



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Gustavo Alves Coelho

Abordagem da saúde dos cuidadores

Rio de Janeiro

2016

Gustavo Alves Coelho

Abordagem da saúde dos cuidadores

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientador: Roberto José Adrião Povoleri Fuchs

Rio de Janeiro

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno: Gustavo Alves Coelho

Título da Monografia: Abordagem da saúde dos cuidadores

Orientador: Roberto José Adrião Povoleri Fuchs

Banca Examinadora:

Prof.

Prof.

Prof.

Dedico esse trabalho de conclusão de curso primeiramente a Deus, a minha família que sempre me apoiou em tudo, e a minha noiva, Gabriela Calixto Mandaro, por sempre me incentivar em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda a Equipe da UBS Chacrinha- Paracambi-RJ, por toda a parceria durante o período que trabalhei lá e ao professor, Roberto José Adrião Povoleri Fuchs, por mostrar a essência da Saúde da Família e Comunidade.

" Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim." Chico Xavier

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
REVISÃO DE LITERATURA	11
JUSTIFICATIVA	16
OBJETIVOS	17
Objetivo Geral	17
Objetivo Específico	17
METODOLOGIA	18
DISCUSSÃO E RESULTADOS	19
CONCLUSÃO	23

LISTA DE SIGLAS

ESF- Estratégia da Saúde da Família

UBS- Unidade Básica da Saúde

PI- Planilha de Intervenção

PROVAB- Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

AVE- Acidente Vascular Cerebral

RESUMO

Trata-se de uma abordagem sobre atenção aos cuidadores familiares na Estratégia de Saúde da Família (ESF), levando em consideração suas ações com os seus doentes e com sua própria saúde. Em função do envelhecimento populacional crescente, vem aumentando a demanda dessas pessoas no dia a dia, que muita das vezes é um familiar. Porém a saúde deles não pode ser esquecida. Discutiremos a abordagem de uma família acompanhada pela UBS Chacrinha, onde um membro da mesma cuidava de outro com sequelas de AVE. A partir desse cenário, realizamos reuniões de equipe, levamos em consideração a Planilha de Intervenção (PI) realizada durante o curso com supervisão médica do PROVAB, para que alcançássemos uma melhor qualidade vida do cuidador e da família em si, destacando a sua importância e disseminando a saúde e minimizando as intercorrências diárias.

Descritores: Cuidadores; Saúde da Família; Envelhecimento; Estratégia de Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O estudo busca conhecer como a questão dos cuidadores familiares é discutida na literatura brasileira do campo da saúde e como se articula na Unidade Básica de Saúde da Família (UBS). A Estratégia de Saúde da Família, é uma proposta que reafirma os princípios de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade e tem como principal objetivo criar condições favoráveis para mudança do modelo tradicional da prática assistencial centrada na doença e na hospitalização, para uma prática centrada na pessoa, sua família e sua comunidade. É uma estratégia de reorganização de serviços visando prevenção, promoção, cura e recuperação, além de atuação sobre os determinantes de saúde de uma dada população, ocorrendo uma mudança de paradigmas. (Martins JJ et al, 2007; Amendola, F et al, 2007)

Segundo Almeida T.L., o atual perfil demográfico e epidemiológico brasileiro, caracterizado pelo envelhecimento populacional e aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, evidencia o aparecimento de grupos populacionais com limitações nas atividades cotidianas e maiores necessidades de cuidados à saúde. A família, enquanto principal responsável pela formação pessoal e social dos indivíduos, assume a função de cuidado diante de tais situações e seu papel torna-se particularmente relevante durante períodos transitórios ou permanentes de menor capacidade física e/ ou psíquica de seus membros. Nesse contexto surge a figura do cuidador, pessoa que presta cuidados fundamentais a alguém que apresente algum tipo de

dependência, de forma parcial ou integral. Nem sempre esse cuidador é um profissional, muitas das vezes alguém da família se coloca nesse papel.

O cuidador tem um importante papel de ligação entre a equipe de saúde e a pessoa cuidada, executando tarefas do dia a dia. Entretanto, mais que isso, como membro da família, o cuidador é usuário do serviço de saúde e também requer atenção específica, inclusive de caráter preventivo. Considerando tais aspectos, segundo Amendola F., cuidar de quem cuida “passa a ser então um problema real e uma função no papel dos profissionais de saúde, principalmente aqueles vinculados à Atenção Primária a Saúde”.

REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento, enquanto fenômeno biológico, apresenta-se em cada ser humano idoso de um modo singular. Se quantificarmos o envelhecimento através dos decréscimos da capacidade de cada órgão, a velhice poderia ser interpretada como uma etapa de falência e incapacidades na vida. No entanto, enquanto processo natural e previsto na evolução dos seres vivos, percebe-se que a pessoa não fica incapacitada porque envelhece. Ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. Desse modo, velhice não deve ser considerada como doença, pois as doenças mais comuns nesta etapa da vida são preveníveis, diagnosticáveis e tratáveis. (Martins JJ et al, 2007)

Segundo Agustini (2003), os últimos censos demográficos realizados no Brasil apontaram um inequívoco envelhecimento de sua população. O avanço tecnológico possibilitou o “envelhecimento artificial da população, produzido por técnicas médicas e não pelo investimento de Políticas Públicas”.

Junto à transição demográfica observou-se também uma transição epidemiológica. As doenças infecto contagiosas (controladas pelas vacinas, drogas e medidas de saneamento) diminuíram sua incidência, enquanto as doenças crônicas não transmissíveis passaram a prevalecer, atingindo principalmente a população idosa. O desafio, portanto, passou a ser compatibilizar o aumento da expectativa de vida com a necessária qualidade em seu desenrolar. (Martins JJ et al, 2007)

A maneira como cada pessoa vive será muito importante na qualidade de envelhecimento que apresentará. Assim, como Brêtas (2003) destacou: “A

utopia do corpo conservado para sempre só se realiza com a mumificação. Dura-se para sempre, só que à custa do movimento, do prazer, da dor e da vida “.

A comunicação do diagnóstico de uma doença crônica sempre causa impacto nos familiares. Apesar de no início ser difícil aceitar ou mesmo perceber os sintomas, com a evolução da doença as pessoas passam paulatinamente a aceitar o quadro, embora essa aceitação não seja total. (Silveira TM et al., 2006). Com o diagnóstico e aceitação da doença, começa a tomada de decisão de quem será o cuidador principal entre os familiares, com a influência de diversos fatores referentes à história familiar.

Os filhos justificam-se pelo lugar que ocupam na família. Um porque é o filho mais velho, outro porque é o líder, outro porque é solteiro, uma porque é a filha mais nova, outros porque foram abandonados. Constatamos que o conflito em torno de quem vai cuidar ocorre mais entre os filhos, visto que os esposos se sentem na obrigação de cuidar. (Silveira TM et al., 2006).

Muitas vezes os familiares não entram em um consenso e um profissional, que não faz parte dessa família, se torna um cuidador principal.

Em muitos cuidadores não familiares podemos perceber sentimentos antagônicos em curto espaço de tempo: amor e raiva, paciência e intolerância, carinho, tristeza, irritação, desânimo, pena, revolta, insegurança, negativismo, solidão, dúvida quanto aos cuidados, medo de ficar doente também, medo de o paciente estar sofrendo, medo de o paciente morrer.

Segundo Almeida (2006), para a maioria dos cuidadores, familiares principalmente, as atividades de cuidar de alguém doente, mais

especificamente o idoso, foram aprendidas sozinhas, na prática, com base em erros e acertos. As dificuldades encontradas na realização das atividades domiciliares variaram conforme o grau de dependência do idoso e o suporte familiar que o cuidador recebeu. As alterações no corpo e na saúde, após o início das atividades como cuidador, variaram entre as físicas, como aparecimento de dores no corpo, principalmente na coluna, e alterações psicológicas e sentimentais como estresse, depressão, angústia e aumentos das preocupações. As observações gerais dos cuidadores sobre o processo de cuidar de alguém doente variaram entre os que acreditaram que estava bom e estavam conformados com a situação, e aqueles que relataram ser uma questão de obrigação, carinho e responsabilidade.

Segundo Karsch (2003), em 98% dos casos pesquisados, o cuidador era alguém da família, predominantemente do sexo feminino (92,9%). A maior parte era formada de esposas (44,1%), seguidas pelas filhas (31,3%); as noras e as irmãs não foram freqüentes. O cuidador familiar revelou-se o ator social principal na dinâmica dos cuidados pessoais necessários às atividades de vida diária dos portadores de lesões que lhe tiraram a independência, contudo, 67,9% dos cuidadores entrevistados prestavam estes cuidados sem nenhum tipo de ajuda. A faixa etária de 59% dos cuidadores estava acima de 50 anos e 41% tinham mais de 60 anos. Os dados mostraram, também, que 39,3% de cuidadores, entre 60 e 80 anos, cuidavam de 62,5% de pacientes da mesma faixa etária, o que mostra que pessoas idosas estão cuidando de idosos. As condições físicas desses cuidadores levaram a inferir que os cuidadores são doentes em potencial e que sua capacidade funcional está constantemente em

risco. Os dados sobre a saúde dos cuidadores reforçam essa hipótese: dos casos entrevistados, 40,7% tinham dores lombares, 39,0%, depressão, 37,3% sofriam de pressão alta, 37,3% tinham artrite e reumatismo, 10,2%, problemas cardíacos, e 5,1%, diabetes.

Ainda citando Karsch (2003), apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas de proteção social ao idoso, estas ainda se apresentam muito restritas na oferta de serviços e programas de Saúde Pública, como na amplitude da sua intervenção.

O Estado se apresenta como um parceiro pontual, com responsabilidades reduzidas, que atribui à família a responsabilidade maior dos cuidados desenvolvidos em casa a um idoso na dependência de outra pessoa. Constata-se que inexistem políticas mais veementes no que se refere aos papéis atribuídos às famílias e aos apoios que cabem a uma rede de serviços oferecer ao idoso dependente e aos seus familiares.

O cuidador familiar precisa ser alvo de orientação e receber em casa periódicas visitas de profissionais, médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Este apoio é fundamental quando se trata de um casal de idosos, em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante.

É necessário destacar que deve ser levado em conta as mudanças econômicas que as famílias brasileiras estão passando e principalmente aquelas que apresentam pacientes que necessitam de cuidados, que

demandam gastos que na maioria das vezes não são programados e nem esperados.

Dessa maneira, o envelhecimento com dependência toma significados particulares que, dentro de um contexto histórico, social, político, econômico e cultural, precisa ser analisado e esclarecido. Na metrópole brasileira, cenário em que se concentra o envelhecimento saudável, também se acumula o envelhecimento em dependência. (Resende M et al., 2008)

Assim, o envelhecimento em dependência e a figura do cuidador estão criando uma nova realidade, fazendo com que ocorra mudanças por parte das políticas públicas de saúde, principalmente porque essa nova realidade de envelhecimento brasileiro está ocorrendo em um período de crise econômica do país, deixando, com certeza, a população de baixa renda mais desamparada e carente, demandando posturas de apoios compensatórios a essa realidade, para que não se crie um cenário de exclusão social desses idosos menos favorecidos mais grave do que sua incapacidade funcional.

JUSTIFICATIVA

No âmbito saúde doença, muitas das vezes só colocamos em destaque o doente e deixamos de levar em consideração aqueles que cuidam, que estão no dia a dia executando tratamento de uma doença ou melhorando a qualidade de vida dos pacientes que necessitam de cuidado.

Esta situação modifica toda uma rotina e estrutura familiar, como podemos perceber na família abordada

OBJETIVOS

- *Objetivo geral*

Aplicar a planilha de intervenção (PI) em uma família da microárea 05 da UBS Chacrinha, no município de Paracambi- RJ.

- *Objetivos específicos*

- Identificar as dificuldades e necessidades enfrentadas pela cuidadora;
- Melhorar a saúde do cuidador e a dinâmica familiar através das propostas discutidas em equipe com enfoque na abordagem centrada na pessoa e na família;
- Sensibilizar a equipe para criação e importância do uso da planilha de intervenção.

METODOLOGIA

Durante reunião com supervisão médica do PROVAB, foi decidido montar uma planilha de intervenção para atuar na Família Miranda, devido se tratar de dois idosos, onde um tem sequela de AVE, e outro é o cuidador, que sofre toda pressão pelos cuidados com os problemas de saúde e pessoais da família. A partir dai foram identificados os problemas em reuniões de equipe que foram alinhavados e proposto intervenções com visitas domiciliares.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Segundo Agustini (2003), o envelhecimento brasileiro é uma realidade, aumentando a perspectiva de vida e com isso o índice de doenças crônicas, fazendo com que os idosos necessitem de cuidados, diminuindo a sua capacidade funcional e entrando em cena a figura do cuidador, que, muitas vezes, é um familiar.

Com essa nova realidade social, decidimos abordar a dinâmica da família Miranda da UBS Chacrinha, em que a esposa, hipertensa, já idosa, se tornou cuidadora de seu marido após um AVE que o deixou hemiplégico direito e dependente. Segundo Silveira TM et al., 2006, a comunicação do diagnóstico de uma doença crônica sempre causa impacto nos familiares e com o diagnóstico e aceitação da doença, começa a tomada de decisão de quem será o cuidador principal entre os familiares, com a influência de diversos fatores referentes à história familiar.

Os filhos justificam-se a não ter a responsabilidade de cuidar pelo lugar que ocupam na família, ou porque é o filho mais velho ou porque tem liderança ou pelo estado civil, outros porque foram abandonados. Constatamos que o conflito em torno de quem vai cuidar ocorre mais entre os filhos, visto que nos casais, o companheiro se sentem na obrigação de cuidar. Assim como na família Miranda, os filhos não participavam e sua esposa, não tendo outra alternativa, se viu na obrigação de cuidar do seu cônjuge.

Levando em consideração os dados apresentados por Karsch (2003), em 98% dos casos pesquisados, o cuidador era alguém da família,

predominantemente do sexo feminino (92,9%). A maior parte era formada de esposas (44,1%), seguidas pelas filhas (31,3%); as noras e as irmãs não foram freqüentes. Tal fato também foi observado na família em questão. No nosso caso, o cuidador passou a ser a esposa.

A faixa etária de 59% dos cuidadores estava acima de 50 anos e 41% tinham mais de 60 anos. Os dados mostraram, também, que 39,3% de cuidadores, entre 60 e 80 anos, cuidavam de 62,5% de pacientes da mesma faixa etária, o que mostra que pessoas idosas estão cuidando de idosos, o que pudemos perceber na nossa prática diária com o casal em questão.

As condições físicas desses cuidadores levaram a inferir que eles são doentes em potencial e que sua capacidade funcional está constantemente em risco. Segundo Karsch (2003), os dados sobre a saúde dos cuidadores reforçam essa hipótese: dos casos entrevistados, 40,7% tinham dores lombares, 39,0%, depressão, 37,3% sofriam de pressão alta, 37,3% tinham artrite e reumatismo, 10,2%, problemas cardíacos, e 5,1%, diabetes. Correlacionando a estado de saúde da cuidadora em questão com as estatísticas apresentadas acima pelo Karsch (2003), vimos que esses dados são verdadeiros na nossa realidade diária, ela era hipertensa, estava abrindo um quadro de depressão e com isso procurava a UBS com frequência.

Segundo Almeida (2006), para a maioria dos cuidadores, familiares principalmente, as atividades de cuidar de alguém doente, mais especificamente o idoso, foram aprendidas sozinhas, na prática, com base em erros e acertos. As dificuldades encontradas na realização das atividades

domiciliares variaram conforme o grau de dependência do idoso e o suporte familiar que o cuidador recebeu. Observando nossa família, em questão, não havia apoio familiar nenhum, as dificuldades eram maiores, o que levava os erros serem mais frequentes do que os acertos, como por exemplo: as mudanças de decúbito não estavam sendo feitas até devido a dificuldade de mobilização do mesmo; e não tinha alimentação adequada, visto que o paciente estava dislipidêmico. A partir desses erros, explicamos maneiras de mobilizar o paciente facilitando a troca de decúbito e observando sempre a postura da cuidadora, orientamos sobre a alimentação de 3/3h, não fazer uso de banha, evitar frituras, preferir alimentos grelhados, verduras e legumes a vontade. E principalmente conseguimos mostrar aos seus filhos a importância e necessidade de suas participações até para diminuir o estresse emocional de sua mãe.

As alterações no corpo e na saúde, após o início das atividades como cuidador, variaram entre as físicas, como aparecimento de dores no corpo, principalmente na coluna, e alterações psicológicas e sentimentais como estresse, depressão, angústia e aumentos das preocupações, que ela também apresentava de forma exacerbada, principalmente nas suas visitas recorrentes e frequentes a UBS. As observações gerais dos cuidadores sobre o processo de cuidar de alguém doente variaram entre os que acreditaram que estava bom e estavam conformados com a situação, e aqueles que relataram ser uma questão de obrigação, carinho e responsabilidade. Ao meu ver, ela considerava o ato de cuidar como sendo uma obrigação.

O cuidador familiar precisa ser alvo de orientação e receber em casa periódicas visitas de profissionais, médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Este apoio é fundamental quando se trata de um casal de idosos, em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante. E foi exatamente através de visitas periódicas médicas, de enfermagem, de psicóloga, odontológicas e do agente comunitário que foi baseado nossa intervenção para com essa família. Fazendo com que fosse abordado: higiene bucal; controle de pressão arterial e glicemia, visto que além da esposa ser hipertensa, o paciente é hipertenso e diabético; e o quadro emocional da cuidadora, para melhor estabilização. Orientei a agente comunitária para realizar visitas com maior frequência, levando para a UBS a evolução desse cenário. E como era necessário a maior participação dos filhos, convidei os para uma conversa informal, expondo toda a dinâmica que estava ocorrendo com seus pais, e havia necessidade de suas participações. Com a nossa intervenção, estabilizamos a pressão arterial e glicemia do casal, melhoramos o psicológico dela, conseguimos diminuir as intercorrências e melhoramos a relação familiar, havendo uma melhor qualidade de vida dentro de suas limitações.

Porém, após todo o trabalho multidisciplinar realizado com a família, podemos afirmar que conseguimos diminuir a estatística de exclusão social do idoso.

CONCLUSÃO

Os cuidadores são pessoas essenciais e cada vez mais presentes no dia a dia das comunidades, devido ao envelhecimento da nossa população. Porém muitas vezes não há recursos suficientes e conhecimento adequado, pois muitos passam a exercer essa função de forma repentina, quando um familiar adoece, e se tornam responsáveis pela: alimentação, higienização de fraldas, banho, prevenção e cuidados com úlceras de pressão, o que leva a um estresse emocional. Este fato comprovasse na família Miranda, em que a esposa era a cuidadora familiar, com várias limitações e estresse emocional, além dos recursos limitados. Através de uma intervenção da equipe da UBS, propiciamos a mudança na dinâmica melhorando o bem estar da família, cuidador e paciente. A sua esposa ficou menos sobrecarregada, já que os filhos começaram a participar mais e o marido passou a ter cuidados melhores, aumentando a prevenção de doenças naquele lar.

Realizando visitas domiciliares e reuniões multiprofissionais na equipe da UBS Chacrinha, não só aumentamos a proximidade da família com a unidade de saúde, como destacamos todos os pontos negativos, elaboramos e colocamos em prática ações estratégicas da PI, aumentando a prevenção de doenças e a saúde e diminuindo o estresse emocional. Desta forma, o verdadeiro objetivo da saúde da família e comunidade pode ser alcançado e não aumentando a demanda dos níveis secundários e terciários.

ABSTRACT

It is an approach to care for family caregivers in the Family Health Strategy (ESF) , taking into account their actions with their patients and their own health. Because of the growing aging population , has increased the demand of these people on a daily basis , a lot of the time is a family . But their health can not be overlooked . We discuss the approach of a family get-together followed by UBS , where a member of the same took care of each other with stroke sequelae. From this scenario , we held team meetings , we consider the intervention worksheet (PI) held during the course with medical supervision PROVAB for us to reach a better quality life of the caregiver and the family itself, highlighting its importance and disseminating health and minimizing the daily complications.

Keywords: Caregivers ; Family Health; Aging; Family Health strategy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Martins, J.J; Albuquerque, G.L, Nascimento, E.R.P, Barra, D.C.C, Souza, W.G.A. Pacheco WNS. *Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 254-62

Agustini, F.C. *Introdução ao direito do idoso*. Florianópolis (SC): Fundação Boiteux; 2003.

Brêtas A.C.P. *Cuidadores dos idosos e o sistema único de saúde*. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília (DF) 2003 maio/jun;56(3):298-301.

Silveira, T.M. et al. *Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8):1629-1638, ago, 2006.

Almeida, T.L. *Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família*. Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade, v. 2, n. 6 (2006).

Karsch, U. M. *Idosos dependentes: famílias e cuidadores*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):861-866, mai-jun, 2003.

Resende,M; Colamarco F; Dias, E.C. *Cuidadores de idosos um novo/ velho trabalho*. Physis (Rio J); 18(4): 785-800, 2008.

Amendola, F. *Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos em domicílio pelo programa de saúde da família do município de São Paulo*.Dissertação (mestrado - Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007.