UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**O cuidador familiar de pacientes submetidos à
cirurgia gastro-intestinal de grande porte:
suas atividades no domicílio**

MARIA FERNANDA MOLLA JUKEMURA

São Paulo

2002

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**O cuidador familiar de pacientes submetidos à
cirurgia gastro-intestinal de grande porte:
suas atividades no domicílio**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Enfermagem na
Assistência à Saúde do Adulto da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem

Orientadora:
Profª Drª Ana Cristina Mancussi e Faro

MARIA FERNANDA MOLLA JUKEMURA

São Paulo

2002

**Ficha catalográfica preparada pelo Serviço
de Biblioteca e Documentação da EEUSP**

Jukemura, Maria Fernanda Molla

O cuidador familiar de pacientes submetidos à cirurgia gastro-intestinal
de grande porte: suas atividades no domicílio / Maria Fernanda Molla
Jukemura. – São Paulo: M. F. M. Jukemura, 2002.

100p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

I. Título. II. Cuidadores. III. Cuidados domiciliares de saúde
IV. Cirurgia do sistema digestivo.

Dedicatória

*Ao meu “amorzinho” **Jukemura**,
Aos nossos filhos **Pedro Kenzo** de 7 anos e
Fábio Akira de 5 anos*

*À minha **mãe** por tornar-
se um exemplo de cuidadora.*

Agradecimentos

- *A Deus e a todos os santos em especial a São Judas Tadeu e Santo Expedito que juntos iluminam meus caminhos abrindo portas para meu crescimento,*
- *A Prof^ª. Dr^a Ana Cristina Mancussi e Faro por ter me aceitado como sua orientanda, a quem tenho imenso carinho que desde os bancos da universidade acompanha meus passos e muito contribuiu na minha formação, por toda sua dedicação, empenho e agilidade em ler os projetos, eu realmente me sinto privilegiada em tê-la como orientadora,*
- *Ao Prof. Dr. Marcel Cerqueira César Machado por ter permitido coleta de dados junto aos pacientes por ele atendidos em unidade hospitalar. Quero ressaltar neste momento que ele têm sido um “pai” para nossa família, participando de momentos felizes e tristes de nossas vidas e neste não poderia estar ausente,*
- *Ao meu pai, pela sua força e coragem em lutar contra a doença,*
- *À minha mãe e sogros Chussei e Kaoru por assumirem o cuidado dos meus filhos no momento de minha ausência, levando-os para todo lugar não deixando faltarem em aulas ou afins,*
- *Ao meu irmão Oswaldo, pelo seu envolvimento com a profissão médica, espero que ele alcance um dia a felicidade de concluir um trabalho de pesquisa como este,*
- *À minha empregada Raimunda por dar continuidade nos cuidados de casa e dos meus filhos, por sua paciência e compreensão,*

-
- *À colega Edvane Birelo Lopes de Domenico, juntas desde a graduação, foi ela quem me abriu os olhos para o ingresso na pós-graduação. Apesar de nossos caminhos se trilharem diferentemente me sinto muito próxima a ela,*
  - *A Prof a Drª Aparecida de Cássia Giane Peniche, pelo seu companheirismo e auxílio no acesso ao manual de normas e rotinas do Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas da USP,*
  - *A Prof a Drª Maria Júlia Paes da Silva e a Drª Margareth Angelo, pela suas participações no exame de qualificação,*
  - *A todas as professoras do curso de pós-graduação, seus ensinamentos foram muito valiosos,*
  - *A todos os colegas do curso de pós-graduação em especial a Edilene Curvelo Hora com quem partilhei momentos agradáveis,*
  - *A Dorinha, secretária do Departamento de Enfermagem Médico – Cirúrgica, pela sua prestatividade e delicadeza,*
  - *As colegas enfermeiras do setor de emergência do Hospital Universitário em especial à Tânia Regina Sancinetti e Martha Rumiko Kayo Hashimoto na concessão de folgas a mais para a conclusão deste trabalho,*
  - *Aos funcionários da secretaria de pós-graduação, pelo empenho e disposição,*
  - *Aos funcionários da Biblioteca, em especial ao Kleber e a Betânia pela ajuda na localização de obras e trabalhos,*

- *Ao Prof. José Fausto de Moraes, pelo valioso trabalho estatístico de análise dos dados e digitação,*
- *A Fernanda Matos pelo capricho na figura de capa, divisórias e produção gráfica final,*
- *Aos cuidadores participantes deste estudo pela permissão em realizar visita domiciliária,*
- *A todos os outros cuidadores que vem exercendo este papel, proporcionando conforto e bem – estar ao outro.*

RESUMO

O cuidador familiar é aquela pessoa da família com ou sem experiência na área da saúde, que assume os cuidados ao familiar no domicílio, ajudando-o a suprir suas necessidades proporcionando conforto, lazer e garantindo o bem-estar a pessoa necessitada. Neste sentido este estudo caracteriza o cuidador familiar de pacientes submetidos à cirurgia gastro-intestinal de grande porte quanto a idade, sexo, religião, parentesco, estado marital, ocupação, grau de instrução e também quanto a pessoa que ajuda, experiências anteriores e tempo de dedicação aos cuidados. Outro objetivo proposto foi identificar os cuidados realizados no domicílio pelos cuidadores familiares quanto a higiene e conforto, sono e repouso, cuidados com a pele, cuidados com sondas e/ou drenos e/ou catéteres e/ou bolsas coletoras, alimentação e hidratação, eliminações intestinal e urinária, administração de medicamentos, atividade física e de lazer. Identifica, ainda, a utilização de materiais e equipamentos, bem como de adaptações feitas no ambiente físico no domicílio do doente e o uso de terapias complementares desenvolvidas para a realização do cuidado. Por fim, identifica as vias de contato utilizadas pelos cuidadores familiares voltadas para esclarecimento de dúvidas. É um estudo do tipo descritivo, exploratório, correlacional, de campo, longitudinal com abordagem quantitativa, constando de uma amostra de 15 cuidadores que residiam no município de São Paulo, tinham como cuidador principal alguém da família e concordavam em participar do estudo. Os dados foram coletados pela pesquisadora no período de janeiro a abril de 2001 no domicílio dos doentes em dois momentos, sendo o primeiro entre o 2o e 4o dia após a alta hospitalar e o segundo entre o 10o e 12o dias. O estudo mostrou que os cuidadores familiares deixaram de lado suas atividades profissionais ou não, para estarem disponíveis ao familiar durante o dia e a noite, realizando atividades até então só observadas durante a internação hospitalar. Durante as entrevistas constatou-se estarem inseguros, com dúvidas no cuidar, sozinhos, indecisos, inseguros, com dúvidas no cuidado, mas permaneciam firmes superando todos os obstáculos.

PALAVRAS CHAVES: Cuidador familiar. Cuidado domiciliar. Enfermagem. Cirurgia gastro-intestinal de grande porte.

ABSTRACT

The familiar caregivers is the person from the family with or without experience in the health area that assumes the cares to the family in the home, helping her/him to provide their needs giving comfort, spare time and assuring the person's well being. In this course this study characterizes the family caregiver of patients underwent to a large gastrointestinal surgery related to age, sex, religion, relationship, marital status, occupation, education level and about the person that care, her/his previous experiences and period of dedication to the cares. Another proposed aim was to identify the achieved cares in the home by family caregivers regarding to the hygiene and comfort, sleep and rest, skin cares, probe and/or drain and/or catheter and/or collect bag, nutrition and hydration, urinary and intestinal elimination, medicine administration, physical and spare time activities. This study identifies yet the use of material and equipments as well as adaptation realized in the physical environment. In the patient's home and the use of complementary therapies developed for the care realization. At last it identifies the contact ways used by family caregivers turned to the doubts explanation. It is a descriptive, exploratory, co-relational and longitudinal study, of field, with quantitative approach, consisting of a sample of 15 caregivers that lived in São Paulo City and that have as a main caregiver the family member and they agreed with participate of this study. Researcher collected the data in the period from January to April 2001, on patients' home in two moments, being the first between the 2th and 4th day after the discharge from hospital. The second moment occurs between the 10th and 12th days. The study showed that the family caregivers have laid aside their professional activities or not aiming to be available to the family during the day and the night, realizing activities up until then only observed during the nosocomial admission. During the interviews it was verified that the caregivers were alone, hesitant, insecure, with doubts about the care, they have no one to help them, but they stay resolute to overcome difficulties.

Keywords: Family caregiver. Home care. Nursing. Large gastrointestinal surgery.

SUMÁRIO

Lista de tabelas.....	x
Lista de figuras.....	xii
1 – INTRODUÇÃO	2
2 – OBJETIVOS	22
3 – CASUÍSTICA E MÉTODO	24
3.1 – Tipo de estudo	24
3.2 – Local de estudo	24
3.3 – Amostra	25
3.4 – Instrumento e procedimentos de coleta.....	26
3.5 – Procedimentos éticos para a realização desta pesquisa	27
3.6 – Variáveis do estudo	28
3.7 – Análise dos dados	29
4 – RESULTADOS E COMENTÁRIOS	32
4.1 – Caracterização dos pacientes	33
4.2 – Caracterização dos cuidadores	33
4.3 – Caracterização da ajuda no cuidar e experiência anterior.....	43
4.4 – Caracterização dos cuidados	46
4.5 – Correlação entre variáveis de interesse	71
4.6 – Associação entre variáveis de interesse	73
5 – CONCLUSÕES	76
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
8 – ANEXOS	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos cuidadores quanto à idade, sexo, religião, parentesco estado marital, ocupação e grau de instrução, de pacientes submetidos à cirurgia gastro-intestinal de grande porte. São Paulo, 2001.	34
Tabela 2 – Distribuição das variáveis: pessoa que ajuda e período em que recebe ajuda. São Paulo, 2001.....	43
Tabela 3 – Distribuição das variáveis: pessoa que ajudou e impressão que teve. São Paulo, 2001.	43
Tabela 4 – Distribuição do tempo de dedicação (h) ao paciente no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.	46
Tabela 5 – Distribuição dos cuidados com higiene e conforto no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.	49
Tabela 6 – Distribuição dos cuidados com sono e repouso no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.	50
Tabela 7 – Distribuição dos cuidados com a pele no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.....	52
Tabela 8 – Distribuição dos cuidados com sondas, drenos, catéteres, bolsas coletoras de drenos no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.....	54
Tabela 9 – Distribuição dos cuidados com alimentação e hidratação no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.	56
Tabela 10 – Distribuição dos cuidados com eliminações intestinais e vesicais no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.	58
Tabela 11 – Distribuição dos medicamentos administrados no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.	60
Tabela 12 – Distribuição das atividades de lazer e entretenimento no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.	62
Tabela 13 – Distribuição dos contatos realizados com a equipe médica no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.....	63

Tabela 14 – Distribuição das mudanças realizadas no ambiente físico no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.....	65
Tabela 15 – Distribuição dos materiais e equipamentos utilizados para o cuidado no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.	66
Tabela 16 – Distribuição das terapias complementares utilizadas no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.	67
Tabela 17 – Correlação entre variáveis de interesse. São Paulo, 2001.	71
Tabela 18 – Associação entre variáveis dicotômicas de interesse. São Paulo, 2001.....	73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da frequência absoluta e acumulada da idade dos cuidadores. São Paulo, 2001.	36
Figura 2 – Distribuição da frequência absoluta das ocupações dos cuidadores. São Paulo, 2001.	42
Figura 3 – Distribuição percentual das pessoas que ajudam. São Paulo, 2001.	44
Figura 4 – Distribuição da frequência absoluta dos tempos de dedicação no 1º e 2º momentos entrevistados. São Paulo, 2001.	47
Figura 5 – Means Plot para os tempos médios de dedicação no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.	48
Figura 6 – Distribuição da frequência absoluta dos cuidados com higiene e conforto. São Paulo, 2001.	49
Figura 7 – Distribuição da frequência absoluta dos cuidados com sono e repouso no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.	51
Figura 8 – Distribuição da frequência absoluta dos cuidados com alimentação e hidratação. São Paulo, 2001.	56
Figura 9 – Distribuição da frequência absoluta dos medicamentos administrados. São Paulo, 2001.	61
Figura 10 – Distribuição da frequência absoluta das atividades de lazer. São Paulo, 2001.	62

1 – INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas ocorreram muitas alterações nos padrões culturais, sociais, econômicos e políticos em todas as sociedades. Indiscutivelmente, a constante redistribuição geográfica populacional, centraliza um contingente cada vez maior de pessoas nas zonas urbanas e as mudanças na produção do trabalho, trouxeram um redimensionamento às relações sociais, incluindo nesse contexto os familiares.

A inserção da mulher no mercado de trabalho, o alto custo de vida, o desenvolvimento da tecnologia, o controle e erradicação de doenças, o controle da fecundidade e natalidade; enfim a globalização da economia são algumas das causas das grandes mudanças nos padrões de vida brasileira. As famílias tem-se tornado cada vez menores e seus membros mais distantes, porém mais freqüentemente assumem a responsabilidade por eles (ANDRADE, MARCON, SILVA; 1997) .

A precocidade dos diagnósticos com rápidas medidas de intervenção vem aumentando consideravelmente a expectativa de vida brasileira, tornando os indivíduos mais longevos, além de aproximar o perfil demográfico populacional ao dos países europeus.

Torna-se cada vez mais freqüente a presença de idosos ativos e em boas condições de saúde nas famílias. Assim como o controle de doenças graves, possibilitando a pessoa mesmo doente viver por maior tempo, ficando os familiares responsáveis pelo bem estar de seus membros.

Estima-se que para o ano 2025 a população de pessoas com 60 anos ou mais represente 15% do total de brasileiros (BRITO, RAMOS, 1996; PERLINI, 2000).

Aumenta a necessidade da socialização o que segundo SPINA (1982) tem um importante papel na transmissão da cultura e varia de sociedade para sociedade de acordo com os seus padrões, regras e papéis.

A família é o ponto de partida para o exercício da cidadania, do respeito e dos direitos humanos. É a responsável pelo desenvolvimento de seus membros independente de sua estrutura e composição. (LEITE, 1999).

Através do dicionário FERREIRA (1986) família foi definida como um substantivo feminino, referente a “pessoas aparentadas que vivem em geral na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos. Pessoas do mesmo sangue. Origem, ascendência”. Definida ainda como “uma comunidade constituída por um homem e uma mulher unidos por laço matrimonial e pelos filhos nascidos dessa união”.

Ainda ligada à estrutura da palavra, PRADO (1981) e OSÓRIO (1996), relatam que o termo “família” originou se do latim FAMULUS significando, um conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor. Entre os chamados dependentes inclui se a esposa e os filhos. Pode-se dizer que esta raiz etmológica define a natureza possessiva das relações familiares quando a mulher devia

obedecer seu marido e os filhos pertenciam aos seus pais a quem deviam suas vidas.

Segundo VIEIRA (1996) é na família onde se projeta a miniatura da organização social, incluindo pelo menos duas gerações caracteristicamente formada sobre vínculo do casamento.

Ainda segundo este autor, família é uma palavra de origem latina e curiosamente o seu termo corresponde a “oikonomia” de onde se originou a palavra economia.

Em estudo realizado por LEITE (1999) família foi citada como um lugar de “socialização intergeracional” a qual passa por alterações conforme vão-se acomodando seus membros através da definição de papéis de cada um entre crianças, adolescente, jovem, adulto e idoso.

Ao nosso ver, uma família se inicia com a união de um homem com uma mulher na divisão social do trabalho e na procriação dos filhos. Assim a família assume a responsabilidade de cuidar dos seus membros, desde o nascimento até a morte em quaisquer condições sociais, econômicas ou de saúde. Pensamos ainda na família como uma instituição que atende as necessidades biológicas de seus membros, incluindo a obrigação de alimentação, higiene, vestuário e moradia.

Nas palavras de PADILHA (1992) “família” no Brasil colônia, passou a ser sinônimo de organização familiar latifundiária provocando a instalação de uma sociedade paternalista, onde as relações de caráter pessoal assumiram vital importância.

É a família que possibilita a integração da criança no mundo adulto e através de seu sexo, raça, crenças religiosas, status econômico que recebe orientação para ocupar um lugar na sociedade. (PRADO, 1981).

Meninos e meninas recebem estímulos diferentes levando cada um a funções diferentes em seu meio (PRADO, 1981).

Quando crianças, as meninas ganham bonecas e panelas de presentes, mais tarde ocupam-se com brincadeiras que imitam as atividades domésticas. Por outro lado aos meninos são dados carrinhos, bolas o que os incentiva a brincarem de luta e competições, isto é, as atividades externas ao lar. Assim, homens e mulheres começam a ser condicionados a assumirem comportamentos que se integram ao nosso cotidiano como algo “da natureza”, isto é, do sexo feminino ou masculino (LUZ, BERNI; 2000).

Ainda seguindo os pensamentos de PRADO (1981) a família socializa a filha para o casamento, acompanhando a mãe no desenvolver das atividades domésticas e o filho segue os caminhos do pai de provedor do lar, através do trabalho externo.

Na esfera conservadora de atividades da família, cabe ao homem o trabalho braçal com a busca de alimentos, abrigos adequados, o sustento e a cobertura das despesas da casa; já para a mulher ficam destinadas todas as atividades de cuidados com os filhos, conservação da saúde, manutenção, limpeza da casa e trabalhos artesanais incluindo bordado e costura (GONÇALVES; SILVA; PFEIFFER; 1996; BUDÓ, 1997).

Seguindo o papel atribuído a mulher pela família, esta, sem formação ou nenhum conhecimento na área da saúde vem exercendo cuidados desde o início da

história da humanidade até os nossos dias. É ela quem dá a luz, só ela pode amamentar seu recém nascido, é ela quem tem o encargo de “tomar conta” de tudo o que mantém a vida nos seus pequenos pormenores. As mulheres neste contexto são as mães, esposas, filhas, sobrinhas ou noras que transmitem seus conhecimentos de geração a geração às outras mulheres (COLLIÈRE, 1989).

COLLIÈRE (1989) define ainda cuidados de manutenção como sendo aqueles essenciais a vida podendo ser tanto de natureza alimentar como a necessidade de hidratação, nutrição, higiene, calor, luminosidade ou ainda de natureza afetiva, psicossocial, existindo uma relação intrínseca entre si.

Como a mãe com o bebê, o “cuidador” é convocado ao exercício da função materna”, podendo ser o outro que protege o discípulo ou o paciente diante de estímulos e situações que ele não é capaz de suportar e elaborar em um certo momento da vida. A função materna, tal como a compreendemos, constitui paradigma do cuidar (VOLICH, 2000).

Ou seja, a mulher continua sendo, pelo menos em nossa cultura, a maior responsável pelo processo de cuidar (GONÇALVES; SILVA; PFEIFFER, 1996). A mulher é mais minuciosa, atenta, está sempre “ligada” prestando o cuidado rotineiramente. Nos dias atuais será esta afirmativa ainda verdadeira? O que um cuidador, seja ele mulher ou não, entende por cuidar? Na perspectiva do cuidador quais são as atividades que envolvem o cuidar?

As mulheres são consideradas aquelas com maior disponibilidade para tarefas do cuidar. Acreditava-se este ser um “dom” atribuído à mulher devido a sua trajetória agregada à família e ao âmbito doméstico. É predominante a presença da

mulher como cuidadora, sobretudo a esposa e a mãe (KARSCH, 1998; MANCUSSI, 1998; FARO, 1999).

Segundo CAIN; WICKS (2000) as mulheres aceitam facilmente a função de cuidadora sendo uma extensão natural da sociedade; esta expectativa não existe para homens.

“Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem, necessidade de ajuda para garantir suas necessidades vitais” (COLLIÈRE, 1989).

O cuidar é um fenômeno universal humano, se dá ao longo da vida, diversificadamente de acordo com a cultura de cada um e vêm acompanhando as gerações ao longo da história (COLLIÈRE, 1989).

Ainda para este autor cuidar é “garantir a manutenção da vida e da espécie” através da satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida. Porém, muitas vezes precisamos da ajuda de outros para atingir este objetivo, podendo esta ser fornecida pela família, vizinhos, amigos, próprio meio onde se vive ou por profissionais previamente preparados.

Além de garantir a vida a quem necessita, fatores como atenção, afeto, fazer companhia, atender seus desejos; são também considerados segundo LEITE (1999) fontes de cuidado, apesar de muitas pessoas considerarem coisas simples e até sem importância.

Estas manifestações nem sempre são verbalizadas, é através do olhar, toque ou expressão facial diferente que algumas necessidades são manifestadas pela pessoa que está recebendo o cuidado.

Cuidar é ajudar a viver, aprendendo a conciliar as forças diversificadas. Os cuidados são fonte de prazer, satisfação, expressão de uma relação, pacificam, acalmam, aliviam, dispersam os tormentos evitando o sofrimento (COLLIÈRE, 1989; BOFF, 1999; SILVA, 2000).

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999; LEITÃO, ALMEIDA, 2000). É perceber o outro como ele se mostra; nos seus gestos e falas, em sua dor e limitação (SILVA; GIMENES, 2000).

O verbo cuidar deve transcender seu significado etmológico e representar mais do que a realização de uma técnica bem feita. Na verdade “cuidar é espargir amor, esbanjar carinho e felicidade a quem precisa” . Todos cuidam. De um jeito ou de outro. Por ser mãe, pai, irmão, filho, amigo, enfim por gostar de alguém (SILVA, 2000).

Seguindo o pensamento de BOFF (1999) o qual se refere também ao cuidado como parte da natureza e constituição do ser humano. O modo de ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano, assim pode-se dizer que sem o cuidado ele deixa de ser humano. O ser humano é, na essência, alguém de relações ilimitadas, estabelecidas através da fala com o outro construindo o mundo ao seu redor.

Segundo o dicionário FERREIRA (1986) cuidado é definido como atenção, precaução, cautela, diligência, desvelo, zelo, encargo, responsabilidade, conta.

A palavra cuidado deriva do latim cura, mais antigamente se escrevia “coera” e era usada num contexto de relações de amor e de amizade. Também é derivado do “cogitare-cogitatus” com o mesmo sentido de cura; cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação.

O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ela, disponho-me a participar do seu destino, buscas, sofrimentos, sucesso, enfim de sua vida; isto mostra que a pessoa que cuida se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro podendo-se dizer “somos cuidado” e não “temos cuidado” (BOFF, 1999).

MAYEROF (1971) analisa o cuidado como algo a ser feito rotineiramente e continuamente. A pessoa que cuida está no mundo da outra que é merecedora do cuidado.

Entretanto no decorrer da vida todos os membros de uma família estão sujeitos a desenvolver uma doença grave ou ser vítima de um grande acidente, alterando o estado de saúde da família e a dinâmica familiar.

O sistema familiar, seus papéis e canais de comunicação estão alterados quando um membro da família encontra-se doente, hospitalizado ou necessita de procedimentos terapêuticos e/ou cirúrgicos. Assim, paciente incapacitado (mesmo que temporariamente) é igual a família incapacitada, ainda que disponha de potencial interno para rapidamente reorganizar-se (ROMANO, 1997; BERNAT et al, 1999; SHIOTSU, TAKAHASHI, 2000).

Comprovadamente uma hospitalização pode alterar a dinâmica familiar sendo muitas vezes a causa geradora de desequilíbrios emocionais, financeiros e muitas vezes até de relacionamento. Os papéis precisam ser redimensionados e o estresse permeia as relações interpessoais, gerando inclusive uma relação de crise na vida familiar (ELSEN, 1994).

O processo de internação hospitalar pode ser percebido pelo paciente como uma situação ameaçadora que gera estresse, causadora de insegurança e culpa (ROMANO, 1997).

Tal processo afeta, direta e indiretamente, o binômio paciente família e, não somente, o primeiro, ou seja, o paciente, pois este é oriundo de uma família e que se institucionaliza para um tratamento.

A doença e suas conseqüências podem mobilizar sentimentos e emergir sentimentos tal como o medo da morte e de abandono. A intervenção junto à família, desde os momentos mais precoces deste processo, ajuda a minimizar os temores e inseguranças, favorecendo a compreensão do binômio sobre os acontecimentos, favorecendo a recuperação do paciente, além de uma perspectiva mais clara da alta hospitalar e do retorno ao lar.

Considerando os processos de doença como passíveis de ocorrência durante o ciclo vital, inevitavelmente as famílias sofrerão quando ocorrer em algum e seus membros, os abalos desse processo.

Na maioria dos casos, os processos patológicos são sanados clinicamente a nível ambulatorial. Entretanto, uma grande porcentagem necessita de intervenção cirúrgica hospitalar com internação.

Em estudo realizado por LEITE (1999) os cuidadores familiares entrevistados definiram o hospital como um local desconhecido, o ambiente é ruim com limitação de espaço e presença constante de ruídos.

Durante a internação constata-se; quase sempre, que os pacientes principalmente os idosos, apresentam estado de desequilíbrio com a nova situação, com freqüência estão mal acomodados sentindo falta de seu espaço domiciliar e a não preservação de seus direitos sociais. Além disso a internação causa desgastes emocionais e físicos levando-o rapidamente ao processo de perda de autonomia e dependência (DUARTE, 1996).

Diante de um procedimento cirúrgico para algum membro da família a rotina diária se altera e ocorre o redimensionamento de papéis de seus componentes. Como será que a família percebe e enfrenta um procedimento cirúrgico em um de seus? Encara-o como resolutivo? O que sabe sobre isto e como irá lidar com o paciente em casa, num pós-operatório tardio?

Dentre a variedade de cirurgias possíveis elas podem ser classificadas em pequeno, médio e grande porte de acordo com sua duração em número de horas. Assim, segundo o Manual de Normas e Rotinas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (1994), as cirurgias de pequeno porte são aquelas com duração de até 2 horas; já as de médio porte são consideradas quando tem um período de duração de até 4 horas e por fim as cirurgias de grande porte são todas aquelas com mais de 4 horas de duração.

Partindo desta classificação, o presente estudo destacará, as cirurgias referentes ao trato gastro-intestinal de grande porte com mais de 4 horas de

duração, as quais exigem um longo período de internação, tornando os pacientes mais fragilizados e susceptíveis às complicações pós-operatórias. Muitas vezes este espaço de tempo pode se tornar ainda mais longo, estressante além de aumentar as dificuldades de recuperação.

Neste contexto as cirurgias gastro-intestinais são geralmente prolongadas, as intervenções requerem grandes incisões, inserção de drenos, catéteres e/ou sondas; exigindo cuidados especiais. É freqüente o doente receber alta hospitalar com um destes dispositivos a serem retirados em consultório médico ou ambulatorialmente.

Muitas vezes o trato gastro-intestinal tem uma porção ressecada ou desviada de sua normalidade, podendo o doente ficar com uma ostomia temporária ou permanente. Isto implicará em uma adaptação do indivíduo e da família a nova situação, com dietas e sintomas especiais até então não experimentadas. A realização de uma determinada atividade até então desconhecida passa a ser parte de rotina diária. Como será o desempenho do cuidador familiar ao manusear estes novos artefatos até então só observados ?

Não nos esquecendo dos problemas pós-cirúrgicos já conhecidos, como dor, náusea, dificuldade na movimentação entre outros. O que faz o cuidador para aliviar tais sintomas? Como o cuidador familiar lida com uma pessoa com tantas alterações decorrentes de um ato anestésico cirúrgico prolongado?

A redução de custos hospitalares, o crescente índice de infecção, as alterações no sistema de convênio médico, a redução do número de leitos hospitalares, a necessidade do aconchego do lar, de seus pertences, a possibilidade

de estar junto de seus entes queridos incluindo animais; têm induzido à alta hospitalar o mais precoce possível. Seriam estes entre outros fatores determinantes da necessidade de um cuidador familiar responsável por cuidar no domicílio? Os serviços de HOME CARE tem abarcado tais mudanças? Mesmo aqueles com elevado poder aquisitivo tem procurado atendimento de HOME CARE?

SCHAEFFER et al (1990) acreditam que o alto custo da assistência hospitalar faz com que o paciente receba alta precoce, sendo possível que não se encontre adequadamente preparado para a mesma (MARIN, 1999).

MARRA et al (1989) citam que devem ser verificadas as expectativas do paciente e/ou família frente à alta hospitalar e o conhecimento das condições de saúde do paciente e dos cuidados necessários para a recuperação e manutenção desta.

Um cuidador familiar será necessário para auxiliar nas atividades da nova rotina domiciliar. Uma pessoa da família ou não, com ou sem experiência na área deverá estar disponível ao paciente, ajudando-o a suprir suas necessidades de higiene, alimentação, hidratação, administração de medicamentos, realização de curativos, manuseio de bolsas coletoras, proporcionando conforto e lazer garantindo o bem-estar a pessoa necessitada.

Assim, surge o conceito de cuidador familiar. Também denominado de cuidador informal entendido como, aquela pessoa sem formação na área da saúde que aprende e desempenha cuidados a outra pessoa (MANCUSSI, 1998) . Além dos cuidadores informais estão os formais, primários e secundários.

Cuidador formal é aquele com formação específica para os cuidados que presta, sendo eles: enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas; no geral remunerados. Cuidador primário é aquele prestador de cuidados diretos, assumindo a responsabilidade por cuidados fundamentais e por fim, o cuidador secundário é aquele prestador de cuidados eventuais ou mais simples (KARSCH, 1998; FARO, 1999).

Assim, um cuidador pode ser formal e primário, formal e secundário; como também informal e primário e informal e secundário (KARSCH, 1998).

Entretanto o cuidador familiar principal, isto é, aquela pessoa que presta cuidado direto ao paciente, quando ocorrer retorno ao domicílio. Pode ou não ser alguém da família, ou seja pode existir a contratação de alguém com formação escolar compatível com a função (KARSCH, 1998; FARO, 1999).

O cuidador é aquela pessoa responsável pelo cuidado estimulando o paciente para as atividades reabilitadoras sendo também quem estabelece o contato com a equipe terapêutica (DUARTE, 1996)

Cabe aqui ressaltar, que no presente trabalho serão abordados cuidadores familiares onde o cuidador principal é alguém da família, sendo os cuidados formais, se existirem, primários ou secundários.

MENDES (1998) afirma que no Brasil há poucos estudos sobre cuidadores familiares, pois esse personagem ainda é pouco conhecido no cenário público.

KARSCH (1998) aponta que a figura do cuidador emerge numa relação intrínseca, ou seja, o cuidador só se expressa por intermédio da figura do paciente, constituindo então um binômio indissolúvel entre cuidador e paciente. Ainda que

para esta autora, tem sido um forte componente social que a família se atribua ao papel de desempenhar os cuidados necessários quando no momento de enfrentar a presença de um familiar doente seja ele criança, adulto, idoso, homem ou mulher.

O ato de cuidar implica na existência de um sujeito agente e um sujeito passivo envolvidos assim numa relação, onde o primeiro desenvolve uma ação e o segundo a recebe passivamente, ou exerce uma atividade indireta ao delegar uma responsabilidade de execução ao primeiro. Uma relação complexa envolve não só o sujeito com o objeto, mas também ação, responsabilidade, personagens e atitudes. Neste sentido caberá ao doente ocupar posição de objeto e ao cuidador a posição de sujeito (MENEZES, 1994).

Ainda para este autor; existem vários motivos pelo qual uma pessoa torna-se cuidador, entre eles estão: por instinto, sendo motivado pelos próprios impulsos inconscientes; por vontade, isto é, satisfazendo suas próprias emoções; por capacidade, através de seu preparo técnico; e finalmente por conjuntura, devido a falta de outra opção ou imposição.

Porém, é fácil reconhecer que a família constitui uma unidade prestadora de cuidado, por outro lado, torna-se difícil concordar que ela é sempre eficiente no desempenho deste papel. É possível, ainda, uma mesma família ser um sistema de saúde mais adequado em certas situações do que em outras, assim como existem famílias que cuidam melhor de seus membros do que outras. Saúde da família significa a soma da saúde de seus indivíduos, envolvendo seus conhecimentos, atitudes e valores. Os papéis e distribuição de tarefas dentro da família são parte integrante de toda vida familiar (ELSEN, 1994).

O cuidado não é uma meta a se atingir no final da caminhada. É um princípio que acompanha o ser humano em cada passo em cada momento, ao longo de toda vida (BOFF, 1999).

Porém existem dois extremos de comportamento familiar relacionados ao cuidado: a obsessão e o descuido. O cuidar obsessivo traz como consequência, o cuidado demasiado. Neste caso a pessoa se torna obsessiva por se preocupar demais em cuidar de tudo e de todos. Por outro lado estão aqueles que tem cuidado de menos: o descuido. Em contrapartida no descuido a pessoa não consegue ser inteira no que faz, seja por que perdeu seu centro, assumindo coisas demais ou porque não colocou todo empenho no que faz. O cuidado surge quando se encontra a justa medida; não convive nem com o excesso nem com a carência, isto é, não ocorre a obsessão nem o descuido (BOFF, 1999).

A qualidade do cuidado prestado aos doentes no domicílio depende de uma série de fatores entre eles a motivação, o relacionamento, a saúde da família e a rede de suporte informal.

A nossa experiência profissional mostrou que o familiar doente demonstra estar melhor ao ser cuidado por alguém do seu ambiente de vida, proporcionando maior conforto, segurança e acelerando sua recuperação, no domicílio.

É na família que o paciente encontra confiança transmitindo segurança e proteção, pois o “relacionamento com os profissionais de saúde, além de recente, é muito técnico e distante sem um envolvimento afetivo” (FRANCO, 1988; SHIOTSU, TAKAHASHI, 2000).

Quando comecei a estudar este assunto muitas vezes me encontrei pensando na grande parte das pessoas que não sabem estarem cuidando; pois não consideram as atividades do cotidiano como cuidado e sim, como algo a ser feito rotineiramente.

HORTA (1979) cita alimentação, hidratação, higiene, conforto, lazer, como algumas das necessidades básicas indispensáveis para manutenção da vida.

Nesta ótica se os pais não alimentam, não realizam cuidados higiênicos ou promovem lazer aos seus filhos, dificilmente estes amadurecem e se tornam autônomos. Seguindo este mesmo pensamento se não cuidamos de nossas plantas, isto é, se não colocarmos água ou a deixarmos em local escuro e seco; elas morrem (COLLIÈRE, 1989; SILVA, 2000).

Com essas considerações diz-se que a tarefa de cuidar é um dever humano e não exclusivo a uma classe profissional (SILVA, 2000).

Para BUDÓ (1997) o principal componente da sobrevivência humana é o cuidado que tem sido transmitido especialmente pelo trabalho da mulher com seus filhos. É a mulher quem detém o saber sobre o cuidado. Ela aprende em geral no convívio com outra mulher, executa-o durante sua vida e transmite especialmente para sua filhas e netas.

Ainda para esta autora as características da mulher como cuidadora estão, aquelas pessoas que se dedicam e não se queixam, estão sempre comprometidas, prestativas, sabem o que fazer, além de coragem para decidir, conhecer o assunto, tem jeito especial para o cuidado. Relata também que as mulheres estão sempre dispostas, não acham nada difícil, e encorajam o doente com brincadeiras.

GIVEN; GIVEN (1991) ao revisar a literatura sobre as características de cuidadores de idosos identificaram que normalmente trata-se de mulheres, com idade em torno de 55 anos e que recebem auxílio de outros membros da família, amigos e vizinhos. Além disso, a maior longevidade das mulheres, faz com que os homens sejam cuidados por suas esposas, enquanto que as mulheres têm sido cuidadas por filhas, netas e sobrinhas.

O homem ajuda a cuidar, geralmente nos casos em que a mulher precisa ausentar-se ou ainda quando o compromisso de cuidado precisa ser compartilhado (BUDÓ, 1997; MANCUSSI, 1998).

Na maioria das vezes o homem faz o papel de provedor de condições para que a mulher possa exercer o cuidado.

Assim, durante o período da prestação de cuidado institucionalizado existe a possibilidade de envolver o familiar nas intervenções do cuidado, sendo possível a realização das atividades com responsabilidade e criticidade após a alta hospitalar. A participação do cuidador na assistência ao paciente vai aumentando gradativamente, tornado mais rápido a possibilidade do cuidado domiciliar. Desde o início do período pós-operatório vai adquirindo confiança e habilidade para cuidar do familiar recém operado. Porém, é no domicílio onde consegue implementar seus novos conhecimentos.

Entretanto à medida que se tornam cuidadores, adoecem mais frequentemente ou ficam mais vulneráveis devido à sobrecarga de trabalho, desgaste emocional, físico e pelo aumento de suas atividades (GONÇALVES, SILVA, PFEIFFER; 1996).

Na maioria das vezes, uma só pessoa torna-se responsável pela tarefa de cuidar, enquanto que os demais membros da família afastam-se ou omitem-se da função (MARIN, 1999). Acreditamos que o cuidador familiar principal necessita periodicamente de um período reservado para si próprio; quando poderá descansar, fazer o que gosta, ou fazer nada, assim estará cuidando de seu corpo e alma, refazendo suas forças e energias. É preciso estar bem consigo mesmo para possibilitar transmissão de bons fluídos para o outro. O cuidador familiar principal tem reservado um período só para si possibilitando refazer-se física e mentalmente?

Ao cuidar-se o cuidador presta grande serviço a si próprio e ao tornar-se praticante do autocuidado mantém elevados os indicadores de sua própria saúde e bem-estar (SILVA; GIMENES, 2000).

É no familiar onde o doente vai encontrar, segundo SILVA (2000) os elementos essenciais para o exercício do cuidado como , compaixão e coragem, além de sermos presenteados pelo nosso corpo, nossas mãos macias, ouvidos atentos e olhar carinhoso.

A compaixão não é um sentimento de “piedade” para com quem sofre; não é passiva mas altamente ativa. Compaixão é a “capacidade de compartilhar a paixão do outro com o outro” (BOFF, 1999).

A compaixão apaga as diferenças, elimina o espaço material que separa os homens, aproxima as pessoas não pela palavra, mas sim pelos gestos ou silêncios (CAPONI, 1999).

Faces às contingências sociais e econômicas geradoras da precocidade de alta hospitalar, em pós-operatório recente de cirurgias gastro-intestinal de grande

porte, estaria o cuidador familiar principal preparado para dar continuidade à assistência ou mesmo implementar um cuidado no domicílio? Ante à demanda de cuidar do paciente pós cirurgia gastro-intestinal e os novos padrões de constituição familiar numa sociedade urbana, a preocupação deste estudo reside em identificar os cuidados realizados pelo cuidador familiar principal no domicílio, considerando sua identidade composição familiar, preparo e condições emocionais, financeiras e atividade ocupacional.

Está o familiar preparado para enfrentar a nova situação? Na vigência de dúvidas, medos ou complicações têm ele a quem recorrer? Como e com quem divide suas dificuldades? Quais maneiras alternativas encontra para se adaptar a nova rotina?

2 – OBJETIVOS

- ◆ Caracterizar os cuidadores familiares de pacientes submetidos à cirurgia gastro-intestinal de grande porte quanto a: idade, sexo, religião, parentesco, estado marital, ocupação, grau de instrução, ajuda recebida, experiências anteriores e tempo de dedicação aos cuidados;
- ◆ Identificar os cuidados realizados no domicílio pelos cuidadores familiares à pessoa submetida a cirurgia gastro-intestinal de grande porte quanto a: higiene e conforto, sono e repouso, cuidados com a pele, cuidados com sonda e/ou drenos e/ou catéteres e/ou bolsas coletoras, alimentação e hidratação, eliminações intestinal e urinária, administração de medicamentos, atividade física e de lazer;
- ◆ Identificar a utilização de materiais e equipamentos, bem como de adaptações feitas no ambiente físico no domicílio do doente e uso de terapias complementares desenvolvidas para a realização do cuidado;
- ◆ Identificar as vias de contato utilizadas pelos cuidadores, voltadas para esclarecimento de dúvidas.

3 – CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 - Tipo de estudo

O estudo realizado foi do tipo descritivo, exploratório, correlacional, comparativo, de campo, longitudinal com abordagem quantitativa. Foi descritivo pois apresentou sistematicamente as características do fenômeno em questão (GIL, 1991; RICHARDSON, 1985). Foi, ainda, exploratório pois buscou conhecer o fenômeno e proporcionou uma nova visão do problema. Também foi do tipo longitudinal, pois procurou estudar sistematicamente as atividades do cuidador em dois momentos distintos da fase pós-operatória do paciente.

3.2 – Local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido no domicílio de pacientes submetidos à cirurgia gastro-intestinal de grande porte, logo após a alta hospitalar. Foram residentes no município de São Paulo (SP) e foram operados por uma equipe médica composta por cirurgiões do aparelho gastro-intestinal, escolhida pela autora deste estudo.

3.3 – Amostra

Os critérios para a determinação da amostra de cuidadores foram estabelecidos em relação ao paciente, isto é, selecionamos o cuidador à partir do paciente.

A amostragem, do tipo por conveniência, foi baseada nos 95 pacientes atendidos na unidade hospitalar, no período de janeiro a abril de 2001. Desse total, 74 pacientes sofreram procedimento cirúrgico e 21 receberam apenas tratamento clínico, sendo que 4 foram a óbito e 17 receberam alta hospitalar.

Dos 74 pacientes que sofreram procedimentos cirúrgicos, 34 submeteram-se à cirurgia gastro-intestinal de grande porte (alvo de nosso estudo); isto é cirurgias com 4 horas de duração ou mais, segundo critério adotado pelo Manual de Normas e Rotinas do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Todavia dos 34 pacientes disponíveis, somente 15 atendiam aos critérios de elegibilidade estabelecidos neste estudo, a saber:

- Residir no município de São Paulo;
- Ter como cuidador familiar principal alguém da família ou uma pessoa importante para o paciente;
- Concordar em participar do estudo.

Em vista dos critérios estabelecidos, dos pacientes submetidos a cirurgia gastro-intestinal de grande porte, 19 foram excluídos da amostra, pois, 10 residiam no interior de São Paulo, 1 residia no estado da Bahia, 3 tinham profissionais

contratados como cuidador principal, 3 não tinham disponibilidade de tempo em receber a entrevistadora para a entrevista e 2 foram descartados por ocasião de feriados no decorrer do período. Assim, este estudo trabalhou com os 15 cuidadores familiares associados aos 15 pacientes que atendiam aos nossos critérios de escolha. As entrevistas foram agendadas por telefone diretamente com o cuidador, quando era exposto o propósito de estudo em questão solicitando sua colaboração.

3.4 – Instrumento e procedimento de coleta

Foi utilizado um único instrumento (ANEXO IV) nas duas etapas da coleta de dados. Este instrumento continha dados de identificação do paciente e cuidador, diagnóstico médico da doença do paciente, data e cirurgia realizada, dados referentes às necessidades de cuidados em dois momentos distintos após alta hospitalar, no domicílio. As variáveis selecionadas para este estudo foram apresentadas na seção 3.5 a seguir.

Houve concordância em participar do estudo por parte de todos os cuidadores familiares que atendiam aos critérios estabelecidos nesta pesquisa, assinando termo de consentimento livre e esclarecido e não havendo desistência ou mesmo mudança da pessoa cuidadora no período.

A coleta de dados constou de duas fases a esclarecer. A primeira fase realizou-se entre o 2º e 4º dias após alta hospitalar no domicílio. Foi escolhido este período por considerá-lo abrangente às adaptações iniciais do cuidador familiar a nova situação, sendo este ainda o momento de implementação imediata de suas novas atividades com o paciente.

Para a segunda fase da coleta de dados foi escolhido o período entre o 10^o e 12^o dias após a alta hospitalar no domicílio. Momento no qual coincide com o retorno ao consultório médico, quando também provavelmente novas alterações na conduta são realizadas. Entre elas: retirada de pontos incisionais, remoção de drenos e redução da oferta de medicamentos. Além de encontrarmos melhora das condições gerais do paciente em relação a dores, aceitação alimentar, regularidade do funcionamento intestinal, maior facilidade na locomoção entre outros fatores. Por outro lado, também pudemos verificar a necessidade de aprimoramento nos cuidados em que o doente recebia quanto a frequência de medicamentos, trocas de curativos, retornos médicos mais constantes, evitando assim novas complicações.

Devemos acrescentar que os dias de realização da coleta de dados deste estudo foram de 2^a a 6^a feiras no período da manhã ou da tarde, exceto nos feriados.

3.5 – Procedimentos éticos para a realização desta pesquisa

A pesquisa foi encaminhada e analisada pela Comissão de Ética em Pesquisa em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sendo que o parecer emitido (ANEXO V), foi apresentado ao responsável pela equipe médica que concordou formalmente (ANEXO II) com o trabalho referido.

Foi assegurado o esclarecimento de todas as dúvidas que poderiam existir sobre a pesquisa e que o participante poderia retirar sua participação a qualquer momento sem que nada o prejudicasse. Foi esclarecido ainda que o informante não seria identificado e que os dados que poderiam revelar-lhe individualmente não

seriam divulgados em qualquer relatório ou publicação. Havendo concordância formal por parte do cuidador (ANEXO III), a coleta foi iniciada.

Convém observar que os termos de consentimentos referidos anteriormente foram lidos primeiramente pela pesquisadora e posteriormente pela pessoa que iria assinar a autorização para dirimir-se qualquer dúvida.

Ao final da entrevista foi fornecido cartão de visita da pesquisadora com seus dados para sua localização, caso o familiar necessitasse e também sendo esta uma forma de garantir o retorno dos resultados da pesquisa àqueles que podiam interessar.

3.6 – Variáveis do estudo

Este estudo trabalhou com as seguintes variáveis:

Variáveis Ligadas ao Cuidador: idade, sexo, religião, grau de parentesco, estado marital, ocupação, grau de instrução.

Variáveis Ligadas à Ajuda Recebida e a Experiência Anterior: pessoa que a ajuda, período que recebe a ajuda, pessoa que já ajudou e impressão da ajuda prestada anteriormente.

Variáveis Ligadas ao Cuidar: tempo de dedicação aos cuidados, cuidados com a higiene e conforto, sono e repouso, cuidados com a pele, cuidados com sondas e/ou drenos e/ou catéteres e/ou bolsas coletoras, alimentação e hidratação, eliminações intestinal e urinária, administração de medicamentos, atividades físicas e de lazer; utilização de materiais, equipamentos e adaptações no ambiente físico no domicílio do doente.

3.7 - Análise dos dados

A Análise Descritiva foi feita sobre as variáveis ligadas ao cuidador e aos cuidados. Nesta análise adotamos distribuições de freqüências e, quando possível, as medidas resumo média, desvio padrão, mínimo e máximo na produção de estimativas pontuais e Intervalos de Confiança de 95% na produção de estimativas intervalares de algumas características populacionais de interesse.

A Análise inferencial foi constituída das análises de correlação e associação entre variáveis de interesse. Para a realização de nossas inferências adotamos os seguintes procedimentos estatísticos:

- *Intervalos de Confiança de 95%* foram usados para estimar o valor médio real das variáveis quantitativas e porcentagens reais de alguns eventos de interesse do estudo;
- *O Coeficiente de Correlação Linear de Pearson* foi usado nas análises de correlação bisserial por ponto;
- *O Teste Qui quadrado de Associação* foi usado na avaliação da associação entre variáveis categóricas dicotômicas. Sempre que observamos mais de 20% de freqüências esperadas inferiores a 5, a associação foi avaliada pelo *Teste Exato de Fisher* ;

Em todas as análises foi calculado o P-Value associado a Hipótese de Nulidade (Ho) adotada em cada teste. O P-Value mede a evidência a favor de Ho e, desse modo, um grande P-Value corresponde a uma grande evidencia a favor de Ho. Neste estudo toda diferença ou correlação cujo P-Value foi inferior a 0,05 foi

considerada estatisticamente significativa. Convém observar que o P-Value corresponde a probabilidade de se observar um valor superior ao amostrado, dado que a hipótese nula é verdadeira, assim , o P – Value varia de 0 a 1 .

Foram usados na elaboração deste relatório técnico os softwares: MSOffice **Excel** versão 1997 para o gerenciamento do banco de dados; **Minitab** Release 10.1 – 1994 e **WinSTAT** Statistics for Windows versão 3.01 para a execução dos cálculos estatísticos elaboração e edição de gráficos e na elaboração das tabelas e redação usamos o MSOffice **Word** versão 1997.

4 – RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Iremos inicialmente apresentar os dados referentes ao perfil dos pacientes e cuidadores familiares entrevistados, sendo estes últimos os mesmos nos dois momentos estudados da pesquisa.

Na literatura nacional não encontramos estudos que investiguem especificamente o cuidador familiar de paciente adulto após cirurgia gastro-intestinal. Porém outros estudos referentes ao cuidador familiar de pacientes com algum comprometimento físico - orgânico foram encontrados permitindo comparação e auxiliando na compreensão dos dados.

Em pesquisa realizada por FARO (1999) em São Paulo, foram abordadas atividades do cuidador ao familiar lesado medular no domicílio abordando cuidados quanto a higiene corporal, posicionamento e conforto, eliminação fecal e urinária; itens também presentes na atual pesquisa.

4.1 - Caracterização dos pacientes

Entre os 15 pacientes alvo deste estudo 11 (73,34%) eram do sexo masculino e 4 (26,6%) do sexo feminino. A idade variou de 23 a 84 anos com média de 53,5 anos.

Na sua maioria, 11 (73,34%) pacientes, tinham como diagnóstico os tumores, sendo o mais predominante o de pâncreas, seguido pelo de vias biliares, cólon e gástrico. Os outros diagnósticos encontrados foram pancreatite aguda necro-hemorrágica, estenose cicatricial e hérnia de hiato recidivada. As cirurgias realizadas tinham nome correspondente ao diagnóstico e por fim o tempo de internação variou de 7 a 21 dias com média de 14 dias.

4.2 - Caracterização dos cuidadores

A Tabela 1 exibe a distribuição de freqüências dos cuidadores familiares quanto a Idade, Sexo, Religião, Parentesco, Estado Marital, Ocupação e Grau de Instrução da população alvo. A Figura 1 exibe a distribuição de freqüências absoluta simples e acumulada da idade e a Figura 2 exibe a distribuição das ocupações dos cuidadores.

Tabela 1 – Distribuição dos cuidadores familiares quanto à idade, sexo, religião, parentesco, estado marital, ocupação e grau de instrução, de pacientes submetidos à cirurgia gastro-intestinal de grande porte. São Paulo, 2001.

VARIÁVEL		DISTRIBUIÇÃO	
Idade (em anos)	n	%	
22 a 30	2	13,33	
31 a 40	2	13,33	
41 a 50	4	26,67	
51 a 60	4	26,67	
61 a 70	1	6,67	
71 a 80	2	13,33	
Média (dp)	50,06(15,32)		
Variação	22 a 78		
IC95% para a média	50,06 ± 8,48		
Sexo			
Feminino	14	93,33	
Masculino	1	6,67	
IC 95% para %feminino	93,33 ± 14,29		
Religião			
Católica	12	79,99	
Ateu	1	6,67	
Evangélica	1	6,67	
Judeu	1	6,67	
Parentesco			
esposa	9	60,00	
filha	3	20,00	
mãe	2	13,33	
marido	1	6,67	
Estado marital			
casado	13	86,66	
amasiado	1	6,67	
solteiro	1	6,67	
Ocupação			
do lar	3	20,00	
Corretor	2	13,33	
Estudante	2	13,33	
Aposentado.	2	13,33	
Artista plástico	1	6,67	
empregada Doméstica	1	6,67	
Arquiteto	1	6,67	
Secretaria	1	6,67	
Professora	1	6,67	
Comerciante.	1	6,67	
grau de instrução			
Fundamental incompleto	2	13,33	
Fundamental completo	3	20,00	
Médio completo	7	46,67	
Superior completo	3	20,00	

Idade

Os dados da Tabela 1 e da Figura 1, nos mostra predomínio da faixa etária de 41 a 60 anos, com 8 (53,33%) cuidadores, valor médio de 50,06 (DP=15,32), variação de 22 a 78 e, com 95% de confiança, uma oscilação da média real de 41,58 a 58,54 anos. É oportuno ressaltar que 8 (53,33%) cuidadores apresentavam idade inferior a 50 anos.

Em pesquisa realizada por MARQUES (1999) em Ribeirão Preto, a idade média na amostra com 8 cuidadores idosos foi de 51,7 anos estando próxima dos valores encontrados nesta pesquisa. A Figura 1 exibe a distribuição acumulada das idades dos cuidadores e mostra, por exemplo, que foi observado 12 (80,00%) cuidadores com idade inferior a 60 anos.

ANDRADE (1996) na mesma cidade estudou a representação social do cuidador familiar ao doente com seqüela de AVC, onde 3 dos 5 cuidadores tinham idade entre 50 e 60 anos. Semelhante ao nosso resultado aqui encontrado.

ALMEIDA (2000) estudando cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer encontrou a idade média dos cuidadores de 52,48 anos.

Figura 1 – Distribuição da frequência absoluta e acumulada da idade dos cuidadores. SP, 2001

Sexo

Entre os 15 cuidadores entrevistados 14 (93,33%) eram do sexo feminino sendo a oscilação real da porcentagem de cuidadores femininas, com 95% de confiança, de 79,04% a 100,00%.

Resultado semelhante foi encontrado em São Paulo por FARO (1999) quando analisou 30 cuidadores familiares de pacientes lesados medulares, onde 22 (73,3%) eram mulheres.

GUERRA (2000) também em São Paulo analisou 14 cuidadores familiares de paciente na fila de espera do transplante cardíaco, encontrando 12 (85,71%) mulheres.

Em estudo realizado por GONÇALVES et. al (1996) Florianópolis, Santa Catarina, sobre a percepção dos idosos quanto ao seu estado de saúde e apoio familiar, os cuidadores apontados com maior frequência eram as mulheres, na ordem de filhas, cônjuges, netas e irmãs.

Em pesquisa realizada por ALMEIDA (2000) analisando a percepção dos deficits cognitivos e alterações de comportamento em pacientes com doença de Alzheimer, identificou 22 (73,3%) do total de 30 cuidadores, sendo do sexo feminino.

SILVEIRA (2000) também confirma tal fato quando estudou o sistema familiar e os cuidados para pacientes idosos, encontrando 7 mulheres para 1 homem entre grupo de 8 participantes.

A predominância de mulheres no cuidado foi também descrita por MARQUES (1999), KARSCH (1998), PERLINI (2000), PERRACINI (1994), WOOD (1991) e FARO (1991).

O homem, aquele com maior porte físico, realiza trabalhos externos trazendo para suas crias , alimentos e abrigos adequados, restando às mulheres a tarefa dentro do lar, isto é cuidar dos filhos, do marido e das atividades domésticas. Segundo DIAS da SILVA (2000), a mulher possui um instinto cuidador próprio, talvez relacionado aos hormônios femininos.

Além das atividades da mulher como cuidadora do familiar doente soma-se às responsabilidades do lar, o cuidado com os filhos e animais, sobrecarregando ainda mais suas atividades cotidianas (RODRIGUES, ANDRADE, 1999).

As revoluções sociais do novo milênio entre elas o avanço da tecnologia no comércio e na indústria possibilitaram à mulher sua inserção no mercado de

trabalho, provocando a divisão de tarefas domésticas com o marido. Mas ela ainda é a responsável pelo domínio das atividades do lar ocasionando a dupla jornada de trabalho.

Com a conquista de melhores posições a mulher têm se tornado chefe de família comandando as atividades dentro e fora do lar.

A mulher é aquela que entende mais facilmente que ajudar/cuidar é dar de si, envolvendo doação de tempo, competência, saber, interesse e capacidade de escutar e compreender. Além disso, são mais permanentes garantindo a continuidade da família saudável.

Por outro lado o homem é a figura impaciente e sem habilidade, não consegue assumir a função de prestar ajuda suprimindo as necessidades de alimentação, higiene e conforto, restringindo-se às tarefas externas ao lar.

Religião

Podemos observar com os resultados da Tabela 1 que dos 15 cuidadores familiares deste estudo, a grande maioria, isto é 12 (80,00%) eram católicos, observamos ,ainda, 1 (6,67%) ateu, 1 (6,67%) evangélico e 1 (6,67%) judeu.

Apesar do surgimento de outras religiões a católica ainda é predominante em nosso meio. Nossa experiência prática e o desenrolar das entrevistas mostraram o quanto as crenças divinas interferem na recuperação de doentes. É muito freqüente encontrarmos ao lado do paciente, imagens de santos ou de algum artefato religioso de sua crença.

SAAD et al (2001) em artigo que aborda a espiritualidade baseada em evidências, afirmam que é plenamente reconhecido que a saúde de indivíduos é determinada pela interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais. Ainda, os mesmos autores descrevem que envolvimento religioso é uma prática comum levando a um enfrentamento bem sucedido com a doença física.

Crenças religiosas podem mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Além disso, pessoas com religiosidade são fisicamente mais saudáveis e requerem menos assistência de saúde.

É oportuno afirmar que urge uma necessidade de revisão na formação dos profissionais da área de saúde, para que minimamente estejam sensibilizados e alertas para a valoração da espiritualidade/religiosidade do paciente e de seus familiares, uma vez que, este aspecto seja relevante para àqueles que sofrem com doenças e tratamento.

Investigar sobre a religiosidade daqueles que estão sob os nossos cuidados é vislumbrar melhor qualidade de vida, o que segundo SAAD et al (2001) trata-se de ciência e tratamento médico, já amplamente investigado e descrito na literatura internacional.

Parentesco

A Tabela 1 mostra a grande frequência de cônjuges como cuidador familiar do paciente, 10 (66,67%) dos quais 9 (60,00%) eram esposas e somente 1 (6,67%) era um marido. Nestes casos percebia-se claramente o companheirismo e a afetividade entre o casal neste momento de necessidade do parceiro. Demonstravam que esta era uma tarefa sua que a partir do envolvimento adquirido com os laços da união surge a responsabilidade de cuidar/estar um junto do outro. Um relato nos chamou atenção dizendo: “quando nos casamos prometemos estarmos juntos até que a morte nos separe, então é isto que devo fazer”.

Porém encontramos também cuidadores sendo a filha, 3 (20,00%) e mãe, 2 (13,33%). Uma das cuidadoras filha relatou sentir-se muito bem em cuidar de sua mãe neste momento, sendo esta uma forma de retribuição dos cuidados recebidos na infância e estava realizando-os com muito prazer.

GUERRA (2000) aponta entre 14 entrevistados, 9 (75,00%) sendo as esposas. Os cônjuges sofrem mais que os pais como cuidadores, talvez porque os pais frequentemente têm o suporte do parceiro com quem dividir seus sentimentos.

Estado marital

Em relação ao estado marital, constatamos que 14 (93,33%) eram casados, e 1 (6,67%) era solteiro. Consideramos casados não somente aqueles com casamento no civil, mas também aqueles que vivem em união estável (amasiados) de acordo com a legislação vigente¹.

Conforme os resultados obtidos, deve-se entender também que nem todos os cuidadores casados estavam neste momento cuidando do seu cônjuge.

Ocupação

Conforme a Tabela 1 e a Figura 2, as quatro ocupações que predominaram no estudo foram do lar, com 3 (20,00%) cuidadores, corretor, com 2 (13,33%), estudante, com 2 (13,33%) e aposentados também com 2 (13,33%) cuidadores.

Por opção ou por necessidade financeira as cuidadoras deste estudo adequaram suas atividades profissionais ao cuidado.

Os cuidadores que não exerciam atividade profissional fora do lar dependiam financeiramente do cônjuge ou de aposentadoria.

---

¹ Artigo 226, § 3º da Constituição Federal de 1988, regulamentada pela Lei 9278 de 10/05/1996 que em art. 1º prescreve: “é reconhecida como entidade familiar a convivência duradoura, pública e contínua de um homem e uma mulher, estabelecida com o objetivo de constituição de família”.

Figura 2 – Distribuição da freqüência absoluta das ocupações dos cuidadores. SP, 2001

Grau de instrução

Quanto a variável grau de instrução, também denominada escolaridade, percebemos um predomínio do nível médio completo com 7 (46,67%) cuidadores e somente 2 (13,33%) pacientes apresentaram nível fundamental incompleto.

Este resultado nos faz pensar que o grau de instrução não interfere no cuidar do familiar em casa.

Tal fato também foi encontrado por SILVEIRA (2000) onde a maioria dos cuidadores tinham nível médio completo.

ANDRADE, RODRIGUES (1999) encontraram 3 cuidadores com nível fundamental incompleto, 1 analfabeto e 1 com nível fundamental completo para os 5 cuidadores familiares de idosos com seqüela de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

4.3 – Caracterização da ajuda no cuidar e experiência anterior

Tabela 2 – Distribuição das variáveis: pessoa que ajuda e período em que recebe ajuda. São Paulo, 2001.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO	
Pessoa que ajuda	n	%
Empregada.	9	40,91
Cônjuge	3	13,64
Filho	3	13,64
Auxiliar de Enfermagem	2	9,09
Outros	5	22,72
Período em que recebe ajuda		
Manhã	5	45,46
Tarde	2	18,18
Manhã e Tarde	2	18,18
Manhã e Noite	2	18,18

Tabela 3 – Distribuição das variáveis: pessoa que ajudou e impressão que teve. São Paulo, 2001.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO	
Pessoa que ajudou	n	%
Pai	3	30,00
Mãe	2	20,00
Cônjuge	2	20,00
Sogra	1	10,00
Irmão	1	10,00
Tia	1	10,00
Impressão que teve		
Difícil	3	37,50
Ruim	1	12,50
Agonizante	1	12,50
Doloroso	1	12,50
Boa	1	12,50
Gratificante	1	12,50

Figura 3 – Distribuição percentual das pessoas que ajudam. SP, 2001.

Pessoa que ajuda

Os dados da Tabela 2 e da Figura 3 sugerem um predomínio de ajudantes do tipo empregada, com 9 (40,91%), seguido por cônjuge, com 3 (13,64%), filho, com 3 (13,64%), Auxiliar de Enfermagem com 2 (9,09%) e 5 (22,72%) distribuídos na categoria de outros (amigos, primos e vizinhos). Consideramos que cada cuidador pode ter mais de uma pessoa como ajudante.

Período em que recebe ajuda

Pela Tabela 2 observamos predomínio do período da manhã, com 5 (45,46%) das citações totais. Os demais turnos apresentaram distribuição uniforme com 2 (18,18%) citações cada um.

Pessoa que ajudou

Pela Tabela 3 observamos predomínio de pai , mãe e cônjuge na categoria de pessoa que recebeu ajuda anterior do cuidador, com 7 (70,00%) das citações. Os demais indivíduos apresentaram distribuição uniforme com 1 (10,00%) citações cada um.

Impressão que teve

Quanto a impressão que o cuidador guardou de sua experiência passada como cuidador, a Tabela 3 mostra que 6 (75,00%) declararam ter tido uma impressão difícil, ruim, agonizante ou dolorosa e apenas 2 (25,00%) declararam que a experiência foi boa ou gratificante.

Em estudo realizado por ANDRADE, RODRIGUES (1999) o significado do cuidado para cuidadores de idosos com seqüela de Acidente Vascular Cerebral (AVC) definido como uma rotina cansativa e frustrante, por outro lado como sendo uma benção de Deus.

Novamente percebemos a crença religiosa influenciando positivamente e trazendo melhoria para a qualidade de vida do paciente e cuidador familiar.

4.4 – Caracterização dos cuidados

Tempo de dedicação

A Tabela 4 e a Figura 4 exibem a distribuição dos tempos de dedicação ao paciente nos dois momentos estudados, a Figura 5 exibe o means plot para os tempos médios de dedicação nos dois momentos.

Tabela 4 – Distribuição do tempo de dedicação (h) ao paciente no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO			
	1º Momento		2º Momento	
Tempo de dedicação (h)	n	%	n	%
4	-	-	3	20,00
6	1	6,67	7	46,66
8	-	-	1	6,67
12	3	20,00	2	13,33
16	1	6,67	-	-
18	1	6,67	1	6,67
20	2	13,33	-	-
24	7	46,66	1	6,67
Total	15	100,00	15	100,00
Média(DP)	18,93(5,99)		8,53(5,73)	
Variação	6 a 24		4 a 24	
IC 95% para a Média	18,93 ± 3,32		8,53 ± 3,17	

Figura 4 – Distribuição da frequência absoluta dos tempos de dedicação no 1º e 2º momentos entrevistados. SP, 2001.

O exame da Tabela 4 e Figura 4 sugere que, no primeiro momento, ocorreu um predomínio das 24 h de dedicação, com 7 (46,66%) cuidadores, média de 18,93 (DP=5,99) e variação de 6 a 24 h. No segundo momento, ocorreu um predomínio das 6 h de dedicação, com 7 (46,66%) cuidadores, média de 8,53 (DP=5,73) e variação de 4 a 24 h, caracterizando a inversão do quadro.

Em estudo realizado por GUERRA (2000) para os 14 entrevistados foi encontrado o mínimo de 5 horas e o máximo de 18 horas por dia dedicados ao paciente.

Figura 5 – Means plot para os tempos médios de dedicação nos dois momentos da entrevista. São Paulo, 2001.

A Figura 5 representa os IC's 95% para os tempos médios de dedicação nos dois momentos estudados, o gráfico mostra que o tempo médio de dedicação no segundo momento é significativamente menor que o tempo médio de dedicação no primeiro momento. Tal resultado pode ser explicado pela maior independência dos pacientes no segundo momento, alguns deles já reiniciavam suas atividades de trabalho fora do lar, outros já estavam sem drenos ou dores sentindo-se mais confortáveis e adaptados a nova situação.

Cuidados com a higiene e conforto

A Tabela 5 e a Figura 6 exibem a distribuição dos cuidados com higiene e conforto que o cuidador dispensa ao seu familiar.

Tabela 5 – Distribuição dos cuidados com higiene e conforto no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.

VARIÁVEIS	DISTRIBUIÇÃO			
	1º Momento		2º Momento	
Cuidados	n	%	n	%
Banho	8	47,06	3	33,33
Vestuário	7	41,18	4	44,45
Aplica cremes	-	-	1	11,11
Higiene oral	2	11,76	1	11,11
Total	17	100,00	9	100,00

Figura 6 – Distribuição da frequência absoluta dos cuidados com higiene e conforto. São Paulo, 2001.

O exame da Tabela 4 e Figura 6 sugere que, no primeiro momento, ocorreu um predomínio do cuidar do banho, com 8 (47,06%) citações, seguida pelo cuidar do vestuário, com 7 (41,18%) citações. No segundo momento, ocorreu um predomínio do cuidar do vestuário, com 4 (44,45%) citações, seguido pelo cuidar do banho, com 3 (33,33%) citações. Além desses cuidados foram citados também, a aplicação de cremes hidratantes e a realização de higiene oral.

Cuidados com sono e repouso

A Tabela 6 e a Figura 7 exibem a distribuição dos cuidados com sono e repouso que o cuidador dispensa ao seu familiar.

Tabela 6 – Distribuição dos cuidados com sono e repouso no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001

VARIÁVEIS	DISTRIBUIÇÃO			
	1º Momento		2º Momento	
Cuidados	n	%	n	%
Posiciona	6	31,57	4	40,00
Faz companhia	3	15,79	2	20,00
Medica	5	26,32	2	20,00
Encaminha ao banheiro	5	26,32	2	20,00
Total	19	100,00	10	100,00

Figura 7 – Distribuição da freqüência absoluta dos cuidados com sono e repouso nos momentos estudados. São Paulo, 2001.

O exame da Tabela 6 e Figura 7 sugere que, no primeiro momento, ocorreu um predomínio do posicionar para o sono, com 6 (31,57%) citações, seguido pelo medicar para dormir, com 5 (26,32%) citações e do encaminhar, também com 5 (26,32%) citações. No segundo momento, ocorreu um predomínio do posicionar para o sono, com 4 (40,00%) citações. Fazer companhia também foi citado, estando presente nos dois momentos da entrevista.

Assim, podemos perceber a dedicação do cuidador familiar também durante a noite, ocorrendo muitas vezes interrupções em seu sono não permitindo o seu descanso tranquilo e ininterrupto, impedindo de restabelecer-se fisicamente.

Muitas vezes o ritual para dormir envolve o cumprimento de uma série de itens até que o adormecimento em si ocorra.

Assim como foi encontrado neste estudo, além do posicionamento, da companhia até que o paciente durma e da medicação a ser administrada outros

fatores também podem estar presentes, como por exemplo, a luminosidade ideal, atenção à crença religiosa em orações e agradecimento, a ingestão do leite, água chá ou àquele líquido de costume, enfim todo um processo que demanda tempo, paciência e dedicação.

Após atingir o objetivo de deixá-lo dormindo confortavelmente de acordo com os seus primórdios é que o cuidador vai dedicar-se um pouco a si próprio, reduzindo ainda mais seu período de sono.

Em matéria publicada por CARDOSO (2000) depoimento de uma cuidadora dizia “ser cuidador não é fácil. É uma doação total. É preciso estar disponível 24 h por dia”. Esta era uma cuidadora (esposa) de paciente com Mal de Parkinson.

Cuidados com a pele

A Tabela 7 exibe a distribuição dos cuidados com a pele do paciente nos momentos estudados

Tabela 7 – Distribuição dos cuidados com a pele no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO			
	1º Momento		2º Momento	
Cuidados	n	%	n	%
Curativos	8	61,54	6	60,00
Secagem	5	38,46	4	40,00
Total	13	100,00	10	100,00

O exame da Tabela 7 sugere que, no primeiro momento, ocorreu um predomínio dos curativos no cuidar da pele, com 8 (61,54%) citações. Os curativos citados eram de incisões cirúrgicas e de antigas inserções de drenos, sendo esta última a mais predominante.

Outros 5 (38,36%) cuidadores realizavam a secagem da incisão cirúrgica com secador manual de cabelos. Encontramos ainda 2 cuidadores que não realizavam cuidados com a pele, pois o paciente já não tinha mais pontos cirúrgicos, drenos, sondas, ou traçado de fita adesiva porosa.

No segundo momento encontramos ainda 6 (60,0%) citações para a realização de curativos e 4 (40,0%) para a secagem.

A atividade de secar a incisão cirúrgica com secador manual de cabelos foi realizada sob orientação médica. Momento no qual, já havia acontecido a retirada dos pontos e realização de um traçado de fita adesiva porosa, sem necessidade de troca. Desta forma, as bordas incisionais são mantidas aproximadas evitando deiscência de parede, porém devem estar sempre secas evitando a possibilidade de propiciar um meio de cultura para o crescimento de microorganismos provocando a abertura dos pontos.

Assim, com a retirada dos pontos e realização deste traçado, é de hábito da referida equipe de cirurgiões orientar o uso de secador manual de cabelos por 2 minutos a cerca de 20 cm da incisão cirúrgica, eliminando a umidade e evitando o risco de deiscência incisional.

Segundo FERNANDES (2000) o curativo semi oclusivo permeável tem a função de promover as condições para uma rápida cicatrização, prover um ambiente

úmido e permitir a troca gasosa; condições mantidas neste traçado de fita adesiva porosa.

Entre os cuidadores que realizavam os curativos em incisões cirúrgicas e inserções de drenos a grande maioria nunca havia realizado tal atividade, conforme os comentários paralelos durante as entrevistas. Um deles comentou ter sido algo de que não imaginava como seria feito após a alta hospitalar, relatando ‘no começo eu demorei muito tempo para terminar, gastei muitas gazes, fiquei suado’.

Cuidados com sondas , drenos, catéteres e bolsas coletoras

A Tabela 8 exibe a distribuição dos cuidados com sondas, drenos, catéteres e bolsas coletoras no trato do familiar nos momentos estudados.

Tabela 8 – Distribuição dos cuidados com sondas, drenos, catéteres e bolsas coletoras no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO			
	1º Momento		2º Momento	
Cuidados	n	%	n	%
Manuseia	7	87,50	1	100,00
Administra	1	12,50	0	0,00
Total	8	100,00	1	100,00

O exame da Tabela 8 sugere que, no primeiro momento, ocorreu um predomínio do cuidado no manuseio de sondas, drenos, catéteres e etc., com 7 (87,50%) das citações. No segundo momento observamos somente uma resposta e esta foi dada para o manuseio de bolsa coletora de dreno.

Observamos ainda que apenas 1 (12,50%) cuidador administrava dieta enteral em sonda de gastrostomia, a qual no segundo momento já estava sem função devido ao restabelecimento gástrico do doente.

Durante as entrevistas constatamos que havia um recipiente específico para desprezar a secreção proveniente de drenos, sendo o volume medido com seringa em alguns casos. Esta atividade foi realizada apenas após observação do manuseio pelos profissionais de enfermagem durante a internação hospitalar.

Vale a pena ressaltar em um dos casos em que o cuidador relatou ter sido “uma experiência muito enriquecedora” ao orientar coletora de laboratório domiciliar a retirar amostra de líquido drenada em bolsa coletora, quando a profissional não sabia manusear tal artefato.

Cuidados com alimentação e hidratação

A Tabela 9 e a Figura 8 exibem a distribuição dos cuidados com alimentação e hidratação do paciente nos momentos estudados

Tabela 9 – Distribuição dos cuidados com alimentação e hidratação no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO			
	1º Momento		2º Momento	
Cuidados	n	%	n	%
Ajuda	5	17,86	2	6,89
Orienta o Preparo	7	25,00	5	17,24
Prepara	7	25,00	13	44,83
Supervisiona o Preparo	6	21,43	6	20,69
Administra	1	3,57	1	3,45
Hidrata	1	3,57	1	3,45
Lava	1	3,57	1	3,45
Total	28	100,00	29	100,00

Figura 8 – Distribuição dos cuidados com alimentação e hidratação. São Paulo, 2001

O exame da Tabela 9 e da Figura 8 sugere que, no primeiro momento, ocorreu um predomínio da orientação do preparo da alimentação, com 7 (25,00%) das citações e do preparo da alimentação, também com 7 (25,00%) citações. No segundo momento, houve predomínio do preparo da alimentação, com 13 (44,83%) citações, seguido pela supervisão da alimentação, com 6 (20,69%) citações. No segundo momento, houve predomínio do preparo da alimentação, com 13 (44,83%) citações, seguido pela supervisão do preparo da alimentação, com 6 (20,69%) citações. Foram citadas também, a supervisão do preparo e administração de dieta via gastrostomia.

Percebemos durante a realização das entrevistas o desejo dos cuidadores em oferecer uma dieta correspondida às orientações médicas, isto é, respeitando as restrições alimentares, conservando a característica de ser uma dieta saborosa, nutritiva, agradável e mantendo as preferências do doente.

Encontramos 2 cuidadores referindo buscar novas receitas alimentares em livros de culinária e um outro consultando informalmente uma nutricionista.

O cuidador que preparou e administrou dieta enteral referiu ter sido orientado, porém teve dificuldades e recorreu ao serviço de nutrição do hospital onde o paciente esteve internado, para esclarecimento de dúvidas e solicitando maiores informações.

No geral os cuidadores entendiam o comprometimento cirúrgico causado no trato digestivo, mas acreditavam que a boa aceitação alimentar seria um fator importante para a recuperação mais rápida do doente. Demonstravam muitas vezes culpa pela recusa ou pela pequena aceitação da dieta, como pelo exemplo de um

relato: “eu fiz a comida de acordo com as orientações do médico, mas ele não comeu nada, no jantar vou fazer outra diferente”.

O cuidador do sexo masculino referiu ainda o cuidado de abrir o “soutien” e a cinta elástica abdominal da paciente para a melhor aceitação alimentar e maior conforto durante às refeições.

Cuidados com eliminações intestinais e vesicais

A Tabela 10 exibe a distribuição dos cuidados com alimentação e hidratação do paciente nos momentos estudados.

Tabela 10 – Distribuição dos cuidados com eliminações intestinais e vesicais no 1º e 2º momentos d entrevista. São Paulo, 2002.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO			
	1º Momento		2º Momento	
Cuidados	n	%	n	%
Higiene Íntima	4	57,15	2	66,67
Oferece papagaio	1	14,28	-	-
Auxilia	2	28,57	1	33,33
Total	7	100,00	3	100,00

O exame da Tabela 10 sugere que, no primeiro momento, ocorreu um predomínio da higienização íntima para os dejetos, com 4 (57,15%) citações. No segundo momento, observamos 2 citações para a higienização íntima e 1 citação para o auxílio na higienização.

Entre as citações deste grupo vale ressaltar um caso em que o cuidador além de ajudar a sentar no vaso sanitário ele abaixa e levanta a peça íntima da esposa, ficando por perto ou deixando a porta do banheiro aberta.

Um outro cuidador utiliza lenços umedecidos infantis para a realização desta atividade.

Cuidados com medicamentos administrados

A Tabela 11 e Figura 9 exibe a distribuição dos medicamentos administrados ao familiar.

Tabela 11 – Distribuição dos medicamentos administrados no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO			
	1º Momento		2º Momento	
Medicamentos	n	%	n	%
Protetor gastro-intestinal	10	18,52	10	20,83
Antibiótico	8	14,82	1	2,08
Para Pâncreas	6	11,11	8	16,67
Vitaminas	6	11,11	7	14,58
Analgésico	4	7,41	4	8,33
Benzodiazepínico	4	7,41	6	12,50
Anticoagulante	4	7,41	2	4,17
Antihipertensivo	3	5,56	1	2,08
Cardiotônico	2	3,70	2	4,17
Hipogliceminte	2	3,70	2	4,17
Antidepressivo	2	3,70	2	4,17
Anti gases	2	3,70	2	4,17
Controle prostático	1	1,85	1	2,08
Total	54	100,00	48	100,00

Figura 9 – Distribuição da frequência absoluta dos medicamentos administrados. São Paulo, 2001

O exame da Tabela 11 e a Figura 9 sugere que, no primeiro momento, ocorreu um predomínio dos protetores gastrintestinais, com 10 (18,52%) citações, seguido pelos antibióticos, com 8 (14,82%) das citações. No segundo momento, repetiu-se o predomínio dos protetores gastrintestinais, com 10 (20,83%), seguido dos medicamentos para pâncreas, com 8 (16,67%) citações.

Foi percebida a responsabilidade de todos os cuidadores em administrar o medicamento no horário correto. Um deles tinha um despertador especificamente para este fim, sendo programado continuamente durante todo dia e à noite.

A cuidadora (empregada doméstica) seguia um roteiro do horário das medicações feito pelo patrão.

Cuidados com lazer e entretenimento

A Tabela 12 e Figura 10 exibem a distribuição dos cuidados com lazer e entretenimento.

Tabela 12 – Distribuição das atividades de lazer e entretenimento no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.

Atividades	DISTRIBUIÇÃO			
	1º Momento		2º Momento	
	n	%	n	%
Aux. deamb área interna	5	11,36	1	2,38
Aux deamb área externa	-	-	6	14,29
Assiste televisão	16	36,36	10	23,81
Leitura	9	20,46	8	19,05
Ouve música	3	6,82	3	7,14
Recebe visitas	5	11,36	3	7,14
Telefona para amigos	3	6,82	3	7,14
Computador	3	6,82	1	2,38
Saídas de carro	-	-	7	16,67
Total	44	100,00	42	100,00

Figura 10 – Distribuição da frequência absoluta das atividades de lazer. São Paulo, 2001

O exame da Tabela 12 e a Figura 10 sugerem que, no primeiro momento, ocorreu um predomínio do assistir a televisão como lazer, com 16 (39,02%) citações, seguido pela leitura, com 9 (21,95%) das citações. No segundo momento, repetiu-se o predomínio do assistir a televisão com 10 (25,00%) citações, seguido pela leitura, com 8 (20,00%) citações.

Independente da condição social do doente a televisão é encontrada como recreação, pois é o meio de comunicação mais difundido e abrangente podendo ser acessada a qualquer hora, com diversidade de programas, sem necessidade de sair de casa, possibilidade de estar vestido informalmente e sem sapatos, não exige alta concentração, além de poder estar sozinho ou em companhia de outrem.

A leitura também acompanha os mesmos caminhos, considerando neste caso livros, jornais, revistas e trabalhos científicos, de acordo com a preferência de cada um.

Tabela 13 – Distribuição dos contatos realizados com a equipe médica no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO			
	1º Momento		2º Momento	
Contatos	n	%	n	%
Bip	5	50,00	2	22,22
Consultório	3	30,00	4	44,45
Celular	2	20,00	3	33,33
Total	10	100,00	9	100,00

O exame da Tabela 13 sugere que o contato com a equipe médica via bip foi predominante no 1º momento da entrevista com 5 (50,00%) das citações; seguido pelo contato através do consultório com 3 (30,00%) citações e por último o celular com 2 (20,00%) citações. Já no segundo momento da entrevista houve um aumento do contato via consultório com 4 (44,45%) citações, a seguir o celular com 3 (33,33%) e por último o contato via bip com 2 (22, 22%) citações.

Os motivos citados para os contatos realizados no 1º momento da entrevista foram dúvidas sobre medicações, cuidados com drenos e dietas, dores e náuseas.

Para o 2º momento os contatos foram realizados por motivos como bolsa coletora de secreções estava solta, dúvidas nos cuidados com drenos, dieta e dores. Vale a pena ressaltar um comentário feito por um dos cuidadores: “não foi necessário, mas tive vontade, consegui resolver sozinha”.

Percebemos durante as entrevistas a insegurança do cuidador em várias situações, quando procurou o contato médico para tranquilizar-se e obter reforço positivo de suas ações, não sabendo realmente avaliar a necessidade de falar com o médico.

Tabela 14 – Distribuição das mudanças realizadas no ambiente físico no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO			
	1º Momento		2º Momento	
Mudanças	n	%	n	%
Mudou paciente p/ casa cuidador	3	19,98	2	33,32
Dormir próximo	1	6,66	1	16,67
Chuveiro	3	19,98	-	-
Box	1	6,66	-	-
Banho	1	6,66	1	16,67
Banquinho	3	19,98	-	-
Assento	1	6,66	-	-
Alimenta	1	6,66	1	16,67
Móveis	1	6,66	1	16,67
Total	15	100,00	6	100,00

Entre as mudanças realizadas no ambiente físico, 3 (19,98%) dos pacientes foram temporariamente para a casa do cuidador; um outro passou a dormir no chão ao lado do paciente; 3 (19,98%) realizaram mudanças no chuveiro, isto é, adaptando extensão manual, 3 (19,98%) adaptando banquinho para o banho, 1 (6,66%) retirando porta do box ou realizando o próprio banho do paciente, ou a instalação de novo assento sanitário ou a mudança no local da alimentação ou a mudança dos móveis.

Tabela 15 – Distribuição dos materiais e equipamentos utilizados para o cuidado no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO			
	1º Momento		2º Momento	
Materiais e equipamentos	n	%	n	%
Travesseiro	1	9,09	1	11,11
Papagaio	2	18,19	1	11,11
Campainha	1	9,09	1	11,11
Panelas	1	9,09	-	-
Balança	1	9,09	-	-
Despertador	1	9,09	1	11,11
Cinto	1	9,09	3	33,34
Babá	1	9,09	1	11,11
Cama	1	9,09	-	-
Banqueta	1	9,09	1	11,11
Total	11	100,00	9	100,00

Quanto aos materiais e equipamentos necessários foram citados o papagaio com 2 (18,19%) citações além de travesseiros, campainha, panelas, balança, despertador, cinta abdominal, babá eletrônica, cama e banqueta.

Durante as entrevistas, foi possível observarmos que o cuidador provia o lar com os materiais necessários para a realização do cuidado, facilitando suas atividades e proporcionando maior conforto ao paciente.

A compra de materiais, equipamentos e produtos descartáveis era realizada por todos os cuidadores deste estudo por decisão própria, isto é, sem orientação.

Todos citaram a necessidade de gazes e fita adesiva porosa; mas também encontramos a necessidade de luvas, seringas, soros, bolsas coletoras, equipos, frascos de dietas.

Tabela 16 – Distribuição das terapias complementares utilizadas no 1º e 2º momentos da entrevista. São Paulo, 2001.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO			
	1º Momento		2º Momento	
Terapias complementares	n	%	n	%
Castanha	1	7,14	1	7,14
Massagem	4	28,59	4	28,59
Chá	2	14,29	2	14,29
Reiki	1	7,14	1	7,14
Homeopatia	1	7,14	1	7,14
Shiatsu	1	7,14	1	7,14
Florais	1	7,14	1	7,14
Fisioterapia	1	7,14	1	7,14
Alongamento	1	7,14	1	7,14
Feng Shui	1	7,14	1	7,14
Total	14	100,00	14	100,00

Em relação as terapias complementares, houve uma variedade de citações, mostrando que outros meios não medicamentosos também são acrescentados à terapêutica. Foram adotadas voluntariamente sem aconselhamento médico de acordo com as crenças do paciente e família. As mais relevantes foram a ingestão de chás e ou massagens nos pés ou costas realizadas por algum membro da

família, os quais referiam a intenção de transmitir carinho, afeto além de propiciar o relaxamento.

Porém, foram citadas outras terapias complementares em menor escala como a fisioterapia respiratória realizada por um conhecido da família, Castanha da Índia, Alongamento, Florais de Bach, Feng Shui, Reiki e Shiatsu sendo esta última realizada pelo próprio paciente através de seus profundos conhecimentos do assunto.

Comentários finais feitos pelo cuidador

Para finalizar as entrevistas os cuidadores expressaram seus comentários finais, sendo eles:

“tenho dormido pouco devido à preocupação”

“minha mãe ficou com meu filho enquanto eu estou com meu pai”

“esta experiência foi boa porque estou conseguindo cuidar dele depois de 11 horas de cirurgia”

“estou preocupada com o que vai acontecer com ele daqui para frente, quero vê-lo bem”

“estou muito sobrecarregada com meu trabalho e os cuidados com ele”

“incomodada pelo não retorno ao meu trabalho”

“cansada com muitas atividades”

“estava muito ansiosa pela sua visita, que bom que você veio”

“ele está assim eu não posso desanimar”

“cada um se dando um pouco ajuda na recuperação dele”

“é bem melhor estar em casa”

“estou conseguindo conciliar meu trabalho com os cuidados dele”

“em casa a gente tem mais contato com o mundo, no hospital você está isolado”

“hospital é um mal necessário, quando foi falado em alta começamos a respirar livremente, alta foi sinal de libertação”

“estou preocupada com a adaptação a nova dieta”

“no começo estava aflita com tantas mudanças, mas estou superando bem”

“tenho medo de ficar doente”

“hospital é um pesadelo, é um alívio vir para casa”

“só é preciso manter a calma para poder transmitir o carinho e o conforto, a gente vai conseguir”

“é difícil estar vendo o sofrimento dele e não poder fazer mais nada”

4.5 – Correlação entre variáveis de interesse

Tabela 17 – Correlação entre as Variáveis de Interesse. São Paulo, 2001

	Idade	Tempo1	Tempo2
Idade	1,00		
Tempo1	0,32	1,00	
Tempo2	0,74*	0,31	1,00
GP(1=conj)	-0,04	-0,13	-0,03
Esc(1=fi,fc)	0,05	0,03	0,24
c higiene1? (1=s)	-0,17	-0,40	-0,19
c higiene2? (1=s)	0,42	0,03	0,49*
c sono1? (1=s)	-0,08	-0,32	0,07
c sono2? (1=s)	0,31	0,19	0,51*
c pele2? (1=s)	-0,06	-0,18	0,12
c instr1? (1=s)	-0,14	0,17	-0,19
c dejetos1? (1=s)	0,47*	0,11	0,43
T Altern1? (1=s)	-0,05	-0,62*	0,13
T Altern2? (1=s)	-0,03	-0,59*	0,16
Ativ fis2? (1=s)	-0,11	0,41	0,07
cont equ1? (1=s)	-0,55*	-0,19	-0,18
cont equ2? (1=s)	-0,22	-0,15	-0,09
mod amb2? (1=s)	0,75*	0,21	0,70*
mat nesc1? (1=s)	0,39	-0,06	0,34
mat nesc2? (1=s)	0,14	0,05	0,41
descat1? (1=s)	-0,19	0,25	-0,05
descat2? (1=s)	-0,34	-0,13	-0,15

(*) a correlação é estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

O exame da Tabela 17 acusa correlação positiva estatisticamente significativa entre a Idade do cuidador e o tempo de cuidar exigido no segundo momento; o cuidar dos dejetos no primeiro momento e a ocorrência de modificações ambientais no segundo momento, e acusa correlação negativa estatisticamente significativa entre a Idade e realização de contato com equipe médica no primeiro momento. Sugere também que o tempo de dedicação ao cuidar no primeiro momento apresenta correlação negativa estatisticamente significativa com o uso de práticas alternativas no primeiro e no segundo momento. Por fim, a tabela também mostra que o tempo de dedicação ao cuidar no segundo momento apresenta correlação positiva estatisticamente significativa com cuidados com higiene no segundo momento, cuidados com o sono no segundo momento e modificações no ambiente no segundo momento. Tais resultados sugerem que cuidadores mais velhos tendem a apresentar maior tempo de dedicação no segundo momento; cuidar dos dejetos no primeiro momento; realizar modificações no ambiente no segundo momento e entrar em contato com a equipe médica. Sugerem que um maior tempo de dedicação no primeiro momento tendem a estar associados a ausência de práticas terapêuticas alternativas no primeiro e segundo momentos e que um maior tempo de dedicação no segundo momento tendem a estar associados a cuidados com a higiene, sono e modificações no ambiente no segundo momento.

4.6 – Associação entre variáveis de interesse

Tabela 18 – Associação entre variáveis dicotômicas de interesse. São Paulo, 2001

	GP	Esc	hig1	hig2	so1	so2	pe2	ci1	de1	ta1	ta2	af2	ce1	ce2	ma2	mn1	mn2	d1	d2
GP																			
Esc																			
hig1																			
hig2																			
so1																			
so2																			
pe2																			
ci1																			
de1																			
ta1					*														
ta2					*					*									
af 2																			
ce1																			
ce2																			
ma2						*			*										
mn1																			
mn2				*	*		*					*							
d1																			
d2																			

(*) a associação é estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

A Tabela 18 mostra que há evidência estatística da associação entre a presença de cuidados com o sono no primeiro momento, terapias alternativas no primeiro e segundo momento e a necessidade de materiais no segundo momento. Com o sono no segundo momento e modificações ambientais no segundo momento. Com a higiene no segundo momento e a necessidade de materiais no segundo momento. Com cuidados com a pele no segundo momento e a necessidade de materiais no segundo momento. Com cuidados com dejetos no segundo momento e modificações ambientais no segundo momento. Com terapia alternativa no primeiro momento e a terapia alternativa no segundo momento e com af2 e mn2.

Chamou nossa atenção a busca por práticas complementares para a manutenção da saúde, em ambos os momentos da entrevista e com significatividade estatística.

Estariam os cuidadores tentando cercar o paciente de cuidados além do esperado ou seriam eles praticantes habituais? Por exemplo, buscamos conhecer se foram necessárias mudanças no ambiente as quais favoreciam o cuidado, com isso foi citada a utilização do Feng Shui, prática chinesa milenar para harmonização do ambiente.

Diante de tais resultados faz-se necessário o desenvolvimento de estudos no sentido de explorar e descrever as crenças de pacientes e da família para a manutenção da saúde, bem estar e recuperação, associando a religiosidade e espiritualidade.

É preciso atrelar ao tratamento técnico-cirúrgico outras formas de conforto. E, para tanto, se faz necessário um canal de comunicação lateral entre equipe de saúde - paciente e família, oferecendo um cuidado holístico propriamente dito.

Considerando as inúmeras atividades realizadas pelo cuidador familiar, expostas neste estudo, acreditamos na importância do preparo da família e do paciente na fase pré-operatória, mesmo anterior a isto, ou seja já no esclarecimento do diagnóstico médico e da proposição de cirurgia como uma etapa do tratamento. Desde então a escolha e o envolvimento de cuidadores na família se faz necessário reconhecendo suas habilidades, crenças espirituais e religiosas e disponibilidade de tempo e emocional para esta situação.

5 – CONCLUSÕES

Retornando aos objetivos inicialmente propostos neste estudo, podemos concluir que os cuidadores familiares de pacientes submetidos a cirurgia gastro-intestinal de grande porte são na sua maioria do sexo feminino, isto é, 14 (93,33%) do total de 15 cuidadores, com média de idade de 50,06 anos de religião católica, sendo as esposas. Na maior parte do estado marital casado 13(86,66%), não necessariamente cuidando do familiar doente neste momento. Quanto a ocupação 13(86,66%) apresentavam algum tipo de atividade remunerada com nível médio completo.

Quanto a pessoa que ajuda, 9 (40,92%) citaram a empregada e o período predominante como sendo o da manhã. Houve uma diversidade de respostas quanto a pessoa que já ajudou encontrando, pai, mãe, cônjuge, sobra, irmão e tia referindo ter sido uma experiência difícil.

O tempo médio de dedicação aos cuidados no 1º momento da entrevista foi de 18,93 horas e no 2º momento de 8,53 horas.

Os cuidados realizados no domicílio ao familiar doente quanto a higiene e conforto foram banho e vestuário, quanto ao sono e repouso foram posicioná-lo para dormir, medicá-lo antes de dormir e encaminhá-lo ao banheiro durante a noite.

Para os cuidados com a pele foram citados curativos e secagem de incisões cirúrgicas e/ou locais de inserções de drenos e/ou catéteres.

Nos cuidados com sondas, drenos, catéteres, bolsas coletoras de drenos foram citados o manuseio e administração de dietas enterais.

Quanto aos cuidados com alimentação e hidratação foram citados em maior número a orientação e o preparo de dietas de acordo com orientações médicas seguindo o cardápio de restrições.

Para as eliminações intestinais e vesicais realizavam higiene íntima após as mesmas.

Todos os cuidadores administravam os medicamentos via oral no decorrer do dia e da noite em 13 categorias distintas.

Para o lazer e entretenimento foram citados mais significativamente a televisão e a leitura.

Para o esclarecimento de dúvidas, os contatos foram realizados com a equipe médica via bip e/ou celular e/ou consultório.

Em relação as mudanças realizadas no ambiente físico foram citadas em maior número a mudança relacionados ao ambiente físico propriamente dito quanto ao chuveiro, box, banquinhos, assento, local de alimentação e móveis.

Quanto aos materiais e equipamentos utilizados para o cuidado foram citados papagaio, travesseiro, campainhas, painéis, balança, despertador, cinta abdominal, babá eletrônica, ...e banqueta. Todos citaram a necessidade de gases e

fita adesiva porosa, ma também encontramos a necessidade de luvas, seringa, soros, bolsas coletoras, equipos, frascos de dietas.

Foram citadas uma diversidade de terapias complementares entre elas massagem, Reiki, Homeopatia, Shiatsu entre outros.

No geral os cuidadores demonstravam satisfação e prazer em estar cuidando neste momento deixando de lado suas atividades profissionais ou não, para estarem disponíveis ao familiar durante o dia e a noite, realizando atividades até então só observadas durante a internação hospitalar.

Durante as entrevistas contatamos cuidadores inseguros com dúvidas no cuidar, sozinhos, indecisos, inseguros, com dúvidas no cuidado, mas permaneciam firmes superando todos os obstáculos.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da família estar sempre presente, fisicamente ou mesmo emocionalmente para nossos pacientes, estudos que a relacionam ainda são poucos. Na última década a família têm se tornado objeto de estudo, despertando interesse em pesquisadores em desenvolver o assunto, porém está longe de ser esgotado.

Temos muito a alcançar e a ajudar às famílias no cuidado de seus entes queridos.

Na literatura nacional não foi encontrada pesquisa específica sobre o cuidador familiar de paciente cirúrgico do trato gastro-intestinal, mas cuidadores de outros pacientes com traumas físico-orgânicos foram encontrados, possibilitando referência e comparação para os dados aqui encontrados.

Segundo ELSEN, MARCON (1999) é impossível assistir o indivíduo (doente ou sadio) de forma completa quando não se considera pelo menos o seu contexto mais próximo, que é a família a qual ele pertence.

Os resultados deste estudo mostraram o quanto a família cuida, causando mudança dos papéis familiares, alterações da rotina do lar e o estabelecimento de prioridades neste caso a saúde e bem-estar de seus membros.

Felizmente as intercorrências no percurso para realização e conclusão deste trabalho foram poucas, sendo facilmente superadas.

A equipe médica escolhida foi ótima em viabilizar a realização das entrevistas, os cuidadores receberam a pesquisadora sem qualquer empecilho, respondendo às perguntas com clareza e franqueza, colocando-se à disposição da pesquisadora.

HORA et al (2001) afirmam a importância de centralizarmos o cuidado no binômio paciente/família; acreditando na melhoria da qualidade dos cuidados quando é possibilitada uma participação efetiva da família na assistência.

Quanto mais precocemente o familiar estiver envolvido na prestação de cuidados mais facilmente vai superar seus medos e ansiedades adquirindo maior segurança, criatividade e criticidade em suas ações.

Ainda segundo HORA et al (2001) para garantirmos um cuidado humanista e de forma holística é preciso considerar o cuidador familiar como foco de nossa assistência.

Muitas vezes busca-se a cura seja por meio de cirurgia, quimioterapia ou outros tratamentos, mas esquece-se de aliar a esta busca a incansável esperança de uma condição melhor de vida compartilhada entre equipe de saúde – paciente – família. A expectativa muitas vezes frustra, enquanto a esperança conforta. E é esse o essencial papel do cuidador familiar: ser valorizado pelo que ele faz, mantendo sua motivação. É preciso cuidar de quem cuidar.

Esperamos que os resultados possam contribuir com a equipe de enfermagem em se aproximar cada vez mais de nossas famílias, aliando-se a elas e juntas superando obstáculos de forma mais amena e saudável.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, OP; CROCCO, E. I. Percepção dos déficits cognitivos e alterações do comportamento em pacientes com Doença de Alzheimer. Arq Neuropsiquiatr; v.58, n.2A, p.292-9, 2000.

ALTHOFF, C.R.; Dimensionando o espaço da família, no âmbito do público e do privado. Cogitare Enferm,v.1, n.2, p.35-38, 1996.

ANDRADE, O G., MARCON, S.S., SILVA, D.M.P. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. Rev. Gaúcha Enferm., v.18, n.2, p.123-132, 1997.

ANDRADE, O G , RODRIGUES, R.A.P. O cuidado familiar ao idoso com sequelas de AVC. Rev. Gaucha de Enferm.; v.20, n.2, p.90-109, 1999.

BERNAT, R.B.; RUIZ, J.L.; ROSELLÓ, J.F. Vivências de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos: un estudio qualitativo. Enfermeria Clínica, Barcelona, v.10, n.1, p.19-32, 1999.

BOFF, L.; Saber cuidar. ética do humano – compaixão pela terra. RK, Vozes, 1999.

BRITO, F.C.; RAMOS, L.C.; Serviço de atenção à saúde do idoso. In: PAPALÉO NETO, M. Gerontologia. São Paulo, Atheneu, 1996. cap.25, p.394-401.

BUDÓ, M.L.D.; A mulher como cuidadora no contexto de uma comunidade rural de imigração italiana, Texto Contexto Enferm., v.6, n.1, p.181-97, 1997.

BUDÓ, M.L.D.; O antigo e o novo: o cuidado em saúde no cotidiano de uma cultura italiana. Cogitare Enferm., v.1, n.2, p.27-34, 1997.

CAPONI, S.; Da compaixão piedosa à solidariedade. Bioética. Rev. Cons. Fed. Med., p.8 e 9, abril, 1999.

CAIN, C.J.; WICKS, M.N.; Caregiver attributes as correlates of burden in family caregivers coping with chronic obstructive pulmonary disease. J. Fam. Nurs., v.6, n.1, p.-68, 2000.

COLLIÈRE, M.F.; Promover a vida. Trad. Maria Leonor Braga Abcassis. Lisboa: Printipo – Damaia, 1989, p.28-45, 235-242.

CARDOSO, F.C.; Principais perguntas de pacientes sobre parkinsonismo e doença de Parkinson (o dia a dia de um paciente e um cuidador) Rev. Beija-flor Associação Brasil – Parkinson; 47(4^o trimestre) Ano 15, 2000.

DIAS da SILVA, M.A . Todo poder as mulheres: esperança de equilíbrio para o mundo, São Paulo: Best Seller, 2000.

DUARTE, M.J. R. S.; Cuidadores? Por que e para quê? atenção ao idoso no domicílio. R. Enferm UERJ, Edição Extra, p.126-130, 1996.

ELSEN, I.; Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: Bub, I.R. et al. Marcas para a prática de enfermagem com famílias. Série enfermagem – Repensul, editora da UFSC, Florianópolis, p.61 – 77.

ELSEN, I., MARCON, S.S.; A enfermagem com um novo olhar...a necessidade de enxergar a família. Fam. Saúde Desenv., v.1, n.1/2, p. 21-26, 1999.

FARO, A C. M. Estudo das alterações da função sexual em homens paraplégicos. São Paulo, 1991. 98p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem – USP.

FARO, A C. M. Cuidar do lesado medular em casa: a vivência singular do cuidado familiar. São Paulo, 1999. 126p. Tese (Livre docência) – Escola de Enfermagem – USP.

FERNANDES, A. T. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. Atheneu; 2000. cap 52, p.957-97.

FERREIRA, A B de H.; Novo dicionário da língua portuguesa. 2º ed, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p.507 e 755.

FERRIGNO, J.C.; Uma visão histórica da família e da velhice. Rev. a 3ª idade. publicação do SESC São Paulo, n.4, p.36-42, jul, 1991.

FRANCO, M.C.; Situação do familiar que acompanha um paciente adulto internado em um hospital geral. Florianópolis, 1988, 180p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

GIL, A C.; Como elaborar projetos de pesquisa. Atlas, São Paulo, 3ª ed, 1991.

GIVEN; B. A, GIVEN, C.W. Family caregiving for the elderly. Annyal Review of Nursing Research. v.9, n.4, p.77-101,1991.

GONÇALVES, L.H.T.; SILVA, Y.F., PFEIFFER, S.; O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. Cogitare Enferm., v.1, n.2, p.39-47, 1996.

GUERRA, C.I. C de O . Fatores de risco para o desgaste do cuidador familiar de paciente na fila do transplante cardíaco. São Paulo, 2000, 75p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem - USP

HORTA, W. de A; Processo de enfermagem. EPU, São Paulo, 1979.

HORA, E.C et al Aliando-se ao paciente e à família diante das incapacidades. Rev. Paul Enf. v.20, n.2, p.52-56, 2001.

KARSCH,U.M.S; A questão dos cuidadores.Un: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 1, São Paulo, 1998, Anais. p. 28-31.

LEITÃO, G. da C.M.; ALMEIDA, D. T. de; O cuidador e sua qualidade de vida. Acta Paul Enf. v.13, n.1, p.80-85, jan/abr, 2000.

LEITE, M. T. Cuidando do idoso hospitalizado: a experiência do cuidador familiar. Ribeirão Preto, 1999. Tese(Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 138p.

LUZ, A M. H.; BERNI,N.I de O ; Feminino e masculino: repercussões na saúde dos adolescentes. In. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

PROJETO ACOLHER. Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília – DF, 2000, p. 37-45.

MANCUSSI, A C. Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinhal. Rev.Lat.Am.Enf., v.6, n.4, p.67-73, 1998.

MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP (1994).

MARIN, M.J.S.; Preparando o idoso para alta hospitalar. Ribeirão Preto, 1990, 170p., Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

MARRA, C.C.; CARMAGNANI, M.I.S.; AFONSO, C. SALVARO, M.E, Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar. Acta Paul. Enferm., v.2, n.4, p.123-127, 1999.

MARQUES, S. Cuidadores familiares de idosos. Relatos de histórias. Ribeirão Preto, 1999.Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 186 p.

MAYEROFF, M.O, On caring. New York. Harper & Row, 1971.

MENDES, P.M.T.; Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. In: KARSCH, U.M.S Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. Educ, 1998, cap.5, p. 171-97.

MENEZES, A K.; Cuidados à pessoa idosa: Reflexões teóricas gerais. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Caminhos do envelhecer. Ed. Revinter, 1994, cap. 10, p.45-56.

OSÓRIO L.C. Família hoje. Porto Alegre. ARTS Médica, 1996

PADILHA, M.I.C. de S.; A família em questão: uma abordagem historicamente contextual. Acta Paul. Enf., v.5, n.4, p.8-13. 1992.

PERLINI, N.M.O. G. Cuidador de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. São Paulo, 2000, 123 p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem – USP.

PERRACINI, M.R. Análise multidimensional de tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência. Campinas, 1994, 84p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Universidade Estadual de Campinas.

PRADO, D.; O que é família. São Paulo, Brasiliense, 1981, 92p.

RICHARDSON, R. J.; Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo, Atlas, 1985.

ROMANO, B.W.L A família e o adoecer durante a hospitalização. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo, v.7, n.5, (supl A) 1997.

SAAD, M. et al. Espiritualidade baseada em evidências. Acta Fisíatrica, v.8, n.3, p.107-12, 2001

SCHAEFER, A L; ANDERSON, J. E.; Are they ready? Discharge planning for older surgicans patients. J Gerontol. Nurs., v.16, n.10, p. 16-19., 1990.

SHIOTSU, C. H.; TAKAHASHI, R. T.; O acompanhante na instituição hospitalar: significados e percepções. Rev Esc. Enf. USP, v.34, n.1, p. 99- 107, mar ,2000.

SILVA, M.J.P da Amor é o Caminho (maneiras de cuidar). São Paulo, Editora Gente, 2000, 155 p.

SILVA, M. J. P. da; GIMENES, O. M. P. V Eu – o cuidador. O mundo da saúde, São Paulo, v.24, n.4, p. 306-309, 2000.

SILVEIRA, T. M.; O sistema familiar e os cuidados com pacientes portadores de distúrbios cognitivos. Textos envelhecimentos, v.3, n.4, p.13-28, 2000.

SPINA, A A et al; Papéis familiares em famílias de periferia. In: Cadernos PUC. São Paulo, 1982, p.90.

VIEIRA, E. B.; Manual de Gerontologia – um guia teórico-prático para profissionais cuidadores e familiares. Rio de Janeiro. Revinter Ltda, 1996, p.

VOLICH, R. M. O cuidar e o sonhar – por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. O mundo da saúde, São Paulo, v.24, n.4, p.237-45, 2000.

WOOD, F. G., The meaning of caring. Rehab, Nurs., v. 16, n.4, p.195-98, 1991.

ANEXO II

Ao Exmo Prof. Dr. _____

Médico cirurgião geral chefe da equipe de cirurgias do aparelho digestivo

Eu, Maria Fernando Molla Jukemura, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação na Assistência à Saúde do Adulto e do Idoso do Departamento de Enfermagem Médico - Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP; venho por meio desta solicitar sua autorização em realizar pesquisa junto aos familiares de pacientes operados por sua equipe em hospitais da rede privada do município de São Paulo. Serão fonte de coleta de dados da pesquisa: "O cuidador familiar de pacientes submetidos à cirurgia gastro intestinal de grande porte: suas atividades no domicílio".

Os dados serão coletados em dois momentos distintos após alta hospitalar, no domicílio de pacientes residentes no município de São Paulo, onde o cuidador familiar principal é alguém da família e que aceite participar do estudo. O primeiro momento será entre o 2º e 4º dias após alta hospitalar no domicílio e o segundo momento será entre o 10º e 12º dias.

A referida pesquisa tem por objetivo identificar os cuidadores familiares e os cuidados realizados por ele ao familiar submetido a cirurgia gastro-intestinal de grande porte na rede privada.

Durante a entrevista será preenchido, pela pesquisadora instrumento previamente elaborado por ela, identificando dados do cuidador, diagnóstico médico da doença do paciente, data e tipo de cirurgia realizada e dados referentes às necessidades de cuidado em dois momentos como descrito anteriormente. A existência de outras pessoas ou profissionais que auxiliam no cuidado serão também conhecidas, assim como as atividades que realizam e com qual frequência. Serão identificados cuidados realizados no domicílio, quanto a higiene e conforto, sono e repouso, alimentação, hidratação, funcionamento intestinal e urinário, além de cuidados com a pele, sondas, drenos, catéteres, bolsas coletoras, atividade física e lazer. Serão identificados também, a utilização de materiais, equipamentos e adaptações feitas no ambiente físico.

Qualquer dúvida existente sobre a pesquisa será esclarecida pela pesquisadora. Será assegurado que em qualquer momento do estudo os participantes poderão retirar seu consentimento de participação, sem nenhum prejuízo. A pesquisadora se compromete em manter a privacidade das informações, não identificando os participantes. Irá fornecer cartão de visita com seus dados de localização caso o familiar necessite e também e também sendo esta uma forma de garantir o retorno dos resultados da pesquisa àqueles que possam interessar.

Desde já, muito grata pela sua atenção e colaboração.

São Paulo,

de 2001

_____
assinatura médico cirurgião responsável

_____
assinatura da pesquisadora

ANEXO III

Pesquisa: “O cuidador familiar de pacientes submetidos à cirurgia gastro-intestinal de grande porte: suas atividades no domicílio”.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Elaborado conforme a Res. CNS 196/96)

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa realizada pela enfermeira Maria Fernanda Molla Jukemura, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós – Graduação na Assistência à Saúde do Adulto e do Idoso do Departamento de Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP, autorizando a mesma a utilizar as informações por mim fornecidas para elaboração de trabalho científico.

A referida pesquisa tem por objetivo identificar os cuidadores familiares e os cuidados por ela realizados ao familiar submetido a cirurgia gastro-intestinal de grande porte. Devo ressaltar que o cuidador familiar principal deverá ser alguém da família e residentes no município de São Paulo, sendo estes os critérios da pesquisa.

Será realizada entrevista com o cuidador familiar de pacientes submetidos a cirurgia gastro-intestinal de grande porte; quando a pesquisadora irá perguntar em linguagem simples as atividades deste cuidador no domicílio, em dois momentos distintos do período pós alta hospitalar.

Qualquer dúvida existente sobre a pesquisa, será esclarecida pela pesquisadora. Será assegurado que em qualquer momento do estudo os participantes poderão retirar seu consentimento de participação sem nenhum prejuízo. A pesquisadora se compromete em manter a privacidade das informações, não identificando os participantes. Ao final da entrevista será fornecido cartão de visita da pesquisadora com seus dados para localização caso a familiar necessite e também sendo esta uma forma de garantir retorno dos resultados àqueles que possam interessar.

São Paulo,

de 2001

_____
assinatura da pesquisadora

_____
assinatura do cuidador

ANEXO IV

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM O CUIDADOR FAMILIAR PRINCIPAL DE PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA GASTRO-INTESTINAL DE GRANDE PORTE

no. da entrevista: _____ data: _____

endereço/local da entrevista: _____

1. Dados clínicos de interesse sobre o paciente

iniciais do nome do paciente: _____ idade: _____

sexo: ( ) feminino ( ) masculino

diagnóstico da doença: _____

cirurgia realizada: _____

data da cirurgia: _____

data da alta hospitalar: _____

entrevista realizada no: ( ) 2° - 4° dias após alta hospitalar

( ) 10° - 12° dias após alta hospitalar

2. Dados para a caracterização do cuidador familiar

iniciais do nome do cuidador: _____ idade: _____

sexo: ( ) feminino ( ) masculino

religião: _____

situação conjugal: _____

parentesco com o paciente: _____

ocupação: _____

profissão: _____ exerce ( ) sim ( ) não ( ) afastado

instrução: _____

- reside junto com o paciente: ( ) sim ( ) não

- existem outras pessoas contratadas ou não que auxiliam no cuidado:

( ) sim ( ) não

- quem são? ( ) pessoas contratadas
( ) outros familiares
( ) amigos

- com qual frequência? ( ) manhã ( ) tarde ( ) noite

- quais atividades esta pessoa realiza? _____

- quanto tempo (em horas) por dia o (a) senhor (a) se dedica aos cuidados com o paciente? _____

- há predominância quanto ao período do dia?

( ) sim ( ) manhã ( ) tarde ( ) noite
( ) não

- teve outras experiências como cuidador familiar
( ) sim. Comente sobre isto informando quando foi, quem era o doente e como foi a experiência: _____
( ) não

3. Cuidado realizados pelo cuidador familiar principal:

Dos cuidados listados abaixo diga-me aqueles que o Sr (a) realiza ou reali junto a outra com outra pessoa para auxiliar na recuperação do familiar doente

3.1. Higiene e conforto:

- ( ) banho no leito com ajuda
( ) banho no chuveiro com ajuda
( ) banho no chuveiro sem ajuda
( ) necessita de cadeira adequada e ajuda para banho no chuveiro e vestir-se
( ) necessita ajuda para vestir-se no leito
( ) toma banho e veste-se sem ajuda
( ) outros cuidados que realiza para manutenção da higiene corporal e conforto

3.2. Sono e repouso:

- ( ) ajuda o paciente a se posicionar na cama para dormir
( ) permanece ao lado do paciente até que ele durma
( ) faz mudança de decúbito a noite
( ) ministra medicamento antes do paciente dormir
( ) ministra medicamento durante a noite, tendo que acordar o paciente
( ) outros cuidados que realiza para auxiliar no sono e repouso do paciente

3.3 . Cuidados com a pele:

- ( ) faz curativos em incisões, drenos e catéteres diariamente
( ) faz todos os curativos, mas não nos drenos e catéteres
( ) os curativos em incisões, drenos e catéteres são feitos por outra pessoa
Quem? _____

3.4 . Cuidados com sondas, drenos, catéteres, ostomias, bolsas coletoras:

- ( ) o manuseio é feito por outra pessoa. Quem? _____
- ( ) realiza sozinho o manuseio, observando o aspecto e desprezando volumes
- ( ) necessita de ajuda no manuseio, para observar o aspecto e desprezar volumes
- ( ) o paciente não necessita destes cuidados
- ( ) outros cuidados que realiza: _____
- ( ) o paciente se alimenta sozinho por sonda ou por boca
- ( ) o paciente não necessita destes cuidados
- ( ) outros cuidados que realiza: _____
- ( ) outra pessoa realiza esta atividade. Especifique: _____

3.6. Eliminações intestinal e urinária

- ( ) realiza higiene íntima frequentemente devido à incontinência fecal do paciente
- ( ) faz troca de fraldas
- ( ) faz esvaziamento de bolsa de colostomia/ileostomia
- ( ) auxilia na troca de fraldas
- ( ) não faz qualquer atividade relativa à eliminação urinária e fecal. Especifique quem faz: _____
- ( ) outros cuidados que realiza: _____

3.7. Administração de medicamentos:

Quais os medicamentos que o paciente está tomando com ou sem prescrição médica? _____

- ( ) é feita por outra pessoa. Quem? _____
- ( ) administra e controla todos os medicamentos, conforme a prescrição médica
- ( ) administra e controla somente medicação via oral, conforme a prescrição médica
- ( ) não realiza qualquer atividade relacionada à medicação
- ( ) outros cuidados que realiza relacionados à medicação: _____

Existe algum outro medicamento/tratamento alternativo dirigido ao paciente? _____

- ( ) sim ( ) não. Quais são as intenções? _____

3.8. Atividade física e lazer

- ( ) realiza movimentação do paciente no leito
- ( ) auxilia na deambulação do paciente
- ( ) prove recursos para atividade física. Quais? _____
- ( ) prove recursos para o lazer. Quais? _____
- ( ) são atividades realizadas por outra (s) pessoa (s) .Quem? _____
- ( ) nada é feito neste sentido

4. Em relação ao contato realizado com a equipe médica:

- como o faz? _____
- em quais situações? _____

5. Quanto às modificações feitas no ambiente físico para a nova rotina.

- ( ) mudou-se temporariamente
- ( ) mudou de local de dormir e de se alimentar
- ( ) foram instalados barras/corrimões para segurança do paciente
- ( ) necessita de coxins, travesseiros para acomodar-se
- ( ) outras modificações realizados: _____
- ( ) não foram feitas modificações ou adaptações

6. Aponte os materiais e equipamentos necessários para estes cuidados:

- ( ) cama hospitalar ( ) papagaio
- ( ) cadeira de rodas ( ) comadre
- ( ) cadeira higiênica ( ) cuba - rim ou redonda
- ( ) bengala ( ) suporte de soro
- ( ) andador ( ) outros _____
- ( ) escadinha

7. Há necessidade de gastos com produtos descartáveis? ( ) sim ( ) não

( ) gazes, ( ) micropoore, ( ) bolsas coletoras, ( ) placas, ( ) dietas,
( ) frascos para dieta, ( ) equipos de soros, ( ) seringas, ( ) agulhas, ( ) outros

---

8. Como os obtém? _____

9. Em relação aos cuidados que vem realizando existe algum comentário que gostaria de fazer, neste momento? _____

ANEXO V

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: ee@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

São Paulo, 22 de novembro de 2000

Ilma. Sra.

MARIA FERNANDA MOLLA JUKEMURA

Ref. Processo nº 108/2000

Projeto: "O CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA GASTRO-INTESTINAL DE GRANDE PORTE: SUAS ATIVIDADES NO DOMICÍLIO"

Solicitamos as providências no sentido de atender a solicitação abaixo, visando dar continuidade à análise do projeto.

( ) **Descrição da Pesquisa:**

( ) **Informações relativas ao sujeito da pesquisa:**

(**X**) **Consentimento livre e esclarecido:**

- Incluir no termo de consentimento livre e esclarecido a garantia de retorno dos resultados, bem como uma forma de contato dos sujeitos da pesquisa com o pesquisador.

( ) **Outras informações:**

Atenciosamente,

Edivaldo Joaquim Ferreira
Secretário do CEP/EEUSP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: ee@edu.usp.br

São Paulo, 23 de maio de 2001.

Ilm^a Sr^a

MARIA FERNANDA MOLLA JUKEMURA

Ref.: Processo nº 108/2001

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**O CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA GASTRO-INTESTINAL DE GRANDE PORTE: SUAS ATIVIDADES NO DOMICÍLIO**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em azul da Profª Drª Margareth Angelo.

Profª Drª Margareth Angelo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Assinatura manuscrita em azul de Maria Fernanda Molla Jukemura.