

GENTIL DE MORAES GODOY  
GILMARA PETRY  
JURACY WERNECK DE CAPISTRANO  
ROBERTO JOSÉ SPENA

**QUEM CUIDA DO CUIDADOR?**

Joinville/ 2007

GENTIL DE MORAES GODOY  
GILMARA PETRY  
JURACY WERNECK DE CAPISTRANO  
ROBERTO JOSÉ SPENA

## **QUEM CUIDA DO CUIDADOR?**

Projeto de ação comunitária apresentado ao Curso de Enfermagem, do Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina - Unidade de Ensino Joinville, no semestre 01/2007.

Orientadora: Dayane Clock

Joinville, 2007

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>1 JUSTIFICATIVA</b> .....	2
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	4
2.1 OBJETIVO GERAL.....	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	5
3.1 CUIDADO HUMANO E O CUIDADOR.....	5
3.2 AUTOCUIDADO E VISITA DOMICILIÁRIA.....	6
3.3 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	7
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	9
<b>5 RELATO E DISCUSSÃO</b> .....	10
5.1 ANÁLISE E NARRATIVA DAS FAMÍLIAS.....	11
5.1.1 Primeiro caso: Estrela Verde.....	11
5.1.2 Segundo caso: Estrela Rosa.....	13
5.1.3 Terceiro caso: Estrela Branca.....	14
5.1.4 Quarto caso: Estrela Amarela.....	15
5.2 ATIVIDADES REALIZADAS NAS VISITAS DOMICILIÁRIAS.....	17
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	18
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	20
<b>ANEXOS</b> .....	22
Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	23
Anexo 2 – Roteiro para Coleta de Dados.....	24

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que existem diversos tipos de cuidadores, mas aqui se aterá apenas a dois tipos principais: o formal e o informal. O Cuidador formal é a assistência domiciliar do médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem, entre outros profissionais da saúde; possui um custo alto quando não é da rede oficial de saúde ou providenciada pela comunidade de apoio; já o Cuidador informal situa-se na família e entre os amigos daquele que necessita de ajuda. Esse é o que precisa de apoio para continuar cuidando de seu familiar acamado, orientação sobre a enfermidade, valorização e reconhecimento que podem ser demonstrados por intermédio de suporte físico, social e afetivo prestados pela comunidade onde vive.

Desses cuidadores voluntários muito é exigido e pouco lhes é oferecido. Deverão estar atentos à medicação, alimentação, conforto e higiene do paciente, ouvir suas queixas, quase adivinhar o que querem, tudo com muita compreensão, dedicação e amor, além de cuidarem da casa, dos filhos e dos outros integrantes da família. Tais situações de excesso de atribuições colocam em risco o doente e prejudicam a saúde do próprio cuidador.

Ao realizar cuidados a pacientes acamados nos hospitais durante os estágios observou-se com nitidez o cansaço, a ansiedade e muitas vezes o desespero dos cuidadores informais que serviam de acompanhantes dos doentes e que teriam de prestar os cuidados necessários após a alta, no lar.

O trabalho que segue teve por finalidade contribuir na capacitação de cuidadores informais, fazendo-os entender a necessidade da prevenção e do auto cuidado. Sob orientação e apoio da coordenação e equipe de enfermagem da Unidade Básica de Saúde do bairro Jardim Iriú foram realizadas visitas domiciliárias a quatro famílias com pacientes acamados acometidos de AVC (Acidente Vascular Cerebral) onde foram dadas as devidas assistências.

## 1 JUSTIFICATIVA

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), a partir de 1996, vem constituindo, na população brasileira, como causa principal de internações, mortalidade e deficiências, acometendo a faixa etária acima de 50 anos, superando até mesmo as doenças cardíacas e o câncer. Mesmo quando não é mortal, essa doença leva com freqüência a deficiências parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para ele, sua família e a sociedade. É no âmbito familiar que cada vez mais ela será resolvida, por isso os profissionais precisam se instrumentalizar para adquirir uma visão crítica para o oferecimento de uma assistência de qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Vários autores reforçam o papel vital da família em determinar os resultados da reabilitação do paciente. A presença de deficiências físicas severas em um indivíduo cria uma crise não só para a família, mas para ele também. Uma deficiência é uma condição que requer períodos longos de supervisão, observação e cuidado. Por causa das necessidades em longo prazo, a pessoa deficiente, freqüentemente, depende dos membros da família para o cuidado físico, contatos sociais, apoio emocional e ajuda financeira. O grau de recuperação pode depender da habilidade familiar (cuidador informal) em oferecer apoio ao portador dessas deficiências. E isso, freqüentemente, transforma-se em uma sobrecarga significativa para a família (BOCCHI, 2004).

Em conversa com enfermeiras e técnicos de enfermagem que fazem as visitas domiciliares aos doentes do bairro Jardim Iririú, ficaram evidentes as dificuldades encontradas, como por exemplo, o fato de que o cuidador informal não está preparado e nem foi orientado para atender o paciente no domicílio:

- a) Esquece dos horários para administrar os medicamentos, achando que não é importante ou mesmo por falta de conhecimento, ou por cansaço, pois, além de trabalhar fora, ainda tem de cuidar de um doente em casa, muitas vezes, sozinhos;

- b) Para facilitar o trabalho e não precisar trocar fraldas, colocar papagaio ou comadre, o cuidador não medica o doente com os diuréticos, por exemplo, ou dá menor quantidade de alimentos que o necessário.

E esses são só alguns dos motivos pelos quais pareceu ser fundamental fornecer informações e acompanhamento adequado aos cuidadores informais para que desempenhem bem suas funções, sem comprometer seu bem-estar físico, mental e emocional, podendo assim ter melhora na qualidade de vida, sua, da família e da comunidade.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Orientar os cuidadores do acamado por AVC no domicílio sobre a importância e necessidade do autocuidado.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Oferecer suporte ao cuidador informal para que, ao realizar seu trabalho, não prejudique sua saúde;
- b) Incentivar e orientar o doente para assumir seu tratamento com responsabilidade, auxiliando seu cuidador no que lhe for possível;
- c) Fornecer informações aos cuidadores sobre alimentação saudável, hidratação, técnicas de relaxamento, exercícios físicos e importância de ter um tempo para cuidar de si;
- d) Enfatizar a importância do envolvimento de toda a família no cuidado com o acamado.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo WALDOW (1999), cuidado humano fundamenta a caminhada na conquista de uma comunidade mais amorosa e solidária. Resgata o significado humanístico da enfermagem demonstrando o respeito e amor às pessoas cuja maior aspiração é ser e viver com dignidade.

#### 3.1 CUIDADO HUMANO E O CUIDADOR

O cuidado humano é uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Pessoas se relacionam numa forma a promover o crescimento e o bem-estar do outro. No cuidado humano existe um compromisso, uma responsabilidade em estar no mundo, que não é apenas para fazer aquilo que satisfaz, mas ajudar a construir uma sociedade com base princípios morais, uma história da qual se tenha orgulho (WALDOW, 1999).

Ainda segundo a autora, o cuidador é aquele que dirige seus cuidados a indivíduos com necessidades e demandas de atenção no domicílio.

LEITÃO E ALMEIDA (2000), conceituam cuidador como pessoa que assume a responsabilidade de cuidar, dar suporte ou assistir alguma necessidade da pessoa cuidada, visando a melhoria de sua saúde.

Há várias tentativas de conceituar diferentes tipos de cuidadores, entre eles os cuidadores formais e informais. Cuidador formal é o profissional preparado numa instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio segundo as necessidades específicas do cliente. Cuidadores informais são pessoas da família ou da comunidade que prestam cuidados de forma parcial ou integral a doentes acamados com déficit de autocuidado (VILAÇA, 2005).

Desses cuidadores exige-se compromisso, conhecimento, experiência, ser consciente, verdadeiro, honesto, capaz de entender as necessidades do outro e muitas outras qualidades. Diante de tantas exigências é freqüente vivenciarem depressão, problemas cardíacos e nervosos ou outras doenças, se sentirem

carentes de atenção e afeto, pois, suas vidas passam a girar em torno do que o acamado sente, quer e precisa (LINS, 2003).

Toda família pode e deve ajudar no processo do cuidar e para isso é muito importante que na alta do paciente e retorno ao domicílio a equipe de enfermagem dê esclarecimento e apoio para que se sintam seguros e possam auxiliar o cuidador (LINS, 2003).

### 3.2 AUTOUIDADO E VISITA DOMICILIÁRIA

O alto índice de doentes com AVC que dependem da ajuda de outras pessoas para realizar atividades cotidianas, levou a um aumento do número de cuidadores informais, que, necessitam de suporte do sistema oficial de saúde, pois, geralmente, se entregam ao cuidado do outro e não percebem a necessidade de se cuidar, afastando-se do convívio social, além de abandonar atividades de lazer (NETTINA, 2003).

Um dos instrumentos utilizados pelos técnicos de enfermagem para intervir no processo de cuidado informal é a Visita Domiciliária, a qual possibilita observar e registrar as atividades das famílias proporcionando oportunidades de planejar e promover uma assistência que estimule o desenvolvimento do autocuidado de acordo com sua própria realidade tornando-as mais independentes dos serviços de saúde (LINS, 2003).

Além disso, esse método faz com que esse profissional conheça melhor o indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto ou ambiente, que é caracterizado pelas condições de habitação, higiene, saneamento básico e relações sócio-afetivas entre os vários membros da família. Esses são fatores importantes a serem identificados pela enfermagem para a prestação de uma assistência integral à saúde, além de proporcionar um melhor relacionamento do profissional com a família, assegurando uma prática menos formal, buscando terapias e formas alternativas, favorecidas, às vezes, pelo próprio meio ambiente dos familiares (LINS, 2003).

### 3.3 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Conhecido popularmente como "derrame cerebral", o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a terceira causa de morte em vários países do mundo e a principal causa de incapacitação física e mental (VARELLA,2007).

O termo AVC denota a instalação súbita da afecção, e representa um dos aspectos mais graves da doença que o paciente se vê obrigado a enfrentar, ou seja, o profundo choque que o mesmo sofre, ao perceber que, de um momento para outro, e sem aviso prévio, perdeu a capacidade funcional de metade do seu corpo, aquela que fica ao lado oposto ao da sede da lesão (a explicação desse fato é o cruzamento das fibras que emergem do cérebro, dirigindo-se para a metade oposta do corpo) (DAMIANI *et al.*, 2002).

O paciente perde o controle dos movimentos. Por esse motivo, a grande maioria se apresenta deprimido, irritado, às vezes até agressivo, profundamente apreensivo, já que é incapaz de prover as próprias necessidades, ou de enfrentar as tarefas cotidianas (NETTINA, 2003).

É caracterizado pela lesão no cérebro causada por um "acidente" em um dos vasos sanguíneos que irrigam a região cerebral, onde ocorre um entupimento impedindo a circulação sanguínea, caracterizando o "AVC isquêmico", ou, ainda, um vaso sanguíneo pode se romper provocando um sangramento no cérebro. Nesse caso, a denominação é "AVC hemorrágico" (MADI, 2007).

Pode ser causado por várias doenças, mas também existem fatores de risco. Os mais comuns para os tipos isquêmico são pressão alta, diabetes, doenças cardíacas e taxas de colesterol e triglicérides altas. Pode acometer pessoas fumantes. No caso do AVC hemorrágico, os fatores que o ocasionam são a pressão alta, distúrbios de coagulação e, eventualmente, a presença de aneurisma cerebral (dilatação das paredes de artérias ou veias), que é congênito (a pessoa nasce com ele) (MADI, 2007).

Os sintomas dependem da parte do cérebro que foi lesada. Em geral, podem haver dificuldades na fala e nos movimentos ou alterações na visão. Formigamento ou fraqueza numa das partes do corpo também é comum, além de dor de cabeça repentina. Esses sintomas são os mais comuns e podem até ter relação com

outro problema, mas a recomendação é que a pessoa procure imediatamente um hospital (Jornal AME, 2000).

Em geral, deixa seqüelas, que podem ser graves, dependendo da área do cérebro afetada e do tempo que o paciente levou para ser atendido. As mais comuns são:

- a) paralisia total ou parcial de um dos lados do corpo;
- b) alteração da fala, tanto no que diz respeito à expressão, quanto à compreensão;
- c) alterações visuais;
- d) alterações de memória. (Jornal AME, 2000).

A pessoa que sofre AVC isquêmico deve procurar imediatamente um médico neurologista para prescrição de medicamentos apropriados para dissolver os coágulos, causado por entupimento de vaso, para que o sangue volte a circular normalmente na região cerebral atingida (DAMIANI *et al.*, 2002).

A reabilitação é a fase mais importante no tratamento, passado o momento agudo do acidente. Existem várias maneiras e sua aplicação vai depender do tipo de comprometimento neurológico que a pessoa tiver. Por exemplo, no comprometimento motor há intervenções fisioterápicas de várias naturezas. Se o paciente tiver alteração na fala, a Fonoaudiologia pode ser recomendada. Outros tipos de distúrbios, como por exemplo, o distúrbio de atenção, podem ser reabilitados com tratamentos neuropsicológicos. Somente um especialista deve prescrever o melhor tratamento e a reabilitação adequados para cada caso. (BOCCHI, 2004).

O AVC pode atingir qualquer faixa etária, sendo mais raro na infância. É mais freqüente nas pessoas acima de 45 anos. Há isquemias relacionadas com os pacientes que têm diabetes e hipertensão arterial, mas existem outros fatores de risco que são comuns em pacientes mais jovens, como os sangramentos cerebrais por aneurisma, que podem acontecer entre a terceira e quarta décadas da vida. Há também casos de AVC causados por uso de pílula anticoncepcional ou consumo de drogas. (Jornal AME, 2000).

## 4 METODOLOGIA

Este é o relatório da prática assistencial que teve como proposta dar orientações aos cuidadores do acamado por AVC no domicílio sobre a importância e necessidade do autocuidado.

O projeto de ação comunitária tem carga horária de 200 horas, destas, 80 são destinadas à prática assistencial, que desenvolveu-se na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Iririú. Com orientação da professora enfermeira Dayane Clock, no período de 05/03/2007 a 30/05/2007.

Para a implantação do projeto foram visitadas algumas UBS e estudados vários prontuários até que a enfermeira da UBS Jardim Iririú viesse a indicar as quatro famílias que mais se enquadravam no perfil desejado pela equipe para a execução do projeto.

As atividades desenvolvidas tiveram como foco principal os cuidadores de quatro indivíduos distintos acometidos por AVC.

Primeiramente realizou-se uma interação com a família onde foi possível ter a oportunidade de apresentar os objetivos do Projeto de Ação Comunitária (PAC), após entregou-se o termo de consentimento esclarecido (Anexo 1) e o questionário para preenchimento do histórico da família (Anexo 2) que possibilitou a verificação do quadro clínico de todos. Sanou-se as dúvidas sobre as informações prestadas.

A execução do projeto baseou-se em 11 visitas domiciliares com duração de aproximadamente duas horas por visita, somando um total de 88 horas.

Para manter o anonimato das famílias optou-se por utilizar-se nomes fictícios às famílias: estrela amarela, estrela branca, estrela rosa e estrela verde.

## 5 RELATO E DISCUSSÃO

Através do Anexo 2, foram feitas as seguintes considerações quanto às famílias visitadas:

- a) todas têm casa em alvenaria com mais de cinco cômodos;
- b) sem tratamento de água, somente água da rede;
- c) as famílias são compostas por quatro pessoas;
- d) pelo menos um membro da família tem trabalho fixo;
- e) 25% são aposentados e os outros 75% são sustentados pela pensão dos acamados ou pelo chefe de família que trabalha.

O que chamou muito a atenção é que todos os cuidadores são portadores de doenças crônicas, tais como: diabetes mellitus, dislipidemia, HAS, lombalgia e hipotireidismo, desses, a grande maioria (75%) tomam remédios prescritos por médicos, porém, não conseguem seguir corretamente as prescrições nem procurar retorno ao atendimento médico na rede básica de saúde próximo de suas casas devido suas atribuições.

Todas são do sexo feminino, têm em média 55 anos e 75% não praticam exercícios físicos. A maioria delas dedica-se sozinha ao cuidado com o acamado, por isso o único horário para descanso é quando o mesmo está repousando.

Sua maior preocupação é com relação ao sofrimento do doente, que não pode falar o que sente, e, de também ficarem doentes ou mesmo virem a falecer deixando o acamado sem alguém que tome conta. Todas temem que o acamado venha a ter outro AVC piorando seu estado de saúde ou vindo a falecer, pois algumas dependem financeiramente do aposento do acamado.

### 5.1 ANÁLISE E NARRATIVA DAS FAMÍLIAS

### 5.1.1 Primeiro caso: Estrela Verde

Residência de H. e M.L.: família constituída por quatro pessoas adultas, todos aposentados. A primeira visita foi em 06/03/2007 com a apresentação dos componentes da equipe, preenchimento do termo de consentimento (Anexo 1) e questionário de coleta de dados (Anexo 2). Houve uma conversa informal sobre o “Projeto de Ação Comunitária” a ser realizado.

H. é chefe da família, 76 anos, apresenta um problema sério de circulação, passou por várias cirurgias, deambula muito pouco, faz alguma atividade no jardim da casa porque gosta de plantar flores, ajuda no que é possível. É uma pessoa tranqüila e de fácil convívio.

M.L. é a esposa de H., tem 70 anos, e é o foco principal do estudo. É a cuidadora informal familiar de três doentes. Apresenta-se com sérios problemas de coluna: artrose, lombalgia, osteoporose difusa, espondilose dorsal, esclerose, litíase vesicular e renal, dislipidemia, hipotireoidismo e hipertensão. Tudo provado por exames: RX, hemograma, ultra-sonografia e abdominal, pedidos pelos médicos da UBS Jardim Iririú, onde ela realiza suas consultas, sempre que possível, renova as receitas de L., C. e conduz o marido, pois todos fazem uso de vários medicamentos, e ela tem a preocupação de uso correto.

C. é o filho de 49 anos acamado há seis, vitimado por AVC, ficando seqüelado com hemiplegia do lado direito; fala com muita dificuldade e tem crises convulsivas. Devido o problema tornou-se agressivo, agitado, e pronuncia palavras rudes à mãe. É retirado da cama de manhã cedo e movimentado através de cadeira de rodas com ajuda de M.L. e de K. uma cuidadora informal que presta serviço à família, auxiliando no banho dos doentes e arrumação da casa, no período matutino. Após o banho de aspersão com auxílio, o paciente é alimentado com café e pão e depois conduzido ao banho de sol onde permanece por certo tempo e pede para retornar à cama. As eliminações urinárias realiza com o uso do papagaio e intestinais no banheiro.

Observou-se durante as visitas que a mãe tem muita preocupação com o filho, com sua magreza, irritabilidade e com as convulsões. Mas, mesmo assim, não deixa de aproveitar o que ele pode realizar por conta própria, como, segurar o

papagaio para urinar, alimentar-se e ajudar a conduzir sua cadeira de rodas com a mão esquerda.

L. é a mãe de M.L., tem 94 anos, é cega, diabética, hipertensa e está acamada há bastante tempo. Fala bastante, chama a filha constantemente, querendo atenção a qualquer hora do dia ou da noite; verbaliza palavras agressivas e desconexas, tem delírios com pessoas falecidas, grita muito. Pela manhã, após a retirada da fralda, é conduzida ao banheiro numa cadeira própria, faz as necessidades fisiológicas e a cuidadora lhe dá banho de aspersão, veste e a conduz ao café em cadeira de rodas. Toma café preto (não gosta de chá, nem leite) com pão ou bolacha, almoça, faz um lanche da tarde e janta.

Foi questionado sobre o uso em excesso de café preto, mostrando os males que pode causar ao organismo e que deve ser evitado.

Segundo LEE (1994), o café, como toda droga, cria dependência. Por ser um estimulante do sistema nervoso central, cria uma excitação artificial, que sempre será seguida por um período de depressão. Essa depressão solicita outra dose de café para voltar do estado normal. Nervosismo, aumento de pressão arterial, palpitação, gastrite, úlceras, insônia, tendência a aumentos de tumores de mamas, são algumas conseqüências dessa bebida de cada dia.

Foram dadas orientações quanto à dieta do diabético e hipertenso através de folhetos.

Foi notada a preocupação das cuidadoras com a pele de L. que, por ser muito fina, facilmente sangra e necessita de curativo, a filha procura prevenir assaduras e úlceras de pressão ao movimentá-la, e, sempre está sendo feita a hidratação da pele.

Mensalmente, vem da Unidade Básica de Saúde uma enfermeira fazer visita à família, ela realiza o exame de Hemoglicoteste (HGT) e verifica a pressão arterial (PA) de todos da casa.

Notou-se que, devido às ocupações com o marido, o filho, a mãe, a casa e conseqüentemente a aquisição de tantos problemas de saúde, a cuidadora privou-se de todas e quaisquer atividades sociais e de lazer, vivendo exclusivamente em função dos doentes. Por isso, encontra-se cansada, estressada, com fortes dores lombares e evidente déficit de autocuidado. Contudo, sempre mostrou-se uma

pessoa sorridente, humana, buscando forças em Deus para enfrentar a situação e muito agradecida a sua ajudante, dizendo ser uma pessoa especial que lhe dá um grande auxílio.

#### 5.1.2 Segundo caso: Estrela Rosa

Visita realizada à residência de O.R. e S.R., ambos com 38 anos, casados, pais de uma menina de 6 anos, e, de um adolescente de 14 anos, mas, filho somente de S.R.. Também mora na residência o pai de S.R., o M.S.; e a mãe, a M.M., que faleceu no período da realização desse trabalho.

M. M. tinha 74 anos, era cega, tinha sido acometida por AVC há oito meses, e era totalmente dependente, apresentava úlcera de grau quatro na sacral e trocanter do lado direito; sua alimentação, hidratação e medicação era fornecida através de sonda gastroenteral. Tinha diabetes e usava insulina regularmente e tramal para dor. No dia 10/04/07 teve convulsão, foi levada ao Pronto Atendimento Norte pela ambulância do SAMU de manhã e a noite conduzida ao Hospital São José, onde veio a falecer dia 12/04/2007 pela tarde.

M. S., o pai, tem 75 anos, e muita dificuldade para movimentar-se por ter fraturado o fêmur esquerdo após uma queda. Divide seu dia entre a cama, a cadeira da cozinha onde toma café e ouve rádio e o sofá da varanda; o banho e a locomoção são auxiliados pela filha.

Para realizar os cuidados de higiene como banho e curativos em seu pai e sua mãe, S.R. contava com a ajuda de uma auxiliar, contratada para trabalhar no período diurno, a qual possuía experiência no cuidado de idosos. Mas, demitiu-se três semanas antes da morte de M.M.

O marido, O.R., é técnico em radiologia e não ajuda, pois, afirma que, ter doente em casa só serve para deixar a pessoa que cuida, doente também. Ele é o único que trabalha na casa e nas horas de folga dedica-se à construção de quitinetes para alugar. Pouco importa-se com sua esposa.

S.R., é: mãe, esposa, cuidadora e hipertensa; não toma os medicamentos e não faz atividades físicas, ou seja, importa-se muito com os doentes da casa esquecendo-se de si mesma.

A equipe orientou-a sobre a necessidade de reservar um tempo de seu dia para cuidar de si própria. No momento da visita, aceitava as sugestões, mas, após alguns dias, já não seguia mais as instruções.

### 5.1.3 Terceiro caso: Estrela Branca

Visitas realizadas à residência de V.C., divorciada. Onde também moram o filho, J.C., solteiro, e, sua mãe T.C., 74 anos, acamada, totalmente dependente acometida por AVC.

O primeiro derrame ocorreu há sete anos, sem muitas seqüelas e o segundo há três anos, causando total dependência. Alimenta-se por sonda gastroenteral, sendo preparada e administrada pela cuidadora V.C.. Parece reconhecer as outras duas filhas e netos, que raramente a visitam, porém, sua comunicação é quase incompreensível. O banho é dado no leito, pela filha, que não tem condições de sentá-la, pois, normalmente está sozinha. Durante o banho a cuidadora dispensou a ajuda da equipe, mas, foi possível observar a preocupação com conforto para evitar úlceras de pressão.

Também foi possível perceber que, ao término do banho, V.C. apresentou-se extremamente cansada e queixosa, pois, além do esforço que faz no cuidado com a mãe, ela própria também apresenta problemas de saúde como: obesidade, colesterol alto, hipertensão, diabetes, problemas vasculares, que lhe causam muita dor. Com o agravamento do quadro de saúde de T.C., a filha privou-se de atividades sociais, de lazer e não há tempo para seu próprio acompanhamento médico, suas duas irmãs pouco ajudam no cuidado com a mãe, pois, ao entendimento delas como V.C. recebe a aposentadoria de dona T.C. deve cuidar dela integralmente.

A Cuidadora é religiosa, e relata que, há alguns anos atrás as irmãs revezavam no cuidado da mãe durante à noite nos dias em que ela podia ir ao culto na igreja, mas, atualmente não têm tempo para ir.

Durante as visitas, foi possível conhecer, também, as outras duas filhas de T.C.; uma delas está extremamente abatida, e relatou estar trabalhando muito, passando por problemas de saúde e sentindo-se esgotada. Já a outra filha não quis falar sobre sua vida dizendo que sempre que era possível visitava a mãe. A

cuidadora diz compreender as irmãs e ainda tenta ajudá-las quando possível. Apesar de toda dificuldade relata que sua maior preocupação é que sua mãe venha a falecer, pois depende financeiramente do seu aposento.

A cuidadora informou ter dificuldades em administrar a dieta da mãe, pois o que a Unidade Básica de Saúde (UBS) fornece não é o ideal para a dieta integral, e que o complemento alimentar é bem caro. Além dos cuidados de higiene e conforto e a lentidão que a dieta é administrada por falta de material adequado, faz com que a cuidadora passe o dia e parte da noite em função da alimentação de sua mãe, não tendo assim, tempo nem disposição para seu autocuidado, mesmo apresentando problemas de saúde, estando sem acompanhamento médico, e tendo forte resistência a aceitar mudança de hábitos.

A Secretaria de Saúde do Município foi procurada pela equipe do Projeto para saber de que forma poderia ajudando a cuidadora. Foram colhidas todas as informações e repassadas a V.C., para que, então, fosse providenciada a documentação necessária para receber do município os cuidados alimentares adequados para sua mãe.

#### 5.1.4 Quarto caso: Estrela Amarela

Visita realizada à residência de D., que, é cuidadora do esposo, Sr. J.F., e de sua mãe, Sra. R.M..

J.F. tem 57 anos, foi acometido por AVC há treze, encontra-se atualmente afásico, deambula com dificuldade, tem hemiplegia lateral direito, boa visão, e alimenta-se sem auxílio.

R.M. tem 83 anos, foi acometida por AVC há dois anos e dez meses, tem hemiplegia lateral esquerdo, escoliose, reumatismo, joelho esquerdo com artrite, pouca visão, faz eliminações em fraldas descartáveis, não possui úlcera de decúbito, fica a maior parte do tempo sentada, faz banho em cadeira com aspensão, sua alimentação é sólida estimulada e líquida auxiliada.

A cuidadora também é responsável por um irmão solteiro etilista, que acarreta alguns problemas em consequência de quedas.

Os medicamentos dos acamados são administrados pela cuidadora com esmero e cuidado nos horários.

A cuidadora fortalecida por sua atribuição e necessidade ao atendimento dos dependentes e sua família, deixa para segundo plano sua saúde. Quando questionada sobre a mesma, não relata espontaneamente suas debilidades do ponto de vista clínico e psicológico.

D.F. que ainda sofre de lombalgia e hérnia de disco, relata que muitas vezes tem dificuldades de levantar de sua cama devido a dores e que tem receio de realizar procedimento cirúrgico de coluna, pois tem medo de se tornar incapaz de realizar suas tarefas de cuidadora, visto que não há outra pessoa que possa fazê-lo.

A equipe do Projeto confeccionou caixas para a identificação dos medicamentos, onde foi possível constatar que a cuidadora é analfabeta. Para melhorar sua auto-estima, foi sugerido que dispusesse de tempo para si, cursando um Programa de Alfabetização para Adultos.

O asseio e o capricho de sua casa pode perfeitamente ser o raio x de seu esforço. Além dos cuidados permanentes com os três, tem um filho solteiro que trabalha a noite e estuda no período vespertino, portanto, sem tempo de oferecer ajuda.

Diante dessa sobrecarga física e psicológica, a equipe do Projeto conseguiu dar sugestões para ajudar em sua rotina, entre elas, pedir auxílio de seu esposo, na cozinha, na limpeza da varanda e do quintal, pequenos reparos, recolhimento das roupas do varal, realização de compras e pagamentos. Segundo BOCCHI (2004), desta forma, atende a relutância por suporte e ajuda da família.

## 5.2 ATIVIDADES REALIZADAS NAS VISITAS DOMICILIÁRIAS

- a) explicações sobre AVC e cuidados no domicílio;
- b) orientações sobre o uso dos medicamentos;
- c) confecções de caixinhas para o armazenamento dos medicamentos;
- d) consulta dos prontuários dos pacientes na Unidade Básica de Saúde;

- e) observação de exames;
- f) encaminhamento de paciente ao atendimento médico;
- g) dinâmicas e atividades recreativas, mensagem de otimismo, e pensamentos positivos;
- h) massagem de conforto;
- i) auxílio nos banhos de aspersão;
- j) cuidados no uso das sondas para alimentação dos pacientes;
- k) confecção de cartazes explicativos sobre os fatores de cura;
- l) entrega de folders explicativos de doenças crônicas e outros cuidados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidador informal precisa receber orientações de como proceder nas situações mais difíceis.

Também precisa receber em casa, visitas periódicas de profissionais como: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, entre outros. Essas visitas são fundamentais para ajudá-lo a lidar com a mudança em seu estilo de vida, pois passa a viver em função do doente. E pode não perceber que está precisando de ajuda e orientação para seu autocuidado, já que cada pessoa reage diferente diante da doença de um ente querido.

O fardo de cuidar não está associado apenas às alterações de comportamento do paciente, mas também com a dificuldade do mesmo na realização de tarefas rotineiras e insatisfação do cuidador com a assistência de parentes e amigos (VILAÇA, 2005).

Durante o período de convivência com as famílias, foi possível perceber que tinham capacidade para resolver seus problemas, algumas solicitavam ajuda quando se encontravam em dificuldade, sem saber o que fazer ou quando esgotavam os esforços para encontrar as soluções. Cada família reage de uma forma e nem sempre aceita ou procura ajuda, portanto foi necessário que antes de intervir houvesse conhecimento das reações das famílias para que se pudesse respeitá-las.

Nas visitas realizadas foi incentivado que as cuidadoras delegassem tarefas para algum membro da família, até para o próprio doente, para que pudessem ter um tempo para cuidarem de si, como:

- a) a realização de uma atividade física;
- b) a busca por algum tipo de lazer;
- c) a mudança de hábitos alimentares;
- d) a procura de orientações médicas.

À medida que foram realizadas as visitas domiciliares foi possível observar que as orientações e aconselhamentos fornecidos estavam sendo bem aceitos, pelo vínculo de amizade que formou-se. Isso era possível perceber pelo brilho no olhar

com o qual recebiam a equipe do presente Projeto e os convites para que voltassem.

Portanto, muitas vezes, não há necessidade de atuar de forma complexa quando se tenta solucionar ou amenizar os problemas encontrados. Quando a atuação é apenas técnica, não fica evidente que o que realmente importa é o olhar, o sentir, o tocar e solidarizar-se.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOCCHI, S.C.M.; ANGELO, M. **Interação cuidador familiar pessoa com AVC:** autonomia compartilhada. Revista Latino-Americana de Enfermagem 12 (1): 115-121.

DAMIANI, I. T. *et al.*, 2002. AVC: Acidente vascular cerebral. Disponível: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos>. Acesso em: 10 fev. 2007

DUARTE, Y.A.O. **Cuidadores de idosos:** uma questão a ser analisada. O Mundo da Saúde, 1997.

JORNAL DA AME (Associação Metroviários dos Excepcionais), 2000; Ano V; n.º 23 ; Disponível em: <http://www.entreamigos.com.br/dicas/acidente.html>. Acesso em: 15 fev 2007

LEE, S. K. **Liberte-se.** Elisa M. S. Biazzi: São Paulo, 1994

LEITÃO, GCM; ALMEIDA, DT. DE. **O cuidador e sua qualidade de vida.** Acta Paulista de Enfermagem, 2000.

LINS, D.P.N. **O idoso no contexto familiar:** enfoque ao cuidador. Ielusc. Joinville, 2003.

MADI, P.C. Derrame Isquêmico e Hemorrágico. Disponível em: <http://www.saudevidaonline.com.br>. Acesso em 10 fev 2007

Ministério da Saúde 2000. Programas e projetos: doenças cardiovasculares. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 02 fev. 2007

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

VARELLA, Drauzio. Derrame Cerebral. Disponível em:  
<http://www.drauziovarella.ig.com.br/arquivo.asp>. Acesso em: 12 fev 2007

VILAÇA, C.M. *et al.* **O cuidado de cuidadores informais em domicílio –**  
Percepção de Acadêmicos de Enfermagem, 2005.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.

## **ANEXOS**

## Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para participar deste estudo, eu estou ciente de que:

1. Minha participação é voluntária;
2. As informações que serão fornecidas poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas minha identidade será sempre preservada;
3. Será realizada uma entrevista para esclarecer algumas questões relativas ao trabalho de cuidador informal de paciente com AVC;
4. Poderei desistir do trabalho em qualquer momento.

Após ter tomado conhecimento desses fatos, aceito participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto:

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar da entrevista do projeto de pesquisa “Quem cuida do cuidador”, em data e local marcados antecipadamente. Estou ciente de que as informações serão tratadas sigilosamente e caso decida não mais participar tenho a liberdade de retirar este consentimento. Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Ciente desta pesquisa e de meus direitos autorizo **a realização da entrevista.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Assinatura dos Pesquisadores

Joinville, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

## Anexo 2 – Roteiro para Coleta de Dados

### I – Roteiro para coleta de dados

#### 1) Identificação:

Nome completo do (a) chefe da família:.....

Idade:.....Sexo:.....Ocupação:.....

Nome do entrevistado:.....

Endereço:.....N.º.....

Bairro:.....CEP.....Telefone:.....

#### 2) Entrevista:

5.2.1.1.1 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Visitadores: \_\_\_\_\_

#### 3) Características do Domicílio:

3.1 Tipo de casa:

( ) Alvenaria            ( ) Madeira            ( ) Própria            ( ) Alugada

3.2 Número de cômodos:

( ) 1   ( ) 2   ( ) 3   ( ) 4   ( ) 5 ou mais

3.3 Tratamento de água:

( ) Clorada            ( ) Fervida            ( ) Filtrada            ( ) Sem tratamento

**4) Quantos membros compõem a família**

\_\_\_\_\_ adultos                      \_\_\_\_\_ crianças

**5) Quantos trabalham fora? \_\_\_\_\_**

5.1 O cuidador trabalha fora?            (    ) Sim            (    ) Não

5.2 Qual o horário de trabalho? \_\_\_\_\_

**6) O cuidador possui alguma enfermidade (s)?**

(    ) Não

(    ) Sim Qual: \_\_\_\_\_

6.1 Faz uso de medicamentos? Quais \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7) Faz acompanhamento médico ambulatorial regularmente? (    ) Sim (    ) Não

7.1 Quando consultou pela última vez? \_\_\_\_\_

**8) Há quanto tempo presta cuidados ao acamado? \_\_\_\_\_**

**9) Quantas pessoas estão envolvidas no cuidado com o doente? \_\_\_\_\_**

**10) Qual a maior preocupação da família com relação ao doente? \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11) Como é alimentação da família?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12) Como é a alimentação do doente?**

---

---

---

**13) O cuidador faz algum exercício físico? Qual?**

---

**14) Existe algum horário que o cuidador reserva para seu repouso?**

---

---

**15) Demais dúvidas**

---

---

---