

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

BRUNA FERNANDES DA SILVA
SÂMIA BERILLI DE REZENDE

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
PELA ÓTICA DO CUIDADOR**

VITÓRIA
2009

BRUNA FERNANDES DA SILVA
SÂMIA BERILLI DE REZENDE

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
PELA ÓTICA DO CUIDADOR**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM,
como requisito parcial para obtenção
do grau de Bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Prof^a Kariny Gobbi Bená

VITÓRIA
2009

BRUNA FERNANDES DA SILVA

SÂMIA BERILLI DE REZENDE

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
PELA ÓTICA DO CUIDADOR**

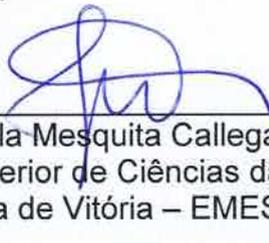
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 30 de novembro de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA

Kariny Gobbi Bená

Profª Kariny Gobbi Bená
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora



Profª Fabíola-Mesquita Callegari
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Maria Carlota de Rezende Coelho

Profª Ms. Maria Carlota de Rezende Coelho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por estar sempre presente em nossas vidas, guiando nossos passos para alcançarmos mais essa vitória.

Aos nossos pais, irmãos e familiares, pelo amor, apoio e incentivo cedidos incondicionalmente durante todos os momentos de nossas vidas.

A orientadora Kariny, pela paciência e dedicação durante a realização e sucesso dessa pesquisa.

Aos cuidadores participantes que tanto contribuíram através de suas experiências para a finalização desse estudo.

E a todos os outros que de certa forma nos ajudaram a chegar até aqui. Muito obrigada!

"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes".

Florence Nightingale

RESUMO

Diante do envelhecimento populacional e do aparecimento de doenças crônicas e incapacitantes, surge uma modalidade de atendimento para pacientes em domicílio e com ela a importância da presença do enfermeiro como educador permanente. Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar a atuação do enfermeiro em assistência domiciliar pela ótica do cuidador. Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo. A pesquisa foi realizada na residência de pacientes cadastrados no serviço de Assistência Domiciliar do Centro Integrado de Assistência à Saúde (CIAS), sendo os cuidadores os elementos fundamentais para a realização desse estudo. Foram entrevistadas 22 cuidadoras, sendo a maioria com idade entre 40-50 anos, casada, 1º grau incompleto e 2º grau completo + técnico/auxiliar de enfermagem e contratadas pela família. Atuam, em sua maior parte, como cuidadoras há mais de 10 anos e do atual paciente entre 3-6 anos. Podemos considerar, de maneira geral, que as cuidadoras têm satisfação quanto à atuação do enfermeiro em assistência domiciliar, estando satisfeitas com a frequência e a duração dos atendimentos e com a clareza das orientações por ele prestadas.

Palavras-chaves: enfermeiro; assistência domiciliar; cuidador.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
3.1 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	11
3.1.1 Conceito	11
3.1.2 Breve histórico	14
3.1.3 Unimed Vitória	15
3.2 VANTAGENS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	16
3.2.1 Para o paciente	16
3.2.2 Para a família	17
3.3 CUIDADOR	17
3.3.1 Cuidador informal	18
3.3.2 Cuidador formal	19
3.4 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	19
3.5 PROFISSIONAL ENFERMEIRO	20
4 METODOLOGIA	22
4.1 TIPO DE ESTUDO	22
4.2 CENÁRIO DE ESTUDO	22
4.3 POPULAÇÃO ALVO	23
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	23
4.5 SUJEITOS DO ESTUDO	23
4.6 COLETA DE DADOS	24
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	24
4.8 APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	25
4.9 ANÁLISE DE DADOS	25
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26
5.1 PERFIL SOCIAL DOS CUIDADORES	26
5.2 TEMPO DE ATENDIMENTO A PACIENTES EM DOMICILIO	30
5.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
7 REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	44
ANEXOS	49

1 INTRODUÇÃO

O Brasil chegou à década de 90 num quadro de saúde cuja transição epidemiológica e demográfica foi caracterizada por um aumento de casos de algumas doenças transmissíveis, ressurgimento de outras (dengue, febre amarela) e altas taxas de doenças crônico-degenerativas. Apresentou ainda altos índices de mortalidade e morbidade por causas externas, tais como acidentes de trânsito, de trabalho e homicídios, entre outras causas decorrentes da violência urbana (LAURENTI, 1990).

Também podemos citar que os avanços tecnológicos, juntamente com a diminuição da mortalidade e a queda das taxas de fertilidade, fazem com que o Brasil, hoje, esteja em um acelerado processo de envelhecimento populacional. Segundo as estatísticas da Organização Mundial da Saúde (COSTA et al, 2003), o Brasil deverá ser o sexto país do mundo com maior número de idosos até o ano de 2025, com uma população de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

Diante do cenário epidemiológico das doenças e do envelhecimento mundial, podemos explicar o avanço de uma “nova” modalidade de atendimento, a assistência domiciliar, que tem sido alternativa cada dia mais evidente na assistência à saúde. E, juntamente com essa nova perspectiva de atendimento, surge a importância da figura do enfermeiro como gerenciador das ações que serão tomadas para a manutenção do paciente em seu domicílio.

O atendimento domiciliar, como forma organizada de cuidado, existe no mundo há mais de 120 anos. Registros históricos indicam que a primeira atuação sistematizada se deu no século XIX, nos Estados Unidos da América, no estado da Carolina do Sul, onde um grupo de enfermeiras foi montado especificamente para desenvolver ações de saúde em domicílio (DIECKMANN apud MENDES, 2000).

A assistência domiciliar – *home care* é uma modalidade de atenção à saúde que consiste em encaminhar para tratamento domiciliário o paciente clinicamente estável que não mais necessita de inúmeros serviços oferecidos pelos hospitais (DUARTE; DIOGO, 2002).

Segundo Freitas et al (2006), o atendimento em residência do paciente visa não somente à prestação de assistência contínua, como também racionalizar o uso de leitos hospitalares; humanizar o atendimento ao paciente, evitando o distanciamento do convívio familiar; evitar o risco de infecções hospitalares; monitorar as doenças crônicas; e reduzir os custos assistenciais.

Esse atendimento possui particularidades que o diferenciam de qualquer outro tipo, como o hospitalar ou o ambulatorial, que ficam cada vez menos acessíveis aos doentes crônicos devido às seqüelas e debilitações causadas pela doença.

Devido à progressão da idade e à cronicidade das doenças, o indivíduo apresenta diversas modificações, sejam elas biológicas, fisiológicas, cognitivas, patológicas ou sócio-econômicas e, por isso, necessita de atenção especial. Sob essa perspectiva, o paciente é tratado como um "todo", considerando-se aspectos físicos, emocionais, culturais e sua percepção diante da enfermidade, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e proporcionar tratamento mais humano, visando à reabilitação física e emocional do cliente.

Nesse tipo de modalidade, o profissional enfermeiro vem ganhando espaço importante de atuação, fundamentadas suas práticas na manutenção do paciente em domicílio, cujo atendimento é composto por equipe multi e interdisciplinar, com vistas a garantir-lhe totalidade no cuidado.

As modalidades de assistência domiciliar compreendem desde cuidados ao cliente em suas atividades diárias, à realização de curativos, cuidados com estomas, administração de medicamentos, até, caso seja necessário, o uso de alta tecnologia hospitalar com equipe multiprofissional de permanência 24 horas/dia na residência (COLLOPY et al, apud MENDES, 2001).

A existência de um cuidador, como critério de elegibilidade de um paciente para o programa de assistência domiciliar, tem sido constante nos programas de *home care* nacionais e internacionais (DUARTE e RIBEIRO, apud DAL BEN & SOUSA, 2004). Em sua maioria, os cuidadores são os próprios familiares ou pessoas por eles contratadas, sem nenhuma experiência para as demandas do paciente. Nesse

momento é fundamental a participação do enfermeiro para orientações, uma vez que ele poderá nortear o cuidador visando ao bem estar do paciente e da família.

Diante de grande interesse pessoal e visando à prevenção de agravos do paciente crônico por meio de intervenções precoces, sempre nos identificamos com o cuidado humanizado; com este trabalho, pretendemos buscar junto ao cuidador sua visão quanto à atuação do enfermeiro em assistência domiciliar e, assim, colaborar com essa modalidade em contínua ascensão no país.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar, frente à visão do cuidador, a atuação do enfermeiro em assistência domiciliar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar quem é o cuidador do paciente idoso em um programa de assistência domiciliar.
- Avaliar o grau de satisfação do cuidador quanto à frequência e à duração dos atendimentos e à preparação do enfermeiro na realização das diversas atividades, no cuidado e na atenção com o paciente.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

3.1.1 Conceito

Segundo Netto (2005, p.419):

[...] amplia-se o conceito de assistência para o de atenção domiciliária, definindo-a como um serviço em que as ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente, por equipe multi- e interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa a promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de funções, favorecendo maior autonomia e independência.

Assistência domiciliar também pode ser conhecida através da expressão *home care*, cuja origem é inglesa: onde “*home*” significa “lar”, e “*care*” significa “cuidados”. Portanto a expressão *home care* indica literalmente “cuidados no lar” (MENDES, 2001).

O atendimento domiciliar à saúde abrange desde procedimentos simples de enfermagem e internações domiciliares até a assistência em domicílio a clientes fora das possibilidades terapêuticas – *hospice* (MOURA E NAKAMURA, 2005).

O termo assistência domiciliar compreende uma grande quantidade de serviços realizados no domicílio e destinados ao suporte terapêutico do paciente. São serviços que abrangem cuidados pessoais de suas atividades de vida diária (higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário), cuidados com sua medicação, realização de curativos, nutrição enteral/parenteral, quimioterapia e antibioticoterapia, com atendimento multiprofissional e uma rede de apoio para diagnóstico e outras medidas terapêuticas (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

Para Pimenta (2001), “Assistência Domiciliar é a provisão de serviço de saúde, a pessoas de qualquer idade, em ambiente extra hospitalar com o propósito de restaurar e/ou manter o nível máximo de conforto, função e saúde do paciente”.

Também pode ser definido, segundo Carleti (apud Fabrício et al, 2004), como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do

paciente, abrangendo ações de saúde desenvolvidas por equipe interprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido.

Mendes (2001) afirma que a assistência domiciliar geralmente aparece ligada ao atendimento ao idoso, por ser ele que, com o progredir da idade, vai apresentando diversas modificações, adquirindo então doenças crônicas e/ou degenerativas; porém a modalidade atinge todas as faixas etárias desde o recém nato.

No Brasil, de acordo com a Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, que dispõe sobre as “Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil”, assistência domiciliar/atendimento domiciliar é aquele prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, em seu domicílio, com vistas à promoção da autonomia e permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança. Essa modalidade de atenção ou programa destina-se a idosos com dependência total ou parcial e tem por objetivos:

- a) Aumentar a autonomia do idoso, para que ele possa permanecer vivendo em sua residência pelo maior tempo possível;
- b) Manter a individualidade do idoso, adaptando, com flexibilidade, as peculiaridades concretas do ambiente onde será dada a intervenção;
- c) Respeitar a memória física e afetiva da pessoa idosa, buscando sua autonomia;
- d) Prevenir situações carenciais, que aprofundam o risco da perda de independência;
- e) Criar ou aprimorar hábitos saudáveis, como os relacionados à higiene, à alimentação, à prevenção de quedas e de outros acidentes;
- f) Reforçar os vínculos familiares e sociais;
- g) Recuperar capacidades funcionais perdidas para as atividades da vida diária;
- h) Respeitar e observar as características/particularidades regionais;

- i) Integrar e estabelecer parceria com os gestores públicos e privados da área de saúde;
- j) Prestar atendimento especializado de saúde.

Para Lacerda e Oliniski (2005), o foco do cuidado domiciliar é o cliente, a família e suas respectivas inter-relações, bem como o contexto da casa. Esse contexto não está reduzido somente ao espaço físico, cuja importância é decisiva para o desenvolvimento do cuidado, mas deve ser compreendido com um significado amplo, abrangendo um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si, cujas entidades, de certo modo, representam caráter particular e interferente mútuo e simultâneo.

Ainda segundo o mesmo autor, o domicílio é um local único a oferecer ao enfermeiro a oportunidade de observar o modo como as pessoas enfrentam a situação de doença em seu meio familiar e como elas utilizam os recursos de que dispõem, já que se trata de um ambiente em que as pessoas vivem juntas em contato íntimo. Observa-se que, nos momentos de modificação em sua estrutura ou dinâmica, como ocorre na doença - quando há mudança nas condições de vida e de saúde de um de seus membros - a família passa a ter maior significado, devido aos fortes laços sanguíneos e afetivos que os une.

Dessa forma, o enfermeiro tem oportunidade de detectar problemas provenientes do fato de haver um familiar com necessidade diária de cuidados e cuja manutenção da vida dependa dos outros membros. Assim, a principal atividade do enfermeiro domiciliar é colaborar com o cliente e sua respectiva família, para que ele alcance sua independência e possa administrar os cuidados necessários à situação vivida. A educação do paciente e de sua família, portanto, torna-se fundamental no processo de enfermagem.

Dos métodos utilizados, a visita domiciliar é um dos mais eficientes para propiciar ação preventiva, pois permite o conhecimento do indivíduo em seu ambiente, a fim de envolver a família no tratamento e favorecer a supervisão e o ensino de terapêuticas alternativas. É, portanto, importante ferramenta para conhecer as

condições não só dos pacientes como também de seus cuidadores e, a partir disso, promover uma assistência para que eles desenvolvam um autocuidado de acordo com a realidade em que vivem (VILAÇA et al, 2005).

Pode-se afirmar que a assistência domiciliar apresenta potencial para se constituir em espaço propício à construção de ações integrais, à responsabilidade em relação à clientela, à identificação por parte da equipe e à utilização de tecnologias, de modo que esses itens possam estabelecer vínculos com todos os atores envolvidos no processo. Destaca-se também a importância de se manter a equipe de enfermagem em constante educação, a fim de desenvolver habilidades para a atuação em assistência domiciliar, na perspectiva de se manter uma relação mais humanizada e acolhedora.

3.1.2 Breve histórico

O pioneiro do *home care* são os Estados Unidos da América. Em 1780, o Hospital de Boston implantou essa atividade. Em grande parte, esses serviços foram formados por associações de enfermeiras visitadoras, formadas por mulheres, de cunho filantrópico. Em 1885, com o aumento de trabalhos nessas perspectivas, houve estabelecimento da primeira Associação de Enfermeiras Visitadoras. Em 1947, o Hospital de Montefiore, em Nova York, introduziu conceitos de *home care* como sendo uma extensão do atendimento hospitalar. O número de serviços cresceu após a Segunda Guerra Mundial. Em contrapartida, as visitas domiciliares realizadas por médicos começaram a declinar, ressaltando o trabalho das enfermeiras visitadoras (FABRÍCIO et al, 2004).

Considerando o que diz Tavolari et al (2000), no Brasil, o primeiro grupo organizado voltado para assistência domiciliar deu início às atividades há pouco mais de trinta anos, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. O objetivo daquele trabalho era desospitalizar doentes crônicos estáveis para desocupar uma parte dos leitos do hospital, superlotados naquela época.

Ainda de acordo com Tavorari et al (2000), o atendimento domiciliar brasileiro tem dois grupos distintos de empresas ou instituições. O primeiro grupo compõe-se de empresas que prestam serviços segmentares, como por exemplo, só atendimento de enfermagem ou fisioterapia. O segundo engloba as empresas onde o atendimento é multiprofissional, tratando o paciente de forma holística.

Conforme nos afirma Dal Ben (2000), o atendimento residencial tem sido uma alternativa cada dia mais evidente na assistência à saúde; a experiência mundial tem mostrado que essa modalidade é uma resposta à demanda de pacientes portadores de doenças crônicas, com redução de exposição ao risco de infecção hospitalar, evitando-se a perda do convívio familiar e reiteradas internações, além da diminuição dos custos.

No Brasil, o atendimento domiciliar é regulamentado pela Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar nas modalidades de Assistência ou Internação Domiciliar no Brasil (BRASIL, 2006).

3.1.3 Unimed Vitória

A Unimed Vitória é uma cooperativa médica do sistema privado de saúde que, dentre os serviços prestados, fornece aos seus usuários o serviço de assistência domiciliar. Esse programa foi criado em maio de 1998, por vários fatores, dentre eles, a necessidade de se criarem alternativas para a desospitalização de pacientes. Esse serviço visa a fornecer a promoção, a manutenção e o restabelecimento da saúde dos pacientes ou diminuir as complicações das patologias associadas, tudo isso realizado na residência dos pacientes.

A quantidade de pacientes atendidos pelo serviço gira em torno de 300 pessoas por mês. Esses pacientes estão divididos em três tipos de modalidade, a saber:

1) Monitoramento: os pacientes crônicos com estabilidade clínica e com cuidadores devidamente orientados são incluídos nessa modalidade e recebem visita mensal do enfermeiro do programa e visita médica trimestral. Alguns desses pacientes possuem o perfil de alta, após as orientações aos seus cuidadores e familiares.

2) Assistência: os pacientes incluídos nessa categoria possuem demanda para os serviços de enfermagem, fisioterapia e procedimentos médicos. Possuem clínica instável, levando-os a diversas intercorrências durante o atendimento prestado.

3) Internação Domiciliar: os pacientes dessa categoria demandam atendimento 24 horas de profissionais especializados sob orientação médica. A demanda desses pacientes inclui aqueles que têm dependência de assistência ventilatória ou pacientes oncológicos.

Dentre os pacientes atendidos, encontram-se, em sua maioria, os idosos, com número superior a 75%, com patologias diversas, sendo as de maior incidência os quadros demenciais.

O serviço conta com uma equipe multidisciplinar composta pelos seguintes profissionais: 07 enfermeiros assistenciais, 01 coordenação de enfermagem, 120 técnicos de enfermagem, 10 médicos (divididos entre as especialidades de pediatria, clínica geral, cirurgia e geriatria), 02 nutricionistas, 06 fisioterapeutas, 01 assistente social e 01 psicólogo, além da coordenação técnica e administrativa. Todos esses profissionais precisam estar em plena harmonia para prestar um atendimento de forma integrada ao paciente.

3.2 VANTAGENS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

3.2.1 Para o paciente

De acordo com o Portal *Home Care*, inúmeras são as vantagens da assistência domiciliar. Para os pacientes, algumas podem ser citadas: ser tratado nas acomodações e no conforto do seu lar; ter maior privacidade; poder usar a sua

própria roupa; ter maior controle e segurança física; ter maior dignidade em um ambiente que não alimenta a idéia de enfermidade; estar em um ambiente de maior socialização; poder contar com o apoio, atenção e carinho da família; alimentar-se adequadamente com alimentos preparados em sua casa, sob orientação profissional; recuperar a saúde no menor prazo possível; e evitar risco de infecções cruzadas.

3.2.2 Para a família

O mesmo Portal também enumera as vantagens de que dispõe a família do paciente que recebe assistência domiciliar: ver, sentir e cuidar do paciente-familiar em sua casa, sem a necessidade de se deslocar para o hospital em um curto horário predeterminado, além de melhor acompanhamento da evolução do paciente através dos serviços prestados.

3.3 CUIDADOR

Segundo Rodrigues e Diogo (apud Borges, 2002), o cuidador é aquele que assume a responsabilidade de cuidar, de dar suporte ou de assistir idosos que têm alguma necessidade, visando a uma melhoria de sua saúde.

Considerando o que diz Garrido e Almeida (1999), o cuidador é o principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo paciente. É aquele que dirige seus cuidados a indivíduos com necessidades e demandas de atenção no domicílio (DUARTE, 1997).

Geralmente a função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade (MENEZES, 1994). Este assume tarefas de cuidado atendendo às necessidades do idoso, responsabilizando-se por elas.

3.3.1 Cuidador informal

O cuidador informal é um membro da família ou da comunidade que presta cuidado de forma parcial ou integral aos pacientes com déficit de autocuidado. (BRASIL, 1999).

Um fator determinante para o familiar tornar-se cuidador, segundo Karsch (1998), é a obrigação e/ou dever que ele tem para com o idoso. Isso pode ser entendido como um sentimento natural e subjetivo ligado a um compromisso que foi sendo construído ao longo da convivência familiar.

Para Vilaça et al (2005), o cuidador familiar precisa ser alvo de orientações de como proceder nas situações mais difíceis e receber em casa visitas periódicas de profissionais como médico, pessoal de enfermagem, fisioterapeutas e outras modalidades de supervisão e de capacitação. Esse apoio é fundamental para ajudá-lo a compreender e a lidar com a grande mudança em seu estilo de vida, uma vez que além da responsabilidade com o próprio bem-estar passa a responsabilizar-se, também, pelo indivíduo doente.

O perfil do cuidador informal já está bem estabelecido. Segundo Floriani e Schramm (2004), costuma ser do sexo feminino (filha ou esposa – muitas vezes idosa) que, com frequência, divide essas atividades com seus afazeres diários. Trata-se de tarefa árdua, desgastante, repetitiva e incessante, a qual pode perdurar durante muitos anos, com sobrecarga cotidiana de afazeres, sendo quase sempre uma atividade solitária, que pode levá-lo ao isolamento afetivo e social, além do estresse causado por essa responsabilidade.

Além dos acima mencionados, o fato de se cuidar em domicílio causa um impacto ao cuidador e à família, devido às sobrecargas, às mudanças e às adaptações que acarreta. Salientam-se, ainda, aspectos relacionados à mudança na rotina familiar, à questão financeira, ao compromisso laboral, ao estresse e às alterações físicas e emocionais do cuidador (LACERDA e OLINISKI, 2005).

Um dos instrumentos utilizados pelo enfermeiro para intervir no processo de cuidado informal é a visita domiciliar, a qual possibilita observar e registrar as atividades das

famílias, proporcionando-lhes oportunidade de planejar e de promover uma assistência que estimule o desenvolvimento do autocuidado, de acordo com a própria realidade, tornando-as mais independentes dos serviços de saúde.

Além disso, esse método favorece o conhecimento do profissional acerca do indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto, caracterizado pelas condições de habitação, higiene, saneamento básico e pelas relações sócio-afetivas entre os vários membros da família. A identificação desses fatores é de extrema importância para a prestação de uma assistência integral à saúde, além de proporcionar um melhor relacionamento do profissional com a família (VILAÇA et al, 2005).

É importante frisar que as características do grupo familiar devem ser analisadas com cuidado na assistência domiciliar, pois a efetiva participação e o empenho dos familiares para enfrentar a situação da doença constituem papel prioritário na recuperação do indivíduo (DAL BEN & SOUSA, 2004).

3.3.2 Cuidador formal

O cuidador formal é um profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas do cliente. Geralmente, os cuidadores formais recebem compensação financeira pelos seus serviços (BRASIL, 1999).

3.4 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Para Netto (2005), os atendimentos especializados devem ser realizados a partir do diagnóstico e do plano de ação multi e interprofissional e compartilhados com o paciente e seus familiares, respeitadas as demandas de cada caso. A equipe deverá ser formada pelos seguintes profissionais: assistente social, auxiliar ou técnico de enfermagem, educador de saúde pública, enfermeiro, fisioterapeuta, médico clínico geral, médico geriatra, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

O diagnóstico, a princípio, determinará os profissionais que serão envolvidos no plano de ação. As especificidades de cada um, no entanto, devem ser compartilhadas com a equipe, de forma a permitir uma visão mais ampla, integrada e totalizante, uma vez que o paciente não é o somatório de partes distintas. O profissional, ao socializar seus conhecimentos, tendo claras suas responsabilidades e seus limites, favorece a viabilização da interprofissionalidade, imprescindível à qualidade do trabalho proposto pela atenção domiciliar ao idoso (NETTO, 2005).

3.5 PROFISSIONAL ENFERMEIRO

De acordo com a Resolução-Cofen nº 267/2001, o enfermeiro que atua na assistência domiciliar deve assumir como prerrogativas as responsabilidades de planejar, executar, delegar, supervisionar e avaliar a assistência de enfermagem através da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem); e fazer o prognóstico de enfermagem de acordo com os níveis de complexidade do cliente no domicílio, atendendo às interfaces de intercorrências clínicas.

Algumas das outras funções assistenciais realizadas pelo enfermeiro são: identificar, diagnosticar, prescrever e avaliar a prestação do cuidado de saúde e enfermagem a ser realizada no domicílio do cliente, família e/ou grupo social; organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar os serviços de saúde realizados pela enfermagem no domicílio; identificar e classificar as condições que predispõem a riscos de saúde, fazendo referências ao caso clínico, através de pareceres sistemáticos, cabendo-lhe a delegação de responsabilidades assistenciais ao pessoal de enfermagem; analisar a ergonomia ambiental e o suporte tecnológico no domicílio, estabelecendo ação integrada de correção de risco de educação familiar; decidir sobre normas e execução de procedimentos de diagnóstico, terapêutica e cuidados nos níveis de complexidade, aplicando a SAE.

O Enfermeiro também assume algumas funções administrativas: conceber e organizar a assistência de enfermagem em serviços de saúde (público e privado), na área de assistência domiciliar; definir funções e normas do pessoal de enfermagem,

nos serviços de saúde, na área de enfermagem em domicílio; avaliar o planejamento e a execução das atividades de enfermagem em domicílio junto ao cliente em residência; promover o cuidado contínuo e de suporte ao cliente em domicílio, utilizando o sistema de referência entre os serviços e recursos humanos de saúde; delegar aos técnicos e auxiliares de enfermagem responsabilidades de assistência de enfermagem, segundo a complexidade do estado de saúde e dos recursos existentes; utilizar metodologia participativa interpretando e avaliando o modelo assistencial aplicado às necessidades do cliente, família e/ou grupo social, à luz da enfermagem em domicílio.

Funções de Pesquisa: aplicar metodologia de investigação, atendendo ao Código de Ética da Enfermagem; implementar os resultados de investigação considerados aplicáveis, em concordância com o Código de Ética em Pesquisa com seres humanos, submetendo-os à Sociedade Brasileira de Enfermagem em assistência domiciliar; efetuar investigações de elementos de risco ocupacional nos processos de trabalho e educação continuada, que afetem a assistência de enfermagem em domicílio; colaborar com outros profissionais em investigações dentro do campo de enfermagem em domicílio.

Funções Educativas: conceber e promover processos construtivos, que visem à melhoria da qualidade de vida do cliente, família e/ou grupo social em domicílio; participar e desenvolver, com a equipe multiprofissional, processos educativos que visem ao aprimoramento e ao desenvolvimento técnico-científico da enfermagem em domicílio; atuar na formação, no preparo e na qualificação de pessoal de enfermagem na especialidade de Enfermagem em Domicílio.

Portanto, pode-se perceber que as diversas funções exercidas pelo profissional enfermeiro na assistência domiciliar são determinantes para melhor atender o paciente, na medida em que sua participação é extremamente importante e ativa no processo de ingresso, integração e acompanhamento do paciente no serviço.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, utilizando a técnica de análise de conteúdo.

O trabalho descritivo procura abranger aspectos gerais e amplos de um contexto social e possibilita o desenvolvimento de um nível de análise em que se permitem identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação (OLIVEIRA, 2004). A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para elaboração de uma pesquisa, oferece informações sobre o objeto de pesquisa e orienta a formulação de hipóteses (RIBEIRO, 2004).

A abordagem qualitativa tem como objetivo situações complexas ou estreitamente particulares. As pesquisas que utilizam essa abordagem possuem a facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados para grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade, a interação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos (OLIVEIRA, 2004).

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na residência de pacientes cadastrados no serviço de Assistência Domiciliar do Centro Integrado de Assistência à Saúde (CIAS), que se localiza na Avenida Leitão da Silva, número 2311, bairro Itararé, Vitória-ES. Para tanto, foi elaborado um Termo de Consentimento para a instituição solicitando à coordenação do serviço a realização da pesquisa (APÊNDICE C). Dentre as modalidades de atendimento da assistência domiciliar estão a internação, a assistência, o procedimento e o monitoramento. Esse serviço possui cerca de 320 pacientes cadastrados, dos quais 20 são de internação. Trata-se de uma

modalidade de atenção continuada, que proporciona um atendimento mais humano e confortável, evitando a permanência do paciente em ambiente hospitalar. Indicada para pacientes em tratamento clínico, quando for portador de doença que invalide total ou parcialmente suas atividades e que exijam cuidados de variável complexidade, que possam ser realizados em regime domiciliar. Após indicação do médico e admissão do paciente, dentro dos critérios do serviço, uma equipe multidisciplinar formada por médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros, assistente social e psicólogo atendem o paciente em seu domicílio, dando continuidade ao tratamento iniciado no hospital (*site* do CIAS).

4.3 POPULAÇÃO ALVO

Para a pesquisa, foram escolhidos, dentre as modalidades do serviço (Monitoramento, Assistência e Internação), 22 cuidadores de pacientes com idade superior a 60 anos, residentes no município de Vitória e cadastrados na Assistência Domiciliar do CIAS. O número de sujeitos refere-se a uma quantidade adequada para que se fosse respondido os objetivos da pesquisa. Todos se dispuseram voluntariamente a contribuir com a pesquisa.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da amostra os cuidadores com idade inferior a 18 anos; aqueles que cuidam de pacientes com idade inferior a 60 anos; cuidadores que estão há menos de 6 meses na residência do paciente e/ou que recebam a visita de um mesmo enfermeiro responsável em igual lapso temporal.

4.5 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram todos os cuidadores que não preencheram os critérios de exclusão e que aceitaram participar do estudo, mediante a assinatura do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), permitindo a utilização das respostas dadas nos resultados da pesquisa.

4.6 COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário (APÊNDICE A) com perguntas semi-estruturadas, para entrevista com os cuidadores de pacientes do serviço de Assistência Domiciliar, cuja elaboração ficou a encargo das pesquisadoras deste estudo.

No momento da entrevista, após uma explicação dos objetivos do estudo e aceitação dos sujeitos, foi solicitada autorização para gravação dos depoimentos em um aparelho MP4 e informado que o material coletado ficaria guardado sob responsabilidade dos autores deste projeto, por quem serão mantidas a privacidade e a confidencialidade totais dos dados obtidos. O material coletado ficará guardado por um período de cinco anos e após, destruído.

Concluídas as entrevistas e as transcrições dos depoimentos, cada entrevistado recebeu um código (C1,... C22) objetivando preservar-lhe a identidade. A partir de então, teve início a análise preliminar dos dados já obtidos.

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para cumprimento dos aspectos legais e éticos de um estudo envolvendo seres humanos, foram observadas a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética da Pesquisa (CONEP) e as normas de bioética (BRASIL, 1996). Não havendo manifestação em contrário, dava-se início à coleta de dados.

4.8 APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Com o objetivo de viabilizar a coleta de dados, encaminhou-se ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Integrado de Assistência à Saúde (CIAS), a Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, formulário específico da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), para sua assinatura, e ainda uma cópia do projeto da pesquisa a ser desenvolvida, para conhecimento do seu setor. Atendidas as formalidades legais, o projeto em questão foi aprovado e, então, as pesquisadoras deram início à coleta de dados no referido local.

4.9 ANÁLISE DE DADOS

Para análise e interpretação dos dados qualitativos, a técnica utilizada foi o exame do conteúdo, que resultou na identificação dos núcleos temáticos que emergirão do questionário respondido pelos entrevistados.

A análise de conteúdo é definida por Bardin (1977) como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando à obtenção, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, de indicadores qualitativos ou não, que permitem a inferência de conhecimento relativo de produção/recepção das mensagens.

Bardin (1977) assinala três fases da análise de conteúdo, organizadas cronologicamente e que foram seguidas nesta investigação: a pré – análise, em que será realizada a transcrição e conferência dos dados gravados; a exploração do material, havendo leitura das entrevistas em categorias; e análise e interpretação das entrevistas e dos dados dos textos da revisão bibliográfica utilizada no estudo.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados do estudo, que teve como objetivos: Identificar quem é o cuidador do paciente idoso em um programa de assistência domiciliar; avaliar o grau de satisfação do cuidador quanto à frequência e à duração dos atendimentos e à preparação do enfermeiro na realização das diversas atividades, no cuidado e na atenção com o paciente.

5.1 PERFIL SOCIAL DOS CUIDADORES

Foram entrevistados 22 (vinte e dois) cuidadores, sendo todos eles do sexo feminino. Podemos perceber que há um predomínio desse sexo entre os cuidadores, já que essa atividade envolve cuidado, atenção e dedicação, que culturalmente são mais atribuídos às mulheres.

A mulher é pioneira na arte do cuidar. Historicamente, observa-se que o cuidado teve início dentro da família, na qual a mulher sempre cumpriu o papel de cuidar dos filhos, do marido, dos parentes, dos vizinhos etc. Essa experiência era transmitida para as filhas, que iam difundindo pelas comunidades essa função. Nesse contexto, percebe-se que o cuidar envolve sensibilidade, compaixão, compreensão, amor, aconchego e ajuda, comumente encontrados no comportamento feminino (SANTOS et al, 2001).

Em seguida foi avaliada a idade dessas cuidadoras, como mostra o gráfico a seguir.

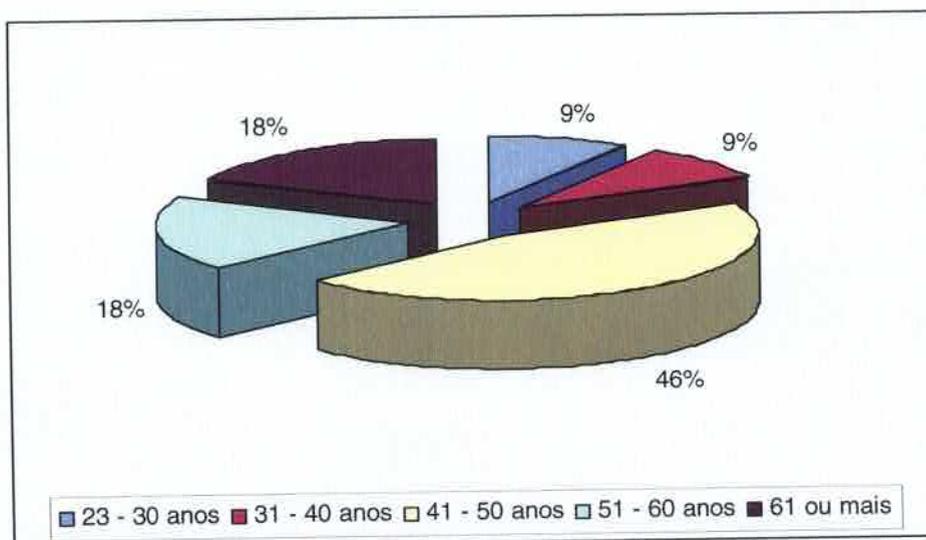


Gráfico 1 – Idade das cuidadoras

Observa-se que uma parte considerável das cuidadoras está inserida no grupo da 3ª idade, com faixa etária superior a 60 (sessenta) anos.

Constata-se, assim, a presença de pessoas idosas entre as cuidadoras entrevistadas, algumas, inclusive, sem condições de saúde favoráveis para cuidar com eficácia do paciente acometido pelas diversas doenças. Apesar de ser um trabalho desgastante e cansativo, é comum encontrarmos na nossa sociedade esse tipo de cuidador (MARQUES, 2000).

Algumas das hipóteses que podem justificar a presença de cuidadoras de idade avançada são as preferências da família por pessoas com maior maturidade ou a busca por profissionais com referência para o cuidado.

Na sequência, foi avaliado o estado civil das cuidadoras, obtendo-se os seguintes dados.

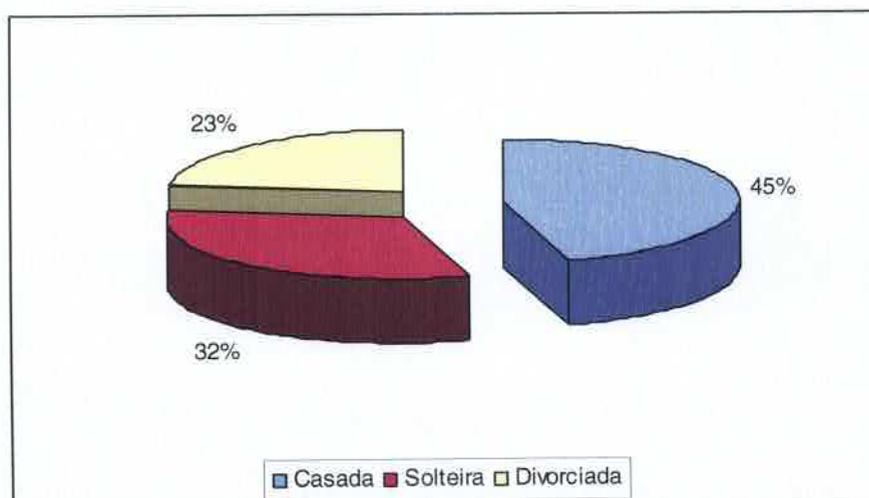


Gráfico 2 – Estado civil

Observamos que as cuidadoras aqui representadas são, em sua maioria, casadas e dividem sua vida pessoal com a tarefa de cuidar de um paciente em domicílio. Em algumas situações, a “dupla jornada” de trabalho da mulher pode influenciar no cuidado.

Isso muitas vezes demonstra que a figura de provedor não está mais associada somente ao homem, pois, com o orçamento familiar insuficiente, a mulher vê-se compelida a estender sua jornada de trabalho, de forma a colaborar com as despesas domésticas.

O gráfico seguinte refere-se ao grau de escolaridade das cuidadoras, destacando-se as que possuem 1º grau incompleto e 2º grau completo + técnico/auxiliar de enfermagem, totalizando 5 (cinco) cuidadoras em cada nível citado.

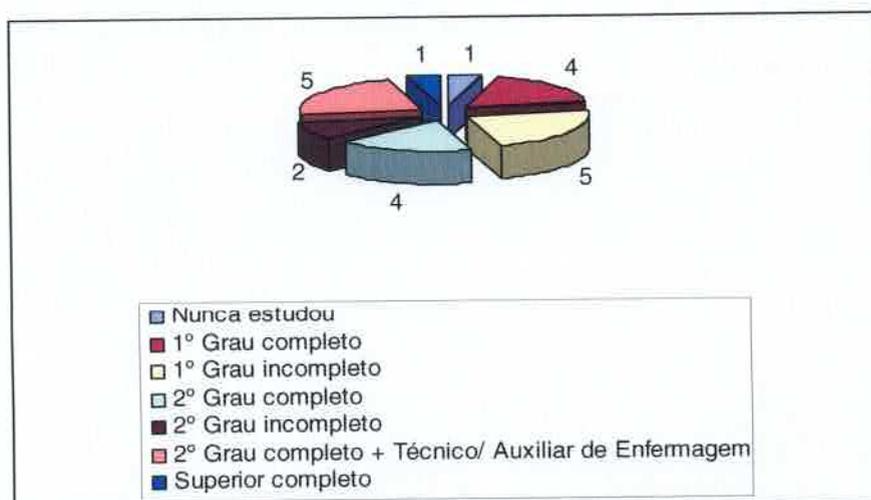


Gráfico 3 – Grau de escolaridade

Segundo dados do Ministério da Saúde (1999), o cuidador formal é um profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, de forma a atender às necessidades específicas de cada cliente. Esse dado ainda não foi uma realidade encontrada na nossa pesquisa, já que dos 22 (vinte e dois) entrevistados, 19 (dezenove) são cuidadores formais, dentre os quais, apenas 5 (cinco) possuem uma formação técnica ou auxiliar de enfermagem. Ou seja, 14 (quatorze) deles não têm formação especializada para prestar cuidados no domicílio, apresentando somente a prática anterior em outras residências.

Sabe-se que os cuidadores formais com especialização oneram a família e, devido aos diversos gastos que já possui o paciente idoso em domicílio, a especialização passa a não ser uma prioridade, eis que as despesas geralmente são feitas pelo idoso que, via de regra, recebe parca aposentadoria.

Com isso, a família opta por ter um número maior de cuidadores sem formação técnica obtendo, conseqüentemente, redução de custos, sendo os profissionais contratados, na maioria das vezes, indicados por outras famílias.

Em relação ao grau de parentesco, constatamos que, das 22 (vinte e duas) entrevistadas, 19 (dezenove) não possuíam nenhum vínculo com o paciente.

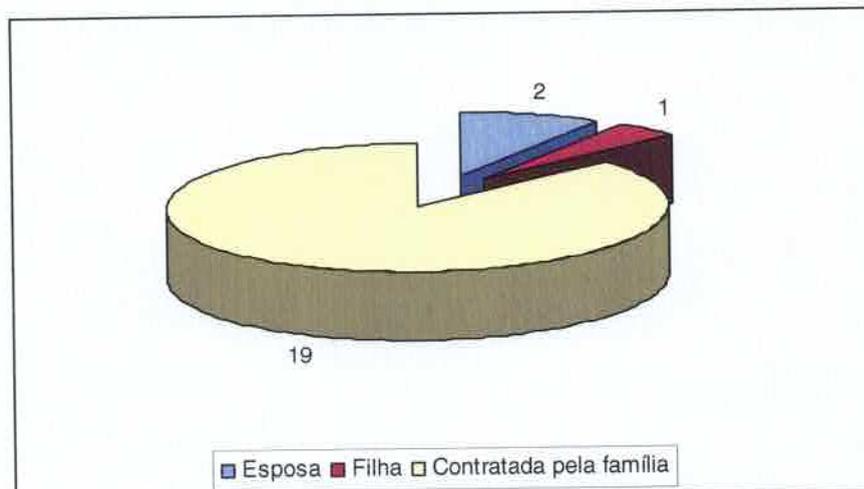


Gráfico 4 – Grau de parentesco

Percebe-se que a família, devido às diversas atividades exercidas no dia-a-dia, não dispõe de tempo integral para se dedicar ao idoso e realizar todos os cuidados de que ele necessita, tendo muitas vezes que contratar um cuidador para exercer tais funções.

Podemos observar que, quando a família tem disponibilidade para tornar-se cuidador, sente obrigação e/ou dever para com o idoso, sendo entendido como um sentimento natural e subjetivo ligado a um compromisso que foi sendo construído ao longo da convivência familiar (KARSCH, 1998).

5.2 TEMPO DE ATENDIMENTO A PACIENTES EM DOMICILIO

O gráfico a seguir representa o tempo de atendimento geral à pacientes no domicílio, sendo a pergunta dirigida somente aos cuidadores formais. Pode-se perceber que a maioria exerce a função de cuidadora há mais de 10 (dez) anos, gerando um total de 42% (quarenta e dois por cento).

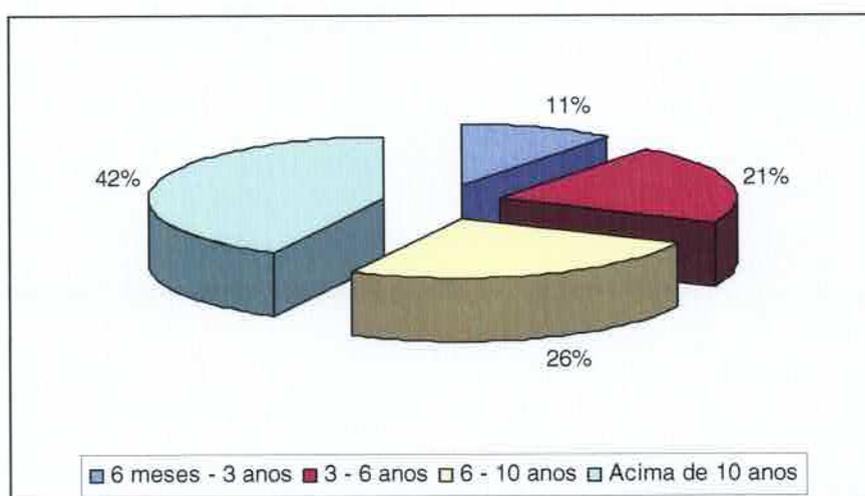


Gráfico 5 – Tempo de atendimento à pacientes no domicílio (Cuidador formal)

Hipoteticamente, o tempo de exercício da função como cuidador pode proporcionar um grau de dificuldade em relação à aceitação das orientações que os profissionais

de saúde têm a oferecer, devendo a equipe agir com cautela quando uma dessas situações for evidenciada.

O gráfico 6 mostra o tempo como cuidador do atual paciente no domicílio.

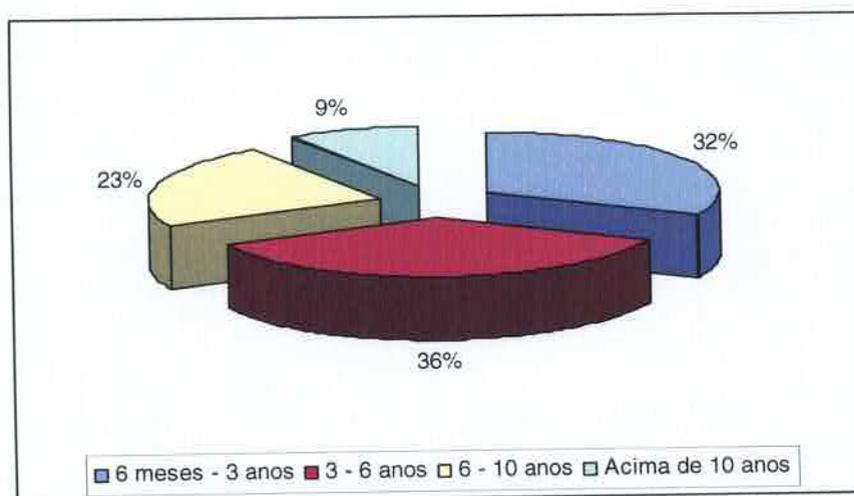


Gráfico 6 – Tempo como cuidador deste paciente

Quanto ao tempo de cuidado com um mesmo paciente, a maioria das entrevistadas está como cuidadora por um período de 3 (três) a 6 (seis) anos, o que mostra a importância do vínculo criado entre a cuidadora e o paciente, a confiabilidade adquirida com a família, além da manutenção das rotinas com os procedimentos a serem realizados e o tipo de cuidado prestado.

5.3 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Durante as entrevistas buscou-se perguntar sobre a atuação do enfermeiro responsável pelo paciente, já que se trata do objetivo principal da pesquisa. Pode-se perceber que, quando perguntado se as cuidadoras conheciam o enfermeiro responsável, a resposta foi positiva por unanimidade.

O enfermeiro, cuja essência da profissão é a arte do cuidar com habilidade, sensibilidade e desenvolvimento de competências (MARTINS et al, 2005), cria com a família e o paciente um vínculo necessário para o bom desenvolvimento do

cuidado, o que revela a importância do profissional no atendimento domiciliar, com grande reconhecimento por parte da família e do cuidador.

Podemos perceber, pelas falas citadas abaixo, a importância dessa atuação:

[...] o atendimento é maravilhoso, é rápido, então é muito importante. (C19)

[...] é muito importante, pois sem essa parceria eu acho que eu não conseguiria desenvolver tão bem o meu trabalho [...] (C17)

Ah, é maravilhosa, eu não tenho nem palavras pra falar sobre a atenção dele, o cuidado que ele tem, enfim, ele é uma pessoa fantástica. (C12)

[...] ela tá sempre presente, acho ótimo. (C9)

SATISFAÇÃO QUANTO AO SERVIÇO DO ENFERMEIRO

O enfermeiro é um educador permanente e tem como foco principal colaborar com o cliente e a respectiva família, prestando serviço de qualidade com orientações, carinho e atenção às necessidades e queixas do paciente, além de motivar a busca pela independência e administração dos cuidados necessários à situação vivida (BRANDALIZE; KALINOWSKI, 2005).

Com certeza, uma pessoa maravilhosa, muito educada, muito carinhosa [...] (C18)

Estou completamente satisfeita, graças a Deus nunca tive nada a reclamar [...] (C17)

[...] sim, porque ele tem atendido todas as necessidades, toda vez que precisa ele tá presente [...] (C8)

Mesmo com todo o cuidado e assistência prestada, haverá sempre a necessidade de aprimoramento e transformação, como citado no trecho a seguir:

[...] “to” muito satisfeita, mas tem umas coisas que têm que melhorar um pouco [...] (C14)

SATISFAÇÃO QUANTO À FREQUÊNCIA E À DURAÇÃO DOS ATENDIMENTOS

A humanização no atendimento domiciliar é o maior desafio para que seja garantida a harmonia e o equilíbrio nas relações interpessoais, refletindo diretamente na qualidade da assistência de todos os envolvidos (LIBANORI; JATENE, 2001). Dessa forma, observamos que nem sempre o tempo de permanência na residência do paciente é o mais relevante, e sim, a qualidade do serviço prestado.

[...] o tempo que eles vêm aqui é suficiente, como visita de médico mesmo, bem rápida e objetiva [...] (C20)

Eu acho que tá bom, até hoje acho que foi o essencial pra necessidade do paciente [...] (C19, C17, C15)

[...] quando precisa eu solicito e eles vêm [...] (C10, C4)

O cuidar em domicílio é uma tarefa árdua, desgastante, repetitiva e incessante, podendo durar muitos anos, com sobrecarga diária de afazeres, sendo quase sempre uma atividade solitária, que pode levar o cuidador ao isolamento afetivo e social, além do estresse causado por essa responsabilidade (FLORIANI e SCHRAMM, 2004). Nesse contexto, foi percebido que muitas vezes o cuidador não precisa necessariamente de um serviço prestado pelo profissional, mas sim de alguém com quem possa conversar e desabafar, como podemos perceber nas falas seguintes:

[...] poderia ficar um pouco mais, né [...] (C16)

[...] acho que poderia vir mais vezes, seria importante [...]
(C8, C22)

[...] acho que é o suficiente pra examinar, pra conversar com a gente [...] (C18)

CLAREZA DAS ORIENTAÇÕES E ESCALARECIMENTO DAS DÚVIDAS

O enfermeiro é um profissional capacitado para desempenhar diversas funções; dentre as mais importantes está a orientação de enfermagem, sendo de grande relevância para a promoção da saúde. Para que isso ocorra, é necessário que ele esteja preparado para explicar e orientar uma mesma coisa de diferentes maneiras (BERSUSA; RICCIO, 2000).

Quando ocorre uma explicação do que faz, porque faz e como faz por parte do enfermeiro, ele toma posse de sua condição de profissional autônomo, envolvendo seus colaboradores, considerando suas percepções e interagindo com os envolvidos no cuidado (LACERDA, 1998).

Conforme as citações a seguir, podemos perceber o quão importante é a orientação do enfermeiro, principalmente se realizada de forma clara e objetiva, esclarecendo as dúvidas dos cuidadores:

[...] a gente sempre teve muita clareza naquilo que elas falavam. (C20)

[...] eles explicam muitas vezes pelo telefone mesmo, e depois à tarde vem pra ver se a gente entendeu, aprendeu direitinho [...] (C19)

[...] esclarecem muito, têm a maior paciência de explicar, de ensinar, com o maior carinho [...] (C18)

[...] quando ela fez a gastrostomia, foi a enfermeira que treinou, a gente entendeu muito bem, sabemos fazer direitinho, não temos dificuldade nenhuma. (C15)

*[...] ele dá oportunidade pra gente perguntar alguma coisa
[...]* (C12)

[...] estamos cientes de tudo que tá acontecendo com o paciente [...] (C8)

[...] a gente segue aquilo que eles passam pra gente. (C22)

A MELHORA NO SERVIÇO DO ENFERMEIRO

Os pacientes e cuidadores não necessitam apenas do profissional hábil, mas também humano, carinhoso, compreensivo e até mesmo com bom humor. Isso depende, primeiramente, de que o enfermeiro goste do que faz e tenha prazer no atendimento ao paciente e a sua família, com bastante cautela no serviço prestado e paciência para responder os questionamentos e dúvidas que surgem no decorrer da visita domiciliar.

[...] eu acho que tá ok, o atendimento, as pessoas são maravilhosas, acho que não tem nada pra melhorar não. (C19)

[...] naquilo que eu preciso eles me atendem, então eu acho que tá bom sim, tá muito bom. (C17)

Eu não tenho do que reclamar, só tenho agradecer a Deus por ele existir e vir aqui nos dar atenção, ele é uma pessoa fantástica. (C12)

[...] eles passam a conhecer melhor o paciente, participando, conhecendo mais a família, até ouvem mais a gente. É perfeito esse serviço. (C10)

Acho que na freqüência, pelo menos uma vez por semana, acho que poderiam vir mais vezes. (C9, C22)

Tem muita coisa que precisava, porque tem enfermeiro que é muito mal humorado, você pergunta as coisas, e eles não querem responder [...] (C21)

É claro que mesmo diante da fala dos cuidadores é preciso entender a necessidade de contínuas mudanças na atuação do enfermeiro em assistência domiciliar para que seu atendimento seja pleno, e os resultados, sempre satisfatórios.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência domiciliar é um serviço fundamentalmente voltado à prestação de serviço de saúde às pessoas em sua própria residência. No Brasil, tem ganhado destaque pelo amplo ritmo de crescimento alcançado nos últimos anos, seja pela proposta de desospitalização e conseqüente redução dos riscos de infecção hospitalar e dos custos da internação, seja pelo suporte oferecido às famílias cujos membros recebem diagnóstico de doenças crônicas e incapacitantes, ou pela proposta de melhoria da qualidade de vida do paciente, mantido junto à família e ao círculo de relacionamentos.

Esse tipo de prestação de serviço é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, na qual se destaca a figura do enfermeiro, objeto do trabalho, diante do importante papel que desempenha como educador permanente dos cuidadores, a quem são repassadas orientações e cuidados de que necessitam o paciente.

No atendimento domiciliar, uma das maiores conquistas do enfermeiro é a autonomia profissional, virtude que se concretiza mediante competência técnica, responsabilidade, atitude profissional seguida de sensibilidade, empatia e observação, que irá contribuir com a equipe multiprofissional, em benefício do cliente e seu cuidador.

O enfermeiro encontra na família atendida um cenário dinâmico, de relações íntimas e vínculos afetivos, na qual deve adentrar com habilidade e competência, já que a eficiência do seu atendimento está intimamente ligada a esses fatores. Esse profissional deve participar das relações com humanidade e profissionalismo, procurando com o seu trabalho otimizar e proporcionar melhoria na qualidade de vida, interagindo com o paciente e sua família.

Vimos no decorrer dessa pesquisa que lidamos com pessoas muito diferentes que prestam cuidados em domicílio e a capacidade do enfermeiro em trabalhar com essa diversidade é fundamental para o sucesso da sua atuação.

O presente trabalho teve por escopo conhecer a percepção do cuidador quanto à atuação do profissional enfermeiro, o que foi feito por meio de questionário. O

resultado da pesquisa demonstrou que os cuidadores, de maneira geral, apresentam satisfação com a atuação desse profissional em assistência domiciliar. Entretanto, cumpre-nos destacar que nesse relacionamento, como em todos os demais, há fragilidade, o que exige maior atenção, flexibilidade, compreensão e respeito do enfermeiro para manter a motivação do cuidador e a receptividade das orientações que lhe são dadas, relativas aos cuidados do paciente.

Outro dado que nos chamou a atenção foi a importância do enfermeiro para o cuidador, no que tange à questão emocional. Ficou demonstrado que, na maioria das vezes, eles buscam não apenas o profissional, mas um amigo com quem conversar e confidenciar angústias ou situações vividas no dia-a-dia.

Entretanto, o tempo em que o enfermeiro permanece na residência nem sempre é suficiente para ouvir as queixas e desabafos do cliente ou do cuidador. Isso porque a assistência domiciliar é um serviço dinâmico, em que todos os profissionais da equipe têm metas a cumprir, com elevado número de visitas a fazer, causando, por vezes, insatisfação do cuidador, pelo tempo que lhe é dispensado.

O profissional, nesse caso, deve buscar ter boa percepção para entender o que está acontecendo na estrutura familiar e os problemas vividos, pois, tais informações são de grande relevância para o desempenho de seu trabalho.

Portanto, como dito anteriormente, não basta ter capacitação técnica, pois ser "ouvinte" tem muita importância no tratamento do doente, podendo interferir diretamente na relação saúde-doença. Os dados da pesquisa revelaram o quanto é indispensável a presença do profissional enfermeiro na residência do paciente, ressaltando que sua contribuição transcende o tempo e o espaço em benefício do ser humano, como observado na fala de vários cuidadores.

Assim, as atividades desenvolvidas por esse profissional não devem ser restringidas à realização de "tarefas do dia-a-dia", sendo de fundamental importância a sua complementação com o levantamento de problemas revelados ou percebidos durante o diálogo enfermeiro-paciente ou enfermeiro-cuidador.

Por fim, pode-se concluir, com a realização da pesquisa, que a atuação do enfermeiro pautada numa abordagem humanizada e sistematizada é fator de extrema importância nos serviços de assistência domiciliar, eis que esse profissional tem muito a contribuir com o tratamento do paciente, formação do cuidador e apoio à família, num momento em que há grande fragilidade e dor dos envolvidos.

7 REFERÊNCIAS

1. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
2. BERSUSA, A.A.S., RICCO, G.M.G. Trabalho em equipe: instrumento básico em enfermagem. In CIANCIARULLO, T.I. (Org). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2000.
3. BORGES, M.V. **Home care: um enfoque familiar**. Monografia (Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2002.
4. BRANDALIZE, D.L., KALINOWSKI, C.E. Processo de Enfermagem: Vivência na implantação da fase de diagnóstico. **Rev. Cogitare Enfermagem**. v.10, n 3, p.53-57, set. /dez. 2005.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria executiva**. Programa saúde da família. Brasília, 1999.
7. BRASIL. **RDC/ANVISA nº 11, de 26 de janeiro de 2006**: Determina o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar nas modalidades de Assistência ou Internação Domiciliar no Brasil. Brasília, 2006.
8. Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). **Resolução n. 267, de 5 de outubro de 2001**: Aprova atividades de enfermagem em domicílio home care. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.coren-ba.com.br/admin/fckeditor/upload/File/RESOLU%C3%87%C3%83O%20COFEN%20N%20267_01.htm>. Acesso em: 06 abr. 2009.
9. COSTA, E.F.A.; PORTO, C.C.; SOARES, A.T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista da UFG**, vol. 5, n. 2. São Paulo, 2003.

10. DAL BEN, L.W. **Instrumentos para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial**. USP. São Paulo, 2000.
11. DAL BEN, L.W.; SOUSA, R.M.C. Adaptação de instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial. **Revista Esc. Enf. USP**. São Paulo, 2004.
12. DUARTE, Y.A. **Cuidadores de idosos**: uma questão a ser analisada. *O Mundo da Saúde*. v.21, n.4, l.226-230, 1997.
13. DUARTE, Y.A.; DIOGO, M.J. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2002.
14. FABRICIO, S.C.C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n.5, Out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 abr. 2009.
15. FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. **Atendimento domiciliar ao idoso**: problema ou solução? Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
16. FREITAS, E.V., et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
17. GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. **Distúrbios de comportamento em pacientes com demência**: impacto na vida do cuidador. *Arquivo de Neuropsiquiatria*. v.57, n.2B, p.427-434, 1999.
18. KARSCH, U. M. S. (org). **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998.
19. LACERDA, M. R. **Ações e interações da enfermeira no cuidado domiciliar**. Florianópolis, 1998. Disponível em < <http://www.enfermagem.ufpr.br> >. Acesso em: 15 set. 2009.
20. LACERDA, M.R.; OLINISKI, S.R. Familiares interagindo com a enfermeira no contexto domiciliar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 2005.

21. LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: Congresso de Epidemiologia, 1, Campinas. **Anais**. Campinas, p. 143-65, 1990.
22. LIBANORI, L. JATENE, B. Aliar aspectos técnico-científicos eficientes no gerenciamento da equipe de enfermagem. **Rev. Téc. Enf. Nursing**, a. 4, n 43, p.13, 2001.
23. MARQUES, S. **Cuidadores familiares de idosos: relatos de histórias**. 186f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.
24. MARTINS, S. K., MATHIAS, J. J. S., MEIER, M. J., LACERDA, M. R., O enfermeiro docente e o ensino do cuidado domiciliar na graduação. **Rev. Cogitare Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 84-89, mai. /ago, 2005.
25. MENDES, J.W. **Assistência Domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil?** 2000. 97 f. Dissertação de Mestrado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2000.
26. MENDES, J.W. **Home Care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.
27. MENEZES, A. K. **Cuidados à pessoa idosa: reflexões gerais**. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – RJ. Caminhos do Envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
28. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001**: normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/conleg/Idoso/DOCS/Federal/Portaria73.doc>>. Acesso em: 06 abr. 2009.
29. MOURA, P.H.R; NAKAMURA, E.K. **Modelo ideal para implantação de Home Care no Brasil**. Relatório de pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem, UNIANDRADE, 2005.
30. NETTO, M.P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

31. OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
32. PIMENTA, K.T. **Assistência Domiciliar e o Monitoramento do Paciente Crônico**. 2001. 64 f. Monografia (Especialização em Gerência da Saúde) - Escola de Pós-Graduação em Economia, Fundação Getúlio Vargas, Vitória, 2001.
33. PORTAL HOME CARE. Disponível em: <<http://www.portalhomecare.com.br/>>. Acesso em: 09 abr. 2009.
34. RIBEIRO, U.; CRUZ, C. **Metodologia científica: Teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2004.
35. SANTOS, I. et al. **Cuidado: Construindo uma nova história de sensibilidade**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2001. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/eenf/enfermagem/disciplinas/enf01001/material/cuidado_hist_sensibilidade.pdf>. Acesso em 22 set. 2009.
36. TAVOLARI, C.E.L. et al. O desenvolvimento do "Home Health Care" no Brasil. **RAS**, vol.3, n.9. São Paulo, 2000.
37. UNIDADES ASSISTENCIAIS. **Assistência Domiciliar**. Disponível em: <http://www.cias.unimedvitoria.com.br/unidades_assistenciais_domiciliar.php>. Acesso em 09 abr. 2009.
38. VILAÇA, C.M. et al. O autocuidado de cuidadores informais em domicílio – percepção de acadêmicos de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.7, n.02, p.221-226. Belo Horizonte, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Identificação do cuidador:

1. Idade
2. Estado civil
3. Grau de escolaridade
4. Grau de parentesco com paciente

()Esposa/Marido ()Filho(a) ()Mãe/Pai ()Outro ()Contratado pela família

Atuação do Enfermeiro em assistência domiciliar na ótica do cuidador:

1. Quanto tempo você trabalha com atendimento de pacientes em domicílio?
(Caso cuidador formal).
2. Quanto tempo está como cuidador deste paciente?
3. Sabe quem é o Enfermeiro responsável por este paciente?
4. O que você acha da atuação do Enfermeiro da assistência domiciliar?
5. Está satisfeito com o seu serviço?
6. Considera satisfatórias a frequência e a duração dos atendimentos por ele feitos?
7. As orientações feitas pelo profissional são claras/ esclarecem suas dúvidas?
8. O que pode melhorar no serviço deste profissional?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo um estudo intitulado “A atuação do Enfermeiro em assistência domiciliar pela ótica do cuidador” cujos objetivos são: Identificar quem é o cuidador do paciente idoso em um programa de assistência domiciliar; Avaliar o grau de satisfação do cuidador quanto à frequência e à duração dos atendimentos; e a preparação do enfermeiro na realização das diversas atividades, no cuidado e na atenção com o paciente. Para tanto, estamos solicitando a sua colaboração para responder as questões do roteiro de entrevista que contém as perguntas e a autorização para gravarmos a entrevista que viabilizará o estudo. Não haverá riscos nem desconforto para você, nem gastos de qualquer natureza, assim como será resguardado o sigilo absoluto em relação à sua identidade, considerando que neste formulário constará apenas um código numérico seqüencial, para fins de análise das informações recebidas. Igualmente, se sentir necessidade, você poderá solicitar qualquer esclarecimento as pesquisadoras para que não lhe reste nenhuma dúvida, sob a garantia do anonimato da sua identidade. Já as informações colhidas serão totalmente apagadas após a coleta dos dados relevantes. Você também poderá interromper sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu trabalho.

DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito (objeto da pesquisa), que fui devidamente esclarecido sobre o projeto desta pesquisa desenvolvido pelas alunas do Curso de Enfermagem da Faculdade Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

DECLARO que, após convenientemente esclarecido pelas pesquisadoras e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Em caso de dúvidas ou maiores informações entre em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos: Localizado 2º andar do Prédio Anexo do Centro Integrado de Atenção à Saúde (CIAS) da Unimed Vitória - Av. Leitão da Silva, 2311, Itararé, 29047-575, Vitória, E.S. Atendimento de Segunda à Sexta-feira de 08:00 às 12:00 e das 13:30 às 18:00. E-mail: cep@unimedvx.com.br/ Telefone: (27) 3335-5348. Secretária: Laiza de Souza.

Pesquisadora Responsável: Kariny Gobbi Bená

Telefone: (27) 9311-5379

Pesquisadoras Participantes: Bruna Fernandes da Silva

Sâmia Berilli de Rezende

Telefone: (27) 9723-5015

(27) 8837-4057

_____	_____	_____
Nome do declarante	Assinatura	Data
_____	_____	_____
Testemunha/ Representante	Assinatura	Data
_____	_____	_____
Nome das pesquisadoras	Assinatura	Data

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Curso de graduação em Enfermagem

Orientadora: Kariny Gobbi Bená

Graduandos: Bruna Fernandes da Silva e Sâmia Berilli de Rezende

Prezado (a) Senhor (a),

Nós, Bruna Fernandes da Silva e Sâmia Berilli de Rezende, estamos desenvolvendo um trabalho de conclusão de curso que versa sobre a seguinte temática: “A atuação do Enfermeiro em assistência domiciliar pela ótica do cuidador”, sob a orientação da Professora Kariny Gobbi Bená. Este estudo visa identificar quem é o cuidador do paciente idoso em um programa de assistência domiciliar; avaliar o grau de satisfação do cuidador quanto à frequência e à duração dos atendimentos; e a preparação do enfermeiro na realização das diversas atividades, no cuidado e na atenção com o paciente.

Vimos, através deste, solicitar a autorização para a realização da pesquisa nessa instituição, Assistência Domiciliar da Unimed Vitória, já que o assunto é de nosso interesse.

Assim, solicitamos a Vossa Senhoria, a autorização para a realização dessa pesquisa conforme o projeto em anexo.

Cordialmente,

Assinatura dos graduandos

Assinatura do coordenador
do serviço

Vitória, _____, 2009.

ANEXOS

ANEXO A – FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO A SAÚDE (CIAS)



Comitê de Ética em Pesquisa – CIAS
CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE
Unimed Vitória

Vitória, 04 de Agosto de 2009

Projeto No: 248/2009

Parecer: 205/2009 Inicial Conclusão

Título: A atuação do enfermeiro em assistência domiciliar pela ótica do cuidador.

Instituição: **Centro Integrado de Atenção a Saúde**

Pesquisador: **Kariny Gobbi Bená**

Grupo e Área Temática Especial: **III**

OBJETIVOS DA PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo identificar as características do cuidador de pacientes idosos atendidos em um programa de assistência domiciliar e avaliar o grau de satisfação do cuidador em relação às características do atendimento prestado pelos enfermeiros.

SUMÁRIO E DESENHO DO PROJETO

Trata-se de um projeto de pesquisa, a ser realizada pela aluna Sâmia Berilli de Rezende e apresentado à EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, o pesquisador responsável é a Enfermeira Kariny Gobbi Bená.

Serão avaliados, prospectivamente, 20 cuidadores que atendem pacientes da Assistência Domiciliar da Unimed Vitória. Os cuidadores devem ter idade superior a 18 anos e atuar na residência do paciente há mais de seis meses. Os pacientes devem ter idade superior a 60 anos. Os cuidadores escolhidos aleatoriamente, responderão a perguntas semi-estruturadas referentes à identificação do cuidador e características de atuação do enfermeiro. A entrevista será gravada por meio de um aparelho MP4. Para análise e interpretação dos dados qualitativos será empregado o modelo indicado por Bardin.

OBSERVAÇÕES E PARECER

A pesquisa é prevista para realizar-se no Serviço de Assistência Domiciliar do CIAS que apresenta condições técnicas para o desenvolvimento da mesma. Inclui, adicionalmente, a respectiva declaração de infra-estrutura e currículo do pesquisador responsável e equipe, que são condizentes com o projeto pretendido.

O delineamento do projeto é adequado, em nossa análise.

O cronograma previsto é adequado e detalha claramente as etapas do projeto a serem seguidas.

O número de indivíduos será de 20 no centro e 20 em todo o estudo.

Por tratar-se de abordagem qualitativa, o cálculo da amostra não se faz necessário.

Os pacientes não pertencem a grupos especiais tais como índios, crianças, ou outros grupos susceptíveis.

Os critérios de inclusão foram explicitados no projeto e são condizentes com o desenho da pesquisa.

A relação risco-benefício a que expõe os indivíduos é favorável, não sendo previstos riscos potenciais significativos para os sujeitos da pesquisa.

Não há período de wash-out previsto no estudo.

O projeto traz descrito procedimento de monitoramento dos dados de segurança durante sua condução, o que se encontra claramente definido.

O tratamento e avaliação dos dados são definidos no projeto e apresenta-se coerente com objetivos e delineamento propostos.





Comitê de Ética em Pesquisa – CIAS
CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE
Unimed Vitória

A privacidade e confidencialidade a que têm direito os sujeitos da pesquisa são garantidos no projeto pelos seguintes procedimentos: TCLE, declaração de responsabilidade dos autores e identificação do destino das entrevistas gravadas.

O TCLE contém os requisitos necessários ao pleno entendimento do projeto, é redigido de forma clara, concisa e precisa, incluindo informações sobre as garantias que têm os sujeitos de livre arbítrio para aceitar participar e/ou desistir a qualquer momento, sem prejuízos. Também são esclarecidos os procedimentos do estudo e seus direitos enquanto sujeito da pesquisa. Contato telefônico com pesquisador, CEP e instituição são claramente indicados no TCLE. Campos de assinatura para paciente, testemunha/responsável legal e pesquisador além de campos para data encontram-se claramente reservados no projeto.

É nossa opinião que o presente projeto observa todas as normas e diretrizes da resolução CNS 196 de 1996 e suas complementares.

A referência bibliográfica apresentada é suficiente e adequada, denotando que na elaboração do projeto, os pesquisadores avaliaram com profundidade o tema de investigação proposto.

CONCLUSÕES

Após o recebimento e apreciação do Projeto e das respostas às pendências formuladas, comunicamos que o Projeto de Pesquisa acima citado, foi considerado:

APROVADO

É parecer desse comitê que o referido projeto e demais documentos apresentados, **atende** aos aspectos da Resolução **CNS 196/96** e complementares, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

Foram aprovados os seguintes documentos:

- Projeto de Pesquisa versão 03 de Julho de 2009;
- Respostas as pendências versão 03 de Agosto de 2009;
- Item 4.3 População Alvo versão 03 de Agosto de 2009;
- Apêndice A – Formulário para Coleta de dados versão 03 de agosto de 2009;

É necessário apresentação de relatórios parciais e finais, notificação de eventos adversos e de eventuais emendas ou modificações no protocolo, para apreciação deste CEP.

O primeiro relatório de andamento do projeto deverá ser encaminhadas a este CEP até o dia 04 de Fevereiro de 2010

Em futuras comunicações com o CEP-CIAS, favor utilizar o registro do projeto conforme indicado acima.

Atenciosamente,

Ana Jan
Dra. Ana Daniela I. Sadovsky
CRM 4886 - Coordenadora CEP
Unimed Vitória

Dr(a). Dra Ana Daniela I de Sadovsky
Coordenador(a) do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CIAS

ANEXO B – CARTA DE INCLUSÃO DA NOVA PESQUISADORA AO PROJETO DE PESQUISA



Comitê de Ética em Pesquisa - CIAS
CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE
Unimed Vitória

Vitória, 03 de dezembro de 2009.

A/C: Kariny Gobbi Bená

Prezado (a) Pesquisador (a)

Recebemos no dia 28 de setembro deste ano Carta de inclusão da nova pesquisadora Bruna Fernandes da Silva ao projeto de pesquisa “**A atuação do enfermeiro em assistência domiciliar pela ótica do cuidador**” aprovado neste CEP no dia 04 de agosto de 2009. Este Comitê de Ética não vê impedimentos para que a aluna citada faça parte desta pesquisa.

Atenciosamente,

Dr(a). Ana Daniela Izoton de Sadovsky
Coordenador(a) do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CIAS