

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ADÉLIA SANTOS DO AMARAL
ALLANE DE OLIVEIRA MENEZES
EDNILSON CARDOSO MACEDO

PROMOÇÃO À SAÚDE AO CUIDADOR DE IDOSOS: Assistência do Enfermeiro na
Atenção Primária à Saúde

TERESINA
2023

ADÉLIA SANTOS DO AMARAL
ALLANE DE OLIVEIRA MENEZES
EDNILSON CARDOSO MACEDO

PROMOÇÃO À SAÚDE AO CUIDADOR DE IDOSOS: Assistência do Enfermeiro na
Atenção Primária à Saúde

Artigo de Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Banca Examinadora do Centro
Universitário UNINOVAFAPI, como requisito
parcial para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ma. Ana Beatriz Mendes
Rodrigues

TERESINA

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

A485p Amaral, Adélia Santos do.

Promoção à saúde ao cuidador de idosos: assistência do enfermeiro na atenção primária à saúde. Adélia Santos do Amaral, Allane de Oliveira Menezes, Ednilson Cardoso Macedo – Teresina: UNINOVAFAPI, 2023.

Orientador (a): Profa. Ma Ana Beatriz Mendes Rodrigues. UNINOVAFAPI, 2023.

23. p.; il. 23cm.

Artigo (Graduação em Enfermagem) – UNINOVAFAPI, Teresina, 2023.

1. Atenção primária à saúde. 2. Cuidadores. 3. Enfermeiras enfermeiros. 4. Promoção da saúde. I. Título. II. Menezes, Allane de Oliveira. III Rodrigues, Ana Beatriz Mendes.

Catálogo na publicação

Francisco Renato Sampaio da Silva – CRB/1028

ADÉLIA SANTOS DO AMARAL
ALLANE DE OLIVEIRA MENEZES
EDNILSON CARDOSO MACEDO

**PROMOÇÃO À SAÚDE AO CUIDADOR DE IDOSOS: Assistência do Enfermeiro na
Atenção Primária à Saúde**

Artigo de Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Banca Examinadora do Centro
Universitário UNINOVAFAPI, como requisito
parcial para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Data de Aprovação: 28 / 11 / 2023

BANCA EXAMINADORA

Ana Beatriz Mendes Rodrigues

Profa. Ma. Ana Beatriz Mendes Rodrigues

Centro Universitário - UNINOVAFAPI

(Orientadora)

Fernanda Cláudia Miranda Amorim

Profa. Dra. Fernanda Cláudia Miranda Amorim

Centro Universitário - UNINOVAFAPI

(1º Examinadora)

Juliana Macêdo Magalhães

Profa. Dra. Juliana Macêdo Magalhães

Centro Universitário - UNINOVAFAPI

(2º Examinadora)

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por nossas vidas assim como a saúde concedida, pela força para superar as barreiras e os obstáculos, pelo discernimento diante das dificuldades, pelas experiências vivenciadas e acima de tudo pela fé que nos sustentou a concluir esta pesquisa.

Agradecemos aos nossos familiares pelo apoio incondicional e incentivo, também pela força nos momentos difíceis, por nos ajudar a realizar nossos sonhos, compreender os nossos momentos de estresse, fazer parte dos momentos bons e ruins no decorrer dessa caminhada e, pelo suporte financeiro para custear nossa educação e formação profissional.

Aos nossos grupos de amigos que compreenderam nossa ausência e ainda assim permaneceram próximos motivando nossas conquistas, pelas opiniões e sugestões, pelos momentos de alegria que suavizaram a construção desse trabalho.

Ao corpo docente da instituição, expressamos nossa admiração e gratidão pelo comprometimento em compartilhar conhecimentos e inspirar o aprendizado.

À nossa orientadora Profa. Ma. Ana Beatriz pelo acolhimento, orientação, disponibilidade, incentivo, conhecimento e paciência que foram fundamentais para o desenvolvimento e conclusão dessa pesquisa.

Aos membros da banca examinadora agradecemos ao tempo dedicado a avaliar o andamento e progresso desse estudo, através das sugestões e feedbacks que contribuíram para o aperfeiçoamento e conclusão da pesquisa.

À Fundação Municipal de Saúde por autorizar a execução da coleta de dados e aos profissionais de enfermagem que se dispuseram em participar e colaborar com as entrevistas.

Adélia Santos do Amaral
Acadêmica de enfermagem pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI
(<https://orcid.org/0009-0001-2636-8730>).
E-mail: adelliaamarall@gmail.com

Allane de Oliveira Menezes
Acadêmica de enfermagem pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI
(<https://orcid.org/0009-0005-2132-0817>).
E-mail: allanemenezes39@gmail.com

Ednilson Cardoso Macedo
Acadêmico de enfermagem pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI
(<https://orcid.org/0009-0004-4342-0248>)
E-mail: ednilsoncardoso9@gmail.com

Ana Beatriz Mendes Rodrigues
Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí
Docente do Centro Universitário UNINOVAFAPI
(<https://orcid.org/0000-0001-8066-0022>)
E-mail: ana.beatrizmendes@uninovafapi.edu.br

Fernanda Cláudia Miranda Amorim
Doutora em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba
Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí
Docente do Centro Universitário UNINOVAFAPI
(<http://orcid.org/0000-0002-1648-5298>)
E-mail: fernanda.amorim@uninovafapi.edu.br

Juliana Macêdo Magalhães
Doutora em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba
Mestre em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI
Docente do Centro Universitário UNINOVAFAPI
(<http://orcid.org/0000-0001-9547-9752>)
E-mail: juliana.magalhaes@uninovafapi.edu.br

Juscélia Maria de Moura Feitosa Veras
Doutora em Engenharia Biomédica pela Universidade Brasil
Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí
Docente do Centro Universitário UNINOVAFAPI
(<http://orcid.org/0000-0001-9198-177X>)
E-mail: juscelia.veras@uninovafapi.edu.br

RESUMO

A prática de cuidados às pessoas idosas, com o reflexo do envelhecimento populacional, inclui discussão global, interdisciplinar e multidimensional que considera a interação entre os fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientes que influenciam a saúde dos idosos. No Brasil, simultaneamente, há um aumento do número de idosos dependentes e que necessitam de cuidadores. Nesse contexto, pode-se destacar o enfermeiro como um profissional essencial na assistência ao cuidador, especialmente na atenção primária à saúde, já que este profissional

pode estabelecer planos e estratégias com intuito de minimizar os impactos gerados no ambiente familiar de modo a romper com a sobrecarga direcionada ao cuidador. O objetivo deste artigo é analisar as estratégias e ações de promoção à saúde realizadas pelos Enfermeiros na atenção primária à saúde direcionada ao cuidador de idosos. Realizado nas Unidades Básicas de Saúde da zona leste do município de Teresina, Piauí. Participaram da pesquisa 13 enfermeiros, nos quais tiveram seus dados coletados por meio de entrevistas gravadas, transcritas e armazenados em arquivos *word* e analisadas a partir do referencial de Bardin sobre Análise de Conteúdo. Os resultados foram organizados e discutidos a partir de 3 eixos temáticos: Estratégias de cuidado realizadas pelos Enfermeiros frente ao cuidador de idosos; Desafios e aspectos facilitadores na promoção à saúde do cuidador; Unidade Básica de Saúde (UBS) x Visita Domiciliar: potencialidades e especificidades no desenvolvimento das estratégias de cuidado. As ações empreendidas pelos Enfermeiros, embora ainda incipientes, configuram-se como cruciais para atender as necessidades emergentes associadas ao envelhecimento populacional.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Cuidadores; Enfermeiras e Enfermeiros; Promoção da Saúde;

ABSTRACT

The practice of caring for elderly people, reflecting population aging, includes a global, interdisciplinary and multidimensional discussion that considers the interaction between physical, psychological, social and environmental factors that influence the health of elderly people. In Brazil, simultaneously, there is an increase in the number of dependent elderly people who need caregivers. In this context, the nurse can be highlighted as an essential professional in assisting the caregiver, especially in primary health care, as this professional can establish plans and strategies with the aim of minimizing the impacts generated in the family environment in order to break with the burden directed at the caregiver. The objective of this article is to analyze the health promotion strategies and actions carried out by nurses in primary health care aimed at elderly caregivers. Carried out in Basic Health Units in the east zone of the municipality of Teresina, Piauí. 13 nurses participated in the research, in which their data was collected through recorded interviews, transcribed and stored in word files and analyzed using Bardin's framework on Content Analysis. The results were organized and discussed based on 3 thematic axes: Care strategies carried out by nurses in relation to elderly caregivers; Challenges and facilitating aspects in promoting caregiver health; Basic Health Unit (UBS) x Home Visit: potentialities and specificities in the development of care strategies. The actions undertaken by nurses, although still incipient, are crucial to meeting the emerging needs associated with population aging.

Key-words: Primary Health Care; Caregivers; Nurses; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

Atualmente, uma projeção realizada pela Organização das Nações Unidas, evidencia que o número de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, passará de 1,1 bilhão em 2020 a 3,1 bilhões em 2100¹. No Brasil, em 2021, cerca de 14,7% da população possuía 60 anos ou mais, o que corresponde a 31 milhões de pessoas².

Nesse sentido, concomitante ao reflexo do envelhecimento populacional, a razão de dependência total vem se modificando no país. Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), entre 2012 e 2021, a razão de dependência de idosos aumentou de 11,2 para 14,7 no mesmo período². Sabe-se que essa população é marcada por alterações de ordens biológicas, físicas, psicológicas, sociais, diminuição da capacidade funcional e, além disso, uma crescente condição de doenças que podem estar associadas a complicações no processo de envelhecimento sendo uma consequência o aumento da vulnerabilidade e, por vezes, até dependência³.

A prática de cuidados às pessoas idosas inclui discussão global, interdisciplinar e multidimensional que considera a interação entre os fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientes que influenciam a saúde dos idosos. Nesse sentido, é necessário considerar todos esses aspectos da vida dos idosos para garantir que estes recebam um cuidado de qualidade⁴.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso regem ações sociais e de saúde assegurando os direitos das pessoas idosas, cuja finalidade primordial é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência desses indivíduos. Sendo assim, para efetivação das leis dirigidas a este público, são direcionadas medidas coletivas e individuais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde^{4,5}.

A revisão de 2017 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma estratégia fundamental na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando a Atenção Básica como a principal porta de entrada para o sistema de saúde. Ao lidar com o cuidador e a pessoa idosa, é imperativo que os profissionais da equipe de saúde da família desenvolvam estratégias de promoção da saúde, fundamentando-se nos princípios de universalidade, equidade e integralidade estabelecidos pela PNAB. O Enfermeiro desempenha um papel crucial ao interagir em situações que promovem a integridade familiar, reconhecendo e compreendendo como a saúde de cada membro da família impacta a unidade familiar, e vice-versa, influenciando a saúde individual de cada integrante⁶.

Nesse ínterim, a Atenção Primária à Saúde (APS) engloba as medidas de atenção à saúde às quais tem finalidade de solucionar a maior parte dos problemas da população idosa no Brasil, aumentando o acesso aos serviços, contribuindo para atenção integral frente aos diferentes problemas, diminuindo intervenções desnecessárias e até contribuindo para o aumento da longevidade desta população. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo brasileiro de efetivação da APS, objetiva garantir o cuidado integral não somente aos idosos dependentes, mas também aos seus cuidadores incluindo ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos em busca de práticas efetivas e orientadas pelas políticas públicas existentes⁷.

No Brasil, simultâneo ao processo de envelhecimento da população há um aumento do número de idosos que sofrem um processo de doença crônica e geralmente incapacitante, tornando-os dependentes. Dessa forma, o familiar na maioria das vezes assume o papel de cuidador primário, ou seja, tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar e acompanhar e cuidar diretamente da pessoa idosa que necessita de cuidados, podendo este cuidador viver uma sobrecarga física, emocional e socioeconômica. Além disso, até pouco tempo atrás o perfil do cuidador constituía-se em uma rede autônoma e geralmente desintegrada dos serviços de saúde, carente de orientações e suporte dos profissionais de saúde⁸.

Vale ressaltar que, em sua maioria, o cuidador possui vínculo afetivo e familiar com o idoso, pois geralmente essa assistência é prestada pela esposa, filhos ou outros parentes, concluindo-se que o preparo para cuidar desse público é associado às demais tarefas cotidianas, além de intensificar as obrigações básicas, como as tarefas de cuidado com higiene e alimentação⁹. Nesse sentido, a sobrecarga de funções é um aspecto que deve ser considerado quando relacionada à saúde do cuidador cuja maior implicação está associada ao desgaste de exercer atividades repetitivas que influenciam no desenvolvimento de sintomas psiquiátricos seguidos de esgotamento físico, o que conseqüentemente pode ser refletido no cuidado prestado à pessoa idosa¹⁰.

Sabe-se que quando o cuidador apresenta déficit na sua própria saúde, o “cuidar prestado” poderá apresentar menor precisão quando diz respeito às necessidades e demandas dos idosos. Assim, estabelecer uma atenção voltada a esses cuidadores é primordial na garantia do bem-estar e, conseqüentemente, no desempenho desses indivíduos, tornando-se fundamental a necessidade de desenvolver estratégias que promovam a qualidade em saúde e bem-estar associadas à rotina do cuidador¹¹.

Nesse contexto, pode-se destacar o Enfermeiro como um profissional essencial na assistência ao cuidador, especialmente no âmbito da atenção primária à saúde, uma vez que,

dentro do seu processo de trabalho, este profissional pode estabelecer planos e estratégias relacionados às atividades curativas e preventivas com intuito de minimizar os impactos gerados no ambiente familiar de modo a romper com a sobrecarga direcionada somente ao cuidador, possibilitando a redução no desgaste da saúde deste indivíduo e o reestabelecimento da qualidade de vida do ser que cuida¹².

Nesse sentido, o objetivo deste artigo é analisar as estratégias e ações de promoção à saúde realizadas pelos Enfermeiros, na atenção primária à saúde, direcionadas ao cuidador de idosos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo. A coleta de dados foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde da zona leste do município de Teresina, Piauí. O período da coleta de dados compreendeu os meses de setembro e outubro de 2023 e participaram do estudo 13 Enfermeiros vinculados à 8 Unidades Básicas de Saúde.

Os participantes da pesquisa tiveram seus dados coletados por meio de entrevistas gravadas que ocorreram a partir do instrumento de coleta de dados composto por 5 questões sociodemográficas (idade, raça, sexo, estado civil e escolaridade) e 5 questões relacionadas à atuação profissional e à temática sobre a promoção à saúde ao cuidador de idosos (tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde, pós-graduação, estratégias de educação em saúde no contexto da saúde ao idoso, estratégias voltadas ao cuidador de idosos, momento e local de aplicação das estratégias/ações de promoção à saúde do cuidador, facilitadores e bloqueadores no desenvolvimento dessas estratégias).

Os dados coletados foram transcritos e armazenados em arquivos no formato word e os participantes foram identificados com codinomes de árvores. Além disso, a análise de dados ocorreu a partir do referencial de Bardin sobre Análise de Conteúdo, seguindo a seguinte estruturação: 1 - pré-análise; 2 - exploração do material, categorização ou codificação; 3 - tratamentos dos resultados, inferências e interpretação¹³. Os dados foram, posteriormente, apresentados em categorias temáticas.

Este estudo obedeceu aos aspectos éticos e legais preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre as pesquisas em seres humanos¹⁴. Nesse sentido, a coleta de dados deste estudo ocorreu somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, sendo aprovado com número do parecer: 6.289.469.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação às características dos entrevistados, conforme tabela 1, é possível identificar que em sua maioria eram do sexo feminino, pardos, casados, com titulação de mestrado, com uma média de idade correspondendo a 46 anos e com média de 15 anos de atuação na Atenção Primária à Saúde.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes da pesquisa sobre promoção à saúde do cuidador de idosos. Teresina, Piauí, Brasil, 2023.

CODINOME	IDADE	ESTADO CIVIL	RAÇA	SEXO	ESCOLARIDADE	TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS
Aurora	33 anos	Casada	Parda	F	Ensino superior	8 anos
Hibisco	34 anos	Solteira	Branca	F	Mestrado em Saúde da Família	9 anos
Azevinho	46 anos	Casada	Parda	F	Mestrado	21 anos
Ébano	40 anos	Solteira	Branca	F	Mestrado	12 anos
Seringueira	67 anos	Divorciada	Branca	F	Ensino superior	26 anos
Urucum	51 anos	Viúva	Parda	F	Doutorado	27 anos
Sândalo	45 anos	Casado	Pardo	M	Ensino superior com especialização em Saúde Pública	20 anos
Pinheiro	27 anos	Casada	Parda	F	Ensino superior	3 anos
Carvalho	65 anos	Solteira	Parda	F	Ensino superior com especialização em Saúde da Família	22 anos
Angico	46 anos	Casada	Parda	F	Mestrado	11 anos
Jatobá	67 anos	Casada	Parda	F	Ensino superior com especialização em Saúde Pública	20 anos

Ipê-amarelo	44 anos	Divorciada	Parda	F	Mestrado e especialização em Saúde Pública	19 anos
Aglaia	37 anos	Solteira	Parda	F	Ensino superior	7 meses

Legenda: F – Feminino; M – Masculino

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para melhor compreensão do objeto de estudo, os dados coletados durante as entrevistas resultaram em três categorias temáticas: 1. Estratégias de cuidado realizadas pelos Enfermeiros frente ao cuidador de idosos; 2. Visita Domiciliar e Unidade Básica de Saúde (UBS): potencialidades e especificidades no desenvolvimento das estratégias de cuidado; 3. Desafios e aspectos facilitadores na promoção à saúde do cuidador; descritas a seguir:

Eixo 1. Estratégias de cuidado realizadas pelos Enfermeiros frente ao cuidador de idosos.

Esta categoria analisa as diferentes perspectivas de atenção em volta do cuidado relacionado a saúde do cuidador de idosos pela equipe de saúde da família. As falas dos participantes concentram-se nas estratégias utilizadas para promoção de saúde do cuidador e referem também o quanto este cuidado é incipiente.

Considerando os cenários assistenciais do Enfermeiro, é importante destacar que a saúde do cuidador e o seu acesso ao serviço são fatores que devem ser considerados na Atenção Primária a Saúde¹⁵. Assim, é essencial que este profissional desenvolva estratégias que possibilitem a inserção não apenas do idoso como centro do cuidado, mas inclua seus cuidadores.

Contudo, apenas uma minoria dos profissionais relatou o desenvolvimento de estratégias com cuidadores, na qual foi possível evidenciar que se restringem às orientações diretas relacionadas a prática de incentivar a agendarem consultas para si mesmos, bem como para praticarem o autocuidado considerando o próprio histórico familiar e os contextos de ansiedade e estresse aos quais estão submetidos.

“É orientação mesmo, orientação direta... E como eu falei, durante os grupos de idosos, sempre o cuidador vem e ele recebe a mesma orientação que a gente dá para o idoso, a gente dá para esse cuidador” (Sândalo).

“Eu particularmente aqui dentro do meu consultório, eu oriento muito essas pessoas falando pra eles que eles têm que se cuidar primeiro para

que eles possam cuidar do outro. Porque se ele adoecer quem é que vai cuidar... E a gente orienta e encaminha pra avaliação se for necessário, ou para o especialista. O que a gente percebe na consulta é que o cuidador está mais ansioso, que o idoso, mais estressado, ele está mais doente do que o próprio paciente” (Angico).

“Ah, sempre quando aparece aqui um cuidador a gente sempre tenta pedir que quando vier marcar uma consulta pra o idoso que marque para ele também(...) É ter um olhar também voltado para o cuidador e ver o histórico. O histórico tanto familiar como o histórico completo do cuidador” (Pinheiro).

O autocuidado, nesse contexto, evidencia-se como um processo contínuo e de responsabilidade do cuidador e da equipe de saúde. Além disso, a identificação e o fortalecimento da rede de apoio podem representar um processo fundamental para a autonomia dos cuidadores¹⁶.

Em outra concepção da literatura é possível mencionar o cuidado integral como parte das estratégias voltadas ao cuidador, já que permeia o atendimento que engloba todos os aspectos da vida do ser humano, sendo eles sociais, físicos, biológicos e espirituais¹⁷. Seguindo essa lógica, conforme destacado pelos profissionais, o enfermeiro visualiza muito além das queixas apresentadas, e reforça em sua prática assistencial a possibilidade de unir competências, por meio da equipe multidisciplinar, para intervir de maneira ética e eficaz na etiologia dos problemas relacionados ao cuidador de idosos.

“Quando a gente percebe que o cuidador está doente ou então que ele tem possibilidade de adoecer a gente faz as orientações para os dois, juntamente com a educadora física e a médica, a gente se reúne, e fazemos as devidas orientações” (Angico).

“A gente sempre tenta olhar a família como um todo porque, o que eu costumo dizer, alimentação ruim, vai prejudicar todo mundo daquela residência.” (Pinheiro).

“Na verdade, a gente tem que ver ele na saúde como um todo, porque cada caso é um caso” (Aglaia).

As falas dos participantes somadas à literatura científica acerca dos princípios do Sistema Único de Saúde, destacam o quanto é inerente à integralidade a importância de um olhar holístico sob o usuário, uma vez que este possibilita adentrar as particularidades do cuidado, ampliando a resolutividade das demandas relativas ao idoso e ao cuidador¹⁷.

A APS deve incluir o cuidador dentro do acesso ao serviço de saúde, já que o mesmo costuma ser usuário da própria equipe do idoso. No entanto, esse cuidador não parece ser questionado quanto as suas demandas de saúde e sim apenas como informante das condições de saúde do idoso domiciliado¹⁵. Tais compreensões são reforçadas pela fala de um dos participantes que evidencia que as orientações ao cuidador se restringem às atividades que o mesmo exerce com o idoso:

“Com o cuidador é palestras educativas, a gente faz atividades educativas mostrando a necessidade de um cuidado mais humanizado mais atento com o idoso... Olha nós ajudamos com orientações, como ele levantar o idoso, como ele alimentar, com ele fazer a higiene do idoso, na mudança de decúbito desse idoso para que ele não crie escaras de maneira nenhuma, então a gente faz toda essas orientações individualmente, e quando tem mais pessoas dentro de casa a gente chama todas elas e orienta todas ao mesmo tempo, é através de orientações mesmo no domicílio” (Jatobá).

Nesse sentido o cuidador é altamente reconhecido quanto a sua importância no cuidado ao idoso, no entanto as necessidades associadas a essa tarefa, continuam possuindo pouca atenção por parte dos profissionais de saúde¹⁸. Nesse contexto o cuidador acaba passando despercebido pelo olhar do profissional o que pode ser expresso na fala dos participantes:

“(...) O cuidador mesmo a gente até esquece. A gente foca muito as orientações para o cuidador em relação ao idoso que ele está sendo cuidado, mas a gente esquece do cuidador, a verdade é essa” (Aurora).

“Olha, para ser bem sincera, a gente não tem assim um trabalho voltado pra cuidador” (Ébano).

“Eu pouco tenho atividade com o cuidador, a gente tem que ser bem sincero... Eu não tenho assim umas orientações” (Ipê-amarelo).

Embora estudos enfoquem a saúde do cuidador, as políticas públicas voltadas ao desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde ainda são incipientes, e a efetivação de estratégias e planos de ação tem seu foco constantemente ignorado ou negligenciado em diferentes contextos e níveis de atenção, podendo constituir-se como uma justificativa dos profissionais de saúde negligenciarem as ações de promoção de saúde do cuidador¹⁹.

Eixo 2. Visita Domiciliar e Unidade Básica de Saúde (UBS): potencialidades e especificidades no desenvolvimento das estratégias de cuidado.

A seguinte categoria baseia-se em analisar as vertentes que melhor potencializam o curso dessas estratégias, fazendo um comparativo entre os locais que promove a melhor inserção dessas atividades e orientações ligadas tanto a saúde do idoso quanto a do cuidador.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, ao favorecer e estabelecer vínculos com a mesma e viabilizar a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. A ESF está ligada inteiramente a ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que tende a estabelecer práticas de promoção a saúde, assim como, prevenção de agravos e tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e cuidados paliativos²⁰.

Mediante as entrevistas, os participantes da pesquisa apontaram a visita domiciliar como melhor local para desenvolver estratégias de promoção à saúde com o cuidador e com o idoso:

“Durante a visita... a gente chega assim mesmo no contexto, digamos que quando eles vêm aqui pra Unidade Básica de Saúde eles já estão meio que preparados, já vem planejando vou pra consulta, ...então quando ele chega aqui, digamos que eles estão tranquilos, eles se prepararam para vir na consulta. E quando a gente chega no domicílio, nem sempre ele está preparado, ...então tem dia que a gente chega lá e o cuidador está em crise, assim como o idoso está em crise, o cuidador também está em crise, então fica melhor pra ser avaliado” (Hibisco).

“Na visita domiciliar a gente tem essa visão mais completa do paciente, do domicílio e dos cuidadores, então é uma visão mais completa, porque quando ele vem na Unidade Básica de Saúde dão aquele banhozinho nele, vem todo arrumadinho, bonitinho, cheirosinho, senta aqui na frente então é um atendimento mais superficial. Até porque é uma fila de pacientes aguardando consulta, aguardando atendimento, então no domicílio fica melhor para se fazer esse atendimento” (Azevinho, 46 anos).

“Na visita domiciliar a gente consegue identificar muito mais coisas, porque a gente identifica como o idoso é cuidado, como é que está sendo essa rotina do cuidador com o idoso, se essa rotina é favorável para os dois ou se prejudicando a saúde do cuidador, assim como a do idoso e se realmente está sendo bem cuidado, se esse cuidado está sendo realizado de forma efetiva... E a gente visualiza e consegue fazer uma orientação mais direcionada para aquele espaço. Porque as vezes quando ele vem no consultório ele pode dizer uma coisa que na verdade não é o que a gente visualiza, e quando a gente vê a gente consegue fazer essa orientação” (Angico).

“Na visita domiciliar, porque eu vejo que ali eu consigo visualizar melhor como a rotina do idoso e do cuidador” (Aglaia).

A visita domiciliar possibilita que a equipe, principalmente o Enfermeiro, conheça o verdadeiro contexto social em que o cuidador e o idoso estão inseridos, possibilitando identificar as necessidades de saúde que permeiam o ambiente onde essas famílias estão incluídas. Nesse contexto, os profissionais de saúde conseguem desenvolver ações de intervenção visando a prevenção de doenças que englobam todo o ambiente familiar²¹.

Salienta-se que o Enfermeiro tem total autonomia para desenvolver atividades que conectem o cuidador à Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua zona adscrita, com finalidade de desenvolver atividades de educação em saúde, para viabilizar as melhores estratégias ligadas ao cuidado da pessoa idosa, além de proporcionar ações que facilitem o desempenho desses cuidadores, com intuito de diminuir os efeitos da sobrecarga somada a efeitos físicos e psíquicos, inerentes do nível de complexidade das atividades e tempo dedicado exclusivamente aos idosos²². As vantagens da UBS como local promotor de saúde para o cuidador são mencionadas pelos participantes:

“Eu acho que na própria UBS porque durante a visita, pelo próprio espaço, a gente não tem muita abertura, tem que ser aquela coisa pontual, baseado no objetivo que o agente de saúde solicita a equipe para visitar. Então não tem aquele tempo como a gente tem nas consultas, no atendimento aqui no posto” (Ébano).

“A gente melhor desenvolve na consulta quando o cuidador vem aqui no consultório, porque a gente fica sozinho com o paciente e com o cuidador. Então assim, a gente observa melhor o comportamento do cuidador e faz as orientações compatíveis para aquele momento” (Jatobá).

“Na UBS, porque é onde eu tenho contato com eles, aqui eles vêm me procurar na consulta, é mais cômodo pra mim, porque chego todo dia trabalho de segunda a sexta pela manhã e todo dia eles sabem que estou aqui, então eles vêm a minha procura, e na consulta é o momento” (Ipê-amarelo).

A consulta de enfermagem promovida no âmbito da UBS, constitui uma assistência sistematizada e individualizada, capaz de identificar problemas de saúde-doença, através da anamnese, exame físico e estabelecendo o processo de enfermagem vinculado as etapas de investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Tais fatores garantem ao

profissional de enfermagem criar um plano com resolutividade, abrangendo a individualidade de cada ser²³.

A visita domiciliar é a atividade que melhor contempla a comunidade de um território adscrito devido à valorização e a singularidade que essa ação proporciona. Quando mesclada a consulta de enfermagem há uma soma de ambas as partes intensificando a cobertura de promoção a saúde desse território²⁴.

Seguindo essa vertente, foi possível destacar que a visita domiciliar e a UBS fazem compilado de ações que promovem a saúde e o bem-estar tanto do cuidador como do idoso. Sendo assim, a junção decorrente de ambas, torna-se um complemento a continuidade do cuidado integral, como descrita pelos participantes:

“Sempre nas consultas porque eu acredito que seja o momento mais íntimo do profissional com o cuidador e o paciente. E na visita domiciliar porque a gente conhece o âmbito familiar e pode através da visita domiciliar falar com toda a família que está presente. E aí cada uma escuta e todo mundo vai fazer sua parte” (Pinheiro).

“Eu não vejo assim, esse é melhor. Eu acho mais interessante quando é feito a visita porque você está indo lá vê a realidade. Como é as condições. A gente orienta principalmente questões de higiene, já que a gente encontra muita sujeira. A gente faz uma série de orientações. Então quando você está na visita, digamos assim, é mais rico. Porque aqui você fala eles ouvem tudo, mas a gente sabe que nem sempre na prática é o ideal. Então eu acho que os dois juntos é uma parceria que a gente tem que fazer” (Carvalho).

Nessa perspectiva, a assistência prestada na UBS é centrada na saúde e individualidade de cada pessoa, e na visita domiciliar é desenvolvido uma avaliação das condições e riscos, voltados ao contexto do ambiente em que o cliente está inserido. Quando associadas, revelam a importância de desenvolver abordagens de cuidado que englobam as particularidades de cada pessoa e família²⁴.

Eixo 3. Desafios e aspectos facilitadores na promoção à saúde do cuidador.

O eixo em questão, refere-se aos obstáculos enfrentados pelos Enfermeiros na promoção do bem-estar e equilíbrio da vida daqueles que desempenham o papel de cuidadores de idosos, assim como elementos que facilitam e tornam mais eficaz a promoção da saúde nesse contexto.

A enfermagem na atenção primária é primordial no ato de promover o cuidado, e acolher os usuários de acordo com suas demandas e necessidades. A importância do vínculo do

Enfermeiro com a comunidade e, conseqüentemente, com o cuidador é reforçada na percepção dos participantes:

“(...) O que facilita é o vínculo que a gente tem... A estratégia tem um vínculo, vê que a gente está cuidando do idoso e do próprio cuidador, e as visitas... elas são recorrentes. Então a gente vai uma vez, vai outra, ver o estado do idoso, ver o estado do cuidador, ver o contexto, vai criando aquele vínculo” (Hibisco).

Estabelecer um vínculo para os usuários proporciona a possibilidade de ampliação da escuta ativa e do diálogo dentro e fora das consultas de enfermagem, além disso, reforçar esse vínculo trás confiança e encorajamento para o usuário falar sobre suas necessidades de saúde. Dessa forma, a adoção de uma postura acolhedora na interação social entre o Enfermeiro e o usuário pode ampliar o modelo dessa atenção, já que o enfermeiro tem uma perceptiva mais ampla do contexto de vida desse cuidador, podendo capturar algo além do que lhe é trazido como demanda e identificando outras necessidades que exijam novos cuidados²⁵.

Vale salientar, a importância da participação da família no cuidado aos idosos, para além da assistência profissional, evidenciando que a família carrega a maior responsabilidade. O ambiente familiar deve ser o principal responsável pelos cuidados aos idosos²⁶. No entanto, é crucial considerar que há diversas famílias cujas circunstâncias podem não apresentar os recursos necessários e, principalmente, não contam com o apoio familiar, como referenciado nas falas dos participantes:

“(...) Não tem muito cuidador. Eu acho que isso aí depende muito da família, tem uma pessoa para acompanhar o idoso e a gente não vê muito na nossa área. Grande parte dos idosos são desassistidos. Quando o cuidador vem a gente até agradece” (Ébano).

“(...)Nos facilita quando tem um cuidador presente. É diferente de você chegar em uma família e não ter ninguém nem pra conduzir uma visita que a gente queria fazer corretamente, que as vezes acontece de está lá o idoso sozinho!... O que dificulta é não ter esse cuidador” (Seringueira).

“(...) Mesmo sendo domiciliado ele não sai de casa, mas ele consegue caminhar, então as pessoas acham que é suficiente para ele ficar sozinho, então nem sempre a gente está encontrando o cuidador em casa que é uma coisa que a gente chama a atenção, isso é uma das grandes limitações...” (Urucum).

“(...) A facilidade é quando a gente vê que tem cuidadores presentes na vida daquele idoso. Quando não é um idoso sozinho, ou um idoso que

vive com outro idoso. Quando ele é um idoso que tem um âmbito familiar mais presente na vida, que tem um leque de pessoas ao seu redor. Aí isso facilita o trabalho.” (Pinheiro).

“(…)É mais difícil quando a gente vai para casa do idoso, porque nem todos os cuidadores estão em casa, deixa o paciente sozinho, muitas vezes é o vizinho que dar as informações.” (Jatobá).

“(…) Outra dificuldade é financeira dos próprios pacientes, que a gente solicita as vezes exames, coisas, eles não fazem.” (Hibisco).

Entretanto, o principal desafio no cuidado aos idosos é impor à família o dilema de equilibrar as novas demandas diárias do cuidado com as demais responsabilidades domésticas, sociais e profissionais. É crucial ressaltar que, conforme o estatuto do idoso, a responsabilidade pelo cuidado recai sobre a família. No entanto, quando ela não cumpre seu papel protetivo, é dever do poder público e da sociedade assumir solidariamente essa função²⁶.

A prática da visita domiciliar envolve educação em saúde, supervisão dos cuidados familiares, prestação de cuidados enfermeiros, identificação de dados familiares e orientações sobre cuidados domiciliares, mantendo sempre o foco no ser humano que necessita de cuidados. O enfermeiro, durante a visita, deve equilibrar a atenção ao ambiente domiciliar com o cuidado direcionado à pessoa. No entanto, para que essa atividade tenha êxito é necessário que a equipe tenha acesso a uma infraestrutura adequada e suporte básico oferecido pela gestão do município²⁷. Consequentemente, a carência desses subsídios dificulta o andamento das visitas domiciliares, como relatado pelos participantes:

“(…) Dificuldade mesmo não é nem questão de dificuldade do cuidador, é mais dificuldade de material, de medicamentos, essas coisas que a UBS já forneceu por durante muito tempo, e hoje a gente está com déficit enorme nas UBS, e isso é geral” (Azevinho).

“(…) A grande dificuldade é a questão do carro para a visita domiciliar que não está vindo. Estava vindo todo mês, a gente organizou todo um cronograma que de dois em dois meses a gente passaria em cada microárea, mas ultimamente os carros das visitas não estão vindo do jeito que vinha, então está atrasando as visitas, a gente está passando mais tempo para poder retornar no domicílio do paciente, para fazer avaliação e o acompanhamento das orientações” (Sândalo).

“(…) A maior dificuldade é a questão do acesso do profissional porque a gente não tem condições de estar fazendo isso... E a gente não tem um carro de visita sempre que tem necessidade... A gente tem que esperar o dia que está agendado, que é o dia onde o carro se encontra disponível para gente ir” (Carvalho).

“(...) As dificuldades são muitas, dificuldade estrutural, dificuldade de medicamento, dificuldade de apoio social, é tudo isso, as vezes a gente tem a programação e o cronograma das visitas, as vezes não tem carro, as vezes a gente tem a orientação do medicamento, mas não tem o medicamento e o idoso precisa e o cuidador precisa. Às vezes, a gente encaminha para o atendimento com o especialista, um psiquiatra, um psicólogo, mas a fila de espera é muito grande, não é que a gente não está fazendo nossa parte é porque a demanda é muito grande e a oferta é muito pouca, e eles ficam à mercê dessa espera e as condições financeiras são poucas” (Angico).

“(...) O que dificulta as vezes na visita é a falta de carro, a gente não tem carro disponível o tempo todo, e a gente também não vai nos nossos carros, então falta o carro algumas vezes então é um empecilho” (Ipê-Amarelo).

“(...) As visitas domiciliares são feitas no carro da própria instituição e a gente não tem muito tempo. As vezes a gente tem seis, oito visitas pra fazer em uma tarde, então quando a gente chega naquele domicílio o a gente foca no paciente que a gente está indo ver” (Aurora).

A realização da visita, por si só, envolve um processo multifacetado, abrangendo desde aspectos organizativos, como planejamento, agendamento e avaliação. Isso reforça que as visitas domiciliares, embora sejam amplamente utilizadas pelas equipes de saúde da família, apresentam uma complexidade em sua execução. Essa complexidade, por vezes negligenciada pelo governo, devido à naturalização do cotidiano dos serviços, resulta na perda de sua eficácia terapêutica, de sua capacidade de promover e de seu poder transformador na vida das pessoas²⁸.

Na teoria, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) se estruturam em níveis crescentes de complexidade, visando que a população utilize esses diversos níveis por meio de fluxos coesos. Contudo, na prática, esse fluxo ainda encontra obstáculos devido a um funcionamento incompleto, burocrático e desarticulado, que não leva em conta as reais necessidades e movimentos das pessoas no sistema, resultando em lentidão e, em muitos casos, em resultados insatisfatórios. A escassez de recursos, derivada do baixo investimento público em saúde, representa um desafio estrutural para o Sistema Único de Saúde e dificulta o planejamento regional para a organização eficaz da RAS²⁹. Como aponta a seguinte participante:

“(...) E as vezes a gente não tem esse suporte social adequado para fazer esse acompanhamento, porque muita coisa foge da nossa responsabilidade como profissional e as vezes a gente encaminha para o CRAS, não estou falando assim do CRAS, mas as vezes a gente não tem esse feedback, a gente manda, mas não recebe, não tem retorno e

esse retorno é importante para saber como é que está, o retorno que nós temos é do agente comunitário de saúde. Então o agente chega para gente, fala o problema, a demanda, a gente tenta localizar os parceiros, a gente passa o relatório. Eu tenho vários relatórios aqui que eu passo, passo para o CRAS, para o CAPS, mas eu sinto muita dificuldade no feedback. Foi feita a visita? Foi respondido? Foi atendido? O que foi feito realmente com o relatório que a gente repassou para vocês? Esse feedback ainda precisa ser melhorado” (Angico).

O avanço dos sistemas de saúde reside na sua integração em Redes de Atenção à Saúde, operando de maneira colaborativa e orientada por uma visão compartilhada. Isso implica na eliminação de redundâncias, implementação de diretrizes clínicas, integração horizontal e vertical dos serviços, com ênfase na qualidade. As evidências indicam que a implementação das RAS resulta em impactos positivos, como a redução da fragmentação da atenção, melhoria da eficiência global do sistema, resposta mais adequada às necessidades das pessoas, otimização do custo-efetividade, entre outros benefícios. Além disso, a implantação das RAS é justificada pela necessidade de cuidados contínuos para condições crônicas, visando a integralidade e explorando economias de escala e escopo³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias relacionadas às práticas dos Enfermeiros na promoção da saúde de cuidadores de idosos na atenção primária à saúde requer uma abordagem holística e colaborativa. Este estudo viabilizou o desvelar de uma área que merece não apenas ser melhor explorada como exige comprometimento contínuo dos enfermeiros nesse âmbito.

As ações empreendidas pelos Enfermeiros, embora ainda incipientes, configuram-se como cruciais para atender as necessidades emergentes associadas ao envelhecimento populacional. Diante da análise das diferentes perspectivas de atenção em torno do cuidado relacionado à saúde do cuidador de idosos pelo Enfermeiro, emerge uma clara necessidade de aprimoramento nas estratégias de promoção à saúde direcionadas a esse grupo específico. Embora haja um reconhecimento da importância do cuidador, as estratégias e ações de promoção à saúde ainda estão em estágios iniciais, necessitando de uma abordagem mais abrangente e efetiva na atenção primária à saúde.

Ressalta-se que a compreensão dos fatores associados às barreiras no processo de promoção à saúde, como: infraestrutura, acesso, financeiro e desarticulação da rede, reforçam

ainda a necessidade de busca por soluções inovadoras e colaboração intersetorial com engajamento contínuo das autoridades, gestores de saúde e da sociedade civil.

Nessa conjectura, foi possível identificar também a enorme importância da visita domiciliar evidenciada, pela maioria dos participantes, como a melhor proposta de espaço para introduzir as estratégias de promoção à saúde ao cuidador de idosos, em virtude do desenvolvimento do vínculo familiar com o profissional de saúde.

Vale ressaltar que este estudo tem limitações associadas, por exemplo, à escolha de apenas uma regional de saúde, o que pode, sem dúvidas, limitar a transferibilidade dos resultados para outras áreas ou populações que possua características sociodemográficas e culturais diversas. Sugerimos, portanto, a replicação do método em outras regiões/contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations. Population Division. World Population Prospects 2022. United Nations, 2022. Disponível em: <<https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/POP/60plus/900>>. Acessado em: 20 mai 2023.
2. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2021. Características gerais dos moradores 2020-2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
3. Valença TDC, Silva LWS. O olhar sistêmico à família do idoso fragilizado. *Kairós-Gerontologia* [Internet]. 18º de janeiro de 2012 [citado 13º de novembro de 2023];14(2):31-46. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8204>.
4. Brasil. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: DF, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acessado em: 10 abr 2023.
5. Brasil. Lei nº 10.741, 1º outubro 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília: DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acessado em: 06 abr 2023.
6. Pereira Gomes MF, Fracoli LA, Machado BC. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Mundo Saúde* (1995) [Internet]. 2015; 39(4):470–5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20153904470475>
7. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJES, Júnior CASG, Matos CCSA, Pascoal MDHA. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 99–108, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>

8. Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. Esc Anna Nery [Internet]. 2007Sep;11(3):520–5. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000300019>.
9. Paulo DLV, Deienno SC, Oliveira A. Cuidadores de Idosos: A importância do atendimento psicológico, Revista Longeviver, Ano I, n. 3, jul/ago/set, São Paulo, 2019: ISSN 2596-027X. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/view/794/849>.
10. Gratao ACM, Vendruscolo TRP, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Santos JLF, Rodrigues RAP. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. Texto contexto - enferm [Internet]. 2012Apr;21(2):304–12. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200007>.
11. Grelha, PASS. Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário: estudo sobre a influência da educação para a saúde na qualidade de vida [tese]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010.
12. Rolim, BA. et al. A importância dos cuidados de enfermagem aos pacientes portadores de Alzheimer. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v. 11, n. 3, p. e36011326625, fev. 2022.
13. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
14. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília: DF, 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acessado em: 10 abr 2023.
15. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJES, Garcia Júnior CAS, Matos CCSA, Pascoal MDHA. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2021Jan;26(1):99–108. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>.
16. Gomes AVTM, Florentino EDV, Oliveira MS, Silva TR, Souza JA. Caring for caregivers: encouraging intervention activities as a learning strategy in medical internship. Rev bras educ med [Internet]. 2022;46(1):e019. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210218.ING>
17. Crivelaro PMS, et al. Consulta de enfermagem: uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária à saúde. Revista Brasileira Desenvolvimento, v. 6, n. 7, p. 49310–49321, 2020. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-542>.
18. Rodrigues, MIP. Necessidades educativas do cuidador informal da pessoa com esquizofrenia [tese]. Portugal: Instituto Politécnico de Viseu; 2012.
19. Brito CMS, Figueiredo MLF, Tyrrell MAR. Comportamentos promotores de saúde por cuidadores informais de idosos: revisão integrativa. Acta paul enferm [Internet]. 2022;35:eAPE003782. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR03783>.
20. Gomes MFP, Fracolli LA, Machado BC. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família: DOI: 10.15343/0104-7809.20153904470475. Mundo Saude [Internet]. 1º de

outubro de 2015 [citado 13º de novembro de 2023];39(4):470-5. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/302>

21. Garcia MRL, Sacramento DS, Oliveira HM, Gonçalves MJF. Home visits of the nurse and its relationship with hospitalization by diseases sensitive to primary health care. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2019;23(2):e20180285. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0285>.
22. Freitas IBA, Meneghel SN, Selli L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 301–310, jan. 2011.
23. Pereira CEA, Silva AMS, Sousa DC, Galvão MM. A representação da consulta de enfermagem para os idosos do hiperdia. *Rev Enferm Atenção à Saúde* [Internet]. 2020;8(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v8i2.3738>
24. Santos FPA, Acioli S, Machado JC, Souza MS, Rodrigues VP, Couto TA. Práticas de cuidado da equipe da estratégia saúde da família. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2018; 12(1):36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a230589p36-43-2018>.
25. Rodríguez AMMM, Mishima SM, Lettiere-Viana A, Matumoto S, Fortuna CM, Santos D de S. Nurses' work at Family Health Strategy: possibilities to operate health needs. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020;73:e20190704. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0704>.
26. Brito NJS, Correia CGL, Silva AS, Almeida ABRC, Teixeira FRV, Sousa LLF, et al. O papel da família no cuidado ao idoso: Uma revisão integrativa. *Casos e consultoria* [Internet]. 7º de dezembro de 2022 [citado 13º de novembro de 2023];13(1):e30401. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/3040>.
27. Marinho LC, Ramos FT, Oliveira RC, Caramoni, JT, Fontes CM. Visita domiciliar como suporte da enfermagem na diálise peritoneal: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:eAPE20190139.<http://dx.doi.org/10.37689/actaaape/2020AO01395>.
28. Quirino TRL, Jucá AL, Rocha LP, Cruz MSS, Vieira SG. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. *Sustinere* [Internet]. 16º de julho de 2020 [citado 13º de novembro de 2023];8(1):253-7. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/sustinere/article/view/50869>.
29. Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2020;24(2):e20190154. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>
30. Tofani, LFN et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 10 [Acessado 13 Novembro 2023] , pp. 4769-4782. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>>. ISSN 1678-4561.

APÊNDICE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data: _____ / _____ / _____

Nome da árvore: _____

Duração da entrevista: _____

1. Idade: _____

2. Cor ou raça: () Indígena () Preta () Parda () Amarela () Branca () Outra: _____

3. Sexo: () Masculino () Feminino

4. Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Outro: _____

5. Tempo de atuação na APS: _____

6. Escolaridade:

() Nível superior completo

() Pós-graduação incompleta

() Pós-graduação completa

6.1 Se possui pós-graduação completa, qual a titulação?

() Especialização

() Mestrado

() Doutorado

7. Quais estratégias você mais trabalha para promoção da saúde do cuidador de idosos?

8. Onde você melhor desenvolve essas estratégias na UBS, durante a visita domiciliar, ou outro local? E por quê?

9. O que facilita e o que bloqueia o desenvolvimento dessas estratégias?

ANEXOS

ANEXO A

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

FMS
Fundação Municipal
de Saúde



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa **“ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE AO CUIDADOR DE IDOSOS: ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”** e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo aos pesquisadores: **ANA BEATRIZ MENDES RODRIGUES, ADÉLIA SANTOS AMARAL, ALLANE DE OLIVEIRA MENEZES E EDNILSON CARDOSO MACEDO** acesso aos profissionais enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da região leste para realização de entrevistas, com duração de 25 minutos, em setembro de 2023.

Obs: A Declaração de Autorização tem somente a função de submeter a pesquisa na Plataforma Brasil. Para iniciar a coleta de dados é necessário o envio, pelos pesquisadores, do parecer de autorização da Plataforma Brasil à Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde, para que esta elabore o Memorando de encaminhamento dos pesquisadores ao local de realização da pesquisa.

Teresina, 30 de junho de 2023.

Maria Luci E. Santiago

Maria Luci Esteves Santiago

Comissão de Ética em Pesquisa
Fundação Municipal de Saúde

ANEXO B

PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -
UNINOVAFAPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE AO CUIDADOR DE IDOSOS: Assistência do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Ana Beatriz Mendes Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73372623.3.0000.5210

Instituição Proponente: INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DO PIAUI LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.289.469

Apresentação do Projeto:

Protocolo de pesquisa de primeira versão vinculado ao Programa de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. A coleta de dados será realizada nas Unidades Básicas de Saúde da zona Leste do município de Teresina, Estado do Piauí. Os pesquisadores descrevem que o local do estudo foi escolhido considerando que a missão principal das Unidades Básicas está associada ao estímulo e intensificação das estratégias de promoção à saúde no nível da Atenção Primária à Saúde e na redução dos encaminhamentos aos hospitais, sendo essas responsáveis pelo cadastramento e promoção de ações em saúde da população adscrita das suas respectivas zonas de forma a contribuir para o aumento da qualidade de vida da população, seguindo os preceitos éticos do respeito, honestidade, humanização, humildade, educação, solidariedade e senso de justiça, firmados pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. A população e amostra do estudo será de 44 enfermeiros que estão inseridos nas unidades básicas de saúde da zona Leste do município de Teresina, Piauí. A amostra será por conveniência e estará condicionada ao critério de saturação teórica dos dados que se refere ao momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não evidencia mais esclarecimentos para o objeto estudado. Critérios de Inclusão: Ser enfermeiro com tempo de atuação de pelo menos 1 ano na Unidade Básica de

ANEXO C

DECLARAÇÃO DE REVISÃO ORTOGRÁFICA

Eu, Nome completo, graduado (a) em Letras pela Universidade X, declaro para o Centro Universitário UNINOVAFAPI que revisei o Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem intitulado (Título), dos alunos (nome completo). Declaro ainda que o presente trabalho encontra-se de acordo com as normas ortográficas e gramaticais vigentes.

Teresina, ____ de _____ de 20__.

Nome completo e Registro do Conselho Letras ou Português/ ou CPF/RG

ANEXO D

DECLARAÇÃO DO REPOSITÓRIO

UNINOVAFAPI
CENTRO UNIVERSITÁRIO

Afya

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
REPOSITÓRIO DA BIBLIOTECA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI

Termo de Autorização para Publicação Eletrônica de Teses, Dissertações e Trabalhos de Conclusão de Curso no Repositório Institucional do Centro Universitário UNINOVAFAPI

1. Identificação do Material Bibliográfico:

- ☐ Tese
☐ Dissertação
☐ Monografia
☒ TCC Artigo

2. Identificação do Trabalho Científico:

Curso de Graduação: Bacharelado em Enfermagem
Programa de pós-graduação:
Título:
Data da Defesa: 28 de novembro de 2023

3. Identificação da Autoria:

Autores: Adélia Santos do Amaral; Allane de Oliveira Menezes; Ednilson Cardoso Macêdo
Orientador: Ana Beatriz Mendes Rodrigues
Coorientador:
Membros da Banca: 1º Examinadora: Prof. Dra. Fernanda Cláudia Miranda Amorim; 2º Examinadora: Prof. Dra. Juliana Macedo Magalhães.

AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAÇÃO NO REPOSITÓRIO DA BIBLIOTECA

Autorizo ao Centro Universitário UNINOVAFAPI a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral da publicação supracitada, de minha autoria, em seu repositório, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão pela Internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Centro Universitário a partir desta data. Ainda por este termo, eu, abaixo assinado, assumo a responsabilidade de autoria do conteúdo do referido trabalho científico, estando ciente das sanções legais previstas referentes ao plágio.

Local: Teresina

Data: 27/11/2023

Ana Beatriz Mendes Rodrigues

Assinatura dos Autores

ANEXO E

NORMAS DO PERIÓDICO ESCOLHIDO PARA PUBLICAÇÃO

Periódico: Ciência & Saúde Coletiva
Qualis: A1



APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .docx) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na

redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e dos descritores, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro. Para se registrar no ORCID, entre no site (<https://orcid.org/>) e para inserir o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e atualize o seu cadastro.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Há artigos com mais autores em se tratando de grupos de pesquisa ou em casos excepcionais com autorização dos editores.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. As ilustrações coloridas só serão publicadas na versão online. Quando houver impressão da Revista, as ilustrações serão todas em TONS DE CINZA sem exceção. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria N0 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos

científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38).
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.