

# NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EXPERIENCIADAS POR CUIDADORES DE INDIVÍDUOS DEPENDENTES DE CUIDADO

## HEALTH EDUCATION NEEDS EXPERIENCED BY CAREGIVERS OF CARE- DEPENDENT INDIVIDUALS

## NECESIDADES DE EDUCACIÓN EN SALUD EXPERIMENTADAS POR CUIDADORES DE INDIVIDUOS DEPENDIENTES DE CUIDADO

Elen Ferraz Teston<sup>I</sup>  
Ana Paula de Oliveira<sup>II</sup>  
Sonia Silva Marcon<sup>III</sup>

**RESUMO:** Estudo descritivo de natureza qualitativa, desenvolvido com o objetivo de identificar as necessidades de educação em saúde experienciadas por cuidadores familiares de indivíduos acamados. Os informantes foram 18 cuidadores residentes em Itaúna - Pr. Os dados foram coletados em junho de 2011, por meio de entrevista semiestruturada, e submetidos à análise de conteúdo. Os resultados obtidos apontam que as principais necessidades dos cuidadores familiares estão relacionadas à falta de informação em saúde; deficiência no esclarecimento sobre o diagnóstico médico; e especificidades na execução cotidiana dos cuidados. Mostrou ainda que os profissionais da estratégia saúde da família constituem uma rede de apoio importante para sanar dúvidas e ajudar na resolução dos problemas relacionados com os cuidados. Conclui-se que os profissionais de saúde devem zelar por um cuidado de qualidade, fornecendo as informações necessárias aos cuidadores e se mantendo vigilantes quanto às suas necessidades individuais.

**Palavras-chave:** Educação em saúde; enfermagem; família; saúde da família.

**ABSTRACT:** This is a qualitative descriptive study which identifies health education needs experienced by family caregivers of bedridden individuals. Data were collected in June, 2011, out of semi structured interviews with 18 (eighteen) informants residing in Itaúna, PR, Brazil. Results obtained indicate main needs of family caregivers are related to lack of healthcare information, deficient explanation of medical diagnoses, and specificities in daily care. They also showed that family health strategy professionals represent an important support network to solve questions and help overcome care-related problems. Conclusions show that health professionals must ensure quality care, providing caregivers with the necessary information and remaining attentive to their specific needs.

**Keywords:** Health education; nursing; family; family health.

**RESUMEN:** Estudio descriptivo de naturaleza cualitativa, desarrollado con el objetivo de identificar las necesidades de educación en salud experimentadas por cuidadores familiares de individuos encamados. Los informantes fueron 18 cuidadores residentes en Itaúna - Pr - Brasil. Los datos fueron recogidos en el mes de junio de 2011, por medio de entrevista semiestructurada y sometidos al análisis de contenido. Los resultados obtenidos apuntan que las principales necesidades de los cuidadores familiares están relacionadas a la falta de información en salud; deficiencia en la aclaración del diagnóstico; especificidades en la ejecución de los cuidados. Mostró aun que los profesionales de la estrategia salud de la familia constituyen una red de apoyo importante para sacar dudas y ayudar en la resolución de problemas relacionados con el cuidado. Se concluye que los profesionales deben velar por un cuidado de calidad, suministrando las informaciones a los cuidadores y manteniéndose vigilantes en cuanto a las necesidades específicas presentadas por cada uno de ellos.

**Palabras clave:** Educación en salud; enfermería; familia; salud de la familia.

## INTRODUÇÃO

A educação em saúde constitui uma ferramenta para a melhoria na qualidade do cuidado. Porém, para que isto ocorra, não basta apenas seguir normas recomendadas de saúde e evitar doenças, e sim realizar a educação em saúde num processo que estimule o

diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada.

A integralidade do cuidado só é realizada quando se reconhece o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao

<sup>I</sup>Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Jandaia do Sul. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: elen-1208@hotmail.com

<sup>II</sup> Enfermeira. Especialista em saúde da família. Itaúna do Sul, Paraná, Brasil. E-mail: paulasasso4@hotmail.com.

<sup>III</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Mestrado em Ciências da Saúde e de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com.

meio ambiente e à sociedade na qual se encontra inserido. Neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno<sup>1</sup>.

Vale lembrar que o enfermeiro desempenha um papel importante na orientação, educação, aconselhamento, *feedback* e gerenciamento do processo de educação em saúde<sup>2</sup>. Dessa forma, orientações e informações fornecidas às famílias podem proporcionar melhores cuidados a esses indivíduos.

Porém, verifica-se que os profissionais de saúde são preparados, especialmente, para atender os indivíduos doentes, tendo como enfoque a patologia, e assim se esquecem, das pessoas responsáveis pelos cuidados para com os pacientes, e que necessitam de informações e apoio para sanar dificuldades as quais, muitas vezes, podem refletir na qualidade da assistência prestada<sup>3</sup>.

Acredita-se que o enfermeiro pode desempenhar o papel de facilitador, pois é um profissional que presta cuidados à pessoa adoecida e o cuidador leigo, além de estar envolvido diretamente com as questões educativas em relação aos cuidados com a saúde<sup>4</sup>.

Reconhecendo a necessidade e a importância da educação em saúde, tanto para o doente dependente de cuidados quanto para seus cuidadores familiares, este estudo objetivou identificar as necessidades de educação em saúde experienciadas por cuidadores familiares de indivíduos acamados.

## REVISÃO DE LITERATURA

O aumento na incidência e surgimento de condições crônicas traduz a realidade brasileira, mas o sistema público de assistência à saúde do país tem apresentado dificuldades para direcionar de forma coerente as novas condições de adoecimento da população e, inclusive, demonstrando não estar preparado para atender as demandas decorrentes desta situação e nem para assessorar as famílias que têm assumido uma parcela cada vez maior de responsabilidade na prestação do cuidado à saúde de seus membros, especialmente àqueles com problemas crônicos<sup>5</sup>.

Nesse contexto, a estratégia saúde da família (ESF) como proposta de reorganização da assistência e que tem como propósito a atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da comunidade, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde<sup>6</sup>, tem papel fundamental junto a estas famílias. Isto porque o referencial cultural de cuidado, constituído pelo conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da família na promoção da saúde e na prevenção e tratamento de doenças, é construído ao longo da vida familiar e a partir das

interações com pessoas que lhes são significantes<sup>5</sup>, incluindo aí os profissionais de saúde, a depender da qualidade das interações com os mesmos.

Cabe salientar que a proposta da ESF instiga os profissionais a se comprometerem com a população e a oferecer respostas, à medida que se aproximam das famílias, inteiram-se de suas necessidades e demandas ao longo do tempo e se comprometem com elas<sup>5</sup>. Além disso, quando existe uma boa interação com os profissionais, a família tem mais liberdade para procurar a equipe diante de dúvidas e necessidades, e, via de regra, sente-se apoiada pela mesma. Vale lembrar que estas necessidades de saúde correspondem ao que é considerado relevante social e historicamente pelas pessoas/famílias, em nível particular. Nesse sentido, o enfermeiro como coordenador da equipe da ESF pode direcionar as ações da equipe para as reais necessidades da família.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa desenvolvido no município de Itaúna do Sul-Pr. A metodologia escolhida justifica-se por ser capaz de aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos delimitados em extensão e suscetíveis de serem abrangidos intensamente<sup>7</sup>.

Itaúna do Sul localiza-se na zona hidrográfica da Bacia do Ivaí, ao Noroeste do Estado do Paraná, tem uma área territorial de 129 km, e é considerado município de pequeno porte, com estimativa populacional de 3.585 habitantes<sup>8</sup>.

A cidade conta com um hospital municipal, caracterizado como instituição de pequeno porte, com 17 leitos (enfermarias masculina e feminina, obstetrícia, pós-cirúrgico, pediatria e isolamento; dois são apartamentos) uma unidade básica de saúde, sendo está considerada uma unidade mista, visto que as duas equipes da ESF possuem como referência tal unidade e ambas equipes realizam cobertura na zona rural.

A amostra estudada está constituída por todos os cuidadores familiares (18) de pacientes dependentes de cuidados, atendidos pelas duas equipes do município. Os critérios de seleção adotados foram: os cuidadores devem possuir algum grau de parentesco com o paciente e não podem ter nenhuma formação na área da saúde; e os indivíduos que recebem cuidados devem apresentar dependência total.

A coleta de dados foi realizada em junho de 2011. Os dados foram coletados em uma única visita ao domicílio, por meio de entrevista junto aos cuidadores, com questões específicas do estudo, gravadas em aparelho eletrônico MP3. Posteriormente as mesmas foram transcritas na íntegra, organizadas em ordem cronológica. Os dados produzidos foram

submetidos à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>9</sup>. Seguiram-se as etapas necessárias até a elaboração das categorias, a saber: leitura flutuante de todo material, possibilitando a ideia geral dos dados. Em seguida, foram identificados os trechos que marcaram os depoimentos por serem similares ou diferentes. Depois esses conteúdos foram separados por unidades de registros originando três categorias: Necessidade de informação em saúde; Necessidade de esclarecimento sobre o diagnóstico médico e Dificuldades em relação ao cuidado: os profissionais da ESF como rede de apoio.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o estabelecido pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e seu projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Maringá (Parecer nº 247/2011). Todos os participantes do estudo ou seu responsável assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Para a diferenciação dos sujeitos e preservação de sua identidade, os mesmos foram identificados com a letra C de cuidador, seguida de dois números, o primeiro que indica a ordem da entrevista e o segundo a idade, e por fim é informado o grau de relação com o indivíduo cuidado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas visitas domiciliares a 18 indivíduos e seus respectivos cuidadores. Todos os indivíduos que receberam a visita da enfermeira da ESF eram acamados e, portanto, dependente de cuidados.

Os 18 cuidadores em estudo tinham idade entre 28 e 74 anos, sendo seis cônjuges, cinco irmãos, quatro filhos, dois sobrinhos e um amigo do doente. A maioria (14) era do sexo feminino e tinha baixo nível de escolaridade, visto que quatro eram analfabetos, cinco não chegaram a completar o ensino fundamental e quatro completaram este nível de ensino. Apenas três tinham ensino médio completo e dois ensino superior completo.

O predomínio de mulheres entre os cuidadores é uma característica frequentemente encontrada em diversos estudos, tanto nacionais quanto internacionais<sup>10,11</sup>, o que reforça o papel social da mulher, historicamente determinado, ou seja, quem desempenha as tarefas de cuidar em família é uma mulher, uma vez que prestar cuidado é secularmente uma atribuição feminina, quer seja esposa, filha ou irmã<sup>9</sup>.

O baixo nível de escolaridade identificado provavelmente está relacionado à idade dos cuidadores, pois na realidade ainda é comum pessoas mais velhas, em especial as do sexo feminino, não possuírem escolaridade<sup>8</sup>. Isto pode interferir direta ou indiretamente, na prestação do cuidado ao indivíduo

acamado, podendo desencadear um déficit na qualidade do cuidado. Além disso, pode apresentar-se como barreira no processo de educação em saúde.

Os profissionais de saúde, portanto, precisam fazer um acompanhamento mais amigável dos casos em que o cuidador tem baixa escolaridade para identificar junto aos mesmos deficiências na compreensão das orientações que possam ser sanadas a partir do planejamento assistencial. Além disso, devem ser utilizados os mais variados recursos para garantia de um cuidado de qualidade, a fim de ensiná-los a prevenir possíveis enganos<sup>12</sup>.

## Necessidade de informação em saúde

Ao serem questionados sobre o preparo e as orientações recebidas para subsidiar a execução de cuidados no domicílio, os cuidadores, em sua maioria (12 casos), informaram não ter recebido orientações.

O médico disse que ele ia ficar dependente de mim depois dessa doença.. Eu sempre fui sozinha para cuidar dele, então no começo tive muita dúvida do que ele podia comer e beber porque eu não sabia como era essa doença[...] (C7, 59 anos, esposa)

[...] quando ela ficou de cama, eu passei a cuidar dela, com muita dificuldade porque estudo a gente não teve, então conhece muito pouco das coisas. E depois disso mudou tudo, a comida, os remédios que são um monte pra dar. De vez em quando dá até para confundir. (C8, 69 anos, irmã)

É possível observar que os cuidadores se ressentem da ausência de uma comunicação mais efetiva e eficaz com os membros da equipe de saúde, o que acaba por tornar o cuidado uma tarefa ainda mais difícil. Ou seja, a falta de informação e de vínculo com os profissionais de saúde acaba deixando o cuidador desamparado, sem conhecer quais são os cuidados específicos que precisam ser prestados e como realizá-los. Oferecer uma alimentação adequada ao problema de saúde, organizar e programar a distribuição das medicações por horários, por exemplo, são cuidados básicos, para os quais não deveriam existir dúvidas, visto que os mesmos são essenciais para manter a doença sob controle. Cabe, pois, à equipe de saúde averiguar junto aos cuidadores seus conhecimentos e dúvidas relacionadas com o cuidado, de modo que as mesmas possam ser sanadas, contribuindo assim para a qualidade do cuidado que é prestado pelo cuidador leigo.

Nesse sentido, é importante considerar que a equipe de saúde como um todo, é responsável por apoiar, esclarecer e ajudar o doente e sua família na realização de cuidados com a saúde. Eles devem constituir referência a ser procurada pelo cuidador nas situações de insegurança que possam surgir na realização dos cuidados.

Quando existe comprometimento dos profissionais com o acesso, acolhimento, resolutividade, au-

tonomia da família e respeito às suas crenças, práticas de saúde, valores e padrões de comunicação, o vínculo entre profissional de saúde e família é mais facilmente estabelecido, o que favorece o enfrentamento da doença pela família que passa a compreender melhor a importância de suas ações na prevenção de complicações<sup>13</sup>.

Preocupo-me em não deixar ele na cadeira de rodas todo tempo, pois tenho muito medo de dar feridas nele, mas tem horas que a gente fica sem saber o que fazer. (C3, 55 anos, filha)

Fico com medo ainda quando tenho que dar os medicamentos para ele, pois ele toma muitos e eu tenho que cortar os comprimidos, medir certinho o tanto que tenho que dar para ele todos os dias, e tenho medo de fazer errado. (C18, 71 anos, esposa)

É interessante observar que a despeito de o fato do familiar compreender a necessidade de realizar alguns cuidados, nem sempre ele se sente preparado para executá-los, o que gera preocupações e inseguranças. A implementação de estratégias como o rodízio de mudança de decúbito e o treinamento para administração de medicamentos são orientações básicas e simples, de função da enfermagem, que facilitaria em muito a realização dos cuidados e aliviaria a angústia dos cuidadores. Diante disso, devem ser estabelecidas ações que amenizem o desamparo vivenciado pela família numa situação de enfermidade, a fim de capacitá-la para conviver com a nova realidade e de forma o menos sofrida e insegura possível<sup>12</sup>. As preocupações manifestadas pelos cuidadores apontam de forma implícita a necessidade de suporte instrumental e informativo por parte dos profissionais de saúde para que possam executar cuidados que atendam as necessidades humanas básicas e também cuidados de recuperação da saúde.

O cuidado domiciliar deve ser expresso de modo a garantir a autonomia do cuidador, porém sabe-se que é preciso ampliar a discussão sobre o cuidado domiciliar e é imperativo um esforço conjunto na construção de propostas que respondam às reais necessidades de capacitação dos enfermeiros para a realização dessa prática<sup>14</sup>.

Experenciar o cuidado domiciliar na perspectiva de compartilhar com o indivíduo e sua família a busca de sua autonomia é um desafio, pois acontece nas mais diferenciadas condições de viver. Portanto, a enfermagem tem o papel de facilitar o processo de autodeterminação para o cuidado, tanto do doente quanto do cuidador, com inúmeras estratégias, incluindo a educação, o advogar, assim como o gerenciar o caso do paciente e familiares. Esta função deve respeitar a capacidade, o grau de compreensão e a possibilidade de ação dos cuidadores familiares<sup>15</sup>.

Observamos a partir de alguns relatos que a ausência de informações faz com que os familiares

aprendam a partir de sua vivência prática e com base no errar e acertar.

Ninguém me falava nada direito... não sabia o que ia ter que fazer para cuidar dele, com o tempo eu fui aprendendo a me virar. (C17, 34 anos, filha)

Eu fazia as coisas conforme eu via que ela precisava, fui aprendendo ajudar ela conforme o tempo foi passando. (C5, 27 anos, amiga)

Este processo de aprendizagem poderia ser facilitado, mais rápido e menos sofrido se apoiado pelos profissionais de saúde, afinal a mudança no contexto diário exige adaptação do cuidador familiar à nova rotina, a qual geralmente surge de forma inesperada e intensa e quase sempre acompanhada de outras dificuldades como a deficiência na estrutura física do domicílio, ausência de equipamentos apropriados e também de conhecimento sobre o que e como fazer. Assim, o déficit de informações ofertadas aos cuidadores, referentes aos cuidados domiciliares, constitui-se como fator gerador de insegurança durante a prestação do cuidado, além de colocar em risco a saúde do paciente<sup>16</sup>.

Um estudo realizado com familiares que exercem o cuidado já há algum tempo no domicílio<sup>17</sup>, apontou que a relação entre o profissional que tem um conhecimento científico e a família, que tem o saber adquirido no lidar diário com seu doente deve ser de cooperação e troca, pois ambos têm a aprender e a ensinar.

Tal cooperação deve estar presente em todos os momentos de contato com os familiares, objetivando melhorar a qualidade do cuidado prestado pelo cuidador familiar<sup>18</sup>. Ressalta-se ainda a importância do preparo desse profissional para o desenvolvimento da prática educativa, considerando que um cuidador adequadamente instrumentalizado é capaz de enfrentar com maior segurança os desafios cotidianos impostos pelo ato de cuidar.

### **Necessidade de esclarecimento sobre o diagnóstico médico**

Uma das estratégias que possibilitam um cuidado com maior qualidade é fornecer informações claras e precisas ao cuidador, de modo que ele possa discernir o que é viável, o que facilita e o que dificulta na execução do cuidado e também o que é melhor aceito pelo doente<sup>19</sup>. Contudo, os cuidadores demonstravam desconhecer inclusive o problema de saúde que afeta seu familiar.

Ele explicou muito pouco, ficamos sem entender muito. Até hoje não sei direito o que ele tem, se é câncer mesmo ou não. (C6, 66 anos, esposa)

A gente não entendia direito como era a doença, e na época a única coisa que falaram para nós é que ia piorar cada vez mais. Depois, eu vi no Globo Repórter falando que essa doença tem vários estágios, e

que infelizmente é algo que tende a agravar conforme os anos vão passando. (C6, 66 anos, esposa)

No entanto, para planejar o cuidado a ser prestado, a família necessita conhecer, mesmo que de forma simples e resumida, o diagnóstico ou as hipóteses diagnósticas do problema, e as possíveis consequências\ agravos. Isto contribui para uma melhoria na qualidade do cuidado prestado além de possibilitar à família, buscar mais informações em diferentes fontes, como a *internet* por exemplo, e também a troca de experiências e saberes com outros cuidadores.

Entretanto, é preciso trabalhar com a noção de que educação envolve o conjunto dos processos pelos quais os indivíduos se transformam em sujeitos de uma cultura, reconhecendo que existem muitas e diferentes instâncias e instituições sociais envolvidas com esses processos de educar<sup>20</sup>.

Portanto, há necessidade de a família/cuidador ser bem informada quanto à patologia do paciente cuidado, os agravantes e suas consequências. É através da informação prestada que irá ocorrer um cuidado consciente, responsável e de qualidade por parte do cuidador o que irá contribuir diretamente para evitar complicações da patologia permitindo assim um prognóstico efetivo.

### **Dificuldades em relação ao cuidado: os profissionais da ESF como rede de apoio**

Ao fazerem referência aos recursos procurados em casos dúvidas ou dificuldades relacionadas aos cuidados, todos os cuidadores mencionaram os profissionais da ESF.

Quando preciso de alguma coisa de saúde, peço para o agente de saúde, que passa aqui em casa, ou vou até o postinho falar com a enfermeira. (C14,45 anos, filha)

Eu peço para o pessoal da saúde vir aqui em casa e eles me ajudam, trazem o médico quando precisa... Hoje mesmo eles já vieram aqui porque ele está com febre e o pulmão dele está carregado. (C6, 66 anos, esposa)

A ESF destaca-se entre as propostas da área da saúde por ser uma tentativa de transformar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nele atuam, sendo, até mesmo, considerado a alavanca para a transformação do sistema como um todo<sup>21,22</sup>. Como estratégia inerente à atenção primária, guarda como propósito, além de centrar a atenção na saúde e dar ênfase à integralidade das ações, focalizar o indivíduo como um sujeito integrado à família e à comunidade<sup>4</sup>. Portanto, as falas indicam que os cuidadores percebem os profissionais como apoio, fonte de segurança para o cuidado, buscando sempre que necessário informações com eles.

Isto indica que, direta ou indiretamente, a ESF vem alcançando seu objetivo e conquistando o reconhecimento do apoio que pode dar às famílias, espe-

cialmente àquelas que convivem com uma condição crônica, ainda que a curtos passos. Por mais difícil que pareça ser o processo de educação em saúde, o primeiro passo é propor ao paciente acamado e seu respectivo cuidador a interatividade nesse processo. No âmbito da ESF, a educação em saúde é uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe. No entanto, a família como unidade a ser cuidada ainda não é uma realidade, encontra-se em construção, tanto quanto sua inclusão nas ações educativas. A superação da atenção individual ainda é um desafio para as equipes da ESF, especialmente quando o foco da assistência é a família que vivencia a doença crônica.

A compreensão da família como a mais constante unidade de saúde para seus membros é essencial, pois a maneira como as necessidades são atendidas determina a associação entre conhecimento e familiaridade com rotinas de cuidado e também a capacidade para detectar sinais de doença com base em evidências muitas vezes despercebidas aos outros<sup>6</sup>.

### **CONCLUSÃO**

O princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde deve estar alicerçado em um novo paradigma, onde o profissional de saúde esteja preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades dos pacientes e seus familiares.

A falta de esclarecimento quanto ao diagnóstico médico observada, é um fator que dificulta a execução de um cuidado de qualidade, visto que é preciso conhecer a doença para que se possa planejar o cuidado.

A pesquisa evidenciou que as informações devem ser transmitidas de forma clara possibilitando que o cuidador sinta segurança e apoio em relação aos cuidados prestados.

Por fim, observou-se que, mesmo diante das dificuldades relacionadas à execução dos cuidados, os entrevistados reconhecem os profissionais da ESF como fonte de apoio, o que permite inferir que, mesmo a pequenos passos, a estratégia vem conquistando a confiança e fortalecendo o vínculo com a população.

Considerando esse contexto, vislumbra-se o potencial da atenção básica como estratégia eficaz de promoção da saúde e apoio aos cuidadores para a execução de um cuidado com mais qualidade e sem riscos para o doente.

Acredita-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a ampliação do corpo de conhecimento da enfermagem referente ao planejamento de ações da ESF junto aos cuidadores de doentes acamados em seus domicílios. Entretanto, não se pode deixar de considerar as limitações deste estudo, como

o fato de a amostra ser restrita a cuidadores familiares, e a necessidade de se desenvolverem novas pesquisas, especialmente de caráter intervencional, a fim de testar um modelo de reorganização da assistência pautada nas necessidades identificadas neste estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz OT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc saúde coletiva*. 2007; 12:335-42.
2. Garcia RP, Budó MLD, Oliveira SG, Beuter M, Girardon-Perlini NMO. Setores de cuidado à saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico. *Esc Anna Nery*. 2012; 16:270-6.
3. Miliorini JP; Fernandes MV; Decesaro MN, Marcon SS. A família no contexto hospitalar: apreendendo os anseios e expectativas relacionadas com doença crônica. *Rev RENE*. 2008; 9(3):81-91.
4. Garcia RP, Budó MLD, Oliveira SG, Schimith MD, Wunsch S, Simon BS. Cotidiano e aprendizado de cuidadores familiares de doentes crônicos. *Rev Cienc cuid saúde*. 2011; 10:427:34.
5. Souza MG, Mandú ENT. Percepções de enfermeiros sobre a estratégia saúde da família. *Cienc cuid saude*. 2010; 9:643-50.
6. Ministério da Saúde (Br). Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Documento Técnico. Brasília (DF): Editora MS; 2006.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sócio demográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (Por): Edições 70; 2008.
10. Bochs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto contexto - enferm*. 2007; 16:307-14.
11. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto contexto - enferm*. 2008; 17:266-72.
12. Santos AA, Pavarini SCI. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31:115-22.
13. Seleglim MR, Oliveira MLF, Ballani TSB, Tavares EO, Trevisans EPT, França NRR. Cuidado de enfermagem a famílias: experiência vivenciada em visitas domiciliares a intoxicados. *Sau & Transf Soc*. 2011; 2(1):65-72.
14. Fávero L, Lacerda MR, Mazza VA, Hermann AP. Aspectos relevantes sobre o cuidado domiciliar na produção científica de enfermagem brasileira. *Rev Min Enferm*. 2009; 3:585-91.
15. Lacerda MR. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. *Cienc cuid saude*. 2010; 15:2621-6.
16. Acioli S. Sentidos e práticas de saúde em grupos populares e a enfermagem em saúde pública. *Rev enferm UERJ*. 2006; 14:21-6.
17. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cienc cuid saude*. 2007; 12:335-40.
18. Barbara CO, Mara LG, Márcia RG. Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico: necessidades, sentimentos e orientações recebidas. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24:43-9.
19. Salles PS, Castro RCB. Validação de material informativo a pacientes em tratamento quimioterápico e aos seus familiares. *Rev esc enferm USP*. 2010; 44:182-9.
20. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto contexto - enferm*. 2007; 16:233-8.
21. Oliveira RQ, Marcon SS. Trabalhar com famílias em um programa de saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev esc enferm USP*. 2007; 41:65-72.
22. Oliveira MAN. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60:585-9.