a maior parte dos cuidadores não trabalhava (82%), realidade também observada em outras pesquisas^(7,16). Entretanto, responder pelo cuidado de um familiar não exime o cuidador de seus demais papéis familiares e profissionais. É indispensável conciliar o ser mãe/pai, filho/filha, esposo/esposa e as demandas exigidas por estas funções⁽¹¹⁾.

No estudo ora desenvolvido, a média de idade dos cuidadores foi 48,2 anos (DP= ± 12,4). Um ponto a ser destacado é que, na literatura especializada, a faixa etária dos cuidadores, na maioria das vezes, é a mesma das pessoas de quem cuidam, ou seja, são idosos jovens independentes cuidando de idosos dependentes⁽¹⁷⁾. Essa aproximação entre as idades não foi observada neste trabalho, porquanto a média de idade dos pacientes foi bem superior a de seu cuidadores.

Para cuidar no domicílio, a presença de rede social de apoio é imprescindível para auxiliar no resgate da autonomia do doente, bem como na qualidade de vida do cuidador, ao permitir liberdade para retomar seu plano de vida alterado pela doença. Nesse contexto, o suporte familiar, as redes sociais formal e informal constituídas por instituições, serviços oficiais públicos ou privados, rede de amigos e voluntários, desempenham um importante papel de facilitador⁽¹⁸⁾. Portanto, o PAD é um dispositivo capaz de promover incorporações de valores que levem a mudanças no modo de agir dos cuidadores, estimulando o seu compromisso e responsabilização perante a saúde dos usuários.

Ao avaliar as atividades desempenhadas pelos cuidadores, segundo se observou, elas se estendiam às atividades básicas e instrumentais da vida diária, as quais consumiam a quase totalidade do tempo diário do cuidador (mediana=18 horas por dia). Entretanto, quando não estavam cuidando do paciente, desempenhavam as atividades de casa. Desse modo, pouco tempo era destinado ao seu lazer e até mesmo ao repouso.

Outra questão a ser destacada envolve a sobrecarga de funções compreendidas nas 24 horas diárias dispensadas na responsabilidade do cuidar, considerando-se que, por exigir cuidados especiais e grande atenção, o paciente, muitas vezes, conforme sua

trajetória de vida e estado de saúde, requer dedicação exclusiva⁽¹⁹⁾.

Assim, a assistência domiciliar à saúde vem transpor as práticas institucionalizadas da saúde, visando construir uma nova ação profissional com base na inserção dos profissionais de saúde em sua comunidade e, principalmente, em seu domicílio. Ao adentrar esse espaço, o profissional insere-se de forma a desenvolver suas ações e interações com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo paciente; mas observando também os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança, o grau de esclarecimento da família. Assim, cabe ao profissional, em seu trabalho interdisciplinar, atentar para todas essas questões e atuar com vistas à integralidade de suas ações⁽²⁰⁾. Logo, são importantes propostas de promoção da saúde e ações preventivas, além do trabalho centrado no conhecimento biomédico.

Como evidenciado, os pacientes com AVC do presente estudo apresentaram variados graus de dependência para realização das AVD. Portanto, o cuidador deve ser valorizado e também alvo do cuidado. Isto porque é muito positiva a permanência do paciente dependente na comunidade com seus familiares. Porém, caso este cuidador não consiga exercer plenamente a atividade de cuidar de um paciente com AVC, ele poderá se tornar o próximo paciente, demandando cuidado⁽²¹⁾.

Prestar assistência à saúde no domicílio, contudo, é muito mais do que simplesmente levar a equipe de saúde ao paciente com dificuldade de locomoção ou realizar orientações com relação à higiene e alimentação. É compreender o contexto socioeconômico e cultural que envolve os hábitos de higiene e alimentação da família; o significado da dificuldade de locomoção para o paciente e sua influência na dinâmica familiar. É, ainda, avançar na compreensão do contexto no qual estas pessoas se inserem⁽²⁰⁾.

Diante dessa circunstância, uma das formas de assistência inclui orientações básicas sobre saúde, cuidados necessários, possíveis complicações e sintomas. Há de se considerar, entretanto, que, muitas vezes, as orientações fornecidas são incoerentes e até impossíveis de serem implementadas no domicílio, em virtude das condições socioeconômicas e culturais em que a díade vive⁽⁷⁻⁸⁾.

Surge, então, a necessidade de uma equipe multidisciplinar para atuar junto aos cuidadores de pacientes após um AVC, no intuito de reduzir/aliviar a sobrecarga de trabalho, situação tão comum na prática de cuidados continuados a pessoas com dependência. Dessa forma, espera-se incentivar o cuidador para a adoção de práticas preventivas na busca da promoção da saúde e da prevenção de agravos.

Assim, a orientação e a educação para os familiares dos pacientes acometidos por AVC é papel fundamental de todos os profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro. Compete-lhe propiciar orientações básicas sobre como evitar a sobrecarga ao se tornar um cuidador. Dessa forma, a assistência de enfermagem pode ser interpretada como um apoio adicional indispensável à superação da crise então vivenciada.

Além das ações em âmbito particular e pontual, como orientações sobre como realizar o cuidado, assistência à saúde, apoio físico e emocional aos cuidadores, cabe aos profissionais ações baseadas nos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando uma intervenção mais efetiva na mudança do perfil de saúde e doença dessa população. Isso significa atuações intersetoriais e participação da comunidade para planejar as ações voltadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas dependentes e de seus cuidadores, como proposto em outra pesquisa⁽²²⁾.

A orientação/educação para a saúde certamente pode trazer amplos benefícios à recuperação do paciente e ainda proporcionar maior tranquilidade e apoio técnico-emocional aos cuidadores que desempenham esta difícil tarefa. Quando aconselhados e orientados, os familiares estarão mais preparados para intervir adequadamente nas situações de cuidado, sem que haja prejuízos a sua saúde física e emocional ou no seu estilo de vida⁽²¹⁾.

A função de prevenir perdas e agravos à saúde deverá abranger, igualmente, a figura do cuidador. Para tanto, devem ser desenvolvidos programas destinados a prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo que podem afetar a saúde e a qualidade de vida da população cuidadora⁽²²⁾. Na prática assistencial, são válidos os grupos de suporte aos familiares de pacientes com alta dependência que enfatizam o suporte educacional, social e psicológico como formas para melhorar a qualidade de vida dos familiares⁽¹⁸⁾. No entanto, o PAD muito tem que se desenvolver, pois esse

programa representa uma estratégia para reverter a atenção centrada em hospitais e propicia a construção de uma nova lógica de atenção, com enfoque na promoção e prevenção da saúde e na humanização da atenção.

Verifica-se, portanto, a necessidade de se ampliar e qualificar a comunicação e os sistemas de informação entre a atenção básica e os PADs, uma vez que não foi possível identificar elementos que caracterizem a articulação desses serviços para garantir a complementaridade das ações e a integralidade da atenção. Faz-se necessário maior vínculo com as Unidades Básicas de Saúde e com as Equipes de Saúde da Família, no intuito de sistematizar a referência e a contrarreferência entre os PADs e a rede de cuidados progressivos dos municípios.

Há que se destacar, todavia, que, em grande parte dos atendimentos domiciliares, os cuidados são de longo prazo. Assim, a resolatividade não se relaciona somente ao tratamento e cura da doença, mas ao trabalho com as diversas situações que emanam no contexto familiar a cada visita realizada, em que a atuação profissional não se restringe apenas a acompanhar o doente, pois ela objetiva evitar que o contexto domiciliar também adoça, enfocando os familiares⁽²⁰⁾.

Por fim, convém destacar alguns elementos considerados relevantes, como o treinamento e capacitação da equipe. Partindo do reconhecimento de que a Assistência Domiciliar apresenta especificidades organizacionais e técnicas, considera-se pertinente a inclusão em uma proposta de um componente relativo ao treinamento e capacitação para os profissionais responsáveis pela operacionalização dos procedimentos⁽²¹⁾, devido à necessidade do processo de cuidado englobar, além de competências técnicas, os aspectos interpessoais e humanísticos da relação profissional-paciente-família.

CONCLUSÃO

Conforme se verificou, o PAD configura-se como uma estratégia atual e eficaz de Promoção da Saúde no Brasil, centrada na díade cuidador/paciente. Pacientes estes que apresentam doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para o AVC, que geralmente culmina em sequelas incapacitantes. Assim, a maioria dessas pessoas apresenta dependência total quanto à realização de atividades de vida, sejam elas básicas ou instrumentais. Tal fato converge em considerável demanda de cuidados que esta população enfrenta e que muitas vezes é fornecido pelos familiares.

No contexto das Competências Essenciais preconizadas pela Agência de Saúde Pública do Canadá, foi possível perceber que as atribuições exercidas pelo PAD ainda se encontram aquém do que é recomendado para que se obtenha um cenário de saúde adequado à melhoria da qualidade de vida das pessoas. Percebeu-se que o modelo de atenção estudado ainda é regido pela lógica biomédica, não usufruindo de todas as possibilidades que as CE apresentam.

Nesse âmbito, destaca-se que algumas atribuições eram exercidas apenas em parte, e estas se referiam a Competências como: Políticas de Saúde Pública; Planejamento e Implementação; Parceria, Colaboração e Apoio e, por último, Liderança.

Há uma gama de atividades que ainda não são implementadas por este serviço e que, certamente, poderiam contribuir no contexto abordado, desde a otimização das capacidades residuais dos idosos dependentes até a prestação de um cuidado seguro e correto por parte dos familiares. Usufruindo ainda das redes de apoio existentes e órgãos governamentais envolvidos. Vale destacar, também, a figura do profissional enfermeiro inserido na equipe multiprofissional e que, por ter uma posição mais próxima ao paciente/cuidador, pode oportunamente colaborar para a concretização de ações ainda mais eficazes.

REFERÊNCIAS

1. Portaria nº 73, de 10 de Maio de 2001. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, nas modalidades previstas na Política Nacional do Idoso, e aos desafios que o crescimento demográfico impõe ao país. Diário Oficial da União (Brasília). 2001 Mai 14.
2. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União (Brasília). 2011 Ago 25.

3. WHO. HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO; 1998.
4. Public Health Agency of Canada. Core Competencies for Public Health in Canada. Release 1.0. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2008.
5. Zem-Mascarenhas SH, Barros ACT. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2013];11(1):45-54. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a06.htm>.

6. Morais HCC, Soares AMG, Oliveira ARS, Carvalho CML, Silva MJ, Araujo TL. Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso em: 30 jun 2013];20(5):944-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500017>.
7. Rodrigues LS, Alencar AMPG, Rocha EG. Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2013];62(2): 271-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200016>.
8. Moreira RP, Araujo TL, Cavalcante TF, Oliveira ARS, Holanda GF, Morais HCC et al. Cuidador de cliente com acidente vascular encefálico: associação com diagnósticos de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] 2010 [acesso em: 30 jun 2013];12(3):425-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6391>.
9. Araújo IM, Paul C, Martins MM. Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. *Ciênc. cuid. Saúde* [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2013];8(2):191-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v8i2.8198>.
10. Nogueira MAA, Azeredo ZA, Santos AS. Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012 [acesso em: 30 jun 2013];14(4):749-59. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i4.13205>.
11. Souza CB, Abreu RND, Brit EM, Moreira TMM, Silva LMS, Vasconcelos SMM. O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2013];17(1):41-5. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v17n1/v17n1a08.pdf>.
12. Andrade LM, Costa MFM, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2013];43(1):37-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100005>.
13. Visser-Meily A, Post M, van de Port I, Maas C, Forstberg-Wärleby G, Lindeman E. Psychosocial functioning of spouses of patients with stroke from initial inpatient rehabilitation to 3 years poststroke: course and relations with coping strategies. *Stroke* [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2013];40(4):1399-404. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.516682>.
14. Fonseca NR, Penna AFG. Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2008 [acesso em: 30 jun 2013];13(4):1175-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400013>.
15. Gomes SR, Senna MCM. Cliente com Acidente Vascular Cerebral e as interfaces da assistência de enfermagem para reabilitação. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2008 [acesso em: 30 jun 2013];7(2). Disponível em: <http://www.obinursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1676-4285.2008.1420>.
16. Braz E, Ciosak SI. O tornar-se cuidadora na senescência. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2013];13(2):372-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200019>.
17. Cramm JM, Strating MM, Nieboer AP. Satisfaction with care as a quality-of-life predictor for stroke patients and their caregivers. *Qual Life Res* [Internet]. 2012 [acesso em: 30 jun 2013];21(10):1719-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-011-0107-1>.
18. Maniva SJCF, Freitas CHA. Cuidado de enfermagem no adoecimento por acidente vascular encefálico: revisão integrativa da literatura brasileira. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012 [acesso em: 30 jun 2013];14(3):679-89. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i3.12363>.
19. Nascimento LC, Moraes ER, Silva JC, Veloso LC, Vale ARMC. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 [acesso em: 30 jun 2013];61(4):514-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400019>.
20. Lacerda MR. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010 [acesso em: 30 jun 2013];15(5):2621-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500036>.
21. Darder JJT, Carvalho ZMF. La interface del cuidado de enfermería con las políticas de atención al anciano. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em: 30 jun 2013];65(5):721-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500002>.
22. Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em: 30 jun 2013];65(5):829-38. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500017>.

Artigo recebido em 17/04/2012.

Aprovado para publicação em 23/01/2013.

Artigo publicado em 30/06/2013.