



**Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**PRISCILA DA SILVA PAULINO**

**DIFICULDADES ENCONTRADAS PELO CUIDADOR FAMILIAR NO CUIDADO AO  
PACIENTE ACAMADO**

**Assis/SP  
Ano 2022**



Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"

**PRISCILA DA SILVA PAULINO**

**DIFICULDADES ENCONTRADAS PELO CUIDADOR FAMILIAR NO CUIDADO AO  
PACIENTE ACAMADO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

**Assistente de pesquisa:** Priscila da Silva Paulino  
**Pesquisador principal:** Rosângela Gonçalves da Silva  
**Área do conhecimento:** Enfermagem  
**Financiamento:** Próprio

**Assis/SP  
2022**

## FICHA CATALOGRÁFICA

P328d Paulino, Priscila da Silva.

Dificuldades Encontradas pelo cuidador/familiar no cuidado ao paciente acamado/ Priscila da Silva Paulino– Assis, SP: FEMA, 2022.

46 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) –Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, curso de Enfermagem, Assis, 2022.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>Rosangela Gonçalves da Silva.

1.Cuidador.2. Acamado.3. Educação em Saúde.4. Qualidade de vida.I. Título.

CDD 610

Biblioteca da FEMA



**Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**PRISCILA DA SILVA PAULINO**

**DIFICULDADES ENCONTRADAS PELO CUIDADOR FAMILIAR NO CUIDADO AO  
PACIENTE ACAMADO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

**Assistente de pesquisa:** Priscila da Silva Paulino  
**Pesquisador principal:** Rosângela Gonçalves da Silva  
**Área do conhecimento:** Enfermagem  
**Financiamento:** Próprio

**Assis/SP**

**2022**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico a minha família que, com muito carinho e apoio não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

## **AGRADECIMENTO**

As palavras muitas vezes não são o suficiente para expressar meus sentimentos tão profundos e sinceros como a gratidão. Incontáveis foram as pessoas que, direta ou indiretamente, me proporcionaram o apoio necessário em momentos de desânimo, cansaço, angústia e fragilidade.

Em primeiro lugar agradeço a Deus, essa força infinita e sublime que nos envolve e nos renovam a cada passo e a cada desafio de nossas vidas e pela sua infinita misericórdia, sabedoria e amor derramado diariamente sobre mim, gerando sentido a tudo em minha vida e sendo minha principal força para seguir em frente e enfrentar qualquer obstáculo.

Agradeço a o meu amado pai, creio que lá do céu me ilumina todos os dias, me enviando força e alegria para continuar e concluir essa trajetória em minha vida, minha maior saudade.

Agradeço a minha querida e amada mãe, que muito cedo teve que assumir o papel de pai e criar três filhos, sendo a base a de tudo pra mim, apoiando-me nos momentos difíceis com incentivo, confiança, amor, ensinando-me a persistir nos meus objetivos e a alcançá-los e por ter sempre acreditado em minha capacidade.

Agradeço a professora e orientadora Rosângela Gonçalves da Silva, por aceitar me orientar nesse trabalho de conclusão de curso, pela dedicação em suas orientações prestadas na elaboração desse trabalho, incentivando-me e colaborando no desenvolvimento de minhas idéias, sempre com uma palavra de incentivo e carinho.

Agradeço a todos os cuidadores/familiares que aceitaram participar desta pesquisa, por compartilharem seus problemas, medos e anseios, por se mostrarem determinados e verdadeiros guerreiros em busca de uma melhor qualidade de vida ao paciente acamado.

## RESUMO

**Introdução:** Considera-se por cuidador aquele que possui a responsabilidade total, ou a maior parte da responsabilidade pelo cuidado ofertado ao paciente em seu dia a dia. Trata-se de uma pessoa dotada de qualidades especiais, sendo responsável por zelar pela saúde, bem-estar, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura e lazer do paciente a ser cuidado. A relação entre paciente e cuidador/familiar é complexa, sendo possível o surgimento de diversos sentimentos, muitas vezes contraditórios, tais como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, entre outros que devem ser compreendidos, pois fazem parte da relação paciente/cuidador.**Objetivo:** Identificar as principais dificuldades enfrentadas pelo cuidador/familiar no cuidado com o paciente acamado e compreender de que forma essas dificuldades interferem em sua qualidade de vida, visando o planejamento e execução de ações voltadas para a orientação e educação feita pela enfermagem para que o cuidador/familiar realize adequadamente os cuidados necessários para assistência do paciente acamado sem se sobrecarregar física ou emocionalmente.**Metodologia:** Trata-se de estudo de campo, de abordagem quantiquantitativa, composto por revisão de literatura acerca do tema, em bases de dados reconhecidas no campo científico, seguida da realização de busca em campo, onde os cuidadores de pessoas acamadas foram convidados a participarem do estudo. Para a coleta de dados foi utilizado como instrumento de pesquisa, um questionário estruturado, que foi aplicado pela aluna pesquisadora ao cuidador/familiar que aceitou o convite de forma voluntária, a fim de se atingir o objetivo proposto. A coleta de dados ocorreu no domicílio das pessoas acamadas cadastradas nas unidades de ESF de Palmital - SP, em horário e data escolhidos pelos participantes.**Conclusão:** Conclui-se que os cuidadores/familiares desempenham um novo papel a partir da adaptação a situação imposta pela dependência do paciente acamado, desenvolvendo o cuidado por meio dos conhecimentos e experiências próprias, sendo estes aperfeiçoados diariamente através do desenvolvimento de esforços particulares, de acordo com as condições estruturais apresentadas e o ambiente no qual estão inseridos, destacam-se como as principais dificuldades encontradas na assistência ofertada ao paciente acamado o banho, a troca de fralda e o reposicionamento do paciente no leito, ou seja, o desenvolvimento das ações voltadas para a higiene e cuidado com o paciente.

**Palavras-chave:** Cuidador; Acamado; Educação em Saúde; Qualidade de vida.

## ABSTRACT

**Introduction:** A caregiver is considered to be the one who has total responsibility, or most of the responsibility for the care offered to the patient in their daily lives. It is a person endowed with special qualities, being responsible for ensuring the health, well-being, food, personal hygiene, education, culture and leisure of the patient to be cared for. The relationship between patient and caregiver/family member is complex, and it is possible for the emergence of several feelings, often contradictory, such as anger, guilt, fear, anguish, confusion, tiredness, stress, sadness, nervousness, irritation, crying, among others. must be understood, as they are part of the patient/caregiver relationship. **Objective:** To identify the main difficulties faced by the caregiver/family in the care of the bedridden patient and to understand how these difficulties interfere in their quality of life, aiming at the planning and execution of actions aimed at the guidance and education carried out by nursing so that the caregiver/family member adequately performs the necessary care to assist the bedridden patient without being physically or emotionally overloaded. **Methodology:** This is a field study, with a quantitative-qualitative approach, consisting of a review of literature on the subject, in databases recognized in the scientific field, followed by carrying out field search, where caregivers of bedridden people were invited to participate in the study. For data collection, a structured questionnaire was used as a research instrument, which was applied by the research student to the caregiver/family member who voluntarily accepted the invitation, in order to achieve the proposed objective. Data collection took place at the homes of bedridden people registered in the FHS units in Palmital - SP, at a time and date chosen by the participants. **Conclusion:** It is concluded that caregivers/family members play a new role from the adaptation to the situation imposed by the dependence of the bedridden patient, developing care through their own knowledge and experiences, which are improved daily through the development of particular efforts, according to the structural conditions presented and the environment in which they are inserted, stand out as the main difficulties encountered. in the assistance offered to the bedridden patient, bathing, changing diapers and repositioning the patient in bed, that is, the development of actions aimed at hygiene and patient care.

**Keywords:** Caregiver; bedridden; Health education; Quality of life.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2. HIPÓTESE</b> .....	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
3.1. OBJETIVO PRIMÁRIO .....	13
3.2. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS .....	13
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	14
4.2. LOCAL DO ESTUDO/INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE .....	15
4.3. POPULAÇÃO/AMOSTRA .....	15
4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	15
4.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	16
4.6. RISCOS .....	16
4.7. BENEFÍCIOS .....	16
4.8. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS .....	17
4.8.1. INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS .....	17
4.8.2. DESFECHO PRIMÁRIO .....	18
4.8.4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS .....	18
4.9. FONTE SECUNDÁRIA DE DADOS .....	19
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>20</b>
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>38</b>
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	<b>40</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>41</b>
<b>9. APÊNDICES</b> .....	<b>43</b>
<b>10. ANEXOS</b> .....	<b>45</b>



## 1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa propõe-se a compreender como o cuidador de pessoas acamadas, seja ele membro da família ou não, enfrenta as dificuldades encontradas neste contexto de cuidado. Portanto é fundamental buscar referências que contextualizam o perfil das pessoas acamadas, assim como o papel do cuidador, sobretudo identificando quem são estes cuidadores, ou seja, é indispensável identificar na literatura se são pessoas qualificadas para este tipo de trabalho, se possuem vínculo genealógico com a pessoa acamada e se realmente encontram dificuldades neste processo, levando a prejuízos para sua própria saúde física e emocional.

Neste contexto destaca-se que a elevação da população idosa no Brasil tornou necessária a busca de soluções para os anseios e necessidades da terceira idade, bem como o conhecimento acerca da forma como a velhice é encarada sob o aspecto biopsicossocial, compreendendo suas esperanças e desilusões e a orientação da família no que se refere à convivência e aos cuidados relacionados à assistência ao idoso (VALCARENGHI et al, 2015).

Nos últimos anos é possível observar que esse processo de envelhecimento da população brasileira ocorre em um ritmo cada vez mais acelerado, sendo a elevação demográfica da proporção de pessoas com 60 anos ou mais uma tendência mundial justificada por meio da redução das taxas de fecundidade, bem como pela mortalidade e elevação da expectativa de vida (SILVA; BORGES, 2014).

A população brasileira está envelhecendo e, segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), pode chegar a 19 milhões de pessoas com mais de 80 anos em 2060. Sendo assim, o aumento de doenças crônicas degenerativas incapacitantes e do número de idosos dependentes para a realização de atividades de vida diária. Atualmente é um desafio muito grande para atenção à saúde no que diz respeito ao paciente idoso e acamado, visto que necessita de uma equipe multidisciplinar e de cuidados específicos no dia a dia, o que tem acontecido ultimamente é o retorno de pacientes idosos e acamados para a unidade hospitalar, por falta de um melhor cuidado e orientações (IBGE, 2020).

O cuidado domiciliar para pacientes acamados, ainda é algo que deve ser aprimorado, pois a importância da orientação e educação da enfermagem para o cuidador e família, junto com o acompanhamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), são essenciais no cuidado domiciliar.

Essa transição demográfica impacta diretamente o sistema de saúde, pois o envelhecimento populacional exige o desenvolvimento de novas estratégias voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

A redução das taxas de mortalidade observada constitui uma conquista da humanidade, sendo decorrente da promoção de melhorias do padrão de vida da população e do desenvolvimento das forças produtivas, bem como das contribuições da inovação médica, do desenvolvimento de programas de saúde pública, do acesso ao saneamento básico e da melhoria da higiene pessoal (MORAES, 2012).

Vale ressaltar que o Brasil não possui o preparo necessário para essa inversão da pirâmide etária, sendo indispensável a realização de mudanças para que seja possível o acolhimento dessa faixa etária que aumenta cada vez mais. O mapa epidemiológico de doenças e incapacidades que produzem seqüelas, evidencia a urgência do desenvolvimento de políticas de saúde capazes de assegurar efetivamente a atenção integral a saúde da pessoa idosa (OMS, 2002).

Esse envelhecimento populacional é um processo multidimensional, tendo em vista que inúmeros fatores influenciam a capacidade de enfrentamento das transformações decorrentes da elevação da idade (ARAÚJO, 2010).

O processo de envelhecimento geralmente encontra-se associado a estigmas negativos, apresenta o declínio biológico como um de seus pilares, que poderá ocasionalmente estar acompanhado de doenças e dificuldades funcionais decorrentes do avanço da idade. Nesse sentido, a elevação do contingente de idosos exige uma maior atenção com às questões relacionadas a assistência ofertada ao idoso, além de tornar necessária a reflexão e atuação acerca das repercussões das transformações sociais resultantes do envelhecimento (SOUZA; BRETAS, 2016).

O principal problema a afetar os idosos é a incapacidade física, sendo ocasionado principalmente pelo desenvolvimento de doenças crônicas, interferindo diretamente na realização das atividades cotidianas. Destacam-se entre outros problemas, as Demências, os Acidentes Vasculares Cerebrais, as Coronariopatias, o Diabetes Mellitus e

inúmeras outras patologias crônico-degenerativas, que ocasionam a dependência física ou psíquica, quase sempre de forma definitiva(RODRIGUES, 2015).

No Brasil estima-se que cerca de 85% da população idosa apresente pelo menos uma doença crônica e destes, pelo menos 10% apresentam ainda afecções concomitantes. Assim sendo, a condição de saúde crônica, em associação à longevidade contribui para a elevação do número de idosos com limitações funcionais, tornando necessária a presença constante de um cuidador (GONÇALVES et al, 2006).

Considera-se como cuidador a pessoa dotada de qualidades especiais que são expressas através da humanidade, solidariedade e doação. Na Classificação Brasileira de Operações (CBO), o cuidador é definido sob o código 5162 como aquele que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. O cuidador pode ser uma pessoa da família ou um membro da comunidade, responsável por prestar assistência à outra pessoa de qualquer idade que necessite de cuidados em virtude de se encontrar acamada, com limitações físicas ou mentais, entre outras restrições (BRASIL, 2008, p. 8).

A relação entre paciente e cuidador e familiar é complexa, sendo possível o surgimento de diversos sentimentos, muitas vezes contraditórios, tais como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, entre outros que devem ser compreendidos, pois fazem parte da relação paciente/cuidador (BRASIL, 2008).

De acordo com o Guia Prático do cuidador,

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

Assim sendo, o cuidador deve acompanhar e auxiliar nos cuidados, realizando pela pessoa apenas as atividades que ela não consiga realizar de forma independente. Vale ressaltar que a rotina do cuidador não deve prever a realização de técnicas e procedimentos identificados como práticas desenvolvidas por profissões legalmente estabelecidas, especialmente, na área de enfermagem (FARIA , 2011).

Há que se considerar ainda que, ser cuidador nem sempre se é uma escolha, especialmente nos casos em que a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. Portanto, é indispensável que haja a compreensão de que o ato de cuidar é uma tarefa nobre, entretanto complexa, tendo em vista ser permeada por sentimentos diversos e muitas vezes contraditórios. A pessoa que recebe o cuidado pode apresentar reações e comportamentos que dificultam o desenvolvimento das ações de cuidado, sendo de extrema relevância o reconhecimento dos fatores que dificultam o cuidado, além de trabalhar os sentimentos negativos sem culpa (FARIA, 2011).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) identifica os idosos acamados e direciona ações voltadas para esta população enfocando suas principais necessidades e norteando seus cuidadores (CONCEIÇÃO, 2010). Proporcionar um maior vínculo de cuidadores e pacientes acamados, ampliando a participação de ambos juntamente com as equipes de saúde, gerando uma responsabilidade compartilhada.

A equipe de saúde da família tem um destaque fundamental fazendo o papel de orientação do cuidador, da família e da comunidade, orientando sobre necessidades de mudança hábitos relativas à saúde e da melhoria da qualidade de vida do paciente acamado e da assistência que deve receber.

Mediante ao exposto, surge os seguintes questionamentos: Quais as principais dificuldades enfrentadas pelo cuidador/familiar no cuidado com a pessoa acamada? De que forma essas dificuldades interferem em sua qualidade de vida?

## 2. HIPÓTESE

H0 – Não existem dificuldades a serem enfrentadas pelo cuidador/familiar no cuidado a pessoa acamada, não havendo qualquer interferência em sua qualidade de vida, tampouco na qualidade do cuidado prestado.

H1 - Existem dificuldades que o cuidador/familiar precisa enfrentar em seu cotidiano no processo de cuidado a pessoa acamada e estas dificuldades interferem em sua qualidade de vida, assim como na qualidade do cuidado prestado.

H2 – As dificuldades enfrentadas pelo cuidador/familiar no processo de cuidado a pessoa acamada não interferem na qualidade de vida do cuidador/familiar e não compromete a qualidade do cuidado.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO PRIMÁRIO**

- Identificar as principais dificuldades enfrentadas pelo cuidador/familiar no cuidado com a pessoa acamada e compreender de que forma essas dificuldades interferem em sua qualidade de vida e conseqüentemente na qualidade do cuidado prestado.

#### **3.2. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

- Identificar na literatura as principais dificuldades enfrentadas pelo cuidador/familiar no cuidado a pessoa acamada;
- Descrever as principais dificuldades enfrentadas e relacioná-las com a interferência em sua qualidade de vida.
- Corroborar a importância da enfermagem no planejamento e execução de ações educativas voltadas a correta orientação ao cuidador/familiar para que realize adequadamente os cuidados necessários a pessoa acamada, sem sobrecarregá-lo.

## 4. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi desenvolvida em campo, buscou-se levantar dados diretamente com a população alvo, integrando-se os dados obtidos com o levantamento bibliográfico a fim de corroborar ou refutar as hipóteses do estudo.

### 4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo de campo, de abordagem quantiqualitativa, composto por uma revisão da literatura acerca do tema e pelo levantamento de dados junto ao participante. Para o levantamento bibliográfico, adotou-se a revisão integrativa por permitir a combinação de pesquisas com diferentes métodos combinados, sendo que para este estudo, os métodos envolvem a busca na literatura e no campo.

As buscas bibliográficas estabelecidas nesta pesquisa se sustentaram nas palavras-chaves selecionadas e aplicadas em banco de dados públicos, nos artigos publicados na íntegra em português, em teses, dissertações, monografias, revistas e demais publicações científicas relacionadas ao tema, devidamente reconhecidas.

A pesquisa de campo, exploratória, utilizou como instrumento, um questionário estruturado com 20 questões relacionadas ao eixo temático, hipóteses e objetivos do estudo, que foi aplicado apenas após análise e aprovação do CEP.

Portanto, os pesquisadores, puderam dar seqüência na coleta de dados em campo com o Parecer Consubstancial de Aprovação em mãos e demais documentos necessários.

A aluna pesquisadora comunicou a unidade de saúde sobre a aprovação do estudo e agendou uma visita local para ajustar o desenvolvimento da coleta que ocorreu da seguinte forma:

1º passo - O endereço de todas as pessoas acamadas cadastradas na unidade foi levantado pela aluna pesquisadora, assim, acompanhada por um agente comunitário, fez uma visita local a fim de efetuar o convite ao cuidador/familiar.

2º passo - Após o aceite voluntário, a aluna entregou o TCLE, aguardou a leitura, ou se necessário, fez a leitura do TCLE junto ao participante, esclarecendo todas as dúvidas. Logo após, agendou uma data, a hora e local escolhidos pelo participante, entre os meses

de maio e junho, para que pudesse aplicar o questionário estruturado sem atrapalhar a rotina.

3º passo – Aplicação do questionário conforme escolha do participante.

Caso o participante opte por responder ao questionário na unidade de saúde, será disponibilizada uma sala privativa para que a aluna pesquisadora colete os dados junto a participante, resguardando sigilo e privacidade.

#### 4.2. LOCAL DO ESTUDO/INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

A coleta de dados ocorreu na residência das pessoas acamadas ou na unidade de saúde em que estão cadastradas, salientando-se que as pessoas acamadas da cidade de Palmital - SP, que estão cadastradas na unidade de saúde PSF - Paraná.

#### 4.3. POPULAÇÃO/AMOSTRA

A amostra necessária à delimitação e contemplação dos objetivos será de 15 (quinze) cuidadores/familiares, totalizando 15 participantes no município de Palmital - SP.

<b>Grupo</b>	<b>Nº de indivíduos</b>	<b>Intervenções a serem realizadas</b>
Não se aplica	15	Aplicação de questionário.

#### 4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa, apenas cuidadores/familiares a partir de 18 anos de idade que estejam diretamente envolvidos com o cuidado a pessoa acamada do município de Palmital - SP, desde que aceitaram participar de modo voluntário e assinem o TCLE (ANEXO I).



#### 4.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não foram incluídos na pesquisa, cuidadores/familiares que não estejam diretamente envolvidos com a assistência ao paciente acamado do município de Palmital - SP, bem como aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

Serão excluídos do estudo, participantes que não consigam responder aos questionamentos, independentemente da causa.

#### 4.6. RISCOS

A execução dessa pesquisa envolve risco mínimo, sendo assegurada a não exposição dos participantes, onde os cuidadores/familiares, alvo de coleta de dados, responderão questões sobre características básicas individuais, condições de moradia da pessoa acamada, cuidados prestados a pessoa acamada. Não havendo apontamentos acerca do certo ou errado, mas apenas o levantamento dos dados. Todavia, se trata de um questionário com 20 questões, com um tempo estimado de no mínimo 10 minutos e no máximo 30 minutos, podendo causar no participante o sentimento de desconforto e cansaço tanto ao precisar ler o TCLE no momento da visita domiciliar para o convite, quanto no momento em que as perguntas serem feitas pela aluna pesquisadora, seja na residência ou na unidade de saúde. Este fato pode ser minimizado ou extinto com o reagendamento da visita, para que os dados continuem sendo coletados.

#### 4.7. BENEFÍCIOS

O desenvolvimento do presente estudo não trouxe benefícios diretos ao participante neste momento, mas ao longo prazo, os participantes poderão ser beneficiados por meio da oferta de capacitações que visem adequar as atividades de cuidado, sem sobrecarregar o cuidador. Os resultados desta pesquisa foram apresentados à unidade de saúde e a partir da parceria poderá ser elaborado um planejamento e execução de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores/familiares e conseqüentemente da pessoa acamada.

#### 4.8. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

O projeto de pesquisa foi elaborado e desenvolvido a partir de etapas seqüenciais que incluirão: pesquisas bibliográficas e em campo.

O presente projeto foi encaminhado e submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, cujo parecer foi remetido após minuciosa avaliação, emitindo de este modo parecer favorável assegurando a seqüência da pesquisa.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo, sendo garantida sua participação anônima e na condição de voluntário. Mediante aceitação para participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A aplicação do questionário ocorreu na residência ou na unidade de saúde PSF – Paraná, conforme escolhido pelo participante, em data e hora também definidos por ele, de modo a não interferir em sua rotina de atividades diárias.

Os resultados são fruto de uma análise dos dados compilados através das referências bibliográficas e dos dados levantados junto aos participantes na pesquisa de campo, e demonstrados através de gráficos e ou tabelas que facilitarão a interpretação dos mesmos, de modo a favorecer uma discussão eficaz e contemplar os objetivos do estudo, refutando ou corroborando as hipóteses.

A pesquisa foi realizada mediante a anuência de compromisso do pesquisador e consentimento do participante.

##### 4.8.1. INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Foi utilizado como instrumento de pesquisa, um questionário estruturado (APÊNDICE I) composto por 20 questões em associação ao levantamento do referencial teórico científico a fim de corroborar ou refutar as hipóteses do estudo.

O questionário é composto por 19 questões fechadas (quantitativas) e 1 questões aberta (qualitativas), portanto se trata de um instrumento quantiquantitativo.

É possível que as questões sejam respondidas em no mínimo 10 minutos e no máximo 30 minutos.

#### 4.8.2. DESFECHO PRIMÁRIO

O Presente estudo teve por objetivo identificar as principais dificuldades enfrentadas pelo cuidador/familiar no cuidado com a pessoa acamada e compreender de que forma essas dificuldades interferem em sua qualidade de vida. Possibilitando assim, a médio ou longo prazo, planejar e executar ações desenvolvidas pela enfermagem e equipe de saúde ao cuidador/familiar, para que realize adequadamente os cuidados necessários a pessoa acamada, sem, no entanto, se sobrecarregar física ou emocionalmente.

#### 4.8.3. DESFECHO SECUNDÁRIO

A metodologia proposta não permite avançar para o desfecho secundário.

#### 4.8.4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Tratou-se de uma pesquisa quantiqualitativa, onde os dados foram obtidos através de um questionário (APÊNDICE I) estruturado para a captação de dados fornecidos pelos cuidadores/familiares responsáveis pelo cuidado a pessoa acamada, visando a coleta de informações sobre as principais dificuldades enfrentadas em sua rotina cotidiana.

Vale ressaltar que o objetivo da pesquisa é trazer dados sobre as principais dificuldades enfrentadas pelo cuidador/familiar no cuidado com o paciente acamado, bem como a compreensão de que forma essas dificuldades interferem em sua qualidade de vida, onde não haverá julgamentos ou comparações, mas apenas a comparação entre os resultados obtidos e o referencial teórico levantado.

Portanto os resultados são fruto de uma análise dos dados compilados através das referências bibliográficas e dos dados levantados junto ao participante na pesquisa de campo, e demonstrados através de gráficos e ou tabelas que facilitarão a interpretação dos mesmos, de modo que favoreçam uma discussão eficaz e contemplem os objetivos do estudo.

#### 4.9. FONTE SECUNDÁRIA DE DADOS

Não houve fonte secundária para coleta de dados



6. Qual seu grau de parentesco com a pessoa acamada	Mãe ID: 82 anos ALZH EIMER	Outro, cuidador ID: 90 anos	Sogra ID: 74 anos AVC	Mãe ID: 93 anos Fratura de Fêmur, senilidade	Mãe ID: 90 anos	Neta ID: 84 anos Alzheimer	Outro, cuidador ID: 96 anos Doença Degenerativa	Outro, Esposa ID: 83 anos Fratura de Fêmur	Filho ID: 48 anos Paralisia	Pai ID: 96 anos Senilidade	Filha ID: 75 anos AVC	Esposa ID: 72 anos AVC	Irmã ID: 46 anos Trauma	Pai ID: 81 anos Fratura de Fêmur	Mãe ID: 47 anos Meningite
7. Tempo de cuidado ao paciente acamado	8 Anos	2 anos	6 meses	3 Anos	16 anos	7 anos	2 anos	1 ano	20 anos	4 anos	5 anos	3 anos	4 anos	2 anos	45 anos
8- Você recebe remuneração para o cuidado junto a pessoa acamada	Não	Sim	Não	Não	Sim aposentadoria	Não	Sim	Não	Sim Auxílio Doença	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim Auxílio Doença
9. Como considera o cuidado que realiza?	Considero de outra maneira cuidada com a Mãe	Considero como Mem trabalho minha fonte de renda	Considero de outra maneira família	Considero de outra maneira família	Considero de outra maneira família	Considero de outra maneira família	Considero como Mem trabalho minha fonte de renda	Considero de outra maneira família	Considero de outra maneira família	Considero de outra maneira família	Considero de outra maneira família	Considero de outra maneira família	Considero de outra maneira família	Considero de outra maneira família	Considero de outra maneira família
10. Além da assistência a pessoa acamada, você exerce alguma atividade remunerada?	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não
11. Sua	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim



15. Você recebeu apoio da Atenção Básica de Saúde, como por exemplo orientação para realizar o banho, mudança de decúbito, alimentação e cuidados e manuseio de cateteres?	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
16. Você acredita que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com o cuidado a pessoa acamada?	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim,	Não	Sim	Sim
	Dor na coluna, Tendinite, depressão, momento de lazer, separação		Sim	Sim		Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	dor no corpo e coluna		Sim	Sim
	Ansiedade e depressão		Dor na coluna e ansiedade			Psicológico, físico, dor nas costas	Dor na coluna	Dor nas costas							
17. Você acredita que dispõe de tempo suficiente para o atendimento de suas necessidades pessoais?	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim



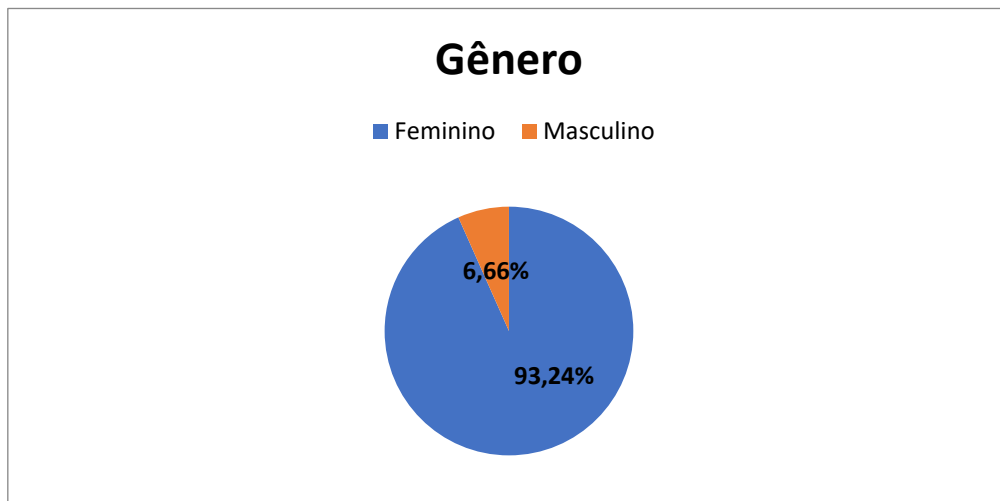
18. Você se sente sobrecarregado (a) com esta responsabilidade/trabalho?	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
19. Você acredita ser capaz de ofertar o cuidado a pessoa acamada por muito mais tempo	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
20. O que você considera ser sua principal dificuldade neste contexto	Dificuldade no banho e reposicionar no leito	Não encontrado dificuldade no cuidado do diário	A maior dificuldade é no cuidado na hora do banho, por conta do peso	No cuidado no banho e troca	Refer e não ter dificuldade no cuidado oferta do	Difícil ver o processo da doença, no cuidado do não encontro dificuldade	Não encontro dificuldade	Exaustão e na Assistência no cuidado	Encontro dificuldade no cuidado	Dificuldade no cuidado do banho	Dificuldade no cuidado do diário banho e troca de fralda	No momento do banho e troca de fralda, arrumar ele na cama	A dificuldade que eu considero, é na hora do banho e posicionar ele no leito	No banho e troca de fralda	Não tenho dificuldade no cuidado

Fonte: Autor.

Participaram da presente pesquisa, 15 cuidadores/familiares que prestam assistência a pessoas acamadas cadastradas nas unidades de ESF (Estratégia de Saúde da Família) da cidade de Palmital-SP, para a identificação das principais dificuldades encontradas em seu cotidiano e de que forma essas dificuldades interferem na qualidade de vida do cuidador/familiar e conseqüentemente da pessoa acamada.

Dentre os cuidadores/familiares participantes da pesquisa, apenas 1 (6,66%) é do sexo masculino, sendo predominante a realização da assistência a pessoas acamadas por cuidadores/familiares do sexo feminino (93,24%)

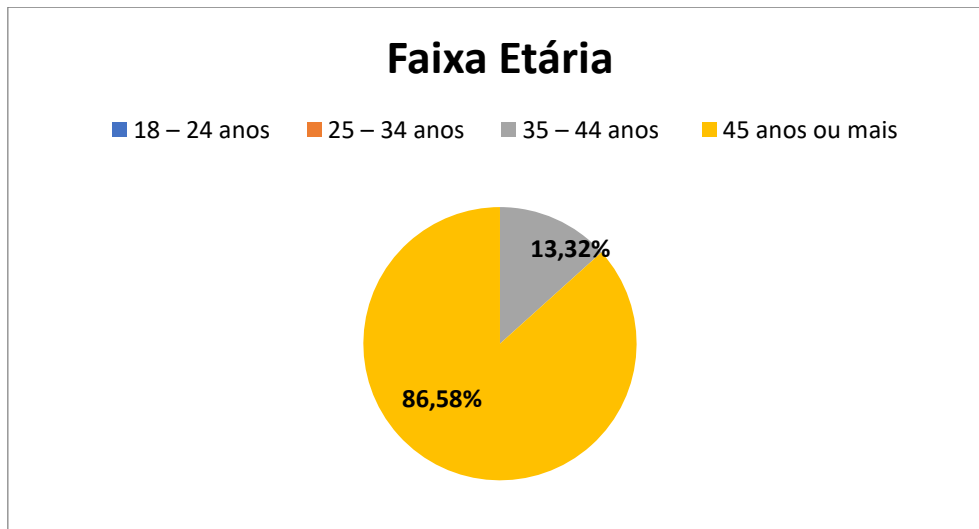
Gráfico 1 - Gênero dos Cuidadores/Familiares



Fonte: Autor.

Com relação à faixa etária dos cuidadores/familiares participantes da presente pesquisa, 2 cuidadores/familiares (13,32%) possuem entre 35 e 44 anos de idade. Os demais cuidadores/familiares participantes (86,58%) possuem 45 ou mais de idade, Evidenciando a predominância da assistência realizada por cuidadores com mais de 45 anos de idade.

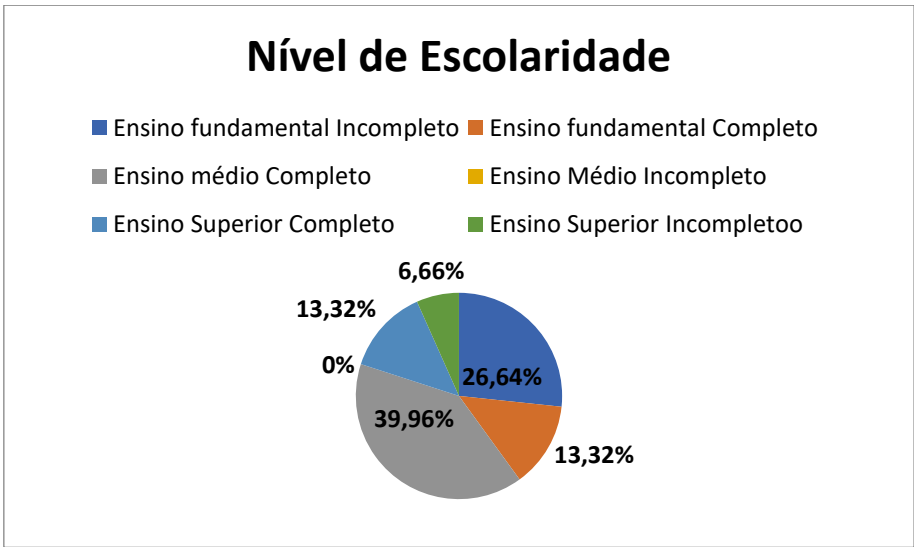
Gráfico 2 - Faixa Etária dos Cuidadores/Familiares



Fonte: Autor.

No que se refere à escolaridade, dentre os cuidadores/familiares participantes, 6 (39,96%) possuem o Ensino Médio Completo, 4 (26,64%) possuem o Ensino Fundamental incompleto, 2 (13,32%) possuem o Ensino Fundamental completo, 2 (13,32%) possuem o Ensino Superior completo, sendo as áreas de formação destes Pedagogia e Educação Física. Para finalizar, 1 (6,66%) cuidador/familiar possui o Ensino Superior incompleto. Assim sendo, observa-se o predomínio de cuidadores/familiares com menores níveis de escolaridade.

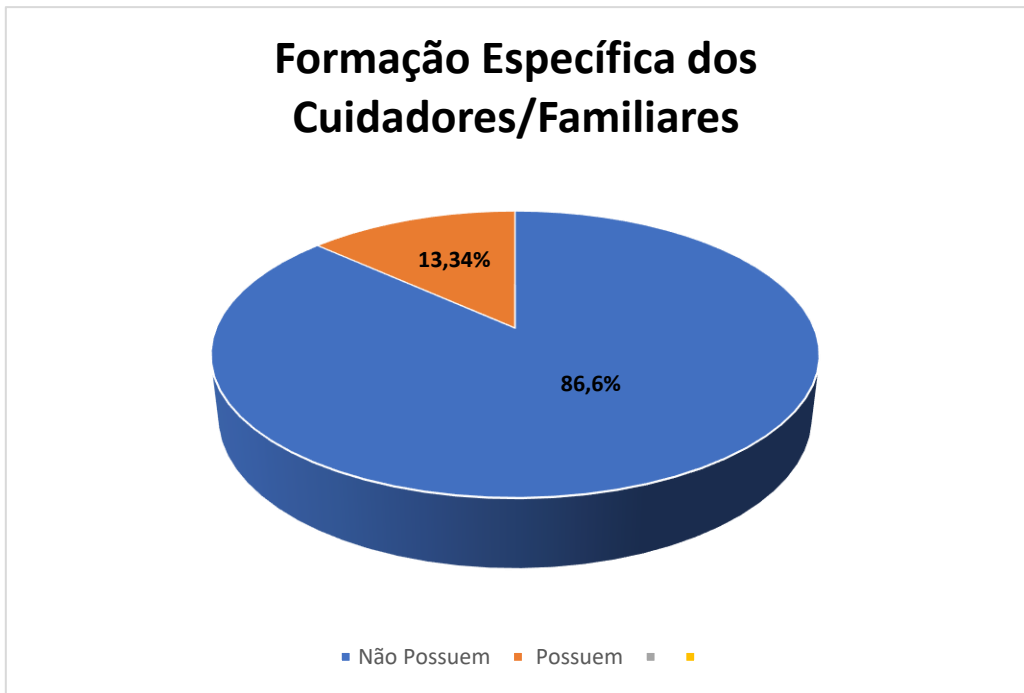
Gráfico 3 - Escolaridade dos Cuidadores/Familiares



Fonte: Autor.

Com relação à formação específica para a atuação como cuidador, dentre os 15 cuidadores/ familiares participantes da presente pesquisa, 13 (86,6%) não possuem formação específica para atuação como cuidador e apenas 2 (13,34%) são Técnicos em Enfermagem.

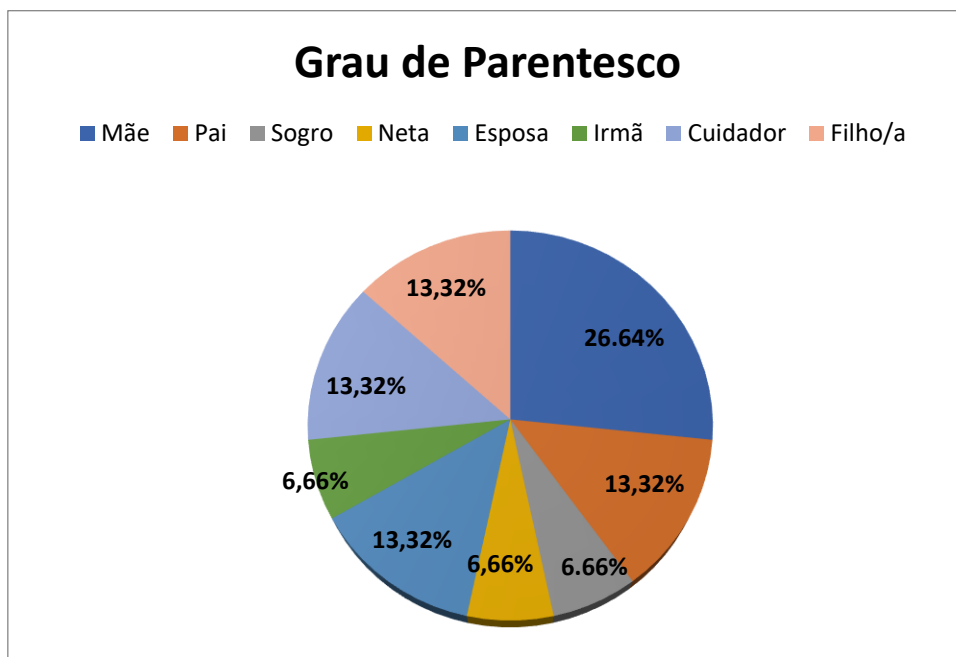
Gráfico 4 - Formação específica dos Cuidadores/Familiares



Fonte: Autor.

No que se refere ao grau de parentesco, dentre os cuidadores/familiares participantes, 12 (80%) possuem relação de parentesco com o paciente acamado e apenas 3 (20%) não possuem relação de parentesco com o paciente acamado, sendo possível observar que a maioria dos responsáveis pela assistência ao paciente acamado possuem um grau de parentesco com o mesmo.

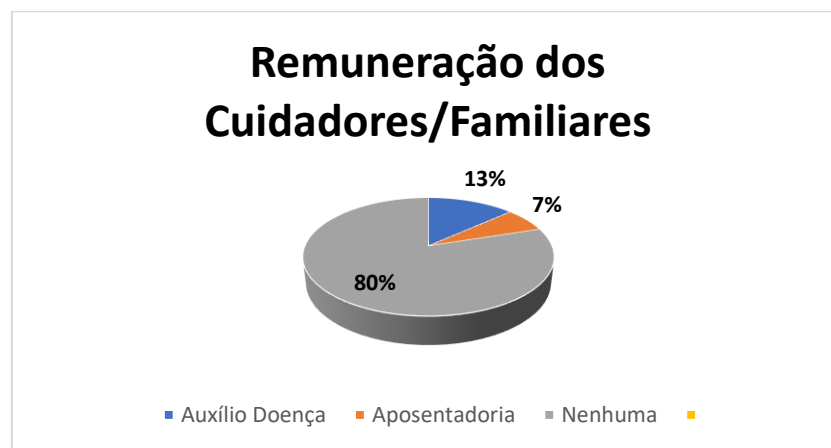
Gráfico 5 - Grau de parentesco dos Cuidadores/Familiares



Fonte: Autor.

Quanto ao recebimento de remuneração, dentre os cuidadores/familiares participantes, 12 (80%) não recebem nenhuma remuneração pela assistência ofertada ao paciente acamado e apenas 3 (20%) recebem remuneração pela assistência ofertada ao paciente acamado. Ao se estabelecer uma correlação com o grau de parentesco, evidencia-se que quando a assistência ao paciente acamado é realizada por uma pessoa que possui grau de parentesco com o paciente, a assistência ofertada não é remunerada.

Gráfico 6 - Remuneração dos Cuidadores/Familiares



Fonte: Autor.

Ainda com relação à assistência ofertada ao paciente acamado, 13 (86,6%) cuidadores/familiares participantes consideram a assistência ofertada como o cuidado ofertado a um familiar acamado e 2 (13,4%) como seu trabalho e fonte de renda.

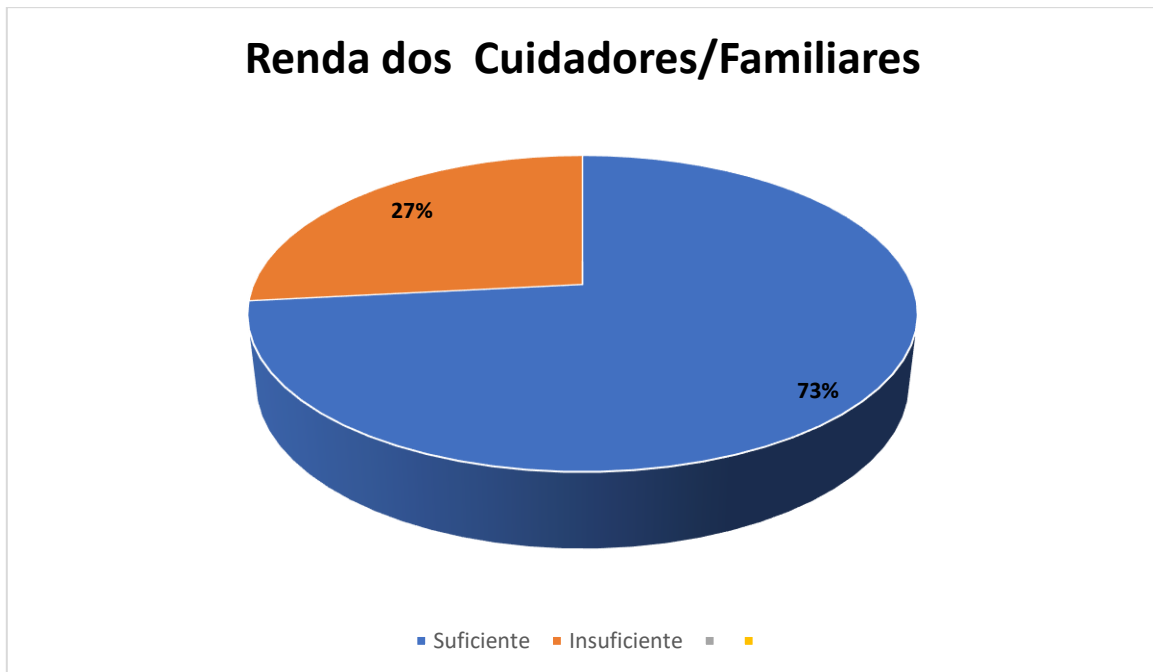
Gráfico 7 - Assistência ofertada ao paciente acamado



Fonte: Autor.

No que se refere à renda, 11 (73,33%) cuidadores/familiares declararam que sua renda é suficiente para o atendimento de suas necessidades e 4 (26,67%) cuidadores/familiares declararam que sua renda é insuficiente para o atendimento de suas necessidades.

Gráfico 8 - Renda dos Cuidadores/Familiares

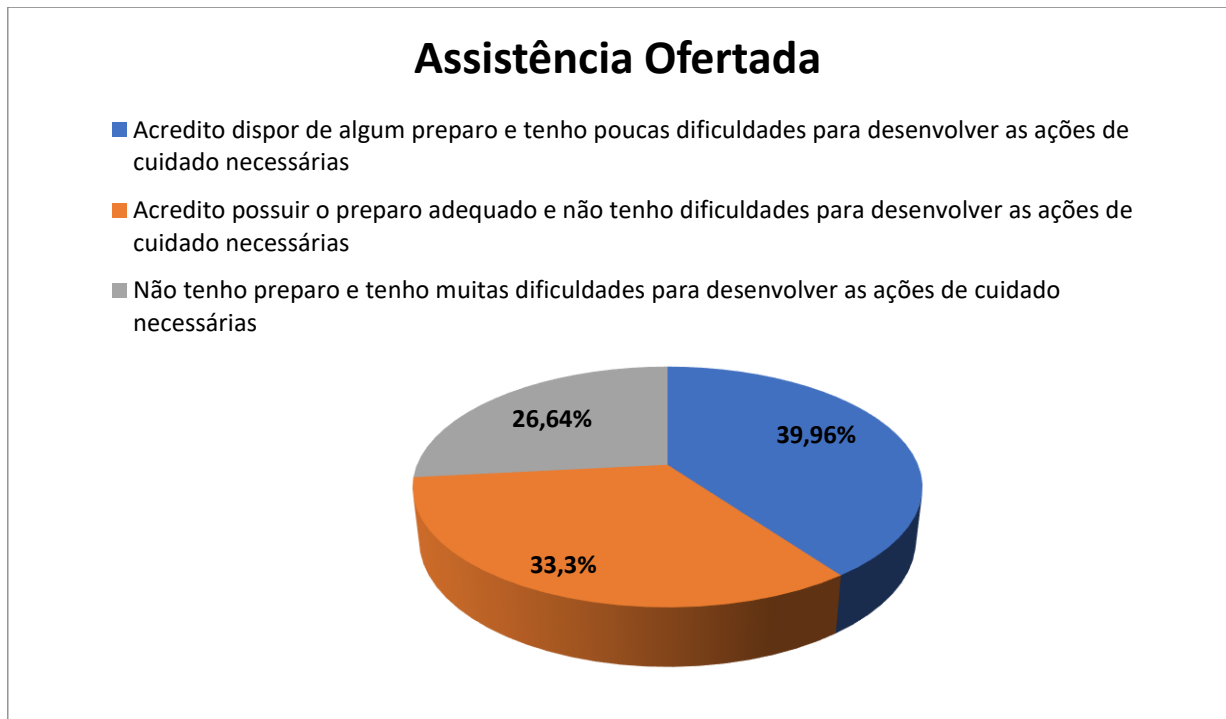


Fonte: Autor.

Com relação ao preparo dos cuidadores/familiares participantes da pesquisa, 6 (39,96%) declararam dispor de algum preparo e pouca dificuldade para desenvolver as ações de cuidado necessárias, 5 (33,33%) declararam dispor de preparo adequado e não possuir dificuldade para desenvolver as ações de cuidado necessárias, 4 (26,64%) declararam dispor de algum preparo e possuir muita dificuldade para desenvolver as ações de cuidado necessárias.

Gráfico 9 - Preparo dos Cuidadores/Familiares para Ofertar Assistência

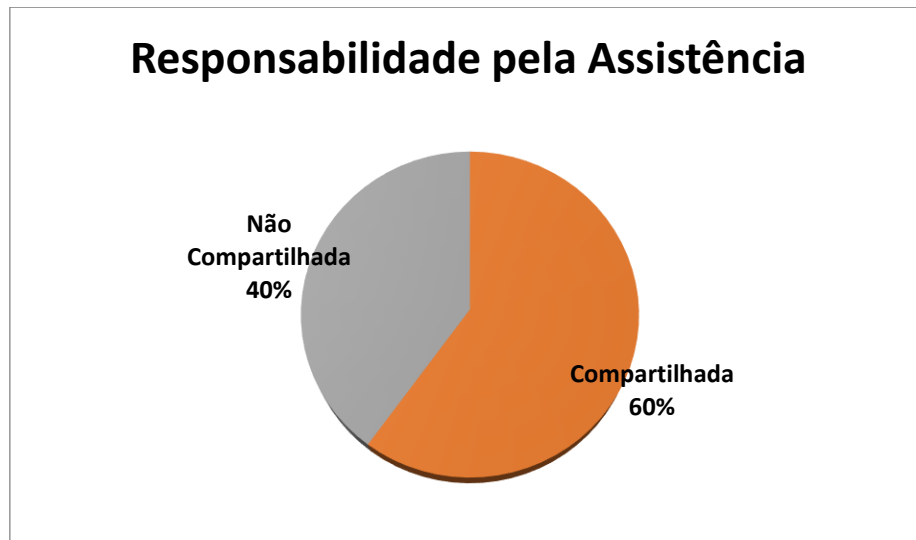




Fonte: Autor.

Quanto à responsabilidade pela assistência ao paciente acamado, 9 (60%) cuidadores/familiares declararam compartilhar a responsabilidade pela assistência ao paciente acamado e 6 (40%) declararam não compartilhar a responsabilidade pela assistência ao paciente acamado.

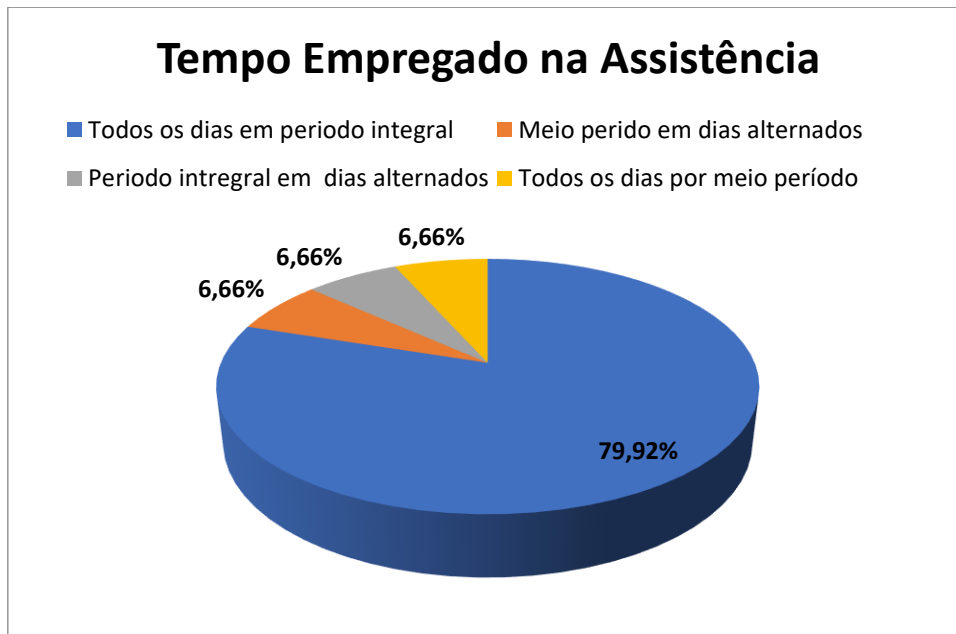
Gráfico 10 - Responsabilidade pela Assistência ao Paciente Acamado



Fonte: Autor.

Ainda com relação à assistência ao paciente acamado, 12 (79,92%) cuidadores/familiares participantes da pesquisa declararam realizar a assistência ao paciente acamado todos os dias em período integral; 1 (6,66%) cuidador familiar declarou realizar a assistência ao paciente acamado em dias alternados em período integral; 1 (6,66%) cuidador familiar declarou realizar a assistência ao paciente acamado em dias alternados por meio período e 1 (6,66%) cuidador familiar declarou realizar a assistência ao paciente acamado todos os dias alternados por meio período. Assim sendo, é possível observar a predominância da assistência ao paciente acamado por um único cuidador todos os dias da semana em período integral.

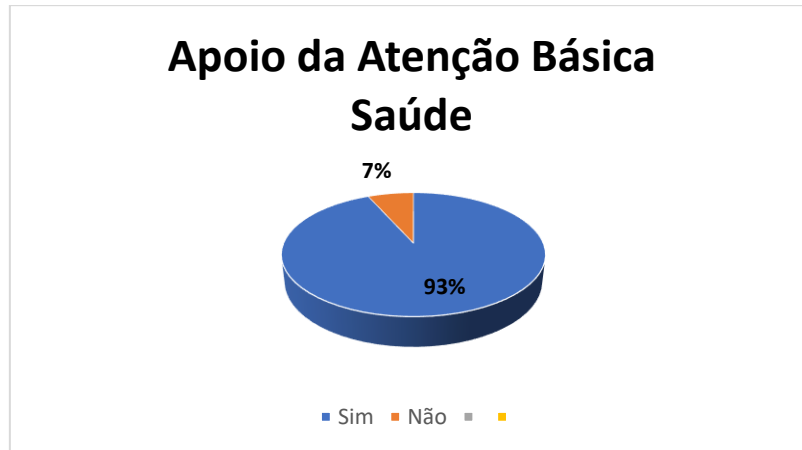
Gráfico 11 - Tempo empregado na assistência ao paciente acamado



Fonte: Autor.

No que se refere ao recebimento de apoio da Atenção Básica de Saúde para a realização da assistência ao paciente acamado, 14 (93%) cuidadores/familiares declararam receber apoio da Atenção Básica de Saúde para a realização da assistência ao paciente acamado e apenas 1 (7%) declarou não receber apoio da Atenção Básica de Saúde para a realização da assistência ao paciente acamado, evidenciando uma atuação efetiva da Atenção Básica de Saúde com relação ao apoio para a realização da assistência ao paciente acamado de forma adequada.

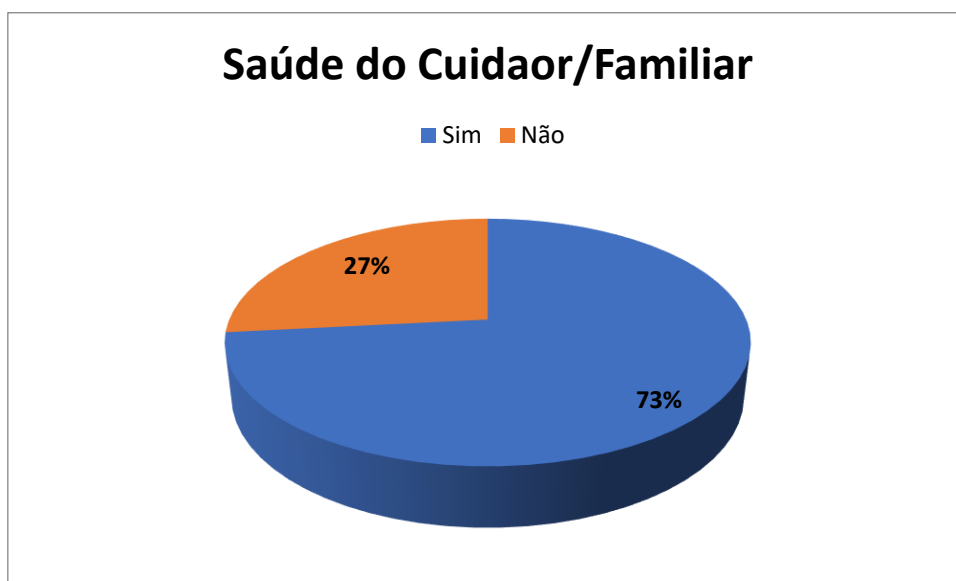
Gráfico 12 - Apoio da Atenção Básica de Saúde



Fonte: Autor.

Com relação à saúde do cuidador/familiar, 11 (73,26%) cuidadores/familiares declararam acreditar que sua saúde foi afetada em virtude do seu envolvimento com a assistência ao paciente acamado e 4 (26,64%) declararam não acreditar que sua saúde foi afetada em virtude do seu envolvimento com a assistência ao paciente acamado, predominando os cuidadores/familiares que acreditam ter sua saúde afetada em virtude do seu envolvimento com a assistência ao paciente acamado.

Gráfico 13 - Saúde do Cuidador/Familiar



Fonte: Autor.

Quanto ao tempo disponível para o atendimento das necessidades pessoais, 9 (60%) cuidadores/familiares declararam dispor de tempo suficiente para o atendimento de suas necessidades pessoais e 6 (40%) dos cuidadores/familiares declararam não dispor de tempo suficiente para o atendimento de suas necessidades pessoais. Evidencia-se, portanto, que uma parcela significativa dos cuidadores/familiares não dispõe de tempo suficiente para o atendimento de suas necessidades pessoais.

Gráfico 14 - Tempo Disponível para o Atendimento das Necessidades Pessoais



Fonte: Autor.

No que se refere à sobrecarga em virtude da responsabilidade e assistência ofertada ao paciente acamado, 9 (60%) cuidadores/familiares declararam se sentir sobrecarregados com esta responsabilidade/trabalho e 6 (40%) cuidadores/familiares declararam não se sentir sobrecarregados com esta responsabilidade/trabalho. Os dados coletados apontam que mais da metade dos cuidadores/familiares se sentem sobrecarregados com esta responsabilidade/trabalho.

Gráfico 15 - Sobrecarga dos Cuidadores/Familiares



Fonte: Autor.

Ainda com relação à sobrecarga dos cuidadores/familiares, apenas um participante declarou acreditar não ser capaz de ofertar o cuidado a pessoa acamada por muito mais tempo, sendo possível observar a predominância de cuidadores/familiares que acreditam ser capazes de ofertar o cuidado a pessoa acamada por muito mais tempo.

Para finalizar, destacam-se como as principais dificuldades encontradas na assistência ofertada ao paciente acamado o banho, a troca de fralda e o reposicionamento do paciente no leito, ou seja, o desenvolvimento das ações voltadas para a higiene e cuidado com o paciente.

## 6. DISCUSSÃO

O cuidador constitui o principal responsável pelo atendimento das necessidades básicas do paciente acamado, desenvolvendo repetidamente atividades cansativas, expondo-se a inúmeros fatores estressantes, tais como o peso das tarefas e as doenças decorrentes das exigências impostas pelo trabalho e das características do paciente acamado. Vale ressaltar que diversas vezes o cuidador não é informado adequadamente, além da falta de apoio físico, psicológico e financeiro para o enfrentamento da rotina como cuidador (VIEIRA et al, 2012).

No que se refere às principais dificuldades enfrentadas evidencia-se a necessidade de treinamentos e orientações específicas para que seja possível o cumprimento de forma adequada de seu papel, tendo em vista que nem sempre o cuidador dispõe de preparo para o desenvolvimento de suas ações com desenvoltura e facilidade.

O ato de cuidar exige do responsável pelo cuidado tempo, disponibilidade e dedicação intensa, comprometendo de forma demasiada o cuidador, que inúmeras vezes também apresenta limitações. Nesse sentido, Vieira et al (2012) destaca que “quando o cuidador também possui restrições na sua saúde, à sobrecarga é maior ainda”.

O desenvolvimento constante de ações de cuidado demanda que o cuidador disponha de força para realizar atividades como transferências e banhos (principais dificuldades apontadas na presente pesquisa), resultando em cansaço físico e desgaste psicológico para o cuidador, levando-os frequentemente ao esgotamento, deixando-os sem condições de ofertar uma assistência satisfatória, exigindo que o cuidador realize as atividades de cuidado, superando suas próprias dificuldades e limitações.

Quanto à orientação para o cuidado em domicílio, o enfermeiro e o agente comunitário de saúde são os principais responsáveis pela orientação e direcionamento das ações em saúde que deverão ser incorporadas à rotina do paciente acamado. Nesse sentido, a visita domiciliar pelos profissionais de saúde torna-se de extrema relevância, pois possibilitam conhecimento do contexto no qual o paciente acamado se encontra inserido. Ressalta-se ainda a influência exercida pelo estabelecimento de um diálogo claro e aberto

entre os profissionais de saúde e cuidadores, sendo este imprescindível para que seja possível a construção e troca de saberes (ALENCAR, 2006).

A oferta de uma assistência de qualidade exige que sejam ofertadas aos cuidadores orientações satisfatórias e suficientes acerca do atendimento ao paciente acamado, para que o cuidado ofertado não coloque em risco a saúde do paciente. Entretanto, a instrução adequada possibilita o enfrentamento dos desafios impostos pelo cuidado com maior segurança promovendo o desenvolvimento de processos educativos de saúde, direcionados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (ALVES, 2005).

O apoio da equipe de saúde se faz necessário tanto na orientação quanto na oferta de ajuda prática, física e financeira. Quando o profissional entra numa residência carrega consigo grande expectativa para o doente e familiar, além da esperança e informações de extrema relevância (SOMMERHALDER, 2001). Nesse sentido, é possível concluir que a educação em saúde configura como uma ação primordial, sendo possível o seu enquadramento como prevenção primária, visando capacitar o cuidador para o desenvolvimento de ações de cuidado no âmbito domiciliar, bem como para a identificação de intercorrências na qualidade e segurança da saúde do paciente acamado.



## 7. CONCLUSÃO

Ao final do presente trabalho conclui-se que os cuidadores/familiares desempenham um novo papel a partir da adaptação a situação imposta pela dependência do paciente acamado, desenvolvendo o cuidado por meio dos conhecimentos e experiências próprias, sendo estes aperfeiçoados diariamente através do desenvolvimento de esforços particulares, de acordo com as condições estruturais apresentadas e ambiente no qual estão inseridos. Todavia, diversas vezes os cuidadores se sentem despreparados para o desenvolvimento do cuidado no ambiente domiciliar.

Da mesma forma, as atividades diárias que integram o cotidiano do cuidado geram dificuldades emocionais, físicas, econômicas e sociais para o cuidador, desencadeando o estresse e afetando de forma direta sua saúde. À medida que exercem as ações de cuidado ao paciente acamado, o cuidador pode vir a adoecer ou tornar-se vulnerável, em decorrência da sobrecarga e desgaste imposta pelo trabalho adicional.

Com relação ao recebimento de orientações, os enfermeiros e agentes comunitários de saúde são os principais responsáveis pela sua realização durante a visita domiciliar ao paciente acamado. Entretanto, nem todos os cuidadores podem contar com o apoio de profissionais, fazendo com que a assistência domiciliar muitas vezes seja deficiente. Assim sendo, evidencia-se, a necessidade de auxílio para que os cuidadores/familiares possam ofertar o cuidado adequado e garantir, tanto a si mesmo como ao paciente acamado a melhoria da qualidade de vida.

## 8. BIBLIOGRAFIA

ALENCAR R. **A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**. 2006. 120f. Dissertação. (Mestrado). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, 2006. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/314M.PDF> . Acesso em: 16 Julho de 2022.

ALVAREZ, A. M. Tendo que cuidar: a vivenciado idoso e da família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. **Texto & Contexto Enfermagem**. V.10, n. 2, p.205-7. Maio-agosto, 2001. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nex tAction=Ink&exprSearch=302131&indexSearch=ID>. Acesso em: 13 de Julho de 2022.

ALVES VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Rev. Interface: Comunic. Saúde Educ.** 2005; 9(16):39- 52. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YSHbGggsRTMQFjXLqDVRyKb/?format=pdf&lang=pt> .Acesso em:15 de julho de 2022.

ARAUJO, E. Atendimento Humanizado ao Idoso. **Cad. Saúde Pública**, 19(3), 839-847. Minas Gerais, 2010. Disponível em: <http://fibra.edu.br/wp-content/uploads/2017/08/TCC-John-Lennon-Silva-e-H%C3%A9lica-Silva.pdf> . Acesso em: 17 maio de 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf) . Acesso em: 17 Janeiro de 2021.

CONCEIÇÃO, Luiz. **Saúde do idoso orientações ao cuidador do idoso acamado**. Disponível em : [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/v20n1a11%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/v20n1a11%20(1).pdf) .Acesso em 18 Janeiro de 2021.

FARIA, A. R.**O cuidador e suas dificuldades no dia a dia: Revisão de Literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4867.pdf> . Acesso em: 19 Janeiro de 2021.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. 2006, v. 15, n. 4, pp. 570-577. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400004>. Acesso em: 17 Janeiro de 2021.

IBGE, Gazeta do povo. **Brasil terá 19 milhões de idosos em 2020**. Documento eletrônico. {online}. Disponível na Internet via<[http://www.gazetadepiracicaba.com.br/\\_conteudo/2016/10/canais/nacional\\_e\\_mundo/454845-brasil-tera-19-milhoes-de-idosos-em-2020.html](http://www.gazetadepiracicaba.com.br/_conteudo/2016/10/canais/nacional_e_mundo/454845-brasil-tera-19-milhoes-de-idosos-em-2020.html)>. Acesso em: 17 de maio de 2021.

MACHADO, L; QUEIROZ, Z. V. Negligência e maus-tratos. In; Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 1152-61.

MIRANDA, GM D; MENDES, AG; SILVA, ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro. 2016; 19(3):507-519. jun. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10/01/2022.

MORAES, E. N. (2012). Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.: Organização Pan-americana de Saúde, Brasília. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em 10 Junho de 2021.

RODRIGUES, G. H. P. Depressão como Determinante Clínico de Dependência e Baixa Qualidade de Vida em Idosos Cardiopatas. **Arq.Bras.Cardiol**. São Paulo, 2015.

SILVA, A. A; BORGES, M.M.M.C. Humanização da Assistência de Enfermagem ao idoso em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Enfermagem Integrada**. 1(1): 11-24.2014. Disponível em: <http://fibra.edu.br/wp-content/uploads/2017/08/TCC-John-Lennon-Silva-e-H%C3%A9lica-Silva.pdf> . Acesso em: 20 Maio de 2021

SOUZA, R. F; BRETAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 60(3): 263-67. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HKKBbZccVwpk4BQ4HFY4ssM/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 15 Janeiro de 2022.

SOMMERHALDER C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar**. Campinas, SP, 2001. 95f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2001. Disponível em: <https://core.ac.uk/reader/296828000> . Acesso em: 14 de Julho de 2022.

VALCARENGHI RV, LOURENÇO LFL, SIEWERT JS, ALVAREZ AM. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. **Rev Bras Enferm**. 2015; 68(4):705-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680419i>. Acesso em 13 de Janeiro de 2022.

VIEIRA L, NOBRE JRS, BASTOS CCBC, TAVARES KO. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**.2012; 15(2): 255-263. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbqq/a/x5XnXHbqhgDGTzzTGtZXVQqC/?format=pdf&lang=pt> .Acesso em: 15 de Julho de 2022.



Sim       Não

**14.** Você é responsável pela assistência a pessoa acamada por:

- todos os dias por meio período       período integral em dias alternados  
 todos os dias em período integral       outros  
 meio período em dias alternados

**15.** Você recebeu apoio da Atenção Básica de Saúde, como por exemplo orientação para realizar o banho, mudança de decúbito, alimentação e cuidados e manuseio de cateteres?

Sim       Não

**16.** Você acredita que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com o cuidado a pessoa acamada?

Sim       Não

**17.** Você acredita que dispõe de tempo suficiente para o atendimento de suas necessidades pessoais?

Sim       Não

**18.** Você se sente sobrecarregado (a) com esta responsabilidade/trabalho?

Sim       Não

**19.** Você acredita ser capaz de ofertar o cuidado a pessoa acamada por muito mais tempo?

Sim       Não

**20.** O que você considera ser sua principal dificuldade neste contexto?

## 10. ANEXOS

### ANEXO I

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “A DIFICULDADE ENCONTRADA PARA O CUIDADOR FAMILIAR NO CUIDADO COM O PACIENTE ACAMADO”

Nome do (a) Pesquisador(a): Priscila da Silva Paulino

Nome do (a) Orientador(a): Prof. Dra. Rosângela Gonçalves da Silva

1. **Natureza da pesquisa:** O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo identificar as principais dificuldades enfrentadas pelo cuidador/familiar no cuidado a pessoa acamada e compreender de que forma essas dificuldades interferem em sua qualidade de vida, visando levantar informações que possibilitem a equipe de enfermagem planejar e executar ações educativas ao cuidador/familiar para que realize adequadamente os cuidados necessários sem se sobrecarregar.
2. **Participantes da pesquisa:** somente pessoas que realizem a função de cuidador a pacientes acamados participarão desta pesquisa, por isto o senhor (a) poderá participar, independente de estar prestando cuidados como membro da família ou como profissional contratado. Além do senhor (a), mais 14 cuidadores participarão do estudo.
3. **Envolvimento na pesquisa:** Ao participar deste estudo o(a) Sr.(a) permitirá que a pesquisadora leve informações baseadas nas perguntas a serem respondidas. Portanto o seu envolvimento no estudo está diretamente ligado aos momentos em que a pesquisadora o procurar para realizar o convite e para aplicar o questionário. Após o término da pesquisa, o senhor (a) receberá uma visita da pesquisadora para ser informado sobre o resultado do estudo.

O (a) Sr.(a) tem liberdade para se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser

poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora ou de sua orientadora e, se necessário ao Comitê de Ética em Pesquisa, que é o órgão que avalia se não há problemas na realização de uma pesquisa com seres humanos. Todos os números de telefone estão ao final deste documento e ressaltamos que uma via ficará com você.

4. **Sobre a coleta de dados:** Após aceitar participar da pesquisa, o Sr. (a) receberá uma visita domiciliar ou encontrará a pesquisadora na unidade de saúde conforme combinado no primeiro encontro, quando foi feito o convite. Neste segundo encontro, o Sr.(a) receberá e assinará este documento, após retirar qualquer dúvida. Iniciaremos a coleta de dados, que ocorrerá do seguinte modo, a pesquisadora fará a leitura das questões pausadamente e irá anotando suas respostas no questionário. Este questionário é composto por 20 questões e poderá ser respondido em no máximo 30 minutos. Porém, o Sr.(a) poderá ficar à vontade para sanar dúvidas ou compartilhar experiências do seu dia-a-dia, ou ainda, poderá interromper a entrevista a qualquer momento. Ressaltamos que a pesquisadora estará a sua disposição para ouvi-lo, por isto pedimos para que se sinta à vontade.
5. **Riscos e desconforto:**A execução dessa pesquisa envolve riscos mínimos, sendo assegurado aos cuidadores/familiares na qualidade de participantes que não haverá qualquer exposição de sua participação. Os participantes responderão questões sobre características básicas individuais, condições de moradia da pessoa acamada, cuidados prestados a pessoa acamada. Não haverá nenhum apontamento sobre certo ou errado no que se refere ao que será respondido, sendo realizado apenas o levantamento de informações diretamente ligadas ao questionário. Todavia, se trata de um questionário com 20 questões, com um tempo estimado de no mínimo 10 minutos e no máximo 30 minutos, podendo causar no Sr. (a) o sentimento de desconforto e cansaço no momento em que as perguntas serão feitas pela aluna pesquisadora, seja na residência ou na unidade de saúde. Este fato poderá ser minimizado ou extinto com o reagendamento da visita, para que os dados continuem sendo coletados.
6. **Confidencialidade:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.

**Benefícios:** O Sr. (a) não terá nenhum benefício direto ao participar desta pesquisa, mas a longo prazo, o Sr. (a) poderá ser beneficiado por meio da oferta de capacitações que o auxiliarão a exercer o cuidado de modo adequado e sem se sobrecarregar fisicamente ou emocionalmente, pois os resultados desta pesquisa serão apresentados à unidade de saúde e poderá ser firmada uma parceria entre a unidade de saúde e a faculdade, favorecendo o planejamento e execução de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores/familiares e conseqüentemente da pessoa acamada.

7. **Pagamento:** O Sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como, não haverá nenhuma remuneração por sua participação. Contudo, se o Sr. (a) tiver qualquer custo para se deslocar até a unidade de saúde, caso tenha escolhido responder ao questionário neste local, o Sr. (a) será ressarcido deste custo.

Após estas informações terem sido entendidas, solicitamos o seu consentimento de forma livre e esclarecida para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Confiro que recebi uma via deste Termo de Consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs.: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

### DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu,

\_\_\_\_\_ ,  
de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Li o TCLE e aceito participar do estudo

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa



## DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supramencionado.

---

Assinatura da Pesquisadora

Priscila da Silva Paulino

---

Assinatura da Orientadora

Prof. Dra. Rosângela Gonçalves da Silva

**Pesquisador(a):** Priscila da Silva Paulino, [priihsilvapaulino@hotmail.com](mailto:priihsilvapaulino@hotmail.com)

(18)99796-4189

**Orientador(a):** Prof. Dra. Rosângela Gonçalves da Silva, [roseziquinelli@gmail.com](mailto:roseziquinelli@gmail.com)

(18)997629610

**CEP/FEMA - Comitê de Ética em Pesquisa da**

**Fundação Educacional do Município de Assis:**

Avenida: Getúlio Vargas, 1200 - Vila Nova Santana – Assis/SP.

Fone: (18) 3302-1055 – ramal 1096 - e-mail: [comitedeetica@fema.edu.br](mailto:comitedeetica@fema.edu.br)

Horário de atendimento: das 8h às 12h e das 14h às 17h.

