

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Fernanda Vieira Nicolato

Atenção Domiciliar: Custos da família com o cuidado de idosos com feridas

Juiz de Fora
2017

Fernanda Vieira Nicolato

Atenção Domiciliar: Custos da família com o cuidado de idosos com feridas

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edna Aparecida Barbosa de Castro

Juiz de Fora

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Nicolato, Fernanda Vieira.

Atenção Domiciliar: Custos da família com o cuidado de idosos com feridas / Fernanda Vieira Nicolato. -- 2017.

193 f. : il.

Orientadora: Edna Aparecida Barbosa de Castro

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Assistência Domiciliar. 2. Custos e Análise de Custo. 3. Cuidadores. 4. Ferimentos e Lesões. 5. Cuidados de Enfermagem. I. Castro, Edna Aparecida Barbosa de, orient. II. Título.



ATENÇÃO DOMICILIAR: CUSTOS DA FAMÍLIA COM O CUIDADO DE IDOSOS
COM FERIDAS

FERNANDA VIEIRA NICOLATO

Dissertação de Mestrado submetida ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, da Universidade Federal de
Juiz de Fora - UFJF, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 31/08/2017

Prof.ª Dr.ª Edna Aparecida Barbosa de Castro (Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Prof.ª Dr.ª Kínia Laro de Silva
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
1ª Avaliadora

Prof.ª Dr.ª Kelli Borges dos Santos
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
2ª Avaliadora

Prof.ª Dr.ª Clarissa Terenzi Seixas
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ
Suplente

Prof. Dr. Fábio da Costa Caribogim
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
Suplente

DEDICATÓRIA

Sim! É para eles... É por eles...

Minha família!

Hoje mais que nunca,
sinto o imenso valor em tê-los comigo.

Minha gratidão a vocês, meus amores!

AGRADECIMENTOS

“Não há no mundo exagero mais belo que a gratidão”

(Jean de la Bruyere).

As palavras tornam-se insuficientes para agradecer a conquista desse sonho. Neste momento estou vivendo um flashback, desde a seleção do mestrado, todos os momentos que passei e todas as pessoas que colaboraram durante essa trajetória, e consigo resumir a emoção em uma palavra: Gratidão.

Primeiramente a Deus, que em sua infinita misericórdia, me permitiu trilhar esse caminho.

À você meu filho, todo amor do mundo! Em meio a esse caminho você chegou para trazer ainda mais amor e felicidade para nossas vidas. Você me faz acreditar que tudo é possível quando se quer vencer, olhando para seus olhinhos que eu não desisti desse sonho. Quero que tenha muito orgulho de mim! Obrigada por ter me escolhido como mãe! Mamãe te ama mais que tudo.

Ao meu marido Wander, agradeço por estar sempre ao meu lado, seu apoio me faz ver as coisas de forma mais fáceis. Obrigada por me fazer acreditar em mim mesma, e por toda confiança depositada. E agora agradeço pela família que formamos, vocês são meu porto seguro.

Aos meus queridos pais, Irma e Luiz Fernando, pelo apoio e por sempre estarem ao meu lado, me guiando e dando a oportunidade de seguir meu caminho, pois, sem o apoio de vocês eu não conseguiria ter chegado até aqui.

Às minhas irmãs Amanda, Izabella e Ana Carolina, que me incentivam em todos os meus sonhos, vibram a cada conquista, a torcida e apoio de vocês são fundamentais em minha vida.

Meus mais que amados e especiais sobrinhos, Ale, Gu, Alícia, Miguel e Antônio, o amor e carinho de vocês me faz acreditar na beleza da vida e que tudo é possível. Um amor indescritível, que me faz ser melhor a cada dia.

À minha querida professora doutora Edna Aparecida Barbosa de Castro, a quem tenho a honra de ser orientanda, obrigada pela oportunidade de trilhar mais dois anos a seu lado, pois, você é um exemplo de profissional, e quem admiro muito como pessoa. Agradeço por ter acreditado em mim desde o primeiro momento, pela paciência, pelo carinho e dedicação

durante todo esse tempo. Obrigada por ter me escolhido como sua orientanda! Sou muito grata por tudo que faz por mim.

Aos professores doutores Kênia Lara Silva, Kelli Borges dos Santos, Clarissa Terenzi Seixas e Fábio da Costa Carbogim, que aceitaram participar da composição de minha banca examinadora, obrigada por compartilharem seus conhecimentos.

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) por ter me dado à oportunidade de estar no mestrado,. A todos os professores que fazem parte deste mestrado pelos ensinamentos que serão levados por toda a minha vida profissional. A UFJF por ter me concedido a bolsa de monitoria, que muito contribui para meu crescimento profissional.

A todos os membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Autocuidado e Processo Educativo em Saúde e Enfermagem (GAPESE/CNPq), que, direta ou indiretamente me acompanharam e me motivaram a continuar nesta jornada acadêmica. À querida Anadelle, que tive a oportunidade de conhecer no mestrado e tem me dado muita força, está sendo maravilhosa nossa parceria, será para sempre! E obrigada todos meus colegas de mestrado pelos momentos que aprendemos juntos.

Aos profissionais do SAD, pela colaboração na realização da pesquisa. Obrigada por terem confiado em meu trabalho.

Enfim, agradeço a todos que fazem e também os que ainda farão parte desta conquista, pois, muito trabalho virá, mas continuo nesta caminhada na certeza que será mais fácil sabendo que tenho todos vocês em minha vida.

*“Não é sobre chegar no topo do mundo
E saber que venceu
É sobre escalar e sentir
Que o caminho te fortaleceu”*

(Ana Vilela)

RESUMO

O objeto desta pesquisa foi os custos para a família no cuidado de idosos com feridas em Atenção Domiciliar, com ênfase nas vivências dos cuidadores familiares, no âmbito da temática da produção do cuidado proposto pela Política de Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde. Com o crescente processo de envelhecimento, há um aumento relativo das condições crônicas e as doenças cardiovasculares, respiratórias e metabólicas contribuem para o aparecimento de feridas. Além disso, o envelhecimento traz consigo algumas alterações, relacionados à pele e podem trazer como consequência o aparecimento de feridas. O idoso com feridas poderá reduzir significativamente a autonomia, capacidade funcional, além de aumentar o tempo de internação. A Atenção Domiciliar surge como alternativa preferível para dar continuidade aos serviços iniciados em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. No cuidado domiciliar, se dá a transferência dos custos para as famílias, com aumento nos custos diretos, água, luz e alimentação; além dos custos indiretos, que são provenientes da carga de cuidado; e dos intangíveis, referentes ao sofrimento, perda de bem-estar e ansiedade. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, em duas etapas, com o método da Teoria Fundamentada nos Dados. A primeira foi realizada no Serviço de Atenção Domiciliar do município de Juiz de Fora. A segunda etapa ocorreu de maio de 2016 a agosto de 2017, incluindo dez participantes. Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta, observação participante com registros em diário de campo, por meio de visita domiciliar. Seguiu-se o critério de amostragem e saturação teórica. Para organização, codificação e interpretação dos dados empíricos, utilizou-se o programa OpenLogos®. A análise dos dados ocorreu mediante três tipos de codificação: aberta, axial e seletiva. Emergiram dos dados as seguintes categorias: Compreendendo o cuidado domiciliar de um idoso com feridas pela família; Tendo o domicílio como local de cuidado; Percebendo os fatores que interferem nos custos do cuidado; Buscando estratégias para cuidar da ferida; Assumindo os diferentes custos com a ferida; e Vivenciando os custos do cuidado domiciliar de um idoso com ferida, sendo esta a última o fenômeno central da pesquisa. Os participantes vivenciam diferentes tipos de custos advindos com o processo de cuidar de um idoso com ferida no domicílio, pois, mesmo que haja contribuições de outros membros da família e o suporte do Serviço de Atenção Domiciliar, o cuidador assume o cuidado. Isso porque, na falta de material fornecido pelo serviço, ausência do suporte familiar, o cuidador responsável se vê frente à necessidade de prover o cuidado ou o idoso ficaria sem o tratamento. Desta forma, tem-se que a atuação do enfermeiro é determinante no processo de cuidado de um idoso com ferida em Atenção Domiciliar, ressaltando a importância de voltarem sua atenção aos familiares, para que minimize os custos provenientes deste cuidado.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Custos e Análise de Custo. Cuidadores. Ferimentos e Lesões. Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

The objective of this research was the costs to the family in the care of the elderly with wounds during home care with emphasis on the role assumed by family caregivers, within the scope of the care production proposed by the Home Care Policy in the Unified Health System. When Increasing aging process, there is a relative increase of the chronic conditions, being cardiovascular, respiratory and metabolic diseases that contribute to the appearance of wounds. In addition, aging brings with it some changes, related to the skin and, as a consequence, the appearance of wounds. The elderly with wounds can significantly reduce autonomy, functional capacity, and increase length of hospitalization. Home Care is a preferable alternative to provide continuity to the services started in other points of the Health Care Network. In home care, there is a transfer of costs to families, in which there is an increase in direct costs, water, electricity and food; Indirect costs, which come from the burden of care; And the intangibles, referring to suffering, loss of well-being and anxiety. A qualitative, two stages research was conducted using the Data Based Theory method. The first was performed at the Home Care Service of the city of Juiz de Fora. The second stage occurred from May 2016 to August 2017, including ten participants. The data were collected through a semi-structured interview, participant observation with records in the field diary, through a home visit. The second, by theoretical sampling, began with an eighth interview, consisting of three users. The criterion of sampling and theoretical saturation was followed. For the organization, codification and interpretation of the empirical data, the OpenLogos® program was used. Data analysis was performed using three types of coding: open, axial and selective. The following categories emerged from the data: Understanding the home care of an elderly person with wounds for the family; Having the domicile as place of care; Realizing the factors that interfere with the costs of wound care; Seeking strategies to take care of the wound; Assuming the different costs with the wound; And Experiencing the costs of the home care of a wounded elderly, this last one being the central phenomenon of the research. The participants experience different types of costs arising from the process of caring for an elderly person with a wound at home, because even if there are contributions from other family members and the support of the Home Care Service, the caregiver assumes the care. This is because, in the absence of material provided by the service, absence of family support, the caregiver responsible faces the need to provide care, or the elderly would be left without treatment. Thus, nurses' performance is determinant in the care process of a wounded elderly person in Home Care, emphasizing the importance of turning their attention to family members, in order to minimize the costs of this care.

Keywords: Home Nursing. Costs and Cost Analysis. Caregivers. Wounds and Injuries. Nursing Care.

RESUMEN

Esta investigación trata sobre los costos que hay para la familia relacionados con el cuidado de ancianos que tienen heridas y reciben Atención Domiciliaria, enfatizando el papel asumido por los cuidadores familiares en el ámbito de la temática de producción del cuidado propuesto por la Política de Atención Domiciliaria en el Sistema Único de Salud. Con el creciente proceso de envejecimiento hay un aumento relativo de las condiciones crónicas, siendo las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y metabólicas las que contribuyen para el apareamiento de heridas. Además de ello, el envejecimiento trae consigo algunas alteraciones, relacionadas a la piel, pudiendo traer como consecuencia el apareamiento de heridas. El anciano con heridas podrá reducir significativamente la autonomía, capacidad funcional, y aumentar el tiempo de internación. La Atención Domiciliaria surge como alternativa preferible para dar continuidad a los servicios iniciados en otros puntos de la Red de Atención en Salud. En el cuidado a domicilio se transfieren los costos para las familias habiendo así aumento en los costos directos, agua, luz y alimentación; los costos indirectos, que son provenientes de la carga de cuidados; y los intangibles, referentes al sufrimiento, ansiedad y pérdida del bienestar. Se realizó una investigación cualitativa, en dos etapas, con el método de la Teoría Fundamentada en los Datos. La primera fue realizada en el Servicio de Atención Domiciliaria del municipio de Juiz de Fora, MG. La segunda etapa se llevó a cabo de mayo del 2016 a agosto del 2017 incluyendo diez participantes. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada y observación participante con registros en diario de campo por medio de visita domiciliaria. Se siguió el criterio de muestreo y saturación teórica. Para organización, codificación e interpretación de los datos empíricos se utilizó el programa OpenLogos®. El análisis de los datos ocurrió mediante tres tipos de codificación: abierta, axial y selectiva. Surgieron de los datos las siguientes categorías: Comprendiendo el cuidado a domicilio de un anciano con heridas por la familia; Teniendo el domicilio como local de cuidado; Percibiendo los factores que interfieren en los costos del cuidado; Buscando estrategias para cuidar de la herida; Asumiendo los diferentes costos con la herida; y, Vivenciando los costos del cuidado a domicilio de un anciano con heridas; siendo ésta, la última, el fenómeno central de la investigación. Los participantes vivencian diferentes tipos de costos provenientes del proceso de cuidar a un anciano con herida en el domicilio, pues, aunque haya contribuciones de otros miembros de la familia y el soporte del Servicio de Atención Domiciliaria, el cuidador asume el cuidado. Eso es porque al haber falta del material proporcionado por el servicio, o por ausencia del soporte familiar, el cuidador responsable se ve ante la necesidad de proveer el cuidado, o el anciano se quedaría sin el tratamiento. De este modo se tiene que la actuación del enfermero es determinante en el proceso del cuidado de un anciano con herida durante la Atención Domiciliaria, destacando la importancia de volver dicha atención hacia los familiares, para que se minimicen los costos provenientes de este cuidado.

Palabras clave: Atención Domiciliaria de Salud. Costos y Análisis de Costo. Cuidadores. Heridas y Lesiones. Atención de Enfermería.

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1-	Compreendendo o cuidado domiciliar de um idoso com feridas pela família.....	94
Diagrama 2-	Tendo o domicílio como local de cuidado.....	103
Diagrama 3-	Percebendo os fatores que interferem nos custos do cuidado.....	109
Diagrama 4-	Buscando estratégias para cuidar da ferida.....	116
Diagrama 5-	Vivenciando os diferentes custos com a ferida.....	123
Diagrama 6-	Assumindo os custos do cuidado domiciliar de um idoso com ferida.....	134

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo paradigmático de Strauss e Corbin.....	55
Figura 2	Modelo paradigmático da pesquisa, com base nas recomendações de Strauss e Corbin.....	92

LISTA DE TABELA

Tabela 1	Cortes e Estimativa para a Renda Média Domiciliar	60
Tabela 2	Dados socioeconômicos do núcleo familiar dos idosos da pesquisa..	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Perfil socioeconômico e de saúde dos idosos dependentes dos cuidadores participantes.....	67
Quadro 2	Perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa.....	70
Quadro 3	Exemplo da codificação aberta.....	90
Quadro 4	Apresentação das categorias com suas subcategorias.....	93
Quadro 5	Gastos com coberturas utilizadas no cuidado com a ferida em período de 30 dias.....	126
Quadro 6	Caracterização das coberturas utilizadas no tratamento de feridas.....	148

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AD	Atenção Domiciliar
AGE	Ácido Graxo Essencial
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade Básica de Vida Diária
AVID	Atividade Instrumental de Vida Diária
CA	Câncer
CIAD	Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DA	Doença de Alzheimer
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIC	Doença Isquêmica do Coração
DID	Departamento de Internação Hospitalar
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
GAPESE	Grupo de Estudos e Pesquisas em Autocuidado e Processo Educativo em Saúde e Enfermagem
HU/UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IU	Infecção Urinária
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
NUPEPE	Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Ensino e a Prática de Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PMC	Programa Melhor em Casa

PNI	Política Nacional do Idoso
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SOBENDE	Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia
SOBEST	Sociedade Brasileira de Estomoterapia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	União Europeia
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	19
1	INTRODUÇÃO.....	23
2	OBJETIVOS.....	26
2.1	OBJETIVO GERAL.....	26
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
3	REFERENCIAL TEMÁTICO.....	27
3.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	27
3.2	ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SUS.....	31
3.3	CUSTOS DO CUIDADO DOMICILIAR PARA AS FAMÍLIAS.....	36
3.4	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM FERIDA.....	41
3.5	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO PARA A PRÁTICA, ENSINO E PESQUISA EM ENFERMAGEM.....	47
4	CAMINHO METODOLÓGICO	50
4.1	NATUREZA DO ESTUDO E ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	50
4.1.1	Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).....	51
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	57
4.3	CUIDADOS ÉTICOS.....	58
4.4	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	59
4.5	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	61
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	64
5	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA.....	66
5.1	CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS IDOSOS DEPENDENTES DE CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	66
5.2	CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	69
6	COMPREENDENDO OS CUSTOS PARA A FAMÍLIA COM O CUIDADO DOMICILIAR DE IDOSOS COM FERIDA EM ATENÇÃO DOMICILIAR NA ÓTICA DO CUIDADOR FAMILIAR.....	79
6.1	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO FAMILIAR.....	79
6.2	ETAPAS DA ANÁLISE DOS DADOS.....	90

6.3	CATEGORIA 1: COMPREENDENDO O CUIDADO DOMICILIAR DE UM IDOSO COM FERIDAS PELA FAMÍLIA.....	93
6.3.1	Convivendo com a nova realidade.....	94
6.3.2	Vivenciando o cuidado domiciliar de uma ferida.....	99
6.4	CATEGORIA 2: TENDO O DOMICÍLIO COMO LOCAL DE CUIDADO	102
6.4.1	Considerando o domicílio como local para o cuidado.....	103
6.4.2	Percebendo a internação hospitalar em relação à Atenção Domiciliar....	104
6.5	CATEGORIA 3: PERCEBENDO OS FATORES QUE INTERFEREM NOS CUSTOS DO CUIDADO.....	108
6.5.1	Recebendo apoio.....	109
6.5.2	Considerando o processo de cuidado com a ferida.....	114
6.6	CATEGORIA 4: BUSCANDO ESTRATÉGIAS PARA CUIDAR DA FERIDA.....	116
6.6.1	Desenvolvendo criatividade no cuidado com a ferida.....	117
6.6.2	Gerenciando o cuidado.....	119
6.7	CATEGORIA 5: VIVENCIANDO OS DIFERENTES CUSTOS COM A FERIDA.....	123
6.7.1	Tendo custo financeiro com o cuidado.....	123
6.7.2	Percebendo os custos para a vida profissional e pessoal	130
7	DESCOBRINDO O FENÔMENO CENTRAL.....	134
8	MODELO TEÓRICO SUBSTANTIVO.....	140
9	DIALOGANDO COM AUTORES À LUZ DO FENÔMENO CENTRAL.....	143
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	155
	REFERÊNCIAS.....	158
	ANEXOS.....	172
	APÊNDICES.....	183

APRESENTAÇÃO

A motivação para a pesquisa surgiu após a atuação como residente no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora onde tive a oportunidade de prestar atendimento em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município. Na Atenção Primária realizei assistência de enfermagem a pacientes idosos com feridas crônicas além de acompanhar a trajetória do usuário, juntamente de seu familiar, para conseguir tratamento nos serviços públicos de saúde.

Na Atenção Secundária, no ambulatório de feridas do referido hospital, pude exercer uma assistência sistematizada aos usuários com lesões de pele. A maioria dos atendimentos nesse ambulatório era em pacientes idosos, encaminhados por meio do projeto de extensão – “Consulta de Enfermagem para o Autocuidado Após a Alta Hospitalar” – no qual os pacientes com previsão de alta, identificados com necessidade de atendimento após a alta hospitalar e em condições de chegar ao referido serviço, eram encaminhados.

Foi na Atenção Terciária, em um setor de internação, onde surgiram as inquietações para esta pesquisa, observando os pacientes que, após a alta hospitalar com diagnóstico de enfermagem de deambulação prejudicada e com déficit para a realização do autocuidado, não obtinham acesso aos serviços de Atenção Primária e Secundária de Saúde, necessitando de um cuidado especializado em seu domicílio.

Assim, o interesse em conhecer como seria o cuidado domiciliar de idosos com feridas por um cuidador familiar se intensificou, pois nas internações foi possível perceber que os idosos eram os mais dependentes e demandavam maiores cuidados da equipe de enfermagem. No entanto, como seria esse cuidado por parte dos cuidadores familiares que já expressavam suas preocupações durante o planejamento da alta, mostrando-se, muitas vezes, inseguros e ressaltavam a questão de cuidar de uma ferida que provocava sensação de desagrado pelo fato da visualização, do odor e ter que tocá-la. Além disso, despertou-me o interesse em investigar como seria a gestão dos gastos, visto que, durante a internação, o hospital forneceria as coberturas de alta tecnologia para o tratamento da ferida.

Durante a permanência como residente no setor de internação, tive a oportunidade de conhecer o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Juiz de Fora, mas não foi possível acompanhar os atendimentos realizados nos domicílios, apenas o relacionamento estabelecido com os pacientes enquanto estes se preparavam para a alta hospitalar.

Soma-se a esta experiência a atuação e aproximação de um conjunto de ações de extensão e pesquisas desenvolvidas pelo Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Autocuidado e

Processo Educativo em Saúde e Enfermagem – GAPESE/CNPq, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, desde o ano de 2009, em especial as relacionadas ao processo de cuidados dispendidos pela família, grupo do qual sou membro há cinco anos e pude elaborar e acompanhar as produções científicas na área do cuidador familiar e do idoso.

Realizei trabalhos de conclusão de curso e de conclusão da residência com publicações referentes e, por meio destas, identifiquei a necessidade de novas investigações com aprofundamento nos custos sociais e financeiros que envolvam o processo de cuidar pela família de idosos em domicílio.

Estas discussões são resultantes da parceria do GAPESE com o Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Ensino e a Prática de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (NUPEPE/UFGM) sobre a Atenção Domiciliar no Brasil, sobretudo após a expansão desta em 2011, com a criação do Programa Melhor em Casa (PMC). A AD recebeu incentivos para seu desenvolvimento e criação de novos e, com isso, a necessidade de pesquisas para compreender o equilíbrio entre oferta, demanda e necessidades de atenção domiciliar em Saúde.

Com isso, em 2012 iniciou-se a pesquisa multicêntrica coordenada pelo NUPEPE: “Atenção Domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS em Minas Gerais”. Os achados desta propiciaram profícuas discussões, colocando a mostra uma multiplicidade de novas questões de pesquisa, destacando-se as que giram em torno da gestão do cuidado pela família de um idoso com feridas no contexto do cuidado ofertado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar.

Em 2015 incluiu-se o projeto de pesquisa sobre o Custo – Efetividade na Atenção Domiciliar: Análise da produção do cuidado orientado por diferentes protocolos, em que estão envolvidas a Universidade Federal de Minas Gerais, a Universidade Federal de Juiz de Fora e outras universidades.

Foi a partir daí que inquietações concernentes a estas foram levantadas: Como é realizado o cuidado domiciliar por um cuidador familiar de idoso com ferida? Como é a gestão dos custos provenientes do processo de cuidar do familiar com ferida? Como é o contexto socioeconômico dos idosos e de seus familiares? Como o SAD contribui com os custos e alívio do papel do cuidador no cuidado domiciliar do idoso com ferida?

Diante das vivências e dos questionamentos prévios, surgiu à questão norteadora da pesquisa: como a família vivencia os custos do cuidado de um idoso com ferida no âmbito da Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS)?

Esta pesquisa se insere na linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Mestrado em Enfermagem. A mesma atenderá a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (2008), que trouxe como uma de suas prioridades a Saúde do Idoso e, como subitem desta, estudos sobre o impacto do envelhecimento populacional no sistema de saúde e estudos sobre a organização familiar frente ao envelhecimento.

Diante disso, minha dissertação pretende contribuir para a regulamentação da Política da Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e, dentro desta, a enfermagem enquanto ciência do cuidado, auxiliando na gestão dos custos da família.

1 INTRODUÇÃO

O objeto desta pesquisa foi os custos para a família no cuidado de idosos com feridas em Atenção Domiciliar, com ênfase nas vivências do cuidadores familiares, no âmbito da temática da produção do cuidado proposto pela Política de Atenção Domiciliar no SUS.

O crescente número de idosos na população brasileira, o que constitui um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. O aumento da população idosa pode ser observado a partir da pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo a consolidação da tendência do aumento do número de pessoas idosas no cenário sociodemográfico brasileiro (BRASIL, 2013a).

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um incremento relativo das condições crônicas, em especial as doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade (MENDES, 2012). A ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) expõe o idoso a um grau de dependência relacionado diretamente com a perda da autonomia e dificuldade de realizar seu autocuidado, interferindo, desta forma, na sua qualidade de vida (LOURENÇO, 2011).

Além disso, pessoas com DCNT's, como o DM e HAS, tem alto potencial para desenvolver feridas crônicas (MALAQUIAS et al., 2008; GIST et al., 2009; PIMENTEL, 2016). O envelhecimento já traz consigo algumas alterações relacionadas à pele e, podendo apresentar como consequência, o aparecimento de feridas (FERRETTI-REBUSTINI; CARNEIRO, 2013). Em relação ao paciente idoso, a presença de lesão por pressão está associada a uma maior limitação funcional sendo que a maioria dos idosos com lesão refere a presença de cuidador e requer auxílio a maior parte do tempo o que, indiretamente, mostra elevado grau de dependência (DUIM, 2015).

Os problemas relacionados com a pele e o aparecimento de feridas são altamente relatados entre pacientes idosos hospitalizados e cuidadores, sendo que a prevenção e o tratamento das lesões cutâneas representam a maior demanda de intervenções de enfermagem em diferentes condições clínicas de idosos hospitalizados e, mesmo assim, ainda há poucas informações sobre o custo do tratamento de feridas no Brasil (SILVA, 2017).

De forma geral, as internações na população idosa são mais onerosas do que aquelas ocorridas entre pessoas de 20 a 59 anos. Na Região Sudeste o valor médio das internações expressou maior custo, o que foi justificado por um maior tempo de internação entre seus usuários (SILVEIRA et al., 2013). Contudo, na população idosa as internações hospitalares

são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é mais prolongado (VERAS, 2009; SILVEIRA et al., 2013).

No entanto, as mudanças contemporâneas nos perfis demográficos e epidemiológicos das populações são discutidas como sendo um dos principais fatores responsáveis pela demanda por cuidados no domicílio. Nesse contexto, a organização dos serviços de saúde, na modalidade de Atenção Domiciliar (AD), tem aumentado consideravelmente em todos os países (BRAGA, et al., 2016).

Os serviços de AD no Brasil surgiram na década de 1960, vêm se expandindo no país com maior força a partir da década de 1990 (SILVA et al., 2010) e ganhando espaço através do desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

Em uma análise da organização da AD em âmbito internacional realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, as experiências nos países descritos apresentam grandes variações, indicando uma tendência mundial para o desenvolvimento e a prática do cuidado prestado no domicílio em busca de qualidade de vida das pessoas e em um cuidado humanizado (SEIXAS et al., 2014). Em âmbito nacional, a Portaria mais atual, nº 825 de 25 de abril de 2016, define a AD no âmbito do SUS como sendo:

A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2016, art. 5º).

A AD é uma modalidade de atenção à saúde integrada às RAS, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, a AD se destaca como importante estratégia de atenção à saúde, cuja prática é representada através da visita domiciliar, do atendimento e da internação domiciliar. A AD se materializa através de serviços ou atendimentos ao usuário que por algum motivo tenha dificuldade de locomoção e, associada a essa limitação, exista a necessidade de acompanhamento contínuo, uso de equipamentos a fim de favorecer a desospitalização (BRASIL, 2012a).

Com a abreviação da internação hospitalar para conclusão dos cuidados necessários no ambiente domiciliar, realizado por cuidadores familiares apoiados por profissionais

(conclusão de antibioticoterapia endovenosa, curativos, etc.), foi possível identificar alguns mecanismos de diminuição de custos/gastos implícitos com a adoção dessa modalidade (SILVA et al., 2014).

No que se refere ao cuidado domiciliar, o cuidador auxilia o trabalho profissional e, além disso, ele desempenha outros cuidados, como a manutenção de higiene e mobilização no leito e também pode agir de forma eficaz para minimizar os riscos e prevenção no aparecimento de lesões, reduzindo assim a morbidade e mortalidade (FERREIRA et al., 2012).

Diante disso, foram identificadas lacunas de conhecimentos sobre os aspectos referentes à estrutura familiar e ao apoio oferecido pelos serviços de AD, que precisam ser investigados mais atentamente, de forma a permitir melhor compreensão do problema (CALIRI; CHAYAMITI, 2010), além da necessidade de investigação referente aos custos da AD gerados para as famílias, uma vez que o cuidado realizado no domicílio reduz os custos relacionados às internações hospitalares, mas, isso se deve à transferência do cuidado para as famílias (FEUERWERKER; MERHY, 2008; SILVA et al., 2014).

Diante do exposto, a pesquisa justifica-se pelo aumento da população idosa no cenário brasileiro e, conseqüentemente, um aumento da incidência das doenças crônicas, o aparecimento de feridas, a perda da autonomia e da capacidade funcional, o que leva o idoso a depender de cuidados no domicílio, tornando-se relevante conhecer os custos provenientes desse cuidado para as famílias.

Contudo, o envelhecimento traz importantes desafios para a saúde pública brasileira, tanto no que tange ao cuidado com o idoso quanto a seu familiar cuidador, pois na transferência do cuidado para o domicílio os familiares tornam-se responsáveis pelo cuidado e acabam sofrendo alterações físicas, emocionais e financeiras, necessitando de apoio dos serviços de saúde e de políticas públicas que englobem a saúde e o bem-estar do cuidador.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Desenvolver uma teoria substantiva sobre os custos da família com o cuidado de idosos com feridas no contexto da Atenção Domiciliar no SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar os custos para a família com o cuidado do idoso com ferida;
- Compreender como o Serviço de Atenção Domiciliar contribui com os custos do cuidado;
- Discutir o papel assumido pelos cuidadores familiares de idosos com ferida no domicílio.

3 REFERENCIAL TEMÁTICO

A Atenção Domiciliar no Brasil é estimulada, principalmente, pelas mudanças decorrentes do perfil sociodemográfico e, conseqüentemente epidemiológico. As alterações fisiológicas provenientes do processo de envelhecimento refletem alguns problemas, dentre os quais pode-se citar o aparecimento de feridas. Neste contexto, reconhece-se a enfermagem, enquanto profissionais dentro da equipe multiprofissional, a responsável pelo cuidado com a ferida em âmbito da AD. Essa modalidade de atenção à saúde é tida como redutora dos custos para o sistema de saúde, mas discute-se a transferência desses custos para as famílias.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O aumento do número de idosos é decorrente da redução nas taxas de fertilidade e do acréscimo da longevidade nas últimas décadas em todo o mundo. A China deverá tornar-se a sociedade mais envelhecida do mundo em 2030 e, até 2050, estima-se que a sua população mais velha atinja 23,9%, quase um quarto de sua população total. Na Índia, projeta-se que aumente de 8% em 2010 para 19% em 2050. Já nos Estados Unidos, 13,1% da população em 2010 foram considerados idosos e a projeção é de que aumente para 21,4% em 2050 (TAO; MCROY, 2015).

No Brasil, o grupo de pessoas com 60 anos ou mais em 2012 foi de 12,6% da população total e terá aumento de forma acentuada, passando de 13,8%, em 2020 para 33,7% em 2060 (BRASIL, 2013a). No ano de 2012, as regiões brasileiras com maior proporção de idosos foram: a região Sul, com 14,2%, superando a média nacional, seguida pela região Sudeste, em que 13,8% de sua população era composta por pessoas idosas. Em se tratando da região Sudeste, o estado do Rio de Janeiro, esse grupo populacional representou 16,1%, seguido por São Paulo 13,4% e Minas Gerais 13% (BRASIL, 2010a).

Em Belo Horizonte, a população de idosos representa 12,7% do total da população. Já o município de Juiz de Fora, sede desta pesquisa, é composto por aproximadamente 71 mil idosos, representando 13,6% da população da cidade, que possui aproximadamente 516.247 habitantes (BRASIL, 2010a).

Com o aumento da população idosa, houve mudanças na razão de dependência econômica no país. Na análise do indicador, pelos grupos etários das pessoas economicamente dependentes, houve diminuição na razão de dependência dos jovens,

passando de 43,0, em 2004, para 33,5, em 2014; quanto aos idosos, teve elevação de 15,3 para 21,2 (BRASIL, 2015). Em projeção, o Brasil apresenta razão de dependência total crescente, passando de 56,8 para 87,6, entre 2030 e 2060. A elevação no indicador estaria relacionada, especialmente, ao aumento na razão de dependência de idosos, que atingiria 63,2 idosos em 2060, tornando-se três vezes maior do que o indicador atual (BRASIL, 2013a).

Quanto à fonte de renda dessa população, 66,4% tem a aposentadoria ou pensão como a principal fonte de renda. O trabalho também foi uma fonte importante (29,3%) para pessoas de 60 anos ou mais, mas para as pessoas de 65 anos ou mais, a participação do rendimento proveniente de aposentadoria ou pensão aumentou 76,1%, enquanto o trabalho correspondeu a 19,0% do rendimento (BRASIL, 2015).

Além de mais pessoas estarem atingindo essa faixa etária dos 60 anos, os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população têm repercutido no sentido de elevar a média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos em 2009, ou seja, mais de 27,2 anos de vida. Na projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida da população brasileira poderá chegar a 81,29 anos em 2050, basicamente o mesmo nível atual de países desenvolvidos como Islândia (81,80), Hong Kong, China (82,20) e Japão (82,60) (BRASIL, 2010b).

A proporção de idosos e idosos longevos está aumentando nos países da União Europeia (UE), enquanto a proporção relativa de crianças, jovens, adultos jovens e adultos vão diminuir, devido à queda nas taxas de fertilidade (WHO, 2008).

O envelhecimento populacional passa a representar elevado custo para os serviços de saúde, em especial nos casos de idosos dependentes, demandando por atendimentos especializados, requerendo um maior investimento pelas Políticas Públicas de Saúde (BRITO, et al., 2013). Sendo assim, uma sequência de normativas foram criadas no sentido de avançar na luta pelos direitos sociais e humanos dos idosos, para a construção da sua cidadania, para a relatividade das políticas públicas para uma população que é dependente do Sistema Único de Saúde (SUS) (FERNANDES; SOARES, 2012).

Dentre os objetivos da Política Nacional do Idoso (PNI), criada em 1994 e regulamentada em 1996, assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. E destacava-se o envolvimento de todos os seguimentos para obter a participação do idoso na sociedade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida (BRASIL, 1996).

A Lei nº 10.741/2003 instituiu o Estatuto do Idoso, assegurando a atenção integral à saúde do idoso por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam principalmente os idosos. Em seu artigo 15, inciso IV, refere ao atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público nos meios urbano e rural (BRASIL, 2003).

A PNI, dez anos após a sua regulamentação, passou por atualizações, revisões conceituais denominando-se de Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa. Esta foi instituída pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, vigente, com a finalidade primordial de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Objetiva, também, assegurar os direitos sociais do idoso e dar subsídios para que a família tenha apoio ao cuidado, provendo insumos, em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar, dando-lhes suporte, sociocultural e socioeducativo, a fim de suprir as necessidades de subsistência, desenvolver capacidades e autonomia (BRASIL, 2006a).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo. A meta final era uma assistência de saúde adequada aos idosos do país, principalmente aqueles que possuíam alguma doença ou agravo que impusesse limitações ao seu bem-estar (BRASIL, 2006b).

Neste contexto, o desenvolvimento da AD no SUS foi o aumento considerável de idosos no país, podendo ser notado sua preocupação e motivação em 2006 quando, na mesma data de publicação da Portaria nº 2.529 - Instituiu a Internação Domiciliar no âmbito do SUS- (BRASIL, 2006c), houve a publicação da Portaria nº 2.528, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de assegurar um cuidado integral e integrado à pessoa idosa (BRASIL, 2006a).

A AD no âmbito dos SUS considera em sua regulamentação o Estatuto do Idoso, e o Pacto pela Saúde, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, constituindo um modelo de atenção do SUS (BRASIL, 2013). A AD é considerada especialmente para idosos com doenças incapacitantes, dependentes do apoio de cuidadores

(ROCHA et al, 2008). Isso se deve ao fato do envelhecimento populacional se traduzir em maior carga de doenças na população, maior dependência e aumento do uso dos serviços de saúde (BRITO et al., 2013).

As despesas com cuidados voltados para doenças crônicas sobem em todo o mundo e ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados (VERAS et al, 2013). Os gastos com saúde, frente ao envelhecimento populacional, relacionado à crescente prevalência de doenças crônicas e as condições de vida dos idosos, também prejudicam os orçamentos familiares (TAO; MCROY, 2015).

No Brasil, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), responsáveis por 70% das mortes, destacando as doenças cardiovasculares (30%) e o câncer (15,6%), atingem principalmente as pessoas de baixa renda, escolaridade e grupos vulneráveis como os idosos (BRASIL, 2011). E, também, a presença de doenças como o AVE, o DM e doenças cardíacas influenciam na capacidade funcional dos idosos (BARBOSA, 2014).

As síndromes demenciais também ganham destaque nesse cenário, cuja prevalência cresce com a idade, embora não seja um componente normal do envelhecimento, sendo a causa mais comum de demência a Doença de Alzheimer (DA) (BURLÁ et al., 2013).

Dentre outros eventos incapacitantes nessa faixa etária, destaca-se a ocorrência de quedas, em que há consequências sérias para a vida do idoso. O quadro se agrava com o avançar da idade e os problemas de saúde, causando lesões menores ou, até mesmo, fraturas mais graves. O estudo observou que são os idosos com mais de 80 anos que sofreram mais quedas, sendo que a maioria relatou ter sofrido algum tipo de lesão (92,03%) (FERRITTI, et al., 2013).

A queda, entre os diagnósticos de admissão em hospitais, é um dos motivos que mantêm por mais tempo o indivíduo internado, fato este que gera mais gasto para a saúde pública (GASPAROTTO et al., 2014). A restrição ao leito, combinado a fatores de risco como, idade avançada, alterações na pele decorrentes do processo de envelhecimento, pode ocasionar o aparecimento de lesões por pressão (FREITAS et al., 2011).

O estudo realizado por Duim e colaboradores (2015) revelou que o fato do idoso com restrição de mobilidade (acamados ou cadeirantes) ter uma doença crônica pode lhe expor a um maior risco para o desenvolvimento de lesão por pressão, pois, entre os idosos pesquisados, pôde-se avaliar que 54,7% possuíam pelo menos uma doença crônica, dos quais 68,8% apresentavam declínio cognitivo.

Tal como acontece com outros processos de doença comuns na população idosa, a incidência de úlceras crônicas estão relacionadas com DM, HAS, doença vascular periférica (MALAQUIAS et al., 2008; GIST et al., 2009).

No que se refere ao tratamento das feridas, há um aumento do tempo de internação e da morbimortalidade dos indivíduos acometidos, piora da qualidade de vida desses pacientes e de seus familiares. As internações hospitalares representam enormes gastos, constituindo-se num importante problema de saúde pública (LOURO et al, 2007). Além disso, o idoso com feridas poderá aumentar o tempo de internação, reduzir significativamente a autonomia e a capacidade funcional (MALAQUIAS et al., 2008).

Diante do exposto, torna-se importante conhecer a capacidade funcional dos idosos, de modo que suas dificuldades ou necessidades no dia-a-dia sejam avaliadas. Para a avaliação da funcionalidade, apresentam-se duas escalas que classificam as atividades cotidianas de acordo com o seu nível de complexidade (ALVES et al., 2010; BARBOSA, 2014).

As AVD estão relacionadas às atividades, tais como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, deitar-se na/levantar-se da cama, ir de um cômodo a outro caminhando, comumente utilizadas como indicadores de incapacidade funcional; e as AIVD: realizar compras, telefonar, utilizar o transporte, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição, gerir o próprio dinheiro. As AVDs são referentes às atividades de autocuidado, e as AIVDs são referentes às tarefas adaptativas ou imprescindíveis para a vida independente na sociedade (ALVES et al. 2013; BARBOSA, 2014).

Há necessidade de buscar uma atenção eficiente para a população idosa, pois o cuidado ao paciente com múltiplas doenças crônicas pode perdurar por décadas e é extremamente custoso (VERAS et al., 2013). Realçando uma necessária reformulação do modelo de atenção à saúde, de modo que seja possível, além de garantir o direito à saúde, lidar de forma mais adequada (eficiente e eficaz) com as necessidades de saúde resultantes desse cenário (BRASIL, 2012a).

Para Brito e colaboradores (2013), essa mudança no perfil de morbidade da população sinaliza para estratégias de atenção à saúde de caráter contínuo, como é percebido em programas de AD no Brasil.

3.2 ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SUS

A AD é uma modalidade de atenção tão antiga quanto os agrupamentos sociais, mas, tem se tornado mais visível com o envelhecimento da população e a reconfiguração do

domicílio como “lócus do cuidado” (ROCHA et al., 2008). Os cuidados domiciliares mantêm as famílias unidas, o que é importante em tempos de doença, e estar em casa permite para a pessoa um cuidado personalizado, adaptado às necessidades individuais (WHO, 2008).

Nos Estados Unidos, em 1947, já se falava em assistência domiciliar: esta surgiu como extensão do Hospital de Montefiore, no Bronx, com o objetivo de abreviar a alta hospitalar. Mas foi na década de 1980, com o surgimento da AIDS, que a assistência domiciliar nos Estados Unidos cresceu. O surgimento da primeira forma organizada de Assistência Domiciliar no Brasil foi em 1949, através do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Seguindo uma tendência mundial, em 1990, surgiu o serviço organizado na forma de cuidado domiciliar (*Home Care*), concentrado em empresas privadas e nos grandes centros (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Estudos indicam que a AD em vários países do mundo foi motivada pela necessidade de racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado baseada na humanização (FEUERWERKER; MERHY, 2008; SILVA et al., 2014).

Segundo Silva e colaboradores (2010), a AD no Brasil tem se expandido com maior força a partir de 1990, sendo considerado um serviço recente, havendo necessidade de regulamentação de seu funcionamento.

As políticas públicas de saúde começaram a ser desenvolvidas, a partir de 1998, com a Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998, que estabeleceu os requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a modalidade de internação domiciliar no SUS (BRASIL, 1998). Em 2002 é publicada a Lei nº 10.424, que acrescenta capítulo e artigo à Lei Federal nº 8.080/90, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS (BRASIL, 2002).

Em 2006, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, definindo em seu artigo segundo a internação domiciliar como:

Conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas, que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim (BRASIL, 2006c, art. 2º).

Pode-se observar que o país estava em processo de desenvolvimento de políticas que regulamentavam a assistência domiciliar no âmbito do SUS, de modo a garantir sua consolidação enquanto uma nova modalidade de atenção. A incorporação da AD no SUS pretendeu garantir o cumprimento dos princípios e diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, participação comunitária, descentralização, regionalização e hierarquização e representou uma tentativa de resposta às demandas crescentes por outras formas de cuidado não hospitalares no país (BRAGA et al., 2016).

Houve uma lacuna no desenvolvimento de políticas públicas de AD entre 2006 e 2011 quando, em 24 de agosto de 2011, a Atenção Domiciliar foi instituída pela portaria 2.029, que logo foi substituída pela Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Política Nacional de Atenção Domiciliar, desencadeada pelo Programa Melhor em Casa. Esta integrou definições para todas as modalidades de atenção existentes no país até então, representando um avanço nesse campo de atenção à saúde. Reiniciam-se, a partir de então, estudos e discussões sobre a temática da AD.

Foi, no dia 8 de novembro de 2011, lançado o Programa Melhor em Casa, um programa de saúde com o objetivo de ampliar o atendimento domiciliar no SUS: pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, entre outros, terão assistência multiprofissional gratuita em suas casas, com cuidados mais próximos da família. Houve o desenvolvimento de um Manual contendo subsídios técnicos e instruções operacionais, objetivando apoiar os gestores de saúde na adesão, implantação, organização da oferta dos Serviços de AD (BRASIL, 2012a).

Foram estabelecidas normas de cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), a composição das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), a habilitação dos estabelecimentos de saúde aos quais ficariam vinculadas, os critérios para a adesão pelos municípios, os valores de repasses e incentivos, dentre outros (BRASIL, 2012a).

A organização da AD no âmbito do SUS passou a ser realizada no país segundo três modalidades, em atendimento à Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016: AD1 – destina-se ao usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores, a prestação da assistência à saúde é de responsabilidade das equipes de atenção básica; AD2 – o usuário que, tendo indicação de AD e, com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

- I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
- II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;
- III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário;
- IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal (BRASIL, 2016, art. 5º).

A modalidade AD 3 o usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2 quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar. Sendo o atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3 de responsabilidade do SAD (BRASIL, 2016).

O SAD é definido como serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das EMAD e EMAP (BRASIL, 2016). As Equipes Multiprofissionais podem ser constituídas como: EMAD Tipo 1; ou EMAD Tipo 2; e EMAP. A EMAD 1 e 2 se diferem pela carga horária de trabalho dos profissionais: Médico com carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 e 20 horas de trabalho por equipe, respectivamente; Enfermeiro com CHS de, no mínimo, 40 horas para Tipo 1 e 30 horas para o Tipo 2, de trabalho por equipe; Fisioterapeuta ou Assistente Social com CHS de, no mínimo, 30 horas de trabalho por equipe para as duas modalidades; e profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com CHS de, no mínimo, 120 horas de trabalho por equipe, também nas duas modalidades (BRASIL, 2016).

A EMAP terá composição mínima de três profissionais de nível superior, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 horas de trabalho: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico, ou terapeuta ocupacional. A escolha dos profissionais se dará de acordo com as especificidades populacionais (BRASIL, 2016).

As equipes responsáveis pela assistência, nas três modalidades de AD, têm dentre suas atribuições: orientar e capacitar o cuidador do usuário em atendimento, envolvendo-o na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o como sujeito do processo; acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou

cuidadores; promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares; utilizar linguagem acessível, considerando o contexto (BRASIL, 2016).

Assim, o cuidador é definido como: pessoa(s) com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá (ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, o cuidador domiciliar deve desempenhar as seguintes atividades: atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde; escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada; ajudar nos cuidados de higiene; estimular e ajudar na alimentação; ajudar na locomoção e atividades físicas; estimular atividades de lazer e ocupacionais; realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto; administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde; comunicar à equipe as mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada (BRASIL, 2008b).

O cuidador formal de idosos, assim definido pelo Projeto de Lei nº 4.702, de 12 de novembro de 2012, que visa regulamentar o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa, em seu artigo segundo é o profissional que desempenha funções de acompanhamento e assistência exclusivamente à pessoa idosa, tais como:

I – prestação de apoio emocional e na convivência social da pessoa idosa; II – auxílio e acompanhamento na realização de rotinas de higiene pessoal e ambiental e de nutrição; III – cuidados de saúde preventivos, administração de medicamentos e outros procedimentos de saúde (deverão ser autorizados e orientados por profissional de saúde habilitado responsável por sua prescrição); IV – auxílio e acompanhamento na mobilidade da pessoa idosa em atividades de educação, cultura, recreação e lazer (BRASIL, 2012, art. 2º).

O cuidador informal é tradicionalmente definido como, um cuidador que cuida da família, amigos ou vizinhos, sem receber remuneração. O equilíbrio entre os cuidados informais e os cuidados formais é diferente entre países, uma vez que está ligado a fatores políticos, econômicos, demográficos e culturais (WHO, 2008).

Nos países do sul da Europa os cuidados informais continuam a ser fonte de cuidados domiciliários e mostra que, sem o trabalho desses cuidadores não remunerados, os cuidados domiciliários seriam totalmente insustentáveis. Já nos países do norte da Europa, os cuidados informais são menos comuns, porque os municípios financiam os cuidados domiciliários substituindo alguns cuidados anteriormente prestados por parentes próximos, reduzindo a tensão do cuidador (WHO, 2008).

No cenário do envelhecimento populacional brasileiro, na transferência do cuidado hospitalar para o domicílio, a família é a principal responsável por cuidar do idoso (VIEIRA et al., 2011; GAIOLI et al., 2012; ARAÚJO et al., 2013; CARVALHO; ESCOBAR, 2015; ARAÚJO, 2016). Na transferência do cuidado para as famílias, há uma transferência de custos para essas (FALLER et al., 2012; SILVA et al., 2014).

Para Magalhães e Franco (2012), por isso, é importante a atenção da equipe profissional às necessidades das famílias, atentando aos seus limites, desafios e à abertura da comunicação dentro da equipe. A família necessita de fontes de auxílio no cuidado, como bom apoio sociofamiliar, bons relacionamentos e condições materiais mínimas.

3.3 CUSTOS DO CUIDADO DOMICILIAR PARA AS FAMÍLIAS

Para se compreender o cuidado familiar vale definir o termo família, cujo conceito pode ser encontrado em diferentes áreas de estudo. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® (2015), o termo “Família” assume uma abordagem sócio antropológica, na qual é conceituada como um grupo, ou seja, “uma unidade social ou um todo coletivo composto por pessoas vinculadas por consanguinidade, parentesco, relacionamento legal ou emocional com a unidade ou com o todo, sendo vistos como um sistema maior que a soma de suas partes”.

Esta mesma classificação publica, ainda, outros termos específicos ligados ao conceito de família, como por exemplo: Família expandida: “Grupo constituído por mais membros do que apenas os pais e seus filhos”; Família monoparental: “Formação familiar constituída por pai, mãe ou um cuidador e uma ou mais crianças ou outros dependentes”; Família monoparental liderada pela mulher: “Mãe, avó ou outra mulher com a responsabilidade exclusiva por crianças e outros dependentes”; e Família nuclear: “Formação familiar constituída por esposo, esposa, um ou mais filhos legais” (CIPE, 2015).

No Brasil, a definição de família adotada pelo Censo Demográfico e para a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), e que também atende às recomendações internacionais:

Família- conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica (relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família), ou normas de convivência (as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas, sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica), residente na mesma unidade

domiciliar, e também, pessoa que mora só em uma unidade domiciliar (BRASIL, 2015).

Algumas considerações na condição de unidade domiciliar e na família foram definidas pelo PNAD (2015), em que as pessoas foram classificadas em função da relação com a pessoa de referência ou com o seu cônjuge, de acordo com as seguintes definições:

-Pessoa de referência - Pessoa responsável pela unidade domiciliar (ou pela família) ou que assim fosse considerada pelos demais membros; -Cônjuge - Pessoa que vivia conjugalmente com a pessoa de referência da unidade domiciliar (ou da família), existindo ou não o vínculo matrimonial; -Filho - Pessoa que era filho, enteado, filho adotivo ou de criação da pessoa de referência da unidade domiciliar (ou da família) ou do seu cônjuge; -Outro parente - Pessoa que tinha qualquer outro grau de parentesco com a pessoa de referência da unidade domiciliar (ou da família) ou com o seu cônjuge; -Agregado - Pessoa que não era parente da pessoa de referência da unidade domiciliar (ou da família) nem do seu cônjuge e não pagava hospedagem nem alimentação; -Pensionista - Pessoa que não era parente da pessoa de referência da unidade domiciliar (ou da família) nem do seu cônjuge e pagava hospedagem ou alimentação; -Empregado doméstico - Pessoa que prestava serviço doméstico remunerado em dinheiro ou somente em benefícios a membro(s) da unidade domiciliar (ou da família); -Parente do empregado doméstico - Pessoa que era parente do empregado doméstico e não prestava serviço doméstico remunerado a membro(s) da unidade domiciliar (ou da família) (PNAD, 2015)

A família, independentemente dos formatos ou modelos que assume, é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade, delimitando, continuamente, os deslocamentos entre o público e o privado, bem como geradora de modalidades comunitárias de vida (BRASIL, 2009). Esta desempenha um papel importante na provisão de cuidado informal para seus membros, sendo considerado o centro das funções de cuidado, pois, uma grande parte do cuidado acontece no lar (MOIMAZ et al., 2011).

Na Constituição Federal de 1988, consta a responsabilidade da família no cuidado com o idoso, em seu Art. 230: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Em seu 1º Parágrafo aborda a preferência para o cuidado desempenhado no domicílio: “Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares” (BRASIL, 1988).

O Estatuto do Idoso declara em seu artigo terceiro a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

A família é vista como o maior suporte da rede social do idoso e sua proteção tem sido cada vez mais discutida, pois a realidade tem apontado para as evidências de processos de penalização e desproteção das famílias brasileiras. A família passa a ter papel de destaque na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), pois parte-se de um pressuposto de que para a família prevenir, proteger, promover e incluir seus membros é necessário, em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para tal (BRASIL, 2009).

No Brasil as pesquisas revelam que os cuidadores são do tipo informal, com vínculo familiar (VIEIRA et al., 2011; GAIOLI et al., 2012; ARAÚJO et al., 2013; CARVALHO; ESCOBAR, 2015; ARAÚJO, 2016). Sendo que, na maioria das vezes, esse cuidador familiar assume a responsabilidade do cuidado, tornando-se o cuidador principal (VIEIRA et al., 2011; BORGHI, 2013; COUTO, 2016).

O cuidado domiciliar desempenhado por cuidador familiar em domicílio é complexo, pois gera sobrecarga física, psicológica e isolamento social, falta de apoio institucional e da família, dificuldade com o ambiente/infraestrutura para realizar o cuidado e dificuldade financeira (SILVA et al., 2010; ALMEIDA et al., 2012, FALLER et al., 2012; COUTO, 2016). Ao assumir o papel de cuidador, sua vida fica em segundo plano, abre mão de seus projetos pessoais e oportunidades de vida perdida (SILVA et al., 2014).

As consequências da carga de cuidado para os cuidadores familiares são prejudiciais para a saúde e para o contexto social. Além disso, torna-se relevante considerar a diferença de recursos pessoais, sociais e econômicos que esses cuidadores familiares enfrentam, enquanto alguns têm muito, outros têm poucas fontes de recursos. Ademais, muitos devem lidar com demandas concorrentes ou estressoras, incluindo emprego, cuidado com os filhos e sua própria saúde precária (RYN et al., 2015).

Não podemos esquecer os custos diretos relacionados ao aumento do uso de fraldas, água, luz e alimentação que estão implícitos no cuidado domiciliar, além dos indiretos, provenientes da carga de cuidado, o que tem mostrado a necessidade de novos estudos que apontem o papel assumido pelos cuidadores familiares e as repercussões para estes em termos de oportunidades de vida perdidas (FALLER et al., 2012; SILVA et al., 2014).

No entanto, o cuidado realizado no domicílio reduz os custos operacionais dos serviços, na medida em que proporciona recuperação mais rápida e diminuição de complicações infecciosas, mas isso se deve à transferência do cuidado para as famílias (FEUERWERKER, MERHY, 2008; SILVA et al., 2014). Com isso, a AD não é um empreendimento barato, pois seu custo apenas passou do governo para as famílias e

cuidadores, que passaram a ter enormes despesas em atividades de assistência (AMA; SELOILWE, 2010).

A maioria das famílias brasileiras possui baixa condição financeira, sendo que o custo benefício se torna oneroso e, associado às condições sociais no contexto familiar, faz-se fundamental a existência concreta de uma rede de apoio ao idoso e família de forma sistematizada (VIEIRA et al., 2011).

Na Espanha, existe uma rede de apoio para cuidadores de pessoas dependentes instituída em 2007, que regulamenta a seguridade social e um convênio especial para cuidadores de pessoas dependentes, a qual mostra que as famílias assumem a maior parte dos custos do cuidado oferecido no domicílio, existindo uma complementariedade do serviço público (RUBIO; SOTOS, 2012).

No Brasil, a Lei nº 8.112/90, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos, em seu artigo 83:

Poderá ser concedida licença ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, dos pais, dos filhos, do padrasto ou madrasta e enteado, ou dependente que viva a suas expensas e conste do seu assentamento funcional, mediante comprovação por perícia médica oficial (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009).

A Lei acima citada aponta para a necessidade de sua ampliação, pois os cuidadores familiares, de forma geral, necessitam desse respaldo legal. Além disso, as instituições sociais deixam de cumprir com o seu papel ao reforçar a visão de ser compromisso da família, não reconhecendo que além de o cuidador atender as demandas objetivas e imediatas das pessoas idosas, também trazem soluções para um problema que é de toda a sociedade (HEDLER, et al., 2016).

Deve-se haver uma intervenção urgente de saúde pública para fornecer suporte financeiro e material para os cuidadores para que sejam assistidos na prestação de cuidados aos seus familiares (AMA; SELOILWE, 2010).

Mensurar custos na AD é uma tarefa difícil, pois as famílias não os contabilizam e, quando são perguntadas, elas relacionam aumento dos gastos com alimentação, medicamentos, materiais de cuidado como fraldas e ainda o pagamento de água e luz que tornam o orçamento apertado (RATES, 2007). Além de considerar a atividade do cuidador familiar de idosos, verifica-se tendência para efeitos negativos relacionados a essa função, com destaque para as doenças físicas, psicossomáticas, ansiedade, depressão e estresse (ANJOS et al., 2014).

Pode-se dizer que, historicamente, os cuidados familiares eram basicamente de curto prazo porque a maioria das pessoas não sobrevivia à velhice e as mortes eram, quase sempre, por condições agudas. Mas, com o envelhecimento populacional, as doenças crônicas, condições e limitações funcionais têm ganhado destaque no cenário mundial. Neste contexto, as famílias tem sido a mais importante fonte de suporte para idosos, em que muitos indivíduos assumem esse papel não remunerado, relatando o estresse, tensão física, demandas e dificuldades financeiras e, portanto, tornam-se vulneráveis. No entanto, o cuidado familiar agora é visto como um importante problema de saúde pública (FEINBERG et al., 2011).

Na maioria das vezes, é um familiar quem assume a responsabilidade do cuidado, tornando-se o cuidador principal (VIEIRA et al., 2011; BORGHI, 2013; COUTO, 2016). Quando o cuidado é comumente prestado por um único membro da família, acarreta problemas para o cuidador, como a sobrecarga física, emocional e financeira (FALLER et al., 2012).

Os custos e as consequências advindas do cuidado variam, tornando-se assim importante definir os tipos de custos em saúde. Estes podem ser divididos em diretos, indiretos e intangíveis. Os custos diretos se dividem em médicos: referem-se à intervenção médica em si, hospitalizações, procedimentos diagnósticos realizados e terapias instituídas; Não médicos: referem-se aos custos advindos dos pacientes ou familiares como resultado direto da doença ou do tratamento, por exemplo, gastos com transporte para ir ao tratamento, adaptação de ambientes à condição de saúde e ao serviço de cuidadores (DALCIO et al., 2007; CAMPINO, 2010; BRASIL, 2014; OLIVEIRA et al., 2014).

Os custos indiretos são aqueles que resultam da perda de produtividade, *status* funcional e qualidade de vida do paciente devido à doença ou ao tratamento instituído e tempo de trabalho perdido pelo acompanhante devido à doença de seu familiar. Já os intangíveis estão associados a aspectos intácteis como dor, sofrimento pela perda de bem-estar, ansiedade e limitações impostas pela doença, sendo difícil sua avaliação (DALCIO et al., 2007; CAMPINO, 2010; BRASIL, 2014; OLIVEIRA et al., 2014).

Os custos para os cuidadores familiares com o cuidado de um idoso no domicílio foram avaliados por Nortey e colaboradores (2017), o custo mensal total da assistência familiar para idosos foi estimado pela soma dos custos diretos totais e custos indiretos. Com isso, concluiu-se que o cuidado ao idoso gera alto nível de estresse financeiro. E, quanto ao custo intangível, relatou-se um alto nível de carga de cuidados, sendo que as mulheres expressaram uma carga relativamente maior que a dos homens.

Para Vieira e colaboradores (2011), o cuidado com a família deve fazer parte do processo de trabalho, pois é um elemento muito importante para se compreender o processo de cuidar, na perspectiva do cuidador, pois dessa forma, pode-se compartilhar medos e dificuldades para minimizar o impacto da situação de cuidar de um idoso.

Entretanto, o impacto na da AD para a família ainda não é conhecido no Brasil, sobretudo no que se refere ao custo que lhe é demandado. Com isso, são necessárias pesquisas que subsidiem as políticas públicas que contemplem estes custos advindos com o cuidado domiciliar.

3.4 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM FERIDA

O cuidado de enfermagem no domicílio implica em novos modos de assistência, visto que o domicílio não apresenta as características de uma instituição formal de saúde. É um ambiente permeado por diversos aspectos culturais de significância e, conseqüentemente de subjetividades, que devem ser considerados pelo profissional de enfermagem ao adentrar neste ambiente e propor intervenções (VIEIRA et al., 2013).

Portanto, para regulamentar a assistência de enfermagem em âmbito domiciliar, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), pela Resolução nº 0464, de 20 de outubro de 2014, definiu por atenção domiciliar de enfermagem as ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e nos cuidados paliativos (COFEN, 2014).

Na atenção domiciliar de enfermagem, compete ao Enfermeiro, privativamente:

Dimensionar a equipe de enfermagem; planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar a prestação da assistência de enfermagem; organizar e coordenar as condições ambientais, equipamentos e materiais necessários à produção de cuidado competente, resolutivo e seguro; atuar de forma contínua na capacitação da equipe de enfermagem que atua na realização de cuidados nesse ambiente; executar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnico-científica e que demandem a necessidade de tomar decisões imediatas (COFEN, 2014, art. 2º).

Esta mesma Resolução, em seu artigo 4º, orienta que todas as ações concernentes à atenção domiciliar de enfermagem devem ser registradas em prontuário a ser mantido no domicílio para orientação da equipe. Seu 1º parágrafo estipula que deverá ser assegurado, no domicílio do atendimento, instrumento próprio para registro da assistência prestada de forma contínua.

No que refere-se aos cuidados domiciliares de enfermagem na prevenção e tratamento das feridas, estes deverão estar pautados no processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), segundo a Resolução COFEN nº 358/2009, sendo realizada por normas, rotinas, protocolos validados e frequentemente revisados com a operacionalização do Processo de Enfermagem (COFEN, 2014).

Dentre os serviços ofertados pela AD incluem os cuidados com feridas agudas e/ou crônicas sendo entre as mais prevalentes: a ferida cirúrgica complexa e as lesões cutâneas crônicas (MINAS GERIAS, 2013).

As úlceras crônicas têm se tornado um importante problema de saúde pública pelo impacto que ocasionam na vida das pessoas acometidas por esse agravo (PIMENTAL, 2016). Tal como acontece com outros processos de doença comuns na população geriátrica, a incidência de úlceras crônicas relacionadas com diabetes, doença vascular periférica e problemas de mobilidade ocorre com frequência crescente (GIST et al., 2009).

Outrossim, o envelhecimento constitui um fator de risco para o desenvolvimento de alterações na pele, dessa forma, a pele do idoso necessita de um cuidado especial, visto que o risco de lesão nesta faixa etária aumenta (LIRA et al., 2012).

Com as alterações no sistema tegumentar, a derme fica mais avascular e fina, as fibras de colágeno ficam ásperas e sem um padrão, o que reduz a elasticidade da pele e, com a redução da elasticidade, há um aumento do ressecamento e da fragilidade, tornando a pele mais irritada, o que leva a fragmentar-se com mais facilidade (ELIOPOULOS, 2011). O aparecimento de feridas em idosos também pode estar relacionado à alteração dos mecanismos imunológicos e da sensibilidade tátil, que funcionam como barreiras intrínsecas de proteção (MALAQUIAS, 2008).

Além disso, há uma atrofia do tecido subcutâneo e isso faz com que aumente o risco do aparecimento de lesão por pressão, sendo um maior risco para aqueles idosos que permanecem restritos ao leito ou confinados em cadeiras de rodas (FERRETTI-REBUSTINI; CARNEIRO, 2013). Os problemas de pele são variados, sendo a lesão por pressão um fator relevante, pois o rompimento da integridade da pele é mais evidente em pacientes com dificuldades de locomoção, realidade comum em idosos (LIRA et al., 2012). Aproximadamente 70% de todas as lesões por pressão ocorrem na população idosa (GIST et al., 2009).

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, as lesões por pressão têm sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares quanto para o próprio sistema de saúde com o

prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis (BRASIL, 2013d).

Em 2016, a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão e a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação. A Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e a Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE), de forma colaborativa, realizaram a tradução e a validação do documento para o português. É visto que vários termos são utilizados para se referir ao mesmo tipo de lesão: escara, úlcera de decúbito e úlcera por pressão.

A nova terminologia descreve de forma mais precisa esse tipo de lesão, tanto na pele intacta como na pele ulcerada. O termo “suspeita” foi removido da categoria diagnóstica de Lesão Tissular Profunda e os números árabes são agora usados em vez de números romanos. O sistema de estadiamento anterior descreveu o Estágio 1 e a Lesão Tissular Profunda descreviam lesões em pele intacta enquanto as outras categorias descreviam lesões abertas. Isso causava confusão porque a definição de cada um dos estágios referia-se à úlcera por pressão. Durante o encontro do NPUAP, outras definições de lesões por pressão foram acordadas e adicionadas: Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico e Lesão por Pressão em Membrana Mucosa (SOBEST, 2016).

A definição de lesão por pressão foi descrita como:

Dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (SOBEST, 2016).

Os enfermeiros, com o passar dos anos, estão sendo reconhecidos como os profissionais capacitados para o tratamento e prevenção de feridas, pois vem se organizando em uma abordagem sistemática e terapêutica com a pele e cuidados com feridas, alcançando uma autonomia para a profissão nesta área (TORRES et al., 2011).

A Resolução COFEN nº 389/2011 reconhece as especialidades de Enfermagem e, dentro da Enfermagem Dermatológica e Estomaterapia, a especialidade é reconhecida pela SOBENDE e SOBEST. Segundo a SOBEST, Estomaterapia é uma especialidade (pós-graduação *lato sensu*) da prática do enfermeiro, instituída no Brasil em 1990, voltada para assistência às pessoas com estomias, fístulas, tubos, cateteres e drenos, feridas agudas e

crônicas e incontinências anal e urinária nos seus aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação em busca da melhoria da qualidade de vida (SOBEST, 2009).

No cuidado ao paciente com ferida, o enfermeiro é o profissional capacitado para realizar esse tipo de cuidado. A norma técnica que regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências tem por objetivo regulamentar a competência da equipe de enfermagem, visando o efetivo cuidado e segurança do paciente submetido ao procedimento (COFEN/2015).

Cabe ao enfermeiro realizar curativos, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado às feridas (COFEN, 2015). Segundo o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498/86, no seu artigo 8, inciso I, alínea “h”, descreve como função do Enfermeiro a realização de cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos com bases científicas e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1987).

As feridas, segundo a Resolução COFEN nº 0501/2015, são modificações da pele ocasionadas por: traumas, processos inflamatórios, degenerativos, circulatórios, por distúrbios do metabolismo ou por defeito de formação. Ocorre um rompimento da estrutura e do funcionamento anatômico normal, isso se resultante de um processo patológico interno ou externo no(s) órgão(s) envolvido(s) (COFEN/2015).

As feridas também podem ser classificadas em agudas e crônicas. A ferida aguda é aquela resultante de cirurgia ou lesões ocorridas através de acidentes. E a crônica é a que têm um tempo de cicatrização maior que o esperado e, devido a sua etiologia, há um retardo na cicatrização (COFEN/2015).

No aparecimento da ferida o enfermeiro realiza os diagnósticos de enfermagem, podendo ser “Integridade da Pele Prejudicada” e “Integridade Tissular Prejudicada”, que serão utilizados de acordo com a definição. O Diagnóstico de Enfermagem, proposto pela taxonomia da North American Nursing Diagnoses Association (NANDA, 2015-2017), define Integridade da Pele Prejudicada como epiderme e/ou derme alterada; Integridade Tissular Prejudicada: dano em membrana mucosa, córnea, tecido tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento. Dentre os fatores relacionados para estes diagnósticos estão os extremos de idade e outros fatores internos que se relacionam com o envelhecimento do sistema tegumentar.

Diante disso, compete ao enfermeiro e toda a equipe o cuidado e a manutenção da saúde da pele, por serem profissionais aptos para garantir a higiene corporal, bem como a identificação de fatores possíveis de comprometer a sua integridade (FREITAS et al., 2011).

As condições clínicas, nutricionais, metabólicas, também precisam ser avaliadas, pois interferem no processo cicatricial. Nesse aspecto, é importante ressaltar o atendimento multidisciplinar a esses pacientes (ARON et al., 2016).

Na AD deve-se monitorar o aparecimento das lesões por pressão, e outros tipos de úlceras, como as diabéticas, com ênfase na flora polimicrobiana, úlceras de estase que necessitam de medidas de diminuição do edema e melhora do retorno venoso, e úlceras por insuficiência arterial periférica, que podem beneficiar-se de tratamento de revascularização, úlceras ou feridas cirúrgicas/pós-operatórias e, por fim, as úlceras tumorais (BRASIL, 2013c).

No que se refere ao cuidado com feridas em idosos em assistência domiciliar são muito complexos, pois vários aspectos estão relacionados ao atendimento domiciliar desses idosos e a seus familiares. As complicações provenientes das lesões afetam tanto o paciente quanto seu cuidador. As complicações de ordem física causam dor, anemia, deformidades, infecções (celulites, osteomielite, sépsis), odor, perda de membros, piora funcional; e as psicossociais causam isolamento social, depressão, alta dependência, estresse do cuidador, custo financeiro e social, absenteísmo (BRASIL, 2013c).

Neste sentido, no cuidado a pacientes com feridas no ambiente domiciliar, membros da família são frequentemente os únicos provedores de cuidados contínuos e, às vezes, as avaliações realizadas pelos profissionais de saúde podem ser fragmentadas, sendo rotina de observação pelo familiar servir de referência para a tomada de decisão quanto ao plano de cuidados (DINIZ et al., 2014).

Um estudo de Sebastian e colaboradores (2012), realizado com pacientes com feridas resultante de células cancerígenas, apontou que devido à intensidade dos sintomas e dos problemas relacionados com a maioria destas, os cuidadores familiares muitas vezes colocam suas vidas em segundo plano, apresentando problemas de ordem física e psicológica, necessitando do apoio dos profissionais de saúde.

No cuidado com a ferida em âmbito domiciliar, é necessário conhecer as condições de apoio familiar, ambiente físico e psíquico de vida do paciente. Deve-se levar em conta para a prevenção da lesão por pressão, a impossibilitam de movimentar, em decorrência de doenças, ou pela dificuldade de outras pessoas o mobilizarem, o cuidador/familiar, pelas limitações físicas deste, peso demasiado do paciente e a falta de auxílio (PAULA, 2011).

A falta de estímulo desses cuidadores, pelo fato de que muitos indivíduos possuem feridas crônicas, e conseqüentemente, ter sido submetido a inúmeros tratamentos anteriores, sem resultados satisfatórios. A dificuldade de acesso aos produtos para prevenção e tratamento prescritos, falta de orientação quanto à dieta, hidratação, medicamentos em uso,

etilismo e tabagismo, doenças associadas entre outros aspectos que estão relacionados à prevenção e tratamento das feridas (PAULA, 2011).

No que se refere ao tratamento de feridas no contexto domiciliar oferece uma possibilidade maior de recuperação do que a internação hospitalar, mas, para isso demandam maior tempo de acompanhamento e a participação de toda a equipe multiprofissional, para a construção de estratégias inovadoras de cuidado, considerando os contextos materiais e familiares (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Em um estudo comparativo sobre os custos diretos do tratamento de úlceras venosas com gel de carboximetilcelulose nos ambientes domiciliar e ambulatorial foi encontrado que os custos do tratamento ambulatorial eram maiores do que os custos do tratamento domiciliar. A principal responsável por essa diferença foi à mão de obra do enfermeiro responsável pela realização do procedimento, incluindo a troca dos curativos, o diagnóstico, a prescrição de cuidados, registros em prontuário e orientações ao paciente (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Considerando-se os custos com as coberturas, materiais médico-hospitalares e recursos humanos, no estudo Andrade e colaboradores (2016) mostrou como os custos variaram. Eles podem chegar no mínimo 16,41 reais e no máximo 260,18 reais, dependendo do tipo de cobertura e extensão da lesão.

Para Lima e colaboradores (2016), o maior gasto de materiais foi com as lesões classificadas em Categoria I e, quanto à mão de obra direta da equipe de enfermagem, os maiores custos foram com as lesões de Categoria III. Vale destacar que os 39 pacientes que originaram as 228 observações de curativos eram idosos.

Com a evolução das coberturas, as trocas puderam ser espaçadas em intervalos maiores, sem prejuízo do tratamento, oportunizando novas estratégias de abordagem ao paciente com feridas, tanto na área institucional como no campo relativo à assistência domiciliar (PAULA, 2011).

Durante o processo de cicatrização a lesão pode exigir diferentes coberturas para atender a possíveis demandas como desbridamento do tecido necrótico, promoção da reepitelização, controle ou absorção de exsudato, redução da dor, controle de odor desagradável, cuidado da pele ao redor e otimização do tempo de enfermagem (BORGES, 2012).

No que se refere ao tratamento das feridas, esse é dinâmico e depende da evolução das fases de cicatrização. A escolha da cobertura é determinada pelas características e a localização da ferida, as necessidades, as preferências do paciente, sem perder de vista o custo do tratamento (ARON et al., 2016; BORGES, 2012). Para Adkins (2013), o profissional ao

escolher uma cobertura apropriada para o tratamento domiciliar, deve levar em conta, além do valor do produto, o ambiente domiciliar, a habilidade do cuidador ou paciente para realizar o cuidado com a ferida.

3.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO PARA A PRÁTICA, ENSINO E PESQUISA EM ENFERMAGEM

O aumento da população idosa no Brasil traz consigo, conseqüentemente, importantes mudanças no cenário epidemiológico, pois, com avanço da idade, há alteração no sistema fisiológico, o que acarreta maiores riscos para o surgimento de doenças crônicas e incapacitantes, dentre essas alterações podemos citar o aparecimento de feridas.

Um idoso com ferida em assistência domiciliar gera demanda de cuidado para a família, bem como para os serviços de saúde, que passam a ter custos provenientes deste cuidado. Os custos para a família do idoso com ferida, no contexto da AD no SUS, é o objeto dessa pesquisa.

Com o objetivo de analisar as produções científicas produzidas nesta temática, foi realizada uma busca no portal eletrônico LILACS, BDNF, MEDLINE, através da BVS, utilizando os descritores (Home Nursing) AND Caregivers AND (Cost and Cost Analysis) AND (Wounds and Injuries); a busca de artigos na biblioteca virtual *SciELO*, com os mesmos descritores. Os descritores também foram utilizados no idioma Português (Ferimentos e Lesões) AND (Custos e Análise de Custo) AND (Assistência Domiciliar) AND Cuidadores para ampliar a possibilidade de pesquisa.

No Portal de Periódicos Capes – Banco de Teses e Dissertações, utilizando os descritores no Idioma Português: (Ferimentos e Lesões) AND (Custos e Análise de Custo) AND (Assistência Domiciliar) AND Cuidadores, resultaram nas publicações em que destacam-se os estudos que tinham em seus assuntos os cuidados domiciliar pela família ao idoso dependente com doenças crônicas Diabetes Mellitus, Doença de Alzheimer, sequelas de Acidente Vascular Encefálico, cuidados com câncer, cuidados paliativos, diálise peritoneal, idoso que cuida de idoso, sobrecarga do cuidador, qualidade de vida e educação para o cuidador.

Duas dissertações, as quais serviram de base a esta pesquisa, tiveram por objetivo: identificar o perfil sociodemográfico e de saúde de pacientes que necessitavam de cuidados domiciliares após a alta, o nível de risco para úlcera por pressão e a prevalência de úlcera e o

contexto do cuidado domiciliar; compreender o contexto do familiar cuidador na condição crônica estomia.

O esforço de busca para a revisão da literatura, embora limitado a estas bases de dados, permitiu a inferência de que são poucos os estudos realizados e publicados com esta temática. A análise daqueles cujo objeto tinha consonância com as questões levantadas foi utilizada para justificar o desenvolvimento desta pesquisa.

No entanto, torna-se relevante compreender os diferentes custos que envolvem o cuidado domiciliar pela família de idosos com ferida, uma vez que esse cuidado pode gerar respostas de ordem emocional, social e financeiro na vida dessa família, além de refletir como dificuldades em cuidar do paciente.

O enfermeiro tem papel significativo neste contexto, uma vez que poderá auxiliar a família a enfrentar a realidade de cuidar de uma ferida, desenvolver atividades que redimensione os custos provenientes desta, além de dar maior visibilidade a sua prática profissional em âmbito domiciliar. Com isso, tornam-se necessárias adequações nas políticas públicas, já estabelecidas no âmbito da assistência domiciliar no Brasil, para que contemplem os custos para as famílias, principalmente no que se refere aos custos atribuídos ao cuidado com a ferida, de modo a subsidiá-lo.

Os resultados da pesquisa irão contribuir para a construção de um conhecimento a respeito dos custos provenientes do cuidado domiciliar de um idoso com ferida, fornecendo subsídios para prática, ensino e pesquisa em enfermagem. Como também dar uma contrapartida ao SAD do município e à Secretaria Municipal de Saúde, no sentido de colaborar com as ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais e, dentro destas, a enfermagem. Isso, conseqüentemente, refletirá positivamente na vida dos pacientes e seus familiares. Além disso, fornecer subsídios para o Estado no sentido de auxiliar a regulamentação de políticas públicas que contemplem estes custos familiares advindos com o cuidado domiciliar de forma geral e, mais especificamente, aqueles que cuidam de um idoso com ferida.

O tema da pesquisa mostra sua significância, uma vez que o cuidado de enfermagem com o paciente com ferida vem crescendo no país e esse, em âmbito domiciliar, tem ganhado destaque, o enfermeiro tem ganhando visibilidade neste tipo de atendimento. Seu desenvolvimento também fortalecerá as discussões e publicações do GapeSe sobre a temática que envolve os custos da AD no SUS e, dentro desta, o cuidado com feridas, que se insere na linha “Gestão familiar do processo saúde-doença-cuidado” no eixo temático Autocuidado e Processo Educativo em Saúde e Enfermagem na Atenção Domiciliar.

Diante disso, será possível teorizar as peculiaridades e as complexidades do fenômeno em questão e a forma como eles se relacionam. Isso engloba o cuidado domiciliar com a ferida, a família, o idoso, os diferentes custos, as estratégias utilizadas, dentre vários outros fatores envolvidos.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

“Ao fazer pesquisa, lutamos por um equilíbrio entre ciência e criatividade.”

(Anselm Strauss e Juliet Corbin)

4.1 NATUREZA DO ESTUDO E ABORDAGEM METODOLÓGICA

Para a compreensão das questões propostas, realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, pois, buscou-se compreender o significado e a experiência humana em uma dada realidade. A pesquisa qualitativa permite obter detalhes sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos e emoções. Alguns dados podem ser quantificados, mas o grosso da análise é interpretativa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Dentro de uma abordagem qualitativa os dados numéricos e não numéricos são vistos da mesma forma. Todos os dados têm uma representação simbólica, que precisa ser interpretado e, portanto, seu significado é subjetivo e dependente do contexto (TWINING et al., 2016).

A metodologia utilizada foi a Teoria Fundamenta em Dados (TFD), orientada pela perspectiva metodológica propostas por Strauss e Corbin, em sua 2ª versão, traduzida para o Português em 2008. Nessa edição os autores abordam procedimentos que ajudam a padronizar e manter o rigor do processo. Porém, retratam que esses procedimentos não foram criados para serem seguidos de forma dogmática, mas para serem desenvolvidos de forma criativa e flexível, de modo que conduza a análise com confiança e ao mesmo tempo aumente a criatividade. Segundo Strauss e Corbin (2008):

É ciência e arte. É ciência no sentido de manter um certo grau de rigor e por basear a análise em dados. A criatividade se manifesta na capacidade dos pesquisadores de competentemente nomear categorias, fazer perguntas estimulantes, fazer comparações e extrair um esquema inovador, integrado e realista de massas de dados brutos desorganizados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

4.1.1 Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)

A TFD foi originalmente desenvolvida pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss. Denominaram a metodologia de “Grounded Theory” (GT), que foi traduzida para o português como TFD. Glaser formou-se na Columbia University e teve suas ideias influenciadas por Paul Lazarsfeld, conhecido como inovador dos métodos quantitativos. Strauss formou-se na University of Chicago, tendo uma forte tradição em pesquisa qualitativa, influenciado por textos interacionistas e pragmático, suas respectivas contribuições foram igualmente importantes. Esses sociólogos tiveram tradições de pesquisa diferentes, tendo suas ideias posteriormente se divergido e seguiram caminhos diferentes (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A metodologia utilizada, proposta por Strauss e Corbin (2008), define a TFD como uma teoria derivada de dados sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa. Essa tende a parecer mais com a realidade, por ser fundamentada em dados, oferece mais discernimento, melhora o entendimento e fornece um guia importante para a ação. Sendo feita com o objetivo de descobrir conceitos e relações nos dados brutos e de organizar esses conceitos e relações em um esquema explanatório teórico.

A TFD estuda o comportamento humano em diversas situações, tendo como objetivo gerar uma teoria que explique um fenômeno social através da análise sistemática obtida dos dados extraídos de situações concretas, “a teoria derivada dos dados tende a se parecer mais com a realidade do que a teoria derivada da reunião de uma série de conceitos baseados em experiência ou somente por meio da especulação” (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Nas perspectivas contemporâneas da TFD, a revisão de literatura é um recurso que orienta no delineamento do tema investigado, na descrição da problemática de estudo e delimitação do objeto a ser investigado. Portanto, pode ser realizada no início do estudo para contextualizar a problemática em investigação e também ao longo do processo de pesquisa, visando preencher as necessidades teóricas que emergem ao longo da análise dos dados (SANTOS et al., 2016).

A investigação começa por concentrar-se em uma área de estudo e a coleta de dados de uma variedade de fontes, incluindo entrevistas e notas de observação. Os dados são analisados utilizando codificação teórica e procedimentos de amostragem. Quando isso é feito, teorias são geradas com a ajuda de procedimentos de interpretação. No entanto, o pesquisador não pode começar o estudo com uma teoria preconcebida, mas permitindo que os construtos teóricos surjam a partir de dados coletados, salvo os casos em que o objetivo do

pesquisador seja o de avançar nos estudos de uma teoria já existente (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As teorias são formais e substantivas, as formais são de modo interrogativo para explicação de um processo, são abrangentes e compostas, aplicam-se a um âmbito mais amplo de preocupações e problemas disciplinares, emergem do estudo do fenômeno, examinado sob diferentes tipos de situações. As substantivas, mais simples, são desenvolvidas dentro de investigação sociológica substantiva ou empírica com significados do cotidiano (STRAUSS; CORBIN, 2008). A maioria das TFD compõe-se de substantivas por tratarem de problemas delimitados em áreas específicas. Isto significa gerar conceitos abstratos e especificar as relações entre eles, objetivando compreender os problemas em múltiplas áreas substantivas (CHARMAZ, 2009).

A teoria é definida como um conjunto de categorias bem desenvolvidas (ex.: temas, conceitos) que são sistematicamente inter-relacionadas através de declarações de relação para formar uma estrutura teórica que explique alguns fenômenos relevantes, entre eles os da área da enfermagem. A construção da teoria fundamentada é feita a partir de dados empíricos, coletados e analisados sistematicamente pelo processo de pesquisa, podendo ser designada como teoria substantiva quando se referir a um âmbito mais específico de preocupações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Strauss e Corbin (2008) definem conceitos como as bases da análise, são eles os blocos construtores da teoria, pois todos os procedimentos utilizados no desenvolvimento da pesquisa visam identificar, desenvolver e relacionar conceitos. Os conceitos vão surgindo a partir dos dados analisados e são os conceitos que conduzem o desenvolvimento da amostragem teórica. A amostragem teórica significa dizer que a amostra não é inicialmente predeterminada, ou seja, ela se desenvolve durante o processo.

O objetivo da amostragem teórica é maximizar oportunidades de comparar fatos, incidentes ou acontecimentos para determinar como uma categoria varia em termos de suas propriedades e de suas dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A amostragem teórica é importante ao explorar novas áreas, pois o pesquisador pode escolher os caminhos de amostragem que geram maior retorno teórico. No início, o pesquisador está interessado em gerar categorias, sendo que, em algumas delas, a amostragem se volta para o desenvolvimento, a densificação e a saturação dessas categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Dentro da amostragem teórica existem os grupos amostrais, os quais são importantes para que a coleta de dados seja realizada com diferentes representantes, a fim de aprofundar a

variação entre os conceitos e acrescentar novas perspectivas ao fenômeno. À medida que as categorias se formam e, conforme a necessidade, novas perguntas são feitas objetivando a saturação teórica, a qual possibilita a emergência de possíveis grupos amostrais. Entretanto, os grupos amostrais surgem a partir da análise das entrevistas, que decorrem de acordo com a necessidade da pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Pela técnica de amostragem discriminada, o pesquisador escolhe os locais, as pessoas e os documentos que vão maximizar as oportunidades de fazer análise comparativa, em busca de novos dados para saturar as categorias e completar o estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A amostragem teórica também está relacionada à sensibilidade que o pesquisador desenvolveu a partir dos conceitos emergentes: quanto mais sensível ele for em relação à relevância teórica de certos conceitos, maiores serão as possibilidades dele reconhecer os indicadores desses conceitos nos dados. A sensibilidade aumenta com o desenvolvimento da pesquisa, permitindo ao pesquisador decidir sobre que conceitos deve procurar e onde encontrar seus indicadores (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A sensibilidade teórica é a capacidade do pesquisador em perceber que fatos e acontecimentos surgem através dos dados. Isso significa ver além do óbvio para descobrir o novo (STRAUSS; CORBIN, 2008). A curiosidade sobre os dados é o elemento que permite, durante todo o processo analítico, buscar novos ângulos de leitura, novos sentidos para a configuração de realidades ainda pouco exploradas cientificamente (LEITE et al., 2012).

A capacidade é adquirida quando o pesquisador trabalha com a circularidade dos dados, fazendo as comparações e elaborando questões que ainda precisam ser coletadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A circularidade dos dados acontece quando a coleta e a análise dos dados ocorrem de forma concomitante. Isso se refere ao fato de que só se realiza a segunda entrevista após a análise da primeira e analisa-se a segunda entrevista comparando-a com a primeira. Esse processo acontece quantas vezes forem necessárias, progressivamente, até a última entrevista, quando ocorre a saturação teórica. A saturação dos dados ocorre por meio do não acréscimo e da não modificação de informação com a realização de novas entrevistas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A análise dos dados segue um percurso, não necessariamente sequencial, da codificação aberta, axial e seletiva, sendo a análise um processo de fluxo livre e criativo, em que é possível se movimentar entre os tipos de codificação (STRAUSS; CORBIN, 2008). Na TFD a codificação define a estrutura analítica que servirá para construir a análise, sendo o elo

fundamental entre a coleta de dados e o desenvolvimento de uma Teoria emergente para explicar os dados (CHARMAZ, 2009).

A codificação aberta é assim denominada por abrir o texto e expor as ideias, pensamentos e significados que ele contém. Nela, os dados são separados em partes distintas, examinados com rigor e comparados em busca de similaridades e diferenças. Desta forma, os eventos, acontecimentos, objetos, ações/interações, considerados similares em natureza ou significados é possível agrupá-los sob conceitos mais abstratos denominados de categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Strauss e Corbin (2008) definem categorias como conceitos derivados dos dados, que representam os fenômenos. Os fenômenos são ideias analíticas importantes que emergem dos dados, estes representam problemas, questões, preocupações e assuntos relevantes, mediante ao que está sendo estudado (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para iniciar, a análise abre os textos para realização da microanálise. Neste momento é importante a elaboração de memorandos e diagramas que irão atuar como lembretes ou fontes de informação. Os memorandos são, portanto, registros do pesquisador de análise, pensamentos, interpretações, questões e direções para coleta adicional dos dados. Os diagramas são os memorandos visuais e não escritos. Eles devem ser iniciados ainda na análise inicial e continuar durante todo o processo de pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

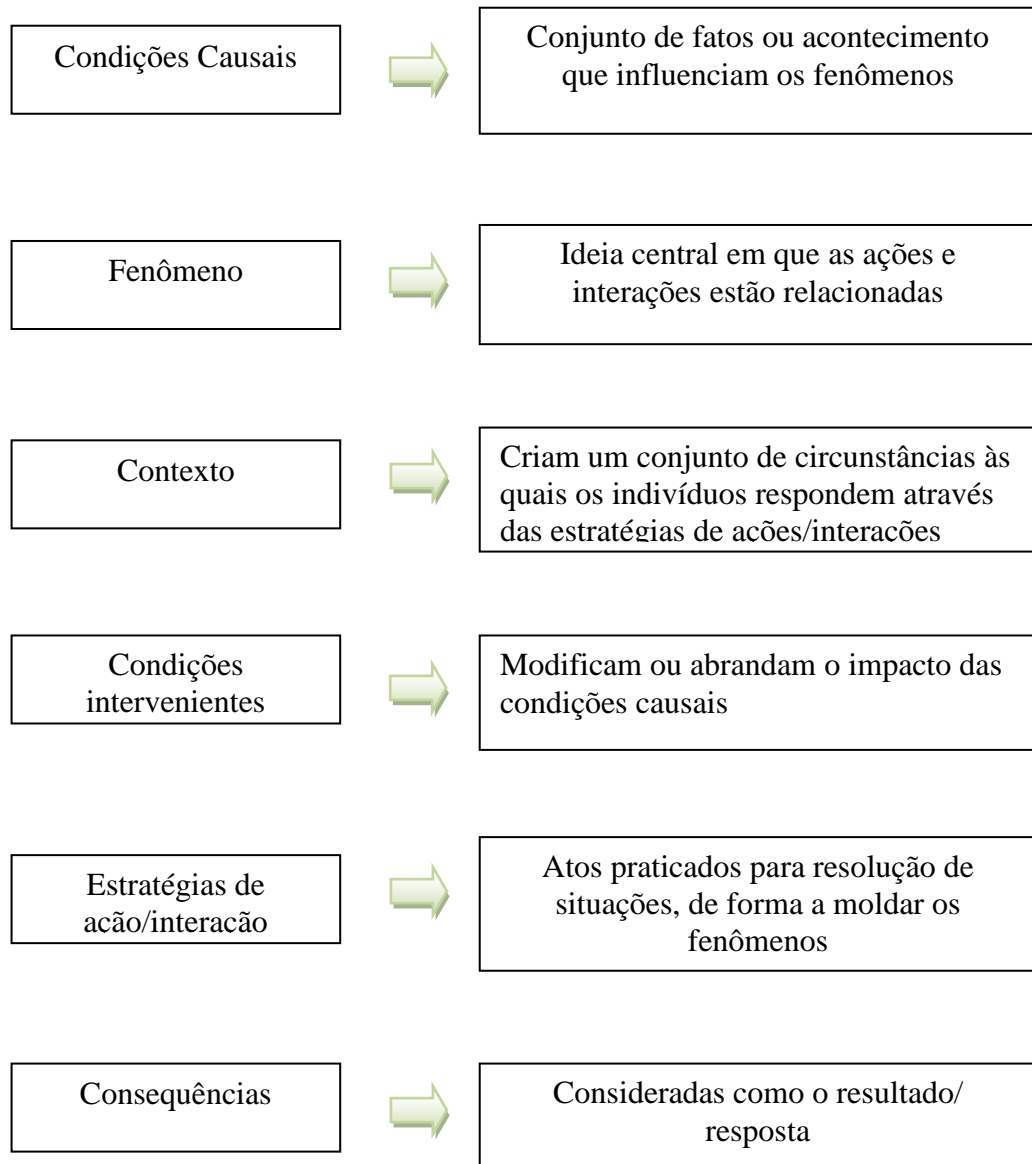
Nos passos analíticos posteriores, na codificação axial e seletiva, os dados serão reagrupados de acordo com a natureza das relações entre as categorias e suas subcategorias. As subcategorias são assim denominadas por especificar melhor uma categoria ao informar quando, onde, porque e como ocorre o fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Já na codificação axial relacionam-se as categorias com as subcategorias ao longo das linhas de suas propriedades e dimensões, analisa como as categorias se cruzam e se associam. Para auxiliar no reagrupamento das categorias, utilizou-se o mecanismo analítico denominado paradigma. O paradigma é uma ferramenta analítica desenvolvida para ajudar a integrar a estrutura com o processo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os componentes básicos de um paradigma: “Condições” uma forma conceitual de agrupar respostas às questões como, por que, onde, de que forma e quando. Formam a estrutura ou o conjunto de circunstâncias na qual o fenômeno é incorporado. “Ação/Interação” refere-se às respostas estratégicas para as condições, representadas pelas questões quem e como. “Consequências” são os resultados da ação/interação, representados pela questão o que acontece como resultados da ação/interação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Segue o modelo de explicação dos componentes do paradigma, segundo Strauss e Corbin (2008):

Figura 01: Modelo paradigmático de Strauss e Corbin (2008)



Fonte: Strauss e Corbin, 2008.

Na codificação axial os pesquisadores procuram respostas às suas questões: porque, de que forma, onde, quando, como e com que resultados e, ao fazê-las, descobrem relações entre as categorias. Desta forma, ao responder as questões, o pesquisador consegue posicionar o fenômeno dentro de uma estrutura condicional e identifica “como” ou os meios pelos quais uma categoria se manifesta. Em outras palavras, ao responder essas perguntas, consegue relacionar a estrutura com o processo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Segundo Strauss e Corbin (2008), a combinação da estrutura com o processo ajuda a atingir um pouco da complexidade que faz parte da vida. As estruturas ou condições criam circunstâncias nas quais os acontecimentos pertencentes ao fenômeno sejam situados ou surjam. O processo denota a ação/interação das pessoas em relação a certos problemas. Processo e estrutura estão intrinsecamente ligados, pois se alguém estuda apenas a estrutura, descobre porque, mas não como certos fatos acontecem. Estudando apenas processo, entende como pessoas agem/interagem, mas não o porquê.

Após a codificação axial, segue-se com a codificação seletiva, na qual ocorre a integração das categorias e o refinamento da teoria. O primeiro passo na integração é decidir a categoria central, a que irá representar o tema principal da pesquisa como também o fenômeno central da teoria. As outras categorias são relacionadas de forma sistemática e organizadas em torno da categoria central. Ao atingir um esquema teórico dominante, chega o momento de refinar a teoria, buscar consistência interna e falhas, completando as categorias falhas e cortando os excessos e assim validar o esquema (STRAUSS; CORBIN, 2008). É na validação que há a comprovação de que o modelo teórico é representativo da realidade investigada (SANTOS et al., 2016).

Após a identificação da categoria central e o desenvolvimento do modelo teórico substantivo sobre o fenômeno, foi realizado um processo denominado de validação teórica. A validação, nessa metodologia, não significa testar, no sentido quantitativo da palavra. Esta tornou-se relevante, pois, para Strauss e Corbin (2008):

A teoria surgiu a partir dos dados, mas, no momento da integração, ela representa uma interpretação abstrata desses dados brutos. Dessa forma, é importante determinar como a abstração se ajusta aos dados brutos e também determinar se algo importante foi omitido do esquema teórico (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 157).

Uma das formas de validar o esquema teórico é contar a história real aos informantes ou pedir para que leiam e depois comentar como ela parece se ajustar a seus casos. Ela não irá se ajustar em todos os aspectos de todos os casos, pois a teoria é uma redução dos dados, mas em um sentido amplo, os participantes devem ser capazes de se reconhecerem (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para Leite e colaboradores (2012), a TFD tem ganhado espaço nas pesquisas em enfermagem em virtude da sólida contribuição que traz na melhor compreensão de fenômenos pouco explorados e na geração de modelos explicativos e teorias.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Juiz de Fora, onde o perfil populacional acompanha a tendência nacional para o envelhecimento. Segundo dados do IBGE (2010a), 70.288 de um total de 516.247 habitantes e, isso representa 13,6% da população têm idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2010).

A renda per capita média da população de Juiz de Fora cresceu 72,85% nas últimas duas décadas, chegando a R\$1.050,88 em 2010. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais, de agosto de 2010) passou de 2,31% em 2000 para 0,88% em 2010. Em relação a trabalho, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (população economicamente ativa) passou de 64,19% em 2000 para 66,51% em 2010 (JUIZ DE FORA, 2013).

O acesso aos serviços básicos (água encanada, energia elétrica, coleta de lixo), foi ampliado no período compreendido entre 1991, 2000 e 2010, chegando, em 2010, com 97,98% da população em domicílios com água encanada, 99,77% com energia elétrica e 99,13% com coleta de lixo (JUIZ DE FORA, 2013).

O município é Polo Assistencial da Macrorregião Sudeste, composta de oito microrregiões, abrangendo noventa e quatro municípios; Polo Microrregional, constituído por vinte e cinco municípios. É considerado referência em procedimentos de média e alta complexidade, para cerca de cento e sessenta municípios (JUIZ DE FORA, 2013).

No município, segundo a Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016, encontra-se implantadas três equipes de EMAD tipo 1 e uma EMAP. A Portaria nº 617, de 23 abril de 2014, traz a localização destas equipes: Hospital de Pronto Socorro (HPS) Dr. Mozart Geraldo Teixeira, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Santa Luzia (Sul) e UPA Norte. Os profissionais da EMAD são: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem; e da EMAP: Assistente Social, Nutricionista e Fonoaudióloga.

Foi realizado um levantamento prévio para a elaboração do projeto de pesquisa, sendo encontrado cadastrado nas três equipes EMADs 126 pacientes, destes 71 (56,3%) eram mulheres, com idade variando entre 1 a 98 anos, sendo a média de 66 anos¹. É este o perfil dos usuários somado ao levantamento bibliográfico, justificando a escolha dos participantes.

¹ Resultado publicado pelas autoras em anais de Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar–CIAD/2017.

Por meio da Portaria nº 15, de 4 de Janeiro de 2017, em seu artigo 1º, foi estabelecido recursos financeiros a serem incorporados ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios e, conforme o anexo, em Juiz de Fora serão implantadas mais duas EMADS tipo 1 e uma EMAP (BRASIL, 2017). Sendo o início de sua implantação em maio de 2017.

4.3 CUIDADOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa foi solicitada autorização da direção de ensino da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (APÊNDICE A), da Coordenadora e da Responsável Técnica do SAD de Juiz de Fora (APÊNDICE B e C) e da Secretaria Municipal de Saúde (APÊNDICE D). Após autorizações, o projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, para análise, segundo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

Seguindo o preconizado na Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 2012, que incorpora “sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado” (BRASIL, 2012b).

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, buscou-se a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, assumindo o compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos. A pesquisa envolveu riscos mínimos, ou seja, aqueles equivalentes a um processo de entrevista, previsto ressarcimento, de acordo com os preceitos da Resolução nº 466/2012, do CNS, em caso de comprovação de malefício em decorrência da abordagem prevista na presente investigação.

Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a autorização da participação voluntária na pesquisa. Os participantes foram tratados com dignidade, respeitados em sua autonomia, objetivando-se a garantia dos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Foi resguardado o anonimato desses participantes de acordo com os preceitos da legislação que regulamenta a pesquisa (BRASIL, 2012b).

Antes de dar início à coleta de dados, explicou aos participantes os objetivos da pesquisa, oferecendo-lhes a plena liberdade de participação ou recusa. Foi-lhes apresentado e

explicado o TCLE (ANEXO A) em duas vias (uma para o pesquisador e a outra para o participante) e solicitada à assinatura.

Os TCLE's e os dados da pesquisa serão arquivados com a pesquisadora responsável durante cinco anos e posteriormente serão destruídos de forma adequada. Os resultados da pesquisa, assim que finalizados, estarão à disposição dos participantes e das instituições (BRASIL, 2012b). Assim, buscou-se cumprir todas as disposições regulamentadoras e, somente após a aprovação do Comitê e emissão de parecer favorável, de número 1.480.500 (ANEXO B), é que se deu início ao trabalho de campo.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas que se complementaram. A primeira etapa, de natureza exploratória e descritiva, foi realizada em duas fases, a primeira fase: ocorreu no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em que coletou dados secundários em prontuários. Iniciou-se com visitas às equipes multiprofissionais em seus locais de trabalho. Além da obtenção de dados, objetivou uma aproximação da pesquisadora com o cenário da pesquisa. A ênfase, nesta fase, foi para a identificação dos potenciais participantes da pesquisa, ou seja, os familiares de usuários idosos com ferida.

Seguindo um roteiro, captou-se dados como tratamento de feridas, a(s) patologia(s) em tratamento conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), dentre outros, incluindo os endereços e contatos telefônicos e o(s) responsável(eis) pelo cuidado domiciliar (APÊNDICE E).

A segunda fase, realizada no domicílio dos participantes, por meio da Visita Domiciliar (VD). Para isso, agendou-se com a família melhor data e horário para a realização. Adotou-se um roteiro estruturado (APÊNDICE F), levantando-se os dados sociodemográficos do cuidador familiar e do idoso.

A fim de avaliar o grau de dependência dos idosos dependentes de seus familiares, utilizou-se as escalas: Escala de Avaliação de Atividade de Vida Diária (AVD)– Katz (ANEXO C) e Avaliação de Atividade Instrumental de Vida Diária- AIVD – Lawton & Brody (ANEXO D).

Além deste, aplicou-se um questionário a fim de levantar os custos diretos e indiretos da família para o cuidado com a ferida do idoso, contendo perguntas referentes ao início do tratamento da ferida no domicílio. Este questionário (ANEXO E) foi elaborado em 2015 pelos pesquisadores do projeto de pesquisa - Custo-efetividade na Atenção Domiciliar: Análise da

Produção do Cuidado Orientado por Diferentes Protocolos, sendo um Projeto de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem de Belo Horizonte, desenvolvido no intuito de analisar os custos diretos como água, luz, fralda e indiretos advindos da carga de cuidado e da perda de trabalho ao assumir o cuidado domiciliar. No entanto, essa pesquisa apresenta-se como os primeiros resultados desse Projeto de Pesquisa, em que seus achados propiciaram profícuas discussões, destacando-se as que giram em torno dos custos do cuidado pela família de um idoso com feridas no contexto do cuidado ofertado pela Atenção Domiciliar.

Haja vista o objeto desta pesquisa considerou-se relevante realizar a classificação econômica das famílias participantes da pesquisa e, para tanto, utilizou-se do Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEXO F). Por um sistema de pontos, as perguntas sobre itens de conforto do domicílio, bem como o fornecimento de água, e as condições da rua são pontuadas. O grau de instrução do chefe da família, também, é avaliado, considerando como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Os cortes do critério Brasil se dão por meio das classes, seguida por suas pontuações e as estimativas de renda domiciliar mensal:

Tabela 1: Cortes e Estimativa para a Renda Média Domiciliar

Estrato Sócio Econômico	Pontuações	Renda Média Domiciliar
A	45-100	20.888
B1	38-44	9.254
B2	29-37	4.852
C1	23-28	2.705
C2	17-22	1.625
D-E	0-16	768

Fonte: ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2016

A segunda etapa, também ocorreu no domicílio dos idosos, que orientou-se pelo método da pesquisa para compreender os custos gerados para a família com o cuidado do idoso com ferida em AD. Guiadas por um roteiro contendo perguntas disparadoras relacionadas à questão da pesquisa, seguindo-se com a técnica de entrevista aberta (APÊNDICE G e H).

Nesta etapa, buscou-se observar o contexto de vida e de saúde que envolvia as famílias, realizar observação sobre os comportamentos e a linguagem não verbal, dando uma

visão geral da realidade em que se vive. Utilizou-se o diário de campo como estratégia para registros das notas de observações participantes e elaboração dos memorandos.

As entrevistas abertas foram gravadas e transcritas, tendo como informante o cuidador, tido pela família como o responsável pelo cuidado domiciliar. A técnica de entrevista foi escolhida por se constituir em momento de relação interpessoal entre pesquisador e participantes, permitindo um relacionamento mais natural do pesquisador com as questões da pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas, lidas e analisadas na sequência, com apoio das notas de observação do participante. Cada entrevista teve duração média de 90 a 150 min.

Destaca-se que a transcrição e a análise de todos os dados ocorreram simultaneamente, de modo comparado, conforme a orientação do método (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os participantes convidados demonstraram-se motivados e interessados em participar da pesquisa. Destaca-se a recepção acolhedora pelos mesmos, na ocasião da VD, o que facilitou o processo de coleta de dados. Observou-se, ao início desta etapa, que os mesmos sentiam necessidade em falar sobre o assunto, empolgados em expor seus sentimentos e emoções sobre a experiência de cuidar do familiar idoso com ferida no domicílio. Os relatos sobre as emoções vivenciadas, as expressões faciais ricas de significados, a modificação de comportamento quando se perguntava sobre determinado assunto, o não dito, foram captados e registrados pelas notas de campo e auxiliaram na análise e interpretação dos dados.

4.5 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para que os participantes pudessem ser selecionados, foi realizada uma análise no prontuário dos pacientes do SAD (modalidades AD2 ou AD3) do município de Juiz de Fora em suas referidas localizações (EMAD HPS, EMAD Sul e EMAD Norte). Ou seja, somente os familiares dos idosos que atenderam ao critério de elegibilidade receberam esse tipo de atendimento.

Para seleção dos participantes, utilizou-se como critérios de inclusão: cuidador familiar de idosos (pessoas com 60 anos ou mais) com feridas, cadastrados e acompanhados pelo SAD; ser identificado pela família como o responsável pelo idoso no domicílio; lúcido; orientado; independente de cor, religião, posição política; aceitar fazer parte desta pesquisa, assinando o TCLE. O critério de exclusão compreendeu a negação em participar da investigação proposta; não assinar o TCLE.

O levantamento iniciou em maio 2016, selecionando-se os potenciais participantes para a pesquisa em um banco de dados que ia sendo atualizado, sempre que necessário a partir das admissões, haja vista a curta permanência no serviço por alguns usuários seja pela ocorrência de óbitos, seja por altas do atendimento pelo SAD ou, ainda, pela cicatrização da ferida. Acrescenta-se, o insucesso no contato telefônico, ou, após contato telefônico, a negação em participar da pesquisa.

Durante o período de maio de 2016 a fevereiro de 2017, realizou-se a pesquisa, partindo-se para as visitas domiciliares e entrevistas com os cuidadores familiares do grupo de idosos que conviviam com alguma lesão de pele, independente da etiologia. Destaca-se que os primeiros sete participantes incluídos no primeiro grupo amostral eram cuidadores de idosos que tinham lesões por pressão.

A oitava entrevista, realizada em fevereiro de 2017, foi com o cuidador familiar de um idoso que tinha uma lesão tumoral, chamando a atenção para a possibilidade de existência de uma relação entre a etiologia da lesão e os custos dos cuidados.

Com isso, de modo a comparar os custos gerados com as feridas de diferentes etiologias, em março de 2017, foi realizado um levantamento no total de usuários do SAD do município de Juiz de Fora, selecionando-se em uma lista os idosos com feridas conforme as etiologias. O levantamento para esta pesquisa foi de 101 usuários, dos quais 69 (68,3%) eram idosos e dentre estes, 23 (65,71%) tiveram a ferida complexa como critério de elegibilidade ao serviço.

No que se referiu à etiologia, 20 tinham lesão por pressão; um, além da lesão por pressão, apresentava uma ferida proveniente de incisão cirúrgica de amputação de MID, que se decorreu de fratura distal do fêmur; um com ferida patológica (úlceras de MMII decorrente de problemas circulatórios); e o outro com ferida proveniente de incisão cirúrgica pela amputação de hálux (APÊNDICE G).

Por contato telefônico, o cuidador do idoso com amputação de hálux se negou a participar. Vale destacar, que no cadastro do SAD, o idoso cuidado por Violeta (oitava entrevista) que tinha lesão tumoral, estava cadastrado apenas em tratamento da lesão por pressão sacral.

No entanto, a partir da análise dos dados coletados junto ao primeiro grupo, surgiu a necessidade de se recorrer a um segundo grupo, a fim de se obter uma saturação teórica. O primeiro grupo amostral, obtido por conveniência, formado por sete cuidadores. Após o levantamento no SAD era realizado o contato telefônico e agendada a entrevista.

Para o outro grupo, foi por amostragem teórica, pela técnica de amostragem discriminada, que é realizada de forma direcionada na codificação seletiva para ampliar as possibilidades de fazer comparações, uma característica desse método. Para tanto, utiliza-se de novas perguntas abertas. Essas perguntas podem ser encontradas nos Apêndices, para o primeiro grupo amostral (APÊNDICE H) e para o segundo grupo amostral (APÊNDICE I).

Com isso, buscou-se comparar fatos, incidentes e acontecimentos para determinar como uma categoria varia em termos de suas propriedades e de suas dimensões, pois a amostragem está voltada para a densificação e a saturação das categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O tamanho da amostra se deu em razão da análise das entrevistas e das observações realizadas, quando aconteceu a saturação teórica, em que se verificou repetição, ausência de dados novos e crescente compreensão dos conceitos identificados, seguindo o critério de saturação teórica proposto por Strauss e Corbin (2008). As respostas tornaram-se repetidas, os refinamentos conceituais foram realizados, não demandando prosseguir na busca de dados novos que justificassem o aumento do número de entrevistados.

Após a análise dos dados dos dois grupos amostrais citados, chegou-se a uma teoria substantiva que passou por um processo de validação, já que é um critério imprescindível para consolidar a pesquisa e imprimir rigor científico (STRAUSS; CORBIN, 2008). Na validação utilizou-se de um terceiro grupo amostral composto por quatro participantes da pesquisa, sendo, Verde, Preta, Violeta e Laranja, obtidos por conveniência.

A validação teórica ocorreu nos meses de julho e agosto de 2017, em que retornei aos participantes, após agendamento prévio, para confirmarem se o modelo teórico elaborado corresponde ao que eles experenciam. Com isso, evidenciar que as interpretações da pesquisadora representavam a realidade. Pois, a teoria emerge dos dados pela integração de conceitos e categorias, representando uma construção abstrata da compreensão dos dados brutos. Na TFD, a validação é considerada uma estratégia metodológica na qual o processo de análise é encerrado pela validação da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A validação da pesquisa se deu pela narração da teoria aos participantes, por entender que esse método de validação, de ouvir dos participantes como a história se aproxima da realidade deles, possibilita maior adequação da teoria desenvolvida, tornando-a validada. Para tanto, o modelo teórico substantivo apresentado aos participantes foi reescrito (APÊNDICE J), de forma a possibilitar melhor entendimento no momento de leitura aos mesmos.

As contribuições foram gravadas, para validação sob o ponto de vista deles, de modo a consolidar as categorias formadas e melhorar a compreensão do modelo teórico. Este foi validado, pois não foi verificado o surgimento de novos dados.

Respeitou-se o anonimato dos participantes ao citá-los, garantindo, assim, a segurança dos mesmos, adotando-se o nome de cores em vez de citar os seus nomes. A denominação pela cor que, teve por objetivo despertar para a individualidade dos participantes, pois, as cores referem-se às diferenças, despertam sentimentos e nos envolve.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados descritivos e exploratórios relativos à primeira etapa desta pesquisa ocorreu por meio de planilhas Excel do Microsoft Office®, que permitiram estabelecer relações entre variáveis e uma maior familiaridade com o fenômeno pesquisado. A mesma foi apresentada por meio de quadros e tabelas.

Nesta pesquisa, a terminologia SAD, foi utilizada pelos participantes, como Departamento de Internação Hospitalar (DID), sendo, no entanto, utilizadas como sinônimos.

Como preceitua o método da TFD, iniciou-se com a codificação aberta, por meio de uma leitura microscópica dos dados, ou seja, realizando uma leitura palavra a palavra, linha a linha, parágrafo a parágrafo, elegendo os códigos. Os conceitos surgiram a partir dos códigos e, por meio do agrupamento dos conceitos, formaram-se as categorias. Portanto, através da análise comparativa constante, os conceitos já elaborados foram agrupados e reagrupados em categorias até o alcance da saturação teórica de cada categoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Após esta primeira etapa prosseguiu-se na codificação axial, em que se deu a formação e desenvolvimento de conceitos, conferindo-se aos códigos os significados provenientes dos dados empíricos. Gerou-se um referencial conceitual exploratório usando os dados como referência (STRAUSS; CORBIN, 2008). Este processo teve como objetivo eleger os conceitos que formaram as categorias.

Com o avanço da análise, as categorias foram construídas, recodificadas, combinadas e comparadas entre si. Para Strauss e Corbin (2008), a codificação seletiva é o processo de integrar e de refinar categorias. Sendo que na última fase buscou-se identificar a categoria central, determinando e validando sua relação com as outras categorias e destas entre si. Nesse sentido a categoria central representa o elo com as demais (STRAUSS, CORBIN, 2008).

A metodologia permitiu compreender o fenômeno estabelecido no processo de cuidar pela família de idosos com ferida no contexto domiciliar, em que esse cuidado gera custos diretos, indiretos e intangíveis para esses cuidadores familiares.

Para auxílio na codificação e a triangulação dos dados, pela edição e registo dos conceitos, utilizou-se o *software* OpenLogos® versão 2.0. Para Camargo Júnior (2003), este é um *software* livre, cuja finalidade é a de gerenciar dados textuais, elaborado com a função de armazenar e organizar os dados para análise em uma base de dados.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA

Neste capítulo será apresentada a análise descritiva e exploratória, referente aos resultados dos instrumentos aplicados na primeira etapa da pesquisa, conforme descrita anteriormente.

5.1 CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS IDOSOS DEPENDENTES DE CUIDADO EM ATENÇÃO DOMICILIAR

Tornou-se relevante conhecer os idosos que demandavam por cuidados de seus familiares em Atenção Domiciliar. Pelo Quadro 1, analisa-se o perfil socioeconômico e de saúde dos idosos, afim de, caracterizá-los. Bem como, seu grau de dependência, utilizando-se, para esse fim, a Escala de Avaliação de Atividades de Vida Diária –AVD e Avaliação de Atividade Instrumental de Vida Diária- AIVD.

Os idosos foram identificados de acordo com o nome de seus cuidadores, para facilitar na identificação e relação com os mesmos.

Quadro 1: Perfil socioeconômico e de saúde dos idosos dependentes dos cuidadores participantes. Juiz de Fora, 2017.

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Fonte de Renda	Classificação Internacional de Doenças do cadastro	Etiologia e localização da ferida	Atividade Básica de Vida Diária/ Atividade Instrumental de Vida Diária	
Primeiro	Rosa	F	89	Viúva	Lei Orgânica da Assistência Social	Doença de Alzheimer de início tardio	Lesão por pressão sacral, calcâneo direito e esquerdo e glútea	Totalmente dependente/ dependência
	Amarela	F	68	Solteira	Aposentada	Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico	Lesão por pressão sacral	Totalmente dependente/ dependência
	Vermelha	F	77	Casada	Aposentada	Doença de Alzheimer de início tardio	Lesão por pressão sacral	Totalmente dependente/ dependência
	Verde	F	98	Viúva	Pensionista	Outras formas de Doença de Alzheimer	Lesão por pressão sacral e trocantérica direita e esquerda	Totalmente dependente/ dependência
	Branca	F	86	Viúva	Aposentada	Acidente Vascular Cerebral não especificado isquêmico ou hemorrágico	Lesão por pressão sacral	Totalmente dependente/ dependência
	Azul	F	82	Viúva	Aposentada	Acidente Vascular Cerebral não especificado isquêmico ou hemorrágico	Lesão por pressão sacral	Totalmente dependente/ dependência
	Preta	F	90	Viúva	Pensionista	Doença de Alzheimer não especificada	Lesão por pressão sacral	Totalmente dependente/ dependência
Segundo	Violeta	M	83	Casado	Aposentado	Doença de Alzheimer	Feridas Tumerais (em face e Membros Superiores) e Lesão por pressão sacral	Totalmente dependente/ dependência
	Laranja	F	60	Divorciada	Auxílio Doença	Fratura da extremidade distal do fêmur	Cicatriz Cirúrgica Lesão por pressão sacral	Totalmente dependente/ dependência
	Marrom	F	72	Viúva	Aposentada	Úlcera dos membros inferiores não classificada em outra parte	Úlceras crônicas de Membros Inferiores	Dependência com assistência/moderada

Fonte: A autora

Os idosos são predominantemente do sexo feminino (90%), idade compreendida entre 60 a 98 anos, sendo que desses, 70% tinham mais de 75 anos. O achado infere que, as mulheres estão envelhecendo mais que os homens, e demandam por maiores cuidados. O número de pessoas mais velhas (acima de 75 anos) dependentes de cuidado, também é um fator relevante.

O estado civil, maioria viúvas (60%), seguido pelos casados (20%), divorciada (10%) e solteira (10%). A fonte de renda são provenientes de, aposentadoria (60%), pensão (20%), auxílio doença (10%) e pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) (10%).

A Classificação Internacional de Doenças (CID) encontrado no cadastro do SAD foi: cinco com DA, três AVC, uma por fratura da extremidade distal do fêmur e a outra úlcera dos membros inferiores. A DA como consequência do aumento do número de idosos dependentes de cuidado, merece destaque. Não podendo deixar de ressaltar as sequelas de AVC, como fator que deixa o idoso dependente de cuidados em âmbito domiciliar.

Diante disso, tornou-se relevante avaliar o grau de dependência desses idosos, em que 90% com dependência total para a AVD e AIVD, o que se justifica pela evolução da DA e sequelas do AVC. Apenas a idosa (10%), com CID de úlcera de membro inferior, apresentava para a AVD, dependência moderada e com capacidade com assistência para AIVD.

A demência como geradora de incapacidade na velhice, demandando cuidados durante todo o curso desta enfermidade, que culmina na dependência total da pessoa doente (BURLÁ et al., 2013). Para Araújo e colaboradores (2016), será cada vez mais necessária, a presença de cuidadores para pacientes com DA.

Há uma prevalência da lesão por pressão nos idosos atendidos pelo SAD, merecendo destaque para as lesões por pressão sacral, que foi encontrado em 90% dos idosos. As lesões demandam por cuidado de enfermagem, no que tange ao seu tratamento e prevenção e maiores custos em saúde por causas preveníveis. O perfil desses pacientes, como a idade avançada e restrição ao leito, são fatores de risco para o surgimento das lesões por pressão.

Os achados foram comparados com estudos na área. Em um estudo realizado para avaliar a prevalência dos atendimentos na AD na população idosa, foi encontrado 59% era do sexo feminino. A média de idade foi de 70,9 anos, com variação de 60 a 104 anos e 30,5% tinham 75 anos ou mais. Nesse mesmo estudo foi realizada uma análise ajustada, e chegou-se a conclusão que, a probabilidade das mulheres receberem atenção domiciliar foi 1,4 vezes maior quando comparada aos homens. Em relação à idade, manteve-se o aumento linear, sendo a probabilidade 1,85 vezes maior para idosos com mais de 80 anos quando comparados ao grupo de 60 a 64 anos (WACHS et al., 2016).

O idoso é, na maioria, mulher e vive com renda domiciliar per capita de até ½ salário mínimo (MELO et al., 2014). A feminização da velhice deve ser levada em consideração pelo déficit social produzido, relacionadas ao sexo, escolaridade, renda, chefia do domicílio, entre outros elementos. As desigualdades que tangem ao mercado de trabalho refletem diretamente na previdência social, assim como na composição das famílias, destacando o agravamento da pobreza (ESCOBAR; MÔURA, 2016).

Mas, vem ocorrendo uma transformação na composição familiar, marcada pela queda de fecundidade, conseqüentemente, diminuição do tamanho da família. E, a entrada da mulher no mercado de trabalho, também chama a atenção, pois implica na função tradicional da família para cuidar das pessoas idosas (ESCOBAR; MÔURA, 2016).

Para Melo e colaboradores (2014), não é apenas o perfil socioeconômico que caracteriza as condições de vida dos idosos, mas ter acesso a serviços básicos pode ser considerado como um indicador de boas ou más condições ou qualidade de vida dos idosos.

No entanto, para melhor analisar a condição do idoso é necessário tratar a pobreza como um fenômeno multidimensional, considerando as condições de saúde, de moradia, o apoio familiar, entre outros. Deste modo, o risco de entrada e/ou permanência na pobreza entre os idosos é elevado (AGOSTINHO; MÁXIMO, 2006).

A análise da fonte de renda dos idosos torna-se importante, como apontado no estudo de Agostinho & Máximo (2006), é relevante estudar não só o volume de renda do idoso, mas também sua fonte. Pois, se a renda é proveniente de aposentadoria ou pensão, isso proporcionaria uma independência econômica, sendo a convivência num domicílio multigeracional uma opção e não uma necessidade; a renda gerada a partir do trabalho pode significar que ele tem boa condição de saúde, ou que a renda recebida de outras fontes não é suficiente, sendo necessário buscar o mercado de trabalho; e, a de que o idoso não tenha nenhum tipo de renda, mas resida juntamente com membros da família auferindo-lhe certo nível de renda. O apoio familiar é importante para amenizar a situação de vulnerabilidade.

Para Melo e colaboradores (2014), as políticas públicas e os programas de atenção voltados para os idosos possuem papel importante na visibilidade, retirando o idoso do esquecimento e do silêncio e possibilitando a eles uma condição social mais justa.

5.2 CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES

Neste item, será apresentado o perfil social e econômico dos participantes.

Quadro 2: Perfil socioeconômicos dos participantes da pesquisa. Juiz de Fora, 2017.

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Parentesco	Escolaridade	Tempo de cuidador			Ocupação	Renda Mensal (salário mínimo)	
						Início do cuidado domiciliar	Cadastro no SAD	Cuidado com a Ferida		Antes do cuidado domiciliar	Após o cuidado domiciliar
Rosa	F	48	Solteira	Filha	Ensino fundamental incompleto	10 anos	6 anos	2 anos	Desempregada	1 salário	Contribuições da família
Amarela	F	64	Casada	Irmã	Ensino fundamental incompleto	8 anos	3 anos	2 meses	Aposentada	2 salários	1 salário
Vermelha	F	52	Solteira	Filha	Superior	1 ano	1 ano	1 ano	Assistente de pessoal	4 salários	4 salários
Branca	F	43	Solteira	Neta	Ensino médio incompleto	8 meses	8 meses	8 meses	Aposentada	1,5 salários	1,5 salários
Verde	F	59	Casada	Filha	Ensino médio completo	2 ano	2 anos	1 ano	Desempregada	1,5 salários	Contribuições da família
Azul	F	51	Casada	Filha	Ensino fundamental incompleto	6 anos	1 ano	1 ano	Desempregada	1 salário	Sem renda
Preta	F	68	Viúva	Filha	Ensino fundamental completo	5 anos	1 ano	18 meses	Aposentada	1 salário	1 salário

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Parentesco	Escolaridade	Tempo de cuidador			Ocupação	Renda Mensal (salário mínimo)	
						Início do cuidado domiciliar	Cadastro no SAD	Cuidado com a Ferida		Antes do cuidado domiciliar	Após o cuidado domiciliar
Violeta	F	55	Casada	Filha	Ensino médio completo	3 anos	3 anos	3 anos	Desempregada	2 salários	Sem renda
Laranja	F	35	Solteira	Filha	Ensino fundamental incompleto	3 anos	6 meses	6 meses	Desempregada	1 salário	Sem renda
Marrom	F	33	Solteira	Filha	Ensino superior	10 anos	8 meses	10 anos	Desempregada	Sem renda	Sem renda

Fonte: A autora

Todos os cuidadores familiares são do sexo feminino, idade entre 33 a 64 anos, sendo a média de idade de 48 anos. Quanto ao parentesco, oito eram filhas, uma neta e uma irmã, sendo o cuidado exercido, predominantemente, por mulheres na maioria filhas, sendo essas (80%). Essas mulheres além de cuidarem do idoso, cuidam dos filhos e do lar, e 20% cuidam de outro membro doente na família.

Quanto ao estado civil, variou entre, cinco solteiras, quatro casadas e uma viúva. A maior frequência para a escolaridade foi o ensino fundamental incompleto (40%) seguido pelo ensino médio (20%) e ensino superior (20%).

Cabe destacar que, historicamente, o cuidado tem sido realizado, predominantemente, pelas mulheres, mesmo com as transformações estruturais envolvendo os arranjos familiares e o papel social destas, mas, parece que o processo de envelhecimento populacional não está sendo acompanhado (CAMARANO; MELLO, 2010).

Um estudo realizado por Coelho e colaboradores (2017), com cuidadores de idosos com feridas, conclui-se que de 31 cuidadores, 93,55% eram mulheres, com média de idade 46,22 anos, 48,39% eram filhos dos idosos, sendo 41,94% com ensino médio completo, 58,06% residiam com o idoso. Para Guimarães e colaboradores (2017), em seu estudo realizado com cuidadores de pacientes com feridas, 94,9% era do sexo feminino, 59% união estável para o estado civil e a maioria com ensino médio incompleto 56,4%. O grau de parentesco mais frequente foi de filhos (as) 35,9%. A mediana do tempo como cuidador foi de 120 dias, variando de quatro dias a 24 anos, sendo a média de 3 a 10 (GUIMARÃES et al., 2017).

De forma geral, se assemelham no que diz respeito o perfil dos cuidadores de idosos dependentes. O perfil encontrado, em um estudo realizado em Portugal, revelou que dos 120 familiares cuidadores de idosos eram por mulheres, casadas, com média de 55 anos de idade, possui encargos, além de cuidadora de idoso, o cuidado com o lar e mãe de família. Muitos cuidadores referiram não ter atividade extradomiciliar, e dedicavam-se ao cuidado com o idoso e de outros membros da família, além dos afazeres domésticos (PIMENTA, 2009).

Para Couto e colaboradores (2016), entre os cuidadores familiares participantes, majoritariamente do sexo feminino, quanto ao grau de parentesco com o idoso, seis eram filhas, duas noras e uma esposa, casadas ou com união civil estável, idade entre 43 e 84 anos.

O tempo em que tornaram responsáveis pelo cuidado domiciliar variou em relação ao tempo em que são cadastrados no SAD e, também, ao tempo que cuidam da ferida. O tempo de cuidado no domicílio foi de no máximo de 10 anos e o mínimo oito meses. O início do

atendimento do SAD variou de seis anos a seis meses. O tempo dedicado ao cuidado com a ferida variou de 10 anos a seis meses.

A ocupação variou, assim como a renda dos participantes, pelo fato de cuidar de um idoso no domicílio. Vale ressaltar que, todos exercem o papel de cuidador familiar, sendo a definição de ocupação utilizada como o trabalho ou negócio principal que provê os meios de sustentação. Quanto à ocupação, seis estão desempregadas, três já se encontravam aposentadas, somente uma, concilia o papel de cuidadora com o trabalho profissional. Torna-se relevante apresentar esses dados, pois, cinco participantes precisaram deixar o emprego para exercer o papel de cuidador familiar.

Para o primeiro grupo amostral: Rosa trabalhava como cuidadora, e precisou deixar o emprego para cuidar de sua mãe, hoje em dia ela recebe contribuições dos irmãos, que segundo ela, é de mais ou menos 400,00 reais/mensais. Amarela, cuidadora de sua irmã deixou seu trabalho de lavadeira e faxineira, que segundo ela ganhava aproximadamente dois salários mínimos, mas atualmente é aposentada por tempo de contribuição. Vermelha, optou por não deixar seu emprego, mas conta com a colaboração de uma empregada doméstica e uma cuidadora informal. Verde precisou deixar o emprego de costureira, que segundo ela ganhava um salário e meio, para cuidar da avó, e hoje vive com as contribuições da mãe e do namorado, sem especificar o valor que recebe. Branca já estava aposentada de seu trabalho quando, sua mãe tornou-se dependente de cuidados. Azul era empregada doméstica, precisou deixar o emprego para cuidar de sua mãe, e atualmente com esse salário, ela faz as despesas da mãe e o restante fica para seu consumo. Preta aposentada, e dedica-se ao cuidado da mãe e aos afazeres domésticos.

Para o segundo grupo amostral: Violeta era autônoma, trabalhava como vendedora de roupas, mas precisou parar de vender para exercer o papel de cuidadora, atualmente administra a renda da família, e quando precisa de algo ela utiliza dessa renda. Laranja era empregada doméstica, precisou deixar o emprego para cuidar da mãe, não tem renda fixa, mas atualmente está vendendo bombons, lingerie e realiza faxina em um bar, hoje vivem com o benefício recebido pela mãe. Marrom atualmente não trabalha, está sem renda mensal, mas não é devido às demandas do cuidado domiciliar, o desemprego apenas coincidiu com o início da assistência do SAD.

Para tanto, tornou-se relevantes os dados socioeconômicos do núcleo familiar. Foi possível analisar a renda familiar mensal da família, e nesta, não foram incluídas contribuições familiares de qualquer espécie (com alimentação, vestuário, contribuição financeira sem valor estipulado), pois não é um valor possível de mensurar mensalmente.

Apenas os salários, aposentadorias, pensões e benefício de assistência social entraram para cálculo. Foi encontrado que essa renda familiar é complementada com auxílio da família, que é ofertado de acordo com as necessidades diárias e/ou mensais do cuidado.

Na Tabela 2, está apresentado o resultado da análise da renda familiar, em que foi levado em consideração, se o cuidador reside ou não com o idoso, pois o cálculo se deu em relação ao domicílio do idoso. Será apresentada a Classificação Econômica dessas famílias, pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa–ABEP e posteriormente analisados.

Tabela 2: Dados socioeconômicos do núcleo familiar dos idosos da pesquisa.

Juiz de Fora, 2017.

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Cuidador Reside com o idoso		
Sim	6	60%
Não	4	40%
Composição Familiar		
1 membro	2	20%
2 a 3 membros	6	60%
4 a 5 membros	1	10%
6 membros	1	10%
Renda mensal (em salários mínimos) Antes do cuidado domiciliar		
1 a 2 salários	6	60%
3 a 4 salários	2	20%
6 a 7 salários	2	20%
Renda mensal (em salários mínimos) Após o cuidado domiciliar		
1 a 2 salários	6	60%
3 a 4 salários	3	30%
5 a 7 salários	1	10%
Classificação Econômica -Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa		
C1	3	30%
C2	3	30%
D-E	4	40%

Fonte: A autora

Quatro cuidadores não residem no mesmo domicílio do idoso e, no entanto, não entraram no cálculo da renda mensal do núcleo familiar. Para o cálculo da renda utilizou-se os salários dos membros da família que compartilham o mesmo domicílio.

Quanto à descrição dos membros da família e sua influência no cálculo da renda mensal do núcleo familiar, esta descrito. No domicílio que tinha como cuidadores Branca e Azul foi considerado somente o idoso, pois nenhum filho residia do domicílio. Com isso, a renda mensal da família se manteve. Amarela não reside com sua irmã, essa reside com a mãe e o tio, que juntos recebem quatro salários, sendo dois da mãe, um do tio e um da idosa, a renda se manteve. Verde não reside com sua avó, sendo a renda da família de dois salários, que se manteve, pois são provenientes do idoso e da mãe, apesar de Verde ter deixado o

trabalho para ser cuidadora da avó. Preta reside com sua mãe e irmã, sendo a fonte de renda de um salário de cada membro, que também se manteve. No domicílio de Vermelha residem, sua mãe, pai, duas irmãs e sobrinho, sendo apenas este último sem renda, em que a renda da família se manteve.

No domicílio de Rosa, reside ela, sua mãe e seu filho (24 anos), sendo a única fonte de renda fixa do núcleo familiar, a do idoso, pois a renda familiar reduziu devido Rosa ter deixado o trabalho para exercer o papel de cuidadora. Laranja, que reside com sua mãe e duas filhas (três e treze anos), sendo a única fonte de renda fixa para a família o salário de auxílio doença da mãe, sendo que Laranja deixou o emprego para cuidar de sua mãe. Violeta reside com o esposo e seus pais, sendo que o esposo tinha renda mensal de dois salários mínimos, mais um salário de seu pai e um de sua mãe, em que a renda diminuiu, pois Violeta deixou seu trabalho para ser cuidadora. Marrom reside com sua mãe, no momento não estava trabalhando, mas apenas coincidiu com o cadastro no SAD, sendo a única fonte de renda é a de sua mãe.

Para tanto, a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) define unidade de consumo: “compreende um único morador ou conjunto de moradores que compartilham da mesma fonte de alimentação ou compartilham as despesas com moradia”. Entretanto, na maior parte das situações, a unidade de consumo da POF coincide com a “família”, segundo o conceito adotado no IBGE (BRASIL, 2011b).

Sendo considerado rendimento mensal familiar, a soma dos rendimentos mensais dos componentes da família, exclusive os das pessoas de menos de 10 anos de idade e os daquelas cuja condição na família fosse pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico (BRASIL, 2015).

Observar-se a renda mensal familiar, antes e após o cuidado domiciliar. Vale ressaltar que, não está se referindo ao início do atendimento pelo SAD, e sim ao início do cuidado domiciliar. Pois, existia casos em que as famílias vivenciavam o cuidado domiciliar antes da inserção no serviço, isso ocorreu com seis, dos 10 participantes.

Para a apuração dos rendimentos, segundo as classes de salário mínimo, considerou-se o que vigorava em abril de 2017, no valor de R\$ 937 reais (novecentos e trinta e sete reais).

A baixa renda e o aumento das despesas, em função das demandas do processo de cuidar, relacionadas à necessidade de compra de medicamentos, materiais para o curativo, elevação no consumo de água e energia elétrica, tem deixado os orçamentos familiares ainda mais apertados.

Em um estudo de Boing e colaboradores (2014), observou-se o aumento substancial na proporção de domicílios abaixo da linha de pobreza, ao se subtraírem dos seus rendimentos os gastos em saúde. O que se relaciona a um elevado gasto privado no setor saúde, apontando que o SUS não está conseguindo responder às necessidades da população.

Segundo POF 2008-2009, a participação das despesas com assistência à saúde apresentou resultado em âmbito nacional de 7,2% e, a Região Sudeste de 7,9%. Essas despesas estão relacionadas com produtos e serviços relativos à saúde, tais como: remédios, planos e seguros saúde, consulta e tratamento dentário, consulta médica, tratamento médico e ambulatorial (cauterização, curativo, nebulização, aplicação de raio laser, hemodiálise e outros), serviços de cirurgia, hospitalização, exames diversos (eletrodiagnóstico, exame de laboratório, radiografia, etc.) e materiais para tratamento (seringa, termômetro, teste de gravidez, óculos e lentes, etc.).

Quando analisados os fatores associados ao empobrecimento após se considerarem os gastos em saúde, utilizando-se o ponto de corte do Banco Mundial, as análises bivariadas indicaram que a chance de empobrecimento foi maior: nos domicílios da zona rural da região Nordeste, quando comparados à região Norte; nos domicílios cujo chefe do domicílio era mulher e estava entre os menos escolarizados, entre os mais pobres, que não possuía plano de saúde; e nos domicílios onde havia pelo menos uma criança e sem a presença de idosos (BOING et al., 2014).

Considerando o maior peso dos gastos em saúde nos estratos mais pobres da sociedade, é esperado que efeitos importantes ocorram sobre a pobreza ao se subtraírem esses valores dos rendimentos totais. Indivíduos que estão próximos à linha de pobreza passam a ter uma grande probabilidade de serem conduzidos a esse estado pela necessidade de arcar com os gastos em saúde (BOING et al., 2014).

A OMS (2010) apoia-se em estudos para inferir sobre porque é que as pessoas não completam o tratamento das doenças crônicas, mostrando que os custos de transportes e o rendimento perdido, podem ser ainda mais proibitivos que as taxas cobradas pelo serviço. Mais ainda, se os serviços não estiverem disponíveis, ou pelo menos a distância aceitável, as pessoas não os podem usar, mesmo que sejam gratuitos. Os governos têm a responsabilidade de assegurar que todos podem obter os serviços de que necessitam e que estão protegidos do risco financeiro associado ao seu uso (OMS, 2010).

Os idosos com maiores níveis de renda permitem a aquisição de melhores serviços de acompanhamento, equipamentos de apoio e uma inserção social mais ativa. O idoso deve ser compreendido não apenas como um consumidor em potencial, mas como um indivíduo ativo,

que possui necessidades próprias não só à sua idade, mas às suas características pessoais, familiares, sociais, econômicas e culturais (MELO et al., 2014).

Para tanto, tornou-se importante realizar a classificação econômica dessas famílias, utilizou-se para a análise o Critério de Classificação Econômica Brasil da ABEP/2016.

Para critério de classificação desta pesquisa, foi tido como referência, o domicílio em que residia o idoso, já que as entrevistas foram realizadas neste, e é onde o cuidado se faz. Vale ressaltar, pois, o cuidador familiar, participante da pesquisa nem sempre residia com o idoso, dentre os participantes, seis residiam conjuntamente.

No entanto, a classificação econômica das famílias participantes variou entre C1 (30%), C2 (30%) e D-E (40%). Um estudo por estimativa, realizado pela ABEP (2016), na região Sudeste aparece a maior concentração de famílias entre, C1 (25,3%) e C2 (25,4%), e a classe com D-E (18,5%). Pode-se dizer que, esta pesquisa, a classificação de C1 e C2, condizente com a região Sudeste, sendo que a D-E foi mais frequente.

Com o achado, infere-se que as famílias classificadas em C1, tinham condições econômicas para arcar com os gastos de empregadas mensalistas, dentre essas, considerando o cuidador contratado. No caso, Amarela e Vermelha tinham empregada doméstica, e, as duas, mais Violeta, tinham cuidador contratado.

Wachs e colaboradores (2016) pesquisaram 6.624 idosos em assistência domiciliar, e classificou-os economicamente, também utilizando a mesma classificação econômica, obtendo, as classes, somando a A e B, teve um total de 17% dos idosos, as classes C1 e C2, com 48,1% e na D-E, 41,2%.

As mudanças na renda familiar, gerando uma sobrecarga financeira decorrente da situação de doença do familiar idoso e a incerteza do futuro econômico, têm um impacto significativo para as famílias. Vale inferir que, as informações sobre as condições econômicas são fundamentais na prática de cuidar do enfermeiro, visto que, torna-se relevante conhecer as condições econômicas da família, para elaborar planos de cuidados condizentes com a realidade do contexto domiciliar.

6 COMPREENDENDO OS CUSTOS PARA A FAMÍLIA COM O CUIDADO DOMICILIAR DE IDOSOS COM FERIDA EM ATENÇÃO DOMICILIAR NA ÓTICA DO CUIDADOR FAMILIAR

“Fazer pesquisa é um trabalho duro.

Também é divertido e excitante.

Na verdade, nada se compara ao prazer da descoberta”

(Anselm Strauss e Juliet Corbin)

6.1 DESCRIÇÃO DO CONTEXTO FAMILIAR

Apresentar-se-á uma descrição sucinta do contexto familiar que envolve os dez cuidadores responsáveis, selecionados para a etapa qualitativa do estudo, com os respectivos familiares idosos com feridas em cuidado domiciliar.

Tomado como as notas de campo e a observação participante serão aqui apresentadas, com o objetivo de apreender os dados relevantes como, o cenário dos participantes e a interação entre os envolvidos na pesquisa. Essa contém ações não verbais e corporais observadas, que serão aqui apresentadas de forma sucinta.

6.1.1 Rosa: “Quando surge um problema novo, igual agora o problema da escara”.

A primeira participante foi Rosa, de 47 anos, filha e cuidadora responsável por sua mãe, uma idosa de 89 anos. Nesse domicílio além de Rosa e sua mãe, reside o seu filho de 24 anos. Este era filho de sua irmã que morreu, e Rosa ganhou a guarda dele e de seu irmão que se casou e reside em outro domicílio.

A casa da família era própria, com água tratada e rede de esgoto, muito bem limpa, possuía sala, corredor para os quartos, cozinha, banheiro social e dois quartos. Para ter acesso, sobe-se uma escada com aproximadamente 20 degraus, sem presença de corrimão, o que chama a atenção, pois tornava o ambiente de difícil acesso, principalmente se fosse preciso conduzir a idosa emergencialmente para atendimentos de saúde.

Sua residência estava localizada em um bairro na região sul do município, com cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e distante do centro da cidade. Rosa relatou

que, há aproximadamente três meses tem recebido as visitas do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) somente aos finais de semana.

A idosa era hipertensa, diabética, Doença de Alzheimer (DA), Insuficiência Cardíaca (IC), presença de lesões por pressão em região sacral, trocantérica (Direita e Esquerda), e glútea. A primeira lesão, em região sacral surgiu em uma internação hospitalar, e a idosa recebeu a alta com a mesma, as outras, surgiram no próprio domicílio.

A idosa era restrita ao leito, sendo totalmente dependente de cuidados. Fazia uso de fraldas descartáveis, com relato de Infecção Urinária (IU) de repetição, uso de dispositivo de alimentação, gastrostomia, sendo a alimentação preparada pela própria cuidadora. Esta idosa não realiza qualquer tipo de comunicação.

Rosa era a filha mais nova, solteira, mãe de um filho, estatura mediana, cor da pele negra, cabelos crespos e olhos pretos. Comunicava-se bem, mostrando muito disposta a conversar. Mostrou-se dedicada e preocupada com a forma como cuidava da mãe, dizendo-se rigorosa com os horários da alimentação e das medicações.

Ela contava com a ajuda frequente de seu filho para os cuidados diretos, e de uma irmã que residia próximo a eles, para os afazeres domésticos. A colaboração dos outros 12 irmãos era esporádica.

Recebeu-me muito bem, a visita foi realizada em um horário escolhido por ela, no período da tarde, para que pudéssemos conversar sem sermos interrompidas, segundo ela, de manhã são muito mais demandas por cuidado. Quando cheguei, apresentou-me o filho, que permaneceu em seu quarto. Ao final da entrevista relatou que estava no horário da troca da fralda e de dar a vitamina.

6.1.2 Amarela: “Depois que surgiu a ferida foi pior, foi pior”.

A segunda participante foi Amarela, com 66 anos, cor da pele branca, olhos pretos, cabelos grisalhos, casada, do lar, mãe de três filhas. Mostrou-se bastante comunicativa. É a cuidadora responsável por sua irmã de 68 anos, há, aproximadamente, sete anos. A irmã também com a cor da pele branca, cabelos grisalhos e com comprimento próximo aos ombros. Tem sequela resultante de dois Acidentes Vascular Cerebral (AVC) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

A irmã começou a ser dependente desde o primeiro AVC em 2009, e, desde então, deambulava com andador. Após o segundo AVC, em 2011, as sequelas se agravaram, e apresentou dependência importante, foi quando Amarela procurou o SAD para cadastro, por

indicação de uma funcionária do Programa de Fornecimento de Fraldas da Secretaria de Saúde do município.

Em 2013, após mais um AVC, tornou-se totalmente dependente e não realiza qualquer tipo de comunicação, e Amarela ficou como a cuidadora responsável pela irmã no SAD. Amarela teve que abandonar o trabalho de lavadeira e faxineira, o qual lamenta muito, para se dedicar aos cuidados da irmã e desde então desempenhava o papel de cuidadora.

Sua mãe, uma idosa de 86 anos contribui com as ações de cuidado diário, mas mesmo com o apoio da mãe, Amarela queixava de sobrecarga, devido a grande responsabilidade e a necessidade, também, de realizar os cuidados com sua casa. Em 2013, Amarela relatou ter iniciado um tratamento para leucemia com quimioterápico oral, foi quando o irmão mais velho sugeriu contribuir com uma cuidadora contratada e uma empregada doméstica para o domicílio que reside à irmã de Amarela. Esse irmão contribui financeiramente e administrando a renda da família, que são três salários mínimos, sendo um da mãe, um da irmã e outra de um tio que reside com elas.

Amarela residia com o esposo em casa própria, próximo à residência de sua mãe e irmã. No domicílio que a idosa, juntamente com sua mãe residem, mora, também, um tio, este com problemas psiquiátricos. A casa, também, é própria, com água tratada e rede de esgoto. Esta é de dois andares, sendo que no andar de cima, reside o irmão.

No domicílio estavam Amarela, sua mãe, o tio e a empregada doméstica, nesse dia a cuidadora contratada pela família não estava presente. Precisamos interromper a entrevista, para que fosse auxiliar a mãe na troca da fralda da irmã, segundo ela, não conseguem realizar qualquer procedimento sem auxílio de outra pessoa.

6.1.3 Vermelha: “Ficamos muito felizes por tê-la em casa, mas ao mesmo tempo, não sabíamos como agir, por conta desses cuidados, uma ferida muito grande”.

A terceira participante foi Vermelha, 49 anos, filha e cuidadora responsável de sua mãe de 77 anos. Nesse domicílio residem, Vermelha, a mãe, duas irmãs, pai e sobrinho. O sobrinho de 24 anos é filho da irmã mais nova, essa com idade de 52 anos, com DA, há seis anos, que também demanda por cuidado.

Segundo Vermelha, “o sobrinho tem problemas psiquiátricos”, e ela e sua irmã (a que auxilia nos cuidados) estão sem tempo de dedicar a ele, já que a mãe dele é impossibilitada de exercer essa responsabilidade. O pai de Vermelha, também é dependente para algumas atividades de cuidado.

A idosa convive com HAS, DA, IC, hidrocefalia, Linfoma Não Hodgkin, e presença de ferida em região sacral, a qual surgiu há um ano, após sua última internação hospitalar. A idosa é restrita ao leito, totalmente dependente de cuidados, não realiza qualquer tipo de comunicação. Em uso de fraldas descartáveis, com relato de Infecção Urinária de repetição, faz uso de dispositivo de gastrostomia, sendo parte da alimentação preparada pela família e parte o município fornece por meio de um programa específico para o fornecimento de suplemento nutricional.

Vermelha que assume como cuidadora responsável pela mãe frente ao SAD, mas não exerce essa função sozinha, ela conta com a ajuda de sua irmã. As duas trabalham (Vermelha é Assistente de pessoal em uma empresa particular e sua irmã professora em escola de ensino fundamental da rede estadual de educação), e contam com a ajuda de uma cuidadora contratada e de uma empregada doméstica para realizarem o cuidado durante os dias da semana. A irmã de Vermelha passou a residir com no domicílio para auxiliar no cuidado. Têm mais um irmão, mas ele só vai para visitá-las, não contribui com qualquer atividade de cuidado, nem mesmo com contribuição financeira.

No dia da visita estavam no domicílio, Vermelha, suas duas irmãs, seu pai, o sobrinho que reside com elas, e mais um sobrinho que mora fora, mas havia ido para visitá-los. No momento que cheguei, a casa estava cheia, bem movimentada, e Vermelha levou-me para um local mais tranquilo para realizar a entrevista.

A casa é da família, com água tratada e rede de esgoto, muito bem limpa, com uma sala bem decorada, dois quartos, uma suíte, corredor, cozinha, banheiro social e área. A residência estava localizada em um bairro na região nordeste do município, com cobertura da ESF.

A idosa foi cadastrada no SAD há um ano. Na visita, me recebeu muito bem, relatou muitas coisas que tem passado ao cuidar, até mesmo coisa que tratou como confidente. Vermelha ficou muito emocionada em algumas falas, senti que ela estava à vontade para conversar sobre o assunto.

6.1.4 Verde: “Deus me livre da vó internar, as feridas dela vão para as ‘cucuias’ de novo”.

A quarta participante foi Verde, que é neta e cuidadora responsável pela sua avó de 98 anos, essa, a qual convive com uma demência, cujo tipo a família não relata, e

hipotireoidismo. A idosa é acamada, totalmente dependente, não realiza qualquer tipo de comunicação.

Amarela relata que “após a última internação, há quase dois anos, devido a um engasgamento”, foi quando ela adquiriu três feridas, sendo uma sacral, trocantérica (D e E). A alimentação é por gastrostomia, fornecida pelo município, por meio de um programa específico para o fornecimento de suplemento nutricional. A compra era necessária quando havia falta. Relata que a orientação para adquirir a alimentação necessária foi da equipe do SAD.

Verde tem 43 anos, solteira, relatou ter um namorado, não tem filhos. Exerce o papel de cuidadora, há, aproximadamente, dois anos, após a última internação de sua avó, que segundo ela, “retornou do hospital ainda mais dependente”. Abandonou o emprego de costureira, no entanto, não tem renda fixa, o que Verde recebe é um auxílio de sua mãe, de mais ou menos 400 reais, mais a ajuda (não estipulou valor) que recebe do namorado.

Verde é responsável por suprir as necessidades de cuidados, mas compartilha o cuidado com uma irmã e uma tia, além das contribuições da mãe, essa é quem gerencia as contas da casa, com sua aposentadoria, mais a pensão da idosa. Verde relata que “não precisam de ajuda com dinheiro de nenhum outro membro da família”. O que Verde partilha são os cuidados diretos, nos finais de semana e quando tem festas, para ela participar.

Verde reside em outro domicílio, que segundo ela “é perto”, no mesmo bairro. A avó de Verde reside na região sudeste do município, com cobertura da ESF, em casa própria, abaixo do nível da rua. É uma casa de dois andares, e quem reside em cima é um irmão de Verde. A casa está em bom estado de conservação, muito bem limpa. O quarto da idosa é extremamente organizado, tudo dela é dobrado e separado nas gavetas, as medicações, o material de curativo. Durante toda a permanência no domicílio, Verde relatou com muito amor o papel que assume, e a gratidão que tem por poder cuidar da avó.

Fui muito bem recebida, me apresentou toda a casa, assim que cheguei quis que eu conhecesse a idosa, além de um sobrinho, de cinco anos, que sua mãe cuida para os pais trabalharem. Relatou suas angústias e felicidade por ter ela em casa. E todo tempo afirmavam com muito otimismo, que é muito melhor poder cuidar em casa.

6.1.5 Branca: “Eu olhava e pensava meu Deus, eu vou ter que fazer esse curativo, meu Deus!”.

A quinta participante foi Branca, com idade de 86 anos, tem cinco filhos, sendo três mulheres e dois homens. No domicílio da idosa, mãe de Branca, não reside nenhum filho, eles revezam os dias de cuidado com a mãe. Eles elaboram uma escala, para organizar os dias da semana em que cada um cuidaria da mãe, bem como, as responsabilidades no papel de cuidador.

O domicílio é próprio, com uma sala, uma cozinha, um banheiro, dois quartos e uma área na frente da casa e uma nos fundos. Está localizado na região Nordeste do município, um bairro bem tranquilo e familiar, e é coberto pela ESF.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos, primeiramente foi com a cuidadora, aqui recebeu o codinome de Branca, que é identificada pela família como responsável pelo cuidado.

Branca, é casada, mãe de duas filhas e tem seu domicílio localizado bem próximo de sua mãe. Ela ficou responsável pelo cuidado com a mãe, três dias da semana, segundo a escala elaborada. Os outros quatro dias restantes eram revezados entre os outros irmãos. A mãe ficou dependente de cuidados, após a alta hospitalar, há 10 meses, após o diagnóstico de Encefalomielite disseminada aguda. A idosa recebeu a alta totalmente dependente, não realizando qualquer tipo de comunicação, com dispositivo de gastrostomia e com uma ferida sacral.

Os irmãos revezam o cuidado, mas, a maioria deles, não se falava mais, utilizando de um caderno para registrar o que acontecia com a mãe durante o dia, e só se falam na impossibilidade de outra forma de comunicação, ou os que se falam serve de porta voz. Dentre uns dos acontecimentos da discórdia, foi à desconfiança de Branca cuidar das finanças da mãe, tendo que passar essa responsabilidade para seu irmão, que há três meses cuida dessa parte.

No entanto, a segunda VD foi no dia em que esse irmão estava na escala, pois ele é quem compra as medicações, as fraldas, a alimentação enteral, material para curativo e paga todas as despesas da casa, sendo ele a melhor referência para responder ao questionário dos custos do cuidado.

O irmão de Branca me recebeu muito bem, disposto a colaborar com a pesquisa. A parte da pesquisa que ele participou foi referente ao questionário de avaliação dos custos (ANEXO B). Eles sempre ficam em dupla no domicílio, sejam com os (as) esposos (as) ou até

mesmo com filhos, pois segundo ele, não conseguem realizar o cuidado sem ajuda de outra pessoa. No momento da entrevista sua esposa encontrava-se no domicílio.

6.1.6 Azul: “Eu não gostava nem de ver de tão feia que estava, mas, agora eu já acostumei”.

A sexta participante foi Azul, cuidadora de sua mãe, mas não reside com ela, são vizinhas. Recebeu-me muito bem, estava em sua casa quando cheguei, mas preferiu realizar a entrevista no domicílio de sua mãe. A casa é própria, abaixo do nível da rua, com uma rampa de acesso, possui e quartos, uma cozinha e um banheiro.

Azul é responsável pelo cuidado da mãe há aproximadamente 6 anos, após um AVC isquêmico que a deixou sequelas. A idosa de 82 anos não comunica, possui dispositivos de traqueostomia e gastrostomia, totalmente restrita ao leito, todas as ações de cuidado são exclusivamente realizadas no leito. Relatou que após a última internação, há dois meses, devido a um episódio de insuficiência respiratória, sua mãe foi direto para um CTI de um hospital do município, após 15 dias de internação sua mãe adquiriu uma ferida sacral.

Azul tem 51 anos, casada, mãe de um filho de 18 anos, segundo ela, também demandam por muito cuidado dela. Abandonou o emprego de empregada doméstica para assumir o papel de cuidadora de sua mãe, no entanto, não tem renda fixa, o que ela tem é o salário de sua mãe, com o qual faz as despesas do cuidado, e o valor que sobra mensalmente é o que ela tem para gastar consigo mesma. Segundo ela, não tem como saber o valor exato, pois é imprevisível os gastos mensais.

A responsabilidade do cuidado é de Azul, a contribuição que recebe dos irmãos e durante a noite, eles são num total de oito irmãos, e se revezam diariamente. Os relatos de Azul foram de muito cansaço e desânimo, segundo ela, não aguenta mais a tarefa que assumiu.

6.1.7 Preta: “Com o DID é muito menos gasto”.

A sétima participante foi Preta, atualmente reside com a mãe e uma irmã, e relatou a perda do esposo há uns dias, que também residia com elas. A casa é própria, com água tratada e rede de esgoto, localizada em um bairro na região nordeste do município, com cobertura da ESF. Esta, sobre um imóvel comercial, o qual a família recebe aluguel, com escada para

acesso ao segundo andar, que possui três quartos, uma cozinha, uma sala de estar, uma área e dois banheiros.

Cuidadora de sua mãe há mais ou menos cinco anos, uma idosa de 90 anos, com diagnóstico de DA, e com sequelas de AVC, em uso de gastrostomia e totalmente dependente para as atividades. A lesão por pressão sacral desenvolveu quando mãe esteve internada em um CTI, e quando recebeu alta, Preta ficou responsável por cuidar da mãe no domicílio. A lesão ainda em processo de cicatrização, a mãe precisou ser internada novamente, o que segundo ela, piorou a lesão. Foi nesta última internação que conheceram o SAD, em 2016, e passaram a ter suporte deste serviço para cuidar da ferida, pois no tratamento da primeira não conheciam o serviço.

No momento da visita estavam presente, além de Preta e sua irmã que reside no domicílio, outras duas irmãs e uma prima, que segundo ela, todas contribuem com o cuidado. A irmã que reside com Preta, teve AVC aos 24 anos, hoje com 59 anos tem uma vida independente, apesar de deambular com dificuldade e ter o MSD atrofiado, essas limitações não a impedem de auxiliar Preta com o cuidado com a mãe. Preta relata que, são oito irmãos, sendo quatro mulheres e quatro homens, esses auxiliam no cuidado sempre que precisam, principalmente com as contribuições financeiras,

Preta tem 68 anos, viúva, mãe de três filhos e avó de dois netos, que após a morte de seu esposo eles têm passado uns dias com ela, que segundo ela, também tem contribuindo com as atividades diárias da família, além de dar conforto emocional. Aposentada, pode-se dedicar aos cuidados com a mãe e os afazeres domésticos.

Fui muito bem recepcionada, cheguei e todas estavam me esperando. Mas escolhemos um lugar mais tranquilo da casa para que pudéssemos conversar, sem que fossemos interrompidas. Preta se mostrou bem à vontade, conversou sem receios e se emocionou durante a entrevista.

6.1.8 Violeta: “A gente gasta mais tendo que cuidar da ferida”.

A oitava participante foi Violeta, reside na região sul do município, com cobertura da ESF, o qual a família conta com apoio deste estabelecimento de saúde. A casa é de dois andares, quem reside em cima é a irmã de Violeta. A casa é própria, em ótimas condições, muito bem limpa e organizada, com três quartos, um banheiro, área, cozinha e sala de estar.

Violeta trouxe seus pais para residirem com ela, após uma internação, há mais ou menos três anos, quando o pai tornou-se mais dependentes de cuidados. Ela é filha e

cuidadora responsável de seu pai, de 83 anos, com DA e Câncer de Pele, em uso de gastrostomia, sendo totalmente dependente de cuidados. Segundo Violeta, sua mãe também é dependente de cuidados, há mais de 20 anos, ela tem transtornos psiquiátricos, em acompanhamento rigoroso, tendo passado por vários episódios de internação. Os pais residiam em zona rural, e com o aumento da dependência por cuidados, ela precisou trazê-los para morar com ela.

Violeta compartilha o cuidado do pai com uma pessoa, que segundo ela, “é uma colaboradora”, sendo sua vizinha e amiga, mas que gera um custo mensal. Violeta relata com muita tristeza que, não pode contar com seus irmãos, sendo que sua irmã reside em cima de sua casa, e o irmão reside em uma cidade próxima. Relata sempre ter tido uma boa relação com eles, mas como eles queriam colocar seus pais em uma casa de repouso, ela resolveu assumir o cuidado.

O idoso tem lesões provocadas pelo Câncer de pele, localizadas na região da face, pescoço e Membro Superior Direito (MSD), que há aproximadamente três meses vem se agravando, e teve que iniciar a radioterapia. Há um mês desenvolveu uma lesão por pressão na região sacral, no próprio domicílio. Violeta relatou o acontecido, muito emocionada, pois segundo ela, cuida muito de seu pai. Mas afirmou já ter tido experiências anteriores com a lesão sacral, há três anos, quando seu pai esteve internado.

Violeta tem 55 anos, casada, reside com o esposo e seus pais, é mãe de um filho, que já se casou e reside em outro endereço. Precisou deixar seu trabalho de vendedora, que segundo ela, era muito bom, para exercer o papel de cuidadora de seus pais e conseqüentemente, ela teve que cuidar do lar. Relata que ano passado teve um início de depressão, mas que no momento está emocionalmente bem. O que mais incomoda, segundo ela, “é a falta de consideração e apoio de seus irmãos”.

Quando cheguei ao domicílio, todos estavam me esperando na sala, o pai, a mãe e a cuidadora, que me receberam muito bem. Fomos para um cômodo da casa que Violeta escolheu como mais tranquilo para a realização da entrevista. Ela ficou muito emocionada nas falas e se mostrou bem à vontade na entrevista.

6.1.9 Laranja: “A ferida está só melhorando, então eu fico muito feliz”.

A nona participante foi Laranja, 35 anos, cor da pele parda, olhos pretos, cabelos pretos, solteira, do lar, mãe de duas filhas, nega qualquer patologia. Residem com Laranja, sua mãe, uma filha de 13 anos e outra de três anos. A casa é própria, com quatro cômodos,

muito simples, mas bem organizada e limpa. No mesmo lote, tem mais três casas de parentes. Tem cobertura da ESF, mas a qual ela queixou-se do serviço disponibilizado.

É a cuidadora responsável por sua mãe, uma idosa de 60 anos, totalmente depende de cuidados, portadora de DM e apresenta sequelas do AVC. Dieta por via oral, preparada no próprio domicílio. No momento estava em uso de sonda vesical de demora, segunda Laranja, colocada há 20 dias para melhoria da cicatrização da ferida.

Foi após o segundo AVC, há, aproximadamente, três anos, que Laranja precisou deixar o emprego de empregada doméstica e iniciou os cuidados domiciliares. Neste período, foram cadastradas no SAD e começaram a receber atendimento da equipe multiprofissional. Com a melhoria do quadro clínico, a idosa recebeu alta do serviço.

Pela necessidade de sua mãe, começou a receber o auxílio-doença. Mas, para acrescentar a renda da família, ela vende lingerie e doces, além de, faxinar o bar da tia nas segundas-feiras. Mas, relata não saber quanto ganha, pois o quanto vai ganhando, vai gastando, comprando o que necessitam.

A idosa tem dificuldade de deambulação, acrescido pelos ricos ambientais para quedas, observados no domicílio, em dezembro de 2016, a mãe sofreu uma queda no banheiro. Fraturou o fêmur direito e precisou passar por cirurgia de urgência. A cirurgia não evoluiu bem e a paciente precisou amputar o MID. Durante a permanência no hospital, desenvolveu uma lesão por pressão na região sacral.

Foi à alta hospitalar da última internação que Laranja procurou o SAD. Além da lesão da incisão cirúrgica, foi para casa com lesão por pressão na região sacral. Laranja conta apenas com o apoio do SAD, queixando-se da falta que sente por não ter com quem partilhar o cuidado. A irmã reside em outra cidade, e passa muitos meses sem vir visita-las.

Laranja foi muito comunicativa, disponível e contribuiu com suas experiências. Sua filha mais velha, de 13 anos estava realizando os afazeres domésticos, segundo ela, “é a única ajuda que tem”, e esta também auxilia no cuidado com a filha mais nova, que no momento da entrevista, aparecia no quarto em que estávamos ela queria a atenção da mãe.

Apresentou-me a casa, em um quarto fica sua mãe, no outro ela e suas duas filhas, tem mais uma cozinha e um banheiro. A mãe precisou ir para esse quarto depois que começou a utilizar a cama disponibilizada pelo DID, pois no quarto em que estavam não tinha espaço suficiente, e também, segundo Laranja, o quarto não tem janelas, o que para sua mãe não seria bom. Ao final mostrou-me os bombons que faz para vender, e encontrava-se muito entusiasmada, por há pouco tempo começou a fazer e estava conseguindo vender, e com isso, melhorar a renda da família.

6.1.10 Marrom: “A pessoa envelhece e o gasto vem junto”

A décima participante foi Marrom, que reside junto de sua mãe, em um apartamento alugado, com boa estrutura, dois quartos, dois banheiros, sala e cozinha. Há nove meses elas residem nesse domicílio, desde quando mudaram para de Juiz de Fora. Ainda não são cadastradas na ESF do bairro, não possuindo qualquer vínculo com a mesma. São provenientes de um município próximo, vieram morar na cidade para que Marrom conseguisse um emprego melhor. Ela conseguiu o emprego e vieram, mas no momento encontra-se desempregada, o que a tem deixado muito triste. Segundo ela, sempre preocupou com o bem-estar da mãe, sempre fez de tudo para mãe ficar bem. E viver com dois salários de aposentadoria da mãe não estava sendo fácil, relatando com muita preocupação os gastos com a ferida.

Essa preocupação se intensificou no último mês, pois o SAD está prevendo alta para sua mãe. O SAD vem realizando atendimento domiciliar, desde a última internação, há sete meses. A mãe esteve internada em um hospital de pronto atendimento, para realizar desbridamento da ferida, e foi onde conheceram o SAD. Não tendo qualquer conhecimento sobre a cobertura da ESF de seu bairro.

Marrom tem a experiência de cuidar da mãe há 20 anos, quando surgiu a primeira ferida, e desde então relata estar sempre cuidando, pois há melhora, mas, nunca a cicatrização total. As úlceras de Membros Inferiores (MMII), causadas por problemas circulatórios, que está demandando muito cuidado. Foi neste momento, que com muita emoção, ela relatou estar sempre sozinha para cuidar. Não pode contar com nenhum de seus seis irmãos, eles não colaboram com nada, o que tem a deixado muito triste. Quando conversamos sobre esse assunto, ela chorou, incontrolavelmente, relatando que é um assunto que mexe muito com ela.

Marrom tem 33 anos, solteira, não tem filhos, nega qualquer problema de saúde, sua profissão é contadora, mas no momento desempregada. Cuida de sua mãe, uma idosa de 72 anos, no resultado da avaliação pelas escalas de AVD, com dependência parcial e AVID, capacidade com assistência. Portadora de HAS, DM, Dislipidemia e em uso de antidepressivo há aproximadamente 10 anos.

Marrom foi receptiva e colaborou muito com a pesquisa, mostrou-se muito à vontade em conversar sobre o assunto.

6.2 ETAPAS DA ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa qualitativa com a abordagem metodológica da TFD permitiu o desenvolvimento de uma teoria substantiva dos custos da família com o cuidado de idosos com feridas no contexto da Atenção Domiciliar no SUS, a ser apresentada em secção específica deste trabalho.

Para tanto, obedeceu-se a um processo de análise dos dados, seguindo-se os procedimentos sistemáticos propostos por Strauss e Corbin (2008). Na codificação aberta, surgiram os códigos, e a esses foram atribuídos os conceitos que representam o fenômeno. A seguir, os conceitos foram agrupados em categorias, que receberam o nome mais abstrato possível, para que integrar os conceitos.

Apresenta-se, um exemplo de como os códigos foram extraídos dos dados brutos.

Quadro 3: Exemplo da codificação aberta

Trecho da entrevista	Códigos	Conceitos
<p><i>“No início foi terrível! Mas, hoje está tranquilo! Mas, no início dava para chorar! Porque você ver minha mãe, com a aquele buraco enorme, era um buraco enorme, e hoje está bem menor, sabe? E, aí a gente acostuma com isso (Branca).”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Iniciando o cuidado ➤ Sentindo a ação do tempo ➤ Percebendo a ferida de seu familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O início do cuidado é terrível e triste ➤ Com o tempo vai acostumando com o cuidado ➤ Com a ferida o corpo perde sua integralidade

Fonte: A autora

À medida em que os códigos iam sendo conceituados e de acordo com as concepções dos participantes, concomitantemente, os conceitos eram comparados, refinando-se.

Este refinamento conceitual mediante a constante comparação possibilitou a codificação axial, conceituada como processo em que se estabelece uma relação das categorias com as suas subcategorias. Os elementos conceituais comuns foram agrupados com o objetivo de melhor compreensão do fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

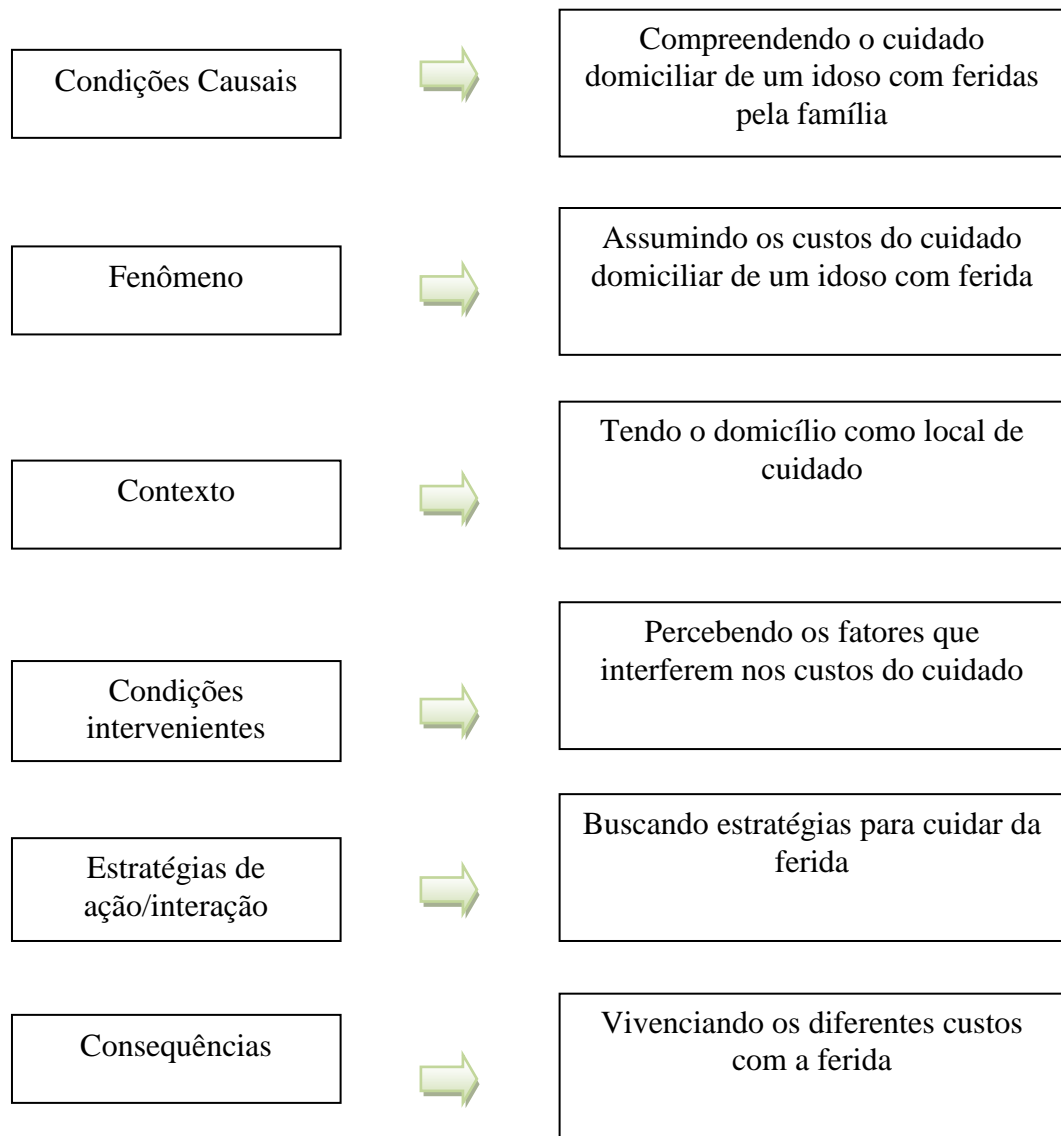
Na codificação axial, buscou-se responder às seguintes questões: por que, onde, quando, como e com que resultados, e ao fazê-lo obteve-se a relação com as categorias,

possibilitando, também, relacionar estrutura com processo. Na estrutura, as questões, acontecimentos ou fatos pertencentes ao fenômeno foram situados. E, o processo constituiu a ação e interação dos participantes em resposta aos problemas e/ou questões. A combinação entre estrutura e processo fez-se necessária para capturar a dinâmica e natureza dos fatos, para melhor compreensão das experiências do cuidador familiar sobre os custos da família com o cuidado da ferida (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para a organização das conexões entre as categorias, utilizou-se o esquema de organização de paradigma, para que os dados fossem reunidos e ordenados sistematicamente. O paradigma apresenta componentes básicos: condições, que são um conjugado de fatos ou acontecimentos que pertenciam ao fenômeno pesquisado; as estratégias de ação/interação, que eram as respostas dos participantes a questões, problemas ou fatos; e as consequências: que foram os resultados da ação/interação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Nesta pesquisa, construiu-se o seguinte modelo paradigmático.

Figura 02: Modelo paradigmático da pesquisa com base nas recomendações de Strauss e Corbin (2008).



Fonte: A autora

Seguiu-se com a codificação seletiva, processo de refinar e integrar categorias, descobrindo uma categoria considerada como central, permeando todas as demais, e que consistirá na teoria da pesquisa. A categoria central representou o tema central desta pesquisa e que apareceu diversamente nos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Será apresentada a análise das categorias e as subcategorias relacionadas. A partir do modelo paradigmático, as cinco categorias apresentam forte relação e são indissociáveis. Abaixo, elas se encontram dissociadas para que o fenômeno seja compreendido de forma mais didática, conforme o Quadro 4, cuja análise se segue.

Quadro 4: Apresentação das categorias com suas subcategorias. Juiz de Fora, 2017.

Categorias	Subcategorias
Compreendendo o cuidado domiciliar de um idoso com ferida pela família	-Convivendo com a nova realidade -Vivenciando o cuidado domiciliar da ferida
Tendo o domicílio como local de cuidado	-Considerando o domicílio como local para o cuidado -Percebendo a internação hospitalar em relação à Atenção Domiciliar
Percebendo os fatores que interferem nos custos do cuidado	-Recebendo apoio -Considerando o processo de cuidado com a ferida
Buscando estratégias para cuidar da ferida	-Desenvolvendo criatividade no cuidado com a ferida -Gerenciando o cuidado
Vivenciando os diferentes custos com a ferida	-Tendo o custo financeiro -Percebendo os custos para a vida profissional e pessoal

Fonte: A autora

6.3 CATEGORIA 1: COMPREENDENDO O CUIDADO DOMICILIAR DE UM IDOSO COM FERIDA PELA FAMÍLIA

Essa categoria aborda as experiências do cuidador familiar ao cuidar de um idoso com ferida no domicílio. Demarca-se que o cuidado, que tem como causa a dependência do familiar idoso, se inicia e progride ao longo do tempo, intensificando-se com a ferida.

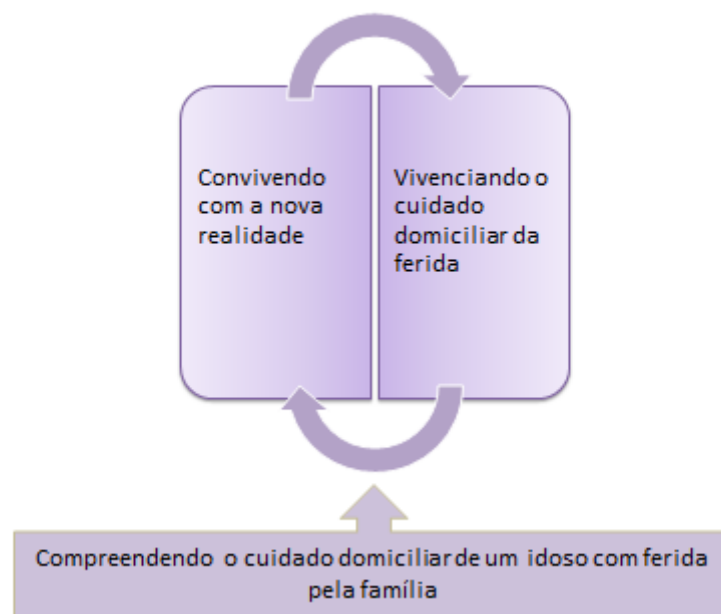
O surgimento da ferida, no contexto do cuidado do familiar idoso, modificou a vida de seus cuidadores. Essas modificações relacionam-se com os seus sentimentos de tristeza e desespero, perante a percepção das condições de saúde de seu familiar.

Com o passar do tempo foram se acostumando com o cuidado da ferida, pois, ocorria um processo de adaptação e que, com tempo ficava mais fácil, bem como, consolidavam-se as experiências adquiridas e o suporte recebido dos membros da família e do SAD durante o tratamento. Com isso, permitiu aos cuidadores vivenciarem uma realidade mais amena,

desfrutar do convívio domiciliar de seu ente querido e perceberem o importante papel para seu familiar idoso.

A análise desta categoria será apresentada em associação com suas duas subcategorias: Convivendo com a nova realidade; Vivenciando o cuidado domiciliar de uma ferida, como expressas no Diagrama 1.

Diagrama 1: Compreendendo o cuidado domiciliar de um idoso com feridas pela família



6.3.1 Convivendo com a nova realidade

Ao cuidar de um idoso, que tem como agravante à sua saúde uma ferida, fez com que os cuidadores vivenciassem uma nova experiência. Ter que cuidar de uma ferida não era uma tarefa fácil e, a alta hospitalar configurou-se no resgate de um momento que é tido pelos participantes como assustador.

Em casa ela não tinha dado nada, aí ela internou. Quando teve alta, ela veio com essa ferida. Foi uma loucura! Eu fiquei com muito medo de cuidar dessa ferida! (Rosa).

Quando eu recebi a notícia que a mãe ia embora com aquela ferida, eu fiquei atordoada. Minha mãe entrou lá, ela não tinha nada. Aí eu olhava e pensava: meu Deus, eu vou ter que fazer esse curativo? Meu Deus, me da força! (Branca).

Nossa! Eu fiquei muito triste! Porque eu pensava assim: em casa ela nunca deu essas coisas, aí vai para o hospital e sair pior. Nossa! É triste demais! (Azul).

A condição do familiar idoso no momento da alta, com uma ferida complexa, causava um choque inicial, decorrente do caráter imprevisível que a ferida representou para esses familiares. Os sentimentos de medo, de impotência, por talvez não conseguir fazer o curativo ou mesmo de tristeza, pela tomada de consciência que o surgimento da ferida relacionava-se aos cuidados recebidos durante a internação, uma vez que a mesma não existia antes. Gera um impacto emocional, pois os cuidadores se veem frente a uma realidade que irá causar mudanças na vida da família.

Esse é um momento crítico para o cuidador responsável, pois o idoso é dependente de cuidados e a responsabilidade pelo tratamento passa a ser da família. Pode-se perceber que a responsabilidade é do cuidador, pelo fato de ter relatado sentimentos de culpa quando a ferida é decorrente do processo de cuidar em âmbito domiciliar.

Ele já teve uma quando ele ficou na UTI da X [instituição hospitalar], mas, essa agora apareceu aqui em casa mesmo. Aí, emocionalmente você fica mais abalado! Porque você fala: aí meu Deus, o que eu estou fazendo de errado que apareceu essa ferida? Você está com tanto cuidado, virando... Mas aí você tem que encarar e fazer! (Violeta).

Violeta relatou estar emocionalmente abalada, devido à ferida ter surgido como um insucesso de seu cuidado. Considerando que a lesão por pressão é prevenível, gera esse sentimento de culpa, mas ao mesmo tempo em que, tem-se consciência das medidas preventivas que realizou.

Pela análise dos dados empíricos, foi possível compreender que, as lesões decorrentes de outras etiologias, os sentimentos se modificaram, pois os familiares relataram-nas como consequência de um agravamento do quadro clínico do idoso.

Porque assim, isso é do câncer dele! Já tinha dado uma vez, melhorou, e agora veio de novo. Aí, a gente sabe que a doença piorou! É muito triste! Mas, não tem o que fazer! (Violeta).

Porque assim, eles lá me falaram só depois que a mãe já tinha dado a escara, que tinha um negócio que usava que não deixava dar. Então, você sabe que é descuido mesmo, porque tinha como... Agora, onde ela amputou a perna, por mais que você fica chateada, você pensa que não tem outro jeito! (Laranja).

Eu já cuido dela há muitos anos, quando deu esse machucado, porque ela tem problema na circulação, aí eu ajudo cuidando dela... (Marron).

Compreende-se pelas falas dos participantes que, a ferida surgiu em consequência de uma doença, sendo entendida como uma situação que não teria como ser evitada. Os familiares mostraram-se tranquilos, apesar da tristeza e do sofrimento pelo fato do seu familiar idoso ter uma ferida.

Isso também se deve ao fato que, o momento da alta mostrou-se crucial para família, pois, relataram sentir-se desamparados frente a uma nova realidade. Os sentimentos de incertezas e de preocupações foram encontrados nas falas, pois não sabiam como cuidariam da ferida no domicílio. Para os familiares que ainda não recebiam o atendimento do SAD foi mais perceptível as dúvidas e angústias vivenciadas ao depararem com a alta.

Quando o médico foi dar a alta que me ele me orientou: vou te dar um papel e você vai no X [instituição hospitalar], lá existe esse negócio de DID, você vai entrar e vai fazer um cadastrinho, e eles vão procurar vocês lá. Então, no mesmo dia que minha mãe saiu, eu já fui nesse DID... Assim, eu considerado que, a gente tem uma certa instrução, e uma certa vivência com a idade, que, a gente corre atrás das coisas e a gente, e graças a Deus a gente consegue! Porque tem muita gente, igual eu tenho uma amiga coitada, a mãe dela também fica em casa. Ela deixou de trabalhar para cuidar da mãe, não sabia da fralda, não sabia do alimento, do DID. Isso tudo foi orientada por nó! Ela não tinha ajuda, ela largou o emprego, e ainda ela tinha todo o gasto (Vermelha).

O Dr que falou para gente trazer ela para casa! Mas a gente não sabia como levar ela para casa. Mas, aí acabou que foi muito bom mesmo! Porque ela não teve mais nada! Não teve mais febre, a ferida dela tá melhorando, não teve nada, nada, nada... (Branca).

Os cuidadores souberam da existência do SAD por meio dos profissionais dos hospitais em que encontravam internados no momento da alta. A fala de Vermelha remete ao fato que, por ser um serviço ainda pouco conhecido, muitas famílias com demandas para a assistência domiciliar ainda não recebem esse tipo de atendimento.

A partir dos trechos das falas, o início da assistência pelo SAD, havia ocorrido pela ferida.

Aí, quando ela teve alta lá [hospital], eles falaram que eles [o SAD] iam dar a cama, ia da todo suporte para ela... Ia ajudar a cuidar da ferida que deu lá mesmo! (Azul).

Eles já vieram quando ela teve o AVC, mas depois deram alta nela. Agora desta vez, foi por conta da ferida dela. Essa onde amputou a perna e essa perto do bumbum (Laranja).

Pela análise dos dados empíricos compreende-se que a ferida surgiu como critério de elegibilidade para o atendimento domiciliar, já que os cuidadores relataram cuidar em casa antes do início no cadastro do SAD. A fala de Azul, mostra que foi na alta hospitalar, que a

orientaram sobre o serviço que lhe daria os equipamentos médico-hospitalares e apoio no cuidado com a ferida. Para Laranja, sua mãe já havia sido atendida anteriormente, após seqüela de AVC, mas, havia recebido alta do serviço. Foi após a última internação, decorrente de uma fratura de extremidade distal do fêmur, levou a uma amputação do membro inferior direito, conseqüentemente uma lesão por incisão cirúrgica. Nesta internação, surgiu também uma lesão por pressão sacral, sendo as feridas a elegibilidade para o SAD.

Os cuidadores relataram que mesmo procurando o serviço e realizando o cadastro, houve demora para iniciar o atendimento domiciliar.

Depois que ela teve alta, o DID demorou uns dias ainda para vir aqui. Mas, até que foi rápido! Mas assim, eu tive que fazer o curativo sozinha! (Verde).

O DID demorou umas duas semanas para começar a vir. Aí, eu já tinha começado a cuidar do meu jeito! Eu já sabia um pouco como fazer, porque cuidei de outro machucado dela (Laranja).

A falta de um apoio inicial e do preparo para realizar o cuidado domiciliar, contribuiu para que o início fosse vivenciado com sentimentos de tristeza, medo, insegurança, dúvidas e desespero. Mas, foi compreensível que esses sentimentos se amenizaram com o decorrer do tempo e com as experiências adquiridas.

No início, foi muito pior! Mas, mesmo assim, até hoje eu fico assim meio atordoada! Aí meu Deus, esse negócio está feio! E, será que isso é necrose? Será que isso não é necrose? Será que eu posso usar papaína? Será que eu não posso? Mas, aí, você vai... (Rosa).

No início foi terrível! Mas, hoje está tranquilo! Mas, no início dava para chorar! Porque você ver minha mãe, com a aquele buraco enorme, era um buraco enorme, e hoje está bem menor, sabe? E, aí a gente acostuma com isso.... Eu olhava e pensava: meu Deus, eu vou ter que fazer esse curativo? Meu Deus, me da força? (Branca).

Logo que ela chegou do hospital, foi muito difícil! Na primeira, eu não conseguia olhar! Aí o tempo foi passando... E eu vi que não era tão difícil assim! (Preta).

Os trechos das falas elucidaram que a espiritualidade/religiosidade esteve presente nos momentos de desamparo. O apego à força divina mostrou-se como suporte, quando se depararam com um momento para eles considerado como difícil e desesperador. O tempo também influenciou para que os receios iniciais fossem superados e os familiares passassem a aceitar melhor o fato de ter que cuidar de uma ferida no domicílio.

A modificação dos sentimentos, também foi encontrada nas falas, quando referiram ao processo cicatricial.

Quando está melhorando, ainda tá bom! Mas, quando vê que não tá. Nossa! Eu fico... (Verde).

Porque assim, você cuida, cuida, e não melhora... Aí eu penso: o que eu estou fazendo de errado que não melhora? (Marrom).

Considerando, uma boa evolução do processo cicatricial, os sentimentos de medo, insegurança tendem a se amenizar, como relatado por Laranja que sentia-se tranquila, segura e realizada ao ter bons resultados. Mas, o contrário também foi perceptível, quando a cicatrização da ferida não evoluía bem. O cuidador relatou que se sentiu impotente e que suas esperanças desapareciam. Pôde-se perceber pela análise dos dados e das notas de campo que, os cuidadores se culpavam pelo tratamento, isso aponta para o quanto assumem para si o cuidado com a ferida.

As alterações emocionais decorrentes do processo cicatricial apontam para a fragilidade em que os cuidadores se encontravam enquanto assumiam o cuidado do familiar no domicílio.

Eu ficava olhando aquilo daquele jeito, o cheiro que dá! Até a gente acostumar... (Rosa).

Eu acho ruim é ficar vendo [a lesão tumoral], porque não pode tampar. Aí, eu só limpo, toda hora que está sujo eu tenho que limpar! Porque a gente fica olhando... Isso é o pior! Porque fica muito feio, né? (Violeta).

A visualização da ferida, o odor e as suas características, deixava-os abalados, exigindo sacrifícios e renúncias de sentimentos pessoais para exercer o cuidado. Entretanto, com o tempo, o ato de cuidar de uma ferida, fez com que os cuidadores superassem suas limitações.

Pode-se compreender que deparar-se com o cuidado domiciliar de uma ferida não é uma tarefa fácil e para que os cuidadores possam desempenhá-lo com menor desgaste emocional, torna-se necessário um planejamento das ações a serem desempenhadas por eles no domicílio em conjunto com a equipe de saúde. É importante que a proposta seja a de um cuidado sistemático, para que se sintam amparados e assistidos, continuamente, conforme as suas necessidades.

A alta hospitalar de um idoso com uma ferida para o domicílio, sinaliza para a importância de se criar um vínculo inicial e oferecer uma capacitação para os cuidadores, a fim de que na transferência para o domicílio, sintam-se preparados, seguros, em condições de realizar o procedimento sem riscos e com segurança, e não sofram com o impositivo de ter que assumir o cuidado.

Desta forma, os enfermeiros, profissionais da equipe de AD que gerenciam o cuidado domiciliar com as feridas, devem se atentar para o início do tratamento da ferida, que foi encontrado como o momento mais crítico para o cuidador, pois, buscou estratégias que contribuíssem para a superação dessas reações iniciais, aliviando os sentimentos causados com a nova realidade.

6.3.2 Vivenciando o cuidado domiciliar da ferida

O fato dos familiares idosos estarem no domicílio, os cuidadores precisaram aprender os cuidados com uma ferida. Foi possível compreender pelas falas, as preocupações referentes à realização do curativo, pois eles precisavam fazê-lo. E, a forma com que aprenderam, variou entre o acompanhamento das ações profissionais, ainda durante a internação hospitalar e, também, no domicílio, com a contribuição de outras pessoas (cuidadores contratados e membros da família) ou dos profissionais do SAD.

Foi complicado demais! Mas, lá no hospital X, quando eles iam fazer o curativo, tudo eu ficava de olho, em tudo! Porque eu tinha que saber como é que eu ia fazer aquilo. Como é que você traz uma pessoa para casa, e não saber como é que faz nenhum curativo? Uma ferida que estava desse tamanho, que cabia quase uma mão dentro dela (Branca).

A enfermeira falava comigo assim: agora você vai limpar a ferida da sua mãe. Tem que limpar com a mão bem leve, limpar bem devagar. Isso logo que minha mãe deu a ferida, e agora que o DID vem, eles também falam. Aí, todo dia você aprende, né? (Marrom).

Eu tenho um tio, irmão da minha mãe, ele é farmacêutico daqueles antigos, ele é muito entendido. Ele foi dando muita orientação para gente também! Em relação ao curativo ele veio aqui para orientar a gente como fazer (Vermelha).

Os cuidadores mostraram-se preocupados em ter que aprender a realizar o curativo, e criaram diferentes estratégias para isso. Na citação do trecho da fala de Branca, ao observar a assistência profissional, refletiu sua preocupação após a alta, pois neste momento, ela se viu frente ao fato de ter que ter que assumir esses cuidados. As contribuições de outros membros da família, também, se fizeram presentes, pois os cuidadores mostraram-se necessitados de apoio para cuidar da ferida. Foi mencionada a importância do processo contínuo de aprendizagem pelos cuidadores no cuidado com a ferida.

Contudo, infere-se que, para os participantes desta pesquisa, os cuidados de um idoso com ferida no domicílio é de responsabilidade do cuidador, pois, significava ter uma nova demanda de seus cuidados.

O início de uma nova terapêutica gerava ansiosos e incertezas, que se intensificaram pela falta de uma assistência contínua.

Quando o pessoal do DID veio, eu ficava sempre olhando. Aí, eles passavam, assim: eu estou fazendo isso, e você tem que fazer isso! Aí, iam embora... Aí, querendo ou não você tem que fazer! (Rosa).

Tudo foi o DID que ensinou! Veio a enfermeira, e foi passando para gente... Como ela vem todo domingo, ontem ela teve aqui (Amarela).

Neste momento, os participantes passam a ter certeza que precisavam assumir o cuidado com a ferida, mesmo tendo o suporte do SAD, pois, os profissionais desse serviço realizavam a visita, ensinavam o procedimento, e a próxima visita, rotineiramente, só acontecia uma vez por semana.

O fato de conviver com a realização de um curativo fez com que esses cuidadores aprendessem a fazê-lo, e quando perguntado a eles como estavam realizando a terapêutica, eles discorriam os passos percorridos.

E tem que por luvas, né? Esquentar aquele soro no micro-ondas, joga e tal e tal... Secava com gaze. Primeiro, joga o soro e seca, depois joga o óleo, faz o curativo, e depois fecha (Amarela).

A gente limpa com o soro fisiológico, que é fornecido pelo DID, e depois de bem limpinho, seca bem sequinho, embebe a gaze com AGE e coloca. Aí, a gente faz esse curativo com micropore. Porque ela tem alergia ao esparadrapo. Aí, depois que põem o micropore vedando, e, também eles trazem para gente tipo uma almofadinha para por em cima daquilo ali, eles chamam de chumaço. Então, a gente coloca aquilo ali, veda bem com micropore e depois vem e coloca o esparadrapo por cima. Isso a gente faz todo dia, e tem dia que é mais de uma vez, porque se suja com xixi ou cocô (Branca).

Os cuidadores sentem-se seguros no procedimento que estão realizando e acreditam ser a forma correta como estão fazendo. À medida que descreviam os passos, tentavam demonstrar como faziam com os materiais, simulando como faziam com seu familiar. Os procedimentos que realizavam e as decisões tomadas deixava claro seu papel enquanto cuidador de um familiar idoso com ferida.

Igual quando dá essas secreções, fica tipo uma pele. Igual deu uma vez! Aí, ele fala assim: se isso acontecer você levanta e corta, aí, essas coisas assim, você vai esteriliza o material e faz, tem uns que já vão soltar na sua mão! Aí, eu fui aprendendo de ver, de curiosidade (Marrom).

O Stimulen que foi por nossa conta! Porque nós recebemos uma amostra grátis, e usamos por nossa conta, e deu certo! Olhei, e vem escrito que é para cicatrização da ferida (Preta).

Foi possível compreender pelas falas dos participantes que, estão assumindo procedimentos que não lhes compete legalmente como, o desbridamento e a decisão pela cobertura utilizada, são ações que compete aos profissionais envolvidos. A fala de Marrom aponta para a transferência de responsabilidade no processo de cuidar da ferida de modo que, não pôde ser compreendido o limite entre as ações profissionais e a do cuidador.

Para Preta, a leitura de indicação na bula da cobertura, bem como, o resultado obtido com sua aplicação, foi suficiente para dar-lhe a segurança que estava fazendo seu uso corretamente. A aplicação diária da cobertura era de sua responsabilidade, e por ter evoluído bem o processo cicatricial, ela não remete a necessidade profissional para decidir qual cobertura utilizar e nem como realiza-la, pois está dando certo.

Além disso, os cuidadores relataram a compra de materiais para a realização dos curativos além dos fornecidos pelo SAD, a fim de complementar, pois, tinham disponível no serviço.

A gente já gasta com muita coisa! Não que a ferida fica caro não, mas, é porque o gasto já é tão grande, que só aumenta! Eu acabo comprando só o óleo e a vaselina, e o que falta eu tenho que comprar (Violeta).

Ela vem, traz o material. Aí, o material da até na quarta, aí depois do meio da semana, eu tenho que comprar até domingo. Quando eles voltam, aí eu compro (...) Eu tenho que ter esse dinheiro! A gente tira não sei de onde, mas tem que ter! (Marrom).

Os participantes relataram que, existe o suporte do SAD, mas esse não garante o fornecimento de todos os materiais necessários, e em quantidades insuficientes para a continuidade do tratamento. Na fala de Violeta mostrou-se que, o fato de ter uma ferida aumenta os custos do cuidado. Pôde-se concluir que, além dos desgastes psicológicos e emocionais os familiares passam a ter gastos com materiais para o cuidado com a ferida.

No entanto, torna-se importante avaliar a gestão do cuidado domiciliar, visto que não supre a demanda dos pacientes e seus cuidadores. Apontam para uma necessidade profissional contínua e a garantia dos materiais necessários para o tratamento completo. A tendência é que haja uma contribuição do serviço, mas, a responsabilidade de prover o tratamento é da família.

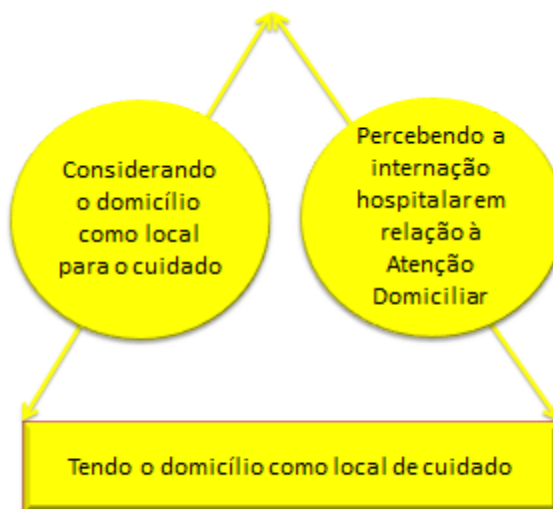
Compete ao enfermeiro responsável pelo atendimento domiciliar avaliar o papel assumido pelo cuidador, para que proponha medidas que auxiliem esse cuidador de forma mais sistemática, para que não assuma um papel que não lhes compete. Com isso, irá refletir positivamente nas condições de cuidado da família, tanto na melhoria de seus sentimentos e emoções, quanto o alívio no custo do tratamento.

Além disso, os cuidadores familiares devem ser alvo das ações de enfermagem e, também, das políticas públicas de saúde em âmbito domiciliar, visto que necessitam do apoio.

6.4 CATEGORIA 2: TENDO O DOMICÍLIO COMO LOCAL DE CUIDADO

O domicílio passa a ser considerado mais viável para cuidado de um familiar idoso com ferida. As experiências prévias e as adquiridas com o passar do tempo, torna os cuidadores familiares mais seguros de suas ações. As internações hospitalares anteriores são tidas como experiências negativas para o cuidado do idoso, e mais especificamente, no cuidado com a ferida.

Essa categoria emergiu de duas subcategorias: Considerando o domicílio como local para o cuidado; Percebendo a internação hospitalar em relação à Atenção Domiciliar, conforme o Diagrama 2.

Diagrama 2: Tendo o domicílio como local de cuidado

6.4.1 Considerando o domicílio como local para o cuidado

Historicamente, o domicílio era considerado local para desfrutar da família com vida e saúde, mas esse cenário vem se modificando, pois com o envelhecimento populacional e as alterações do perfil de morbimortalidade, tem permitido uma maior longevidade. Mas, ao mesmo tempo em que, há um aumento da dependência desses idosos, tanto em relação aos serviços de saúde, como de sua família, o que tem despertado para o domicílio como local de cuidado.

Na verdade, já tinha um mês que minha mãe estava lá! Então aquilo para gente foi um alívio, ficamos muito felizes! Mas, ao mesmo tempo não sabíamos como agir, por conta desses cuidados, uma ferida muito grande que ela adquiriu na UTI. E, assim... Porque quando você tem um paciente no hospital fazendo tratamento, e ele vem para casa, o que você pensa normalmente? Ah, que bom! Porque já passou aquela parte do hospital e agora é só alegria! E com minha mãe não foi isso, então nossa realidade foi muito triste! (Vermelha).

Vermelha expressou em sua fala que, ao receber a alta, esperava-se o melhor, a notícia de recuperação, mas, no entanto, percebeu-se que, o domicílio seria o local para dar continuidade ao tratamento que se iniciou na internação hospitalar. Ao mesmo tempo em que foi para o domicílio com um agravante de seu quadro clínico, a ferida que passou a fazer parte da rotina de cuidado da família.

O contexto domiciliar é tido como o melhor lugar para cuidar do familiar com a ferida, pois, garantiam que no domicílio estava sendo cuidado.

Porque ela está perto da gente, a gente vê que está cuidando. A gente faz o curativo sempre que precisa, passa óleo nela... A gente cuida com o coração, e não igual no hospital que eles fazem porque tem que fazer (Preta).

Aqui eu sento ele, que é bom que troca um pouco de posição, para não ficar só deitado, para não dar mais ferida. Levo ele para sol, sento ele na sala, que sempre a gente está conversando lá... (Violeta).

Eu vou prefiro ela em casa, porque como o machucado dela está muito aberto ela teria que ficar muito tempo internada, porque não é assim, em uma semana, 15 dias, que vai melhorar, e um machucado extenso. Assim ela fica perto de mim, eu cuido dela, ela prefere muito mais (Marrom).

Os participantes relataram que a sensação de estarem próximos, por prestarem um cuidado envolvido por amor e dedicação e por realizarem todas as atividades necessárias, davam-lhes a segurança que estavam cuidando melhor. E, relataram também que, para os idosos, o cuidado domiciliar também foi preferível, pois estes se sentem melhores por estarem em casa recebendo os cuidados da família.

O cuidado em casa, em seu ambiente familiar, permitia ao idoso desfrutar do convívio de seus entes queridos, pois, o domicílio permite com que as pessoas permaneçam unidas, tanto na saúde, quanto na doença, demonstrando a significância desse modelo de atenção nas últimas décadas, principalmente pelo perfil populacional brasileiro.

O SAD foi considerado um serviço novo e ainda, pouco difundido na população. Para os participantes da pesquisa, o serviço foi considerado como importante, e tornou-se fundamental para que o domicílio fosse considerado o local mais viável para o desempenho do cuidado pela família.

Mas, assim! Hoje se ele não tivesse o DID, eu nem sei, como ia ser cuidar dele em casa. Porque, igual agora, com esse negócio de feridas eles até estão vindo mais... (Violeta).

Nossa! Depois que o DID veio, foi muito mais fácil! Ficou muito melhor cuidar dela em casa! Para essa parte da ferida, nossa, eles ajudam muito! (Preta).

A assistência do SAD foi considerada importante para os cuidadores. Eles relatam que, o idoso com ferida, os atendimentos passaram a ser mais frequentes, sendo fundamental para o processo de cuidado. Para os que não tinham a assistência do serviço desde que iniciaram o atendimento domiciliar, como relatado por Preta, ficou, visível a diferença do cuidado, anteriormente, sem o SAD, e agora com o suporte oferecido pelo serviço. Contar com o serviço facilitava o cuidado, principalmente, no que se referia ao cuidado com a ferida.

No entanto, o domicílio passou a ser considerado mais viável para essas famílias, que com o passar do tempo apontaram os benefícios dessa prática de cuidado. O fato de

assumirem o cuidado com a ferida e ter o suporte do SAD, levou-os a considerar a assistência domiciliar como o melhor lugar desempenhar o cuidado com a ferida.

6.4.2 Percebendo a internação hospitalar em relação à Atenção Domiciliar

Quando os familiares relataram preferir o cuidado domiciliar, paralelamente a isso, justificavam com as fragilidades durante as internações hospitalares, apontando fatores negativos no processo de cuidado com do idoso, e mais especificamente, no cuidado com a ferida, além dos relatos pela preferência do domicílio diante da condição de cuidador.

Mas, para gente é mil vezes melhor! É muito melhor! A gente tem até uma redução do cansaço, não acaba, mas diminui. É melhor aqui! Porque você imagina todo dia a gente sair para o hospital, dormir na cadeira. O hospital não das condições para acompanhante. Num da nem para paciente! O acompanhante não tem condição nenhuma, se quiser um copo para tomar água não tem, a verdade é essa! Igual no quarto que a gente ficou tinha um monte paciente, e era um banheiro para atender todo mundo, que também usava o banheiro, porque o deles está quebrado. Era um banheiro para oito pacientes e mais oito acompanhantes. Muito melhor em casa! Porque assim, o grupo de enfermeiras que tinha lá, uma enfermeira para atender todo mundo. O enfermeiro passava lá umas duas vezes por dia, para dar atendimento a minha mãe. E, a gente ficava assim, era a gente praticamente para tomar conta dela. Assim, para gente é um desespero! Porque você esta vendo vários pacientes, com vários tipos de doença. Às vezes, chega algum paciente, num sei se com doença infectocontagiosa, mas assim, pode passar para minha mãe! Então, assim eu ficava desesperada vendo aquela situação! (Vermelha).

Deus me livre da vó internar de novo! As feridas dela vai para as 'cucuias'! Porque um monte bactéria. Igual assim, ela vai para o hospital, aí as feridas dela, agora que estão começando a ficar boas! Aí você chega lá, e fica lá, faz um coco, entendeu? Eu sei que é difícil, porque é uma enfermeira para não sei quantos leitos, fica complicado. A gente fazia questão dela vir embora, porque aqui é outra coisa! Aqui a gente tem os lençóis dela, são trocados, ela nunca fica molhada, a não ser assim, se você precisa sair, aí a vó fez um coco assim, uma diarreia, aí só esta minha tia, sem ninguém, aí com certeza ela vai chamar alguém e tudo. Mas assim, eu me viro aqui com a mãe, é diferente! Hospital Deus me livre! Aqui é diferente! (Verde).

Com certeza, eu tenho certeza que, se ela tivesse batido num hospital ela já tinha ido. Com essas escaras, hum... Eu tenho certeza que ia piorar, entendeu? (Rosa).

Nota-se pelos trechos citados que, as experiências com internações anteriores deixaram os cuidadores insatisfeitos com o atendimento oferecido, e vários fatores negativos foram apontados. Dentre eles, as infecções hospitalares, mais especificamente o risco de infecção e agravamento da ferida, a falta de quantitativo profissional, entre os mais citados, os profissionais de enfermagem.

No que se refere à condição de acompanhante, deixava os cuidadores ainda mais insatisfeitos, relatando desgastante físico e emocional. Quando na internação eles precisam

deixar outros membros da família, vivenciam falta de estrutura física dos hospitais, que não garantia condições mínimas para o bem-estar e conforto do cuidador. Desta forma, contribuía para que o domicílio se tornasse o local mais viável para o desempenho do papel de cuidador.

Pela análise dos dados, foi encontrado que as internações hospitalares geravam gastos para a família.

Para gente, lá no hospital, ainda tem que pagar acompanhante. Eu não posso ficar, por causa da minha imunidade baixa. Minha mãe não aguenta. Então, é muito mais difícil! E fica caro pagar gente para ficar de dia e, outra para dormir a noite. Eu não sei como meu irmão fez para pagar da última vez que ela ficou internada muitos dias, acho que ele fez empréstimo. Ele não fala não, eu que acho (Amarela).

Então, só eu e minha irmã, a gente não dá conta! Então acaba pagando alguém para revezar com a gente. E, isso ainda tem as passagens de ônibus que gasta, para uma vir e a outra ir... (Vermelha).

Os custos financeiros provenientes da contratação de acompanhante durante a internação hospitalar é relatado como um serviço de alto custo. Além do deslocamento para a instituição hospitalar, como na fala de Vermelha, estava gerando custos. A fala de Amarela também remete às dificuldades financeiras enfrentadas.

A insatisfação com o cuidado hospitalar foi completada com relatos de como os idosos estavam sendo cuidados, que contribuiu para que ficassem desacreditados das ações profissionais, e ao mesmo tempo, sentiam um descaso e despreparo dos profissionais.

Teve um dia que eles mexeram na urina de outra pessoa, eu fiquei desesperada! Porque assim, minha mãe estava com aquela ferida aberta... Aí, a enfermeira vinha tirando a urina daquela mulher, aquela urina que estava ali, parada a um tempão e depois vinha mexer na minha mãe, com a mesma mão! (Vermelha).

Aí, chega lá no hospital, e eles vem e limpa o bumbum dela com o lençol que já estava na cama dela! E passa no bumbum da mamãe, e ela com aquela ferida! (Branca).

A ferida dela lá piorou! Já estava quase fechando, faltava só uma pontinha do dedo, aí ela precisou internar de novo, quando saiu de lá estava enorme de novo! Não como estava da primeira vez, mas tinha piorado mesmo. E agora que está melhorando de novo (Preta).

Pode-se compreender que os familiares adquirem experiências com as reinternações e passam a ter uma visão mais crítica dos serviços oferecidos nas instituições hospitalares. Existem também, as experiências adquiridas durante a assistência domiciliar, pois despertaram para as práticas profissionais desempenhadas neste cenário, o desempenho da atividade de cuidador neste contexto e os olhares mais atentos, de quem já vivenciou o fato anteriormente.

Como aparece na fala de Preta, a experiência anterior com o tratamento da ferida no domicílio teve marca de maior sucesso que o desempenhado no hospital, fato que se confirmou, quando na última internação, uma ferida em processo de cicatrização regrediu.

Porque no hospital se fizer um xixi ou um coco, tem que esperar, entendeu? Aqui não, aqui é diferente! Mas, é claro, hoje se ela internar eu jamais vou deixar! Eu jamais vou chamar um enfermeiro para trocar, eu mesma vou trocar, eu mesma vou fazer. E, se a vó precisar internar, eu vou querer fazer o curativo dela, eu vou pedir lá! (Verde).

Em casa a gente já sabe como funciona, a gente já sabe como é que é! Até pedi no hospital, que na hora do curativo para deixarem a gente fazer. Mas não foi possível! Eles não aceitam, eles tem que fazer! (Preta).

Os cuidadores remetem ao fato que o idoso no domicílio sob seus cuidados é muito melhor, pois, atendem todas as necessidades provenientes do processo de cuidar. A citação da fala de Preta mostrou que se sente mais confiante no cuidado que realiza, a ponto de solicitar aos profissionais das instituições hospitalares para realizar os curativos. O mesmo foi encontrado no relato de Verde que, na necessidade de uma nova internação ela irá solicitar para realizar os curativos.

É compreendido na fala de Rosa que, um hospital em boas condições para cuidar de um idoso e também de sua ferida, este seria o local mais adequado para o tratamento.

De repente, se ela estivesse internada no hospital, ela teria essa parte da escara sanado um pouco mais rápido... Mas assim, se fosse num hospital de qualidade para colocar ela, entendeu. A X (nome da instituição hospitalar) por exemplo, que é melhor por aqui, não aceita idoso com escara. Então você não consegue vaga para ela, então vai sobrar o que, onde vai sobrar para colocar ela (Rosa).

Na garantia de um atendimento de qualidade, Rosa acreditava que com as tecnologias hospitalares e profissionais preparados seria o mais indicado. A falta de credibilidade das instituições hospitalares foi um fator relevante identificado pela pesquisa.

Por mim, só levo ela para o hospital em último caso! Só se não tiver jeito mesmo!. Mas, aí, outro dia, ela estava com meu irmão, e deu uma engasgada lá, ele levou para o X, eu fiquei muito brava! Falei que eram para assinar e sair de lá! (Branca).

Outro dia ela passou mal, ela ficou toda branca, engasgou. Aí, eles foram correndo lá em casa para me chamar, para levar ela para o hospital, aí ficaram doidos! Mas, para mim não, eu tento resolver em casa primeiro. E foi o que aconteceu, não era nada, só engasgou mesmo (Azul).

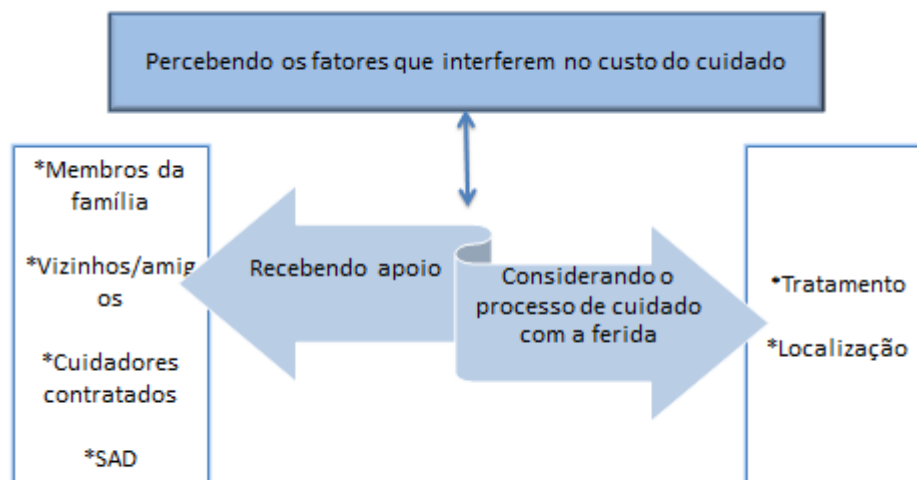
Os dados mostram que, nas condições que os hospitais se encontram, só seria uma opção quando os problemas não pudessem ser resolvidos de outra maneira. Enquanto houvesse solução na assistência domiciliar, os cuidadores se mostraram dispostos a realizá-lo.

Os dados permitiram discutir que, para chegarem a escolher o domicílio, todos os participantes tiveram experiências com internações e/ou reinternações, e, atualmente, sentem-se mais seguros e preparados para solucionar os problemas que se decorreram do processo de cuidar.

As experiências foram válidas para avaliarem o cuidado hospitalar, realizando comparações com o que julgavam estarem realizando no domicílio. Pode-se concluir que as internações hospitalares geravam desgastes físicos, emocionais e gastos para a família ao relatarem experiências anteriores.

6.5 CATEGORIA 3: PERCEBENDO OS FATORES QUE INTERFEREM NO CUSTO DO CUIDADO

Para que o cuidado se efetivasse no domicílio diferentes fatores interferiram nos tipos de custos desse processo. Foi possível compreender os que atenuavam os custos e outros que os intensificavam. A análise dos dados empíricos mostra a associação dessa categoria “Percebendo os fatores que interferem no custo do cuidado”, com suas duas subcategorias: Recebendo apoio; Considerando o processo de cuidado com a ferida, como mostra o Diagrama 3.

Diagrama 3: Percebendo os fatores que interferem no custo do cuidado

6.5.1 Recebendo apoio

Na análise dos dados empíricos, apreendeu-se que os participantes recebiam apoio e isso atenuava a carga de cuidado. Esse apoio era proveniente de membros da família, vizinhos/amigos, cuidadores contratos e do SAD.

Ao se referirem ao apoio recebido pelos membros da família (irmãos, filhos, tios, sobrinhos), os participantes relataram como fundamental para a realização e manutenção das atividades de cuidado.

A gente divide, cada dia um cuida dela. Fizemos uma escala, aí ajuda um pouco. Tem o dia de cada um ficar com ela, e quem fica de dia é que dorme com ela (Branca).

Tem que gastar num tem? Tem que fazer num tem? Então, tem que fazer! A gente se junta, e graças a Deus a família é muito unida! (Preta).

Os participantes relataram a significância do apoio de outros membros da família, seja com as atividades domésticas, no cuidado diário, no suporte financeiro, no cuidado com a ferida, nas orientações oferecidas. Em cada uma dessas ações, os cuidadores encontravam força para seguir cuidando de seu familiar. A fala de Preta remeteu ao fato que, por ter que assumir os custos, a união da família é o que lhe permitia realizar o cuidado.

Quando o suporte familiar não era encontrado, os participantes relataram a falta que sentiam.

O que falta mesmo são meus irmãos me ajudarem a ficar com eles. Porque fica tudo para mim! Porque minha relação com eles sempre foi muito boa, eu sempre fui muito tranquila. Mas, eu achei assim, que com a doença do meu pai eles iam me ajudar mais, mas, não foi bem assim! Eles me ajudaram no início, no primeiro mês, mas depois que eles viram que era uma rotina, que não ia acabar, eles sumiram! Minha irmã vem faz uma visita de oi, oi e vai... O meu irmão fica de três a quatro meses sem vir, porque ele mora em outra cidade. Aí fica tudo para mim! Meus pais sentem isso, eles cobram deles. Mas, vou te falar, se tivesse o apoio dos meus irmãos ia ser muito mais fácil para mim! (Violeta).

O que mais me dói, eu nem gosto de falar nesse assunto que eu começo a chorar! Porque nós somos uma família muito unida, muito unidos, mas não somos unidos para isso! Mas não somos unidos para essa parte. Eu não tenho a ajuda dos meus irmãos mesmo, para nada, nada mesmo! Eu não tenho apoio, eles nunca perguntaram o que eu preciso para cuidar da minha mãe. Não é só apoio de dinheiro não, é de chegar junto mesmo (Marrom).

Eu tenho uma irmã, mas ela não me ajuda em nada. Ela até vinha, mas agora ela sumiu! Aí tudo da mãe sou eu. Outro dia, me deu vontade de falar com ela, aí eu liguei: pode vir ver a mãe, você não vai ter trabalho nenhum não, o pior já passou... Agora eu estou até falando assim, mas se você vê o tanto que eu já chorei, já sofri! (Laranja).

Com a análise dos dados capta-se que os participantes não podem contar com a colaboração de seus irmãos. Todos demonstraram muita emoção, sentimento de revolta e descontentamento por não ter colaboração. O fato de ser irmão dava-lhes a sensação que deveriam ter as mesmas obrigações, pois os pais os educaram igualmente. Pôde-se analisar a inversão de papéis nas famílias, em que os filhos precisam assumir o cuidado com os pais.

O contexto do cuidado domiciliar foi permeado por conflitos e desentendimentos familiares, pela falta de apoio dos demais membros, ausência de revezamento nas atividades de cuidado, o que gerava sobrecarga física e emocional do cuidador responsável. O fazer solitário gerava insatisfação e renúncias pessoais do cuidador, pois, a demanda de cuidado da pessoa idosa mostrou-se como uma tarefa complexa e com necessidade de ser realizada de forma contínua.

A cronicidade do quadro clínico do idoso demandava por um cuidado prolongado e que exigia dedicação do cuidador. Violeta relatou que, no início os irmãos até ajudaram, mas percebendo que o cuidado perduraria por longo tempo, acabaram deixando o cuidado sob sua responsabilidade.

No que tange ao auxílio de cuidadores contratados, pode-se observar nas falas.

*Durante a semana, a cuidadora que faz o curativo, só nos fins de semana que eu faço. Aí, eu vou seguindo o que ela faz, aí eu faço. Mas, só de não ter que fazer todo dia já me alivia muito. E é nos fins de semana que o DID vem (Amarela).
E a gente tem essa moça que cuida, aí ela acaba ajudando na hora de fazer o curativo (Vermelha).*

Ela fica com eles para eu sair e fazer as coisas na rua. Aí se precisar fazer alguma coisa com eles quando eu não estou, ela já sabe fazer. E, se ela estiver aqui, igual na hora de fazer o curativo, ela ajuda (Violeta).

Percebe-se que os entrevistados buscavam apoio e a contratação de cuidadores, isso aliviava a carga de cuidado. Esse fato chamou atenção nos relatos pela significância que atribuíam ao terem apoio para a realização do curativo, apontando para as preocupações e sobrecarga que esse gerava na rotina de cuidado.

A contratação de pessoas, como um apoio para o cuidador responsável, soma-se aos gastos mensais da família. Vale ressaltar, Amarela tem cuidador formal e a empregada doméstica; Vermelha e Violeta tinham cuidadores informais contratados, que eram suas vizinhas e amigas. Infere-se que, somente as famílias classificadas segundo a ABEP, em C1 puderam contratar cuidadores.

Também foi encontrado o apoio recebido pelo SAD.

Eles me dão assistência! E tem a parte do curativo, que a enfermeira vem. Sem eles ia ser muito pior! Ia ter que ficar levando ele em UPA, ia ser muito pior, ia ter que ficar chamando o SAMU, ia ser muito pior! Eu tenho certeza que se ele não tivesse o suporte do DID, ia ser muito pior! (Violeta).

O SAD foi considerado pelos participantes como um suporte importante no tratamento das feridas, com o fornecimento de materiais e a assistência multiprofissional colaboravam com os custos do cuidado.

As famílias que tivera experiências anteriores com o cuidado domiciliar sem o apoio do SAD, depois que foram cadastrados no serviço, ressaltavam os pontos positivos com o início da assistência.

Agora que eu tenho o DID, eles trazem. Mas, esses anos atrás, eu comprava tudo! Comprava gaze, comprava soro, comprava aquele esparadrapo, mas era tudo pouco, ela não tinha ferida, mas aí não gastava tanto! Aí, você imagina, se tivesse que comprar tudo agora! (Azul).

Porque eu nunca vi tanto gasto assim! Porque na primeira a gente comprava gaze, soro, as plaquinhas, as pomadas, óleo, tudo! Mas, hoje em dia a gente tem uma grande ajuda, que é a do DID, eles vêm em casa, e traz o soro, as gazes, os chumaços. Aí já diminuí os gastos! (Preta).

Os participantes relatavam o auxílio de materiais e o quanto achava econômico recebê-los do SAD. Por mais que tivessem que comprar para complementar o que o serviço fornecia, diminuía muito os gastos materiais com o cuidado com a ferida. Os relatos de Azul e Preta apontaram os materiais que eram fornecidos.

Os participantes relataram a assistência domiciliar, antes e após a inserção no SAD, apontando a importância do serviço para a efetivação do cuidado. Outro tipo de colaboração encontrada foi o suporte multiprofissional.

Vem a X [enfermeira], vem mais duas enfermeiras, às vezes vem um fisioterapeuta. Mas agora, a vó não pode mais fazer fisioterapia. Vem a nutricionista, costumava vir a assistente social. A gente nunca pagou ninguém não, é tudo pelo DID! (Verde).

Ah! Igual o suporte médico, igual a Dra X [médica] ainda vem, aí ela olha a ferida também. Assim do cuidado das feridas, igual a X [enfermeira] veio desbridou, sem precisar levar ela para o hospital. Assim, e da gente saber que se precisar, mesmo que demore um pouquinho, eles vão vir! Entendeu? (Rosa).

Os participantes reconheciam a assistência de enfermagem no cuidado com a ferida. Por terem esse suporte profissional, não precisavam procurar atendimento para a ferida em outros pontos da RAS. A assistência multiprofissional do SAD foram consideradas muito importantes para a manutenção do cuidado domiciliar, como encontrado nas falas dos participantes, o atendimento da enfermagem, fisioterápico, a consulta nutricional, a consulta médica e assistência social,

No que se referiu ao tratamento e às ações de prevenção das feridas, foi possível compreender que a equipe de enfermagem apareceu de forma mais incisiva nos relatos.

A enfermeira, a enfermeira obriga qualquer um, pode ter feito o curativo agora, que ela faz abrir para ver como e que está! Ela tira foto, manda. Elas vêm que a ferida esta boa, aí elas escrevem que a ferida esta melhorando, ai elas escrevem que e uma ulcerazinha que esta cicatrizando... Só manda continuar com esse sorinho. Mas, já esta fechando de tudo, esta quase! (Amarela).

Teve um dia que veio uma moça [técnica de enfermagem], aí ela anotou, falou que ia passar um whatsapp para a enfermeira vir (Rosa).

Toda semana não é a mesma pessoa não, tem uma enfermeira, que ela acompanha. Ela vem só de 15 em 15 dias. Essa aí vem para olhar. Aí, depois vem outra pessoa, porque ela vem de 15 em 15 dias. Eles vem todo domingo, aí vem um rapaz, vem outra moça, num vem específico. Toda semana não é a mesma pessoa não! Nos domingos eles que fazem o curativo (Marrom).

O papel do enfermeiro foi reconhecido nas falas de Amarela, Rosa e Marrom, mas, eram vistos como profissional que gerenciava o cuidado, e não realizavam um cuidado contínuo com a ferida. Foi possível compreender que as visitas semanais eram realizadas por técnicos de enfermagem, sendo as visitas do enfermeiro quinzenais ou quando necessário e solicitado como encontrada na fala de Rosa.

Diferentes profissionais participavam do processo de tratamento, o que deixava-os sem uma referência, ao mesmo tempo que dificultava o vínculo entre os envolvidos no processo de cuidado.

Quem vinha avaliar a ferida era o médico dela, mas tinha enfermeira também! Hoje em dia é a X [enfermeira]. Mas, na época vinha a Y [enfermeira], a Z [técnica de enfermagem]. A Y era enfermeira chefe, e vinha as auxiliares também, tinha uma que eu não sei se era enfermeira ou auxiliar. A Y vinha poucas vezes (Vermelha).

Do DID já passou tanta gente, mas geralmente era a Z a K [técnicos de enfermagem] que vinham para cuidar da ferida dela! Mas é assim, um vem fala uma coisa, o outro vem fala outra coisa (Branca).

Que tem muito disso também, cada dia vem uma pessoa, e cada um fala de um jeito! A Dra [médica] falou que, ali eu já podia colocar a papaína, mas a X [enfermeira] falou que não era para eu colocar papaína, que papaína era muito forte (Rosa).

Os participantes relataram a presença de diferentes profissionais no processo de tratamento da ferida, isso dificultava a continuidade do cuidado, pois tinham condutas diferentes, causando insatisfação e angústia nos cuidadores. O que reflete a ausência de um plano de cuidado na realização da assistência multiprofissional, em que não está havendo um compartilhamento e a continuidade do processo de tratamento da ferida.

O número de visitas da equipe de enfermagem, também foi encontrado a sua relação no tratamento da ferida.

Mas, agora com a ferida eles vem uma vez na semana! Eles vêm na sexta feira! Mas, isso é por causa da ferida. Mas depois se não tiver a ferida eles vêm assim de 15 em 15 dias, uma vez no mês, né? E só! (Violeta).

A fala de Violeta mostra como a ferida modificou a rotina de cuidado dos profissionais do SAD, apontando para o aumento da demanda de cuidados no domicílio quando o familiar idoso tem uma ferida. Essa demanda não é somente para o SAD, interferindo também na demanda de cuidados dos familiares.

Então eu acho assim, se eles viessem pelo menos umas três vezes na semana, nossa! Eu acho que ia ser melhor! Igual de uma semana para outra, acho que muda muita coisa, né? Igual a escara, com 15 dias mudou muita coisa, necrosou, um odor forte, muito forte (Rosa).

Eles vêm só uma vez na semana, não que eu acho assim que é pouco, mas para gente seria muito melhor se viessem mais vezes. Aí a gente sente mais tranquilo, né? (Amarela).

Há necessidade de um número maior de visitas, pois, uma vez por semana não era suficiente para o acompanhamento do processo cicatricial. Rosa relata como a ferida piorou

no intervalo de uma visita a outra, e como não tinha sido avaliada por um profissional, as ações que estavam sendo desempenhadas eram exclusiva de sua responsabilidade. Os sentimentos de dúvidas, desamparo e emoções foram vivenciados pela descontinuidade no tratamento e falta de uma assistência sistematizada, pautada nas necessidades do usuário e familiar.

Com destaque para os trechos das falas, a visitas ocorriam uma vez por semana e a equipe de enfermagem chegava com os materiais para o curativo, que eram disponibilizados.

Eles deixam gaze, quando estava tendo! O chumaço semana passada eles não tinham para deixar, aí, quando foi essa semana, a menina deixou um pouquinho aqui para mim. Mas, teve uma época que eles não tinham nada para deixar! Eles deixam luva, eu gasto muita luva, eu gasto muita luva com ela (Rosa).

A agulha para colocar na pontinha, o soro, gaze e esparadrapo, um rolinho de coisa, e uma buchinha também! O chumaço, eles dão, eles vem com a sacolinha todos os dias (Amarela).

O soro fisiológico que é fornecido pelo DID, a gaze e o chumaço são suficientes, a gente acaba comprando micropore e esparadrapo (Branca).

Para o tratamento da ferida, foi mencionado o auxílio do SAD no fornecimento dos materiais para o curativo. Mesmo que, a família precisasse comprar de forma a complementar o que era fornecido, os cuidadores não deixavam de ressaltar a significância do suporte oferecido pelo serviço.

No entanto, o apoio recebido no cuidado domiciliar de um idoso com ferida, mostrou sua significância para os cuidadores responsáveis, tornando o cuidado mais sustentado e amparado, atenuando os custos com materiais e responsabilização pela assistência.

6.5.2 Considerando o processo de cuidado com a ferida

Na análise dos dados empíricos foi possível compreender que no decorrer do processo de tratamento com a ferida, vários fatores interferiam como agravantes do custo do cuidado, tais como, o tipo de tratamento estabelecido, características e a localização da ferida. Vale ressaltar que, as feridas não foram avaliadas pela pesquisadora e sua análise está baseada nos relatos dos participantes.

Os tipos de cobertura e a quantidade utilizada no tratamento geraram diferentes custos para a família.

E, cada época era uma pomada, às vezes, que a gente utilizava placa, que é muito cara! A gente tinha que comprar (Vermelha).

É com a placa e com óleo que eu estou cuidando. Mas, antigamente quando estava muito piorzinha, a gente colocava colagenase que o DID fornece. Ah! Quando ela usava essa placa fitoscar a gente gastava muito mais! Mas, essa placa aqui é mais de 50 reais! Mas, agora que esta pequenininha uma dessa pode chegar a um mês. Quando estava grande, gastava duas a três por mês (Verde).

Porque a ferida dela é bem grande! Bem extensa! Roda a duas pernas, vai de um lado ao outro, aí gasta bastante! As duas pernas, né? Aí gasta bem! Igual essa pomada, eu tenho que comprar, essa hidrogel, e tem o óleo. Só dá para uma semana! (Marrom).

Diferentes tipos de coberturas que utilizaram no processo de tratamento da ferida e apresentavam diferentes preços. Como apontado nas falas, os custos do tratamento dependia da cobertura que o SAD tinha disponível, além da quantidade de material que necessitavam, e sua relação com as características das feridas.

Porque essa [ferida tumoral] eu só limpo com vaselina, não faço curativo não! Aí, isso fica barato! (Violeta).

E nessa perna que amputou, eu só lavo com soro e passo álcool (Laranja).

Pelas falas de Violeta e Laranja, que vivenciaram o cuidado do idoso com feridas de diferentes etiologias foi analisada uma espécie de comparação com os gastos materiais para o curativo das lesões por pressão às provenientes do Câncer de pele e por incisão cirúrgica, estas demandaram menos custos com materiais para esses participantes.

No que se refere à necessidade de troca dos curativos, foi possível compreender quanto sua localização na região sacral.

Tem que trocar duas vezes. Às vezes até mais! Porque vai urina, a mãe urina demais, ela urina o tempo todo (Vermelha).

Porque molha de xixi, vai coco, aí se eu vejo que precisa eu troco. Igual, ela estava com diarreia, aí que tem que trocar mesmo! (Azul).

A gente não deixa ficar sujo não! Ai a gente tampa bem, mas tem dia que não tem jeito, ela faz muito xixi, aí molha tudo! (Preta).

Tem vez que eu preciso trocar três vezes no dia! Porque se fizer coco e molhar, você tem que trocar. O xixi também, se tiver molhado você tem que trocar. Mas, tem vez que é só duas vezes no dia, porque se não molhar não troca. Ali atrás, hoje eu já troquei duas vezes! (Violeta).

Por estarem localizadas na região sacral, ocorria a contaminação do curativo, por fezes e urina, como encontrado nas citações dos participantes, pois, houve maior necessidade de troca. O número de troca dos curativos variava, pois, dependida do volume urinário, das características das fezes, que levavam à contaminação mais frequente. E, mesmo utilizando

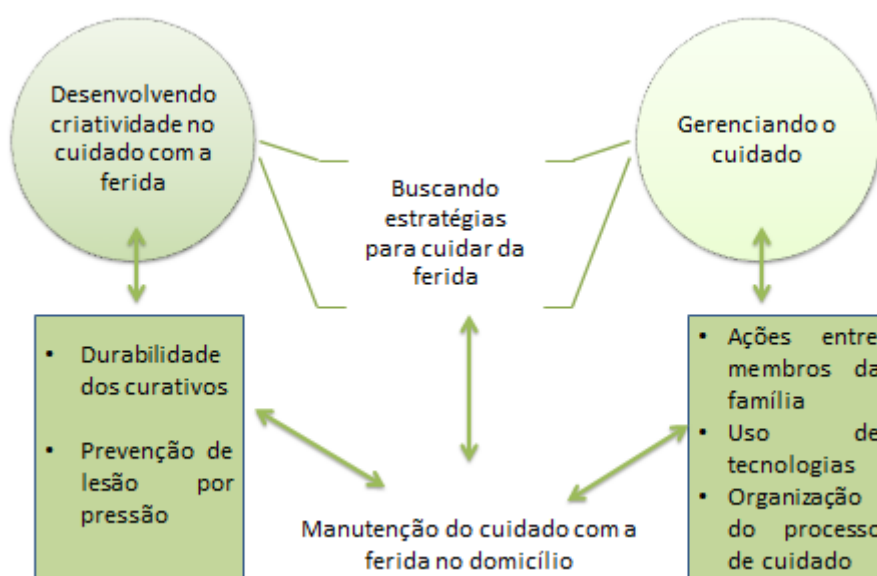
coberturas, que poderiam permanecer no leito da ferida por um tempo mais prolongado, não era possível mantê-las em condições adequadas para uma maior durabilidade. Com isso, os gastos com materiais eram maiores, o tempo dedicado ao cuidado se intensificava, além do desgaste físico e emocional do cuidador.

Houve uma prevalência da lesão por pressão nos idosos, dentre essas a lesão localizada na região sacral. Estas lesões geram custos para a família e para os serviços de saúde, apontando a necessidade de ações de prevenção de forma eficiente e eficaz, tanto em âmbito hospitalar quanto na assistência domiciliar.

6.6 CATEGORIA 4: BUSCANDO ESTRATÉGIAS PARA CUIDAR DA FERIDA

Foi possível compreender como a família fazia para cuidar de uma ferida e arcar com os custos provenientes desse processo. O cuidador precisou realizar algumas adaptações à sua realidade e desenvolver medidas que reduzissem os gastos, para que o cuidado domiciliar de uma ferida fosse viável. Essa categoria será apresentada em associação com suas duas subcategorias: Desenvolvendo criatividade no cuidado com a ferida; Gerenciando o cuidado.

Diagrama 4: Buscando estratégias para cuidar da ferida



6.6.1 Desenvolvendo criatividade no cuidado com a ferida

Desde que cuidar da ferida se instalou no cotidiano das famílias, elas se viram necessitadas a tomar medidas que pudessem contribuir na realização dos procedimentos, e ao mesmo tempo, reduzir os custos provenientes deste. Pela análise dos dados, foi possível verificar que, as famílias desenvolviam estratégias criativas para aumentar a durabilidade dos curativos.

Ela alérgica, se colocar esparadrapo nela a pele arranca! A gente cobria a ferida dela com aquele esparadrapo. A gente fazia, lacrava tudo com o hipoalergênico, e cobria com esse outro, para ficar tipo um forro. (Vermelha).

O esparadrapo a gente coloca depois que a gente coloca o curativo. Não que precisa, mas, a gente coloca para proteger do xixi, das fezes, entendeu? (Verde).

E o curativo, tem que estar bem fechadinho, para evitar de passar urina ou fezes para lá! Aí, depois que põem o micropore vedando, e também, eles trazem para gente tipo uma almofadinhas para por em cima daquilo ali, eles chamam de chumaço. Então a gente coloca aquilo ali, veda bem com micropore e depois vem e coloca o esparadrapo por cima (Branca).

As ações desenvolvidas eram referentes à preocupação de ocluir o curativo, para que houvesse uma diminuição na contaminação da ferida por fezes e urina. No entanto, essas estratégias foram encontradas somente nas falas dos participantes que cuidavam de uma lesão por pressão sacral. Eles relataram o procedimento que adotavam, descrevendo-os, de modo a valorizar o que realizavam.

As estratégias eram realizadas para reduzir os números de trocas e, conseqüentemente, refletiam diretamente nos gastos com materiais de curativo e no tempo do cuidado.

Porque se toda hora precisar trocar essas placas, nossa! A gente gasta muito! Porque é muito caro! (Verde).

A gente fazendo assim, evita ficar trocando toda hora que a gente troca a fralda (Azul).

As queixas referentes ao número de trocas e ao gasto, pela necessidade de realizar trocas frequentes. Com isso, tiveram a necessidade de desenvolver estratégia, como a oclusão do curativo para reduzir os custos do cuidado.

A estratégia facilitava o dia-a-dia, amenizava a sobrecarga física e psicológica que ocorriam pela frequência da troca de curativos. Isso permite inferir que, esses cuidadores adquiriram experiências no cuidado, e com isso, manter o cuidado de seu familiar idoso no

domicílio. Outras estratégias criativas e econômicas foram utilizadas no processo de prevenção de novas lesões por pressão.

O travesseirinho a gente que fez! Minha mãe comprou aquelas espumas e a vizinha forrou. Porque ela tinha máquina, muito retalho e tal. Aí todos os dias põe nela para ferida não piorar! (Amarela).

Nós compramos um colchão casca de ovo, e costuma a gente não achar o de solteiro, aí tem que comprar o de casal, custa uns 118,00, e tem dois meses que a gente comprou, e já compramos vários! Porque vai indo fica sujo, vaza xixi, aí tem que estar sempre trocando. Aí, corta o colchão, né? E o restante do colchão a gente faz as almofadas para não deixar machucar, não dar ferida nela! (Azul).

Pela análise dos dados empíricos, foi encontrado que, os cuidadores faziam os artigos que utilizam na prevenção de lesões por pressão. Tais como, a confecção de almofadas com retalhos de pano e o aproveitamento de partes de colchão de poliuretano. Na fala de Preta ficaram evidentes como as experiências vão sendo desenvolvidas, pois, todas as ações relatadas pelos cuidadores foram se construindo de acordo com as necessidades encontradas no dia-a-dia do cuidado.

Os participantes, além de estarem economizando, fazendo os artigos para a prevenção das lesões de pele estavam prevenindo trabalhos futuros com o aparecimento de uma nova lesão. Essas estratégias eram realizadas para que pudessem, de forma mais econômica, prover um bom cuidado para seu familiar.

As ações complementares, sem custo financeiro, podiam ser realizadas, como reconhecem a necessidade de mudança de decúbito para a prevenção da lesão por pressão.

A gente tem que por ela para o lado que não estava à ferida. Ela não gostava! Porque ela gostava do lado que estava à ferida (Amarela).

Ela fica de frente, fica de lado, mas como a pele dela é muito fina, de três a quatro horas virada de um lado, fica vermelho. Aí eu vou e viro do outro, mas aí eu fiz uma almofadinha para encaixar ali, aí o outro bracinho que e viradinho, fiz uma outra almofada para poder apoiar, e também, fiz uma outra para colocar no meio das pernas também para poder ficar fofinho, para não machucar ela (Verde).

Contudo, permitiu-se concluir que, a mudança de decúbito nos idosos não era tarefa fácil, devido à preferência do idoso de permanecer em uma única posição e o uso dos artigos nos diferentes pontos de pressão. Com isso, essas estratégias deixavam o idoso confortável, como na fala de Verde.

Diante do exposto, a criatividade era desenvolvida no decorrer do processo de tratamento, pois, as famílias procuravam estratégias que pudessem inferir nos custos do

cuidado, de modo a reduzi-lo, e pudessem dar continuidade ao tratamento, ao mesmo tempo em que procuravam melhorar as condições do cuidado.

6.6.2 Gerenciando o cuidado

As adaptações se fizeram necessárias para que o cuidado com a ferida se efetivasse no domicílio. Dentre as estratégias utilizadas foram encontrados, registros das ações em cadernos utilizados pelos membros da família que compartilhavam o cuidado, a utilização de tecnologias como, o uso de telefones para contato com a equipe e registros fotográficos, a organização do processo de cuidado por meio de escalas entre os membros da família e a gestão dos custos materiais.

No que se referiu aos registros entre os diferentes membros família envolvidos no processo de cuidado, a utilização de um caderno de anotações para registrar o cuidado realizado enquanto estivesse responsável pelo cuidado.

A gente tem um caderninho, que cada dia que um fica escreve no caderninho, tudo que acontece! A gente escreve como está a ferida, o que passou no curativo, essas coisas. Que aí, o outro que chega sabe e continua fazendo (Branca).

Eu que fico o dia todo, mas meus irmãos vêm à noite, aí tudo que acontece a gente escreve nesse caderno. Se deu algum remédio, se trocou o curativo, se ela sentiu alguma coisa. Isso tudo a gente vai escrevendo... (Azul).

Eu deixo tudo anotado, porque se um dia alguém precisar ficar com ele, eles não sabem de nada! Aí eu deixo tudo anotado ali. Igual ano passado que ela [a mãe] precisou ficar internada umas três vezes, aí sempre tem que ter alguém para ficar com ele aqui (Violeta).

A utilização do caderninho foi para que os membros da família que, compartilhavam o cuidado pudessem encontrar todas as informações referentes ao familiar idoso. Como pôde ser observado nas falas de Branca e Azul, os registros se fizeram necessários para que os irmãos dessem continuidade ao processo de cuidado e para que todos os envolvidos soubessem o que havia ocorrido enquanto outro familiar cuidava.

Na fala de Violeta, foi possível observar que, mesmo ela não compartilhando o cuidado com os irmãos, sua preocupação em deixar registrado, era que, se um dia ela precisasse se ausentar de forma imediata, os irmãos não estavam preparados para assumir as responsabilidades, pois, não participam do processo de cuidado. No entanto, deixar anotado seria uma forma de auxiliá-los, caso fosse necessário que assumissem.

O registro foi uma estratégia para realizarem um cuidado contínuo e organizado, entre seus membros, e que não fosse dependente do prontuário profissional do SAD. Mas, para os profissionais, o acompanhamento desses registros pode ser importante, pois, há informações relevantes do dia-a-dia do cuidado familiar. Como as visitas eram realizadas semanalmente, seria uma forma de terem informações pertinentes do acontecido durante a semana.

Uma fonte de informação encontrada pelos participantes foi à utilização da *internet*, para busca de auxílio para o cuidado.

E como a pele dela está muito fina, fica vermelho, aí eu vou e viro do outro. Isso a gente aprendeu desde que a vó internou. A gente procura saber, procura na internet! (Verde).

O colchão elas explicaram que ia dar menos ferida. Porque a pele dele está muito fininha, aí o corpo dele ia ficar mexendo ali dentro. Mas, assim eu não sei como funciona muito bem não, eu vi umas fotos na internet, vi faixa de preço, é de 600 a 800 reais (Violeta).

A *internet* tornou-se uma aliada do processo de cuidado, pois buscavam formas de melhorarem a assistência a seu familiar. Na fala de Violeta, além disso, utilizou-se a *internet* como estratégia econômica, pois, estava à procura de melhores preços, para que pudesse, futuramente, adquirir um colchão pneumático para seu pai.

Torna-se relevante inferir que as informações obtidas por meio da *internet*, não são só importantes para o desenvolvimento do cuidado, mas, também, mostrou o acesso dos cuidadores a esse meio de comunicação. Os participantes tinham disponível e sabiam utilizar essa tecnologia que se tornou uma aliada na contemporaneidade.

O uso de outras tecnologias foram encontradas, como o telefone, por meio de ligações e por mensagens via *whatsapp*.

Você liga para lá, você pede. Igual quando essa escara dela começou a piorar, na época assim, se eles viessem mais... Assim, precisou vir três médicos aqui para equipe voltar a vir. Então, quando vieram já estava num grau assim... E eu ligando: oh gente! Teve um dia que eu liguei quase chorando, e falei: oh gente! Eu chorei no telefone. Teve um dia que veio uma moça, aí ela anotou, falou que ia passar um whatsapp para enfermeira vir, ela falou que ia pedir para X [enfermeira] vir na segunda-feira (Rosa).

Outro dia, eu liguei para eles, falei: acho que a ferida está aumentando! Tem como vir aqui? Aí, eles me acalmaram, falaram: fica calma, amanhã a gente vai a! Para gente isso é muito bom! (Laranja).

As tecnologias em saúde podem ser uma forma de suporte e acompanhamento contínuo do cuidado domiciliar. As ligações realizadas pelos cuidadores para solicitar

atendimento à equipe do SAD, comunicando o que estava ocorrendo no domicílio, a evolução da ferida, para que recebessem o atendimento. Observou-se a utilização do *whatsapp*, por meio de envio de mensagens pela técnica de enfermagem, para solicitar a assistência da enfermeira no domicílio para o cuidado com a ferida, conforme relatado por Rosa.

Os meios de comunicação foram importantes para compartilharem informações entre os envolvidos no processo de cuidado. Além de caracterizar em um suporte para o cuidador, que no momento de aflição e desamparo, encontraram maneiras de comunicar com a equipe profissional.

Ao mesmo tempo, as tecnologias permitem um envolvimento maior da equipe com o momento atual do processo de tratamento. A comunicação entre os membros da equipe se fez necessária, de modo a buscarem resolutividade e compartilhamento das ações de cuidado.

As fotografias foram encontradas nas falas dos participantes, como uma ação profissional, em que os enfermeiros a utilizavam para registrar o tratamento das feridas.

A enfermeira quer ver como o curativo está aí ela tira foto!(Amarela).

Eles fazem, e eles que me ensinaram como fazer. Eles querem ver como que está, pede para tirar foto (Azul).

As fotografias foram uma forma que os profissionais enfermeiros encontraram para registrar o processo cicatricial, para acompanhamento semanalmente. E, mostrava que as ações de enfermagem eram de supervisão do processo de cuidado, que iam para o acompanhamento do que estava sendo realizado pelo cuidador e pelo técnico de enfermagem.

Neste sentido, como as visitas da equipe de enfermagem eram realizadas semanalmente, os cuidadores se viam frente à necessidade de organizar o cuidado diário sem a presença dos profissionais. Isso fez com que sentissem capazes de realizar o cuidado, de modo que chegavam a dispensar a realização do curativo pelos profissionais durante as visitas.

Às vezes, eles nem fazem curativo, e eu também não faço questão não! Porque ainda eu não dei o banho e tudo. Aí, às vezes, se fizer o curativo fica mais difícil para dar o banho. Então, eu não faço questão deles fazerem, eles perguntam se quer que faz, e eu falo não! Porque a gente já sabe já! (Verde).

O Stimulen, que foi por nossa conta... (Preta).

A análise desses dados nos remete que, como diariamente os cuidadores são os responsáveis pelo cuidado, a presença profissional uma vez na semana, não necessitaria da

realização do procedimento, pois já se havia estabelecido uma rotina de cuidado e se sentiam seguros para realizar o curativo. Seus horários eram importantes, e a equipe chegava em diferentes momentos, ou, às vezes, já tinham realizado o curativo, ou ainda não havia dado o banho, que eram acontecimentos que dificultavam a realização do procedimento pelos profissionais.

Conforme descrito nas falas dos cuidadores, sentem-se capacitados para realizar o cuidado, e chegam a decidir a cobertura utilizada no tratamento, como na fala de Preta. Esse achado merece ser destacado, pois, as coberturas estão disponíveis e de fácil acesso para serem compradas. Foi possível compreender que os cuidadores podiam comprar as coberturas sem que fosse prescrito por um profissional da saúde, ou mesmo sem o acompanhamento deste.

Como se trata do ambiente domiciliar, o cuidador sente-se livre e autônomo para realizar qualquer medida que julgar necessária, pois, considera que o familiar idoso está sob sua responsabilidade.

Para tanto, a família gerenciava os custos do cuidado para conseguir arcar com tratamento e a prevenção das feridas em âmbito domiciliar.

Essas toalhinhas que a gente compra para higiene dela, limpar ela... A gente compra muita quantidade de uma vez, a gente vai lá na fábrica, aí dura muito tempo! Mas para gente sai muito mais barato que comprar na rua (Branca).

Igual óleo que ela usa no restante da perna, que não é na ferida, que eu gasto. Aí eu compro três de uma vez, que aí sai mais barato para mim! (Marrom).

As falas de Branca e Marrom mostraram a preocupação em comprar os materiais necessários, mas, de forma econômica, e para isso, elas precisavam comprar em maior quantidade para conseguir descontos.

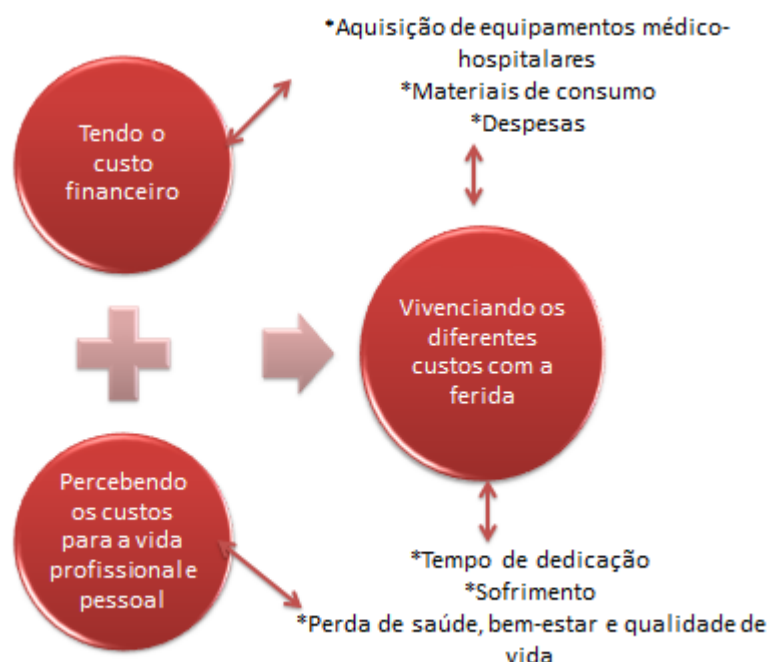
As estratégias utilizadas cumprem a função de assegurar o cuidado domiciliar do idoso com ferida, mas, ao mesmo apontam a necessidade de uma análise crítica sobre o papel assumido pelo cuidador familiar, para que não assumam responsabilidades que compete aos profissionais.

6.7 CATEGORIA 5: VIVENCIANDO OS DIFERENTES CUSTOS COM A FERIDA

Apreendeu-se com a análise que ao cuidar de um idoso com ferida no domicílio, o cuidador vivencia os custos provenientes deste. Diferentes tipos de custos estiveram envolvidos no processo de cuidar de uma ferida em âmbito domiciliar, dentre eles, o custo financeiro, as oportunidades de vida perdidas, os desgastes físico e emocional.

Esta categoria emergiu de suas subcategorias: Tendo o custo financeiro; Percebendo os custos para a vida profissional e pessoal, como expressas no Diagrama 5.

Diagrama 5: Vivenciando os diferentes custos com a ferida



6.7.1 Tendo custo financeiro com o cuidado

Os gastos serão abordados como custos diretos, que se refere à aquisição de equipamentos médico-hospitalares, consumo e despesas do domicílio. Esses dados foram coletados com o auxílio do questionário (ANEXO E). Não foi possível mensurar o custo mensal com o tratamento da ferida, os relatos se referiam ao início do tratamento domiciliar. Os participantes não conseguem separar os gastos com o início do tratamento da ferida, apesar de reconhecerem que houve um aumento, mesmo sem saber contabilizá-lo.

Em relação aos equipamentos e artigos médico-hospitalares para o cuidado direto com a ferida foi reconhecido seu gasto, mas, também, sem saber mensurá-los.

No que tange aos gastos com os equipamentos médico-hospitalares para tratamento e prevenção de feridas, foram considerados colchões (pneumático e poliuretano), almofada para assento e coxins.

Tivemos que comprar uma almofada para colocar em volta da cadeira de banho, porque já estava machucando também! Essas coisas que ela usa são tudo de silicone, todos os travesseiros dela. Antes a gente colocava cobertor em volta, aí a gente percebeu que aquilo estava esquentando! Esquentava na época do calor, aí a gente foi e comprou! (Rosa).

O colchão é casca de ovo, já comprou dois, porque um ficou muito velho, então a gente achou que não estava muito bom! E, também esses dias ela estava com diarreia, então sujo! E, aí já estava velho, aí resolvemos trocar. Ele custou 75 reais, esse colchão! Mas a densidade dele é melhor (Verde).

Eu tive que comprar esse colchão casca de ovo, porque eles me falaram que era bom para a ferida dela! Aí eu acabei comprando... Eu não lembro mais, mas acho que era quase 100 reais! (Azul).

Compramos o colchão, o colchão mesmo! Porque em cima dele está esse que eu te falei, o pneumático, que é de uma amiga. O colchão custou 350 reais, ele já vem encapado, ele é azul igual de hospital mesmo! (Branca).

O colchão na época custou 850 reais, mais ou menos! Nós compramos para ajudar a não ferir mais, não abrir ferida nela. A gente fez, também ,aqueles negócios com casca de ovo, os coisinhas para escorar e não ferir! Essas coisas... (Preta).

Pela análise dos dados empíricos, os participantes foram relatando os valores gastos com os equipamentos. Esses eram adquiridos de forma esporádica, de acordo com a necessidade apresentada. Os colchões aparecem de forma incisiva nas falas e sua aquisição estava relacionada ao tratamento e prevenção de lesões por pressão. Os valores muitas vezes não eram mencionados, por não recordarem, como na fala de Rosa, ou relatavam preços aproximados, como aparece na fala de Azul. Quando solicitados os comprovantes de compra, os participantes relatavam não guardá-los.

Em relação aos materiais de consumo, os gastos com hidratantes e óleos, também, foram descritos para a prevenção de novas lesões.

O corpo dela onde não tem curativo, eu passo um creme, ou um óleo, que a gente passa nela (Verde).

A gente usa o óleo na pele dela que é muito seca, passa nas costinhas, também! Faz a mudança de posição (Preta).

Eu uso na pele dela, hidratante que eu compro que é muito caro! Mas ele dura dois meses é 220 reais (Marrom).

Cuidar dela... passar o creme nela... (Branca).

Foi possível compreender que os gastos com produtos não eram contabilizados por se referirem a cuidados pessoais. Mas, despertam para a relação de prevenção da lesão por pressão, quando prescritos por profissionais para serem aplicados de forma preventiva, como na fala de Rosa e Marrom, ao mesmo tempo em que faz relação com a mudança de decúbito, como encontrado na fala de Preta.

Na fala de Branca, percebeu-se que esse tipo de cuidado tinha significância para o cuidador, pois, era um momento que relacionavam com amor e carinho.

Entre os custos diretos relatados no tratamento e prevenção de feridas, pode-se compreender que os gastos com as coberturas geravam maior impacto no orçamento mensal familiar, pela frequência de compra e pelos valores gastos.

Mas essa placa aqui [alginato de cálcio e sódio] é mais de 50 reais! Mas se falarmos tem que comprar! A gente tem que comprar, pode custar 100 reais, que a gente dá um jeito de comprar! (Verde).

Aí ele [hidrogel] a gente comprava, era 48 reais cada pomada. Aí nós usamos de três a quatro meses. Mas, hoje nós estamos usando o AGE (Branca).

Hoje em dia a gente só compra o Stimulem, ele é caro, mas dura muito! A gente só usa um pouquinho... (Preta).

Agora eu comecei a comprar essa aqui [papaína 2%], dois desses custou, 46 reais! Mas, acho que vai dar para mais de um mês (Laranja).

As famílias têm gastos com a cobertura, que podem comprometer o orçamento familiar, considerando a classificação econômica destas. A fala de Verde demonstra o quanto essas famílias assumem o cuidado, pois, sua afirmativa foi incisiva na fala de ter que comprar, tendo o cuidado como de sua responsabilidade. Cabe inferir que, há uma contribuição do SAD, mas o serviço não disponibiliza todos os materiais necessários ao tratamento da ferida.

Vale ressaltar que, como descrito anteriormente, as famílias são classificadas economicamente em C1, C2 e D-E sendo os orçamentos restritos para cuidar de um idoso com ferida no domicílio. Os idosos com doenças crônicas demandam gastos e quando está associada à ferida torna-se ainda mais oneroso.

Os gastos com as coberturas foram analisados e estão apresentados no Quadro 5. Para que as famílias não assumissem os custos, o mais indicado para isso seria a prescrição de coberturas disponíveis no serviço ou que o serviço ampliasse sua oferta.

Vale destacar que, os valores não foram tidos como gasto mensal e sim o gasto do último mês. Isso porque, o cálculo mensal não foi possível de ser realizado devido à

frequência de trocas e o material que o SAD disponibilizava para o tratamento, que não era previsível.

Quadro 5: Gastos com coberturas utilizadas no cuidado com a ferida em um período de 30 dias. Juiz de Fora, 2017.

Participantes	Coberturas			
	Tipo	Apresentação	Quantidade/ Valor unidade	Valor/Total
Rosa	Papaína 2% (produto manipulado)	fr	1 fr/36,00	36,00
	AGE/Curatec	200ml/fr	6 frs/13,90	83,40
Amarela	AGE/Curatec	200ml/fr	1 fr/14,03*	14,03
Vermelha	AGE/Curatec	200ml/fr	2 frs/15,00	30,00
Verde	AGE/Dersani	200ml/fr	1 fr/54,00*	54,00
	Alginato de cálcio e sódio	placa	1 placa/50,00	50,00
Branca	AGE/Curatec	200ml/fr	4 frs/12,80	51,20
Azul	Dersani	200ml/fr	2 frs/58,00	116,00
Preta	AGE/Curatec	200ml/fr	1 fr/15,00	15,00
	Stimulen	tubo	1 tubo/100,00	100,00
Violeta	AGE/Curatec	200ml/fr	1 fr/15,00	15,00
	Vaselina	100ml	2 fr/5,00	10,00
Laranja	Papaína 2% (produto manipulado)	fr	2fr/23,00	46,00
	AGE/	200ml/fr	1 fr/15,00	15,00
Marrom	AGE/Dersani	200ml/fr	3 frs/50,00	150,00
	Hidrogel/Curatec	tubo	4 tubos/39,00	156,00

Fonte: a autora

*Valores não mencionados estão de acordo com o levantamento de preço médio realizado em site. Disponível em: <http://www.cliquefarma.com.br/>

Os resultados foram descritos de acordo com os dados levantados no questionário (ANEXO E), as entrevistas e as notas de campo da pesquisadora, pois, nos relatos foi encontrado óleo de girassol, mas mostrado o Ácido Graxo Essencial (AGE). Os valores não mencionados, pelos participantes, estão, de acordo com o valor médio encontrado em site único, utilizado para levantamento dos preços na internet pelo site do Clique Farma. Por meio deste site encontra-se uma variedade de preços de coberturas disponíveis no mercado,

permitindo realizar um levantamento dos preços mais próximo à realidade encontrada. Para ter acesso a este site, é só acessá-lo, conforme descrito na lista de referências bibliográficas.

Em relação ao aumento do consumo de artigos médico-hospitalares (gaze, chumaço, luva, esparadrapo), os familiares relataram que no cuidado domiciliar já havia esses gastos, mas, eles se intensificaram com a ferida.

A gente compra micropore. O DID até fornece, mas, o que ele fornece vem pouco! Antes até dava, mas, agora dá mais não! E é raro eles trazerem. Sempre falam que tem pouco lá, então a gente também compra o esparadrapo (Verde).

Esse mês eu comprei um pacote de gaze, 22 e pouco, mas dá para mais tempo, comprei um, soro também, que é três e pouco, e assim vai... (Azul).

Eles vem e traz o material! Aí o material da até na quarta, aí depois do meio da semana eu tenho que comprar até domingo, quando eles voltam! O soro acaba, se não vier o grande, se vier o grande da para esperar elas virem. Mas, quando não mandam grande eu tenho que comprar. Soro, gazinha, o chumaço e a faixa! (Marrom).

Eles me dão muita coisa! Mas aí, outro dia acabou, aí eu liguei para eles, não tinham como trazer, eu tive que comprar. Mas assim, é caro demais, paguei 10 reais em duas gazinhas e um sorinho (Laranja).

No entanto, não foi possível mensurá-los mensalmente, pelas mesmas justificativas encontradas no cálculo das coberturas. Mas, foi possível perceber que, na fala de Azul, os gastos mesmo sendo valores, relativamente pequenos tem significância nos orçamentos familiares. Outro impedimento para o cálculo mensal dos gastos foi que, por comprarem maior quantidade de produtos, para aproveitarem preços mais econômicos, estes duravam mais de um mês.

O gasto com vestuários, considerando o pijama e lençol, mas, nos relatos, seu gasto estava associado com o aumento do número de lavagens.

A gente gasta mais! Porque o lençol a gente lava demais, aí ele nem aguenta, todo dia tem lençol para lavar. A mãe, também, já comprou muito lençol, igual assim o lençol começa a ficar podre de tanto que lava. Se fizer xixi e molhou a gente troca tudo! Igual semana passada que ela estava com diarreia eram duas a três camisolas por dia. E, independente do lençol estar sujo, tudo é trocado! O lençol, o forro, o travesseiro dela é tudo trocado! Porque eu penso assim, as bactérias estão tudo ali dos machucados, e se você colocar de volta, aquelas que já estão ali, fora as que estão no machucado. Bom, eu penso assim! (Verde).

Aí, tudo a gente foi comprando! O lençol a gente tem muita quantidade, a gente troca muito, pelo o fato da escara a gente tem que trocar todo dia (Rosa).

Com base nas citações, os cuidadores relataram maior gasto dos vestuários, mas, não foram encontrados em nenhuma entrevista os valores atribuídos a esse aumento. Foi possível

compreender o aumento do número de lavagens, pela frequência de trocas, pois, as preocupações estavam relacionadas ao cuidado com a ferida, e com isso, levou a um desgaste nos vestuários.

A associação que fizeram com o aumento do consumo de água pela frequência de troca e lavagem dos vestuários.

E para lavar a roupa também! A gente separava tudo dela, com essa ferida, nem era para contaminar a gente, mais por conta dela. Porque a gente ficava assim: vai pegar bactéria, vai pegar bactéria! Num tem como, separava peça por peça para lavar, lavava tudo separado, aí gasta mais, né? (Vermelha).

Lavo roupa todo dia, porque a gente gosta de deixar a cama dela bem limpinha, sabe? Todo dia é trocado o lençol, trocado a fronha, a roupa dela, a camisola a gente troca todo dia! É preferível gastar mais água e deixar ela sempre bem limpa, a cama dela bem limpa! (Azul).

Porque é muito mais roupa que a gente lava! Tem as roupas de cama, as camisolas que sujam de sangue, o curativo escorre, xixi que vaza... (Violeta).

Antes eu até lavava mais roupas, quando a ferida estava pior, porque vazava pus, sangue, aí eu tinha que tirar. Agora como não vaza muito mais, eu até deixo mais um pouco (Preta).

O idoso com ferida provocava uma preocupação nos cuidadores em relação às lavagens de roupas, ao mesmo tempo em que, essas causavam uma sujidade visível nos vestuários, e por medo de contaminação. Deixar tudo limpo dava-lhes a sensação que o idoso estava sendo cuidado e promoviam bem-estar.

O aumento das despesas eram dependentes, pois, com o a lavagem de roupas, houve um consumo maior de água e energia elétrica. No que se refere ao consumo de água foi apontada a sua dificuldade de cálculo.

Mas assim, eu não sei quanto que aumentou, porque eu lavo a roupa dela na minha casa (Azul).

A água fica difícil eu falar quanto que aumentou! Porque tem a minha sobrinha que mora do lado que usa a mesma água. Aí, a gente divide com ela, mas eu pago a maior parte, porque aqui todo dia você está lavando roupa, se trocou, tem que jogar lá para lavar (Branca).

A dificuldade de mensuração dos gastos ficou clara nas falas de Azul e Branca, que mencionaram haver mais gastos, mas, não era possível calculá-lo. Azul lavava as roupas da mãe em seu domicílio e Branca dividia o hidrômetro com a sobrinha. O consumo de energia elétrica, também foi relatado.

A gente lava mais roupa! Aí com certeza a máquina consome mais energia. E, até tive que comprar uma máquina nova, de tanto que ela trabalha. Esse colchão fica ligado 24 horas, aí eu acho que isso que aumentou bastante a luz, depois que começou a usar esse colchão aí (Branca).

A utilização da máquina de lavar roupas com frequência, desencadeava um aumento nas contas de energia elétrica. Essa foi relacionada com a utilização do colchão pneumático, que pôde ser compreendido na fala de Branca.

Nenhum dos participantes desta pesquisa tinha tarifa social nas contas de água e energia elétrica.

O que se referiu à alimentação, os participantes afirmam que, na dieta artesanal as famílias consomem carne, do tipo músculo. Além disso, o uso de albumina para potencializar o tratamento da ferida.

A sopinha que ela faz coloca músculo, um pedacinho de músculo. Depois bate no liquidificador, depois tem que coar para passar na sonda (Amarela).

Hoje por exemplo, eu tenho que usar muito músculo na sopa dela, aí meu cunhado, já comprou! E, hoje ela já trouxe uma sacolinha de músculo (Rosa).

Aí a questão do músculo na sopinha, foi um médico que veio aqui, esse médico específico, mexe com a parte da nutrição, ele fez uma pós, num sei, ele disse que faz estudo dessa parte, desta questão de ferida. Ele falou: eu sei que o músculo, igual sua mãe que tem uma ferida aberta, ele vai ajudar, aí eu oriento vocês a cozinhar o músculo todos os dias na sopa. Aí a gente faz isso! A gente dá albumina para ela também, ele mesmo que passou (Vermelha).

A gente compra assim, também, é a albumina para ela (Preta).

Na análise dos dados empíricos foi possível perceber que, há um incremento na dieta artesanal oferecida ao idoso com ferida, como nas falas de Rosa, Amarela e Vermelha, e com isso, a família precisava comprar esses produtos. Na fala de Rosa, compreendeu-se que, há uma contribuição de outros membros família no fornecimento de ingredientes para a dieta.

No que se refere à dieta artificial, seis idosos faziam seu uso exclusivamente não foi encontrada nenhuma relação de sua composição com a cicatrização da ferida. É importante informar que, a dieta era fornecida pela secretaria municipal de saúde, e na falta, a família assumia sua compra.

Pode-se afirmar que, a família assume os custos diretos do cuidado com a ferida. Há uma contribuição do SAD, principalmente, no fornecimento de materiais para o curativo, mas, na falta de fornecimento, ou a família assumia os gastos, ou o idoso ficaria sem receber seu cuidado necessário. Além disso, a aquisição de equipamentos médico-hospitalares e as despesas do domicílio com a ferida foram relatadas como de responsabilidade dos familiares.

Mesmo com a dificuldade encontrada para mensurar os gastos dispendidos no cuidado com a ferida, esses foram perceptíveis para os cuidadores. O cálculo dos gastos/custos é difícil devido à imprecisão, pois cada mês era uma demanda específica do cuidado e as famílias não mensuravam o consumo.

6.7.2 Percebendo os custos para a vida profissional e pessoal

O cuidado domiciliar de um idoso com feridas gerava custos para a vida profissional e pessoal do cuidador. Esses custos estão classificados em custos indiretos e intangíveis. Esse agrupamento de conceitos facilitou o processo de análise dos dados.

No que se refere aos custos indiretos, relacionou-se ao aumento das horas que os cuidadores passavam cuidando quando o idoso tinha uma ferida. A realização do curativo, a frequência de trocas, as ações de prevenção, como no cuidado com a pele e mudança de decúbito, puderam ser percebidas como demandando maior tempo do cuidador.

Aí eu dou o banho nela, e demorava uma hora, uma hora e pouquinho. Aí com a ferida são duas horas! Porque até fazer o curativo! E, depois eu sento ela ali, para mudar ela de posição, ela fica ali uma hora e pouquinho, até a gente trocar as coisas dela, e tudo... (Verde).

A gente vai cuidando... E de um intervalo no outro a gente tem que vir e virar ela, de duas em duas horas. Aí a gente vem e vira, para não dar mais ferida! (Azul).

Tem vez que eu preciso trocar três vezes no dia (Violeta).

A realização do curativo pelos cuidadores é relatada como demorado, e, além disso, pode haver necessidade de trocas frequentes, o que leva um maior tempo. As ações de prevenção da ferida puderam ser observadas nas falas, como ações que demandam tempo e o cuidador precisa estar o tempo todo envolvido no processo de mudança de decúbito.

Foi compreendido que a ferida exigia maior tempo de dedicação e, conseqüentemente, os cuidadores precisavam abrir mão dos afazeres pessoais e até mesmo da própria vida.

Eu cheguei no meu trabalho e falei que não podia trabalhar mais! Porque assim, eu ia sair do serviço por causa da minha avó. Eu até tentei trabalhar meio período, trabalhei assim uns dois anos, mas, depois não teve mais jeito. Então eu estou sem trabalhar, já surgiram novas oportunidades, mas não tem como! Porque eles querem horário integral, e não tem como, eu não ia poder sair para trabalhar e pensar, quem vai dar o banho e trocar o curativo... Eu pensava assim, porque minha tia já é uma pessoa que já tem setenta anos, minha mãe sessenta e poucos, então não tem mais aquela força... (Verde).

Eu era vendedora, vendia roupas, viajava. Eu até tentei no início, mas depois eu vi que não tinha jeito! Porque agora ele exige mais ainda de mim, tenho que ficar por conta. Igual agora os curativos, aí exige mais de você! Eu fico o tempo todo com ele, é muita coisa para mim sozinha! Então não dá para viajar e comprar as coisas que eu vendia, não dá sair para vender (Violeta).

Pôde-se dizer pela análise dos dados que, a redução ou perda de trabalho dos participantes desta pesquisa, estava mais relacionada com o cuidado do idoso em geral, não com o surgimento da ferida, apesar dessa ser um agravante. Nesta pesquisa, seis participantes perderam o emprego por exercerem a função de cuidadores.

Diante das oportunidades de vida perdida e um futuro econômico incerto, o cuidado no domicílio gera uma carga de estresse e descontentamento. Ter que cuidar de uma ferida intensificava esses sentimentos, gerando uma sobrecarga de cuidados, sofrimento e ansiedade.

Os cuidadores relataram sofrimento, além de perda de saúde, bem-estar e qualidade de vida. Nesse sentido, cuidar de um idoso com ferida no domicílio fez com que os cuidadores vivenciassem custos intangíveis para suas vidas.

Ah, tem dia que a gente está melhor, tem dia que! Para te falar verdade, tem dia que você está mais chocada! Assim, eu olho para ferida e penso: Nossa! Só está piorando! Tem dia que a gente fica mais triste de ver ela assim (Rosa).

Tem hora que eu fico triste de ver minha mãe desse jeito! Essa ferida dela, assim... Porque a ferida da uma coisa ruim na gente (Branca).

Os familiares se emocionavam ao falar do cuidado de seu familiar idoso com ferida, como este gerava sentimentos negativos. Os cuidadores relataram como se sentem ao ver a condição de saúde do idoso, pois o fato de ter a ferida dava-lhes uma sensação que o corpo estava perdendo sua vitalidade.

Com isso, foi possível compreender o sofrimento causado pela ferida e todo o processo que a envolve, que foram considerados como custos intangíveis do cuidado.

A primeira escara que foi um tamanho maior, eu levei muito susto! Não gostava nem de ver. Minhas irmãs me afastaram, porque assim eu fiquei arrasada! Eu fiquei com psicológico muito abalado. Tive que fazer tratamento com psicóloga, aí ela foi conversando comigo, aí hoje sou eu quem cuido (Preta).

Na fala de Preta, os danos psicológicos foram perceptíveis e necessitou de intervenção profissional para que ela vivenciasse o processo de cuidar de uma ferida em âmbito domiciliar. Evidenciam-se traumas vividos, que são imensuráveis para a qualidade de vida e saúde do cuidador domiciliar.

Tenho problema de coluna, por ficar muito tempo ali abaixada. Porque já tem que dá o banho, aí mais o tempo fazendo o curativo... (Rosa).

A minha coluna ficou muito alterada mesmo! Não conseguir mudar uma roupa, aí eu fui no médico e tomei remédio e tudo, e melhorou! Eu nunca tinha tido problema de coluna, mas, agora assim pego muito peso, fico muito tempo abaixada fazendo esses curativos! Tem que trocar mais de uma vez no dia... Isso me deixou com a coluna acabada (Verde).

As falas permitiram inferir que, as posições em que realizavam os curativos, pelo desgaste de levantar o idoso e realizar a mudança de decúbito foram fatores que contribuíram para o surgimento da lesão por esforço repetitivo.

O bem-estar e qualidade de vida associados à perda de lazer também foram mencionados. A necessidade da realização do curativo diariamente, ou mesmo, mais de uma vez ao dia, são acontecimentos que vão dificultando ou mesmo impedindo que o cuidador tenha tempo para realizar suas atividades de lazer.

Lazer é muito pouco! A gente não tem como, não dá para gente sair muito. Assim, a gente podia até sair para comer uma pizza, porque a gente tem o dinheiro para pagar uma pizza, mas assim, a gente não tem prazer! E sair, viajar e deixar minha irmã aqui, não tenho coragem. E ir nós duas não tem jeito, quem vai ficar para cuidar dela? Fazer o curativo? Acaba que só a gente que faz! O DID só vem uma vez... (Vermelha).

Saía domingo com minhas filhas, saía todo domingo com minhas filhas! Tem uma que adora passear, me leva em tudo que é lugar, eu parei de ir. Porque assim, fim de semana não tem quem faz o curativo, aí eu não quero deixar só para minha mãe, ela não consegue fazer sozinha. Eu que faço no fim de semana, então não tem como sair (Amarela).

Quando eu namorava, eu até viajava, mas, tinha que deixar tudo arrumado para alguém ficar com ela! E mesmo assim, eu não viajava tranquila! Porque eu que faço esse curativo há muito tempo, acaba que não quero deixar para ninguém, então tem vez que eu preferia não ir (Marrom).

Na fala de Vermelha, mesmo havendo condições financeiras para ir a um restaurante, ela não tinha tempo, pela sobrecarga do cuidado e nem mesmo, condições emocionais para realizar atividades prazerosas. A carga de cuidado, somado ao fato de não ter tempo para realizar atividades de distração, de lazer, levava os cuidadores a queixarem da vida que estavam tendo.

Marrom relata que por ser quem realiza o cuidado diariamente, ela não queria que outra pessoa a substituísse, o que estava relacionado à sua preocupação da ferida piorar e a preferência da mãe pelos cuidados dela. Assim, abria mão de seu lazer para cuidar.

Os custos intangíveis relatados tiveram proporção diferente na vida de cada cuidador. Isso porque estavam relacionados ao contexto de vida, a cultura, o perfil socioeconômico, as vivências que carregavam, dentre outros fatores subjetivos que interferia na vida de cada um.

Pela análise dos dados, foi compreensível o impacto dos diferentes tipos de custos do cuidado domiciliar para a vida do cuidador de um idoso com ferida.

Compreendeu-se que a vida pessoal e profissional dos cuidadores ficava em segundo plano, o que merece destaque, para que haja políticas públicas que deem suporte ao cuidador familiar, no que tange à gestão dos custos do cuidado com a ferida. É relevante conhecer os custos da família no cuidado do idoso com ferida em âmbito domiciliar, apontando para a necessidade de regulamentações para esse tipo de assistência.

7 DESCOBRINDO O FENÔMENO CENTRAL

Os dados foram reduzidos ao máximo pelo processo de codificação, visando à definição dos elementos constituintes do Modelo Paradigmático, proposto por Strauss e Corbin (2008). O modelo paradigmático foi formado pelo conjunto das relações causais, contextuais, intervenientes, estratégicas e consequências interconectadas a um fenômeno central, pelo qual emergiu a teoria substantiva.

A Teoria Substantiva da pesquisa foi construída a partir da conexão e interconexão entre os fenômenos apresentados anteriormente: **Compreendendo o cuidado domiciliar de um idoso com feridas pela família**– Condições Causais; **Tendo o domicílio como local de cuidado**– Contexto; **Percebendo os fatores que interferem nos custos do cuidado**– Condições Intervenientes; **Buscando estratégias para cuidar da ferida**– Estratégias de Ação/Interação; **Vivenciando os diferentes custos com a ferida**– Consequências.

Os fenômenos desenvolvidos apontam para o fenômeno central que representa o tema principal da pesquisa: **Assumindo os custos do cuidado domiciliar de um idoso com ferida**, que será apresentado no Diagrama 6.

Diagrama 6: Assumindo os custos do cuidado domiciliar de um idoso com ferida.



Para esta pesquisa, tomou-se como referência a análise de diferentes tipos de custos, que puderam ser observados no decorrer da análise dos dados e estão presentes de maneira distinta nas categorias, formando o modelo paradigmático.

O **cuidado domiciliar da ferida pela família** fez com que o cuidador vivenciasse um novo papel dentro do contexto do cuidar. Esse cuidado é permeado por sentimentos e emoções que vão se modificando no decorrer do tempo, com as experiências adquiridas e o resultado do tratamento. Por assumirem a realização do curativo em âmbito domiciliar, o resultado do tratamento era tido como dependente de seu papel e, com isso, os cuidadores sentiam-se responsáveis pelo cuidado.

Acaba que a gente que tem que cuidar, né? Porque assim, a gente nem sabia como lidar com ferida, como fazia o curativo... Aí, a gente foi aprendendo aos poucos mesmo, entendeu? (Verde).

Para fazer o curativo na minha mãe, hoje é muito melhor que anos atrás! Porque assim, tive que aprender, né? Tive que aprender mesmo! Porque ou eu aprendia ou... (Marrom).

Entende-se que os cuidadores vivenciavam diferentes momentos com o cuidado de uma ferida. O início para aprenderem a realização do procedimento era o momento mais crítico. Com o tempo e com a aquisição de experiência e controle das emoções, sentiam-se mais seguros do papel que assumiram. Mas para que o domicílio fosse o local para cuidado do idoso com ferida, a família precisou vivenciar os custos provenientes desses, sejam eles, emocionais, sociais ou financeiros.

Mesmo com todos os desafios vem sendo enfrentado com o cuidado de seu familiar idoso com ferida no domicílio, os cuidadores relataram ser o melhor local para o cuidado. O **domicílio como local de cuidado**, os cuidadores ressaltaram os pontos positivos do desempenho do cuidado no domicílio e relataram experiências negativas com internações hospitalares anteriores.

A ferida lá, piorou! A gente acha que foi um pouco de descuido no hospital! Porque, às vezes, ela evacua, vai as fezes lá, a urina.. Quando faz muito xixi, a gente joga assim, um jato de soro bem maior! Aí lá no hospital não, eles jogam um jato menor. Uma economia que eles fazem do soro! (Preta).

Eu que faço o curativo, só sou eu! E eu estava preocupada de inflamar, porque ela é diabética. Mas, não! Está sequinho, está muito bem... Então assim, eu agradeço a Deus! Eu sinto muito bem vendo que eu estou cuidado e está melhorando! (Laranja).

Destaca-se que, comparativamente ao hospital, o cuidado da ferida era melhor quando realizado no domicílio pelos próprios cuidadores, pelo fato de assumirem o curativo. Com

isso, sentiam que suas ações apresentavam mais resultados e relatavam o domicílio como o melhor local para o cuidado com a ferida.

A análise dos dados permitiu compreender que, para desempenharem o cuidado com a ferida no domicílio, os cuidadores **vivenciam diferentes custos**. O custo financeiro, representado por custo direto, relacionado à aquisição de equipamentos médico-hospitalares, o aumento no consumo de materiais e as despesas do próprio domicílio, as quais tiveram relativa significância. Dentre os materiais de consumo, as coberturas eram as que mais geravam impacto no orçamento familiar, pois seus custos eram, muitas vezes, altos e o fornecimento pelo SAD era menos frequente.

A papaína e o óleo eu que compro. Mas, só isso para mim já fica caro! Porque a gente ganha pouco! Mas, eles falaram que não tem como dar isso!” (Laranja).

Essa pomada, eu tenho que comprar. Essa hidrogel, e tem o óleo... (Marrom).

Os cuidadores sentiam-se responsáveis por prover o material, pois, como há falta no fornecimento pelo SAD, eles precisavam comprar, ou o idoso ficaria sem o curativo. Isso também foi encontrado para os artigos médico-hospitalares que, por mais que o serviço fornecia a responsabilidade de manter a quantidade adequada ao tratamento era da família.

Os participantes assumiam o cuidado diário com a ferida, com isso, os sentimentos de estresse, ansiedade, tristeza e, também, a perda da qualidade de vida e saúde estavam relacionados à responsabilidade dos cuidadores por toda demanda de cuidado do idoso.

No fundo, você acaba descuidando um pouco. Não vou ao médico, por exemplo, fiz uma endoscopia e não levei no médico até hoje! Você faz um exame e não vai ao médico para levar, entendeu? Tem exame meu fechado aí até hoje, e não fui ao médico para levar. Você acaba relaxando! Porque você foca mais nela assim, entendeu? Ah, é! Agora ele tirou minha pressão, e eu sempre tive pressão baixa, mas agora minha pressão quando está baixa é 14x8, e assim eu não fui ao médico ainda. E elas fala: vai, vai ao médico! Mas, aí acaba que é mais relaxamento mesmo. Você acaba focando só para cuidar dela mesmo. Aí, quando surge um problema novo, igual agora o problema da escara! Ela deu a escara, entendeu? Mas, cada dia é uma coisa! Não tinha necrose, tinha uma escara pequena. Mas, agora tá de um tamanho! E, aí você ficando... Eu falo vou cuidar dela! Coloco as coisas dela em primeiro lugar (Rosa).

Por estar tão imerso à necessidade de seu familiar idoso, o cuidador não encontrava tempo para se cuidar e suas necessidades eram deixadas em segundo plano, por sentir que existia alguém que precisava mais de suas ações de cuidado. No cuidado com a ferida há, também, uma demanda maior de tempo, o que acabava refletindo em abandono de sua vida pessoal e profissional.

Ao vivenciar este cuidado com a ferida, houve desgastes emocionais e sentimentos de tristeza, dúvidas e insegurança.

Quando a ferida estava muito grande, eu ficava até doida! Eu só sei que a gente foi sofrendo, sofrendo, sofrendo, até a ferida melhorar! Agora esta cicatrizando, já está quase fechando! Nossa! Eu não podia nem olhar. Porque cada vez que a gente fazia um curativo, mais abria. Ai a gente ficava com medo! Agora está tranquilo, porque a feridinha está pequena, está mais tranquila! Antigamente, estava muito feia, muito inflamado, a gente ficava desorientada! Nossa! Eu achava sofrido demais, um sofrimento só ver aquela ferida aberta! (Vermelha).

Os desgastes provenientes do processo de cuidado refletiram, significativamente, na vida dos cuidadores. As várias fases do processo cicatricial, o sucesso ou insucesso do tratamento, incertezas do cuidado desempenhado. Tudo isso, levava-os a vivenciar custos intangíveis para suas vidas.

Mas, frente a isso, foi possível **perceber os fatores que interferiram** nos diferentes tipos de custo do cuidado domiciliar. Os apoios recebidos de membros da família, vizinhos/amigos, cuidadores contratados e o SAD, cada um com sua significância e suporte oferecido. Os diferentes tipos de suporte eram tidos como formas de amenizar os custos provenientes do cuidado.

A minha irmã, ela mora aqui em baixo! Ela vem três vezes na semana. Mas, quem me ajuda mesmo, é meu filho! Ele que mede a pressão, ele que me ajuda a trocar o curativo, faz a aspiração. Tem meus outros irmãos, que não ajudam fisicamente, mas ajudam na compra da alimentação dela, com dinheiro, trazendo as coisas que ela precisa. Igual hoje, eu já liguei e falei: tá precisando de músculo para sopinha (Rosa).

Mas assim, a assistência deles [SAD] foi fundamental. Quem consegue está bem, porque na verdade è muita economia! Porque você imagina, se tivesse que comprar tudo da ferida, contratar enfermeiro. Nossa! A gente não ia dar conta! (Verde).

Pela fala de Rosa o envolvimento da família se deu como apoio direto para o cuidado com a ferida, como auxílio no cuidado e com os afazeres domésticos e, além disso, contribuições financeiras. Na fala de Verde, apontou a significância do SAD para a realização do cuidado com a ferida, a economia relacionada ao fornecimento de material para o curativo, bem como a assistência multiprofissional que além de ser o suporte profissional, reflete como uma economia para a família.

Pode-se inferir que os cuidadores necessitavam de auxílio, pois existe uma sobrecarga de cuidado. Esta, também, esteve relacionada às condições da ferida, bem como sua localização e o tratamento proposto. O tipo de cobertura e a quantidade utilizada no tratamento interferiam nos custos que eram gerados para a família.

O primeiro passo foi, ela chegou usando o AGE, mas não foi muito para frente não. Porque a gente foi vendo que não foi melhorando, que a ferida estava muito grande! Aí, eles sugeriram usar o hidrogel. Aí, o hidrogel foi um santo remédio! Deu uma fechada mesmo! E melhorou! Ele a gente comprava, é uma pomada assim... Agora a gente usa o AGE de novo, e a gente tem que comprar, eles não dão não! (Branca).

Os diferentes tipos de coberturas, com uma variedade de preços, eram utilizadas no processo de cuidado com as feridas, seu custo dependia da cobertura que o SAD tinha disponível, além da quantidade de material que necessitavam, pela dimensão e condições das feridas. Além de estar relacionado ao número de trocas que, conseqüentemente, torna os custos materiais mais elevados, maior tempo dedicado ao cuidado e, com isso, um desgaste maior do cuidador.

Com isso, os cuidadores **buscaram estratégias** que pudessem reduzir os custos e lhes proporcionasse maior autonomia, de modo a efetivar o cuidado no domicílio.

Fomos adquirindo experiência assim... Vamos fazer isso, fazer aquilo! Vamos fazer com casca de ovo, as coisinhas para escorar e não ferir! Essas coisas... Para o bumbum a gente fez uma roda de casca de ovo. Para o calcanhar a gente fez uma rodinha! Ai, dela ficar aqui dentro para não machucar! Aí, a gente usa no braço e na perna. Porque a gente pensa: vamos fazer isso, vamos fazer aquilo, vamos ver se da certo! Aí, a gente vai fazendo... Porque não fica caro ficar fazendo! (Preta).

Mas, agora eu também já sei fazer! Eles vem, aí se já fiz o curativo, eles só olham. Aí fala como está, mas nem mexe não! (Laranja).

Foi possível compreender que, para que o cuidado pudesse se efetivar, os cuidadores desenvolveram estratégias criativas e econômicas que proporcionasse um cuidado de qualidade ao seu familiar idoso. A preocupação na prevenção de novas lesões por pressão fez-se presente, apontando para os custos que a família assumiu ao ter um familiar idoso com ferida no domicílio.

O cuidador se responsabiliza pelas ações de modo que, com as experiências adquiridas e o tempo que passam cuidando, desenvolvam estratégias que lhes garantam maior autonomia no processo de cuidar. O fato de ter aprendido o curativo lhes dava maior autonomia no processo de cuidar, tanto que chegavam a dispensar a realização do curativo pelo profissional. Eles já se sentiam assistidos profissionalmente com as orientações oferecidas e com o fornecimento de materiais.

Diante do exposto, conclui-se que no cuidado de um idoso com feridas no domicílio, os cuidadores precisaram assumir as responsabilidades e os diferentes tipos de custo advindos com ele, pois, mesmo havendo contribuições de outros membros da família e o suporte do

SAD, o cuidador precisava assumi-lo. Isso porque, na falta de material fornecido pelo SAD, na ausência do suporte de outros membros da família, o cuidador responsável se via frente à necessidade de prover o cuidado, ou o idoso ficaria sem o tratamento. Além disso, qualquer que fosse à frustração ou descontentamento em cuidar, o cuidador não teria alternativa, pois, o domicílio foi visto como melhor local para o cuidado, mas, para ter esse conceito, eles sentiam-se os responsáveis.

8 MODELO TEÓRICO SUBSTANTIVO

Trata-se da apresentação de um modelo teórico substantivo, compreendido de uma realidade específica, de caráter peculiar, que significou as vivências de diferentes fenômenos associados aos custos familiares com a ferida. Assim, a partir da análise e, considerando a forma como os fenômenos se articulam pôde-se compreender os custos para a família no cuidado de idosos com feridas, em que se desenvolveu no contexto da AD, existente na RAS do SUS.

Apresenta-se como condição causal o fenômeno **Compreendendo o cuidado domiciliar de um idoso com feridas pela família**, pois o cuidado do familiar idoso com ferida em AD gera a necessidade dos cuidadores assumirem os custos provenientes deste. Então maiores demandas de cuidado são estabelecidas, pois a ferida é tida como um agravante desse processo. Ao realizar o cuidado no domicílio, os cuidadores passam a assumir um novo papel. Ao se depararem com essa realidade, vivenciam um emaranhado de sentimentos que perpassam pela vida emocional, social e financeira. No início, sentimentos de tristeza e desespero, mas, com o tempo, vão se modificando com as experiências adquiridas e o resultado do tratamento.

O fenômeno **Tendo o domicílio como local de cuidado** é o contexto no qual o cuidado se faz. Para o tratamento da ferida, o domicílio foi considerado como melhor local, pois o cuidado se estabelecia. Mas, para isso, o aprendizado se fez necessário na realização do curativo, de modo que já se sentiam seguros para assumi-lo.

O domicílio como local de cuidado do idoso reduzia o risco de infecção, além disso, era emocionalmente menos desgastante para o cuidador, pois, apesar do cuidado no domicílio ter suas restrições para a vida pessoal e profissional, as sensações de permanência nas instituições hospitalares e as condições de acompanhante provocavam maiores desgastados.

Entretanto, para isso, o apoio do SAD é uma garantia de assistência profissional, além das contribuições materiais para o tratamento da ferida. Assim, a necessidade de atendimento em outros pontos da RAS se dá somente em caso da impossibilidade de ser resolvida no domicílio.

O fenômeno **Percebendo os fatores que interferem nos custos do cuidado** se apresentou como as condições intervenientes. Dentre essas, a existência de condições que atenuam os custos e outras que os intensificam.

O apoio recebido no cuidado domiciliar atenua a carga de cuidado do cuidador. São provenientes de membros da família, vizinhos/amigos, cuidadores contratados e do SAD.

Esse apoio tem sua significância para a realização e manutenção das atividades de cuidado de um idoso com ferida no domicílio. Os diferentes tipos de apoio, sendo cuidado direto, auxílio nos gastos e nos afazeres domésticos, atenuam os custos para o cuidador, mas a responsabilidade continua sendo do cuidador responsável.

O processo de tratamento estabelecido para a ferida, bem como suas características e localização são condições que interferem no custo do cuidado. Os custos neste tratamento estão relacionados com a cobertura utilizada, a quantidade de artigos médico-hospitalares dispendidos, bem como a dependência do material fornecido pelo SAD. O número de troca dos curativos relaciona-se ao consumo de material, aumento do tempo dedicado ao cuidado, além de um maior desgaste físico e emocional do cuidador.

De modo a conviver melhor com os custos do cuidado as estratégias de ação e interação se fizeram necessárias. Dessa forma, o fenômeno **Buscando estratégias para cuidar da ferida** mostrou que os cuidadores precisaram se adaptar à realidade e desenvolver medidas que reduzissem os custos.

As estratégias permearam todo o processo de cuidado, de modo a promover o tratamento da ferida no domicílio. As estratégias econômicas e criativas são realizadas no momento da realização do curativo, proporcionando maior durabilidade deste e na produção dos artigos utilizados para a prevenção de lesões por pressão. Com isso, é possível dar continuidade ao tratamento e, ao mesmo tempo, melhorar as condições do cuidado.

Os registros das ações são utilizados, quando o cuidado é compartilhado entre os membros da família, para se comunicarem sobre o processo de tratamento e continuidade do mesmo. As experiências adquiridas, bem como o desenvolvimento de segurança no processo de cuidar são utilizadas para estabelecer a autonomia do cuidador familiar para que, com isso, assumam papéis importantes.

Frente ao achado, o fenômeno **Vivenciando os diferentes custos com a ferida** emergiu dos dados como consequência de todo o processo. Dentre os custos, encontram-se os financeiros, oportunidades de vida perdidas, os desgastes físicos e emocionais do cuidador.

Os custos diretos são os referentes à aquisição de equipamentos médico-hospitalares, consumo e despesas do domicílio. A família, ao assumir o cuidado domiciliar de uma ferida, percebe esses custos, mas não chega a contabilizá-los.

A mensuração torna-se impossibilitada, pois vários fatores estão envolvidos no custo mensal, como a aquisição esporádica dos equipamentos referentes ao cuidado com a ferida. As despesas do domicílio são perceptíveis, mas não é possível calculá-las, pois não há uma contabilização a partir do início do tratamento da ferida. Os materiais utilizados no tratamento

da ferida são de difícil mensuração devido à variabilidade da troca de curativos, as características da ferida e o fornecimento pelo SAD.

Além disso, há os custos intangíveis para a vida do cuidador ao assumir o cuidado domiciliar, tais como perda de saúde, bem-estar e qualidade de vida. Nesse sentido, cuidar de um idoso com ferida no domicílio representa, para os cuidadores, custos de difícil mensuração, mas que se fazem presentes no decorrer do processo de cuidado.

A existência de custos indiretos é apresentada em termos de horas perdidas, mas não valorados, pois a ferida não foi a causa da perda laboral, mas um agravante para o mesmo. A realização do curativo gera uma maior demanda de tempo e, além disso, a necessidade de troca do mesmo, podendo ocorrer mais de uma vez ao dia, torna o cuidado mais intenso.

O cuidado de um idoso com ferida em âmbito domiciliar se faz necessário, porém é preciso sua regulamentação e institucionalização. Para isso, as famílias devem receber suporte adequado para o desempenho das atividades domiciliares. As responsabilidades do tratamento de uma ferida precisam ser reavaliadas pelo Estado, de modo que a família não assuma, predominantemente, o papel de cuidadora e sim seja apoiada, de fato, ao processo.

9 DIALOGANDO COM OS AUTORES À LUZ DO FENÔMENO CENTRAL

Os custos atribuídos ao desempenho do cuidado domiciliar de um idoso com ferida apontam para os fatores emocionais, sociais e financeiros que estão envolvidos, mostrando a complexidade do mesmo. Dentro dessa temática, as publicações ainda são escassas, com isso, o presente capítulo propõe um diálogo com pesquisas sobre custos familiares no cuidado domiciliar, custos no tratamento e o cuidado com feridas.

Os cuidados em saúde exercidos por cuidadores tem mostrado sua relevância no contexto do envelhecimento. Pode-se dizer que, os efeitos negativos do cuidado, na situação financeira dos cuidadores, à falta de segurança em aposentadoria, a carreira profissional, alterações de ordem física e emocional tem impacto grave, por serem cuidados em longo prazo, devido às condições crônicas estabelecidas com o envelhecimento populacional (FEINBERG et al., 2011).

Existe uma relação entre a saúde mental e física do cuidador, com os recursos sociais e materiais disponíveis para o cuidado. Os cuidadores com recursos suficientes são menos propensos a sofrer consequências prejudiciais, enquanto, os com poucos recursos estão em risco elevado. Para os autores, há uma proporção significativa dos cuidadores que estão em alto risco de resultados ruins, bem como os que apresentaram recursos financeiros limitados (RYN et al., 2011).

Os cuidadores estavam consideravelmente sobrecarregados pelas dificuldades que enfrentavam para fornecer os cuidados adequados, demonstrando, em consonância com achados de um estudo sobre tema semelhante, tensão financeira e conflitos no relacionamento com idosos, necessitando de apoio/suporte (ROCHA et al., 2016).

Os resultados de um estudo de custo total das fraturas osteoporóticas na Áustria mostraram que, os dois maiores fatores de custo são os custos de oportunidade dos cuidadores familiares (30,2%), seguido dos custos de hospitalização (26,6%). Em que o custo da hora de atendimento informal foi estimado comparando ao dos profissionais de enfermagem, sendo estes responsáveis por 9,8% do custo total (DIMAI et al., 2012).

Para Nortey e colaboradores (2017) resultou na análise de diferentes custos do cuidado por cuidadores familiares, em que aponta a quantidade média estimada de despesas com custos diretos e indiretos por mês, o que constitui um total 66% e 34%, respectivamente. A maioria (78%) dos cuidadores familiares neste estudo relatou um alto nível de carga de

cuidados e estresse como resultado do cuidado de seus parentes idosos, sendo analisados como custos intangíveis para os cuidadores (NORTEY et al., 2017).

As responsabilidades decorrentes do cuidado tem feito com que os cuidadores sofram as consequências no emprego, como, por exemplo, a perda do trabalho, a redução de dias ou horas de trabalho remunerado (FAST et al., 2013). Os custos indiretos na vida do cuidador, com o tempo que passam cuidando, o desempenho de atividades presenciais importantes para a qualidade de vida ou sobrevivência de quem está sendo cuidado. Estes estão relacionados à prestação de cuidados pessoais, relativos às necessidades básicas e instrumentais da vida diária, como a alimentação, o curativo, o banho e/ou utilização de banheiro, ajuda em tarefas domésticas, acompanhamento nos compromissos médicos. Maneiras pelas quais as pessoas perdem suas funções laborais para prestar cuidados (KEATING et al., 2014). Assim, é importante reconhecer a contribuição que estão fazendo, para a pessoa para quem eles estão cuidando, mas também, para a mais ampla sociedade e economia (FAST et al., 2013).

Vale destacar as importantes implicações para a sustentabilidade da produção do trabalho, para a saúde e para a economia em geral. Pois, o momento em que se espera que o envelhecimento da população resulte em escassez de mão-de-obra qualificada no futuro, bem como aumento das demandas de cuidados de cuidadores familiares/amigos. Essas implicações no mercado de trabalho não podem ser ignoradas. Mas, torna-se necessário e agir para assegurar que os cuidadores não se tornem doentes e idosos pobres do futuro. (KEATING et al., 2014).

Na revisão de Keating e colaboradores (2014), apontou que existe um pequeno número de estudos focados no cuidado como fonte de custo econômico. Isso, talvez, por causa de um persistente pressuposto de que este tipo de trabalho não remunerado é uma questão familiar particular.

Um estudo realizado por Janus e Ermisch (2015) com cidadãos americanos, sobre fonte de financiamento dos serviços de cuidado domiciliar, apontou que os recursos pessoais, representam a mais importante fonte de financiamento do cuidado de idosos. Na existência de cuidador contratados, 63% são pagos apenas por fontes pessoais, 9% recebem pagamento de programas públicos e fontes pessoais, e 28% cuidadores são pagos apenas por programas financiados por fundos públicos. Com isso, é importante reconhecer que, quem paga pelos serviços de cuidados domiciliários, pois, são cuidados de longa duração, o que implica em políticas que atendam as necessidades familiar (JANUS; ERMISCH, 2015).

Já na Itália, na Áustria e na Grécia, onde familiares de usuários de serviços de AD que se tornam cuidadores, podem receber um apoio financeiro por esse trabalho – em uma forma

de compensação pelo trabalho desempenhado e pelas oportunidades de vida perdidas –, esse dinheiro (ou parte dele) tem sido utilizado para contratar cuidadores que residem no domicílio (SEIXAS et al., 2014). No Brasil, torna-se relevante uma regulamentação que abranja as condições especiais de cuidadores familiares para proteger seus interesses e situações sociolaborais e que regule sua situação frente à seguridade social e convênio especial (RUBINO et al., 2012).

Nesse sentido, o cuidador deve ser entendido e atendido pela equipe de enfermagem, visto que o domicílio identificam-se diferentes sujeitos do cuidado, bem como, apresenta mais de um objeto de trabalho para os enfermeiros. Com as especificidades do cuidado domiciliar os profissionais devem ampliar o cuidado que realizam, buscando compreender as nuances que perfazem este ambiente (GOMES et al., 2014).

O cuidador é a peça chave do processo de cuidar de um idoso dependente em âmbito domiciliar, em que no cuidado de uma ferida é imprescindível propiciar segurança e envolvimento do cuidador/familiar na continuidade dos cuidados orientados pelo enfermeiro, por meio de planejamento e reavaliações sucessivas do plano de cuidados. (DINIZ et al., 2014). Desta forma, a família deve ser considerada na avaliação do enfermeiro e envolvida no plano terapêutico, uma vez que, realizar o curativo no domicílio pode gerar impacto na vida da família (GUIMARÃES et al., 2017).

O papel do enfermeiro no cuidado domiciliar com feridas, tem sido, cada vez mais importante. O pensamento crítico na escolha dos melhores coberturas, baseados na avaliação do profissional, auxilia os pacientes e os serviços a melhorarem os cuidados e resultados do tratamento (ADKINS, 2013).

O número de pessoas com feridas está crescendo, um fator que contribui para isso é o envelhecimento populacional e a vigência do adoecimento crônico, o que, provavelmente, continuará no futuro como resultado destas tendências demográficas que afetam a prevalência. Com isso, o custo de cuidar de pessoas com feridas torna-se relevante, considerando os recursos utilizados (LINDHOLM; SEARLE, 2016).

Em um estudo de Sousa e colaboradores (2016), apontou que no tratamento de feridas, o enfermeiro foi quem gerou maior custo. Tal fato pode ser explicado pelo maior custo da hora desse profissional, já que o custo do profissional técnico é menor, o que se pode inferir que a atuação desses profissionais possa reduzir o custo. No entanto, não são todos os curativos que os técnicos de enfermagem podem realizar.

Diante disso, pela Resolução COFEN nº 501/2015, compete ao técnico de enfermagem: Realizar curativo nas feridas em estágio I e II; auxiliar o Enfermeiro nos

curativos de feridas em estágio III e IV; realizar o curativo nas feridas em estágio III, quando delegado pelo Enfermeiro; orientar o paciente quanto aos procedimentos realizados e aos cuidados com a ferida; registrar no prontuário do paciente a característica da ferida, procedimentos executados, bem como as queixas apresentadas e/ou qualquer anormalidade, comunicando ao Enfermeiro as intercorrências; executar as ações prescritas pelo Enfermeiro; manter-se atualizado participando de programas de educação permanente (COFEN, 2015).

São competências gerais do enfermeiro no cuidado com feridas: realizar curativos, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado às feridas. Como competências específicas, cita: estabelecer a prescrição de medicamentos/coberturas utilizados na prevenção e cuidado às feridas, estabelecidas em Programas de Saúde ou Protocolos Institucionais; realizar curativos de feridas em Estágio III e IV; os curativos de feridas em Estágio III, após sua avaliação, poderão ser delegados ao técnico de enfermagem; executar o desbridamento autolítico, instrumental, químico e mecânico; estabelecer uma política de avaliação dos riscos potenciais, através de escalas validadas para a prevenção de feridas, elaborando protocolo institucional (COFEN, 2015).

Além disso, desenvolver e implementar plano de intervenção quando um indivíduo é identificado como estando em risco de desenvolver lesão por pressão, assegurando-se de uma avaliação completa e contínua da pele; executar os cuidados de enfermagem para os procedimentos de maior complexidade técnica e aqueles que exijam tomada de decisão imediata; quando necessário, realizar registro fotográfico para acompanhamento da evolução da ferida, desde que autorizado formalmente pelo paciente ou responsável, através de formulário institucional (COFEN, 2015).

O Parecer Técnico do COREN de São Paulo nº 002/2015, aborda a ementa sobre a prescrição de coberturas para tratamento de feridas por enfermeiro. Este parecer aborda a competência do enfermeiro capacitado para prescrever coberturas/correlatos, mediante elaboração do Processo de Enfermagem e estabelecimento de protocolo institucional. E, compete ao técnico e auxiliar de enfermagem a realização do curativo, utilizando-se das coberturas/correlatos prescritos pelo enfermeiro, sob sua supervisão e orientação (COREN-SP, 2015).

Para tanto, é assegurado pela Lei do exercício profissional da enfermagem, nº 7.498/86 regulamenta que os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exigem conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas ficam sob a responsabilidade do enfermeiro (BRASIL, 1986).

Compreende-se, no entanto que, no cuidado com a ferida é necessário um profissional com conhecimento teórico para o acompanhamento e tratamento eficaz, pois quando realizado de forma inadequada pode ser fator de risco ao paciente (PRZENYCZKA; LACERDA, 2008). Com isso, cabe ressaltar, o cuidado domiciliar da ferida pela família, pois, essa é tida como a maior provedora de cuidados contínuos e, às vezes, as avaliações realizadas pelos profissionais de saúde podem ser fragmentadas (DINIZ et al., 2014).

Foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS) o Guia Prático do cuidador, pelo qual se divulgou no país, dentre outras orientações ao cuidador familiar, orientações específicas para a prevenção de lesão por pressão. Destaca-se, todavia, que o MS incluiu nas recomendações referentes ao tratamento das feridas de um idoso no domicílio que este teria que ser definido pela equipe de saúde, após avaliação e que caberia ao cuidador fazer as mudanças de posição, manter a área da ferida limpa e seca, para evitar que fezes e urina contaminem a ferida e seguir as orientações da equipe de saúde (BRASIL, 2008b).

Quando existe algum ensino para o cuidado com feridas, percebe-se que ele é ministrado pela enfermagem, que tem um papel bastante importante na educação em saúde. Mas, no entanto, a legislação é omissa, no sentido de que não descreve detalhadamente o que pode ou não ser ensinado, sabe-se que existe o dever de ensinar, porém, não se tem a convicção de suas fronteiras. No entanto, o enfermeiro não tem respaldo para delegar ao cuidador as atividades inerentes ao cargo de enfermeiro ou técnico de enfermagem (PRZENYCZKA; LACERDA, 2008).

O conhecimento e a habilidade dos profissionais da saúde acerca da indicação e frequência de troca das coberturas são fundamentais para escolha do tratamento mais efetivo e econômico (ANDRADE et al., 2016). A variedade de produtos utilizados no tratamento de feridas sem o acompanhamento contínuo de um profissional da área da saúde dificulta o processo de cicatrização (CAVALCANTE, 2010). Diante disso, vale ressaltar que existe uma grande variedade de coberturas utilizadas no tratamento de feridas. No quadro a seguir será apresentado as coberturas encontradas no processo de tratamento dos participantes da pesquisa.

Quadro 6: Caracterização das coberturas mais utilizadas no tratamento de feridas (GOMES; BORGES et al., 2001; BAJA et al., 2007; BORGES, 2012)

Tipo de cobertura	Definição	Indicação	Periodicidade de troca
Ácidos Graxos Essenciais (AGE)	Óleo vegetal composto por ácido linoleico, lecitina de soja, triglicerídeos dos ácidos cáprico, caprílico, láurico e capróico, enriquecida com vitaminas A e E	Tratar feridas abertas e prevenção de lesão por pressão.	A cada 24 horas
Colagenase	Pomada enzimática, com colagenase, clostridiopeptidase A e enzimas proteolíticas	Indicada para feridas com tecido desvitalizado	A cada 24 horas
Papaína	Complexo de enzimas proteolíticas, retirado do látex do mamão papaia (Carica papaya)	Indicada no tratamento de feridas abertas com tecido inviável seco	No máximo 24 horas
Sulfadiazina de Prata	Sulfadiazina de prata a 1% hidrofílica	Mais utilizado em queimaduras, atualmente está sendo utilizado em feridas crônicas	Máximo 12 horas, ou quando a cobertura secundária estiver saturada
Alginato de Cálcio	Derivado de alga, é biodegradável, pode ser encontrado na apresentação de cordão ou placa, de consistência frouxa. É aplicada diretamente sobre o leito da ferida e requer uma cobertura secundária	Aplicado para limpar uma ampla variedade de lesões secretantes. Essa cobertura é muito útil para feridas de moderado a intenso exsudato	No máximo sete dias, devendo ser avaliada.

Tipo de cobertura	Definição	Indicação	Periodicidade de troca
Carvão ativado com Prata	Composta de tecido de carvão ativado impregnado com prata, que é envolto externamente por uma película de náilon, selada em toda sua extensão. O revestimento externo apresenta característica de baixa aderência	Essa cobertura, pode ser, indicada para lesões com odor desagradável acentuado, infectadas ou não, deiscências cirúrgicas, lesões com sinus ou tecido necrótico, úlceras venosas, por pressão, fúngicas, neoplásicas, e aquelas com drenagem de exsudato moderado a abundante, independentemente da profundidade	Pode permanecer no leito da lesão em até cinco dias sem ser trocada
Espuma de Prata	São compostas de uma camada interna hidrofílica, com propriedades absorventes, e uma camada externa hidrofóbica de espuma de poliuretano, além de, controlar a quantidade de microrganismos do seu leito em decorrência da liberação da prata	Esse tipo de cobertura é indicado para lesões crônicas cujo processo de cicatrização esteja estagnado, lesões intensamente colonizadas ou lesões com sinais de infecção	Pode chegar, no máximo, a sete dias
Placa de Hidrocolóide	Veda a lesão ao aderir à pele íntegra ao redor, para isso, requer cerca de 2,5 cm de pele. É impermeável a gases bactérias e líquidos	Feridas com presença ou não de necrose, com quantidade mínima ou moderada de exsudato	Pode permanecer sobre a lesão por até sete dias
Hidrogel	Gel transparente, incolor, composto por água, carboximetilcelulose e propilenoglicol	Feridas com presença de crostas e tecidos desvitalizados de feridas abertas	Pode permanecer por até sete dias

Para o tratamento das feridas, as ações devem ser programadas e protocolos de padronização de condutas devem ser criados, e constantemente atualizados, já que, a evolução tecnológica das coberturas é bastante rápida, além disso, existe uma grande variedade de fabricantes de coberturas com mesmo mecanismo de ação (ARON et al., 2016).

A utilização de diferentes coberturas está associada diretamente ao custo do tratamento proposto, pois, os materiais representaram valores dependentes de sua composição. Sua indicação decorre da classificação da ferida, o que acarretará em diferentes gastos com materiais (LIMA et al., 2017).

No estudo de Rocha e colaboradores (2014), mostrou que a maior parte os usuários em atendimento domiciliar são pessoas de classe econômica baixa, que não dispõem de recursos financeiros para comprar os materiais, desta forma não sendo possível a utilização de produtos de alta tecnologia para o tratamento da lesão. Os materiais mais usados são: luva estéril, luva de procedimento, máscara, gaze, fita cirúrgica ou esparadrapo, soro fisiológico 0,9%, pompom ou atadura de crepom e as coberturas mais usadas quando acessível são, os frascos de ácidos graxos essenciais (AGE) e a tela não aderente com AGE (ROCHA et al., 2014).

Mas diante de uma variedade de coberturas, o custo do tratamento apresenta variação de acordo com o material utilizado e a classificação da lesão, como encontrado no estudo de Andrade e colaboradores (2016), sobre custos no tratamento de lesão por pressão em uma instituição hospitalar. Os custos mínimo e máximo foram descritos na utilização da cobertura hidrocolóide para a categoria II (5-8 cm²) tiveram custos que variaram de R\$67,69 a R\$92,08; enquanto que maiores extensões (25-32 cm²), de R\$67,89 a R\$172,32. Para a de categoria III, os curativos realizados com alginato apresentaram uma variação entre o custo mínimo e máximo de 76,1%. Para a de categoria IV, observou-se que nos curativos de hidrofibra e prata o custo mínimo e máximo variou de R\$89,59 a R\$190,24.

Utilizando-se a cobertura hidrogel, a variação foi de 3,5%. Para lesão por pressão que não puderam ser classificadas observa-se que o custo mínimo dos curativos realizados com hidrogel variou em até 525,10% para as diferentes extensões. A variação entre os custos com a prata nanocristalina foi de 35,1%. Para tanto, vale ressaltar os valores gastos com as coberturas secundárias e artigos médico-hospitalares, mas as coberturas têm preços, consideravelmente, mais elevado (ANDRADE et al., 2016).

Para Lima & Guerra (2011), que avaliaram o custo médio diário no tratamento de lesão por pressão em uma clínica de neurocirurgia, o estudo apontou que, a lesão classificada como grau 0, seu custo foi de 98,90 reais e não utilizou-se de curativo industrializado.

Seguido pela de grau I, em uso de poliuretano seu custo diário foi de 107,60. A grau II também com poliuretano, com custo de 122,00. E a grau IV, com hidrogel com alginato de cálcio, carvão ativado e hidrogel, além de medicamentos, dispensou um custo de 180,00. Diante disso, foi avaliado que os pacientes (classificação de grau 0 e I) tiveram ações de prevenção dispensadas por seus familiares, fazendo mudança de decúbito a cada duas horas, higiene corporal adequada, uso ácidos graxos uma vez ao dia, cuidados com a alimentação e troca do colchão caixa de ovo por colchão d'água (LIMA; GUERRA, 2011).

Diante disso, concluiu-se que os pacientes que receberam algum tipo de prevenção apresentaram os menores custos em relação aos outros. Torna-se relevante mencionar que as ações de prevenção, na maioria das vezes, são realizadas pelos familiares ou acompanhantes que não possuem conhecimento técnico para avaliar complicações dessa natureza. Esse fato reflete a dificuldade do serviço público da instituição, pois são insuficientes os profissionais de enfermagem para realizar tais ações (LIMA; GUERRA, 2011).

No estudo de Coelho e colaboradores (2017), ao avaliar os conhecimentos de cuidadores quanto à identificação das lesões de pele em idosos, os resultados demonstraram que algumas lesões já eram conhecidas pelos cuidadores por fazerem parte de seu dia-a-dia, sendo fáceis de serem reconhecidas. Mas, conclui-se que a orientação educativa realizada acerca do cuidado com a pele de pessoas idosas é um método eficaz para a identificação de lesões.

A educação em saúde é considerada de baixo custo para os serviços, pois favorece a identificação precoce das lesões de pele, melhores condições para o tratamento, recuperação precoce das lesões e qualidade de vida dos idosos (COELHO et al., 2017).

O custo financeiro da gestão de feridas não é apenas o custo dos materiais utilizados, a maior parte do custo diz respeito ao uso do tempo dos profissionais de saúde e ao custo de permanecer no hospital. A fonte de recursos humanos é o bem mais valioso para o sistema de saúde, os materiais, como curativos representam uma quantidade, relativamente, pequena do custo. Mas, a escolha dos materiais e tratamentos, no entanto, pode ter uma grande influência no custo total. Neste contexto, existem três pontos significativos de custo: o tempo que leva uma ferida para curar, a frequência de visitas profissionais e a incidência de complicações (LINDHOLM; SEARLE, 2016).

No entanto, no tratamento de feridas, o enfermeiro é visto como maior custo do cuidado (SOUSA et al., 2016). No estudo de Oliveira & Oliveira (2015), comparou os custos direto do tratamento de úlceras venosas nos ambientes domiciliar e ambulatorial. Devido ao custo do profissional enfermeiro, o custo do tratamento ambulatorial foi maior.

Para Andrade e colaboradores (2016), que comparou os tempos mínimo e máximo para realização dos curativos, o cuidado com lesão por pressão sacral é a que demanda maior tempo dos profissionais para a realização do curativo. Percebe-se que o tempo para posicionar o paciente e para realizar a limpeza foram maiores. O fato de estar próximo da região anal e genital, os curativos demandam mais tempo, pois exigem maiores cuidados para evitar a contaminação da cobertura e do leito por eliminações intestinais e vesicais (ANDRADE et al., 2016).

No entanto, no que se refere aos cuidados com lesão por pressão, estas, na maioria das vezes, podem ser evitadas quando realizadas medidas adequadas de prevenção com avaliação do paciente e usando escalas de estimativas de risco. Conclui-se que é muito mais vantajoso prevenir do que permitir que ela se instale para depois tentar tratá-la, pois o desgaste é muito maior para as equipes de enfermagem e para a equipe médica, e o custo é muito maior para o sistema de saúde. Além disso, para o paciente e sua família o desgaste é imensurável e o trauma de uma ferida é sentido (LIMA; GUERRA, 2011).

No Programa Nacional de Segurança do Paciente são avaliados danos/eventos adversos associados ao cuidado prestado, que atingiram o paciente e produziram prejuízo (lesão ou dano). Diante disso, o protocolo de prevenção de lesão por pressão tem por objetivo: Promover a prevenção da ocorrência de lesão por pressão e outras lesões da pele. Justifica-se que uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele e sua incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito (BRASIL, 2013d).

A intervenção ou cuidado do profissional têm relevância direta na prevenção de danos, em que o paciente corre risco de prejuízo, perda ou dano se o profissional não auxiliar no tratamento. O benefício para o paciente é maior do que qualquer prejuízo que possa ser causado pelo profissional, não havendo o mínimo risco para o profissional de saúde (PAULA, 2011).

O tempo dispendido dos enfermeiros com tratamento de lesão por pressão poderia ser ocupado com cuidados de prevenção desse tipo de ferida ou com outros cuidados de enfermagem, não necessariamente, relacionados com cuidados de feridas (SOUSA et al., 2013). As lesões por pressão representam um grave problema de saúde pública, seja pelo seu caráter evitável, na maioria das vezes, seja pelo elevado custo associado ao seu manejo (ANDRADE et al., 2016).

Um estudo de Moro & Calire (2016), 69,5% dos participantes relataram ter recebido orientações sobre o uso de medidas para prevenção da lesão por pressão durante a

hospitalização. As orientações centradas em medidas tradicionais, focadas na mudança de decúbito e informações sobre hidratação da pele, bem como sobre o uso de colchão caixa de ovo, de ar ou água. Não foram orientados sobre ações importantes, como o uso de travesseiros ou coxins para proteção das proeminências ósseas, elevação dos calcâneos e uso de equipamentos para ajudar no reposicionamento e na movimentação.

Há falha da assistência prestada durante a hospitalização, já que a maioria dos pacientes (52,4%) tinha risco e necessitava de informações sobre ações para manejo dos problemas que os colocavam em risco. A maior parte (56,52%) continuava em risco para lesão por pressão após a alta hospitalar e cinco (21,73) apresentavam lesões. Assim, é necessário analisar o cenário da regulação e dos mecanismos de comunicação entre os serviços de saúde, para garantir a adequada articulação e facilitar a continuidade do cuidado e a segurança do paciente (MORO; CALIRE, 2016).

Na transferência do cuidado hospitalar para o domicílio, é uma oportunidade de comunicação entre os cuidadores e a equipe profissional, de modo a realizar informações antecipadas que, provavelmente, melhorarão o processo de transição do paciente e do cuidador (NAHM et al., 2013). As orientações devem fazer parte do cuidado dos profissionais ao longo da internação e na alta hospitalar (MORO; CALIRE, 2016).

Para Guimarães e colaboradores (2017), a maioria dos cuidadores de pessoas hospitalizadas com feridas, tem interesse e participam de algum modo, na realização do curativo. O curativo expõe a lesão, odores e exsudatos que podem causar repulsa por parte de leigos que assistem o procedimento, no entanto, a permanência dos cuidadores neste momento pode indicar interesse em aprender e acompanhar a evolução da ferida do familiar. A equipe de enfermagem pode aproveitar tais momentos para orientar o cuidador e prepará-lo para os cuidados no domicílio.

A falta de comunicação dos cuidadores com a equipe de profissionais de saúde, tanto no momento da alta hospitalar quanto durante o atendimento domiciliar, é vista como dificultadora da realização de cuidados de qualidade (OLIVEIRA et al., 2015). No estudo de Rocha e colaboradores (2016), conclui-se que, quando a família é preparada na transição do cuidado do hospital para o domicílio, tem um impacto positivo na recuperação, como no caso do estudo do pós-operatório de fratura de fêmur (ROCHA et al., 2016).

Outros fatores que interferem o cuidado domiciliar é a estrutura domiciliar, muitas vezes, precária, dificuldades económicas, alterações emocionais, sobrecarga dos cuidadores e dificuldade de acesso em casos de intercorrências ou piora no estado de saúde. E indicam que a capacitação de cuidadores contribui para a segurança das ações (OLIVEIRA, 2015).

Os cuidadores devem ser capazes de aprender sobre o processo de recuperação, pois os profissionais de saúde podem não estar prontamente disponíveis quando precisarem. Uma forma encontrada para auxiliar no cuidado domiciliar a qual se mostrou uma abordagem inovadora para aumentar a comunicação face a face foi o uso de um centro de recursos on-line. Este método poderia incluir informações educacionais didáticas com recursos pesquisáveis, bem como funções de comunicação interativa para permitir discussões individualizadas entre a equipe de profissionais de saúde e os cuidadores. Os cuidadores podem acessar esses recursos por sua conveniência (NAHM et al., 2013).

Para minimizar a incerteza, intervenções devem ser realizadas a fim de aumentar o conhecimento e as habilidades destes cuidadores, pois para realizar o curativo, os cuidadores consideram como uma das tarefas mais desafiadoras e difíceis para os cuidado domiciliar (GUIMARÃES et al., 2017).

Para Ploeg e colaboradores (2014), para melhorar a qualidade dos cuidados no domicílio é necessário que haja uma disseminação das melhores práticas desenvolvidas nos atendimentos domiciliares. As inovações precisam ser propagadas entre os serviços, de modo que apoiem as evidências práticas.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Para avançar em suas teorias, o cientista precisa ter a coragem de arriscar e de estar errado. Só quando nos atrevemos a arriscar e errar é que podemos, talvez, enxergar um pouco mais longe do que os outros"
(Marcelo Gleiser)

Os resultados da pesquisa possibilitaram compreender os custos do cuidado domiciliar de um idoso com ferida por um cuidador familiar. A abordagem metodológica utilizada, a Teoria Fundamentada em Dados, permitiu o alcance dos objetivos propostos. Por meio da estratégia de visita domiciliar para coleta dos dados, em que se utilizou a entrevista semiestruturada e notas de observação participante, possibilitou aproximar da realidade socioeconômica, cultural e de saúde dos participantes. Além disso, conhecer o cotidiano de cuidado desses cuidadores familiares, o local e as especificidades de cada domicílio onde o cuidado se faz.

Foi possível estabelecer uma relação de confiança, marcado por relatos emocionados, compartilhamento de experiências, desabafos e comunicações não verbais que expressavam muitos sentimentos. Tornar-se um cuidador familiar de um idoso com ferida repercutiu na vida pessoal, emocional, social e financeira. O cuidador familiar, como o responsável pelo cuidado, foi compreendido seu papel frente ao cuidado com a ferida. Apesar do envolvimento de outros membros da família, tinha-se um como a referência no domicílio.

Em relação aos custos do cuidado domiciliar de um idoso com ferida, são vários significados atribuídos a este e vários fatores estão envolvidos, mostrando a complexidade do mesmo. Com isso, os cuidadores familiares necessitam de ajuda, de outros membros da família, dos profissionais e do Estado.

Desde o início do tratamento os familiares precisam receber informações e conhecimentos para o desenvolvimento do cuidado domiciliar de uma ferida. É importante, pois, mencionar que os cuidadores sentem as dificuldades para exercer esse papel. Principalmente quando a lesão é proveniente de uma internação hospitalar, da qual o idoso vem a receber alta, pois foi a mais prevalente na pesquisa. Vale ressaltar que é interessante a divulgação destes dados nas instituições hospitalares do município, de modo que os profissionais reconheçam a importância das ações de prevenção, análise de risco e o tratamento adequado do paciente com ferida.

A equipe de enfermagem deve receber treinamentos e atualizações constantes para a prevenção e tratamento de feridas, para que assim desempenhem um cuidado efetivo a seus pacientes, pois, a deficiência do cuidado hospitalar implica em custos para a família que passa a assumi-lo, portanto, essas ações reduziriam os custos do cuidado domiciliar para a família.

No que se refere ao cuidado desempenhado no domicílio, os enfermeiros precisam estar atualizados com as disponibilidades de novas tecnologias no tratamento de feridas e seu uso no dia-a-dia precisa ser monitorado por um profissional capacitado, sendo, neste caso, o enfermeiro. Desta forma, tem-se que a atuação do enfermeiro é determinante no processo de cuidado de um idoso com ferida em AD.

Ressalta-se a importância dos profissionais voltarem sua atenção aos familiares, para minimizar os custos gerados com o cuidado, pois a família é tida como principal fonte de recurso para efetivação do cuidado domiciliar.

Entretanto, está havendo mudança na estrutura familiar brasileira, as modificações no âmbito econômico e social. Diante disso fica uma pergunta: Como as famílias conseguirão arcar com os custos do cuidado domiciliar de idosos que têm como agravante de seu quadro clínico uma ferida?

Para isso, torna-se necessária política pública eficiente, que envolva os cuidadores familiares na perspectiva dos custos, especificamente, aos atribuídos ao cuidado com as feridas. Para que, com isso, a família sinta-se amparada pelo Estado ao deparar com o cuidado domiciliar de um idoso com ferida.

A partir dos resultados obtidos com o desenvolvimento desta pesquisa, espera-se contribuir para melhores condições de cuidado para a família e para o idoso no contexto da AD, pois em vista da atual Política de Atenção Domiciliar, foi relevante conhecer o papel assumido pela família no contexto da assistência do SAD à população idosa com ferida e a seus familiares.

Acredita-se que a pesquisa irá contribuir na implementação de cuidados de enfermagem direcionados as reais necessidades do idoso com ferida, de modo que envolva os diferentes custos do cuidado e minimize suas complicações. Promover orientações e suporte aos cuidadores, realizando atividade de prevenção e promoção, a fim de melhorar a qualidade de vida, tanto do cuidador quanto do idoso. E, desta forma, contribuir para a efetivação de políticas públicas de saúde rumo aos princípios do Sistema Único de Saúde. Além de contribuir para o maior conhecimento científico no campo da AD de idosos com feridas e, neste contexto, a enfermagem.

A legislação específica para a prescrição de coberturas no tratamento de feridas se faz necessária, visto que não está regulamentada no Ministério da Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e no COFEN, apontando a necessidade atual de regulamentação. Sendo uma forma de restringir o uso dessas coberturas, mais especificamente, seria regulamentando a necessidade de prescrição para sua compra.

Como limitações do estudo, pode-se citar que os achados referem-se a esta realidade, não podendo generalizá-los a outras populações. Torna-se relevante que novas pesquisas sejam elaboradas com outras realidades, a fim de validar ou complementar o modelo teórico proposto.

O estudo não se estendeu para profissionais e gestores do SAD, para que pudesse ser comparado com os resultados desta, de modo a identificar, sob diferentes pontos de vista, a disponibilidade de materiais e as assistências profissionais em âmbito domiciliar. Diante disso, são necessários estudos desta natureza, pois há uma carência de publicações nesta área.

Sugere-se que novas pesquisas contemplem: os diferentes tipos de custos envolvidos no processo de cuidar de idosos com ferida para a família; na área da enfermagem gerontológica, para subsidiar a prática assistencial domiciliar de idosos com feridas; e que deem suporte à regulamentação de políticas públicas que abranjam os cuidadores familiares.

REFERÊNCIAS

- ADKINS, C.L. Wound Care Dressings and Choices for Care of Wounds in the Home. **Home Healthcare Nurse** .v. 31, n. 5, pp. 259–267, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/Acer/Downloads/Wound_Care_Dressings_and_Choices_for_Care_of.6.pdf Acesso: 27 Mai 2017.
- ANDRADE, C.C.D. et al. Custos do tratamento tópico de pacientes com úlcera por pressão. **Rev Esc Enferm USP**. v. 50, n. 2, pp. 295-301, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0295.pdf Acesso: 07 Ago 2017.
- AGOSTINHO, C.S.; MÁXIMO, G.C. Idosos num Brasil que envelhece: uma análise multidimensional da pobreza. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 18 a 22 de setembro de 2006. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/abep2006_440.pdf Acesso: 03 Ago. 2017.
- ALMEIDA, L. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto - enferm**. [online]. Florianópolis, v.21, n.3, p. 543-548, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300008>. Acesso em 15 de jan. de 2016.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 468-78, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300010 Acesso: 05 mar. 2017.
- AMA, N. O; SELOILWE, E. S. Estimating the cost of care giving on caregivers for people living with HIV and AIDS in Botswana: a cross-sectional study. **J Int AIDS Soc**. v.13, n. 14, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2880016/> Acesso: 10 mar. 2017.
- ANJOS, K.F. Qualidade de Vida de Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes no Domicílio. **Texto Contexto –enferm** [online]. Florianópolis, v. 23, n.3, p. 600-8, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00600.pdf. Acessado em: 15 de jan. de 2016.
- ARAÚJO, J.S. et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, pp.149-158, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a15v16n1.pdf> Acesso: 12 jan. 2017.
- ARAÚJO, E. S. et al. Qualidade de vida e sobrecarga: perfil dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Rev. Cinergis**. v. 17, n.1, pp. 27-31, 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/viewFile/7318/4955> Acesso: 05 out. 2016.
- ARON, S. Curativos e Coberturas. In.: GAMBA, M.A. **Feridas, prevenção, causa e tratamento**. Santos: Rio de Janeiro, 2016. p. 283-287. Acesso: 17 nov 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. Competências do Enfermeiro Estomaterapeuta (ET) ou do Enfermeiro Pós-graduado em Estomaterapia (PGET). **Revista Estima** [online]. São Paulo, v.6, n. 1, p. 33-43, 2008. Disponível em: http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=99%3AAtualizacao&catid=6%3Aeducacao-61&Itemid=77&lang=pt Acesso em: 26 jan. 2016.

BAJAY, M.H. et al. Curativos e coberturas para o tratamento de feridas. In.: GEOVANINI, T. et al. **Manual de curativos**. Corpus, 2007. Acesso: 18 dez. 2017.

BARBOSA, B.R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 8, pp. 3317-3325, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf> Acessado em: 12 fev. 2017.

BRASIL. Governo Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 1988. Coordenadoria de Gestão Normativa e Jurisprudencial
Última atualização em 13/07/2016.
https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1 Acesso 06 jan. 2016.

BRASIL. Governo Federal. **Lei nº 8.112**, de 11 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília (DF), 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm Acesso 20 mar. 2017.

BRASIL. Governo Federal. **Decreto nº 1.948**, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm Acesso 10 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.416**, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1998.
http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_2416.pdf Acesso: 15 mar. 2016.

BRASIL. Governo Federal. **Lei nº 10.424**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm Acesso: 06 jan. 2016.

BRASIL. Governo Federal. **Lei nº 10.741**, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2003. Disponível em: http://www.cmparaibuna.sp.gov.br/docs/estatuto_idoso.pdf Acesso: 12 fev. 2016.

BRASIL. Governo Federal. **Portaria GM/MS nº 2528**, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2006a. Disponível em:

<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeIdosa.pdf>

Acessado em: 13 de fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 fevereiro de 2006, Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília (DF), 2006b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html Acesso 25 abril 2016. Acesso: 22 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.529**, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 2006c.

Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibmlink.php?numlink=1-92-29-2006-10-19-2529> Acesso: 22 abril 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: (DF), 2007. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf> Acesso: 15 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed., Brasília (DF), 2008a. Disponível:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_3imp.pdf Acesso: 18 dez 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília (DF), 2008b.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf Acesso 18 fev. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social-PNAS/ 2004**. Norma Operacional Básica/NOB SUAS. Brasília, 2005. Reimpressão 2009. Disponível em:

http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf Acesso: 03 fev. 2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Brasília: IBGE; 2010a. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/> . Acesso: 10 dez. 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do senso demográfico**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: IBGE; 2010b. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home> Acesso: 18 abr. de 2016.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010c; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf Acesso: 05 de dez de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria do Estado de Minas Gerais. **Programa Mais Vida**. Belo Horizonte, 2011a. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/copy_of_programa-mais-vida. Acesso: 15 de fev. de 2016.

BRASIL. Ministério do Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45130.pdf> Acesso: 23 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Vol 1. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf Acesso: 21 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 466**, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso: 28 set. 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060: revisão 2013**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE; 2013a. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm . Acesso: 06 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 963**, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html Acesso: 06 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar vol. 2** /Programa Melhor em Casa Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf Acesso: 18 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 02: **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão**. Brasília: MS/ANVISA/Fiocruz; 2013d. Disponível em: http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_prevencao_ulcera_por_pressao.pdf Acesso: 12 abr. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Síntese de indicadores 2013. 2ª ed. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94414.pdf> Acesso: 12 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 617**, de 23 de abril de 2014 Estabelece recursos a serem disponibilizados aos Municípios com Serviço de Atenção Domiciliar implantado. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0617_23_04_2014.html Acesso: 15 mar. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores**. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf> Acesso: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 825**, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2016. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html Acesso: 06 mai. 2016.

BRAGA, P.P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, pp. 903-912, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0903.pdf> Acesso: 25 mai. 2017.

BRITO, M.C.C. et al. Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo. v. 16, n. 3, pp. 161-178. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/18552-46591-1-SM.pdf> Acesso: 09 set. 2015.

BORGES, E.L. **Feridas, Úlceras dos Membros Inferiores**. Guanabara Koogan. 2012.

BORGHI, A.C. et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, pp. 876-883, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000400876&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso: 20 out. 2015.

BURLA, C. et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 18, n. 10, pp. 2949-2956, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000019 Acesso: 16 abr. 2017.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Apresentando Logos: um gerenciador de dados textuais. **Instituto de Medicina Social – UERJ**, Rio de Janeiro, pp. 30. 2003. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Kenneth_Camargo/publication/282651258_Apresentando_Logos_Um_gerenciador_de_dados_textuais/links/5615ce2c08aed47faceff7a.pdf Acesso: 09 mar. 2016

CAMPINO, A.C.C. Evolução da Economia da Saúde no Brasil. Cap. 14. In: **Avaliação de Tecnologias em Saúde: Evidência Clínica, Análise Econômica e Análise de Decisão**. Editora Artmed. 2010.

CAMPOS, F.G. et al. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, v. 25, n. 1, pp. 77-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000100008&script=sci_abstract&tlng=es . Acesso: 23 out 2015.

CALIRI, M.H.L.; CHAYAMITI, E.M.P.C. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. **Acta Paul Enferm.** [online]. São Paulo. v. 23, n. 1, pp. 29-34, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100005 Acesso: 12 nov. 2015.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Introdução. In: CAMARANO, A. A. **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** IPEA: Rio de Janeiro, 2010.

CARNEIRO, C. M. et al. Tratamento de Feridas: Assistência de Enfermagem nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. **Revista Enfermagem Integrada** [online]. v.3, n.2, pp. 494-05. 2010. Disponível em: http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/03-tratamento-de-ferias-assitencia-de-enfermagem.pdf. Acesso: 09 jan. 2016.

CARVALHO, J.A.; ESCOBAR, K.A.A. Cuidador de idosos: um estudo sobre o perfil dos cuidadores de idosos do Programa de Assistência Domiciliar (PAD) da Associação dos aposentados e pensionistas de Volta Redonda- AAP-VR. **Revista Científica do ITPAC**. Araguaína, v.8, n.1, 2015. Disponível em: http://www.itpac.br/arquivos/Revista/76/Artigo_6.pdf Acesso: 13 maio 2017.

CAVALCANTE, A.M.R.Z. et al. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** [online]. 2010, v. 12, n. 4, pp. 727-35. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a19.htm> . Acesso: 22 nov. 2015.

CIPE®. Classificação Internacional para a prática de enfermagem. **Versão 2015/** Organização: Telma Ribeiro Garcia. Porto Alegre: Artmed, 2016.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada** : guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: ARTMED, 2009.

CLIQUE FARMA. [PREÇOS de curativos mais baratos]. Disponível em: <http://www.cliquefarma.com.br>. Acesso: 10 jun 2016.

COELHO, N.D. et al. Conhecimento de cuidadores acerca de lesões de pele em idosos. **Revista cuidado é fundamental**. v. 9, n 1, pp. 247-252, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/5401-30696-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/5401-30696-1-PB%20(2).pdf) Acesso: 11 Ago 2017.

COFEN. **Decreto** nº 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília. COFEN, 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html Acesso 25 mar 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 0464** de 20 de outubro de 2014. Normatiza a Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar. Brasília. COFEN, 2014. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html Acesso: 20 abr. de 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 0501** de 9 de dezembro de 2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências. COFEN, 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html Acesso: 20 jan. de 2016.

COREN/MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Deliberação nº 65, de 22 maio de 2000. Competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Belo Horizonte. COREN-MG, 2000. Disponível em: http://sig.corenmg.gov.br/sistemas/file/doc/legislacoes/docs/doc_legis_5.pdf Acesso: 20 jan. 2016

COUTO, A.M. et al. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. **Rev Rene**. v.17, n.1, pp.76-85, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3240/324044160011/> Acesso: 07 jan. 2017.

DALTIO, C.S. et al. Estudos farmacoeconômicos e carga da doença em esquizofrenia. **Rev. Psiq. Clín.** v. 34, n. 2, pp. 208-212, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a12v34s2.pdf> Acesso: 03 jan. 2016.

DIMAI, H.P. et al. Economic burden of osteoporotic fractures in Austria. **Health Econ Rev**. v. 2, n. 12, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3423014/> Acesso: 09 Ago 2017.

DINIZ, I.V. et al. Manejo do enfermeiro em úlcera por pressão infectada no ambiente domiciliar. **Rev enferm UFPE** [online]. Recife, v. 8, n. 1, pp. 121-7, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/5032-51556-1-PB.pdf> Acesso: 10 dez. 2015.

DUIM, E. et al. Prevalência e características das feridas em pessoas idosas residentes na comunidade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe, p. 51-57, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700051 Acessado em 28 jan. 2016.

ELIOPOULOS, C. Enfermagem gerontológica. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ESCOBAR, K.A.A; MÔURA, F.A. Análise de políticas sociais para idosos no Brasil: um estudo bibliográfico. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 30, p. 47-55, 2016. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/30/47-55.pdf> Acesso: 02 Ago 2017.

FALLER, J.W. et al. Sobrecarga e mudanças no cotidiano de cuidadores familiares de pacientes com doença crônica. **Cienc Cuid Saude** [online]. v. 11, n. 1, pp.181-189, 2012.

Disponível em [file:///C:/Users/Acer/Downloads/18876-76884-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/18876-76884-1-PB%20(2).pdf) Acessado: 12 nov. 2015.

FAST, J. et al. The Intersection of Caregiving and Employment across the Life Course. **University of Alberta, Research on Aging, Policies and Practice**. Edmonton, AB. 2013. Disponível em: <http://rapp.ualberta.ca/Portals/116/Documents/Reports/IntersectionCaregivingAndEmployment2013Jan.pdf> Acesso: 09 mai. 2017.

FERNANDES, M.T. O; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo. v. 46, n. 6, pp. 1494-1502, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n6/29.pdf> Acesso: 27 set 2016.

FERREIRA, J.D.L. et al. Prevalence and risk of pressure ulcer by users in basic health network. **J Nurs UFPE** [online]. v. 6, n. 9, pp. 2045-51, 2012. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2751/pdf_1497. Acessado: 15 dez. 2015.

FERRETTI-REBUSTINI, R.E.L; CARNEIRO, A.H.P.C. Alterações Fisiológicas. In: WOLD, G. Revisão Científica e Tradução. **Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. pp. 32-36.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev. Panam. Salud Publica**. México, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf> Acesso: 03 fev. 2016.

FREITAS, M.C. et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. Porto Alegre, v. 32, n. 1, pp. 143-150. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000100019&script=sci_arttext Acesso: 14 dez. 2015.

GAIOLI, C.C.L.O. et al. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Rev. Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.21, n.1, pp.150-7. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a17v21n1.pdf> Acesso: 09 abr. 2017.

GASPAROTTO, L.P.R. et al. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro. v. 17, n. 1, pp.201-209, 2014. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00201.pdf> Acesso: 24 mar. 2017.

GIST, S. et al. Wound care in the geriatric client. **Clinical Interventions Aging**. v. 4, pp. 269–287, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2697592/> Acesso: 24 abr. 2017.

GOMES, F.S.L; BORGES, E. Coberturas. In: BORGES, E. et al. **Feridas, como tratar**. COOPMED, 2001.

GOMES, I.M. et al. The network social support experience

of people involved in home care. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n.3, pp.484-91. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/0080-6234-reeusp-48-03-484.pdf> Acesso: 03 Jul 2017.

GUIMARÃES, T.K. Caracterização do comportamento de cuidadores informais de pacientes com feridas no âmbito hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.** v. 19, n. 2, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/39588-194779-1-PB.pdf> Acesso 21 Mar 2017.

HEDLER, H. C. et al. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Rev. Katál.** Florianópolis, v. 19, n. 1, pp. 143-153. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/38683-150785-1-PB.pdf> Acesso: 23 mar. 2017.

JANUS, A.L; ERMISCH, J. Who pays for home care? A study of nationally representative data on disabled older Americans. **BMC Health Services Research**. v15, n. 301. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/Custos%20com%20cuidados%20domiciliares%20de%20idosos.pdf> Acesso: 25 jun. 2017.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde 2014-2017**. Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde, 2013. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/documentos/plano_de_saude_2014_2017_sspjf.pdf Acesso: 07 fev. 2016.

KEATING, N. C. et al. A taxonomy of the economic costs of family care to adults. **Journal of the Economics of Ageing**. v.3, pp. 11- 20. 2014. Disponível em: https://uwaterloo.ca/canadian-index-wellbeing/sites/ca.canadian-index-wellbeing/files/uploads/files/a_taxonomy_of_the_economic_costs_of_family_care_to_adults.pdf Acesso: 03 jul. 2017.

LEITE, J.L et al. Reflexões sobre o pesquisador nas trilhas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 46, n.3, pp.772-7, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/33.pdf> Acesso: 15 dez. 2015.

LIMA, A.F.C. et al. Custo direto dos curativos de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados. **Rev. Bras Enferm** . v. 69, n. 2, pp.290-7. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0290.pdf> Acesso: 10 jun. 2017.

LIMA, A.C B; GUERRA, D.M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializado. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n.1, pp. 267-277, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n1/v16n1a29.pdf> Acesso: 08 Ago 2017.

LINDHOLM, C.; SEARLE, R. Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. **International Wound Journal**. v. 13, n. S2, pp. 5–15 2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwj.12623/epdf> Acesso: 10 jul. 2017.

LIRA, A.L.B.C. et al. Integridade da pele em idosos: revisão da literatura segundo as cartas de promoção da saúde. **Cogitare Enferm.** v. 17, n. 4, pp. 767-74, 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/30389-111572-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/30389-111572-2-PB%20(1).pdf) Acesso 28 mar. 2017.

LOURENÇO, T.M. **Capacidade funcional do idoso longo vivo admitido em unidades de internação hospitalar na Cidade de Curitiba - PR.** 2011. 133. [Dissertação] Universidade Federal do Paraná Curitiba. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/DISSERTACAOTANIALOUREN%C3%87O.pdf> Acesso: 18 nov. 2015.

LOURO, M. et al. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. **Rev. Bras Ter Intensiva.** v. 19, n. 3, p. 337-41. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n3/v19n3a12> Acesso: 18 mar. 2017.

MAGALHÃES, S. B; FRANCO, A. L. S. Experiência de profissionais e familiares de pacientes em cuidados paliativos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia;** Rio de Janeiro. v.64, n. 3, pp. 94-109, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v64n3/v64n3a07.pdf> Acesso: 23 nov. 2016.

MALAQUIAS, S.G; BACHION, M.M; NAKATANI, A.Y.K. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. **Cogitare Enferm** [online]. v. 13, n. 3, pp. 428-36. 2008. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v13n3/a15v13n3.pdf>. Acessado: 18 out. 2015.

MATOS, L.S. et al. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 4, pp. 719-26, 2010. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a18.htm. Acesso 16 mar. 2017.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde;** 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf Acesso: 22 jan. 2016.

MELO, N.C.V. et al. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **Revista Brasileira de Economia Doméstica.** Viçosa, v. 25, n.1, pp. 004-019, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufv.br/seer/oikos/index.php/httpwwwseerufvbrseeroikos/article/viewFile/154/182> Acesso: 10 Ago 2017.

MINAS GERAIS. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **DELIBERAÇÃO COREN-MG -65/2000.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Belo Horizonte, 2000. Disponível em: <http://www.portalocupacional.com.br/iconrole/images/arquivos/0a7f136f10.pdf> Acesso: 10 maio 2016.

MINAS GERAIS. Serviços de cuidados de saúde domiciliares. **Princípios para o cuidado domiciliar por profissionais de nível superior.** Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância. Universidade Federal de Minas Gerais.

Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva- Nescon. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4258.pdf>
Acesso: 16 mar. 2016.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n. 1, pp.965-972, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a28v16s1.pdf> Acesso: 29 abr. 2017.

MONTEIRO, E.A. et al. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: validação para o Brasil. **Rev. Bras de Enf.** Brasília, v. 68, n. 3, pp. 421-8, 2015.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0421.pdf>
Acesso: 05 set. 2016.

MORO, J.V.; CALIRI, M.H.L. Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160058, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300203&lang=pt Acesso 10 Ago 2017.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação-2015-2017**. Porto Alegre: Artmed; 2015.

NORTEY, S.T. et al. Economic burden of family caregiving for elderly population in southern Ghana: the case of a peri-urban district. **International Journal for Equity in Health**. v.16, n.16. 2017. Disponível em:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237474/pdf/12939_2016_Article_511.pdf
f Acesso: 21 mar. 2017.

OLIVEIRA, A.P., OLIVEIRA, B.G.R.B. Custo do tratamento de úlceras venosas no ambulatório e domicílio: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, pp. 221-8. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/4842-25920-1-PB.pdf>. Acesso 10 jun. 2017.

OLIVEIRA, M. L. et al. Bases metodológicas para estudos de custos da doença no Brasil. **Rev. Nutrição**. Campinas. v. 27, n. 5, pp. 585-595, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rn/v27n5/1415-5273-rn-27-05-00585.pdf> Acesso: 05 jun. 2017.

OLIVEIRA, S.G. et al. Enunciados sobre la atención domiciliar en el panorama mundial: revisión narrativa. Rev. Eletrônica Trimestral de Enfermeria. Enfermeria Global. n.39, pp. 375-89. 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/revision4.pdf> Acesso: 04 abr 2017.

PAULA, M.A.B. Aspectos da Assistência Domiciliar à Pessoa com Feridas. Revista Estima. v. 9, n. 2, 2011. Disponível em:
<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/295> Acesso: 23 mar 2017.

PIMENTA, G.M.F et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande região do Porto, Portugal. **Rev Esc Enfermagem USP**. v.43, n.3, pp. 609-14, 2009. <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43n3/a16v43n3> Acesso: 12 mai. 2017.

PIMENTEL, M.C.M. Panorama Epidemiológico das Feridas. In: GAMBÁ, M. A. et al. **Feridas, prevenção, causas e tratamentos**. Rio de Janeiro: Editora Santos, 2016, pp. 15-17.

PLOEG, J. Spreading and sustaining best practices for home care of older adults: a grounded theory study. *Implementation Science*. v. 9, n. 162, 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/ARTIGO%20-%20ATENDIMENTO%20DOMICILIAR%20PARA%20IDOSOS-TFD%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/ARTIGO%20-%20ATENDIMENTO%20DOMICILIAR%20PARA%20IDOSOS-TFD%20(1).pdf)
Acesso 06 mai 2017.

PRZENYCZKA, R.A.; LACERDA, M.R. Dilemas éticos no ensino do cuidado domiciliar de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*. v.8, n.4, pp.586-593, 2009. Disponível em: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/6564-34650-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/6564-34650-1-PB%20(2).pdf) Acesso: 13 Mai 2017.

RYN, M. V. et al. Objective burden, resources, and other stressors among informal cancer caregivers: a hidden quality issue? **Psychooncology. Author manuscript**. v. 20, n. 1, pp. 44–52, 2011. Available in PMC 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4479404/> Acesso: 23 mai. 2017

ROCHA, A.C.A.A. et al. Tratamento domiciliar de feridas crônicas: relato de experiência da extensão na prática do cuidar. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**. UNEMAT (Cáceres). n.2, pp. 20-30. 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/354-1084-1-PB%20\(14\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/354-1084-1-PB%20(14).pdf) Acesso: 29 Mai 2017.

ROCHA, M.P.F. et al. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Rev. Bras de Enf**. Brasília, v. 6, n. 6, pp. 801-8, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6> Acesso: 22 jan. 2016.

ROCHA, S.A. et al. The influence of informal caregivers on the rehabilitation of the elderly in the postoperative period of proximal femoral fracture. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 37, n. 1, pp. 51-69, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/en_0102-6933-rgenf-1983-144720160151069.pdf Acesso: 03 Ago 2017.

SANTOS, J.L.G. et al. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Rev. Escola Anna Nery**. v.20, n.3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160056.pdf>
Acesso: 08 fev. 2016.

SEBASTIAN, P. et al. Caring for a loved one with a malignant fungating wound. **Supportive Care in Cancer**. Springer Link. v.20, n. 12, pp. 3065-3070, 2012. Disponível em: <http://epubs.surrey.ac.uk/533557/3/caring%20for%20loved%20one.pdf> Acesso: 03 fev. 2016.

SEIXAS, C.T, et al. Experiências de atenção domiciliar em Saúde no mundo: lições para o caso brasileiro. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Atenção Domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**. Brasília: MS; 2014. p. 17-66. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf Acesso: 12 mar. 2017.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, pp. 243-253, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso: 17 dez. 2016.

SILVA, C.F.R. High prevalence of skin and wound care of hospitalized elderly in Brazil: a prospective observational study. **BMC Res Notes**. v. 10, n.81, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Desktop/Disserta%C3%A7%C3%A3o/SILVA%20et%20al%202017,%20feridas%20em%20idosos.pdf> Acesso: 09 maio de 2017.

SILVA, K.L et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. de Saúde Pública** [online]. São Paulo, v. 44, n. 1, pp. 165-175, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf> Acesso: 24 nov. 2015

SILVA, K.L. et al. Desafios da atenção domiciliar sob a perspectiva de redução de custos/racionalização de gastos. **Rev enferm UFPE** [online]. Recife, v. 8, n. 6, p. 1561-7, 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/4894-57139-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/4894-57139-1-PB%20(3).pdf) Acesso: 12 nov. 2015

SILVEIRA, R.E. et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Rev. Einstein**. São Paulo, v.11, n. 4, pp. 514-20, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n4/19.pdf> Acesso: 09 maio 2017.

SOBEST. Sociedade Brasileira de Estomoterapia. Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP 2016 – Adaptada culturalmente para o Brasil. Disponível em <http://www.sobest.org.br/textod/35> Acesso: 14 jan. 2017.

SOUSA, S.M.A. et al. Aferição do tempo e custo do trabalho de enfermagem gastos no tratamento de úlceras por pressão. **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz/ Maranhão, 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo2-transformacoesnomundodotrabalho/PDF/afericao-dotempo-e-custodotrabalhodeenfermagem-gastos-notratamentodeulcerasporpressao.pdf> Acesso: 09 Ago 2017.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAO, H; MCROY, S. H. Caring for and keeping the elderly in their homes. **Chinese Nursing Research**. v. 2, pp. 31-34, 2015. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S2095771815300013/1-s2.0-S2095771815300013-main.pdf?_tid=2e9ddc8c-449d-11e7-a1c9-00000aab0f6b&acdnat=1496082934_8ade52ce19b75529dc8bda035210ccad Acesso: 21 jan. 2017.

TORRES, G.V. et al. Avaliação dos enfermeiros dos cuidado de saúde primários aos usuários com úlceras venosas: Estudo em Évora, Portugal. **Rev enferm UFPE**. v. 5, (spec), pp. 388-98. 2011. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1731/pdf_442 Acesso 25 nov. 2016.

TWINING, P. et al. Some guidance on conducting and reporting qualitative studies. **Computers & Education**. v. 106, pp. A1-A9, 2017. Elsevier Ltd. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0360131516302445/1-s2.0-S0360131516302445-main.pdf?_tid=6d0ad97a-2db4-11e7-8ea5-00000aacb360&acdnat=1493564040_c216a05a30a0f242b0a69a83550a8084 Acesso: 01 jun. 2017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro. v. 43, n. 3, pp. 548-54, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf> Acesso: 24 nov. 2015.

VERAS, R.P. et al. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol** [online]. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, pp. 385-392, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/18.pdf> Acesso 22 jan. 2016.

VIEIRA, C.P.B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. Brasília, v. 64, n. 03, p. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300023 Acesso: 12 out. 2015.

VIEIRA, L.L. O idoso e o cuidador familiar: o cuidado domiciliar à luz de Imogene King. **Rev enferm UFPE** (online). Recife. v. 7, n. 9, pp. 5500-9, 2013. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7818/1/2013_art_caslfreitas.pdf Acesso: 03 de maio 2016.

WHO. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The solid facts: home care in Europe. Milan: Regional Office for Europe, 2008. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf Acesso: 23 set. 2016.

ANEXO A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF**36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**Vivências da família ao cuidar de idosos com feridas na Atenção Domiciliar**”. Nesta pesquisa pretendemos desenvolver uma teoria substantiva sobre as vivências de cuidadores familiares de idosos com feridas no contexto da Atenção Domiciliar no SUS. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é despertar reflexões a respeito de melhores condições de cuidado para a família e para o idoso no contexto da Atenção Domiciliar. Além de contribuir para que o enfermeiro implemente cuidados direcionados as reais necessidades do idoso com ferida, de modo que reduza os custos e minimize as complicações. Promover orientações e suporte aos cuidadores, realizando atividade de prevenção e promoção, a fim de melhorar a qualidade de vida tanto do cuidador quanto do idoso. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Será realizada através de Visita Domiciliar, na qual a entrevista será gravada com o auxílio de um gravador de voz eletrônico e transcrever-se-ão as falas dos participantes para posterior análise. Esta pesquisa se classifica em tendo riscos mínimos, uma vez que será uma conversa com os participantes. A forma de abordagem e de tratamento das informações será criteriosa e de forma a proteger as participantes. Caso seja identificado e comprovado dano proveniente desta investigação está previsto indenização do participante. A pesquisa contribuirá para que os enfermeiros realizem cuidados especializados aos idosos com integridade tissular prejudica e a seus familiares, além de compreender como o familiar desempenha o cuidado no âmbito domiciliar com o pai do SAD.

Para participar deste estudo a Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sr. (a) tem assegurado o direito a indenização. A Sr. (a) terá o esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sr. (a) é atendida pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. A pesquisadora tratará a sua identidade

com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos da pesquisa “**Vivências da família ao cuidar de idosos com feridas na Atenção Domiciliar**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2016 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

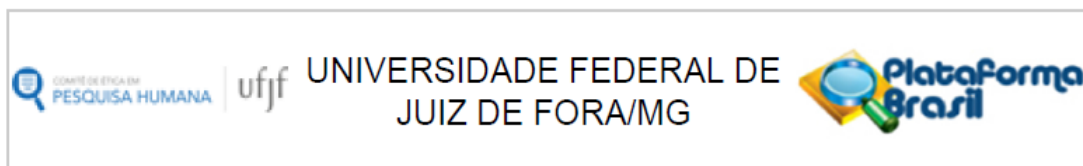
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF- Pró-Reitoria de Pesquisa- CEP: Fone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Prof Orientadora: Dra Edna Aparecida Barbosa de Castro

Faculdade de Enfermagem CEP: 36036-900 Juiz de Fora – MG Fone: (32) 2102-3297

ANEXO B- Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vivências da família ao cuidar de idosos com feridas na Atenção Domiciliar

Pesquisador: FERNANDA VIEIRA NICOLATO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53968316.1.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.480.500

Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

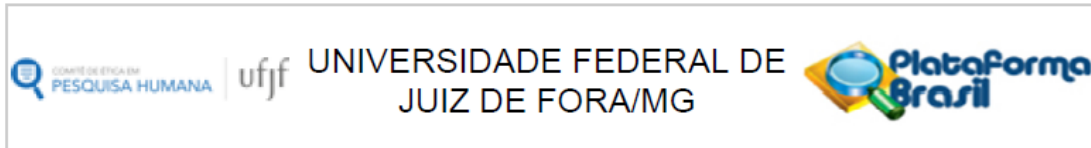
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 1.480.500

pesquisa, mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPS Item: VI - c; e com o Manual para submissão de pesquisa "Desenho".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

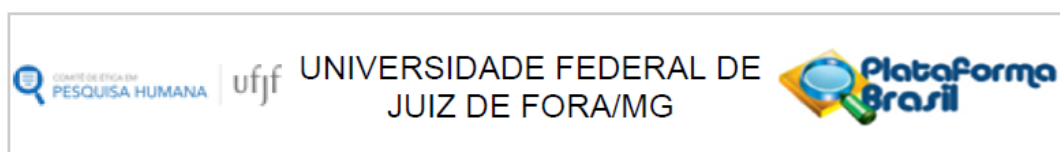
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Agosto de 2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições

Endereço:	JOSE LOURENCO KELMER S/N		
Bairro:	SAO PEDRO	CEP:	36.036-900
UF:	MG	Município:	JUIZ DE FORA
Telefone:	(32)2102-3788	Fax:	(32)1102-3788
		E-mail:	cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.480.500

definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

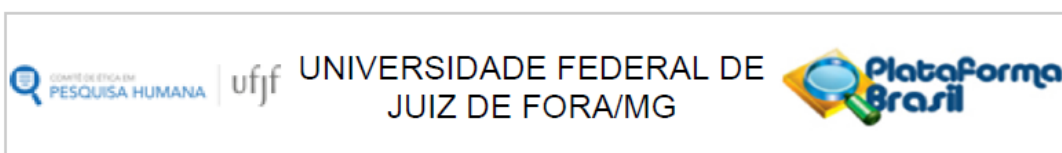
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_674333.pdf	04/04/2016 12:59:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocomite0404.pdf	04/04/2016 12:47:20	FERNANDA VIEIRA NICOLATO	Aceito
Orçamento	orcamento0404.pdf	04/04/2016 12:46:47	FERNANDA VIEIRA NICOLATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcomite0404.pdf	04/04/2016 12:46:22	FERNANDA VIEIRA NICOLATO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/03/2016 21:49:49	FERNANDA VIEIRA NICOLATO	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	07/03/2016 21:35:33	FERNANDA VIEIRA NICOLATO	Aceito
Outros	curriculolattes.pdf	07/03/2016 20:16:09	FERNANDA VIEIRA NICOLATO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao4.pdf	07/03/2016 18:40:08	FERNANDA VIEIRA NICOLATO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao3.pdf	07/03/2016 18:39:47	FERNANDA VIEIRA NICOLATO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao2.pdf	07/03/2016 18:39:30	FERNANDA VIEIRA NICOLATO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao1.pdf	07/03/2016 18:36:58	FERNANDA VIEIRA NICOLATO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.480.500

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 06 de Abril de 2016

Assinado por:
Lainer Augusta da Cunha Serrano
(Coordenador)

ANEXO C- Escala de Avaliação de Atividades de Vida Diária -AVD- Katz

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferencia Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato a boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos = ____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente
---------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998⁽²⁰⁾

**ANEXO D- Escala de Avaliação de Atividade Instrumental de Vida Diária- AIVD
– Lawton & Brody**

1. Consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2. Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3. Consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4. Consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5. Consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6. Consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7. Consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8. Consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9. Consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1

***Avaliação dos resultados:** para cada questão, a primeira resposta significa independência, a segunda, dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. As questões de 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escada ou cuidar do jardim.

Pontuação Obtida: _____ pontos

ANEXO E: Questionário para levantamento dos custos domiciliares diretos e indiretos.

Itens avaliados	Custo Mensal (R\$)		
	Antes da AD (a)	Depois da AD (b)	Incrementos (a) – (b)
Água			
Luz			
Gás			
Alimentação (tem alguma alimentação especial: suplemento, Dieta para sonda)			
Telefone			
Serviço de limpeza			
Material de limpeza			
Transporte			
Medicamentos (o que você tem que comprar em 30 dias)			
Cuidador *			
Fralda (Utilização, frequência de troca, valor e quantidade de fraldas* período de 30 dias.)			
Outros insumos (Valor do material médico-hospitalar utilizado pelas pessoas cuidadas no período de 30 dias)			
Perda de trabalho			
Outros (Especificar)			

*Tabela elaborada de acordo com o projeto de pesquisa: **CUSTO-EFETIVIDADE NA ATENÇÃO DOMICILIAR: ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO ORIENTADO POR DIFERENTES PROTOCOLOS** - Projeto de pesquisa - Universidade Federal de Minas Gerais - Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2015.

GLOSSÁRIO

QUESITO	SIGNIFICADO
ANTES DA AD	Média mensal de gastos com o item antes do início do Atendimento Domiciliar
APÓS A AD	Média mensal de gastos com o item depois do início do Atendimento Domiciliar
INCREMENTO	Aumento dos gastos da família, após o início do Atendimento Domiciliar (conta)
CUIDADOR	Informar o salário que o cuidador receberia do mercado se não estivesse nessa função

ANEXO F - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP/2016)

Questionário de Aplicação

Perguntas sobre itens do domicílio

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Quanto à instrução do chefe da família:

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

APÊNDICE A- Declaração de concordância e Infraestrutura da Diretora da Faculdade de Enfermagem.



Universidade Federal de Juiz de Fora- Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós Graduação Stricto Sensu- Curso de Mestrado em Enfermagem

DECLARAÇÃO

Eu, **Profa. Dra Denise Barbosa de Castro Friedrich**, Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, autorizo a realização da pesquisa intitulada **Vivências da família ao cuidar de idosos com feridas na Atenção Domiciliar**, a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras Edna Aparecida Barbosa de Castro e Fernanda Vieira Nicolato. Trata-se de uma pesquisa a ser apresentada na forma de uma dissertação de mestrado, que tem como objetivo geral desenvolver uma teoria substantiva sobre as vivências de cuidadores familiares de idosos com feridas no contexto da Atenção Domiciliar no SUS; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa. As pesquisadoras se comprometem a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos sujeitos da pesquisa garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 07 de março de 2016.

ASSINATURA 

Profa. Dra Denise Barbosa de Castro Friedrich
Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Denise B. de Castro Friedrich
DIRETORA DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM - UFJF
COREN-103 724 833

APÊNDICE B- Declaração de Concordância e Infraestrutura da Coordenadora do Departamento de Atenção Domiciliar do município de Juiz de Fora



DECLARAÇÃO

Eu, **Verônica Aparecida Mendonça Lima**, na qualidade de Coordenadora do Departamento de Internação Domiciliar do Município de Juiz de Fora, autorizo a realização da pesquisa intitulada **Vivências da família ao cuidar de idosos com feridas na Atenção Domiciliar**, a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras Edna Aparecida Barbosa de Castro e Fernanda Vieira Nicolato. Trata-se de uma pesquisa a ser apresentada na forma de uma dissertação de mestrado, que tem como objetivo desenvolver uma teoria substantiva sobre as vivências de cuidadores familiares de idosos com feridas no contexto da Atenção Domiciliar no SUS; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa. As pesquisadoras se comprometem a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos sujeitos da pesquisa garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 04 de março de 2016.

ASSINATURA

Verônica A. Mendonça Lima

Verônica A. Mendonça Lima
CHEFE DEPARTAMENTO
INTERNAÇÃO DOMICILIAR
ISSUE - MASP 913.303.0

Verônica Aparecida Mendonça Lima

Coordenadora do Departamento de Internação Domiciliar do

Município de Juiz de Fora

APÊNDICE C- Declaração de Concordância e Infraestrutura da Responsável Técnica do Departamento de Atenção Domiciliar do município de Juiz de Fora



DECLARAÇÃO

Eu, **Adriana Fagundes Cláudio**, na qualidade de Responsável Técnica do Departamento de Internação Domiciliar do Município de Juiz de Fora, autorizo a realização da pesquisa intitulada **Vivências da família ao cuidar de idosos com feridas na Atenção Domiciliar**, a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras Edna Aparecida Barbosa de Castro e Fernanda Vieira Nicolato. Trata-se de uma pesquisa a ser apresentada na forma de uma dissertação de mestrado, que tem como objetivo geral desenvolver uma teoria substantiva sobre as vivências de cuidadores familiares de idosos com feridas no contexto da Atenção Domiciliar no SUS; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa. As pesquisadoras se comprometem a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos sujeitos da pesquisa garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 04 de março de 2016.

ASSINATURA Adriana Fagundes Cláudio

Adriana Fagundes Cláudio

Responsável Técnica do Departamento de Internação Domiciliar
do Município de Juiz de Fora

Adriana Fagundes Cláudio
ENFERMEIRA
020201-066 351140

APÊNDICE D- Declaração de Concordância e Infraestrutura da Chefe de Departamento de Programas e Ações da Atenção Primária da Saúde do município de Juiz de Fora



DECLARAÇÃO

Eu, **Cristina Márcia da Silva**, na qualidade de Chefe de Departamento de Programas e Ações da Atenção Primária à Saúde do Município de Juiz de Fora, autorizo a realização da pesquisa intitulada **Vivências da família ao cuidar de idosos com feridas na Atenção Domiciliar**, a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras Edna Aparecida Barbosa de Castro e Fernanda Vieira Nicolato. Trata-se de uma pesquisa a ser apresentada na forma de uma dissertação de mestrado, que tem como objetivo desenvolver uma teoria substantiva sobre as vivências de cuidadores familiares de idosos com feridas no contexto da Atenção Domiciliar no SUS; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa. As pesquisadoras se comprometem a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos sujeitos da pesquisa garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 04 de março de 2016.

ASSINATURA _____


Cristina Márcia da Silva
CHEFE DO DPAAP/SUS/SAPS/SIP JF

Cristina Márcia da Silva

Chefe de Departamento de Programas e Ações da Atenção Primária à Saúde do Município de Juiz de Fora

APÊNDICE E - Levantamento dos cuidadores familiares e idosos acompanhados pelo SAD

Nome:	Idade:	Gênero: () F () M
Patologias e Comorbidades:	Encaminhado por: () SUS: () Hospitalar () UBS () UPA () Outros: _____	
Tratamento Atual:	() Particular	
Data do cadastro:	Equipe responsável:	
Cuidador familiar:	Idade:	Gênero: () F () M
Endereço: Referência:	Telefone:	

APÊNDICE F - Dados sociodemográficos do cuidador familiar e do idoso

Data Nasc ___/___/___

Cod. Do Participante: _____

Gênero: 1 Masc.

2 Fem.

Estado Civil: 1. Solteiro 2. Casado 3. Companheiro 4. União Estável 5. Separado 6. Divorciado 7. Viúvo 8.

Especificar _____.

Escolaridade: 1. Analfabeto 2. Semi-analfabeto 3. Ensino fundamental I 4. Ensino fundamental II 5. Ensino médio incompleto 6.

Ensino médio completo 7. Ensino superior incompleto 8. Ensino superior completo Obs: _____

Profissão:

Cor da pele autodeclarada: 1. Branca 2. Parda 3. Preta 4. Amarela 5. Indígena

Religião: 1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita 4. Budista 5. Testemunha de Jeová 6. Outra Especificar

_____.

Renda: 1. um salário mínimo 2. dois salários mínimos 3. três salários mínimos 4. quatro salários mínimos 5. Especificar

Presença de Patologia: 1. Sim 2. Não Tipo de patologia: 1. HAS 2. DM 3. Artrite/Artrose 4. Osteoporose 5. Dislipidemia

Outras Especificar: _____ Tempo _____

Grau de parentesco com o idoso: 1. Esposo (a) 2. Filho (a) 3. Neto (a) 4. Nora/Genro

5. Outro

Especificar _____

Há quanto tempo cuida da ferida: _____

Há quanto tempo é responsável pelo cuidado domiciliar: _____

Participa de capacitação/ treinamento : 1.Sim 2.Não

Especificar: _____

Idade do idoso: _____ Gênero: 1 Masc. 2 Fem.

Estado Civil do Idoso: 1.Solteiro 2. Casado 3. Companheiro 4. União Estável 5. Separado 6.Divorciado 7.Viúvo

8.Especificar _____.

Profissão: _____ Renda: _____

Escolaridade do Idoso: 1.Analfabeto 2.Semi –analfabeto 3.Ensino fundamental I 4.Ensino fundamental II 5.Ensino médio incompleto 6. Ensino médio completo 7. Ensino superior incompleto 8. Ensino superior completo OBS: _____

Patologia: 1.Sim 2.Não

Tipo de 1.HAS 2.DM 3. Artrite/Artrose 4. Osteoporose 5.Dislipidemia Outras Especificar: _____

APÊNDICE G – Caracterização dos usuários com ferida de um Serviço de Atenção Domiciliar de Minas Gerais

Tabela: Caracterização dos usuários com ferida de um Serviço de Atenção Domiciliar de Minas Gerais/ Levantamento realizado em Março de 2017. Juiz de Fora, 2017.

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<u>Sexo</u>		
Feminino	16	69,57%
Masculino	7	30,43%
<u>Idade</u>		
60- 70 anos	2	8,69%
71- 80 anos	7	30,43%
81- 90 anos	9	39,13%
91- 97 anos	5	21,73%
<u>Etiologia e localização das feridas</u>		
Lesão por pressão sacral	19	82,60%
Lesão por pressão calcâneo	3	13,04%
Lesão por pressão trocantérica	1	4,34%
Úlcera de Membros Inferiores	1	4,34%
Incisão Cirúrgica	2	8,69%
<u>Classificação Internacional de Doenças</u>		
Aterosclerose das artérias de extremidades	1	4,34%
Acidente Vascular Encefálico	6	26,08%
Derrame Pleural não especificado em outra parte	1	4,34%
Doença de Alzheimer	9	39,13%
Fratura da extremidade Distal do Fêmur	1	4,34%
Neoplasia benigna das meninges cerebrais	1	4,34%
Neoplasia Maligna da Mana	1	4,34%
Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado	1	4,34%
Úlcera de decúbito	1	4,34%
Úlcera de Membros Inferiores não classificada em outra parte	1	4,34%

APÊNDICE H – Roteiro de Entrevista: 1º Grupo Amostral

Perguntas orientadoras da entrevista

1. Conte-me um pouco do seu dia-a-dia. De quem você cuida?
2. Antes da alta, foi perguntado se era possível cuidar do idoso no domicílio?
3. Quando se deu o início do cuidador domiciliar? E o cuidado com a ferida?
4. Para você, como é cuidar da ferida de seu familiar no domicílio? Quanto tempo passa cuidando?
5. Você considera que tem despesas com o cuidado com a ferida?
6. Conte-me como realiza o curativo.
7. Quais os cuidados você realiza para melhorar ou prevenir novas lesões?
8. Como se deu a escolha do cuidador? Compartilha o cuidado com outras pessoas?
9. Você deixa de realizar alguma atividade por conta da ferida? Se sim, quais?
10. Acha que a sua saúde foi afetada desde que começou a cuidar da ferida? Como?
11. Existem dificuldades? Se sim, quais?
12. Qual o tipo de apoio/suporte recebe do SAD?
13. Quais os aspectos positivos e negativos você destaca do cuidado domiciliar?
14. Gostaria de falar de suas dúvidas ou algo mais sobre este assunto?

APÊNDICE I – Roteiro de Entrevista: 2º Grupo Amostral**Perguntas orientadoras da entrevista**

1. Como é seu dia-a-dia cuidando de seu familiar com ferida?
2. Há quanto tempo cuida da ferida?
3. Conte-me como se sente ao cuidar de uma ferida.
4. O que você considera como custos do cuidado domiciliar?
5. Como o tem sido o apoio do SAD para efetivar o cuidado?
6. Recebe algum outro tipo de suporte? Se sim, quais?
7. Gostaria de falar de suas dúvidas ou algo mais sobre este assunto?

APENDICE J - Modelo teórico apresentado aos participantes do estudo para validação teórica**Participante:** _____**Data:** ____/____/____

O cuidado com meu familiar idoso com ferida em casa gera necessidade de assumirmos os custos provenientes deste. Em que, maiores demandas de cuidado são estabelecidas, pois, a ferida é um agravante desse processo. Ao realizar o cuidado em casa, passei a assumir um novo papel. Em que precisei aprender realizar o curativo e a comprar os materiais para o cuidado com ferida.

No início, sentimentos tristeza e desespero, mas, com o tempo, vão se modificando, com as experiências adquiridas e o resultado do tratamento. No contexto da educação para o cuidado com a ferida em casa, o enfermeiro é o profissional principal nesse papel.

Para o tratamento da ferida, eu considero a casa como melhor local, pois, o cuidado se estabelece. Mas, para isso, precisei aprender a realizar o curativo, de modo que passei a me sentir seguro para assumi-lo em casa. Em casa reduz o risco de infecção e, aqui a ferida está sendo cuidada, além disso, é emocionalmente menos desgastante para mim. Pois, apesar do cuidado no domicílio ter suas restrições para minha vida pessoal e profissional, as sensações de permanência nas instituições hospitalares e as condições de acompanhante me provocam mais desgostos.

Para realizar esse cuidado em casa, o apoio do SAD é uma garantia de assistência profissional, além de contribuições materiais para o tratamento da ferida. Sendo assim, a necessidade de atendimento em outros pontos da RAS, só em caso da impossibilidade de ser resolvida no domicílio. O SAD ajuda muito, e diminui os custos provenientes do cuidado da ferida.

Além disso, o apoio que recebo, seja de membros da família, vizinhos/amigos, cuidadores contratados e do SAD diminui minha carga de cuidado. Esse apoio tem sua significância para a realização e manutenção das atividades de cuidado de um idoso com ferida no domicílio. Os diferentes tipos de apoio, sendo o cuidado direto, auxílio nos gastos, os afazeres domésticos, cada um com sua importância.

Algumas condições que interferem no custo do cuidado, como suas características e localização. Os custos do tratamento estão relacionados à cobertura utilizada, a quantidade artigos médico-hospitalares gastos, bem como, a dependência do material fornecido pelo SAD. O número de troca dos curativos está relacionado ao consumo de material, aumento do tempo dedicado ao cuidado, além de, um maior desgaste físico e emocional.

De modo a conviver melhor com os custos do cuidado, precisei adaptar à minha realidade e desenvolver medidas que reduzissem os gastos. As ações

econômicas e criativas são realizadas no momento de realização do curativo, para proporcionar maior durabilidade e na produção dos artigos utilizados para a prevenção de lesões por pressão. Com isso, dar continuidade ao tratamento em casa, ao mesmo tempo em que, possa melhorar as condições do cuidado do meu familiar idoso.

Algumas ações de cuidado são desenvolvidas, dentre elas, os registros das ações, utilizados, geralmente, por quem compartilha o cuidado entre os membros da família, de modo a se comunicarem sobre o processo de tratamento e continuidade do mesmo. O uso de tecnologias e a organização do processo de cuidado. As experiências adquiridas, bem como o desenvolvimento de segurança no processo de cuidar de uma ferida, me proporciona autonomia, para que com isso consigo assumir esse papel.

No cuidado em casa de um familiar idoso com ferida, vivencio custos, dentre eles: os financeiros, oportunidades de vida perdidas, os desgastes físicos e emocionais do cuidador. Os custos com a aquisição de equipamentos médico-hospitalares, consumo e despesas do domicílio, sei que tem todos estes custos, mas não consigo contabilizá-los. Assim como, as despesas do domicílio tem seu aumento, os materiais utilizados no tratamento da ferida estão relacionados ao número de trocas dos curativos, as características da ferida e o fornecimento do material pelo SAD. Tenho todos esses gastos, apesar da dificuldade de calcular mensalmente.

A realização do curativo é dependente de uma maior demanda de tempo, e, além disso, a necessidade de troca do mesmo, podendo ocorrer mais de uma vez ao dia, o que torna esse cuidado mais intenso. Há uma demanda maior no tempo de cuidado, são apresentados em termos de horas perdidas, mas, não valorados, pois a ferida não foi causa da perda do meu trabalho, mas um agravante para o mesmo. As ações de prevenção da ferida, no cuidado com a pele e mudanças de decúbito, são percebidas como um agravante do tempo de dedicação. Além disso, perda de saúde, bem-estar e qualidade de vida por cuidar de um idoso com ferida em casa.

O cuidado do meu familiar idoso com ferida em casa é necessário, porém, é preciso melhorar. Precisamos receber suporte adequado para não seja preciso assumir esse cuidado, mas que colaboremos com ele.