

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
MARIA AUXILIADORA PEREIRA

TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR - APLICABILIDADE DAS INTERVENÇÕES
DE ENFERMAGEM DA NIC EM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS
DEPENDENTES

João Pessoa

2015

MARIA AUXILIADORA PEREIRA

TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR - APLICABILIDADE DAS INTERVENÇÕES
DE ENFERMAGEM DA NIC EM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS
DEPENDENTES

Tese vinculada à linha de pesquisa *Enfermagem e saúde no cuidado ao adulto e idoso* do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFPB, apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem do referido programa.

Projeto de Pesquisa vinculado: Dimensões objetivas e subjetivas do Cuidado em Saúde do Idoso.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria das Graças Melo Fernandes

João Pessoa

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desse trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

P436t Pereira, Maria Auxiliadora.
Tensão do papel de cuidador: aplicabilidade das intervenções de enfermagem da NIC em cuidadores familiares de idosos dependentes / Maria Auxiliadora Pereira - João Pessoa, 2015.
204f. : il.
Orientadora: Maria das Graças Melo Fernandes
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Idosos - cuidados. 3. Intervenções de enfermagem - análise. 4. Cuidador. 5. Validação.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

MARIA AUXILIADORA PEREIRA

Tensão do papel de cuidador - aplicabilidade das intervenções de enfermagem da NIC em cuidadores familiares de idosos dependentes

Tese vinculada à linha de pesquisa *Enfermagem e saúde no cuidado ao adulto e idoso* do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFPB, apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem do referido programa.

Aprovada em 09/04/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria das Graças Melo Fernandes – Orientadora
Universidade Federal da Paraíba

Prof^a Dr^a Cristiana Brasil de Almeida Rebouças – Membro Externo
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Francisco Stelio de Sousa – Membro Externo
Universidade Estadual de Campina Grande

Prof^a Dr^a Maria Miriam Lima da Nobrega – Membro Interno
Universidade Federal da Paraíba

Prof^a Dr^a Jacira dos Santos Oliveira – Membro Interno
Universidade Federal da Paraíba

Dedico

A *Deus*, meu refúgio e minha fortaleza em todos os momentos da minha vida.

Aos *meus pais*, muito amados, nos quais me inspirei para realizar este trabalho; suas idades e suas condições de saúde, muitas vezes, não lhes permitiram compreender os momentos suprimidos do convívio familiar. Mesmo assim, foram meus incentivadores para seguir em frente.

Às *minhas irmãs e meus irmãos*, pelo apoio e incentivo nos momentos mais difíceis.

Às *minhas sobrinhas e meus sobrinhos, cunhadas e cunhado*, pelo carinho e apoio.

À *Lourdes*, genuína cuidadora, pelo seu carinho, amor e cuidado com os meus pais, nos muitos momentos da minha ausência, tão necessários à concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.^a **Dr.^a Maria das Graças Melo Fernandes**, meu especial agradecimento pela valiosa orientação ao longo da realização deste trabalho e, sobretudo, por ter me socorrido nos momentos mais difíceis, tendo sempre uma palavra amiga e um carinho de irmã.

Aos membros da Banca Examinadora, **Prof.^a Dr.^a Cristiana Brasil de Almeida Rebouças**, **Prof.^a Dr.^a Maria Miriam Lima da Nóbrega**, **Prof.^a Dr.^a Jacira dos Santos Oliveira**, e ao **Prof. Dr. Francisco Stelio de Sousa**, pelas valiosas contribuições.

Às **enfermeiras assistenciais** do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de João Pessoa, pela disponibilidade e pelo empenho em contribuir com a realização desta pesquisa.

Às **enfermeiras especialistas** que dedicaram parte de seu tempo para colaborar com esta pesquisa.

Às **cuidadoras familiares** e seus idosos dependentes que abriram as portas das suas casas e de seus corações em confiança, e compartilharam conosco as suas vivências, tão necessárias à construção do estudo.

À **Chefia do Departamento de Enfermagem Clínica**, pelo apoio e cooperação recebidos.

Aos **Colegas da Área de Enfermagem Fundamental**, pela compreensão e pelo incentivo para enfrentar este desafio.

Aos **Professores e Funcionários do Departamento de Enfermagem Clínica**, pelo apoio de sempre.

À **Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pelo apoio no decorrer do curso.

Aos **Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pelos conhecimentos socializados.

Aos **Funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pela dedicação em todos os momentos.

Às **Colegas do Curso de Doutorado**, pelos momentos de convivência e pelos conhecimentos compartilhados.

À **Lenilma** e à **Francileide**, pelo companheirismo no decorrer do curso de Doutorado, sem o qual não teríamos vencido tantos desafios.

À **Lara**, por facilitar o meu acesso ao SAD, pela colaboração durante as visitas domiciliares, e principalmente, por sua amizade.

À **Flávia, Naiana, Nathália, Renali, Renata, Rosiane e Soraya**, com as quais compartilhei momentos tão necessários durante a realização desta pesquisa.

À **Fabiana**, pela valiosa ajuda na revisão bibliográfica.

A **Ramom**, pela ajuda nos dados estatísticos deste estudo.

À **Rejane**, pela paciência na correção do vernáculo.

À Bibliotecária **Edna Lima**, pela presteza em elaborar a ficha catalográfica.

Às minhas amigas, **Solange Vaz, Silene Maia, Rita Oliveira, Valéria Peixoto, Neves Cartaxo e Edenia Félix**, pelas presenças constantes e pelo apoio incondicional em todos os momentos.

À minha amiga e irmã **Cleide Rejane**, por estarmos sempre compartilhando as nossas conquistas, desde o nosso ingresso no curso de Graduação em Enfermagem, até hoje.

À minha amiga **Elizalva Félix** (*in memoriam*) que, se estivesse conosco, com certeza teria contribuído com suas habilidades em digitação, e, sobretudo, teria vibrado com esta conquista.

Ao meu amigo e irmão de alma, **Walter Azevedo**, pelo apoio e incentivo de sempre.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Muito Obrigada!

Partimos do fato de que o ser humano é, por sua natureza e essência, um ser de cuidado. Sente a predisposição de cuidar e a necessidade de ser ele também cuidado. Cuidar e ser cuidado são existenciais (estruturas permanentes) e indissociáveis.

Leonardo Boff.

RESUMO

PEREIRA, Maria Auxiliadora. **Tensão do papel de cuidador:** aplicabilidade das intervenções de enfermagem da NIC em cuidadores familiares de idosos dependentes. 2015. 204f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

Introdução: O cuidado voltado para o idoso tem despertado o interesse dos profissionais da área da saúde, em especial, dos enfermeiros, por estudos que envolvam o impacto físico, psicológico e emocional gerados no cuidador pelo processo de cuidar. Apesar disso, ainda existem lacunas significativas de pesquisas cujo foco sejam intervenções de enfermagem que visem melhorar o bem-estar desse cuidador em nosso contexto. **Objetivo:** Analisar a aplicabilidade das intervenções propostas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) para o diagnóstico de enfermagem da NANDA-I *Tensão do papel de cuidador* evidenciado em cuidadores familiares de idosos dependentes. **Método:** Estudo metodológico, em que se utilizam métodos de validação, estruturado em três etapas consecutivas e interdependentes. Na primeira, participaram sete enfermeiras assistenciais do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de João Pessoa-Paraíba, para identificação, de acordo com a experiência clínica, da aplicabilidade de trinta intervenções e trezentas atividades propostas pela NIC para o cuidador familiar com evidência do diagnóstico em estudo. Na segunda etapa, trinta enfermeiras especialistas, selecionadas por meio dos critérios de Fehring, analisaram, segundo o seu julgamento de pertinência, as atividades de cada intervenção indicada pelas enfermeiras assistenciais como mais aplicáveis aos referidos cuidadores. A terceira etapa foi realizada com onze cuidadoras familiares com evidência de *Tensão do papel de cuidador* para verificar a aplicabilidade dessas intervenções na prática clínica. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 26450713.6.0000.5188 e os dados foram coletados nos meses de junho de 2014 a janeiro de 2015, observando-se os aspectos éticos para pesquisa com seres humanos, preconizados pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** As enfermeiras assistenciais elencaram doze intervenções que alcançaram média $\geq 0,80$: Apoio ao cuidador; Assistência para manutenção do lar: Aconselhamento; Melhora do sistema de apoio; Presença; Cuidados durante o repouso do cuidador; Melhora do enfrentamento; Orientação quanto ao sistema de saúde; Controle de energia; Facilitação do processo de culpa; Promoção do envolvimento familiar e Orientação antecipada. As atividades indicadas como as mais aplicáveis pelas enfermeiras assistenciais foram aquelas com média $\geq 0,50$, as quais somaram 226, sendo estas analisadas pelas especialistas que propuseram, entre outras, alterações em alguns de seus enunciados e a exclusão de 16 delas, permanecendo 210 atividades. A verificação das intervenções na prática clínica ocorreu por meio de estudos de caso, descritos individualmente, envolvendo onze cuidadoras familiares de idosos dependentes. Constatou-se o predomínio das intervenções: Apoio ao cuidador; Controle de energia; Melhora do enfrentamento e Promoção do envolvimento familiar, permitindo, assim, a confirmação de sua aplicabilidade. **Conclusão:** Espera-se com este estudo contribuir com novas investigações, com o desenvolvimento da linguagem padronizada de enfermagem para o diagnóstico, intervenções e atividades e, principalmente, colaborar com os enfermeiros e com o cuidador familiar no processo de cuidar do idoso dependente.

Descritores: Enfermagem. Intervenções de Enfermagem. Cuidador. Idoso. Estudos de Validação.

ABSTRACT

Introduction: The care toward the elderly has aroused the interest of professionals in the area of health, in particular, of the nurses, for studies involving the impact physical, psychological and emotional generated on the caregiver by care process. In spite of this, there are still significant gaps in research whose focus are nursing interventions aimed at improving the well-being of caregivers in our context. **Objective:** This study aims to analyze the applicability of the proposed interventions for Nursing Intervention Classification (NIC) for the nursing diagnosis of NANDA-I *Tension on the role of caregiver* evidenced in family caregivers of dependent elderly. **Method:** Methodological study, using methods of validation, structured in three consecutive stages and interdependent. In the first, participated in seven nurses Service Homecare of João Pessoa - Paraíba, for identification, according to the clinical experience, the applicability of 30 interventions and 300 activities proposed by NIC for the family caregiver with evidence of diagnosis in study. In the second step, 30 nurses specialists, selected by means of the criteria of Fehring, analyzed, according to the judgment of relevance, the activities of each intervention indicated by clinicians as more applicable to those caregivers. The third step was performed with 11 family caregivers with evidence of *Tension on the role of caregiver* to confirm the applicability of these interventions in clinical practice. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Center for Health Sciences of the Federal University of Paraíba (CCS/UFPB), under the Certificate of Presentation for Ethical Appreciation (CAAE) 26450713.6.0000.5188 and the data were collected in the months of June 2014 to January 2015, observing the ethical aspects for research with human beings, recommended by Resolution 466/2012, of the National Health Council. **Results and discussion:** The assistencial nurses count 12 interventions that achieved a mean ≥ 0.80 : Caregiver Support; Home Maintenance Assistance; Counseling; Support System Enhancement; Presence; Respite Care; Coping Enhancement; Health System Guidance; Energy Management; Guilt Work Facilitation; Family Involvement Promotion and Anticipatory Guidance. The activities indicated as the most applicable by nurses were those with a mean greater than or equal to 0.50, which totaled 226, these being analyzed by specialists who proposed, among other things, changes in some of the wording and the exclusion of 16 of them, remaining 210 activities. The clinical verification of the interventions were tested, by means of case studies, involving 11 family caregivers of dependent elderly, noting that the predominance of interventions Caregiver Support; Energy Management; Coping Enhancement; and Family Involvement Promotion, thus allowing the confirmation of its applicability. **Final remarks:** It is expected with this study is to contribute with new investigations, with the development of standardized language of nursing for the diagnosis, interventions/activities and, especially, collaborate with nurses and with the family caregiver in the process of taking care of dependent elderly.

Descriptors: Nursing. Nursing interventions. Caregiver. Elderly. Validation studies.

RESUMEN

Introducción: La atención hacia las personas de edad ha despertado el interés de los profesionales en el área de la salud, en particular, de las enfermeras, los estudios relacionados con el impacto físico, psicológico y emocional generada en el proceso de atención al cuidador. A pesar de ello, sigue habiendo importantes lagunas en la investigación cuyo objetivo son las intervenciones de enfermería para mejorar el bienestar de los cuidadores en nuestro contexto. **Objetivo:** Analizar la aplicabilidad de las intervenciones propuestas clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) para el diagnóstico de enfermería NANDA-I *tensión en el papel de cuidador* de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes. **Método:** Estudio metodológico, utilizando métodos de validación, estructurado en tres etapas consecutivas y son interdependientes. En el primero, participó siete enfermeras de atención domiciliaria João Pessoa - PB, para la identificación, de acuerdo a la experiencia clínica, la aplicabilidad de treinta intervenciones y 300 actividades propuestas por NIC clasificación para el cuidador familiar con las pruebas de diagnóstico en el estudio. En el segundo paso, 30 enfermeras especialistas, seleccionadas por medio de los criterios de Fehring, analizar, según la sentencia de la pertinencia, las actividades de cada intervención indicada por las enfermeras de atención domiciliaria como más aplicable a los cuidadores. El tercer paso se realizó con 11 cuidadoras familiares con las pruebas de *tensión en el papel de cuidador*, para verificar la aplicabilidad de estas intervenciones y actividades de práctica clínica. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba (CCS/UFPB), bajo el Certificado de Presentación para Apreciación Ética (CAAE) 26450713.6.0000.5188 y los datos fueron recolectados en los próximos meses del 2014 Junio del 2015 Enero, observando los aspectos éticos de la investigación con seres humanos, recomendado en la Resolución 466/2012, del Consejo Nacional de Salud. **Resultados y discusión:** Las enfermeras elencaron 12 intervenciones que logró una media $\geq 0,80$: Apoyo a la cuidadora; asistencia para el mantenimiento de la casa: La consejería; el mejoramiento del sistema de apoyo; Presencia; cuidados durante el resto del cuidador informal; Mejora de supervivencia; Orientación sobre sistema de salud; Control de la energía; facilitar el proceso de la culpa; la promoción de participación de la familia y la orientación. Las actividades que se indican como el más aplicable por parte de las enfermeras eran los que tenían un promedio ≥ 0.50 , que totalizó 226, comprobadas por especialistas que propone, entre otras cosas, los cambios en algunos de los textos y la exclusión de 16 de ellos, permaneciendo 210 actividades. Estas intervenciones fueron evaluados por medio de estudios de caso, con la participación de 11 cuidadoras familiares de personas mayores dependientes, y señaló que el predominio de las intervenciones: Apoyo para el cuidador; Control de la energía; Mejora de afrontamiento y promoción de participación de la familia, permitiendo así que la confirmación de su aplicabilidad. **Consideraciones finales:** Se espera con este estudio es el de contribuir con nuevas investigaciones, con el desarrollo de un lenguaje normalizado de enfermería para el diagnóstico, las intervenciones/actividades y, sobre todo, colaborar con las enfermeras y con el cuidador familiar en el proceso de cuidar de personas mayores dependientes.

Descriptores: Enfermería. Las intervenciones de enfermería. Cuidador. Ancianos. Estudios de validación.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Domínios e Classes da Taxonomia II – NANDA-I	35
Figura 2	Taxonomia da Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC	39
Figura 3	Intervenções de Enfermagem da NIC para o diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I <i>Tensão do papel de cuidador</i> selecionadas para o estudo conforme os domínios e as classes	48
Figura 4	Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes	58
Figura 5	Participantes do estudo	68
Figura 6	Períodos da Coleta de dados	68
Figura 7	Etapas da Coleta de dados.	69
Figura 8	Indicadores empíricos da <i>Tensão do papel de cuidador</i> , nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 1	110
Figura 9	Indicadores empíricos da <i>Tensão do papel de cuidador</i> , nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 2	111
Figura 10	Indicadores empíricos da <i>Tensão do papel de cuidador</i> , nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 3	112
Figura 11	Indicadores empíricos da <i>Tensão do papel de cuidador</i> , nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 4	113
Figura 12	Indicadores empíricos da <i>Tensão do papel de cuidador</i> , nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 5	114
Figura 13	Indicadores empíricos da <i>Tensão do papel de cuidador</i> , nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 6	115
Figura 14	Indicadores empíricos da <i>Tensão do papel de cuidador</i> , nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 7	116
Figura 15	Indicadores empíricos da <i>Tensão do papel de cuidador</i> , nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 8	117

Figura 16	Indicadores empíricos da <i>Tensão do papel de cuidador</i> , nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 9	118
Figura 17	Indicadores empíricos da <i>Tensão do papel de cuidador</i> , nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 10	119
Figura 18	Indicadores empíricos da <i>Tensão do papel de cuidador</i> , nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 11	120
Figura 19	Intervenções de enfermagem aplicáveis às cuidadoras familiares pesquisadas - João Pessoa-PB. 2015	121
Figura 20	Intervenções de enfermagem aplicáveis às cuidadoras familiares de acordo com os níveis de tensão identificados nos casos. João Pessoa-PB. 2015	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características definidoras do diagnóstico de enfermagem da NANDA-I <i>Tensão do papel de cuidador</i> . João Pessoa-PB, 2015	43
Quadro 2	Fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem da NANDA-I <i>Tensão do papel de cuidador</i> . João Pessoa-PB, 2015	44
Quadro 3	Intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem da NANDA-I <i>Tensão do papel de cuidador</i> . João Pessoa-PB, 2015	46
Quadro 4	Intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem da NANDA-I <i>Tensão do papel de cuidador</i> selecionadas para o estudo. João Pessoa-PB, 2015	47
Quadro 5	Intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem da NANDA - I <i>Tensão do papel de cuidador</i> , segundo os domínios e as classes e suas definições, e os níveis sugeridos. João Pessoa, 2015	49
Quadro 6	Intervenções de enfermagem propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem da NANDA-I <i>Tensão do papel de cuidador</i> de acordo com o nível de categoria e o número de atividades, sugerido da ligação NANDA-I/NIC – 2007/2008	51

Quadro 7	Definições operacionais dos níveis de <i>Tensão do papel de cuidador</i> . João Pessoa- PB, 2015	63
Quadro 8	Intervenções de enfermagem com escore $\geq 0,80$ indicadas pelas enfermeiras assistenciais, para o diagnóstico de enfermagem da NANDA-I: <i>Tensão do papel de cuidador</i> . João Pessoa, PB, 2015	78
Quadro 9	Intervenções de enfermagem da NIC segundo os domínios, as classes e os níveis, indicadas pelas enfermeiras assistenciais para o diagnóstico de enfermagem da NANDA – I <i>Tensão do papel de cuidador</i> . João Pessoa, PB, 2015	78
Quadro 10	CrITÉrios para seleção de especialistas por Fehring	85
Quadro 11	Intervenções e atividades da NIC analisadas pelas enfermeiras especialistas. João Pessoa-PB, 2015 (n=30)	90
Quadro 12	Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem – Apoio ao cuidador . João Pessoa-PB. 2015	92
Quadro 13	Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem – Assistência para manutenção do lar . João Pessoa-PB. 2015	93
Quadro 14	Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem – Cuidados durante o repouso do cuidador . João Pessoa-PB. 2015.	94
Quadro 15	Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem – Melhora do enfrentamento . João Pessoa-PB. 2015.	94
Quadro 16	Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem – Orientação quanto ao Sistema de Saúde . João Pessoa-PB. 2015	96
Quadro 17	Atividades selecionadas para a Intervenção – Controle de energia . João Pessoa, PB. 2015	98
Quadro 18	Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem – Orientação antecipada . João Pessoa-PB. 2015.	100
Quadro 19	Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem – Aconselhamento . João Pessoa-PB. 2015	100
Quadro 20	Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem – Presença . João Pessoa-PB. 2015.	102
Quadro 21	Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem – Melhora do sistema de apoio . João Pessoa-PB. 2015	102

Quadro 22	Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem – Facilitação do processo de culpa . João Pessoa-PB. 2015.	103
Quadro 23	Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem – Promoção do envolvimento familiar . João Pessoa-PB.	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da intervenção e número de atividades de enfermagem no domínio Fisiológico: básico e na classe A da NIC, indicadas pelas enfermeiras assistenciais – João Pessoa, PB, 2015.	80
Tabela 2	Distribuição das intervenções e número de atividades de enfermagem no domínio Comportamental e na classe R da NIC, indicadas pelas enfermeiras assistenciais – João Pessoa, PB, 2015.	80
Tabela 3	Distribuição das intervenções e número de atividades de enfermagem no domínio Família e na classe X da NIC, indicadas pelas enfermeiras assistenciais – João Pessoa, PB, 2015.	81
Tabela 4	Distribuição da intervenção e número de atividades de enfermagem no domínio Sistema de saúde e na classe Y da NIC, indicadas pelas enfermeiras assistenciais – João Pessoa, PB, 2015.	82
Tabela 5	Intervenções e atividades da NIC indicadas pelas enfermeiras assistenciais e analisadas pelas especialistas para o cuidador familiar de idosos dependentes com diagnóstico de enfermagem <i>Tensão do papel de cuidador</i> - João Pessoa – PB. 2015.	89

LISTA DE SIGLAS

NANDA-I	- North American Nursing Diagnosis Association International
NIC	- Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	- Classificação dos Resultados de Enfermagem
NNN	- NANDA-I/NIC/NOC
CIPE	- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
ICV	- Validade de Conteúdo de Intervenções
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
DENC	- Departamento de Enfermagem Clínica
CCS	- Centro de Ciência da Saúde
UFPB	- Universidade Federal da Paraíba
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
SMS/JP	- Secretaria Municipal de Saúde/João Pessoa
GES	- Gerência de Educação na Saúde
AD	- Atenção Domiciliar
SAD	- Serviço de Atenção Domiciliar
EMAD	- Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	- Equipe Multiprofissional de Apoio
OMS	- Organização Mundial de Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
AVD	- Atividades de Vida Diária
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
PNSPI	- Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa
ANA	- American Nursing Association
USA	- Union Station American
GEPSAI	- Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso
CME	- Central de Material e Esterilização
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GEPSAI	- Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso
GEPFAE	- Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentação da Assistência de Enfermagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	25
2.1	Objetivo geral	26
2.2	Objetivos específicos	26
3	REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1	O envelhecimento e os sistemas de cuidado formal e familiar	28
3.2	Os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e a classificação de intervenções de enfermagem da NIC	33
3.3	O diagnóstico de enfermagem da NANDA-I <i>Tensão do papel de cuidador</i> e sua ligação com as intervenções de enfermagem da NIC	43
4	REFERENCIAL TEÓRICO	53
4.1	O processo de tensão/estresse do cuidador familiar	54
4.2	Cuidados com o cuidador familiar	61
5	PERCURSO METODOLÓGICO	65
6	CAPÍTULO I – ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DA NIC POR ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS	
6.1	Procedimentos	71
6.1.1	Local do estudo	71
6.1.2	Enfermeiras assistenciais participantes do estudo	72
6.1.3	Instrumentos de coleta dos dados	72
6.1.4	Coleta dos dados	73
6.1.5	Análise dos dados	75
6.2	Resultados	77
6.2.1	Características das enfermeiras assistenciais	77
6.2.2	Intervenções e atividades da NIC indicadas pelas enfermeiras assistenciais	77

7	CAPÍTULO II - ANÁLISE DAS ATIVIDADES DAS INTERVENÇÕES DA NIC POR ENFERMEIRAS ESPECIALISTAS	
7.1	Procedimentos	84
7.1.1	Enfermeiras especialistas participantes do estudo	84
7.1.2	Instrumento de coleta dos dados	86
7.1.3	Coleta dos dados	86
7.1.4	Análise dos dados	87
7.2	Resultados	88
7.2.1	Características das enfermeiras especialistas	88
7.2.2	Atividades das Intervenções da NIC analisadas pelas enfermeiras especialistas	89
8	CAPÍTULO III – APLICABILIDADE DAS INTERVENÇÕES DA NIC EM CUIDADORAS FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES	
8.1	Procedimentos	107
8.1.1	Cuidadoras familiares participantes do estudo	107
8.1.2	Coleta dos dados	108
8.1.3	Análise dos dados	108
8.2	Resultados	108
8.2.1	Características das cuidadoras familiares e dos receptores de cuidados	108
8.2.2	Estudos de caso	109
9	DISCUSSÃO	124
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
	REFERÊNCIAS	142
	APÊNDICES	150
	Apêndice A – Carta à Gerência de Educação na Saúde - GES/SMS-João Pessoa-PB	151
	Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Enfermeiro(a) Assistencial	152
	Apêndice C – I Instrumento de coleta dos dados – Enfermeiro(a) Assistencial	153

Apêndice D – II Instrumento de coleta dos dados – Enfermeiro(a) Assistencial	160
Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Enfermeiro(a) Especialista	174
Apêndice F – Instrumento de coleta dos dados – Enfermeiro(a) Especialista	175
Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Cuidador(a) Familiar	179
Apêndice H – Instrumento de coleta dos dados – Cuidador(a) Familiar	180
Apêndice I – Estudos de Caso – Cuidadoras Familiares	184
Apêndice J – Instrumento para aplicabilidade das intervenções e atividades de enfermagem - NIC	194
Apêndice L – Intervenções e atividades de enfermagem para cuidadoras familiares de idosos dependentes, com <i>Tensão do papel de cuidador</i> como resultado do estudo.	195
ANEXOS	202
Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa	203
Encaminhamento para realização de pesquisa – GES/SMS/JP-PB	204

1 INTRODUÇÃO

O ato de cuidar é uma atividade milenar, universal e inerente ao homem e que o acompanha desde o surgimento da humanidade, tomando aspectos particulares de acordo com a cultura, a época e as situações. Cuidar de pessoas em situação de dependência ou de doença - sejam crianças, adultos e, principalmente idosos - sempre foi uma tarefa atribuída à atividade feminina e ligada à família, o que implica estabelecer relação de ajuda, numa perspectiva de satisfazer às necessidades fundamentais das pessoas envolvidas nesse processo.

A família assume um papel fundamental no cuidado com a pessoa dependente, especificamente quando se trata de idosos, porque a família é a base de todo o desenvolvimento para o ser humano. Considerando isso, ressalta-se que a participação da família na assistência ao idoso tem se tornado cada vez mais difícil, devido às sucessivas modificações estruturais (famílias cada vez mais nucleares) e às expressivas modificações nos papéis desempenhados por seus membros, o que contribui para que esse indivíduo tenha uma carência assistencial, principalmente o idoso mais incapacitado⁽¹⁾.

Quando o idoso fica mais dependente, devido ao prolongamento da doença, os cuidados, inicialmente compartilhados por todos, deixam de ser uma troca de ajuda entre familiares e passam a ser sobrecarga de uma pessoa, denominada de cuidador familiar. Na maioria das vezes, não dispõe de um suporte que o ajude a se preparar para o enfrentamento das diversas situações de dependência do idoso, e o cuidado da equipe de saúde voltado, em geral, para esse idoso, exclui o cuidador do processo de ser cuidado.

Estudos sobre a temática apontam que o cuidador de idosos, usualmente, é um familiar, do sexo feminino e, muitas vezes, também idoso. Quase todos são pessoas não qualificadas, que assumiram o papel de cuidadores por causa da disponibilidade, do instinto ou da vontade. Apresentam fragilidades orgânicas e emocionais e vivenciam um elevado nível de estresse. Isso requer, geralmente, tanto ou mais atenção do que com o próprio paciente⁽²⁾.

A convivência diária com o idoso dependente de cuidados físicos (banhos, refeições, eliminações) e emocionais funciona como um agente estressor que perturba e ameaça a rotina da família, em especial, do cuidador principal, que desempenha um papel crucial, pois assume a responsabilidade de cuidar de forma continuada. Esse cenário representa uma lógica produtora de adoecimento, para o qual a família e o cuidador não estão preparados, e à medida que a dependência se prolonga, podem aparecer sequelas que se revelam por problemas físicos e/ou emocionais especificamente ligados às condições estressoras do ato de cuidar, às relações com a família e ao próprio idoso. Essa é uma situação que exige suporte profissional para identificar os riscos e a vulnerabilidade tanto da família quanto do cuidador, visando reduzir o risco de doença e de outros agravos. Ao constatar a tensão gerada pelo papel do cuidador do idoso dependente, o profissional de Enfermagem deverá ser capaz de intervir em relação à família e ao cuidador, o que implica um processo de reajustamento da estrutura familiar, dos papéis e das relações afetivas dos seus membros.

Assim, o cuidado com o idoso vem despertando a consciência de todos os profissionais da área da saúde, mediante sua práxis, para um redirecionamento, sobretudo dos enfermeiros, de seu papel como um ser cuidador que se envolve com o cliente cuidado e o cliente cuidador. Esse cuidado influencia e é influenciado pelo contexto social, cultural, político e econômico mais amplo e se desenvolve, como prática de saúde, de diversas maneiras e perante as mais variadas situações, culturas, nacionalidades, raças e crenças.

O processo de cuidar do idoso aflora no cuidador familiar e, por extensão, na família, sentimentos e necessidades relacionados à falta de informação sobre a doença e os modos de cuidar, atrelados à falta de recursos e de apoio econômico, principalmente, à falta de suporte emocional. Para assumir essa responsabilidade, a família necessita de uma rede social e de saúde que se constitua como um suporte para lidar com seu familiar idoso, no âmbito da própria casa. Convém destacar que, nesse contexto, a casa é um novo espaço de cuidado que pode remeter a uma identificação e proximidade do cuidador para além da função técnica e da instituição hospitalar. Esse novo local de produção do cuidado favorece para que a família do usuário tenha autonomia para criar novas práticas e novas invenções no agir em saúde⁽³⁾.

A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com

garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Um dos requisitos da atenção domiciliar é o apoio ativo de um cuidador que se responsabilize pelo acompanhamento contínuo do usuário em regime de cuidados, seja ele um familiar, um vizinho, um amigo voluntário ou um cuidador contratado. Essa modalidade implica, portanto, transferir responsabilidades, de modo que uma parte do cuidado que institucionalmente seria realizado pela equipe de saúde passa a ser realizada pelo cuidador ou pela família⁽³⁾.

Apesar da grande importância que a atividade do cuidado com o idoso representa na sociedade e no meio familiar, ela produz impacto físico, psicológico e emocional nos cuidadores. Considerando esse aspecto, percebe-se que as questões relativas ao cuidador familiar do idoso é um tema que, apesar de já ser abordado razoavelmente pela literatura nacional, ainda guarda lacunas significativas no concernente à realização de estudos que tenham como foco intervenções de enfermagem que visem promover o bem-estar do cuidador em nosso contexto.

A maioria das pesquisas disponíveis em base de dados científicos, referentes a trabalhos desenvolvidos no Brasil e no âmbito internacional, na área alusiva ao cuidador familiar de idosos dependentes, limita-se à análise das características familiares, pessoais e sociais dos cuidadores, da sobrecarga de trabalho e da qualidade de vida, além da construção do papel do cuidador e o seu conhecimento sobre os aspectos envolvidos no cuidado^(1-2,4-5). Não há estudos, especialmente no cenário brasileiro, que apresentem propostas ou estratégias que atendam às necessidades do ser cuidador e diminuam a tensão gerada pelo desempenho desse papel.

Nossa preocupação com os cuidadores familiares de idosos surgiu, em primeira instância, de nossa experiência como docente e enfermeira que, há muitos anos, vem presenciando as angústias e as expectativas de cuidadores acompanhantes de idosos hospitalizados que passam por muitas modificações em seu cotidiano, que vão desde a desistência ou reorganização das atividades de trabalho até a renúncia dos momentos de folga e de lazer, o adiamento de projetos de vida e a abdicção da privacidade. Em segunda instância, da condição de filha que experimenta a tarefa de cuidar de pais idosos de forma súbita e inesperada, tendo em vista o fato de esses genitores terem sido acometidos por doenças crônicas não transmissíveis associadas a incapacidades e que requerem cuidados contínuos.

Essa problemática se fortalece com a constatação de que, nos serviços de saúde da Atenção Básica, não existe um protocolo de atendimento voltado para essa clientela, que é acompanhada, de forma assistemática, pela equipe de Enfermagem. Acredita-se que a compreensão dos problemas enfrentados pelos cuidadores familiares no contexto domiciliar dá ao enfermeiro a oportunidade de desenvolver um conjunto de intervenções relativas, especialmente ao acolhimento, à orientação, às relações interpessoais, dentre outros aspectos, que ensejem a implementação de um processo de cuidar por meio do qual se rompam as limitações e os comportamentos culturais já conhecidos e se desenvolvam novas estratégias para solucionar os fatores geradores de tensão do papel de cuidador.

Ressalta-se que, com a expansão do desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem e dos seus sistemas de classificação, surgiu também a necessidade de estudos sobre as intervenções de enfermagem, com vistas a estabelecer um consenso relativo às suas ações frente a fenômenos e a populações específicas⁽⁶⁻⁸⁾. No Brasil, pesquisadores de diversas especialidades vêm desenvolvendo estudos para identificar, comparar, utilizar, validar e adequar termos utilizados na Classificação de Intervenções de Enfermagem – NIC⁽⁸⁻¹³⁾.

Sinaliza-se a necessidade de estudos de validação dessas intervenções, pois esses estudos poderão gerar novos questionamentos e conhecimentos e a capacidade de operacionalizar o cuidado de enfermagem contribuindo para o avanço da Enfermagem brasileira. Convém destacar que, para que haja um reflexo positivo no cuidado, é imprescindível que essas classificações sejam entendidas não apenas como um conjunto de termos para registro, mas também como um instrumento valioso para definir a identidade e vislumbrar a ampliação dos horizontes para a ciência do ato de cuidar^(7,10).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) sugere um conjunto de intervenções e atividades para o diagnóstico de enfermagem da NANDA I *Tensão do papel de cuidador* como forma de direcionar aos cuidadores um suporte mais adequado frente às suas demandas de cuidado. No entanto, os enfermeiros ainda conhecem pouco essas intervenções quanto a sua aplicabilidade aos cuidadores familiares de idosos dependentes, tendo em vista a inexistência de estudos de validação voltados para a realidade dos cuidados de enfermagem no Brasil.

Assim, o presente estudo visa buscar respostas para as seguintes questões de pesquisa: Quais são as intervenções e atividades de enfermagem da NIC identificadas pelos enfermeiros assistenciais para cuidadores familiares de idosos dependentes com evidência de tensão do papel de cuidador? Quais atividades de enfermagem, indicadas pelos enfermeiros assistenciais, são analisadas com maior frequência pelos enfermeiros especialistas como aplicáveis a esses cuidadores? As intervenções e as atividades de enfermagem propostas pela NIC e analisada pelos enfermeiros especialistas podem ser aplicadas na prática assistencial a cuidadores familiares nessa situação específica?

A tese fundamenta-se na seguinte hipótese: as intervenções e as atividades de enfermagem propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador* são aplicadas, na prática assistencial do enfermeiro, aos cuidadores familiares de idosos dependentes.

Há que se ressaltar que a realização de estudos de validação de intervenções é imprescindível à prática, pois propõe a uniformização e a padronização das ações de enfermagem⁽¹⁰⁻¹³⁾. A partir do consenso sobre sua aplicabilidade, pode-se dar visibilidade à profissão e lhe conferir a cientificidade tão almejada⁽¹⁴⁾. Quando aplicadas ao cuidado de enfermagem, as classificações de enfermagem revelam-se instrumentos eficazes para apontar soluções, unificar condutas e garantir resultados efetivos para o atendimento das necessidades do cliente⁽¹⁵⁾. Ademais, oferecer elementos relativos às ações dos enfermeiros de forma validada é uma importante contribuição que, certamente, resulta em acréscimos à qualidade do cuidado de enfermagem prestado⁽¹⁰⁻¹³⁾. Neste estudo, devem-se analisar a aplicabilidade das intervenções de enfermagem propostas pela NIC, com a finalidade de diminuir os efeitos deletérios do processo de cuidar do idoso dependente evidenciados no cuidador familiar pelo fenômeno da tensão do papel de cuidador.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a aplicabilidade das intervenções propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador* evidenciado em cuidadores familiares de idosos dependentes.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as intervenções e atividades de enfermagem da NIC indicadas por enfermeiros assistenciais para o diagnóstico *Tensão do papel de cuidador* evidenciado em cuidadores familiares de idosos dependentes;
- Realizar validação de conteúdo, com enfermeiros especialistas, das atividades das intervenções de enfermagem indicadas pelos enfermeiros assistenciais como aplicáveis ao diagnóstico *Tensão do papel de cuidador*;
- Verificar, na prática clínica, a aplicabilidade das intervenções de enfermagem identificadas no estudo, em cuidadores familiares de idosos dependentes com *Tensão do papel de cuidador*.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O envelhecimento e os sistemas de cuidado formal e familiar

Nas últimas décadas, as descobertas científicas no campo da saúde, associadas aos avanços científicos e tecnológicos, a melhores condições de higiene e de saneamento básico e ao acesso aos serviços de saúde, têm contribuído com o aumento da expectativa de vida da população mundial, fazendo com que o crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, seja considerado um fenômeno mundial que ocorre de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a população idosa como aquela a partir dos 65 anos de idade, quando se trata de países desenvolvidos, mas faz uma distinção quanto ao local de residência dos idosos e reduz esse limite para 60 anos, nos países em desenvolvimento como o Brasil⁽¹⁵⁾. Ressalta-se que esse grupo é bastante heterogêneo, uma vez que o idoso pode viver até mais de 100 anos e, portanto, apresentar graus distintos de autonomia e de demanda de cuidados permanentes⁽¹⁸⁾.

Em relação aos países da América Latina, o Brasil assumiu, na última década, uma posição de melhoria das condições socioeconômicas de parcela da população, principalmente por causa do investimento nas políticas de saúde e de educação, o que tem propiciado um aumento da expectativa de vida do brasileiro. Tais transformações têm implicações em todo o ciclo de vida e no perfil das faixas etárias e clamam por políticas adequadas e novas formas de organização social condizentes com a sociedade contemporânea⁽¹⁷⁾.

De acordo com dados do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as pessoas com mais de 60 anos que, em 2002, somavam 9,3%, atualmente são 12,6% da população de 190.755.799 habitantes, ou 24,85 milhões de indivíduos. Essa população deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total), em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total), em 2060. Além disso, em 2010, o subgrupo populacional de idosos mais idosos ou com 80 anos ou mais já representava 14% dos idosos e 1,5 da população brasileira. Esse crescimento tende a se acentuar nas próximas décadas⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Segundo projeções estatísticas da OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos deverá aumentar em quinze vezes, e a população total em apenas cinco vezes. Caso essas projeções sejam alcançadas, o Brasil será o sexto país em contingente de idosos, com cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade em 2025. A expectativa de vida média no país deve aumentar dos atuais 75 anos para 81 até 2050. Nessa década, estima-se que, para cada cem jovens com menos de 15 anos, haverá mais de 105 pessoas idosas. A projeção para 2060 aponta um crescimento de 26,7% (58,4 milhões de idosos para uma população de 218 milhões de pessoas), numa proporção 3,6 vezes maior do que a atual. As mulheres continuarão vivendo mais do que os homens e, nessa década, a expectativa de vida delas será de 84,4 anos contra 78,03 dos homens⁽¹⁹⁾.

A maior parte da população brasileira com 60 anos ou mais está concentrada nas Regiões Sudeste (46,25%) e Nordeste (26,50%), e a menor porcentagem encontra-se na Região Norte (5,25%). O Sudeste e o Nordeste, juntos, concentram mais de 70% da população com 60 anos ou mais. Em relação à população idosa, a maior parte é de mulheres (13,84 milhões), que vivem em áreas urbanas^(19,21-22).

Esse cenário geográfico do envelhecimento populacional nordestino vem se destacando também no estado da Paraíba. Nos três últimos censos demográficos, enquanto em 1991 o percentual de idosos do estado da Paraíba era de 9,12%, em 2000, elevou-se para 10,17% e atingiu 11,98% no ano de 2010. Assim, situou-se na terceira posição, no contexto nacional, e só foi superado pelos percentuais de idosos dos estados do Rio de Janeiro (13,01%) e do Rio Grande do Sul (13,65%). O processo de feminização da população idosa brasileira também se reflete na população idosa paraibana, se considerarmos que o idoso paraibano do gênero masculino, em 2000, era de 4,52% contra 5,65 da população idosa feminina. Em 2010, o percentual de homens idosos era de 5,19% do total da população, enquanto as mulheres idosas alcançavam o expressivo número de 14,03%⁽²³⁾.

Esse aumento no número de idosos, tanto no cenário nacional quanto no regional, é uma tendência que já se observa há bastante tempo, decorrente da redução da mortalidade em todas as idades, em especial, nas mais avançadas, da queda da fecundidade e dos avanços de qualidade de vida relacionados à melhoria da assistência à saúde, entre outros aspectos¹⁸. Esse novo tempo requer planejamento, logística, formação de cuidadores e, sobretudo, sensibilidade para saber que, de agora em diante, a população idosa veio para ficar e continuará aumentando até os anos 2050⁽¹⁷⁾.

Paralelamente ao aumento da expectativa de vida da população, tem aumentado o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis em pessoas cuja faixa etária está acima de 60 anos, principalmente entre os mais idosos, trazendo as limitações e as incapacidades funcionais, o que gera a dependência e a necessidade de cuidados de longa duração, tanto do sistema formal de cuidados quanto do sistema informal⁽²⁰⁾. Isso demanda, cada vez mais, a necessidade de pessoas para cuidarem dessa parcela da população, que é assistida por familiares ou por pessoas conhecidas do círculo familiar e recebe suporte emocional e, em determinados momentos, suporte nas atividades de vida diária (AVDs).

No Brasil, as políticas de atenção ao idoso têm sido uma preocupação crescente do poder público com muitas questões que ainda deverão ser definidas, embora muitos direitos já tenham sido garantidos com legislações voltadas para essa população específica. A promulgação, em 4 de janeiro de 1994, da Lei nº 8.842, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso⁽²⁴⁾, e com a instituição do Estatuto do Idoso, através da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, que lhe garante o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços, para prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos⁽²⁵⁾.

A atenção à saúde da população idosa tem como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, e como referência, a rede de serviços especializada de média e de alta complexidades⁽²⁶⁾. A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social⁽²⁷⁾. Na Atenção Básica, espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existe), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar.

O Programa Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adscrito e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais. As primeiras experiências municipais de atenção domiciliar ocorreram na década de 1990. Com esse propósito, em 2011, foi lançado pelo governo federal o programa “Melhor em Casa”, normatizado através da Portaria 963 de 27 de maio de 2013, que estabelece os princípios do

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), com implementação nos municípios sob a tutela dos governos municipais⁽²⁸⁾.

A despeito disso, o Programa “Melhor em Casa” surgiu como resultado de um importante processo de negociação e pactuação tripartite entre o Ministério da Saúde e os gestores estaduais e municipais, representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), respectivamente, considerando o acúmulo das experiências concretas realizadas no cotidiano do SUS e da política direcionada à internação domiciliar vigente antes da criação dessa portaria⁽²⁸⁾.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é uma modalidade de serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, oferecida na residência do paciente, com o objetivo de atender às pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, para lhes garantir a continuidade dos cuidados com a saúde. O SAD é responsável pelo gerenciamento e pela operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio – EMAP⁽²⁸⁾.

As EMAD e EMAP são organizadas a partir de uma base territorial, são referências em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionam com os demais serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde, em especial, com a atenção básica. Cada equipe é referência para uma população adstrita de 100.000 (cem mil) habitantes. Suas principais atribuições consistem em: identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades; abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações; acolher a demanda de dúvidas e de queixas dos usuários e de seus familiares e/ou cuidador, como parte do processo de atenção domiciliar; fazer reuniões para cuidadores e familiares; promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários⁽²⁸⁾.

A primeira condição para que ocorra a assistência domiciliar é o consentimento da família para a existência do cuidador, definido como pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana⁽²⁸⁾. O cuidador, de maneira geral, é aquele que exerce a função de cuidar de pessoas dependentes, numa relação de proximidade física e afetiva. De tal modo, a figura do cuidador, como

sujeito do processo de cuidar, e a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos são fundamentais na atenção domiciliar⁽²⁹⁾.

O cuidador formal é um profissional especialmente treinado em instituição de ensino para tal fim e que recebe uma remuneração mediante a atividade que realiza. O cuidador informal pode ser um amigo, um parente, um familiar ou um vizinho, que, por ter algum vínculo, assume o papel, a partir das relações familiares, de cuidar do ser humano em um domicílio, sem receber remuneração⁽²⁹⁻³⁰⁾.

No SAD, propõe-se que o cuidador seja orientado pela equipe de saúde sobre os cuidados que serão realizados diariamente no próprio domicílio⁽²⁸⁾. A pessoa identificada para ser o cuidador realiza tarefas básicas no domicílio, assiste as pessoas sob sua responsabilidade, prestando-lhes, da melhor forma possível, os cuidados que lhe são indispensáveis, e as auxiliam a se recuperar. Na visita domiciliar, é possível estabelecer, junto com os familiares, um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, negociando com familiares e/ou cuidadores cada aspecto desse cuidado.

No caso da população idosa, no art. 15, inciso IV, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, é assegurado o atendimento domiciliar⁽²⁵⁾. Nesse contexto, a tendência de cuidar do idoso no domicílio se deve aos elevados custos do cuidado institucionalizado, assim como à crença de que ele é mais bem cuidado no contexto familiar. Embora a legislação brasileira estabeleça que o cuidado dos membros dependentes deva ser de responsabilidade das famílias, ele se torna cada vez mais escasso, em função das transformações estruturais próprias da contemporaneidade (redução da fecundidade, mudanças na nupcialidade e crescente participação da mulher – tradicional cuidadora – no mercado de trabalho)⁽²⁰⁾. Além disso, não são levados em conta os limites impostos a essa família pelas implicações oriundas da provisão de cuidado para o cuidador.

Pelo exposto, é possível afirmar que o cuidado dispensado ao idoso tem uma dimensão holística e requer uma intervenção e um envolvimento sistemático de todos os implicados no ato de cuidar, a começar pelo cliente/paciente que necessita do cuidado, e se estende a todos aqueles que cuidam (os profissionais de saúde, os cuidadores, a família), incluindo os espaços e os contextos institucionais, além da própria comunidade em que o cliente/paciente está inserido. As atribuições do cuidado devem ser pactuadas entre a equipe, a família e o cuidador, democratizando saberes, poderes e responsabilidades⁽³¹⁾.

A Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSPI)⁽³²⁾ reconhece a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos e aponta que essa parceria deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se as relacionadas com a prevenção de incapacidades e a manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador. No Art. 18 do Estatuto do Idoso, ficou estabelecido que as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos de atendimento às necessidades do idoso, treinando e capacitando os profissionais, assim como orientando os cuidadores familiares e os grupos de autoajuda⁽²⁵⁾.

Na mesma linha de recomendações apresentadas no PNSPI, em seu item “Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais”, os cuidadores informais de idosos devem receber cuidados especiais, considerando que a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos de tornar doente e igualmente dependente o cuidador⁽³²⁻³³⁾. Nessa perspectiva, o cuidador informal tem despertado o interesse para estudos de diversos pesquisadores da área de saúde e de Enfermagem na última década, principalmente devido à obrigatoriedade legal de se dispensarem cuidados especiais a esses parceiros do cuidado.

As múltiplas dimensões do cuidado põem em destaque a responsabilidade, os direitos e os deveres daqueles que cuidam e dos que são cuidados, devido à transformação individual e coletiva e da sociedade em geral. Na maioria dos casos, por causa da falta de recursos de ordem financeira que permitam a contratação de cuidadores especializados no ambiente domiciliar. Esses cuidados são realizados por um membro da família, com exceção dos idosos sem rede de apoio familiar, que também constituem um grande problema a ser destacado.

3. 2. Os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e a classificação de intervenções de enfermagem da NIC

A sistematização da assistência de enfermagem, como prática institucionalizada do processo de trabalho do enfermeiro, tem contribuído para se implementar o processo de enfermagem em todas as áreas de assistência à saúde. Esse processo, como um método de cuidado intencional e sistemático, centrado no paciente, oferece uma estrutura que envolve cinco etapas que direcionam o enfermeiro a investigar e a diagnosticar problemas de saúde passíveis de terapia de enfermagem, a planejar, a implementar e a avaliar o atendimento de enfermagem⁽³⁴⁾.

O processo de enfermagem exige, atualmente, que o enfermeiro seja proativo frente às necessidades humanas que requeiram dos profissionais da Enfermagem uma ação que produza um resultado esperado. Isso envolve o julgamento clínico (**diagnóstico**), o julgamento terapêutico (**intervenções**) e a avaliação (**resultados esperados**). As etapas envolvidas nesse processo estão inter-relacionadas, e cada uma depende da exatidão da precedente e influencia os atos da que a sucede⁽³⁵⁾.

O termo diagnóstico de enfermagem foi introduzido na Enfermagem na década de 1950. Desde então, os enfermeiros tentam defini-lo ampliando seu significado e relacionando-o à prática profissional. Esse interesse tomou ímpeto na década de 1970, em St. Louis, Estados Unidos da América, com a realização da primeira Conferência Nacional sobre Classificação de Diagnósticos de Enfermagem e a criação, posteriormente, da North American Nursing Diagnosis Association – **NANDA**, dando início a um empenho nacional para identificar, padronizar e classificar problemas de saúde tratados pelo enfermeiro⁽³⁶⁾.

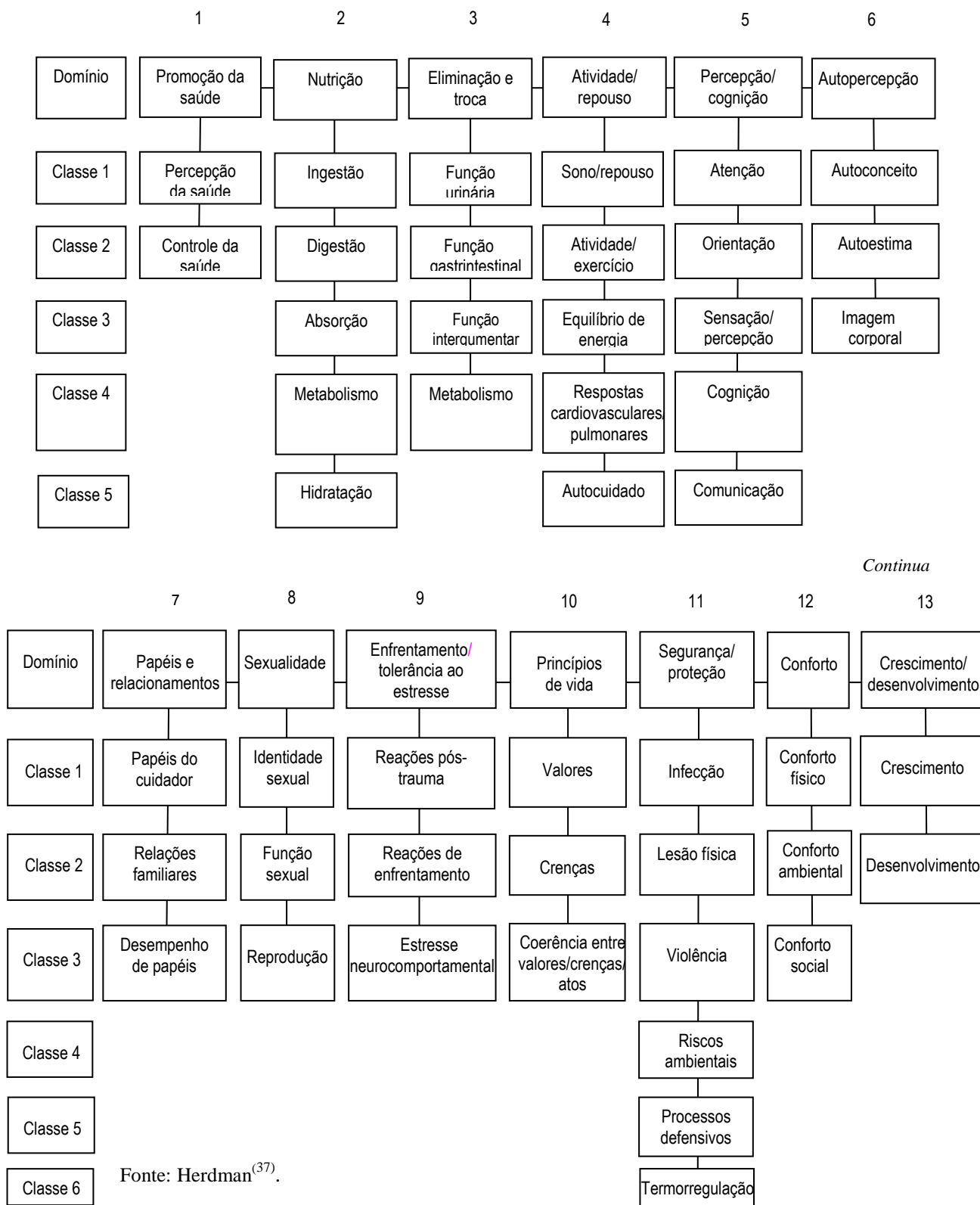
O diagnóstico de enfermagem foi consolidado na década de 1980, a partir do movimento dos enfermeiros norte-americanos, através da NANDA, para construir um sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem. Nos anos de 1990, na 9ª Conferência da NANDA, foi aprovada uma definição oficial de diagnóstico de enfermagem “julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família, ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção de intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável”⁽³⁷⁾.

Nessa definição, são características do diagnóstico de enfermagem: a ação privativa do enfermeiro, pois exige um pensamento crítico profundo; é baseado nas respostas humanas do cliente aos processos vitais ou aos problemas de saúde, o que lhe favorece com um campo de grande abrangência para atuar; direciona-o na tomada de decisões, nas intervenções apropriadas ao diagnóstico identificado pelo julgamento clínico e é uma função independente do enfermeiro⁽³⁵⁾.

A partir de 2002, a NANDA passou a ser uma organização internacional – NANDA-I, devido ao envolvimento crescente de enfermeiros no mundo inteiro em utilizar os diagnósticos de enfermagem nos currículos, na prática clínica, na pesquisa e em aplicativos eletrônicos. Em suas conferências, realizadas a cada dois anos, são discutidos o aperfeiçoamento dos diagnósticos já existentes, o desenvolvimento de novos diagnósticos e a

continuação da pesquisa e da confirmação⁽³⁶⁾. Na estrutura da Taxonomia II, da NANDA-I, em sua mais recente versão (2012-2014), os diagnósticos de enfermagem estão distribuídos em 13 domínios, 47 classes e 217 diagnósticos (Figura1).

Figura 1 – Domínios e classes da Taxonomia II - NANDA-I.



Fonte: Herdman⁽³⁷⁾.

Nessa nova versão, 11 diagnósticos foram revisados e 16 foram incluídos. Cada Domínio e cada Classe da NANDA-I têm uma definição e um grupo de diagnóstico de enfermagem, listados em ordem alfabética de acordo com seu conceito diagnóstico, o que facilita encontrar o enunciado do diagnóstico de enfermagem a partir dos **Domínios** e das **Classes**. Os 217 diagnósticos de enfermagem são aplicáveis a diferentes áreas de atuação do enfermeiro, que, para se familiarizar com a classificação, deve manuseá-la muitas vezes até aperfeiçoar o modo de utilizá-la⁽³⁷⁾.

No Brasil, a implementação do processo de enfermagem envolvendo diagnósticos e intervenções de enfermagem ampara-se na Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 1986, art. 11, alínea c, e o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, a saber: 1) Privativamente: §3º Planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; § 9º Consulta de enfermagem; § 10º Prescrição da assistência de enfermagem. Esse respaldo legal é complementado pela Resolução COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem⁽³⁸⁻³⁹⁾.

Outras resoluções o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tratam da responsabilidade legal do cuidado prestado pelo enfermeiro, quais sejam: a Resolução COFEN nº 159/1993, que dispõe sobre a consulta de enfermagem; a Resolução COFEN nº 311/2007, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências; e a Resolução COFEN nº 429/2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da Enfermagem, independentemente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

No Brasil, o processo de enfermagem e, em particular, as pesquisas sobre os diagnósticos e as intervenções de enfermagem foram impulsionados, a partir de 1986, pelo interesse, inicialmente, de um grupo de professores de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba em estudar e divulgar a classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA. Em mais de duas décadas, foram desenvolvidos vários estudos utilizando-se os componentes estruturais descritos na **NANDA**, ou seja, título, definição, características definidoras e fatores relacionados, com vistas a validar e a uniformizar a linguagem.

Destaca-se, nesse cenário, o estudo desenvolvido em 1997 pela pesquisadora sobre o diagnóstico de enfermagem *Mobilidade física prejudicada* em clientes hospitalizados,

considerado pioneiro no Brasil, no estabelecimento de uma proposta de intervenções de enfermagem baseada na Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC⁽⁸⁾. Outros pesquisadores contribuíram com estudos no âmbito nacional⁽⁹⁻¹³⁾ no sentido de proporcionar a construção de uma linguagem padronizada para descrever as atividades que os enfermeiros executam quando prestam tratamentos de enfermagem em diversos cenários de cuidado.

A utilização do Processo de Enfermagem como um instrumento essencial à prática de enfermagem e o crescente domínio pelo enfermeiro de cada uma de suas diferentes etapas permitiram o desenvolvimento de outros sistemas de classificação, relacionados à Taxonomia da NANDA-I, com destaque para a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação de Resultados Esperados (NOC). As ligações estabelecidas entre essas três linguagens padronizadas e reconhecidas pela American Nursing Association (ANA) representam um avanço importante na facilitação do uso dessas linguagens na prática, na educação e na pesquisa de Enfermagem.

A construção teórica das atividades de enfermagem, referente à fase de tratamento dentro do processo de enfermagem, recebeu várias denominações, ao longo dos anos, e pode ser facilmente encontrada nos documentos de enfermagem. Na atualidade, o uso do conceito “intervenção de enfermagem” é intercambiado com vários outros e, às vezes, refere-se a diferentes níveis de abstração⁽⁴³⁾. Termos como tratamentos, terapêuticas, atividades, ações, cuidados, prescrições e intervenções de enfermagem têm sido usados para indicar as ações planejadas pelo enfermeiro para promover e restaurar a saúde, prevenir doenças e aliviar o sofrimento do cliente⁽⁴³⁾.

Para entender as múltiplas significações desses termos, é necessário descrever aqueles que aparecem com mais frequência nos registros profissionais, a começar pelo termo **ação** - ato ou efeito de agir, de atuar (...); capacidade de agir; comportamento, procedimento; expressão de processo ou atividade⁽⁴⁴⁾. No sentido ético, significa atividade responsável de um sujeito, realização de uma vontade que se presume livre e consciente⁽⁴⁴⁾. Na Enfermagem, esse termo passou a ser usado para indicar as ações empreendidas pelo enfermeiro como parte de suas atividades em resposta às necessidades avaliadas do cliente⁽⁴³⁾.

O termo **prescrição** - ato ou efeito de prescrever, ordem expressa e formal (...), indicação exata, determinação - significa a determinação e a descrição por escrito das decisões sobre medicamentos, frequentemente usado nos relatórios médicos⁽⁴⁴⁾. Esse termo

passou a ser usado pelos enfermeiros brasileiros que utilizavam o modelo conceitual de Horta, no desenvolvimento do processo de enfermagem como a etapa que compreende a implementação do plano assistencial necessário ao atendimento das necessidades básicas do paciente⁽⁴⁵⁾. Depois, foi reforçado pela legislação de Enfermagem vigente no Brasil, que delega a *prescrição da assistência de enfermagem* como função privativa do enfermeiro⁽³⁹⁾.

O termo **cuidado** significa desvelo; responsabilidade; atenção; cautela⁽⁴⁴⁾. Na Enfermagem, “a ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano”⁽⁴⁵⁾. Já o termo **intervenção** - ato de intervir - significa “tomar parte voluntariamente; meter-se de permeio; vir ou colocar-se entre, por iniciativa própria, (...); estar presente; assistir;”⁽⁴⁴⁾. Na Enfermagem, intervenção diz respeito a ações ou atividades planejadas ou implementadas pela equipe de enfermagem⁽⁴³⁾. Mediante essas definições, pode-se inferir que intervir significa colocar-se entre o cliente e o problema para modificar ou influenciar o problema, e isso implica interferência ativa do enfermeiro para auxiliar o cliente a chegar aos resultados desejados.

No presente estudo, o termo intervenção de enfermagem é utilizado em consonância com o seu uso como parte integrante da terceira etapa do processo de enfermagem - o planejamento - que inclui objetivos, resultados esperados e intervenções de enfermagem⁽³⁴⁾. Como denominação, foi utilizada intervenção de enfermagem, no Projeto de Intervenções de IOWA *Nursing Interventions Classification* - NIC⁽⁴⁶⁾, para descrever as ações de responsabilidade do enfermeiro em resposta às necessidades do cliente.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification* - NIC), reconhecida internacionalmente, é abrangente, padronizada, clara, redigida de forma coerente e reflete a linguagem dos enfermeiros na prática. Seus estudos foram iniciados em 1987, com um grupo de pesquisadores da *College of Nursing the University of Iowa* - U.S.A., que uniram forças para desenvolver a Classificação das Intervenções de Enfermagem paralelamente à Classificação de Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I. Foi publicada, pela primeira vez no ano de 1992, com novas edições planejadas a cada quatro anos, publicadas em 1996, 2000, 2004 e 2008⁽⁴⁷⁾.

O termo classificação das intervenções de enfermagem compreende “a ordenação ou o arranjo das atividades de enfermagem em grupos ou conjuntos com base em suas relações e na determinação de designações de intervenções a esses grupos de atividades”,

enquanto a taxonomia das intervenções de enfermagem significa “organização sistemática das intervenções com base em suas semelhanças em algo que pode ser considerado uma estrutura conceitual. A estrutura da taxonomia da NIC apresenta três níveis: domínios, classes e intervenções”⁽⁴⁷⁾.

Para elaborar a taxonomia, foram utilizados os métodos de análise de semelhanças, agrupamento hierárquico, julgamento clínico e revisão por especialista. A taxonomia foi divulgada, pela primeira vez, na segunda edição da NIC, em 1996, com seis domínios e 27 classes⁽⁴⁶⁾. A terceira edição, publicada em 2000, incluiu um domínio novo – Comunidade, e três novas classes. Na quinta edição, não houve acréscimos de novos domínios ou classes, portanto, permaneceram os sete domínios e as 30 classes, nas quais foram elencadas as 34 novas intervenções de enfermagem que se somaram às 508 já existentes⁽⁴⁷⁾.

Em sua mais recente estrutura taxonômica, a NIC inclui sete domínios, trinta classes e 542 intervenções, listadas em ordem alfabética, com mais de 12.000 atividades de enfermagem⁽⁴⁷⁾. As 542 intervenções da classificação NIC estão associados aos 188 diagnósticos da NANDA-I⁽⁴⁸⁾. A Figura 2 apresenta a taxonomia das intervenções de enfermagem NIC, de acordo com os três níveis de categorização: domínios, classes e intervenções, listadas em ordem alfabética.

Figura 2 – Taxonomia da Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC.

Nível I Domínios	Domínio 1 Fisiológico: Básico	Domínio 2 Fisiológico: Complexo	Domínio 3 Comporta- mental	Domínio 4 Segurança	Domínio 5 Família	Domínio 6 Sistema de Saúde	Domínio 7 Comunidade	
Nível II Classes - 30	A Controle da Atividade e do Exercício	G Controle Eletrolítico e Ácido-Básico	O Terapia Comportamental	U Controle na Crise	W Cuidado no Nascimento do Filho	Y Mediação do Sistema de Saúde	c Promoção da Saúde da Comunidade	
	B Controle da Eliminação	H Controle de Medicamentos	P Terapia Cognitiva	V Controle de Risco	Z Cuidados na Educação de Filhos	a Controle do Sistema de Saúde	d Controle de Riscos da Comunidade	
	C Controle da Imobilidade	I Controle Neurológico	Q Melhora da Comunicação		X Cuidados ao Longo da Vida	b Controle das Informações		
	D Apoio Nutricional	J Cuidados Perioperatório	R Assistência no Enfrentamento					
	E Promoção do Conforto Físico	K Controle respiratório	S Educação do Paciente					
	F Facilitação do Autocuidado	L Controle de Pele/Feridas	T Promoção no Conforto Psicológico					
		M Termorregulação						
		N Controle da Perfusão						
	542 Intervenções (12.000 atividades)							
	Nível III Intervenções							

Fonte: Adaptado de Bulechek; Butcher; Dochterman⁽⁴⁷⁾.

No primeiro nível da Taxonomia da NIC⁽⁴⁷⁾, considerado o mais abstrato, os domínios enumerados de um a sete têm as seguintes denominações:

1. Fisiológico: básico - cuidados que dão suporte ao funcionamento físico;
2. Fisiológico: complexo - cuidados que dão suporte à regulação homeostática;
3. Comportamental - cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam as mudanças no estilo de vida;
4. Segurança - cuidados que dão suporte à proteção contra danos;
5. Família - cuidados que dão suporte à família;
6. Sistema de Saúde - cuidados que dão suporte ao uso eficaz do sistema de atendimento à saúde.
7. Comunidade - cuidados que dão suporte à saúde da comunidade.

As classes estão no segundo nível e recebem códigos de A a Z e a, b, c, d, em que as letras minúsculas indicam o término das letras do alfabeto maiúsculas, e as letras do alfabeto minúsculo, a continuidade da codificação das classes. O grupo das intervenções e das atividades de enfermagem constitui o terceiro nível, o mais concreto. Cada Domínio e cada Classe têm uma definição e um grupo de intervenções de enfermagem. Cada Intervenção consiste em um nome de identificação e uma definição, os quais constituem o conteúdo da intervenção padronizado e que não devem ser alterados quando a NIC é utilizada na documentação da assistência⁽⁴⁷⁾.

Ressalta-se que a NIC define as intervenções de enfermagem como “qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico que o enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente/cliente”⁽⁴⁷⁾. Nessa definição, identifica-se claramente que o enfermeiro é responsável por tomar as decisões de ações ou tratamentos apropriados ao cliente baseado em seus conhecimentos e habilidades teórico-práticos.

As intervenções de enfermagem são voltadas para identificar padrões usuais, detectar fatores específicos, elaborar métodos preventivos ou corretivos com foco no fator relacionado e devem ser selecionadas baseadas nos resultados esperados, que devem ser determinados^(35,49). Na NIC, é incluída uma ampla variedade de intervenções de enfermagem para a prática geral e específica e que podem ser usadas em qualquer setor da prática, independentemente da corrente filosófica que embasa o serviço de enfermagem⁽⁴⁷⁾. Inclui tanto intervenções independentes quanto colaborativas de ordem fisiológica e psicossocial,

tratamento e prevenção de doenças, promoção da saúde, destinadas ao indivíduo, à família, aos grupos e à comunidade.

As intervenções independentes envolvem atividades iniciadas pelo enfermeiro como uma ação autônoma e legal, baseadas no raciocínio científico sobre um fator relacionado ao diagnóstico de enfermagem e aos resultados esperados. As intervenções colaborativas descrevem atividades que o enfermeiro realiza em colaboração com outros membros da equipe de saúde, para prevenir, resolver ou reduzir problemas atuais ou situações de risco decorrentes de complicações de doenças, estudos diagnósticos ou tratamentos^(46-47,49-50).

A seleção das intervenções de enfermagem, para um cliente ou grupo de clientes, é parte da tomada de decisão do enfermeiro, que deve considerar seis fatores: resultados esperados do paciente, características dos diagnósticos de enfermagem, base da pesquisa para intervenção, praticabilidade para realizar a intervenção, aceitação pelo paciente e capacidade do enfermeiro⁽⁴⁷⁾. Portanto, a escolha que o enfermeiro faz das intervenções para cuidar das necessidades de saúde das pessoas está baseada em suas impressões sobre o que é o diagnóstico. Quando um diagnóstico informa que a pessoa apresenta determinado problema, são selecionadas intervenções para resolvê-lo ou reduzi-lo⁽⁵¹⁾.

No sistema de classificação NIC, a lista de intervenções de enfermagem para cada diagnóstico de enfermagem é abrangente, incluindo múltiplas intervenções. São previstos três níveis de intervenções para cada diagnóstico. No primeiro, são elencadas as intervenções prioritárias como as mais prováveis e/ou mais evidentes para resolver o diagnóstico. Portanto, são selecionadas por sua estreita relação com o diagnóstico e têm mais atividades com chances de resolver o problema por serem mais conhecidas no campo da investigação e do uso clínico. No segundo nível, são apresentadas as intervenções sugeridas, susceptíveis de resolver o diagnóstico, mas não tão prováveis como as intervenções prioritárias; têm estreita ligação com a etiologia e/ou as características definidoras. Já o terceiro nível, opcional adicional, inclui as intervenções que só se aplicam a alguns pacientes com o diagnóstico, o que permite que o enfermeiro personalize ainda mais o plano de cuidado para o indivíduo⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾.

Convém destacar que, nesses três níveis, é dado um significativo número de intervenções para cada diagnóstico que auxilia o enfermeiro a selecionar as intervenções, embora não sejam prescritivas. Para tal, o enfermeiro utiliza o raciocínio clínico e o julgamento das respostas de cada paciente, família ou grupo para determinar a escolha

adequada das intervenções. Na articulação entre os três níveis de intervenção, sugere-se que se utilizem as intervenções de enfermagem prioritárias como tratamento de escolha para resolver um diagnóstico de enfermagem; analisar outras intervenções na lista sugerida, porque também são consideradas essenciais para a resolução do diagnóstico; e revisar as sugestões adicionais para intervenções que também podem ser utilizadas na resolução dos diagnósticos de enfermagem⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾.

Cada intervenção é composta de um título, uma definição e uma série de atividades que podem ser executadas pelo enfermeiro em sua implementação. Os títulos das intervenções são conceitos que iniciam com proposições substantivas, e quando esse título requer duas partes, ou seja, quando se deseja indicar uma área mais especializada da prática que comporta diferentes atividades, são usados dois pontos para separar as palavras (p. ex., Apoio à proteção contra ABUSO; Apoio à proteção contra ABUSO: idoso)⁽⁴⁷⁾.

Assim como o significativo número de intervenções para cada diagnóstico, a classificação da NIC fornece uma grande variedade de atividades para cada intervenção. As atividades de enfermagem “são os comportamentos específicos ou ações dos enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliam pacientes/clientes a avançar rumo a um resultado almejado”⁽⁴⁷⁾. Essas atividades abrangem ações que refletem a prática da Enfermagem em diferentes cenários e podem ser utilizadas em paciente de todas as idades e de diversas especialidades.

Como as atividades de enfermagem estão em um nível concreto de ação, é preciso selecionar uma série delas para se implementar uma intervenção. Assim, a NIC recomenda, entre as atividades elencadas em sua classificação, a seleção de uma lista de página única que focalize o uso de atividades específicas, considerando o cuidado para cada indivíduo, sem se preocupar em incluir todas as atividades de apoio. Uma das vantagens da NIC é de que as atividades de uma intervenção podem ser modificadas para refletir melhor a necessidade de uma situação particular. O importante na padronização da linguagem é o título, em que o nome e a definição da intervenção devem permanecer os mesmos para todos os pacientes e em todas as situações⁽⁴⁷⁾.

As atividades elencadas pelo enfermeiro para cada intervenção devem ser coerentes com sua definição e expressar clareza e especificidade, de forma a guiar as ações de todas as pessoas envolvidas no cuidado com o cliente de maneira lógica e fácil para sua recuperação. Então, as atividades começam com um verbo, que indica um nível concreto e específico de

ação, como: auxiliar, administrar, explicar, evitar, facilitar, informar, monitorar, oferecer, usar, entre outros. São usados, ainda, termos modificadores, como “conforme apropriado”, “se necessário” e “se indicado”, para aquelas atividades que, embora sejam importantes, só são feitas em algumas ocasiões, indicando que os indivíduos são únicos e podem requerer abordagens diferentes⁽⁴⁷⁾.

3.3 O diagnóstico de enfermagem da NANDA-I *Tensão do papel de cuidador* e sua ligação com as intervenções de enfermagem da NIC

O diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador* faz parte da classificação dos diagnósticos da NANDA desde 1992, com revisão em 1998 e em 2000. Esse diagnóstico se configura na classificação da Taxonomia II da NANDA-I, no Domínio 7: Papéis e relacionamentos, e na Classe 1: Papéis do cuidador. É definida como a “dificuldade de desempenhar o papel de cuidador da família ou de outros significantes”⁽³⁷⁾.

As características definidoras abrangem indicadores agrupados em quatro dimensões: atividades de cuidado; estado de saúde do cuidador; relacionamento entre o cuidador e o receptor de cuidados; e processos familiares, conforme especifica o Quadro 1.

Quadro1 – Características definidoras do diagnóstico de enfermagem da NANDA-I *Tensão do papel de cuidador*. João Pessoa-PB, 2015.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	
<p>Atividades de cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> – Apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à capacidade do cuidador de oferecer cuidados; – Apreensão em relação ao futuro, no que diz respeito à saúde do receptor de cuidados; – Apreensão quanto à possível institucionalização do receptor de cuidados; – Apreensão quanto aos cuidados que o receptor deve ter caso o cuidador seja incapaz de oferecê-los; – Dificuldade para concluir as tarefas necessárias, dificuldade de realizar as atividades necessárias; – Mudanças disfuncionais nas atividades de cuidado; – Preocupação com a rotina de cuidados. 	<p><i>Física</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Cefaleia – Diabetes – Doença cardiovascular – Exantema – Fadiga; – Hipertensão; – Mudança de peso; – Problemas gastrintestinais; <p><i>Socioeconômico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Afastamento da vida social; – Baixa produtividade no trabalho; – Mudanças nas atividades de lazer; – Recusas de promoções na carreira.

<p>Estado de saúde do cuidador</p> <p><i>Emocional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Enfrentamento ineficaz; – Estresse; – Falta de tempo para satisfazer às necessidades pessoais; – Frustração; – Impaciência; – Labilidade emocional aumentada; – Nervosismo aumentado; – Padrão de sono perturbado; – Privacidade do sono; – Raiva; – Sensação de depressão; – Somatização. 	<p>Relacionamento entre o cuidador e o receptor de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> – Relata incerteza quanto à mudança de relacionamento com o receptor de cuidados; – Relato de dificuldade de assistir o receptor de cuidados passar pela doença; – Relato de pesar quanto à mudança no relacionamento com o receptor de cuidados. <p>Processos familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> – Conflito familiar; – Relato de preocupações em relação aos membros da família.
---	---

Fonte: Herdman⁽³⁷⁾.

Os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem mencionado estão divididos em sete grupos ou dimensões e abrangem um total de 57 tipos de situações que atuam como causa dessa resposta humana, conforme especificado no Quadro 2.

Quadro 2 – Fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem da NANDA-I *Tensão do papel de cuidador* - João Pessoa-PB, 2015.

FATORES RELACIONADOS	
<p>Atividades de cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> – Alta hospitalar de membros da família com necessidades significativas de cuidado; – Anos de cuidados; – Complexidade das atividades; – Imprevisão da situação de cuidado; – Mudanças contínuas nas atividades; – Quantidade de atividades; – Responsabilidades de cuidado de 24 horas. <p>Estado de saúde do cuidador</p> <ul style="list-style-type: none"> – Abuso de substância; – Codependência; – Expectativas não realistas quanto a si mesmo; – Incapacidade de atender às expectativas de outros; – Incapacidade de atender às próprias expectativas; – Padrões de enfrentamento marginais; – Problemas cognitivos; 	<p>Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ambiente físico inadequado para o oferecimento de cuidados (p. ex., acomodações, temperatura, segurança); – Apoio informal inadequado; – Assistência informal inadequada; – Dificuldade de acesso a uma assistência formal; – Dificuldade de acesso aos recursos da comunidade; – Dificuldade de acesso a um apoio formal; – Energia física; – Equipamentos inadequados para oferecimento de cuidados; – Falta de apoio; – Falta de conhecimento sobre recursos da comunidade; – Falta de privacidade do cuidador; – Força emocional prejudicada;

<ul style="list-style-type: none"> – Problemas físicos; – Problemas psicológicos. <p>Estado de saúde do receptor de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> – Abuso de substâncias; – Adição; – Aumento da necessidade de cuidados; – Codependência; – Comportamentos problemáticos; – Cronicidade da doença; – Dependência; – Gravidade da doença; – Imprevisibilidade do curso da doença; – Instabilidade da saúde do receptor de cuidados; – Problemas cognitivos; – Problemas psicológicos. <p>Processos familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> – História de disfunção familiar – História de enfrentamento familiar marginal. 	<ul style="list-style-type: none"> – Inexperiência em executar cuidados; – O cuidador não está pronto, do ponto de vista do desenvolvimento, para esse papel; – Recursos da comunidade inadequados (p. ex., serviços de cobertura, recursos de recreação); – Recursos financeiros insuficientes; – Tempo insuficiente; – Transporte inadequado. <p>Relação entre o cuidador e o receptor de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> – Estado mental do idoso que inibe a conversa; – Expectativas não realistas do receptor de cuidados quanto ao seu cuidador; – História de relacionamento insatisfatório; – Presença de abuso; – Presença de violência. <p>Socioeconômicos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Alienação em relação a outras pessoas; – Compromisso com vários papéis concomitantes de cuidador; – Isolamento em relação a outras pessoas; – Recreação insuficiente.
--	---

Fonte: Herdman⁽³⁷⁾.

Os diagnósticos da NANDA-I fazem articulações com as intervenções NIC e com os resultados esperados NOC. Uma ligação é definida como uma relação ou associação entre o diagnóstico de enfermagem e uma intervenção, fazendo com que elas ocorram em conjunto, a fim de se obter um resultado ou a resolução do problema de um indivíduo. A ligação facilita o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão clínica do enfermeiro, porque identifica as intervenções de enfermagem como opções de tratamento para resolver um diagnóstico de enfermagem. Também podem ajudar nos projetos de sistemas de informação de enfermagem clínica para estruturar suas bases de dados⁽⁵²⁾.

Em sua quinta edição, a de 2010, a NIC traz uma lista de 53 intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem ‘Tensão do papel de cuidador’, apresentadas no Quadro 3. Nessa lista, são sugeridas 18 intervenções, com destaque para duas que são consideradas principais (Apoio ao cuidador e Promoção de vínculo). As outras 35 intervenções são elencadas como adicionais/opcionais⁽⁴⁷⁾.

Quadro 3 – Intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem da NANDA - *I Tensão do papel de cuidador* - João Pessoa-PB, 2015.

Intervenções de enfermagem sugeridas	Intervenções adicionais/opcionais
Apoio à proteção contra ABUSO: infantil	Controle do COMPORTAMENTO: hiperatividade/desatenção
Apoio à proteção contra ABUSO: parceiro no lar	CONSULTA
Apoio à proteção contra ABUSO: idoso	ACONSELHAMENTO
ORIENTAÇÃO antecipada	Promoção da integridade FAMILIAR
Apoio ao CUIDADOR ¹	Promoção do envolvimento FAMILIAR
Melhora do ENFRENTAMENTO	Mobilização FAMILIAR
Controle de ENERGIA	Manutenção do processo FAMILIAR
Gerenciamento de RECURSOS financeiros	Apoio FAMILIAR
Orientação quanto ao Sistema de SAÚDE	Terapia FAMILIAR
Assistência para Manutenção do LAR	Facilitação do processo de PESAR
Orientação aos PAIS: adolescents	Facilitação do processo de CULPA
Orientação aos PAIS: educando os filhos	Cuidado neonatal no método canguru
Orientação aos PAIS: bebês	PRESENÇA
Promoção de VÍNCULO ¹	ENCAMINHAMENTO
Cuidados durante o repouso do CUIDADOR	Tratamento do uso de DROGAS
Melhora do PAPEL	GRUPO de apoio
ENSINO: processo da doença	Melhora do Sistema de APOIO
ENSINO: indivíduo	ENSINO: Nutrição do bebê 0-3 meses
	ENSINO: Nutrição do bebê 4-6 meses
	ENSINO: Nutrição do bebê 7-9 meses
	ENSINO: Nutrição do bebê 10-12 meses
	ENSINO: Segurança do bebê 0-3 meses
	ENSINO: Segurança do bebê 4-6 meses
	ENSINO: Segurança do bebê 7-9 meses
	ENSINO: Segurança do bebê 10-12 meses
	ENSINO: Estimulação do bebê 0-4 meses
	ENSINO: Estimulação do bebê 5-8 meses
	ENSINO: Estimulação do bebê 9-12 meses
	ENSINO: Nutrição infantil 13-18 meses
	ENSINO: Nutrição infantil 19-24 meses
	ENSINO: Nutrição infantil 25-36 meses
	ENSINO: Segurança infantil 13-18 meses
	ENSINO: Segurança infantil 19-24 meses
	ENSINO: Segurança infantil 25-36 meses
	ENSINO: Treinamento dos esfínteres

Fonte: Buleckek; Butcher; Dochterman⁽⁴⁸⁾.

¹ Intervenções destacadas como principais entre as intervenções sugeridas⁽⁴⁸⁾.

(Os nomes destacados em letras maiúsculas são utilizados pela NIC para facilitar sua localização na classificação).

Conforme o exposto, a lista de intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador* é abrangente e pode ser utilizada em diversos níveis de especialidades. Para atender aos objetivos do presente estudo, a pesquisadora selecionou as intervenções que poderão ser aplicadas no cuidador familiar de idosos dependentes. Assim, das 53 intervenções acima mencionadas, foram selecionadas 29, excluindo-se as 24 direcionadas a cuidados com bebês, crianças e adolescentes, porque não atendem aos objetivos do estudo. Cabe destacar a inclusão de uma intervenção da ligação NANDA, NOC e NIC⁽⁵³⁾ (NNN), perfazendo um total de 30 intervenções (Quadro 4).

Quadro 4 – Intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem da NANDA - I *Tensão do papel de cuidador* selecionadas para o estudo - João Pessoa-PB, 2015.

Intervenções de enfermagem sugeridas	Intervenções adicionais/opcionais
Apoio à proteção contra ABUSO: parceiro no lar	Controle do COMPORTAMENTO: hiperatividade/desatenção
Apoio à proteção contra ABUSO: idoso	CONSULTA
ORIENTAÇÃO Antecipada	ACONSELHAMENTO
Apoio ao CUIDADOR ²	Promoção da Integridade FAMILIAR
Melhora do ENFRENTAMENTO	Promoção do Envolvimento FAMILIAR
Controle de ENERGIA	Mobilização FAMILIAR
Gerenciamento de RECURSOS Financeiros	Manutenção do processo FAMILIAR
Orientação quanto Sistema de SAÚDE	Apoio FAMILIAR
Assistência para Manutenção do LAR	Terapia FAMILIAR
Cuidados durante o repouso do CUIDADOR	Facilitação do Processo de PESAR
Melhora do PAPEL	Facilitação do Processo de CULPA
ENSINO: processo da doença	PRESENÇA
ENSINO: indivíduo	ENCAMINHAMENTO
	Tratamento do Uso de DROGAS
	GRUPO de Apoio
	Melhora do Sistema de APOIO
	Assistência quanto a RECURSOS Financeiros ³

² Intervenção destacada como principal entre as intervenções sugeridas de Buleckek; Butcher e Dochterman⁽⁴⁸⁾.

³ Intervenção da ligação NANDA, NOC e NIC incluída nas intervenções adicionais/opcionais sugeridas por Jonhson⁽⁵³⁾.

Na Figura 3, as intervenções de enfermagem para o diagnóstico *Tensão do papel de cuidador* propostas pela NIC e selecionadas para este estudo estão distribuídas de acordo com os domínios, as classes e os níveis de intervenção, em consonância com a 5ª edição da NIC⁽⁴⁷⁾.

Figura 3 – Intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem da NANDA - I *Tensão do papel de cuidador* selecionadas para o estudo, conforme os domínios e as classes.

Nível I Domínios	Domínio 1 Fisiológico: Básico	Domínio 3 Comportamental	Domínio 4 Segurança	Domínio 5 Família	Domínio 6 Sistema de Saúde
Nível II Classes - 30	A Controle da Atividade e do Exercício	O Terapia Comportamental R Assistência no Enfrentamento S Educação do Paciente	V Controle de Risco	X Cuidados ao Longo da Vida	Y Mediação do Sistema de Saúde a Controle do Sistema de Saúde b Controle das Informações
Nível III Intervenções	30 Intervenções (725 atividades)				
	A 1	O 2 R 8 S 2	V 2	X 10	y 2 a 1 b 2

Fonte: Elaborada pela pesquisadora, 2015.

Dentre os sete domínios apresentados na NIC, cinco deles se destacam com trinta intervenções de enfermagem para o diagnóstico em estudo *Tensão do papel de cuidador*. Estas intervenções, categorizadas em nove classes, somam 725 atividades de enfermagem, com níveis de classificação variando em principal, sugeridas e opcionais.

O Quadro 5, apresenta as intervenções selecionadas para este estudo distribuídas nos domínios e nas classes, de acordo com a Taxonomia da NIC⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾ com as definições de cada domínio e de cada classe, além dos níveis propostos para estas intervenções.

Quadro 5 – Intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem da NANDA - I *Tensão do papel de cuidador*, segundo os domínios e as classes e suas definições, e os níveis sugeridos. João Pessoa, 2015.

DOMÍNIOS	CLASSES	INTERVENÇÕES	NÍVEIS
Domínio 1 Fisiológico: Básico Cuidados que dão suporte ao funcionamento físico	Classe A – Controle da atividade e do exercício: Intervenções para organizar ou auxiliar a atividade física e a conservação e gasto de energia	Controle de Energia	Sugerida
Domínio 3 Comportamental Cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida.	Classe O – Terapia Comportamental: Intervenções para reforçar ou promover comportamento desejáveis, ou alterar comportamentos indesejáveis.	Tratamento do Uso de Drogas	Opcional
		Controle do Comportamento: hiperatividade / desatenção	Opcional
	Classe R – Assistência no Enfrentamento: Intervenções para auxiliar o outro a contar com seus pontos positivos para adaptar-se a uma mudança de função ou atingir um nível elevado de funcionamento.	Orientação Antecipada Z*	Sugerida
		Aconselhamento	Opcional
		Facilitação do Processo de Pesquisar	Opcional
		Facilitação do Processo de Culpa	Opcional
		Presença	Opcional
		Melhora do Sistema de Apoio	Opcional
		Grupo de Apoio	Opcional
		Melhora de Enfrentamento	Sugerida
Classe S – Educação do Paciente: Intervenções para facilitar a aprendizagem.	Ensino: processo da doença	Sugerida	
	Ensino: indivíduo	Sugerida	
Domínio 4 Segurança Cuidados que dão suporte à proteção contra danos.	Classe V – Controle de Risco: Intervenções para iniciar atividades de redução de riscos e manter o monitoramento de riscos ao longo do tempo.	Apoio à Proteção contra Abuso: parceiro no lar	Sugerida
		Apoio à Proteção contra Abuso: idoso	Sugerida
Domínio 5 Família Cuidados que dão suporte à família.	Classe X – Cuidados ao Longo da Vida Intervenções para facilitar o funcionamento da unidade familiar e promover a saúde e o bem-estar dos membros da família ao longo do ciclo de vida.	Apoio ao Cuidador	Principal
		Promoção da Integridade Familiar	Opcional
		Promoção do Envolvimento Familiar	Opcional
		Mobilização Familiar	Opcional
		Manutenção do Processo Familiar	Opcional
		Apoio Familiar	Opcional
		Terapia Familiar	Opcional
		Assistência para manutenção do Lar	Sugerida
		Cuidados durante o Repouso do Cuidador	Sugerida
		Melhora do Papel R	Sugerida

Continua...

DOMÍNIOS	CLASSES	INTERVENÇÕES	NÍVEIS
Domínio 6 Sistema de Saúde Cuidados que dão suporte ao uso eficaz do sistema de atendimento à saúde.	Classe Y – Mediação do Sistema de Saúde: Intervenções para facilitar a interface entre o paciente/família e o sistema de atendimento de saúde.	Assistência quanto a Recursos Financeiros	Opcional
		Orientação quanto ao Sistema de Saúde	Sugerida
	Classe a – Controle do Sistema de Saúde: Intervenções para oferecer e melhorar os serviços de apoio para a prestação de cuidados.	Gerenciamento de Recursos Financeiros c	Sugerida
	Classe b – Controle das Informações: Intervenções para facilitar a comunicação sobre o atendimento à saúde.	Consulta	Opcional
		Encaminhamento	Opcional

* A letra maiúscula ou minúscula após a intervenção indica que ela pertence também à outra classe na NIC.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2015.

Na Taxonomia NIC, três níveis de intervenções são previstos para o diagnóstico em questão. Cada intervenção recebeu um código específico, com quatro dígitos, pertencente à intervenção enquanto ela existir, independentemente de, no futuro, ela mudar ou não de classe (p. ex., Apoio ao cuidador - 7040). A remoção desses códigos ocorre quando a intervenção é excluída, e nenhum deles é usado mais de uma vez. As atividades não estão codificadas, o que não impede de o enfermeiro codificá-las, se houver o interesse, desde que sejam usados dois espaços para a direita de um número decimal e se enumerem essas atividades, na medida do seu aparecimento em cada intervenção (p. ex., 7040,01, 7040,02)⁽⁴⁷⁾. O Quadro 6 apresenta as intervenções de enfermagem da NIC conforme o nível de categoria e o número de atividades elencadas para cada uma delas.

Quadro 6 – Intervenções de enfermagem propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem da NANDA-I *Tensão do papel de cuidador*, de acordo com o nível de categoria e o número de atividades, sugerido da ligação NANDA-I/NIC – 2007/2008.

NÍVEL DE CATEGORIA	INTERVENÇÃO NIC (Código)	NÚMERO DE ATIVIDADES/ NIC
Principal (01)	Apoio ao CUIDADOR (7040)	31
Sugeridas (12)	Apoio à proteção contra ABUSO: parceiro no lar (6403)	29
	Apoio à proteção contra ABUSO: idoso (6404)	39
	Assistência para manutenção do LAR (7180)	15
	Controle de ENERGIA (0180)	50
	Cuidados durante o repouso do CUIDADOR (7260)	12
	ENSINO: processo da doença (5602)	26
	ENSINO: indivíduo (5606)	27
	Gerenciamento de RECURSOS financeiros (8550)	14
	Melhora do ENFRENTAMENTO (5230)	51
	Melhora do PAPEL (5370)	20
	ORIENTAÇÃO antecipada (5210)	18
	Orientação quanto ao Sistema de SAÚDE (7400)	29
Opcionais (17)	ACONSELHAMENTO (5240)	22
	Apoio FAMILIAR (7140)	36
	Assistência quanto a RECURSOS financeiros (7380)*	18
	CONSULTA (7910)	12
	Controle do COMPORTAMENTO: hiperatividade/desatenção (4352)	40
	ENCAMINHAMENTO (8100)	16
	Facilitação do processo de CULPA (5300)	13
	Facilitação do processo de PESAR (5290)	23
	GRUPO de Apoio (5430)	28
	Manutenção do processo FAMILIAR (7130)	17
	Melhora do Sistema de APOIO (5440)	15
	Mobilização FAMILIAR (7120)	15
	PRESENÇA (5340)	16
	Promoção da Integridade FAMILIAR (7100)	23
	Promoção do envolvimento FAMILIAR (7110)	28
	Terapia FAMILIAR (7150)	29
	Tratamento do uso de DROGAS (4510)	25

* Intervenção incluída da ligação NANDA, NOC e NIC (NNN)⁽⁵³⁾.

No primeiro nível – o das intervenções prioritárias, consideradas como prováveis e/ou mais evidentes para resolver o diagnóstico - destaca-se uma intervenção considerada como principal, **Apoio ao cuidador**, com 31 atividades que têm estreita relação com a etiologia e/ou as características definidoras do diagnóstico. No segundo nível – o das intervenções sugeridas - são elencadas 12 intervenções que são susceptíveis de resolver o diagnóstico, mas não tão prováveis como a intervenção prioritária. No terceiro nível - o opcional/adicional - são listadas 17 intervenções que só se aplicam a alguns pacientes com o referido diagnóstico, o que ajuda o enfermeiro a personalizar ainda mais o plano de cuidado para o indivíduo com evidência de tensão do papel de cuidador. Não são mencionados com frequência e só podem direcionar a solução da etiologia ou as características selecionadas.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O processo de tensão/estresse do cuidador familiar

Antes de apresentar o referencial usado como fio condutor para a fundamentação deste estudo, salienta-se que os termos *caregiver stress* (estresse do cuidador), *caregiver strain* (tensão do cuidador) e *caregiver burden* (sobrecarga do cuidador), apesar de evidenciarem algumas diferenças etimológicas, são empregados na literatura específica para nomear o impacto negativo das demandas da situação de cuidado para o cuidador. Considerando apenas a similaridade verificada entre os conceitos tensão e estresse do cuidador, convém enfatizar que eles constituem um conceito único, de uma mesma amplitude⁽⁵⁴⁾. Entre esses termos, a tensão do cuidador é mais sensível/aplicável para expressar os efeitos negativos da provisão de cuidados em nossa cultura.

Outro aspecto a ser salientado é o fato de a estruturação teórica da maioria dos estudos sobre as respostas do cuidador ante a provisão de cuidado se respaldar no modelo de estresse cognitivo-fenomenológico *Stress, appraisal and coping*⁽⁵⁵⁾, ou em estruturas conceituais desenvolvidas a partir dos pressupostos desse referencial, o qual identifica o *enfrentamento* e a *avaliação cognitiva* como mediadores críticos entre uma situação estressante e as consequências psicológicas relacionadas ao estresse para um indivíduo. Nessa abordagem, o estresse é determinado por sua avaliação cognitiva do indivíduo.

Entre as estruturas que explicam o estresse do cuidador como uma consequência de sua avaliação cognitiva, as mais utilizadas na perspectiva multidisciplinar incluem o trabalho *Measuring caregiver appraisal*⁽⁵⁶⁾, e o estudo intitulado *Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures*⁽⁵⁷⁾.

O Modelo *Measuring caregiver appraisal*⁽⁵⁶⁾ explica o estresse do cuidador, considerando que as demandas do cuidado despertam no cuidador um processo de avaliação, durante o qual a ameaça potencial (demandas do cuidado) é apreciada pelo cuidador como estressor ou não estressor. Para os autores do referido modelo, essa avaliação do cuidador a respeito do processo de cuidar não segue uma trajetória linear, pois a avaliação subjetiva do cuidador determina as respostas, que não são, inerentemente, positivas ou negativas. Nesse contexto, as demandas do cuidado nem sempre são consideradas estressores.

Já o modelo *Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures*⁽⁵⁷⁾ foi desenvolvido por meio da análise de respostas de cuidadores familiares de idosos com *alzheimer* e afirma que o estresse do cuidador é um misto de circunstâncias, experiências, respostas e recursos (pessoais e sociais) variável de pessoa para pessoa, proveniente de fatores sociodemográficos do cuidador, de estressores primários (ligados às necessidades de cuidado do idoso, incluindo suas características pessoais e da doença/incapacidade), de estressores secundários (relativos à provisão dos cuidados ou às demandas do papel do cuidador em si), que se evidenciam como prejuízos nas relações pessoais, familiares e sociais do cuidador, incluindo os estressores intrapsíquicos dolorosos, como diminuição da autoestima, do controle pessoal, da privacidade e da autocompetência, além de sensação de aprisionamento ao papel e às tarefas.

Quanto aos moderadores envolvidos na minimização dos estressores envolvidos na situação de cuidado, apontados no modelo ora mencionado, ressaltam-se o suporte social ao cuidador familiar e sua percepção de autoeficácia⁽⁵⁷⁾. Esses moderadores determinam o impacto diferenciado dos cuidadores frente a esses estressores e podem ajudar os profissionais a darem apoio efetivo a essas pessoas.

Esses modelos guardam consonância com muitos aspectos envolvidos no estresse ou tensão do cuidador, tais como: características da situação de cuidado e do cuidador e fatores sociais. Além disso, demonstra que as estratégias de enfrentamento exercem importante papel no processo de cuidado. Essa concepção também é compartilhada pela literatura pertinente, em que se salientam, especialmente, os resultados apontados pela revisão sistemática intitulada: *Caregiver process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice*⁽⁵⁸⁾.

Considerando, de algum modo, o estresse do cuidador como um processo adaptativo ineficaz, no campo da Enfermagem, destaca-se, no contexto internacional, a Teoria de Médio Alcance do Estresse do Cuidador (*A Middle-Range Theory of Caregiver Stress*), derivada do Modelo de Adaptação de Roy, a qual é o primeiro passo para o teste da aplicabilidade do referido modelo no contexto do estresse em cuidadores⁽⁵⁹⁾. O Modelo de Roy sustenta que o ser humano tem quatro modos de se adaptar aos estímulos ambientais internos e/ou externos (focal, contextual e residual): fisiológico, autoconceito, papel funcional e interdependência. Os pressupostos dessa teoria sustentam que a resposta do indivíduo é determinada pelo estímulo ambiental e pelo nível de adaptação. Esse

comportamento é resultante do processo de controle ou de mecanismos de enfrentamento – variável mediadora entre o estímulo ambiental e os modos adaptativos⁽⁶⁰⁾.

Partindo dessa premissa, a Teoria do Estresse do Cuidador⁽⁵⁹⁾ apresenta as seguintes hipóteses: 1) Os cuidadores podem responder a mudanças ambientais; 2) As percepções dos cuidadores determinam como eles respondem aos estímulos ambientais; 3) A adaptação dos cuidadores depende dos estímulos ambientais e de seu nível de adaptação; 4) Os efeitos do estresse sobre os cuidadores são resultantes da provisão de cuidados por longa duração.

Estímulos ambientais, como a demanda objetiva de cuidado (estímulo focal), o apoio social, os eventos estressantes da vida, os papéis sociais (estímulo contextual) e os estímulos residuais produzem respostas adaptativas nos quatro modos adaptativos por meio do estresse percebido do cuidador. Na ausência do estresse do cuidador, sobrecarga objetiva, eventos estressantes da vida, suporte social, papel social e estímulo residual não terão influência em seu modo adaptativo.

Quanto às proposições da referida Teoria⁽⁵⁹⁾, verifica-se que:

1. A sobrecarga objetiva dos cuidadores leva-os ao estresse percebido;
2. A sobrecarga objetiva dos cuidadores é o principal estímulo que leva ao estresse;
3. Um alto nível de estresse resulta em resposta ineficaz: baixo nível das funções físicas, da autoestima, da satisfação no desempenho do papel e da satisfação conjugal;
4. Apesar das funções físicas, da autoestima, da satisfação em prover cuidados e da satisfação conjugal terem dimensões distintas nas respostas do cuidador, eles são inter-relacionados;
5. Os eventos estressantes da vida têm um efeito adicional ao estresse percebido, superior ou inferior ao efeito da sobrecarga objetiva;
6. O apoio social reduz o estresse percebido do cuidador, por meio de mudança na avaliação cognitiva da sua sobrecarga objetiva;
7. Papéis sociais moderam os efeitos da sobrecarga objetiva sobre o estresse percebido do cuidador;
8. A raça, a idade, o gênero e o relacionamento com o receptor de cuidado, como um grupo de estímulo residual, influenciam o estresse do cuidador;

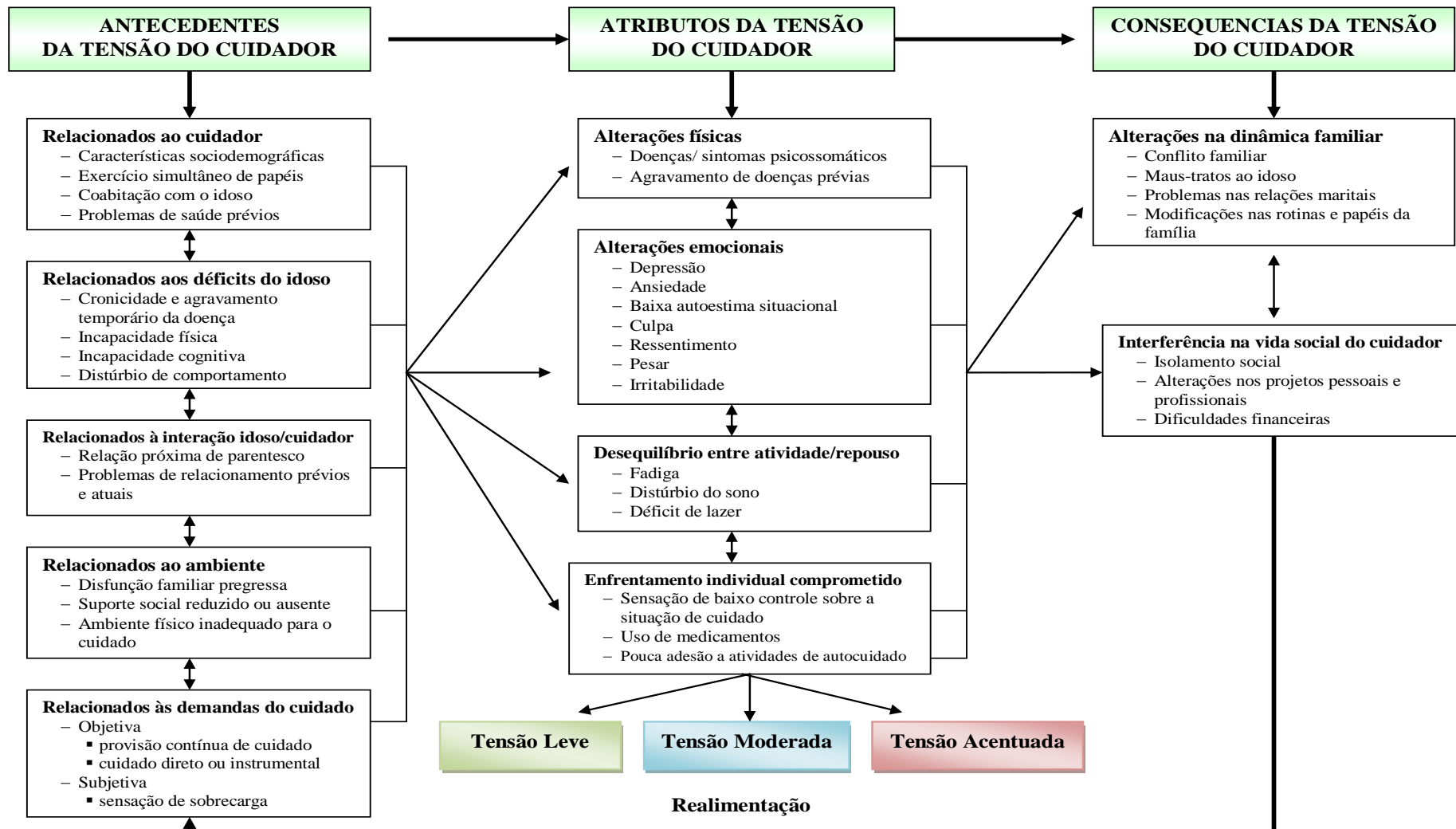
9. Sobrecarga objetiva, eventos estressantes da vida, apoio social, papel social e outros estímulos não têm influência alguma nas funções físicas, na autoestima, na satisfação em prestar cuidados e na satisfação conjugal do cuidador, na ausência de estresse percebido;
10. Depressão é uma porção emocional do cognato e/ou o resultado do estresse percebido do cuidador;
11. Depressão é a resposta imediata do cuidador ao estresse. Ele interfere na relação entre o estresse do cuidador e suas respostas adaptativas: funções físicas, autoestima, satisfação em prestar cuidados e satisfação conjugal.

Considerando os aspectos apontados pelos referenciais ora apresentados, verifica-se que eles ainda não dão conta de explicar todas as dimensões da *Tensão do papel do cuidador* e, de algum modo, são frágeis para o planejamento e a implementação de intervenções de enfermagem para minimizar/tratar o fenômeno. Em consonância com o exposto, estudo realizado no contexto internacional salienta a necessidade de um modelo multidimensional compreensível, baseado em pesquisas e teorias prévias, para guiar futuras pesquisas na área da saúde do cuidador familiar, especialmente daqueles que cuidam de idosos com incapacidade funcional⁽⁵⁸⁾.

No cenário local, essa mesma problemática foi verificada em estudo realizado sobre o fenômeno *Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes*⁽⁵⁴⁾ o que conduziu a autora a elaborar, com base na análise teórica e empírica desse conceito, uma estrutura que reuniu os três elementos de análise – antecedentes, atributos e consequências do evento – que, especialmente devido à elucidação dos antecedentes e dos atributos do fenômeno, constituem um guia que favorece a implementação de intervenções de enfermagem específicas. Considerando isso e o fato de o referencial ora mencionado ser elaborado a partir de dados empíricos referentes a idosos do mesmo contexto sociocultural onde se realizou esta investigação, adotou-se tal estrutura para sua fundamentação.

Nessa estrutura conceitual, a tensão do cuidador familiar de idosos é definida como *um estado dinâmico de prejuízo no bem-estar biopsicossocial do cuidador familiar, variável de pessoa para pessoa, multideterminado e cumulativo, resultante do processo de cuidado do idoso dependente*^(2,54). Os elementos constitutivos do fenômeno são demonstrados na Figura 4.

Figura 4 – Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes ⁽⁵⁴⁾.



Na análise da estrutura conceitual ora apresentada⁽²⁾ verificam-se, implicitamente, os conceitos do metaparadigma de enfermagem, tais como: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. A pessoa é o cuidador familiar em sua unicidade; o ambiente é representado pelo espaço físico (domicílio) e interacional (simbólico), em que habitam e se relacionam o cuidador, o idoso e os demais membros da família; a saúde constitui o estado de equilíbrio biopsicossocial evidenciado pelo idoso e pelo cuidador familiar; a Enfermagem representa os cuidados prestados ao cuidador familiar e ao receptor do cuidado, com vistas a se alcançar o equilíbrio biopsicossocial.

Nessa perspectiva a *tensão do cuidador familiar de idosos dependentes* é um fenômeno multidimensional, cujos atributos críticos são alterações no estado físico – doenças/sintomas psicossomáticos e/ou agravamento de doenças prévias; alterações emocionais – depressão, ansiedade, baixa autoestima situacional, pesar e irritabilidade; desequilíbrio entre atividade/repouso – fadiga e déficit de lazer; além de enfrentamento individual comprometido – baixo controle sobre da situação de cuidado e pouca adesão ao autocuidado. Os demais atributos (ressentimento, culpa, distúrbio do sono e uso de medicamentos), apesar de não serem manifestados com a mesma frequência no grupo pesquisado, também ocorrem de modo significativo, razão por que foram incluídos na estrutura conceitual em questão⁽⁶¹⁾.

Quanto aos antecedentes, destacam-se fatores que se estabelecem na situação de cuidado em sua totalidade, que, quando desequilibrados, materializam o fenômeno. Esses fatores compreendem o relacionamento do cuidador consigo mesmo (inclusive com seus recursos pessoais para avaliar e enfrentar tal situação) e com outras pessoas significativas, que, de modo interrelacionado, podem determinar diferentes níveis de tensão no cuidador, a saber: características sociodemográficas do cuidador, déficits do idoso, condições ambientais, processo relacional entre o provedor e o receptor de cuidados e demandas (objetiva e subjetiva) de cuidado⁽⁶²⁾.

No referente às consequências, às alterações na dinâmica familiar e à interferência na vida social do cuidador, também podem causar tensão, indiretamente, por afetar de maneira adversa as condições de vida, as experiências vividas e as necessidades sentidas pelo cuidador e, por sua vez, realimentar a continuidade do processo^(2,54).

Considerando a importância do entendimento, em especial, dos atributos e dos eventos antecedentes da tensão do cuidador familiar para o planejamento eficaz de intervenções de enfermagem que possam lhe dar suporte no processo de cuidado, apresenta-se, nos tópicos seguintes, a análise sobre tais eventos⁽⁶¹⁻⁶²⁾.

O cuidador familiar, em virtude de sua exposição prolongada aos diferentes estressores presentes na situação de cuidado, corre o risco de desenvolver problemas de saúde como hipertensão arterial, doenças coronarianas, modificações no sistema imunológico, processos dolorosos e outros. Do mesmo modo, as alterações emocionais, especialmente a depressão, a ansiedade e a baixa autoestima situacional, são problemas importantes, que atingem, principalmente, as mulheres, que passam mais tempo engajadas nas atividades de cuidado do idoso e da casa.

Considerando o desequilíbrio entre a atividade e o repouso, pode-se afirmar que o distúrbio do sono é comum entre cuidadores, especialmente quando eles manifestam depressão e ansiedade, o que resulta em funcionamento cognitivo e perceptivo prejudicado, controle emocional reduzido, irritabilidade e desorientação. Já o enfrentamento individual comprometido é demonstrado pelo cuidador, especialmente, por meio do baixo senso de controle sobre a situação, que é influenciado pelos recursos que lhe estão disponíveis: saúde física e mental, crenças existenciais, recursos materiais e sociais. A não adesão ao autocuidado por parte do cuidador também é comum entre os cuidadores. Nesse contexto, merece atenção especial dos serviços e profissionais de saúde, pois sua competência para prover cuidados pode ser determinada por sua capacidade de cuidar de si mesmo.

As características sociodemográficas do cuidador (sexo, idade, renda e nível educacional), nas quais ele próprio e os serviços têm poucas possibilidades de intervir, influenciam o bem-estar do cuidador, porque podem reduzir o acesso a recursos sociais e pessoais necessários à implementação do cuidado. Há que se ressaltar que os cuidadores jovens ficam mais susceptíveis à tensão, por se confrontarem com a necessidade de balancear as demandas competitivas na família e no emprego. Por seu turno, cuidadores de meia idade e idosos estão mais predispostos ao impacto negativo do cuidado devido às mudanças associadas ao próprio envelhecimento.

No tocante aos déficits do idoso, a dependência física associa-se à demanda de cuidado instrumental, que consome mais tempo e energia do cuidador. As alterações comportamentais tensionam suas relações tanto com o receptor de cuidados quanto com os

demais membros da família. Como o comprometimento cognitivo do idoso prejudica a comunicação e a reciprocidade da relação existente entre ele e a pessoa provedora de cuidado, tem impacto negativo na qualidade de vida e estreita relação com o senso de sobrecarga evidenciado pelas cuidadoras.

Os antecedentes relativos à interação idoso/cuidadora e ao seu ambiente social, especificamente problemas de relacionamento prévios e atuais entre o provedor e o receptor de cuidados e disfunção familiar progressiva, contribuem significativamente para a ocorrência de tensão. Além disso, a estrutura deficiente do ambiente físico de cuidado, a redução de recursos materiais e a escassez de ajuda real ou percebida pelos cuidadores constituem importantes determinantes da tensão do papel.

No que se refere às consequências, as alterações repentinas que se operam na dinâmica familiar, quando um dos seus membros se torna dependente, compelindo outro a assumir o papel de cuidador, desestabiliza a dinâmica familiar pré-existente e causa disfunção nesse sistema. Já a interferência das demandas da provisão de cuidado com o ente familiar, na vida social do cuidador, em especial, reduz seu senso de eficácia pessoal ou de poder escapar da referida situação.

Com vistas a auxiliar os enfermeiros no processo diagnóstico de tensão entre os cuidadores familiares, tal resposta foi classificada em **leve, moderada e acentuada**, de acordo com a intensidade com que seus atributos críticos (características definidoras) são evidenciados, tendo em mente que o diagnóstico de enfermagem é de natureza abstrata e, como tal, a identificação da intensidade em que ele é evidenciado depende da *expertise* do profissional em realizar o julgamento clínico e terapêutico da situação expressa pelo cuidador^(2,54).

4.2 Cuidados com o cuidador familiar

Considerando a multidimensionalidade e a complexidade da tensão do papel do cuidador familiar, vislumbrada em diferentes estudos, verifica-se a importância da implementação de intervenções de enfermagem, também multidimensionais, voltadas para a *solução de problemas específicos do cotidiano de cuidado* (orientação prática quanto aos procedimentos de cuidado; informações sobre a doença/dependência do idoso; adaptações necessárias ao ambiente físico de cuidado) e a *melhora do suporte social dos cuidadores* (promoção de oportunidade para descanso, lazer e cuidados pessoais; oferta de

oportunidade para expressão e acolhimento de sentimentos; além do estímulo ao relato de dificuldades e experiências de enfrentamento dessas dificuldades)^(2,54).

Essas intervenções estão em consonância com as abordadas na literatura⁽⁶³⁻⁶⁵⁾, que são classificadas em duas categorias:

1. Intervenções psicoterapêuticas – proporcionam suporte direto ao cuidador, reduzindo a tensão e o impacto geral em sua saúde e bem-estar, as quais também beneficiam secundariamente o receptor de cuidados;
2. Intervenções psicoeducacionais – ajudam o cuidador a se tornar mais competente e confiante, com um cuidado mais seguro e efetivo para o receptor de cuidados, as quais podem indiretamente reduzir a tensão do cuidador, por reduzir sua sobrecarga e aguçar seu senso de certeza e de controle.

Nessa mesma perspectiva, conforme já apresentado, a NIC apresenta trinta intervenções de enfermagem para a abordagem da *Tensão do papel de cuidador*⁽⁴⁷⁾. Convém destacar que essas intervenções alcançam, de algum modo, diferentes dimensões dessa resposta do cuidador. No âmbito desta investigação, verifica-se a aplicabilidade das intervenções e atividades de enfermagem propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador* em nosso contexto, considerando a estrutura conceitual utilizada como referencial nesta pesquisa, em especial, os diferentes níveis de tensão evidenciados pelo cuidador: leve, moderada e acentuada.

Tendo em vista que as particularidades desses diferentes níveis de tensão do cuidador não são elucidadas no referencial adotado neste estudo foram elaboradas definições operacionais para Tensão do cuidador familiar de natureza leve, moderada e acentuada, apresentadas no Quadro 7, a seguir, e que foram subsidiadas pelo julgamento clínico e terapêutico da pesquisadora.

Quadro 7 – Definições operacionais dos níveis de *Tensão do papel de cuidador* - João Pessoa - PB, 2015.

Níveis de tensão	Definições operacionais
Tensão leve	<p>Apresenta distúrbios fisiológicos (problemas gastrintestinais, aumento e/ou diminuição do apetite) e emocionais (episódios de impaciência, nervosismo e raiva). Queixa-se de cansaço, dores nas costas, cefaleia e sono perturbado. Menciona falta de tempo para satisfazer às necessidades pessoais; preocupação com a rotina de cuidados; apreensão em relação ao futuro, no que diz respeito à saúde do receptor de cuidados, e a capacidade do cuidador para oferecer cuidados. Consegue identificar os problemas e buscar soluções adequadas. Preserva o sentimento de responsabilidade e leva em conta as necessidades e os interesses do receptor de cuidados.</p>
Tensão moderada	<p>Apresenta distúrbios fisiológicos (exantema; aumento e /ou perda de apetite com ganho e/ou perda de peso; oscilações da pressão arterial e da glicose sanguínea; problemas gastrintestinais) e emocionais (labilidade emocional aumentada; alterações do humor: nervosismo aumentado, irritação, raiva e frustração). Queixa-se de cefaleia, dores no corpo, fadiga, perturbação do sono com períodos de insônia. Refere falta de motivação com a sua saúde, baixa produtividade no trabalho e mudanças nas atividades de lazer e sociais. Manifesta preocupação com relação aos membros da família; dificuldades em assistir o receptor de cuidados com mudanças disfuncionais nas atividades de cuidado; e apreensão quanto à possível institucionalização do receptor de cuidados. Consegue identificar os problemas e procurar soluções para os mais imediatos.</p>
Tensão acentuada	<p>Apresenta distúrbios fisiológicos (aumento e /ou perda de apetite com acentuado ganho ou perda de peso; doença cardiovascular; hipertensão; diabetes) e emocionais (instabilidade emocional com irritação e choro frequentes; sentimentos de tristeza e angústia; sintomas depressivos e somatização). Queixa-se de cefaleia constante, enxaqueca, fadiga e dores no corpo, especialmente nas costas e nas pernas; privação do sono noturno com sonolência diurna. Relata afastamento da vida social; recusa de promoções na carreira; falta de compromisso com a sua saúde; e baixa autoestima. Manifesta dificuldade para concluir as tarefas necessárias e apreensão quanto aos cuidados que o receptor deve ter, caso seja incapaz de oferecê-los. Relata pesar quanto à mudança no relacionamento com o receptor de cuidados; e conflito familiar. Negligencia os cuidados com o lar; permite que os problemas tomem maiores proporções e não consegue buscar soluções (enfrentamento ineficaz).</p>

É importante ressaltar que poderão ocorrer situações em que o cuidador apresentará características que permeiam todos os níveis de tensão. As definições operacionais servirão de parâmetro para nortear o julgamento do enfermeiro quanto ao nível de tensão apresentado pelo cuidador familiar, que poderá ser identificado durante o processo de observação e interação do enfermeiro com ele.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Para atender aos aspectos éticos da pesquisa, foram respeitados todos os procedimentos para pesquisa com seres humanos, preconizados pela Resolução 466/2012⁽⁶⁶⁾, do Conselho Nacional de Saúde, bem como a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem⁴¹.

Assim, a proposta do presente estudo foi encaminhada, inicialmente, à Gerência de Educação na Saúde (GES), ligada à Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, visando solicitar seu consentimento para desenvolver a pesquisa com os enfermeiros do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Município de João Pessoa-PB (Apêndice A) e os cuidadores familiares de idosos dependentes cadastrados naquele serviço.

Após o recebimento do Termo de Anuência da GES para a realização da pesquisa o projeto foi aprovado pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso (GEPSAI), do Departamento de Enfermagem Clínica (DENC) e homologado em reunião do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB, para apreciação, e aprovado em fevereiro de 2014, sob Prot. nº 028/13. CAAE: 26450713.6.0000.5188 (Anexo A).

Considerando o caminho necessário para se analisar a aplicabilidade ou a validade das intervenções e atividades propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador*, adotou-se o desenho da pesquisa metodológica, que se refere, entre outros aspectos, à elaboração, à validação e à avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa, com a finalidade de torná-los confiáveis e precisos e de serem aplicados por outros pesquisadores na prática clínica⁽⁶⁷⁾.

Para operacionalizar esta pesquisa, seguiram-se os passos propostos por Fehring⁽⁶⁸⁾ para validação do conteúdo dos diagnósticos de enfermagem. O método de Fehring foi adaptado para o uso com as intervenções de enfermagem pelas pesquisadoras da NIC, gerando escores de Validação de Conteúdo de Intervenções (ICV), com atividades críticas

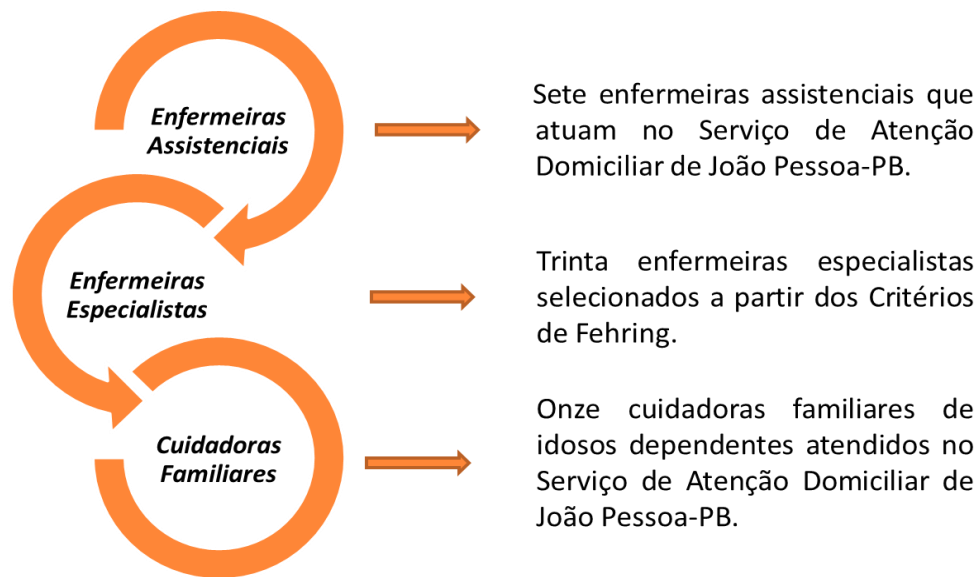
e de apoio⁽⁴⁷⁾. Este método consiste na elaboração e organização de títulos de intervenções de enfermagem relacionados à respectivas áreas de especialidades, os quais as pesquisadoras buscaram certificar-se o quanto cada intervenção era útil para o enfermeiro na sua prática, e o quanto cada atividade é característica daquele título. Outros métodos de validação das intervenções foram utilizados pelas pesquisadoras da NIC, como a técnica Delphin e o Grupo Focal na tarefa de aumentar o consenso entre os peritos no refinamento das intervenções e atividades de enfermagem.

O método de Fehring, adaptado para os títulos das intervenções, consistia nas seguintes etapas⁽⁴⁷⁾:

1. Os enfermeiros peritos classificaram as atividades de cada intervenção segundo uma escala Likert, de 1 (a atividade não é característica da intervenção) a 5 (a atividade é muito característica). Solicitavam, ainda, sugestões de atividades não incluídas e comentários sobre a definição.
2. Médias ponderadas foram calculadas para cada atividade, sendo obtidas pela soma dos pesos atribuídos a cada resposta, dividido pelo número total de respostas. Os pesos estabelecidos por Fehring foram: 5 = 1; 4 = 0,75; 3 = 0,50; 2 = 0,25; 1 = 0.
3. As atividades com média ponderada igual ou superior a 0,80 foram chamadas de atividades críticas. Aquelas com médias inferiores a 0,50 foram descartadas. Estes pontos de corte, determinados por Fehring, são convenções estabelecidas com base em padrões aceitos para determinar confiabilidade.
4. O escore total de ICV foi obtido para cada intervenção somando-se as proporções de cada atividade e calculando-se a média dos resultados.

Este método de Fehring, adotado pelas pesquisadoras da NIC, vem sendo aplicado para analisar ou validar intervenções de enfermagem, amplamente divulgados na literatura nacional^(9-13,69).

O local escolhido para a investigação foi o Município de João Pessoa - Paraíba. Os participantes foram enfermeiras assistenciais, enfermeiras especialistas e cuidadoras familiares de idosos, conforme mostra a figura 5.

Figura 5 – Participantes do estudo.

Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

Convém destacar que, devido à pluralidade de participantes, de cenários de pesquisa de campo, assim como das especificidades metodológicas intrínsecas ao alcance de cada objetivo específico delimitado para a investigação, os passos adotados neste estudo são esclarecidos ao longo de sua aplicação nas etapas seguintes da pesquisa.

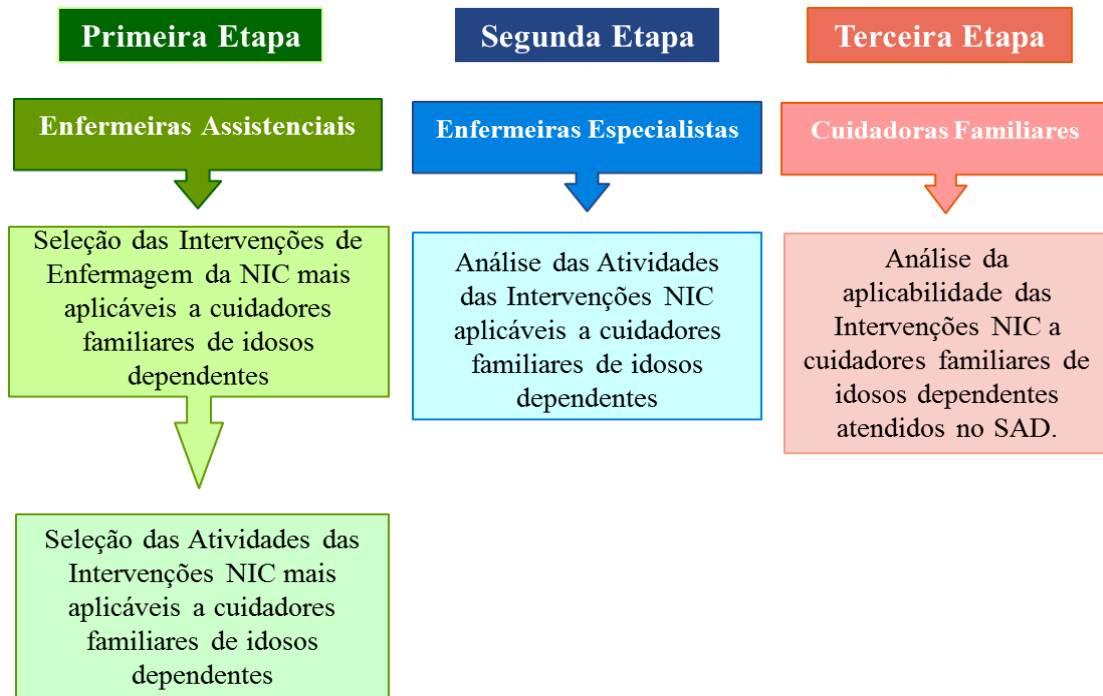
A coleta dos dados se deu de forma sequenciada, conforme apresentada na figura 6.

Figura 6 – Períodos da Coleta dos dados.

Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

Os tópicos sequenciais deste estudo foram desenvolvidos em três etapas apresentadas na figura 7, a seguir:

Figura 7 – Etapas da Coleta dos dados.



Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

A partir dessas etapas, foram construídos três capítulos distintos: 1. Análise das intervenções e das atividades da NIC por enfermeiras assistenciais; 2. Análise das atividades das intervenções da NIC por enfermeiras especialistas; 3. Aplicabilidade das intervenções de enfermagem da NIC em cuidadoras familiares. Cada um deles é composto por seu delineamento específico e pelos resultados empíricos. Posteriormente, ancoram-se teoricamente os achados finais obtidos por meio da operacionalização das diferentes etapas.

6 *CAPÍTULO I*

ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DA NIC POR ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS

Considerando o objetivo geral do estudo, assim como as particularidades de suas partes já mencionadas, o presente capítulo tem como alvo descrever o processo de pesquisa e seus resultados referentes à identificação das intervenções e atividades de enfermagem da NIC para o diagnóstico *Tensão do papel de cuidador* indicadas pelas enfermeiras assistenciais para cuidadoras familiares de idosos dependentes.

6.1. Procedimentos

6.1.1 Local do estudo

Essa etapa do estudo foi desenvolvida no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Secretaria de Saúde Municipal de João Pessoa-PB. O SAD - João Pessoa - PB - funciona desde 2006, quando se mantinha com recursos próprios do município para prestar atendimento fisioterápico aos usuários acamados. A partir de 2009, passou a incluir nesse atendimento, profissionais da área de Enfermagem (um enfermeiro e um técnico de enfermagem). Assim, formou cinco equipes, uma por distrito sanitário.

O SAD - João Pessoa-PB está estruturado de acordo com a Portaria ministerial 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS, em conformação com o Programa “Melhor em Casa”⁽²⁸⁾. Sua sede se localiza no território de um dos Distritos Sanitários e dispõe de uma estrutura física composta por salas de recepção, farmácia, miniauditório, setor pessoal, coordenação, Sala de Reunião e Central de Material e Esterilização (CME). O Serviço funciona de segunda a sexta-feira, em regime de 8h/dia e é imprescindível a garantia de transporte social e, quando necessário, de retaguarda das unidades assistenciais.

O serviço ora mencionado qualifica o cuidado de usuários que necessitam de atendimento na própria residência, por meio de visitas regulares em domicílio de, no mínimo, uma vez por semana. Atualmente, dispõe de sete equipes, denominadas de Equipe

Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), e três Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Cada EMAD é composta por um médico, um enfermeiro, quatro técnicos de enfermagem e um fisioterapeuta, e cada EMAP é formada, pelo menos, por três dos seguintes profissionais: assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo.

Além dessas equipes, integram o serviço, profissionais cuja responsabilidade é de desempenhar atividades diversas, que dizem respeito à logística da gestão (coordenadores, digitadores, agentes administrativos, recepcionistas, auxiliares de serviços gerais, vigilantes, motoristas). Entre os recursos materiais do SAD, ressalta-se, entre outros, a existência de oito veículos disponibilizados para conduzir as equipes e os materiais às residências da população assistida.

6.1.2 Enfermeiras assistenciais participantes do estudo

Considerando que o SAD - João Pessoa-PB é constituído por sete equipes EMAD para cobrir toda a área territorial da cidade e que, em cada equipe, está inserida uma enfermeira, julgou-se necessário incluir no estudo todas as enfermeiras do serviço (sete), que, prontamente, aceitaram participar de tal investigação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Apesar do tamanho reduzido do grupo de profissionais, elas estão inseridas nas linhas de cuidado domiciliar, por meio de práticas clínicas cuidadoras, com a participação ativa de outros profissionais de saúde, do usuário, da família e do cuidador.

6.1.3 Instrumento de coleta dos dados

Para coletar os dados das enfermeiras assistenciais, foram elaborados dois instrumentos, aplicados em momentos distintos. O primeiro (Apêndice C) foi composto de duas partes. A primeira abrangeu questões relacionadas à caracterização dos participantes do estudo (identificação, tempo de experiência e de atuação profissional em clínica, titulação acadêmica, conhecimento das classificações de enfermagem - NANDA-I, NIC, NOC, CIPE[®] e outras). A segunda parte continha a apresentação do diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador*, com definição, características definidoras e fatores relacionados, conforme a NANDA-I 2012-2014; e as intervenções de enfermagem propostas pela NIC⁽⁴⁷⁾ e selecionadas para este estudo. Para cada uma das intervenções, havia uma definição conceitual e uma escala tipo *Likert*, que variava de 1 a 5, da seguinte

maneira: nunca (1), raramente (2), algumas vezes (3), frequentemente (4), sempre (5), para que as enfermeiras registrassem, de acordo com sua experiência, uma das opções indicadas para a aplicabilidade de cada intervenção junto ao cuidador familiar de idosos dependentes com evidência de *Tensão do papel de cuidador*. No final do instrumento, havia um espaço para comentários sobre as intervenções elencadas.

No segundo instrumento (Apêndice D), foram elencadas as atividades para as intervenções propostas pela NIC⁽⁴⁷⁾ e indicadas como mais aplicáveis pelas enfermeiras no primeiro instrumento. Do mesmo modo, utilizou-se uma escala intervalar do tipo *Likert* com as seguintes possibilidades de respostas: nunca (1), raramente (2), algumas vezes (3), frequentemente (4), e sempre (5), para a coleta de informações relativa à aplicabilidade dessas atividades por parte das enfermeiras, junto ao cuidador familiar de idosos dependentes com *Tensão do papel de cuidador*.

Vale destacar que os três instrumentos contendo orientações e informações sobre o diagnóstico em estudo e sobre as intervenções e as atividades de enfermagem propostas foram avaliados por três enfermeiras estudiosas da NIC, quanto ao seu formato, clareza e conteúdo, e foram considerados apropriados para aplicação.

6.1.4 Coleta dos dados

Inicialmente, a pesquisadora visitou a sede do SAD João Pessoa-PB, para adquirir mais informações a respeito da rotina do serviço e se aproximar das enfermeiras que prestam assistência domiciliar a pessoas de diversas faixas etárias em situação de dependência, cuja maioria é composta de idosos e seus cuidadores familiares, especialmente com orientações relativas à instrumentalização do cuidado ao idoso, portanto, possíveis participantes do estudo.

Nesse contato, constatou que as sete enfermeiras que integram o serviço conheceram as classificações NANDA-I/NIC/NOC e CIPE[®], ainda durante o Curso de Graduação em Enfermagem e utilizavam a NANDA-I como guia para identificar diagnósticos de enfermagem na clientela atendida. Mesmo assim, o grupo manifestou a necessidade de atualizar esses conhecimentos, principalmente em relação à NIC, visto que, apesar de implementar intervenções de enfermagem para a clientela atendida, não usava essa classificação em seu cotidiano de trabalho. A pesquisadora se propôs a discutir com sua orientadora sobre a viabilidade de um curso para o grupo, que foi prontamente acatado

por todas, inclusive com proposta para o seu formato quanto à carga horária, ao conteúdo, à metodologia e ao cronograma de atividades.

Apesar de esse grupo de enfermeiras compreender as participantes do estudo, no entendimento da pesquisadora e da orientadora, não havia conflito de interesses, porque o curso seria ministrado antes da coleta dos dados, e as participantes teriam a liberdade de escolher participar ou não da pesquisa. Além disso, o conteúdo do curso seria abrangente, sem direcionamento específico aos objetivos do estudo, e ainda daria uma contribuição ao serviço, considerando que melhoraria a *expertise* das enfermeiras em relação ao uso dos sistemas de classificação de diagnósticos e de intervenções de enfermagem, para julgarem as intervenções e as atividades objeto da investigação com mais propriedade. Essa prática também é observada em alguns estudos que envolvem a validação de diagnósticos de enfermagem. Nessa perspectiva, o treinamento dos avaliadores é uma estratégia recomendada para reduzir o impacto do chamado viés de padrão-ouro imperfeito⁽⁷⁰⁾.

Assim, tendo em vista os aspectos ora apontados, a proposta de curso foi elaborada em forma de projeto de extensão com quarenta horas de duração. Em comum acordo, ficou estabelecida uma agenda de encontros semanais, no período de fevereiro a abril de 2014, conforme a disponibilidade de horário das participantes. Os encontros ocorreram na sala de reuniões do DENC/CCS/UFPB. O local foi escolhido pelas próprias participantes, que alegaram que a sede do SAD não dispunha de um ambiente adequado em que pudessem se reunir e que poderiam ser interrompidas a qualquer momento por causa da rotina do serviço.

O encerramento do curso, no final de abril, culminou com uma proposta de projeto de livro a ser elaborado pelo grupo sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem para clientes em atenção domiciliar, aproveitando o conhecimento do grupo sobre os diagnósticos identificados e as intervenções implementadas em seu cotidiano de trabalho e que já fazem parte da Ficha de Avaliação de Enfermagem utilizada no serviço desde o início da implantação do SAD no município.

Ainda em abril, a pesquisadora recebeu da Gerência de Educação na Saúde (GES) da Secretaria de Saúde de João Pessoa-PB a autorização para proceder à coleta dos dados empíricos (Anexo B), e em consenso com as enfermeiras assistenciais participantes do estudo, ficou estabelecido que o primeiro encontro para fazer a coleta ocorreria no mês de junho, o que aconteceu no início de junho de 2014, na sala de reuniões do

DENC/CCS/UFPB, ocasião que foi precedida pela apresentação detalhada da proposta do estudo pela pesquisadora e pela assinatura do TCLE (Apêndice B) pelas enfermeiras. Nesse momento, foi aplicado o primeiro instrumento, que contemplava orientações por escrito para o preenchimento, com questões referentes à caracterização das participantes e à lista de trinta intervenções da NIC para o diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador*, para que marcassem sua aplicabilidade em cuidadores de idosos dependentes. Durante quarenta minutos, a pesquisadora permaneceu no local para fazer os esclarecimentos necessários e receber o instrumento.

O segundo momento da coleta dos dados com as enfermeiras ocorreu em agosto de 2014. Esse encontro também aconteceu na sala de reuniões do DENC/CCS/UFPB, onde elas receberam o segundo instrumento, de dezoito páginas, contendo as doze intervenções que mais indicaram no primeiro momento da coleta, com as atividades de cada intervenção propostas na NIC, totalizando 300 atividades, para que pudessem marcar sua aplicabilidade em cuidadores de idosos dependentes com evidencia de *Tensão do papel de cuidador*.

Tendo em vista a densa lista de atividades para cada intervenção e a necessidade de ler minuciosamente o material, foi concedido às enfermeiras participantes do estudo, de modo consensual, um prazo de quinze dias para devolverem o material. Todas foram orientadas sobre o preenchimento e informadas de que, nesse período, a pesquisadora estaria disponível para esclarecer qualquer dúvida por telefone ou *e-mail*. Ao término desse período, todas devolveram o instrumento devidamente respondido.

6.1.5 Análise dos dados

Os instrumentos, enumerados à medida que eram recebidos pela pesquisadora, tiveram seus dados armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no programa *Microsoft Excel – 2010 for Windows*. A dupla digitação possibilitou a avaliação desses dados para eliminar possíveis erros e garantir a confiabilidade de sua compilação. Foram utilizadas as frequências e as médias no tratamento dos dados e os resultados apresentados em Quadros e Tabelas.

Seguindo-se as regras do Método de Fehring⁽⁶⁸⁾, adaptado para uso com intervenções de enfermagem⁽⁴⁷⁾, foi atribuída, tanto para as intervenções quanto para as atividades, uma pontuação para cada opção de resposta da escala intervalar tipo *Likert*: nunca (1) = 0 pontos; raramente (2) = 0,25 pontos; algumas vezes (3) = 0,5 pontos;

frequentemente (4) = 0,75 pontos; sempre (5) = 1 ponto. As médias foram calculadas pela soma dos escores atribuídos às respostas, quanto à aplicabilidade de cada intervenção e cada atividade, divididas pelo número total de respostas das intervenções e das atividades existentes.

A confiabilidade foi determinada de forma que os resultados fossem categorizados de acordo com o referencial de Fehring⁽⁶⁸⁾. Foi adotado como critério de seleção das intervenções mais aplicáveis, apontadas pelas enfermeiras assistenciais, as com média aritmética $\geq 0,80$. Esse critério se justifica por causa da preocupação da pesquisadora com o elevado número de intervenções (trinta) selecionadas para o estudo e a grande variedade de atividades dessas intervenções (737), o que resultaria num extenso e exaustivo instrumento a ser analisado. Isso poderia dificultar sua aplicação com as participantes e concorrer para a demora na devolução ou até mesmo na desistência de alguma delas, o que inviabilizaria o estudo.

Assim, as intervenções que alcançaram média aritmética $\geq 0,80$ foram classificadas como as mais aplicáveis para o cuidador familiar de idosos dependentes com evidência de *Tensão do papel de cuidador*. Foram desconsideradas para o estudo em questão as intervenções cujos resultados alcançaram média aritmética abaixo desse valor, portanto, podem ser indicadas para análise em estudos futuros.

Quanto às atividades das intervenções classificadas, foram submetidas à análise das enfermeiras assistenciais, para a qual foram empregadas as mesmas regras do referencial de Fehring⁽⁶⁸⁾ utilizadas para analisar as intervenções de enfermagem⁽⁴⁷⁾. Tendo em vista que as atividades indicam um nível concreto e específico de ações, o critério adotado para selecionar as atividades consideradas mais aplicáveis foi o alcance da média aritmética de valor $\geq 0,50$. Justifica-se a adoção desse critério como forma de garantir um número variado e abrangente de atividades necessárias para a execução de uma intervenção. Para excluir as atividades com escores $\leq 0,50$, foram considerados os pontos de corte constituídos como convenções já estabelecidas e baseados em padrões aceitos para avaliar diagnósticos e intervenções de enfermagem⁽⁴⁷⁾.

6.2 Resultados

6.2.1 Características das enfermeiras assistenciais

As enfermeiras assistenciais, participantes do estudo, tinham idades entre 28 e 42 anos, com média de 33,8. Todas eram graduadas em Enfermagem, e duas haviam cursado Especialização em Saúde Pública. A experiência profissional delas era variável entre dois e doze anos. Quanto ao conhecimento sobre o processo de enfermagem, diagnósticos e intervenções de enfermagem, todas relataram que receberam esses conteúdos durante a formação acadêmica. Além disso, duas participaram de cursos e palestras que envolveram esses assuntos. Nenhuma delas tinha desenvolvido trabalhos ou participado de eventos científicos relacionados a essa temática, embora todas afirmassem conhecer as classificações NANDA-I, NIC, NOC e CIPE® e utilizavam a NANDA-I como guia para identificar os diagnósticos de enfermagem no cotidiano do trabalho há mais de dois anos. Quando questionadas sobre se, no desempenho de suas atividades no SAD, haviam identificado algum cuidador familiar com o diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador*, todas responderam que sim. Ademais, duas delas afirmaram ter utilizado instrumento específico para avaliar o cuidador.

6.2.2 Intervenções e atividades da NIC indicadas pelas enfermeiras assistenciais

Nos tópicos que seguem, são apresentadas as intervenções de enfermagem indicadas pelas participantes do estudo, relacionando-as aos domínios e às classes da NIC e suas respectivas atividades.

Após a aplicação do primeiro instrumento de coleta de dados com as enfermeiras assistenciais, considerando-se o referencial de Fehring⁽⁶⁸⁾, observou-se que, das trinta intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico em estudo, doze alcançaram índice acima de 0,80, portanto, são consideradas pelas enfermeiras como mais aplicáveis em cuidadores familiares de idosos dependentes (Quadro 8).

Quadro 8 – Intervenções de enfermagem com escore $\geq 0,80$ indicadas pelas enfermeiras assistenciais, para o diagnóstico de enfermagem da NANDA-I: *Tensão do papel de cuidador*. João Pessoa, PB, 2015.

Nº	Intervenções de enfermagem	Média ponderada > 0,80
01	Apoio ao CUIDADOR	0,96
02	Controle de ENERGIA	0,92
03	ORIENTAÇÃO antecipada	0,92
04	Melhora do ENFRENTAMENTO	0,92
05	ACONSELHAMENTO	0,89
06	Facilitação do processo de CULPA	0,85
07	PRESENÇA	0,85
08	Assistência para manutenção do LAR	0,85
09	Cuidados durante o repouso do CUIDADOR	0,85
10	Orientação quanto ao Sistema de SAÚDE	0,85
11	Melhora do Sistema de APOIO	0,82
12	Promoção do envolvimento FAMILIAR	0,82

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

As doze intervenções indicadas pelas participantes do estudo com média ponderada acima de 0,80 encontram-se distribuídas em quatro dos sete domínios, e quatro das nove classes, da classificação NIC. A maioria está localizada no Domínio 3: Comportamental, com 6 (50,0%, N=12); seguida pelo Domínio 5: Família, com 4 (33,3%, N=12); o Domínio 1, Fisiológico: Básico com 1 (8,3%, N=12); e o Domínio 6: Sistema de saúde, também com 1 (8,3%, N=12), como mostra o Quadro 9.

Quadro 9 – Intervenções de enfermagem da NIC, segundo os domínios, as classes e os níveis de intervenções, indicadas pelas enfermeiras assistenciais para o diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador* da NANDA – I. João Pessoa, PB, 2015.

DOMÍNIOS	CLASSES	INTERVENÇÕES	NÍVEIS
1. Fisiológico: Básico	A – Controle da atividade e do exercício	Controle de energia	Sugerida
3. Comportamental	R – Assistência no enfrentamento	Orientação antecipada	Sugerida
		Aconselhamento	Opcional
		Facilitação do processo de culpa	Opcional
		Presença	Opcional

		Melhora do sistema de apoio	Opcional
		Melhora de enfrentamento	Sugerida
5. Família	X – Cuidados ao longo da vida	Apoio ao cuidador	Principal
		Promoção do envolvimento familiar	Opcional
		Assistência para manutenção do lar	Sugerida
		Cuidados durante o repouso do cuidador	Sugerida
6. Sistema de Saúde	Y – Mediação do Sistema de Saúde	Orientação quanto ao Sistema de Saúde	Sugerida

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Entre as trinta intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico *Tensão do papel de cuidador*, selecionadas para este estudo, de acordo com a ligação NANDA-I/NIC, uma se destaca como principal, doze, como sugeridas, e dezessete, opcionais. Ainda conforme o Quadro 9, para os níveis de classificação NIC, as enfermeiras assistenciais indicaram como intervenção principal Apoio ao cuidador, seguido de seis intervenções sugeridas: Controle de energia, Orientação antecipada, Melhora do enfrentamento, Assistência para manutenção do lar, Cuidados durante o repouso do cuidador e Orientação quanto ao Sistema de Saúde; e cinco intervenções opcionais: Aconselhamento, Facilitação do processo de culpa, Presença, Melhora do Sistema de Apoio e Promoção do envolvimento familiar.

A seguir são apresentadas as intervenções de enfermagem indicadas pelas participantes do estudo, relacionadas aos domínios e às classes da NIC e suas respectivas atividades com índice $\geq 0,50$, de acordo com o referencial de Fehring⁽⁶⁸⁾.

A tabela 1 apresenta a intervenção de enfermagem *Controle de energia* como a única elencada na NIC no **Domínio fisiológico básico - Classe A** (Controle da atividade e do exercício), para o diagnóstico em estudo. Essa intervenção foi indicada pelas enfermeiras assistenciais, que selecionaram 26 dessas atividades, cuja média aritmética de valor foi igual ou superior a 0,50, e que podem ser aplicadas a cuidadores de idosos dependentes com o diagnóstico *Tensão do papel de cuidador*.

Tabela 1 – Distribuição da intervenção e número das atividades de enfermagem, no domínio Fisiológico: básico e na Classe A da NIC, indicada pelas enfermeiras assistenciais. João Pessoa, PB, 2015.

DOMÍNIO NIC	CLASSE NIC	INTERVENÇÃO NIC	Atividades da NIC		Atividades indicadas ≥0,50	
			Nº	%	Nº	%
1. Fisiológico: Básico	A – Controle da atividade e do exercício	Controle de energia	50	100,0	26	52,0
			TOTAL 50		26	

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

A Tabela 2 apresenta as intervenções do **Domínio Comportamental – Classe R** (Assistência no Enfrentamento), com seis intervenções e suas respectivas atividades, somando 135, com uma média de 22,5. A intervenção *Melhora do enfrentamento* é a que apresenta o maior número de atividades (51), seguida de *Aconselhamento* (22), *Orientação antecipada* (18), *Presença* (16), *Melhora do sistema de apoio* (15) e *Facilitação do processo de culpa* (13).

Tabela 2 – Distribuição das intervenções e número das atividades de enfermagem no domínio Comportamental e na Classe R da NIC, indicadas pelas enfermeiras assistenciais. João Pessoa, PB, 2015.

DOMÍNIO NIC	CLASSE NIC	INTERVENÇÃO NIC	Atividades da NIC		Atividades indicadas >0,50	
			Nº	%	Nº	%
3. Comportamental	R – Assistência no enfrentamento	Melhora do enfrentamento	51	37,8	38	74,5
		Aconselhamento	22	16,3	20	90,0
		Orientação antecipada	18	13,3	10	55,5
		Presença	16	12,0	13	81,3
		Melhora do Sistema de Apoio	15	11,0	14	93,3
		Facilitação do processo de culpa	13	9,6	6	46,2
TOTAL			135		101	

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

As atividades indicadas pelas enfermeiras assistenciais, cuja média aritmética alcançou $\geq 0,50$, somaram 101 (74,8%), perfazendo uma média ponderada de 16,8%. Destaca-se o maior índice para a intervenção *Melhora do Sistema de Apoio* (93,3%) e o menor para *Facilitação do processo de culpa* (46,2%), o que é compatível com o número de atividades propostas na NIC. As intervenções *Melhora do enfrentamento e Orientação antecipada* aparecem na NIC como sugeridas, enquanto as demais intervenções são categorizadas como opcionais.

A Tabela 3 apresenta as intervenções do **Domínio Família – Classe X** (Cuidados ao longo da vida), com quatro intervenções e suas respectivas atividades, somando 86, com uma média de 21,5 atividades. A intervenção *Apoio ao cuidador* é a que apresenta o maior número de atividades (31), seguida de *Promoção do envolvimento familiar* (28), *Assistência para manutenção do lar* (15) e *Cuidados durante o repouso do cuidador* (12).

Tabela 3 – Distribuição das intervenções e número das atividades de enfermagem no domínio Família e na classe X da NIC, indicadas pelas enfermeiras assistenciais. João Pessoa, PB, 2015.

DOMÍNIO NIC	CLASSE NIC	INTERVENÇÃO NIC	Atividades da NIC		Atividades indicadas $>0,50$	
			Nº	%	Nº	%
5. Família	X – Cuidados ao longo da vida	Apoio ao cuidador	31	36,0	31	100,0
		Promoção do envolvimento familiar	28	33,0	26	92,9
		Assistência para manutenção do lar	15	17,0	8	53,3
		Cuidados durante o repouso do cuidador	12	14,0	8	66,6
		TOTAL	86		73	

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Na Tabela 3, das 86 atividades que compõem o bloco das quatro intervenções, 73 (84,9%) foram indicadas pelas enfermeiras assistenciais, com destaque para a intervenção considerada principal, *Apoio ao cuidador*, com 31 atividades listadas na NIC, portanto 100% das atividades indicadas. Merece destacar, ainda, a intervenção *Promoção do envolvimento familiar*, com 92,9% de atividades indicadas.

A tabela 4 apresenta a intervenção de enfermagem *Orientação quanto ao Sistema de Saúde*, como intervenção da NIC no **Domínio Sistema de Saúde - Classe Y** (Mediação do Sistema de Saúde).

Tabela 4 – Distribuição da intervenção e número das atividades de Enfermagem no domínio Sistema de Saúde e na classe Y da NIC, indicada pelas enfermeiras assistenciais. João Pessoa, PB, 2015.

DOMÍNIO NIC	CLASSE NIC	INTERVENÇÃO NIC	Atividades da NIC		Atividades indicadas >0,50	
			Nº	%	Nº	%
6. Sistema de Saúde	Y – Mediação do Sistema de Saúde	Orientação quanto ao Sistema de Saúde	33	100,0	26	78,8
TOTAL			33		26	

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Conforme expresso na Tabela 4, a intervenção *Orientação quanto ao Sistema de Saúde* foi elencada para o diagnóstico em estudo com uma relação de 33 atividades. Essa intervenção é indicada pelas enfermeiras assistenciais, com seleção de 26 dessas atividades que alcançaram média aritmética de valor $\geq 0,50$, que podem ser aplicadas a cuidadores de idosos dependentes com o diagnóstico *Tensão do papel de cuidador*.

Nos dados apreendidos nesta etapa do estudo com as enfermeiras assistenciais, observou-se que, das 30 intervenções selecionadas da NIC, apenas 12 delas atingiram índice igual ou maior que 0,80, indicadas, portanto, como mais aplicáveis a cuidadores familiares de idosos dependentes com evidência de *Tensão do papel de cuidador*. São elas: Apoio ao cuidador, Controle de energia, Orientação antecipada, Melhora do enfrentamento, Aconselhamento, Facilitação do processo de culpa, Presença, Assistência para manutenção do lar, Cuidados durante o repouso do cuidador, Orientação quanto ao Sistema de Saúde, Melhora do Sistema de Apoio e Promoção do envolvimento familiar.

No que se refere ao número de atividades para estas intervenções, foram listadas 300 atividades da NIC e submetidas à análise das enfermeiras assistenciais, que indicaram 226, com média igual ou maior que 0,50, como adequadas às necessidades do cuidador familiar que presta cuidados ao idoso dependente. Predominaram às incorporadas no domínio 6 - Comportamental, com um total de 101 atividades; seguidas das contempladas no domínio 5 - Família, das quais foram indicadas 73 entre as 86 apresentadas pela NIC.

7 CAPÍTULO II

ANÁLISE DAS ATIVIDADES DAS INTERVENÇÕES - NIC POR ENFERMEIRAS ESPECIALISTAS

Nesta instância do estudo, enfermeiras especialistas analisaram a pertinência das atividades das intervenções de enfermagem propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador*, já apreciadas e indicadas pelas enfermeiras assistenciais, no sentido de efetivarem a validação de conteúdo como forma de torná-las aplicáveis a cuidadores familiares de idosos dependentes em nosso contexto sociocultural.

7.1. Procedimentos

7.1.1 Enfermeiras especialistas participantes do estudo

No âmbito desta pesquisa, enfermeiro(a) especialista é aquele(a) que tem o conhecimento e a habilidade requerida para fazer análise teórica e julgamento clínico e terapêutico das respostas da pessoa em seu processo saúde-doença e o contexto de vivência e de cuidado, o que pode ser mensurado, de algum modo, por atributos específicos.

Tal compreensão é consonante com os critérios de seleção de especialistas ou de peritos propostos no Método de Fehring⁽⁶⁸⁾, descritos no Quadro 10, e também utilizados, com adaptações, em estudos sobre validação de intervenções de enfermagem^(69,72-74), conforme já mencionado.

Quadro 10 – Critérios para seleção de especialistas por Fehring⁽⁶⁸⁾

Critérios	Pontuação
1. Titulação de Mestre em Enfermagem;	4 pontos
2. Titulação de Doutor em Enfermagem;	2 pontos
3. Titulação de Mestre em Enfermagem com a dissertação direcionada ao conteúdo relevante sobre diagnóstico e/ou intervenções de enfermagem;	1 ponto
4. Tese de Doutorado que versa sobre diagnóstico e/ou intervenções de enfermagem;	2 pontos
5. Prática clínica de, pelo menos, um ano de duração, na área de diagnóstico e/ou intervenções de enfermagem;	1 ponto
6. Publicação de pesquisa que versa sobre diagnóstico e/ou intervenções de enfermagem com conteúdo relevante para a área em questão;	2 pontos
7. Publicação de artigo sobre diagnóstico e/ou intervenções de enfermagem em periódico indexado	2 pontos

A soma dos escores atribuídos aos critérios propostos por Fehring⁽⁶⁸⁾ perfaz um total de 14 pontos. O profissional deve obter, no mínimo, cinco pontos para que tenha tal característica, e um dos critérios de inclusão do enfermeiro na amostra é a titulação de mestre em enfermagem. Vale ressaltar que, nos estudos de validação de diagnósticos, intervenções ou resultados, a observação dos critérios de seleção dos especialistas configura-se como um passo fundamental para garantir a confiabilidade dos achados da pesquisa e a replicação deles por outros pesquisadores⁽⁷⁰⁾. A escolha inadequada dos especialistas interfere na fidedignidade e na confiabilidade dos resultados da pesquisa por gerar baixo nível de evidência⁽⁷¹⁾. Portanto, é oportuno que eles tenham a experiência clínica e o conhecimento teórico.

Participaram deste estudo enfermeiras especialistas em diagnósticos e intervenções de enfermagem, selecionadas por meio de contato com pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso (GEPsAI) e do Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE), ambos vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB; pelo Currículo *Lattes* disponibilizado pela Plataforma *Lattes* do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e por seleção do tipo “bola de neve”, em que alguns participantes identificaram outros com suas características. Nesse processo de busca, foi possível identificar trinta e cinco enfermeiras que atendiam aos critérios de inclusão adotados para o estudo, das quais, trinta assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E) e responderam e entregaram o instrumento no prazo estabelecido consensualmente entre elas e a pesquisadora.

7.1.2 Instrumento de coleta dos dados

Para coletar os dados por meio das enfermeiras especialistas, foi elaborado um instrumento (Apêndice F) com questões relativas à caracterização das participantes (idade, sexo, tempo de experiência e de atuação profissional em clínica/docência, titulação acadêmica, trabalhos realizados e publicados sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem).

Em outro tópico do referido instrumento, foram elencadas as intervenções e respectivas atividades de enfermagem da NIC indicadas pelas enfermeiras assistenciais como as mais aplicáveis a cuidadores familiares de idosos dependentes com o diagnóstico *Tensão do papel de cuidador*. A intenção foi de conduzir as enfermeiras a responderem a seguinte pergunta: *Em sua experiência profissional, o quanto cada atividade é considerada pertinente para a intervenção elencada para o cuidador familiar de idosos dependentes com o diagnóstico de enfermagem Tensão do papel de cuidador?* Para cada atividade, utilizou-se uma escala intervalar do tipo *Likert*, em que cada enfermeira deveria marcar, de acordo com sua experiência, a melhor opção: não pertinente; muito pouco pertinente; pouco pertinente; pertinente; muito pertinente. Considerando, ainda, essa questão, caso necessário, a enfermeira poderia sugerir, em espaço à parte, alteração na atividade elencada ou indicar outra atividade.

7.1.3 Coleta dos dados

Nessa etapa, a pesquisadora fez contato prévio com as enfermeiras especialistas por contato direto e por meio de endereço eletrônico para esclarecer os objetivos da pesquisa e consultar sobre a concordância em participar do estudo. Depois de obter a anuência a respeito de sua participação com a assinatura do TCLE, foram encaminhados para eles, via *e-mail*, o instrumento de coleta de dados com as instruções de preenchimento. As enfermeiras abordadas por contato direto, receberam o instrumento de coleta e foram orientadas sobre como preenchê-lo.

Convém esclarecer que todas as participantes receberam o instrumento em dezembro de 2014, para cuja devolução foi estabelecido, consensualmente, conforme já

mencionado, o prazo de quinze dias. Para facilitar a leitura e o preenchimento, cada intervenção com as atividades foi digitada em página única (frente e verso), de forma que a enfermeira poderia destacá-la e responder uma por dia. Em caso de dúvida, a participante poderia localizar a pesquisadora no endereço e por meio dos telefones disponíveis.

7.1.4 Análise dos dados

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica, estruturada no *Microsoft Excel* – 2010 for Windows, com dupla digitação, o que possibilitou avaliá-los no sentido de eliminar possíveis erros e garantir a confiabilidade de sua compilação. Os resultados foram analisados considerando-se a frequência e as médias ponderadas e apresentados por meio de Quadros e figuras.

Seguindo-se as regras do Modelo de Fehring⁽⁶⁸⁾, adaptado para uso com intervenções de enfermagem⁽⁴⁷⁾, foi atribuída para as atividades uma pontuação a cada opção de resposta da escala intervalar tipo *Likert*: não pertinente (1) = 0 pontos; muito pouco pertinente (2) = 0,25 pontos; pouco pertinente (3) = 0,5 pontos; pertinente (4) = 0,75 pontos; muito pertinente (5) = 1 ponto. As médias foram calculadas pela soma dos escores atribuídos às respostas quanto à aplicabilidade de cada atividade, divididas pelo número total de respostas das atividades existentes para aquela intervenção.

A confiabilidade foi determinada em virtude de os resultados serem tratados seguindo-se as orientações do Método de Fehring⁽⁶⁸⁾ para o Índice de Validação de Concordância. Assim, foi calculada a média ponderada para cada atividade da intervenção, somando-se as proporções de cada resposta e calculando-se a média dos resultados. Foram consideradas atividades aplicáveis ao cuidador familiar de idosos dependentes com evidência de *Tensão do papel de cuidador*, aquelas que obtiveram nível de concordância $\geq 0,50$.

7.2 Resultados

7.2.1 Características das enfermeiras especialistas

Em relação à caracterização das especialistas (n=30), estas tinham idade variável entre 24 e 55 anos, com idade média de 38 anos de idade. Quanto à formação acadêmica, todas tinham título de mestre, critério mínimo essencial para participar do estudo. Dentre elas, 13 também eram doutoras, e 13 estavam cursando Doutorado. Ressalta-se, também, que 17 delas desenvolveram dissertação de mestrado e 6, tese de doutorado com objeto relativo aos diagnósticos e/ou intervenções de enfermagem. Quanto à produção científica, todas as participantes, nos últimos cinco anos, haviam publicado pesquisas e/ou artigos científicos sobre diagnóstico e/ou intervenções de enfermagem em periódicos indexados em bases de dados nacional e/ou internacional.

Considerando a pontuação obtida, de acordo com os critérios de Fehring⁽⁶⁸⁾, verificou-se que 12 enfermeiras somaram entre 5 a 7 pontos, 11 enfermeiras, de 8 a 10 pontos, e 7 delas, entre 11 e 13 pontos. A pontuação média obtida foi de 8,5.

No tocante à experiência profissional, todas as participantes do estudo tinham experiência superior a dois anos de atuação na área de ensino, pesquisa e assistência. A maior parte delas (20 = 66,6%) tinha experiência de até 16 anos de atividade laboral, com média de 14 anos. No que se refere às áreas de atuação predominantes, verificou-se que 11 (36,6%) enfermeiras atuavam, simultaneamente, no ensino, na pesquisa e na assistência; 9 (30%) exerciam atividades no ensino e na pesquisa; e 3 (10%) no ensino e na assistência. As demais enfermeiras (7 = 23,4%) atuavam de forma isolada nas áreas de pesquisa, ensino e assistência com predominância na área de pesquisa.

Quanto ao uso das classificações de enfermagem, destacaram-se 9 especialistas que só usavam a classificação NANDA-I, e 3, a CIPE[®], enquanto 8 utilizavam ambas as classificações. A classificação de enfermagem NANDA-I já foi empregada por 27 enfermeiras (90%), portanto, a maioria, seguida da CIPE[®], com 18 das enfermeiras (60%), e a NIC utilizada por 10 delas (33,3%). Entre as classificações citadas no estudo, a menos utilizada foi a NOC, com 20%, o equivalente a 6 enfermeiras.

7.2.2 Atividades das intervenções da NIC analisadas pelas enfermeiras especialistas

Os resultados apresentados na Tabela 5 dizem respeito ao número de intervenções e atividades da NIC para o cuidador familiar de idosos dependentes com o diagnóstico de *Tensão do papel de cuidador* identificadas pelas enfermeiras assistenciais na primeira etapa deste estudo e analisadas pelas enfermeiras especialistas.

Tabela 5 – Intervenções e atividades da NIC indicadas pelas enfermeiras assistenciais e analisadas pelas especialistas para o cuidador familiar de idosos dependentes com diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador* - João Pessoa – PB. 2015.

Nº	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	NÚMERO DE ATIVIDADES DA NIC		ATIVIDADES INDICADAS			
				ENF. ASSIST.		ENF. ESP.	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
01	Melhora do ENFRENTAMENTO	51	17,0	38	74,5	38	100,0
02	Controle de ENERGIA	50	16,7	26	52,0	22	84,6
03	Apoio ao CUIDADOR	31	10,0	31	100,0	27	87,0
04	Orientação quanto ao Sistema de SAÚDE	29	9,7	26	89,6	22	84,6
05	Promoção do envolvimento FAMILIAR	28	9,4	26	92,8	26	100,0
06	ACONSELHAMENTO	22	7,4	20	90,9	18	90,0
07	ORIENTAÇÃO antecipada	18	6,0	10	55,5	10	100,0
08	PRESENÇA	16	5,4	13	81,2	12	92,3
09	Assistência para manutenção do LAR	15	5,0	8	53,3	8	100,0
10	Melhora do Sistema de APOIO	15	5,0	14	93,3	13	92,8
11	Facilitação do processo de CULPA	13	4,4	6	46,1	6	100,0
12	Cuidados durante o repouso do CUIDADOR	12	4,0	8	66,6	8	100,0
TOTAL		300		226		210	

Todas as 226 atividades elencadas nas doze intervenções identificadas pelas enfermeiras assistenciais, na primeira etapa deste estudo, foram confirmadas pelas enfermeiras especialistas, ou seja, apresentaram escore maior do que 0,50, seguindo os critérios de Fehring⁽⁶⁸⁾. Tendo em vista a semelhança de ideias ou a redundância entre algumas atividades, foram excluídas 16 delas, resultando em 210, ao final da análise pelas enfermeiras especialistas. O índice de concordância (IC) $\geq 0,50$ para as atividades das intervenções elencadas variou entre o mínimo de 0,62 e o máximo de 0,97, com média mínima de 0,72 e máxima de 0,85, conforme Quadro 11, a seguir.

Quadro 11 – Intervenções e atividades da NIC analisadas pelas enfermeiras especialistas - João Pessoa-PB, 2015 (n =30).

NÍVEIS NIC	INTERVENÇÕES NIC	Atividades	
		IC* \geq 0,50	Média
Principal	Apoio ao cuidador	0,70 a 0,97	0,85
Sugerida	Assistência para manutenção do lar	0,68 a 0,92	0,83
	Cuidados durante o repouso do cuidador	0,70 a 0,90	0,82
	Melhora do enfrentamento	0,66 a 0,92	0,81
	Orientação quanto ao Sistema de Saúde	0,73 a 0,90	0,80
	Controle da energia	0,69 a 0,89	0,80
	Orientação antecipada	0,68 a 0,81	0,72
Opcional	Aconselhamento	0,68 a 0,95	0,83
	Presença	0,75 a 0,90	0,82
	Melhora do Sistema de Apoio	0,62 a 0,94	0,82
	Facilitação do processo de culpa	0,77 a 0,86	0,80
	Promoção do envolvimento familiar	0,65 a 0,95	0,74

*IC = Índice de Concordância

As enfermeiras especialistas propuseram a substituição do termo paciente contido na descrição das atividades da NIC pelo termo cuidador, por entenderem a pertinência desse termo com o objeto do estudo - o cuidador familiar. Essas especialistas sugeriram, também, que o termo paciente fosse substituído por receptor de cuidados no enunciado dessas atividades.

As demais sugestões apontadas pelas especialistas para clarificar o enunciado das referidas atividades foram de caráter semântico e estrutural, como a substituição de um verbo por outro de sentido semelhante, a organização da estrutura da frase e/ou o acréscimo de termos modificadores para se entender bem mais a ação. As especialistas, embora tenham sugerido que fossem excluídas algumas atividades que elas consideraram de conteúdo similar, não indicaram novas atividades.

Nos princípios gerais para as atividades realizadas pelo enfermeiro para implementar uma intervenção, a NIC permite que algumas alterações sejam feitas nas atividades. Por exemplo, deve-se utilizar o verbo mais ativo que seja apropriado para a

situação; evitar combinar duas ideias diferentes em uma mesma atividade, a menos que exemplifiquem a mesma coisa; evitar repetir uma ideia e, para isso, quando duas atividades dizem a mesma coisa, ainda que em outras palavras, eliminar uma delas; acrescentar a expressão *conforme apropriado* ou *conforme necessário* no final das atividades que sejam importantes, mas que sejam utilizadas apenas em algumas ocasiões⁽⁴⁷⁾.

A partir das sugestões apontadas, procedeu-se a uma releitura minuciosa das atividades para avaliar as possíveis alterações e sua coerência com o contexto da ação e com a definição do título da intervenção. Ainda quanto à pertinência da exclusão das atividades cuja ideia fosse semelhante à(s) outra(s) na mesma intervenção, optou-se pela exclusão daquela que apresentasse o menor escore entre a(s) que correspondia(m) a uma ação semelhante. As considerações em torno de cada atividade das intervenções propostas no presente estudo estão apresentadas e discutidas separadamente. As mudanças estão destacadas com a seguinte legenda: *¹ substituição de verbo; *² acréscimo de expressão; *³ inclusão de termo; *⁴ exclusão de termo; *⁵ substituição de termo.

A intervenção de enfermagem **Apoio ao cuidador**, indicada na NIC⁽⁴⁷⁾ e sugerida como nível principal⁽⁴⁸⁾, tem 31 atividades elencadas, todas analisadas pelas especialistas em escala de *Likert* de cinco pontos, conforme já mencionado, com escores que variaram de 0,97, para a atividade mais indicada, e 0,70, para a menos indicada, com média de 0,85.

Considerando essa intervenção, foram excluídas as atividades analisadas pelas especialistas como contempladas em outras, tais como: (1) *Ensinar ao cuidador técnicas de controle de estresse*, contemplada em *Ensinar o cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde de modo a manter a própria saúde física e mental*; (2) *Informar ao cuidador recursos de atendimento de saúde e comunitários*, contemplada em *Ensinar ao cuidador estratégias de acesso e maximização do atendimento de saúde e recursos comunitários*. Com esse mesmo entendimento, as especialistas ressaltaram que a atividade (3) *Investigar pontos positivos e negativos com o cuidador* pode estar contemplada na atividade *Investigar com o cuidador como ele está enfrentando a situação*, uma vez que ela pode desvelar pontos positivos e negativos da ação de cuidar, por esta ser uma atividade mais genérica. Além disso, foi sugerida a exclusão da atividade (4) *Educar o cuidador a respeito do processo de pensar*, por se entender que a atividade *Apoiar o cuidador ao longo do processo de pensar* reflete com mais clareza a ação e a ideia é semelhante.

Além do exposto, em algumas atividades, o verbo *determinar* foi substituído por *identificar*; *apoiar*, por *oferecer* apoio; *Oferecer* encorajamento por *encorajar*; *admitir*, por *reconhecer*, além de outras que tiveram o acréscimo da expressão *quando adequado*. As demais atividades foram mantidas sem alterações, portanto, permaneceram 27, apresentadas no Quadro 12.

Quadro 12 – Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem **Apoio ao cuidador** - João Pessoa-PB. 2015.

ATIVIDADES	Média
1. Reconhecer as dificuldades do papel de cuidador.	0,97
2. Investigar com o cuidador como ele está enfrentando a situação.	0,95
3. Ensinar ao cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde de modo a manter a própria saúde física e mental.	0,95
4. Fazer afirmações positivas sobre os esforços do cuidador.	0,93
5. Agir em prol do cuidador quando a sobrecarga ficar evidente.	0,92
6. Ensinar técnicas ao cuidador para melhorar a segurança do receptor de cuidados.	0,92
7. Encorajar o cuidador durante os momentos complicados do receptor de cuidados.	0,92
8. Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades, conforme apropriado.	0,91
9. Apoiar o cuidador no estabelecimento de limites e nos cuidados consigo mesmo.	0,90
10. Encorajar o cuidador a participar de grupos de apoio.	0,90
11. Identificar* ¹ o nível de conhecimento do cuidador.	0,90
12. Monitorar o surgimento de indicadores de estresse.	0,90
13. Ensinar a terapia do receptor de cuidados ao cuidador, conforme as preferências do receptor de cuidados.	0,89
14. Oferecer* ¹ apoio ao cuidador ao longo do processo de pensar.	0,89
15. Reforçar a rede social do cuidador.	0,87
16. Proporcionar assistência de acompanhamento de saúde ao cuidador, por meio de telefonemas e/ou cuidados de enfermeiro comunitário.	0,86
17. Encorajar* ¹ o cuidador a aceitar a interdependência entre os familiares.	0,85
18. Monitorar os problemas de interação na família relativos ao cuidado do receptor de cuidados.	0,85
19. Identificar recursos por meio dos quais o cuidador pode tirar folgas.	0,81
20. Ensinar ao cuidador estratégias de acesso e maximização ao atendimento de saúde e recursos comunitários.	0,80
21. Apoiar as decisões do cuidador, quando adequado* ² .	0,80
22. Discutir sobre os limites do cuidador com o receptor de cuidados, quando adequado* ² .	0,80

23. Avisar a instituição/funcionários dos serviços de emergência sobre a permanência do receptor de cuidados em casa, sua condição de saúde e tecnologias usadas, com consentimento do receptor de cuidados e da família.	0,75
24. Reconhecer* ¹ que o receptor de cuidados depende do cuidador, conforme apropriado.	0,73
25. Informar sobre as condições do receptor de cuidados, de acordo com suas preferências.	0,72
26. Aceitar manifestações de emoção negativa.	0,72
27. Determinar a aceitação de papel pelo cuidador.	0,70

*¹ Substituição de verbo; *² Acréscimo de expressão

A intervenção **Assistência para manutenção do lar**, classificada na NIC⁽⁴⁷⁾ e indicada no nível sugerida⁽⁴⁸⁾, apresenta 15 atividades. As enfermeiras especialistas analisaram oito atividades com escores de 0,92 a 0,68, que atingiram a média de 0,83. Para tornar mais clara a ação, foi sugerida que se alterasse a atividade *Determinar as exigências do cuidador quanto à manutenção da casa* para *Identificar as exigências e as necessidades do cuidador quanto à manutenção da casa*. As demais atividades foram mantidas sem alteração, como mostra o Quadro 13.

Quadro 13 – Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem – **Assistência para manutenção do lar**. João Pessoa-PB. 2015

ATIVIDADES	Média
1. Informar sobre maneiras* ⁵ de tornar seguro e limpo o ambiente doméstico.	0,92
2. Sugerir alterações estruturais necessárias para tornar a casa acessível.	0,90
3. Envolver o cuidador / familiares nas decisões sobre a manutenção da casa.	0,87
4. Aconselhar sobre como reduzir odores desagradáveis.	0,86
5. Auxiliar os familiares a terem expectativas realistas acerca de si mesmos no desempenho dos seus papéis.	0,85
6. Auxiliar a família a usar a rede de apoio social.	0,81
7. Informar sobre o repouso do cuidador, quando adequado.	0,80
8. Identificar* ¹ as exigências e as necessidades* ³ do cuidador quanto à manutenção da casa.	0,68

*¹ Substituição de verbo; *³ Inclusão de termo *⁵ Substituição de termo

A intervenção de enfermagem, **Cuidados durante o repouso do cuidador**, indicada na NIC⁽⁴⁷⁾ é apresentada no nível sugerida⁽⁴⁸⁾, com 12 atividades; oito delas foram analisadas pelas especialistas com escores de 0,90 a 0,70, com média de 0,82. Não houve sugestão de alterações para essas atividades, conforme apresentado no Quadro 14.

Quadro 14 – Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem **Cuidados durante o repouso do cuidador** - João Pessoa-PB. 2015

ATIVIDADES	Média
1. Estabelecer uma relação terapêutica com o cuidador / família.	0,90
2. Providenciar cuidados de emergência se necessário.	0,90
3. Oferecer cuidados, como exercícios, deambulação e higiene, conforme apropriado.	0,89
4. Conseguir telefones de emergência.	0,87
5. Providenciar relatório para o cuidador usual quando de sua volta.	0,83
6. Monitorar a resistência do cuidador.	0,78
7. Determinar a forma de contato com o cuidador usual.	0,74
8. Seguir a rotina normal de atendimento.	0,70

A intervenção de Enfermagem **Melhora do enfrentamento**, considerada nas sugestões da associação NANDA-I/NIC⁽⁴⁸⁾ no nível sugerida, apresenta 51 atividades, 38 das quais foram analisadas pelas enfermeiras, com escores de 0,92 a 0,66, que atingiram uma média de 0,81. Foi acrescentada a expressão *conforme apropriado*; o termo *cuidador* e permaneceram as 38 atividades elencadas no Quadro a seguir.

Quadro 15 – Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem **Melhora do enfrentamento** - João Pessoa-PB. 2015.

ATIVIDADES	Média
1. Oferecer informações reais a respeito do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico.	0,92
2. Avaliar a compreensão do cuidador sobre o processo de doença.	0,92
3. Encorajar a verbalização de sentimentos, as percepções e os medos.	0,92
4. Usar uma abordagem calma e tranquila.	0,90
5. Promover situações que encorajem a autonomia do cuidador.	0,90
6. Encorajar o cuidador a identificar os próprios pontos fortes e as capacidades.	0,89
7. Proporcionar ao cuidador escolhas realistas sobre alguns aspectos do cuidado.	0,87
8. Desencorajar decisões quando o cuidador está com muito estresse.	0,87
9. Auxiliar o cuidador a identificar estratégias positivas para lidar com as limitações e controlar as mudanças necessárias no estilo de vida ou no desempenho de papéis.	0,86
10. Avaliar a capacidade de decisão do cuidador.	0,85
11. Encorajar o envolvimento da família, conforme apropriado.	0,85
12. Auxiliar o cuidador a esclarecer ideias errôneas.	0,85

13. Encorajar atividades sociais e comunitárias, conforme apropriado* ² .	0,85
14. Avaliar o impacto da situação de vida do cuidador nos papéis e nas relações.	0,84
15. Apresentar o cuidador a pessoas (ou grupos) que tiveram sucesso diante das mesmas experiências.	0,83
16. Ajudar o cuidador a identificar as informações que ele tem mais interesse em conseguir.	0,81
17. Encorajar a paciência no desenvolvimento de relacionamentos.	0,80
18. Encorajar o cuidador a avaliar o próprio comportamento.	0,80
19. Encorajar uma atitude de esperança realista como forma de lidar com os sentimentos de desamparo.	0,80
20. Buscar entender a perspectiva do cuidador a respeito de uma situação de estresse.	0,80
21. Auxiliar o cuidador a solucionar os problemas de forma construtiva.	0,80
22. Auxiliar o cuidador no processo de pesar e a elaborar as perdas por doenças crônicas e/ou incapacitações se adequado.	0,80
23. Avaliar as necessidades / desejos do cuidador de apoio social.	0,80
24. Encorajar relacionamentos com pessoas que têm interesses e metas em comuns.	0,80
25. Proporcionar uma atmosfera de aceitação.	0,79
26. Orientar o cuidador sobre o uso de técnicas de relaxamento, se necessário.	0,79
27. Auxiliar o cuidador a identificar metas adequadas de curto e longo prazos.	0,78
28. Avaliar e discutir respostas alternativas para a situação.	0,78
29. Encorajar o cuidador* ³ a aceitar as limitações dos outros.	0,78
30. Avaliar a adaptação do cuidador a mudanças na imagem corporal, se indicado.	0,78
31. Determinar o risco de autoagressão do cuidador.	0,76
32. Discutir as consequências de não lidar com a culpa e a vergonha.	0,75
33. Encorajar o cuidador a identificar uma descrição realista da mudança de papel.	0,74
34. Encorajar o cuidador* ³ a dominar gradativamente a situação.	0,72
35. Encorajar o cuidador* ³ a identificar valores específicos de vida.	0,71
36. Investigar com o cuidador métodos usados antes para lidar com problemas de vida.	0,71
37. Auxiliar o cuidador a identificar os sistemas de apoio disponíveis.	0,70
38. Ajudar o cuidador a fazer uma avaliação objetiva do evento.	0,66

*² Acréscimo de expressão; *³ inclusão de termo.

A intervenção de Enfermagem **Orientação quanto ao Sistema de Saúde**, classificada na NIC⁽⁴⁷⁾ e indicada no nível sugerida⁽⁴⁸⁾, apresenta 29 atividades. Foram analisadas pelas enfermeiras 26 delas, com escores de 0,92 a 0,68, com uma média de 0,83. As especialistas excluíram a atividade (1) *Estimular o cuidador a dirigir-se ao*

departamento de emergência, se adequado, entender que a ação está contemplada no conteúdo da atividade Informar o cuidador sobre formas de acesso a serviços de emergência por telefone e serviço de transporte, conforme apropriado. Pelo mesmo motivo, foram excluídas as atividades: (2) Estimular a consulta a outros profissionais de saúde, conforme apropriado; (3) Solicitar os serviços de outros profissionais de saúde para o cuidador, conforme apropriado, devido à semelhança com a atividade Auxiliar o cuidador ou a família a escolher os profissionais adequados para os cuidados de saúde.

Também foi sugerida, pelas especialistas, a exclusão da atividade (4) *Auxiliar o cuidador ou a família a coordenar o cuidado de saúde e a comunicação*, por considerarem que a atividade *Identificar e facilitar a comunicação entre os provedores de cuidados de saúde e o cuidador / família, conforme apropriado* reflete mais clareza da ação, e ao ser implementada, a coordenação do cuidado de saúde se dá de forma natural entre os envolvidos nessa ação. Assim, foram elencadas 22 atividades para a intervenção de enfermagem ora mencionada, conforme apresentadas no Quadro 16.

Foram feitas, ainda, as seguintes alterações: inclusão do termo *família*; supressão dos termos em destaque na atividade *Orientar o cuidador sobre o tipo de serviço a ser esperado para cada espécie de provedor de cuidados de saúde (p. ex., especialistas em enfermagem, nutricionistas, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, cardiologistas, clínicos, oftalmologistas e psicólogos)*, que ficou com a seguinte redação: *Orientar o cuidador sobre o tipo de serviço esperado de cada provedor de cuidados de saúde (p. ex., nutricionistas, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, clínicos e psicólogos)*. Do mesmo modo, a descrição da intervenção *Oferecer ao cuidador uma cópia sobre sua carta de direitos* foi alterada para *Oferecer ao cuidador uma cópia sobre a carta de direitos do receptor de cuidados*. Ressalta-se, ainda, a substituição do enunciado *tipos de instalações de cuidados de saúde* por *serviços de saúde*.

Quadro 16 – Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem **Orientação quanto ao Sistema de Saúde**. João Pessoa-PB. 2015.

ATIVIDADES	Média
Enfermeiros especialistas	Média
1. Explicar o sistema de atendimento de saúde, seu funcionamento e o que o cuidador / família pode esperar dele.	0,90

2. Informar o cuidador/família* ³ sobre formas de ter acesso a serviços de emergência por telefone e serviço de transporte, conforme apropriado.	0,86
3. Orientar o cuidador sobre o tipo serviço a ser esperado para cada provedor de cuidados de saúde (p. ex., nutricionistas, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de Enfermagem, fisioterapeutas, clínicos e psicólogos)* ⁴ .	0,85
4. Auxiliar o cuidador ou a família a escolher os profissionais adequados para os cuidados de saúde.	0,85
5. Identificar e facilitar a comunicação entre os provedores de cuidados de saúde e o cuidador/família, conforme apropriado.	0,82
6. Informar o cuidador sobre custo, tempo, alternativas e riscos envolvidos em determinado exame ou procedimento.	0,82
7. Informar o cuidador sobre diferentes tipos de serviços de saúde* ⁵ (hospital geral, hospital especializado, hospital-escola, clínica de internação, clínica para cirurgia ambulatorial), conforme apropriado* ² .	0,81
8. Oferecer ao cuidador uma cópia da carta de direitos do receptor de cuidados* ³ .	0,81
9. Informar o cuidador sobre recursos apropriados da comunidade e pessoas com quem contatar.	0,80
10. Informar sobre formas de obter equipamentos.	0,80
11. Monitorar a adequação do acompanhamento dos cuidados de saúde.	0,80
12. Informar o cuidador / família sobre formas de confrontar a decisão tomada por um provedor de cuidados de saúde, se necessário.	0,79
13. Providenciar relatório para os provedores do cuidado após a hospitalização, conforme apropriado.	0,79
14. Informar o cuidador sobre o seu direito de escolher o provedor de atendimento de saúde.	0,78
15. Oferecer orientações escritas sobre a finalidade e a localização de instituições de saúde, conforme apropriado.	0,78
16. Discutir sobre o resultado de consulta com outros profissionais de saúde, conforme apropriado.	0,78
17. Coordenar os encaminhamentos relevantes a provedores de cuidados de saúde, conforme apropriado.	0,76
18. Revisar e reforçar as informações dadas por outros profissionais de saúde.	0,76
19. Identificar e facilitar as necessidades de transporte até os serviços de saúde.	0,76
20. Providenciar contato para acompanhamento do cuidado, conforme apropriado.	0,76
21. Informar o cuidador sobre o significado de assinatura em formulário de consentimento informado.	0,75
22. Informar o cuidador sobre as exigências da Secretaria de Saúde para o credenciamento em relação à qualidade de uma instituição.	0,73

*² Acréscimo de expressão; *³ Inclusão de termo; *⁴ Exclusão de termo; *⁵ Substituição de termo

A intervenção de enfermagem **Controle de energia**, classificada na NIC⁽⁴⁷⁾ e indicada no nível sugerida⁽⁴⁸⁾, inclui 50 atividades. Dessas intervenções, 26 foram analisadas pelas especialistas com escores de 0,89 a 0,69 e atingiram uma média de 0,80. Foram excluídas, pelo critério de menor escore, as atividades: (1) *Orientar o cuidador /pessoa significativa quanto ao reconhecimento de sinais e sintomas de fadiga que exijam redução da atividade*; (2) *Determinar a percepção das causas da fadiga pelo cuidador/pessoa significativa*, por apresentar, de algum modo, conteúdo similar à atividade na mesma intervenção, *Orientar o cuidador e/ou pessoa significativa sobre a fadiga, seus sintomas comuns e recorrências latentes*. Do mesmo modo, as especialistas verificaram que as atividades (3) *Encorajar exercícios aeróbicos conforme a tolerância* e (4) *Encorajar o cuidador a escolher atividades que, lentamente, componham a resistência* também tinham aspectos semânticos comuns com *Encorajar a atividade física (p. ex., deambulação, desempenho de atividades da vida diária) coerente com os recursos energéticos do cuidador*.

Foram realizadas, ainda, as substituições do verbo *monitorar* por *orientar*; *usar* por *fazer*; e do termo *cuidador* por *profissional de saúde* e acrescentada a expressão *quando apropriado*. As demais atividades (22) foram mantidas sem nenhuma alteração, conforme mostra o Quadro 17.

Quadro 17 – Atividades selecionadas para a intervenção **Controle de energia** - João Pessoa, PB. 2015.

ATIVIDADES	Média
1. Monitorar o cuidador quanto a evidências de fadiga física e emocional excessiva.	0,89
2. Encorajar a atividade física (p. ex., deambulação, desempenho de atividades da vida diária) coerente com os recursos energéticos do cuidador.	0,86
3. Orientar o cuidador e/ou pessoa significativa sobre a fadiga, seus sintomas comuns e recorrências latentes.	0,86
4. Encorajar a expressão de sentimentos sobre as limitações.	0,85
5. Ensinar técnicas de organização e de controle de tempo das atividades para evitar fadiga.	0,85
6. Fazer* ¹ exercícios passivos e /ou ativos de amplitude de movimentos para aliviar a tensão muscular.	0,85
7. Orientar o cuidador/pessoa significativa sobre intervenções no estresse e no enfrentamento para reduzir a fadiga.	0,84
8. Auxiliar o cuidador a programar períodos de descanso.	0,83

9. Auxiliar o cuidador a identificar tarefas que familiares e amigos possam fazer em casa para prevenir/aliviar a fadiga.	0,82
10. Monitorar o local e a natureza do desconforto e da dor durante os movimentos/ atividades.	0,82
11. Auxiliar o cuidador a priorizar as atividades para usar bem os níveis de energia.	0,81
12. Orientar* ¹ a ingestão nutricional para garantir recursos energéticos adequados.	0,81
13. Investigar a condição fisiológica do cuidador quanto a deficiências que resultem em fadiga no contexto da idade e do desenvolvimento.	0,80
14. Monitorar/registrar o padrão e a quantidade de horas de sono do cuidador.	0,80
15. Limitar estímulos ambientais (p. ex., iluminação e ruídos) para facilitar o relaxamento.	0,80
16. Monitorar a administração e o efeito de estimulantes e depressivos, quando apropriado* ² .	0,80
17. Orientar o cuidador ou pessoa significativa para avisar o profissional de saúde* ⁵ diante de persistência de sinais e sintomas de fadiga.	0,78
18. Reduzir desconfortos físicos capazes de afetar a função cognitiva e o automonitoramento/regulação das atividades.	0,78
19. Auxiliar o cuidador ou pessoa significativa a estabelecer metas realistas de atividades.	0,78
20. Auxiliar o cuidador a identificar as preferências por atividades.	0,75
21. Monitorar a resposta do oxigênio do cuidador (p. ex., frequência de pulsos, ritmo cardíaco, frequência respiratória) para o autocuidado ou atividades de enfermagem.	0,72
22. Auxiliar o cuidador a limitar o sono durante o dia e sugerir atividades que promovam o estado de vigília, conforme apropriado.	0,70

*¹ Substituição de verbo; *² Acréscimo de expressão, *⁵ Substituição de termo

Para a intervenção de Enfermagem **Orientação antecipada**, elencada na NIC⁽⁴⁷⁾ e apresentada no nível sugerida⁽⁴⁸⁾, foram selecionadas 18 atividades. Dentre elas, dez foram analisadas pelas especialistas com escores que variaram de 0,81 a 0,68 e atingiram média de 0,72. Todas as atividades foram mantidas, apenas em uma delas o verbo *determinar* foi substituído por *identificar*, conforme o Quadro 18, a seguir.

Quadro 18 – Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem **Orientação antecipada**. João Pessoa-PB. 2015

ATIVIDADES	Média
1. Incluir a família/pessoa importante, conforme apropriado.	0,81
2. Auxiliar o cuidador a identificar os recursos e as opções disponíveis para o curso de ações, conforme apropriado.	0,80
3. Revisar com o cuidador as técnicas necessárias para enfrentar uma crise desenvolvimental ou situacional iminente, conforme apropriado.	0,79
4. Oferecer material de consulta rápida ao cuidador (p. ex., materiais /panfletos educativos), conforme apropriado.	0,71
5. Usar exemplos de casos para fortalecer as habilidades do cuidador para resolver problemas, conforme apropriado.	0,70
6. Auxiliar o cuidador a adaptar-se a mudanças antecipadas de papel.	0,70
7. Orientar sobre o desenvolvimento e o comportamento normais, conforme apropriado.	0,70
8. Identificar* ¹ os métodos usuais do cuidador para resolver problemas.	0,70
9. Auxiliar o cuidador a decidir sobre a forma de solucionar o problema.	0,70
10. Informar sobre expectativas realistas relativas ao comportamento do cuidador.	0,68

*¹ Substituição de verbo

A intervenção de Enfermagem **Aconselhamento** está elencada na NIC⁽⁴⁷⁾ e indicada no nível opcional⁽⁴⁸⁾, com 22 atividades. No processo analítico realizado pelas enfermeiras, 20 das atividades foram analisadas e obtiveram escores de 0,95 a 0,68, com média de 0,83. Foram excluídas, por terem conteúdo similar, as atividades: (1) *Reforçar novas habilidades*, permanecendo *Encorajar o desenvolvimento de habilidades, conforme apropriado*; e (2) *Oferecer informações apropriadas sempre que necessário* que, na avaliação das enfermeiras, estava contemplada na atividade *Oferecer informações concretas apropriadas e sempre que necessário*. Portanto, 18 atividades compõem a lista apresentada no Quadro 19.

Quadro 19 – Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem **Aconselhamento**. João Pessoa-PB. 2015.

ATIVIDADES	Média
1. Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito.	0,95
2. Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade.	0,95
3. Oferecer privacidade e garantir o sigilo.	0,95

4. Estimular a expressão dos sentimentos.	0,90
5. Auxiliar o cuidador a identificar o problema ou situação que está causando sofrimento.	0,88
6. Estabelecer metas.	0,86
7. Determinar como o comportamento da família afeta o cuidador.	0,86
8. Encorajar o desenvolvimento de habilidades, conforme apropriado.	0,86
9. Usar as técnicas da reflexão e do esclarecimento para facilitar a expressão das preocupações.	0,85
10. Solicitar ao cuidador /pessoas importantes que identifiquem o que conseguem ou não conseguem fazer diante dos acontecimentos.	0,85
11. Auxiliar o cuidador a identificar pontos positivos e a reforçá-los.	0,85
12. Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por outros mais desejáveis.	0,85
13. Oferecer informações concretas apropriadas e sempre que necessário.	0,81
14. Auxiliar o cuidador a listar e priorizar todas as alternativas possíveis para um problema.	0,79
15. Desencorajar a tomada de decisão, quando o cuidador estiver muito estressado, quando possível.	0,76
16. Estabelecer a duração da relação de aconselhamento.	0,70
17. Identificar todas as diferenças entre a visão do cuidador acerca da situação e a da equipe de cuidados de saúde.	0,68
18. Revelar aspectos selecionados das próprias experiências de outra pessoa ou de sua personalidade para reforçar a autenticidade e a confiança, conforme apropriado.	0,68

A intervenção **Presença**, classificada na NIC⁽⁴⁷⁾ e indicada no nível opcional⁽⁴⁸⁾, tem 16 atividades. Treze delas, ao serem submetidas à análise das especialistas, alcançaram escores de 0,90 a 0,75 e média de 0,82. Foi excluída a atividade *Ficar com o cuidador para promover segurança e reduzir o medo*, por apresentar analogia com a atividade *Ficar com o cuidador e oferecer garantias de segurança e de proteção durante períodos de ansiedade*. Nas demais atividades (12), houve substituição ou supressão de termos contemplados em sua descrição: *Oferecer-se para fazer contato* foi alterada para *Incentivar o cuidador a fazer contato*; a sentença *preocupação de confiança* passou a ser expressa como *relação de confiança*. Na descrição das atividades *Estar fisicamente disponível como alguém para ajudar* e *Estar fisicamente presente sem esperar reações interativas*, foi suprimido o termo *fisicamente*. Foi acrescentada, também, a expressão *quando pertinente*, em uma das atividades, conforme se verifica no Quadro 20.

Quadro 20 – Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem **Presença**. João Pessoa-PB. 2015.

ATIVIDADES	Média
1. Escutar as preocupações do cuidador.	0,90
2. Ser sensível às tradições e às crenças do cuidador.	0,85
3. Usar o silêncio, conforme apropriado.	0,85
4. Comunicar, verbalmente, empatia ou compreensão da experiência do cuidador.	0,84
5. Ajudar o cuidador a compreender que você está disponível, mas não reforçar comportamentos de dependência.	0,84
6. Ficar com o cuidador e oferecer garantias de segurança e proteção durante períodos de ansiedade.	0,84
7. Incentivar o cuidador a* ⁵ fazer contato com outras pessoas de apoio (p. ex., sacerdote/pastor * ⁵), como convier.	0,84
8. Estar disponível como alguém para ajudar* ⁴ .	0,82
9. Estabelecer uma relação* ⁵ de confiança e positiva.	0,81
10. Demonstrar uma atitude de aceitação, quando pertinente* ² .	0,77
11. Estar presente sem esperar reações interativas* ⁴ .	0,77
12. Tocar no cuidador para expressar preocupação, como convier.	0,75

*² Acréscimo de expressão; *⁴ Exclusão de termo; *⁵ Substituição de termo

A intervenção de enfermagem **Melhora do sistema de apoio**, classificada na NIC⁽⁴⁸⁾ no nível opcional, apresenta 15 atividades. As especialistas analisaram 14 delas com escores de 0,94 a 0,62 e média de 0,82. Foi excluída a atividade *Determinar as barreiras ao uso de sistemas de apoio*, por se considerar que a ação está contemplada no conteúdo da atividade *Levantar dados sobre a reação psicológica à situação e a disponibilidade de um sistema de apoio*. Nas demais atividades, foram substituídos o verbo *determinar* por *identificar* e o termo *serviços*, por *cuidados*. Permaneceram 13 atividades, conforme mostra o Quadro 21, a seguir.

Quadro 21 – Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem **Melhora do sistema de apoio**. João Pessoa-PB. 2015.

ATIVIDADES	Média
1. Envolver a família, pessoas significativas ou amigos nos cuidados e no planejamento.	0,94
2. Identificar o grau de apoio da família.	0,89
3. Encaminhar a programas de promoção / prevenção / tratamento / reabilitação com base na comunidade, conforme apropriado.	0,89

4. Identificar* ¹ os sistemas de apoio usados atualmente.	0,87
5. Identificar o grau de suporte financeiro da família.	0,84
6. Oferecer cuidados* ⁵ de maneira carinhosa e apoiadora.	0,83
7. Encaminhar a grupo de autoajuda, conforme apropriado.	0,83
8. Encorajar o cuidador a participar de atividades sociais e comunitárias.	0,82
9. Levantar dados sobre a reação psicológica à situação e à disponibilidade de um sistema de apoio.	0,82
10. Monitorar a situação familiar atual.	0,80
11. Encorajar as relações com pessoas com interesses e metas comuns.	0,80
12. Levantar dados sobre a adequação dos recursos da comunidade para identificar elementos positivos e negativos.	0,75
13. Explicar como ajudar a outros com preocupações.	0,62

*¹ Substituição de verbo; *⁵ Substituição de termo

A intervenção de enfermagem **Facilitação do processo de culpa**, indicada na NIC⁽⁴⁷⁾, e apresentada no nível opcional⁽⁴⁸⁾, comporta 13 atividades, seis das quais foram submetidas à análise das especialistas e obtiveram escores de 0,86 a 0,77, com média de 0,80. Nesse processo analítico, não houve sugestão de alterações para as atividades ora referidas, conforme mostra o Quadro 22.

Quadro 22 – Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem **Facilitação do processo de culpa**. João Pessoa-PB. 2015.

ATIVIDADES	Média
1. Ajudar o cuidador / família a identificar e examinar as situações em que são vividos ou gerados esses sentimentos.	0,86
2. Encaminhar o cuidador a um cuidador adequado para tratar condições de trauma, abuso, luto, doença ou com grupo de sobreviventes que buscam orientação e apoio.	0,84
3. Ajudar o cuidador / família a identificar as opções relativas à prevenção, à restituição, à reparação e à resolução, quando convier.	0,81
4. Ajudar o cuidador / família a compreender que a culpa é uma reação comum a traumas, abuso, luto, doença catastrófica ou acidentes.	0,80
5. Orientar o cuidador / família a identificar sentimentos dolorosos de culpa.	0,77
6. Ajudar o cuidador / familiares a identificar seus comportamentos na situação de culpa.	0,77

A intervenção **Promoção do envolvimento familiar**, classificada na NIC⁽⁴⁷⁾ e indicada no nível opcional⁽⁴⁸⁾, propõe 28 atividades. Considerando a pertinência delas, as especialistas analisaram 26 delas com escores de 0,95 a 0,65 e média de 0,74. Nenhuma foi excluída. Foi sugerida a substituição dos termos *aspectos médicos* por *aspectos clínicos*; e

relação pessoal por *relação próxima*; a substituição do verbo *criar* por *incentivar*; o acréscimo das expressões *quando adequado* e *conforme apropriado*, conforme apresentado no Quadro 23.

Quadro 23 – Atividades selecionadas para a intervenção de enfermagem **Promoção do envolvimento familiar**. João Pessoa-PB. 2015.

ATIVIDADES	Média
1. Identificar a capacidade dos membros da família para se envolverem nos cuidados do cuidador.	0,95
2. Informar os familiares sobre fatores que podem melhorar a condição do cuidador.	0,92
3. Identificar os déficits no autocuidado do cuidador.	0,89
4. Encorajar os familiares e o cuidador a auxiliarem na elaboração de um plano de cuidados, inclusive resultados esperados e a implementação desse plano.	0,89
5. Identificar com os familiares as dificuldades de enfrentamento do cuidador.	0,87
6. Determinar os recursos físicos, emocionais e educacionais do cuidador principal.	0,85
7. Encorajar os familiares e o cuidador a serem assertivos nas interações com os profissionais de cuidados de saúde.	0,84
8. Monitorar o envolvimento dos familiares nos cuidados do cuidador.	0,84
9. Oferecer o apoio necessário aos familiares para que tomem decisões informadas.	0,83
10. Facilitar a compreensão dos aspectos clínicos* ⁵ da condição do cuidador para os familiares.	0,82
11. Identificar a percepção dos membros da família sobre a situação, os eventos precipitantes, os sentimentos e os comportamentos do cuidador.	0,82
12. Identificar os outros estressores situacionais para os membros da família.	0,80
13. Identificar as expectativas dos membros da família em relação ao cuidador.	0,80
14. Encorajar os familiares a conservarem ou manterem as relações familiares, conforme apropriado.	0,80
15. Dar informações importantes aos familiares sobre o cuidador, de acordo com sua preferência, quando adequado* ² .	0,79
16. Identificar e respeitar os mecanismos de enfrentamento usados pelos familiares.	0,78
17. Determinar o nível de dependência do cuidador em relação aos familiares, conforme sua idade e doença.	0,78
18. Antecipar e identificar as necessidades da família, conforme apropriado* ² .	0,78

19. Identificar com os familiares os pontos positivos e a capacidade do cuidador relativa à família.	0,75
20. Identificar os sintomas físicos de cada membro da família relacionados ao estresse (p. ex., choro, náusea, vômito, falta de atenção).	0,75
21. Monitorar a estrutura e os papéis da família.	0,75
22. Estabelecer uma relação próxima* ⁵ com o cuidador e seus familiares que estarão envolvidos nos cuidados.	0,72
23. Encorajar o foco em todos os aspectos positivos da situação do cuidador.	0,72
24. Identificar as preferências dos membros da família quanto ao envolvimento com o cuidador.	0,71
25. Incentivar* ¹ uma cultura de flexibilidade na família.	0,69
26. Estimular* ¹ os familiares a lidarem com os aspectos clínicos* ⁵ da doença.	0,65

*¹Substituição de verbo; *² Acréscimo de expressão; *⁵Substituição de termo

Na análise realizada pelas enfermeiras especialistas, das 226 atividades indicadas pelas assistenciais na primeira etapa deste estudo, foram mantidas 210, depois de se considerarem as sugestões de exclusão de atividades com conteúdo similar. As intervenções que tiveram atividades excluídas foram: *Apoio ao cuidador (4)*, *Orientação quanto ao Sistema de Saúde (4)*, *Controle de energia (4)*, *Aconselhamento (2)*, *Presença (1)*, e *Melhora do Sistema de Apoio (1)*. Destaca-se que foram mantidos os mesmos números de atividades para as intervenções: *Melhora do enfrentamento*, *Promoção do envolvimento familiar*, *Orientação antecipada*, *Assistência para manutenção do lar*, *Facilitação do processo de culpa e Cuidados durante o repouso do cuidador*.

8 *CAPÍTULO III*

APLICABILIDADE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA NIC EM CUIDADORAS FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES

Nesta terceira etapa do estudo, pretendeu-se verificar a aplicabilidade das intervenções de enfermagem identificadas no estudo em cuidadores familiares de idosos dependentes com evidência de *Tensão do papel de cuidador*. Para atender o objetivo desta etapa utilizou-se uma pesquisa prática utilizando a técnica de estudo de caso clínico. Tendo em vista as especificidades dessa etapa, estão descritos os procedimentos e os resultados, conforme já mencionado.

8.1 Procedimentos

8.1.1 Cuidadoras familiares participantes do estudo

Para essa etapa do estudo, foi solicitado às enfermeiras do SAD que, nas visitas aos pacientes durante o mês de dezembro de 2014, identificassem cuidadoras familiares de idosos dependentes com evidência de *Tensão do papel de cuidador*, com idade igual ou superior a 18 anos e que residiam e cuidavam de idoso com algum grau de dependência, por um período de tempo igual ou superior a seis meses.

Após serem indagadas sobre a possibilidade de participarem do estudo, foi solicitado dessas cuidadoras sugerir o dia em que preferiam receber a visita da pesquisadora, o que foi prontamente atendido. Assim, foram agendadas visitas a quinze cuidadoras, duas das quais foram desmarcadas devido ao internamento hospitalar dos idosos dependentes, e outras duas, pelo fato de esses receptores de cuidados terem falecido. Considerando isso, a pesquisadora procedeu à visita em onze domicílios, junto com a enfermeira assistencial que fazia a cobertura da área, e outra pesquisadora convidada, enfermeira especialista em diagnóstico e intervenções de enfermagem e em cuidados com o idoso.

8.1.2 Coleta dos dados

Os dados foram coletados em janeiro de 2015, depois de a pesquisadora explicar quais seriam os objetivos do estudo e de as cuidadoras terem assinado o TCLE (Apêndice G), através de conversa informal e reservada, para que se sentissem à vontade para falar sobre sua experiência de cuidar do idoso sob sua responsabilidade. Para não inibir a fluência da narração das participantes, a pesquisadora evitou fazer gravação ou anotações durante a conversa, por isso, preferiu escutá-las atentamente. Nos momentos de pausa, elas eram estimuladas com perguntas pertinentes ao que estava sendo narrado para a continuidade do diálogo. No final, a pesquisadora fazia uma síntese de tudo o que ouvira, para que a cuidadora complementasse, corrigisse ou refizesse as partes da conversa. Convém esclarecer que, durante a entrevista, a pesquisadora convidada preencheu um instrumento (Apêndice H) subsidiado pelos elementos do diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador* que também apresentam congruência com o modelo conceitual, utilizado como referencial para o estudo. A enfermeira assistencial permaneceu junto do receptor de cuidados no momento da coleta dos dados.

8.1.3 Análise dos dados

Para se efetivar a análise dos dados, eles foram redigidos em forma de casos (Apêndice I), que foram confrontados pelas duas pesquisadoras para refinamento e consenso das informações e para o julgamento clínico dos níveis de tensão (leve, moderada, acentuada) de cada cuidador familiar, considerando as definições operacionais já demonstradas ao longo deste estudo. Em seguida, foram selecionadas as intervenções de enfermagem que mais se adequavam à resolutividade dos níveis de tensão identificados (Apêndice J).

8.2 Resultados

8.2.1 Características da cuidadoras familiares e dos receptores de cuidados

Em relação aos dados sociodemográficos das cuidadoras familiares, elas tinham idade mínima de 34 e máxima de 71 anos, com média de 53,1. Quanto à escolaridade, cinco concluíram o Ensino Médio, quatro tinham curso superior, e duas, o Ensino Fundamental. No que se refere ao estado civil, cinco eram solteiras, três, casadas, duas, viúvas, e uma, divorciada. No que diz respeito à religião, predominou a católica, com oito participantes,

seguido de duas que se declararam espíritas, e uma, evangélica. Quanto à relação com o trabalho, três participantes mantinham vínculo empregatício; três eram aposentadas; três, autônomas, que trabalhavam como costureiras, e duas eram donas de casa. A renda mensal de nove dessas famílias variou de um a três salários mínimos⁴, e apenas duas famílias declararam receber entre seis e dez salários.

Todas as cuidadoras se declararam responsáveis pela família e moravam com o receptor de cuidados. O número de pessoas residentes na casa variou de dois a cinco moradores, com arranjo familiar composto de irmãos, filhos, netos, nora e genro. No tocante ao grau de parentesco da cuidadora com o receptor de cuidados, verificou-se que cinco são filhas, duas são esposas, uma é irmã, uma é nora, e uma, sobrinha.

Em relação aos receptores de cuidados, sete eram mulheres, e cinco eram homens, considerando que uma participante cuidava de dois idosos. Quanto à idade desses idosos, variou de 74 a 96 anos, com média de 81,5 anos. No referente ao estado de saúde/incapacidades dos idosos, prevaleceram as doenças crônicas não transmissíveis (acidente vascular encefálico, mal de Parkinson, Alzheimer e diabetes); todos eram acamados, com exceção de duas idosas que, apesar de ficarem, na maior parte do tempo, no leito, ainda deambulavam um pouco desde que amparadas pelas cuidadoras. O tempo de incapacidade/dependência variou de seis meses a doze anos, e média, de 4,9 anos; três deles se alimentavam por sonda nasoenteral, e dois usavam oxigênio intermitente.

8.2.2. Estudos de caso

Com as informações ora apresentadas, assim como os demais achados contemplados nos casos descritos individualmente, foi possível identificar os indicadores empíricos que confirmaram a *tensão do papel de cuidador*, a partir da estrutura conceitual adotada para esta pesquisa. Os achados subsidiaram o julgamento dos níveis de tensão e a seleção das intervenções pertinentes a cada caso de acordo com as intervenções identificadas no estudo como possíveis de serem implementadas junto às cuidadoras familiares com evidência de tensão, conforme apresentados nas Figuras 8 a 18, que se seguem.

⁴ Valor atual do Salário Mínimo: R\$ 788,00 a partir de 01.01.2015.

Figura 8 – Indicadores empíricos da *Tensão do papel de cuidador*, nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 1.

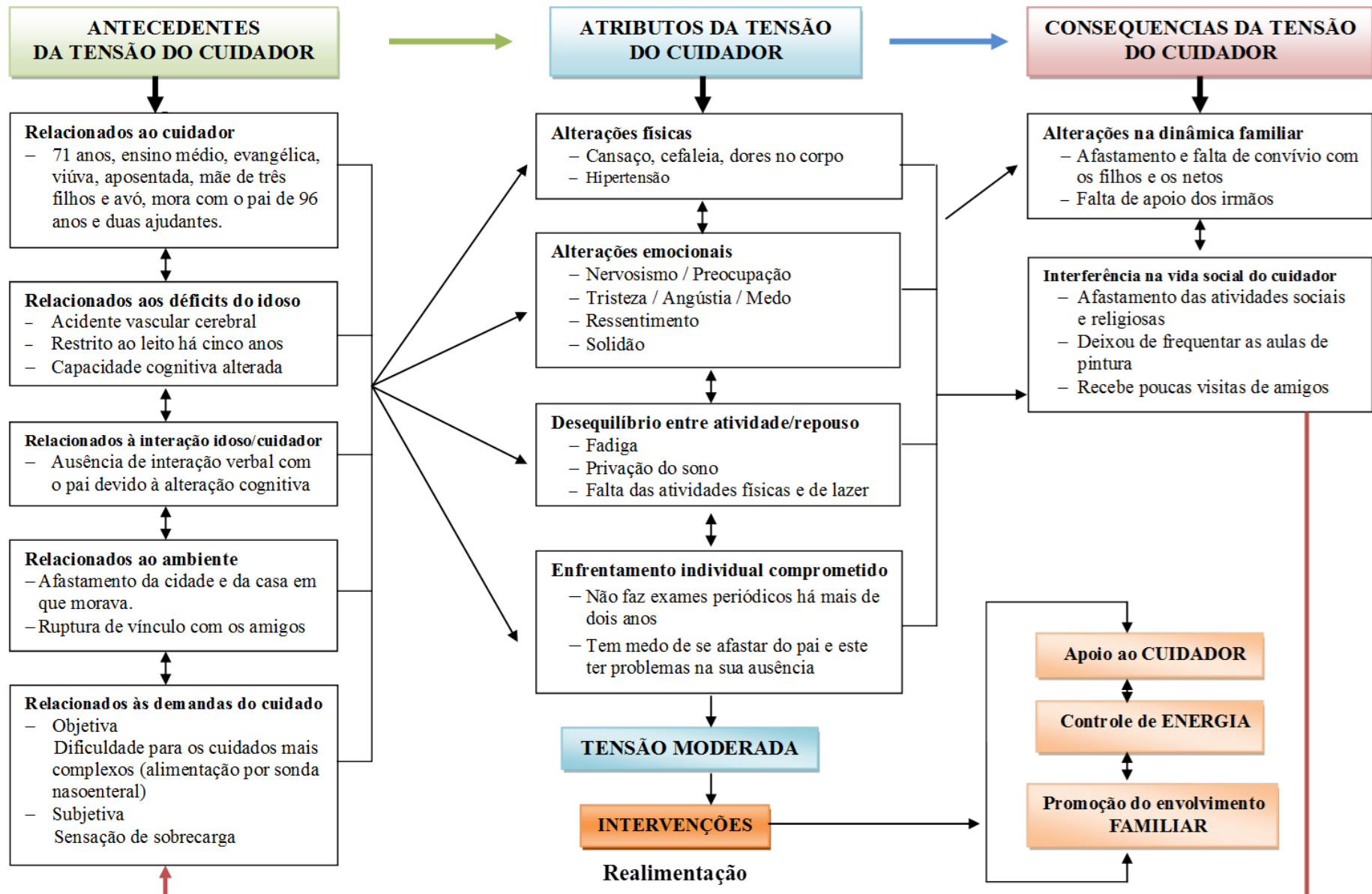


Figura 9 – Indicadores empíricos da *Tensão do papel de cuidador*, nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 2.

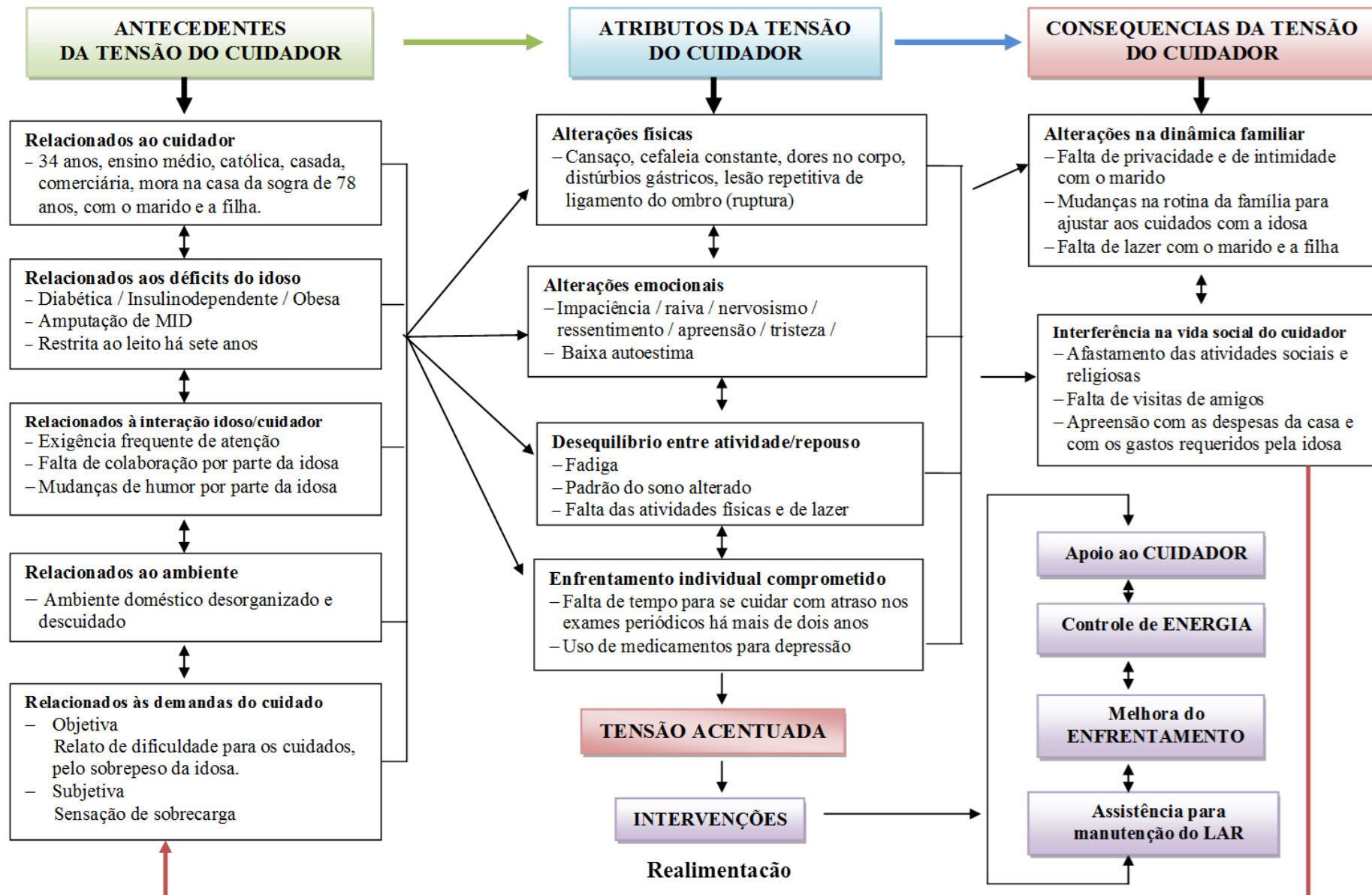


Figura 10 – Indicadores empíricos da *Tensão do papel de cuidador*, nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 3.

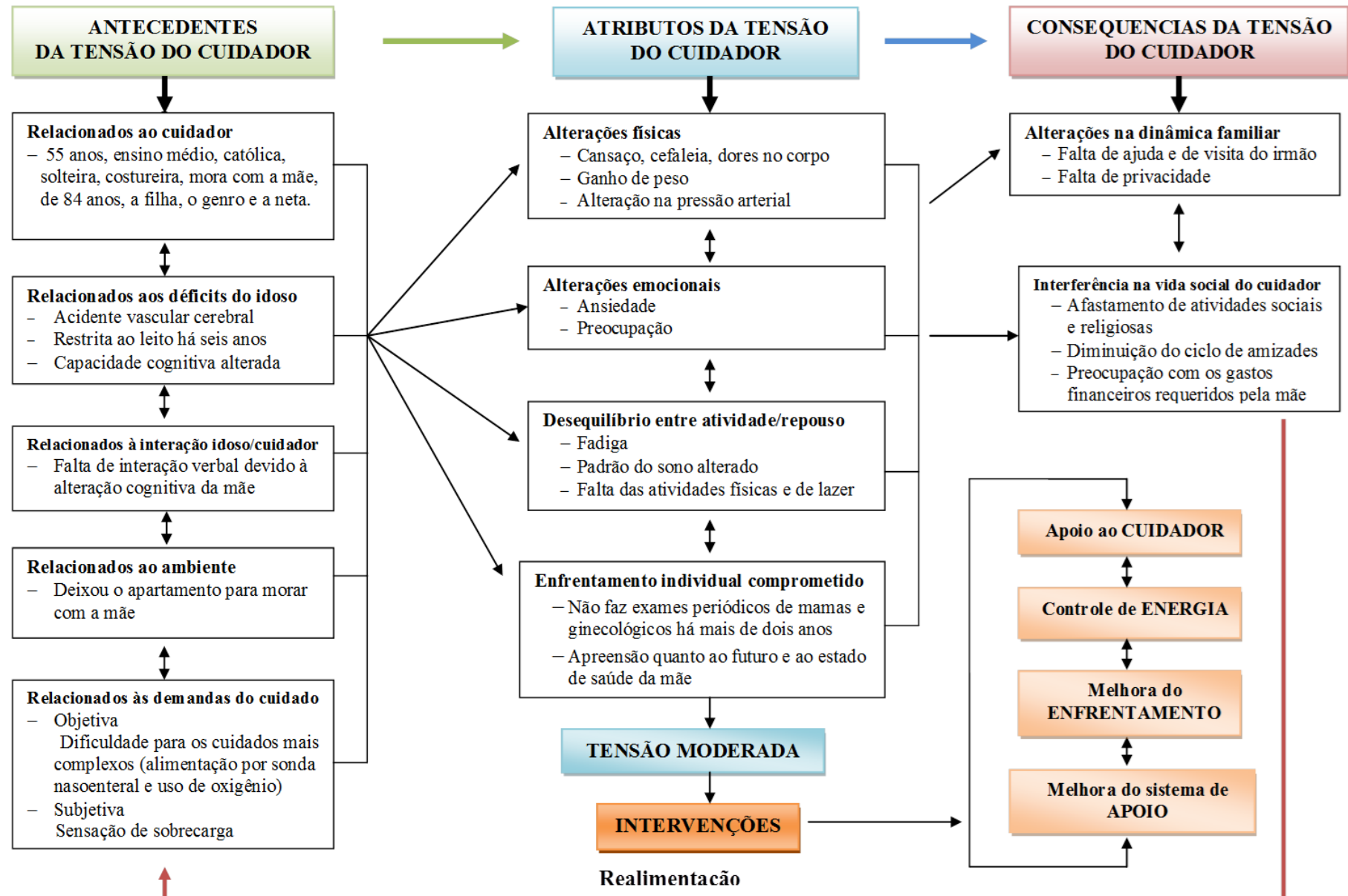


Figura 11 – Indicadores empíricos da *Tensão do papel de cuidador*, nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 4.

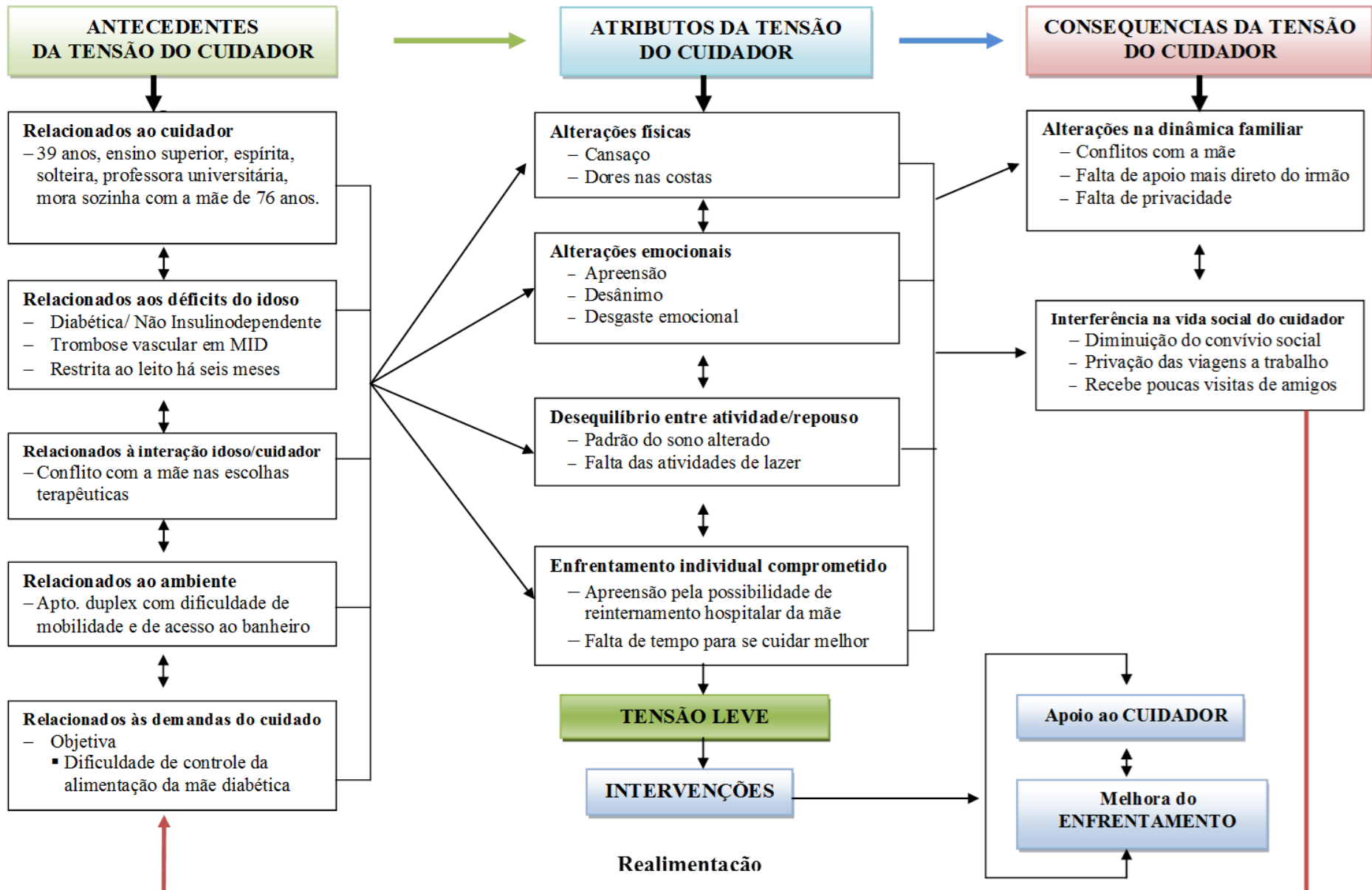


Figura 12 – Indicadores empíricos da *Tensão do papel de cuidador*, nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 5.

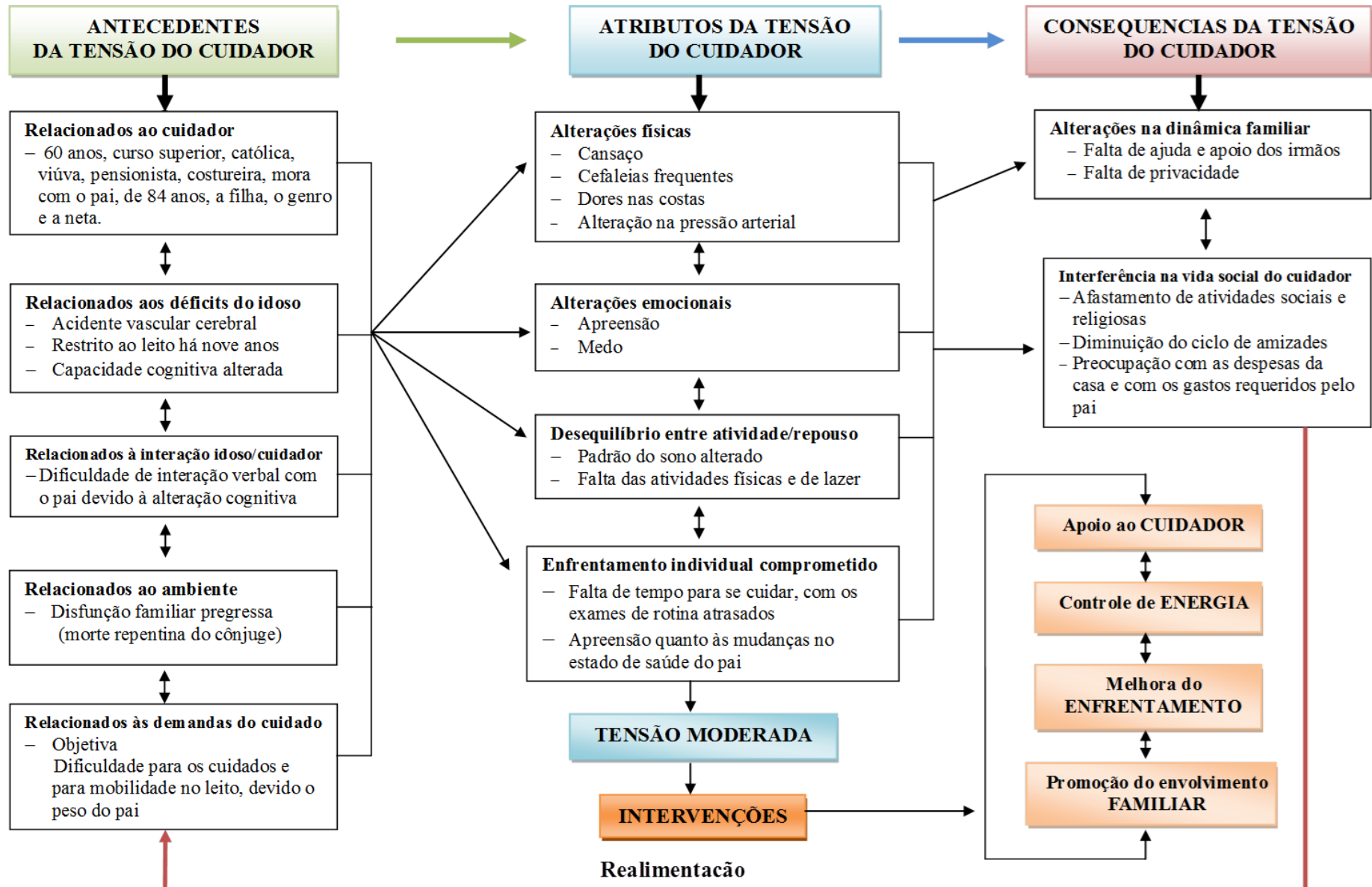


Figura 13 – Indicadores empíricos da *Tensão do papel de cuidador*, nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 6.

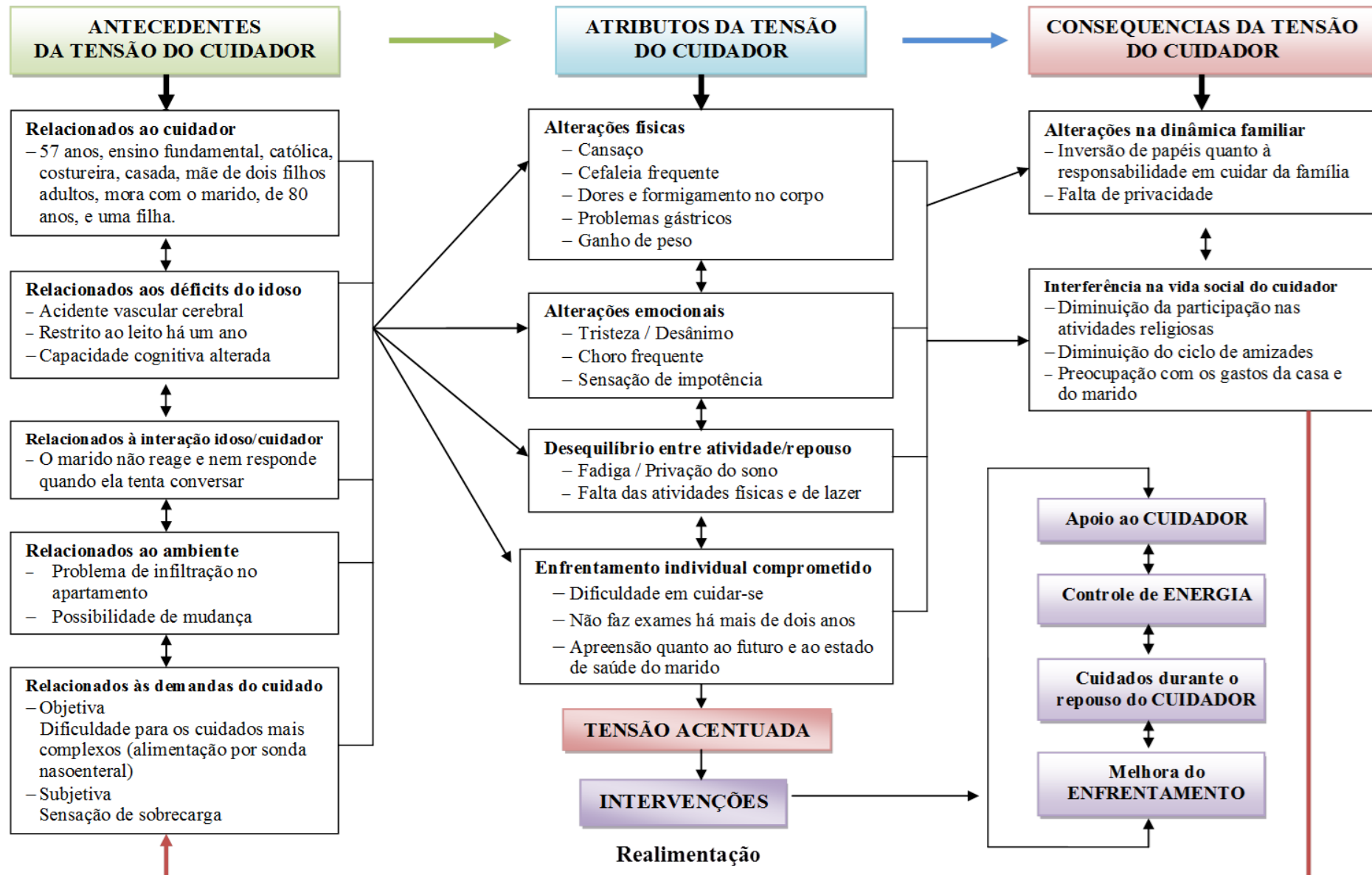


Figura 14 – Indicadores empíricos da *Tensão do papel de cuidador*, nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 7.

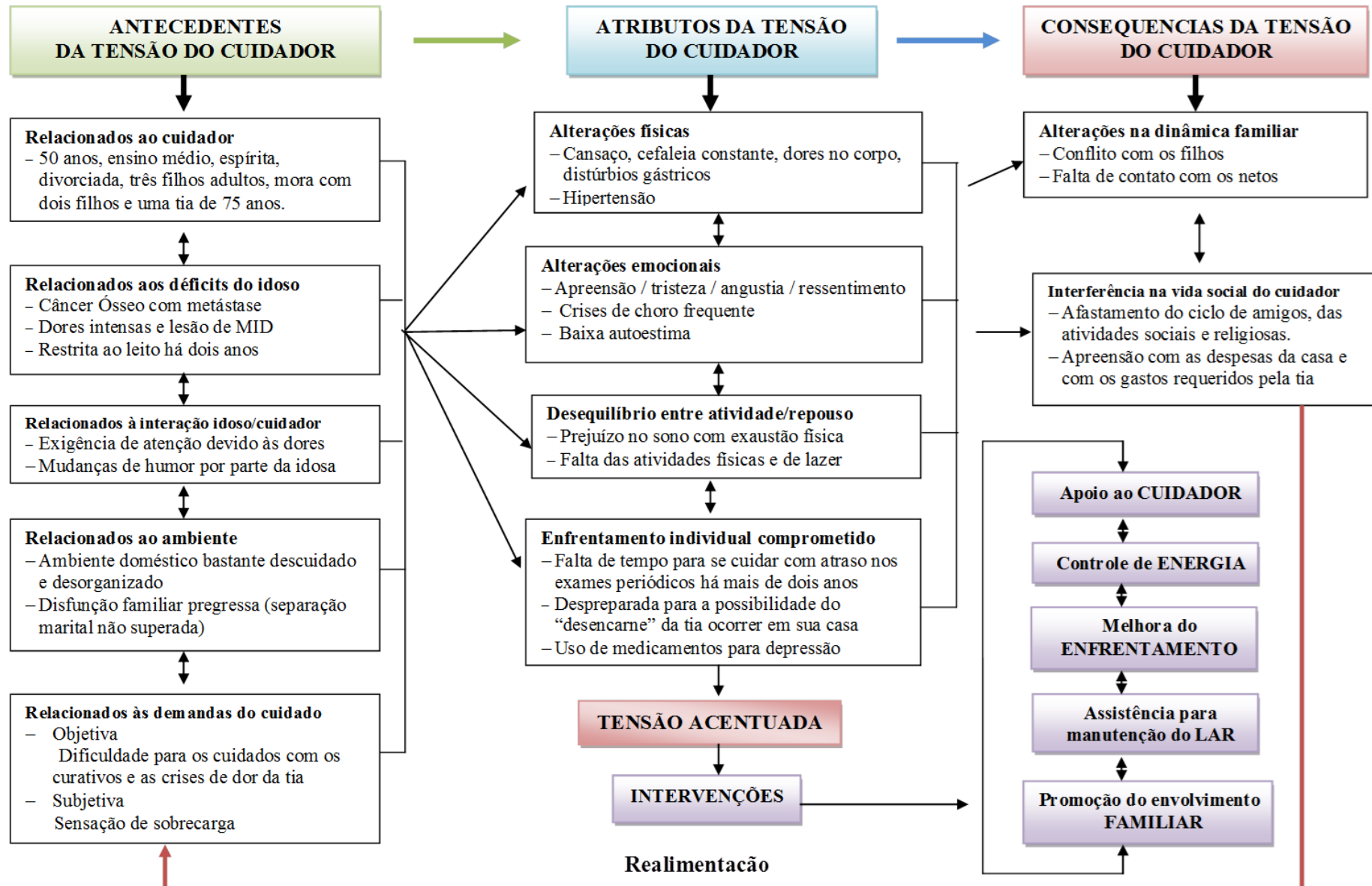


Figura 15 – Indicadores empíricos da *Tensão do papel de cuidador*, nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 8.

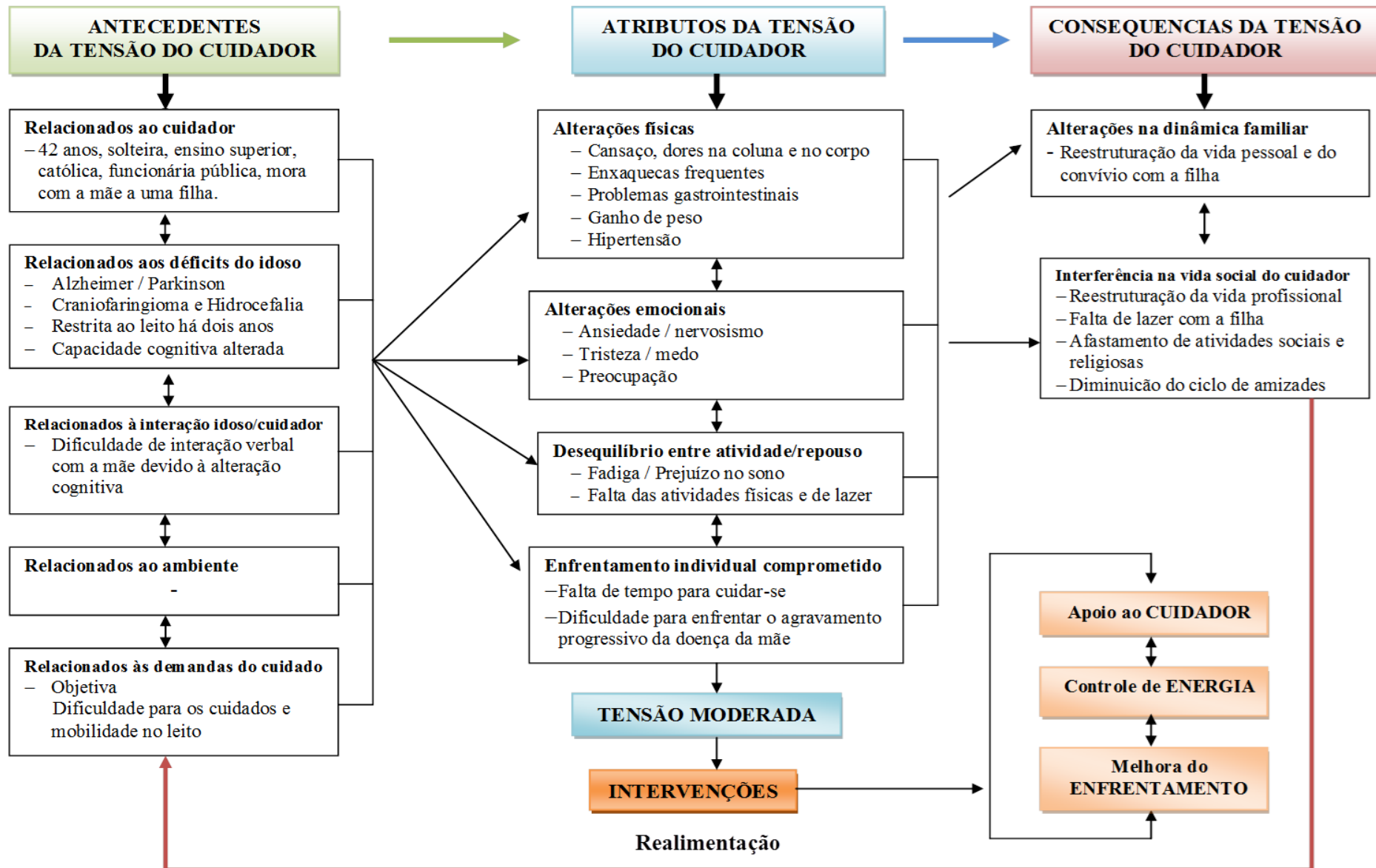


Figura 16 – Indicadores empíricos da *Tensão do papel de cuidador*, nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 9.

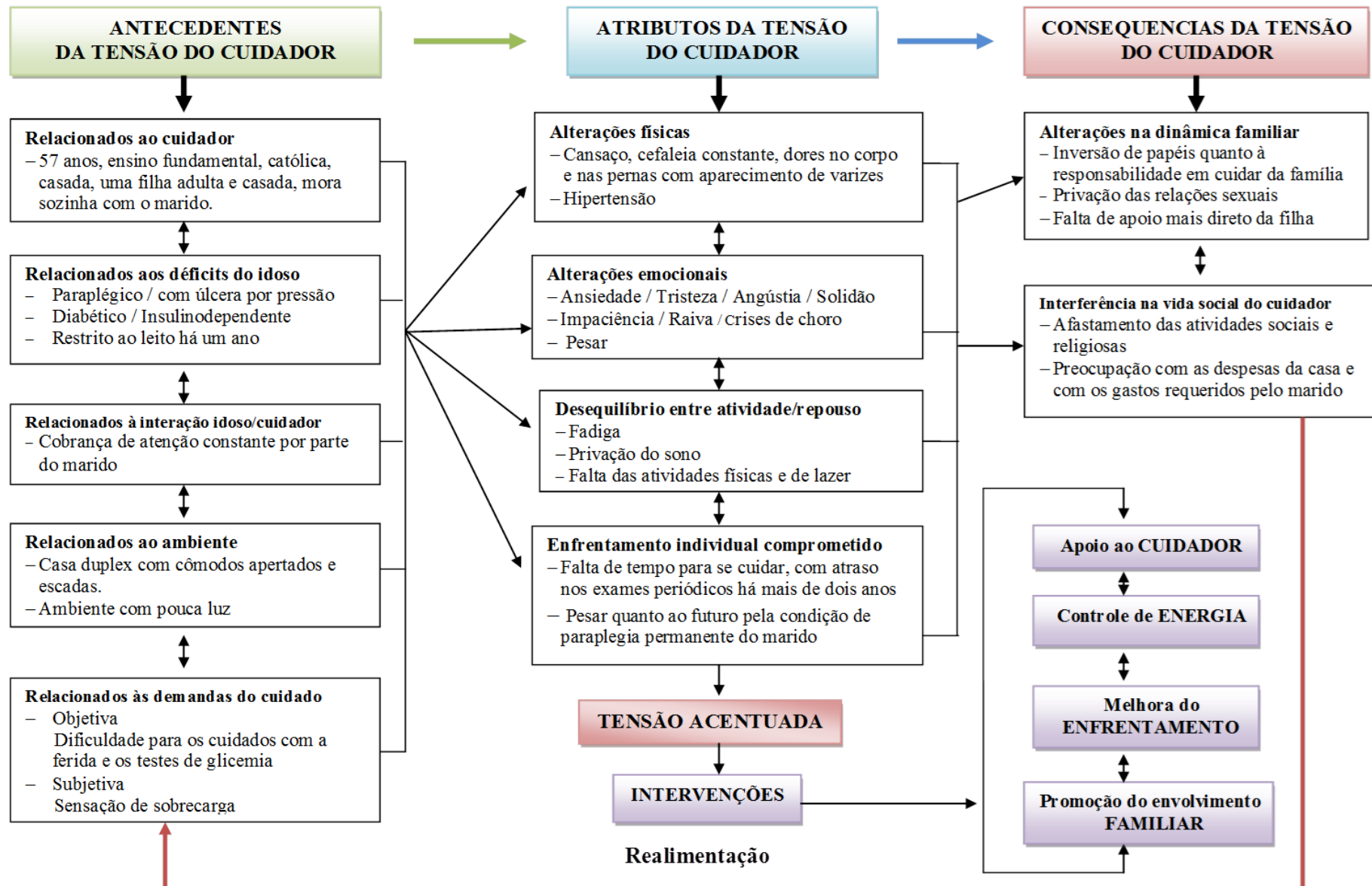


Figura 17 – Indicadores empíricos da *Tensão do papel de cuidador*, nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 10.

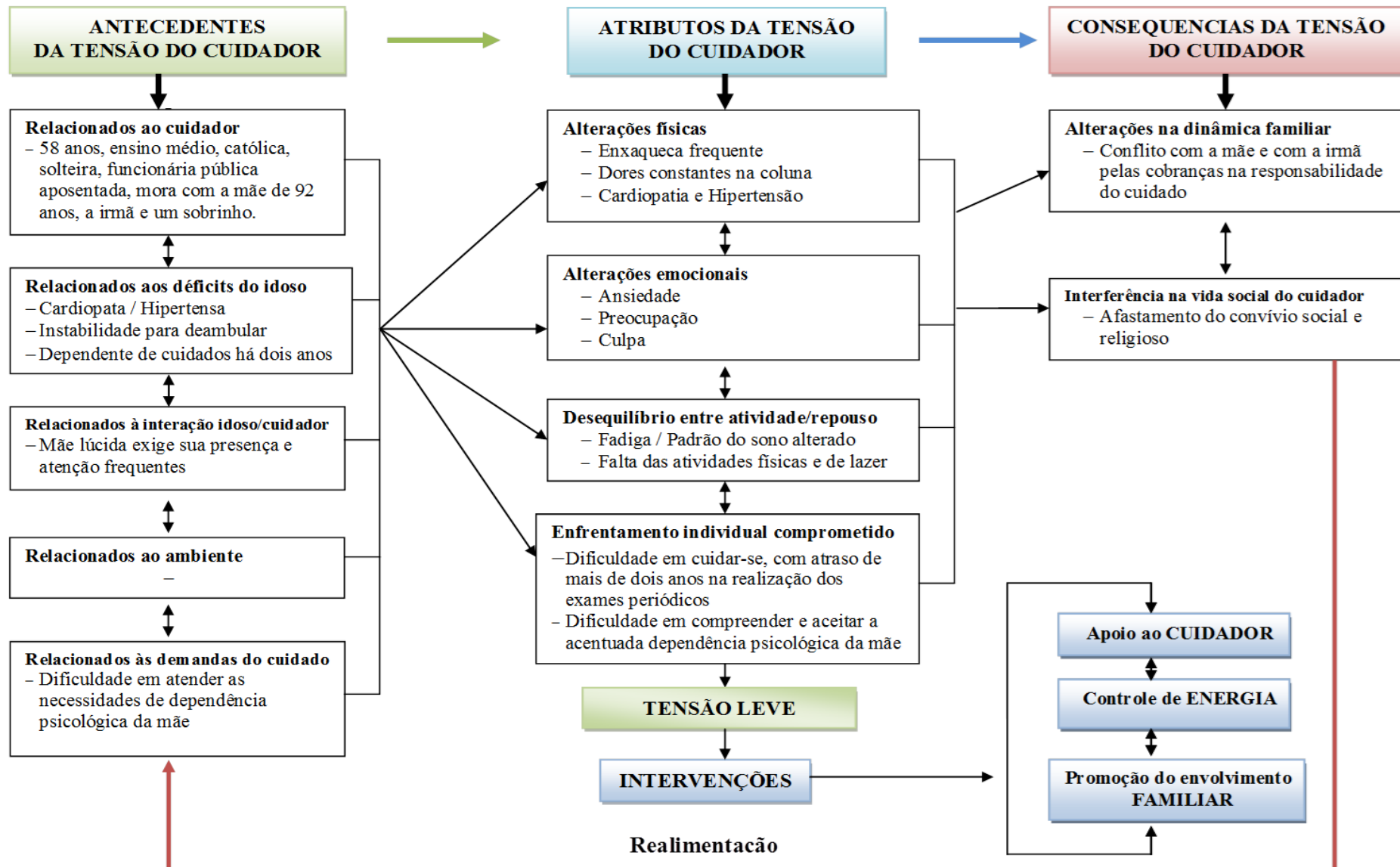
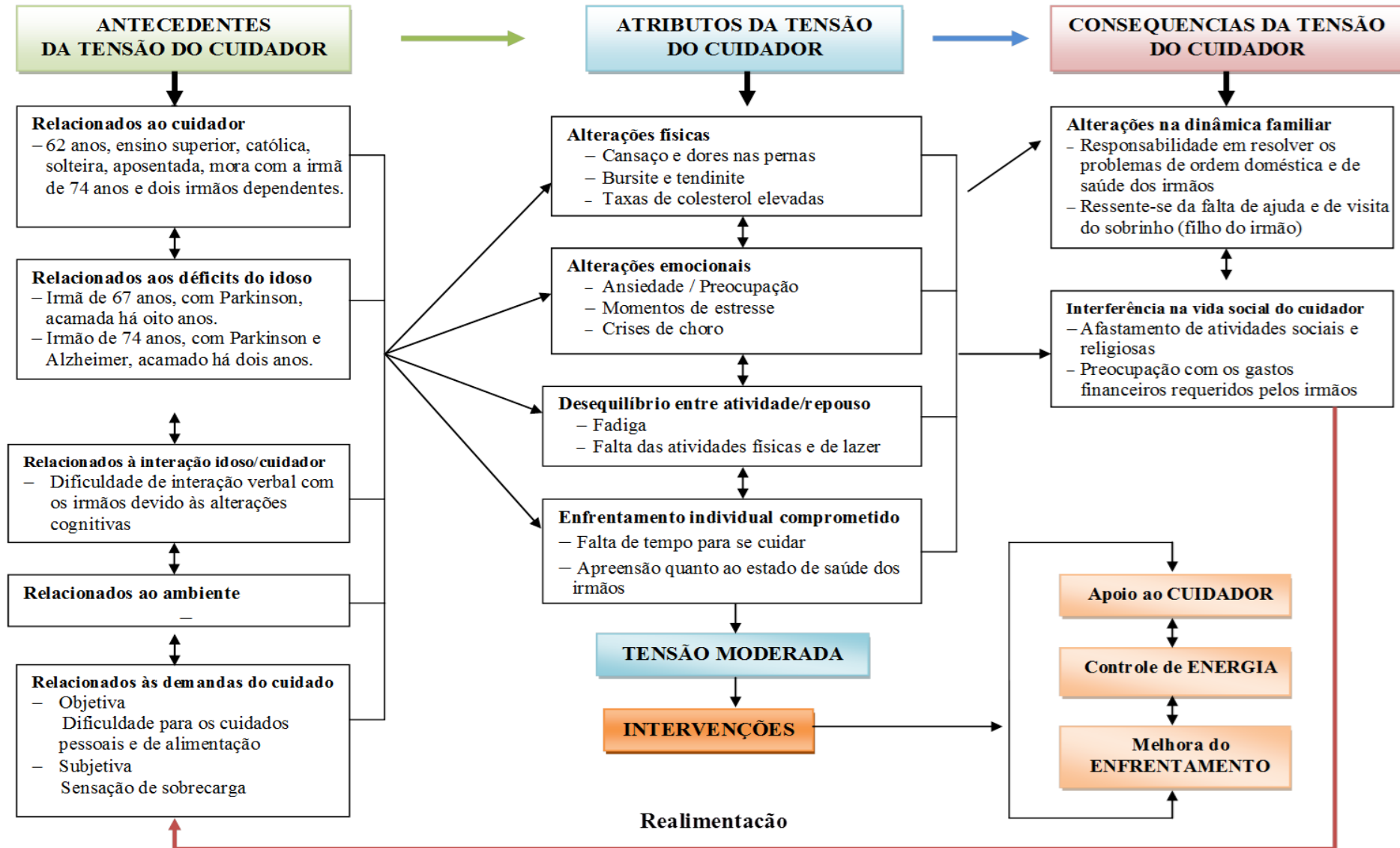


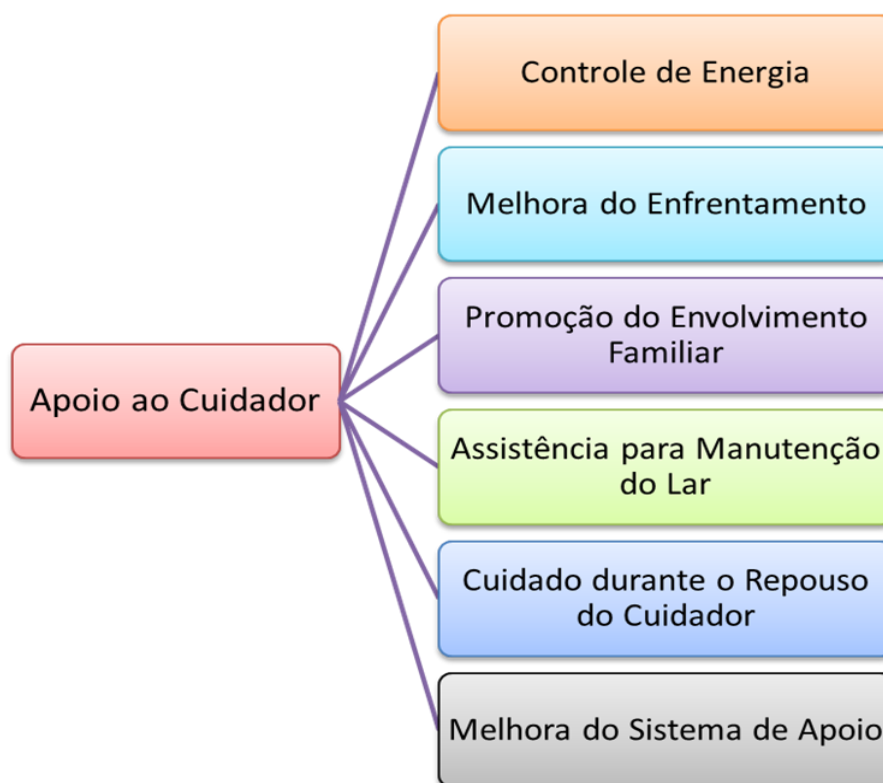
Figura 18 – Indicadores empíricos da *Tensão do papel de cuidador*, nível de tensão e intervenções de enfermagem aplicáveis ao caso 11.



A NIC recomenda a seleção de intervenções consideradas essenciais para a resolução de um problema. Para selecionar as intervenções, foi adotado o critério da intervenção principal, seguido das sugeridas e opcionais consideradas mais indicadas, de acordo com a experiência profissional, tanto pelas enfermeiras assistenciais quanto pelas especialistas participantes da pesquisa. Além disso, foi considerada a pertinência dessas intervenções no cenário da prática clínica e que reunissem as atividades que oferecessem a oportunidade de resolver os problemas apresentados pelas cuidadoras familiares pesquisadas e com evidência de tensão.

Entre as doze intervenções de enfermagem indicadas neste estudo, destacam-se sete, que foram selecionadas a partir da análise dos casos e considerando-se as necessidades das onze cuidadoras familiares de idosos dependentes entrevistadas, conforme expressa a Figura 19.

Figura 19 – Intervenções de enfermagem aplicáveis às cuidadoras familiares pesquisadas - João Pessoa-PB. 2015.

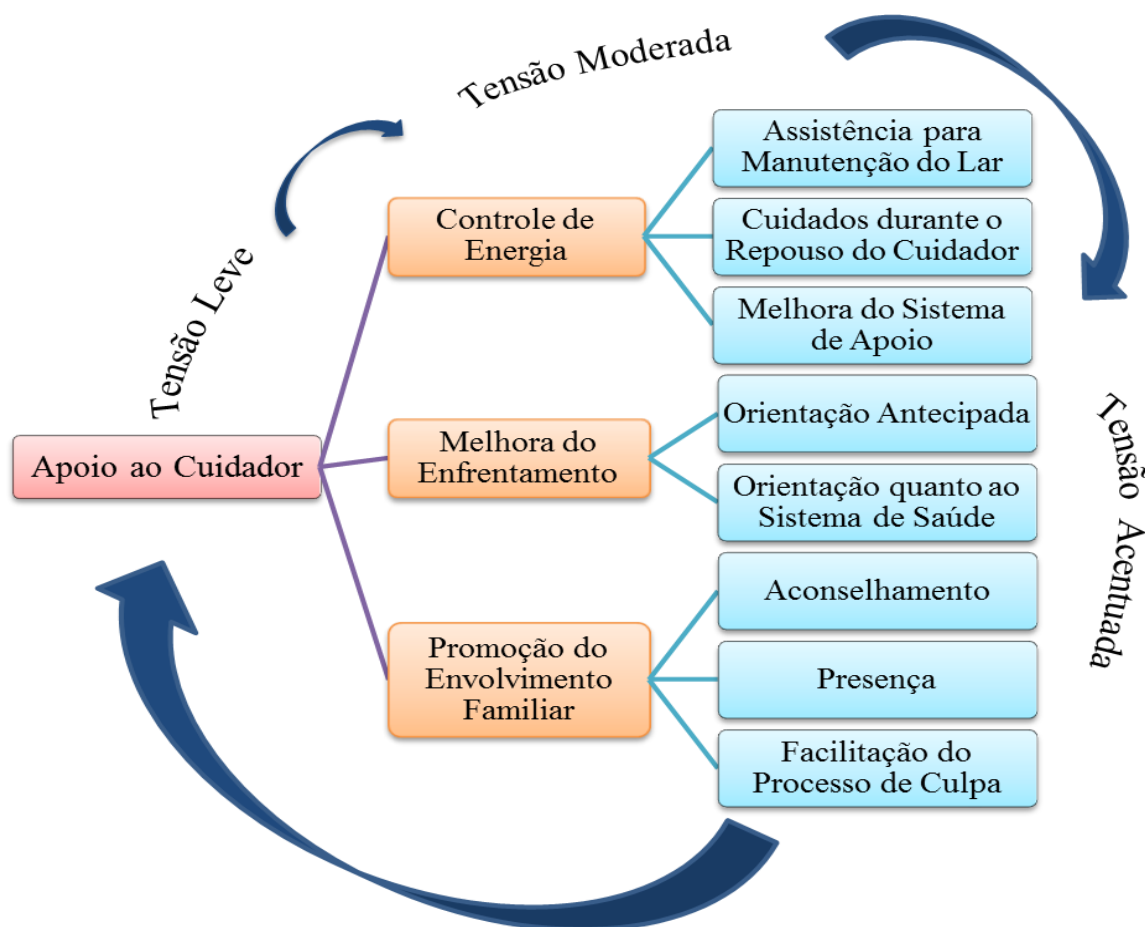


Constatou-se que a intervenção Apoio ao cuidador, por ser principal, tem uma amplitude extremamente significativa uma vez que foi selecionada para os onze casos.

Foram ainda verificadas: Controle da energia (em 10 casos); Melhora do enfrentamento (em 9 casos); Promoção do envolvimento familiar (em 6 casos); Assistência para manutenção do lar (em 2 casos); Cuidados durante o repouso do cuidador (em 1 caso) e Melhora do sistema de apoio (em 1 caso).

Os casos elaborados, com base nos dados empíricos apreendidos por meio da escuta ativa das falas e das experiências das cuidadoras familiares com seus receptores de cuidados, permitiram identificar e categorizar a tensão vivenciada por elas nos níveis leve, moderado e acentuado, de acordo com as descrições operacionais já descritas neste estudo. Dentre as onze cuidadoras familiares, duas apresentaram tensão leve (casos 4 e 10); cinco delas, tensão moderada (casos 1, 3, 5, 8 e 11); e quatro, tensão acentuada (casos 2, 6, 7 e 9). Considerando esses níveis de tensão, foi possível observar que as intervenções de enfermagem aplicáveis às cuidadoras foram àquelas analisadas como as mais prováveis e/ou mais consistentes para resolver o diagnóstico de enfermagem em estudo (Figura 20).

Figura 20 – Intervenções de enfermagem aplicáveis às cuidadoras familiares de acordo com os níveis de tensão identificados nos casos. João Pessoa-PB. 2015.



A predominância da intervenção principal **Apoio ao cuidador**, não significa que as outras intervenções não devam ser aplicadas à população estudada. Isso só reforça que ela pode e deve ser ancorada por outras intervenções, sugeridas ou opcionais, indicadas no estudo, o que permite a confirmação de sua aplicabilidade. Ressalta-se que a aplicabilidade das intervenções e das atividades deve ocorrer de forma interrelacionada, devido ao dinamismo e à multidimensionalidade da *Tensão do papel do cuidador*.

9 *DISCUSSÃO*

As intervenções e atividades de enfermagem propostas na NIC⁽⁴⁷⁾ para o diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador* estão distribuídas numa estrutura de classificação representada por sete domínios e 30 classes de intervenção. Para este estudo, foram selecionadas trinta intervenções, inseridas em cinco domínios: Fisiológico: Básico (1), Comportamental (12), Segurança (2), Família (10) e Sistema de saúde (5).

A predominância desses domínios foi observada para as doze intervenções de enfermagem indicadas pelas enfermeiras assistenciais como as mais aplicáveis ao cuidador familiar, na primeira etapa deste estudo. Dessas, seis estão inseridas no domínio 3 – Comportamental; quatro, no domínio 5 - Família, seguido do domínio 1 - Fisiológico: Básico, com uma, e domínio 6 - Sistema de Saúde, também com uma intervenção. O maior número de intervenções no domínio Comportamental encontra-se na classe Assistência no enfrentamento; e no domínio Família, na classe Cuidados ao longo da vida. As outras, encontradas no domínio Fisiológico: Básico e Sistema de Saúde, estão contempladas, respectivamente, nas classes Controle da atividade e do exercício e Mediação do Sistema de Saúde.

Considerando que as intervenções da NIC podem ser aplicadas a pessoas de todas as idades e de todas as especialidades, as apontadas pelas enfermeiras assistenciais foram as que são adequadas às necessidades do cuidador familiar que presta cuidados ao idoso dependente. Tendo em vista as proposições da NIC⁽⁴⁷⁾, é esperado que as intervenções de enfermagem sejam escolhidas de acordo com a natureza de uma especialidade, a frequência em que são utilizadas ou a necessidade do enfermeiro de atender às especificidades de uma população no contexto de sua prática clínica. Assim, para pacientes de cuidados críticos, por exemplo, espera-se que intervenções do domínio fisiológico: complexo seja predominante, da mesma forma que, em pacientes atendidos no domicílio e na comunidade, as intervenções do domínio fisiológico básico e comportamental sejam as mais necessárias.

Estudos realizados na Itália demonstraram que, nos planos de cuidados realizados por enfermeiros para 76 pacientes internados em unidade de reabilitação cardiológica, todas as intervenções selecionadas foram, essencialmente, do Domínio fisiológico: Básico e Complexo⁽⁷⁵⁾. No Brasil, as intervenções mais frequentes encontradas em estudos realizados em uma unidade de terapia intensiva compreendiam as do Domínio fisiológico: Complexo⁽⁷⁶⁻⁷⁷⁾. Já em estudos desenvolvidos em comunidade religiosa, nos Estados Unidos, sobre o que fazem os enfermeiros da paróquia, prevaleceu o Domínio Comportamental⁽⁷⁸⁾.

Tais estudos confirmam, portanto, que há uma tendência em prevalecer o domínio que mais representa as características de uma unidade de cuidado, com intervenções que sejam mais relevantes para determinada área de atuação profissional. Isso corrobora o predomínio de intervenções nos domínios, Comportamental e Família, observados no presente estudo, as quais guardam relação com as especificidades do cuidador familiar e do idoso dependente e com o cenário social onde esse cuidado se dá.

A NIC oferece uma lista de atividades para cada intervenção, de forma a contemplar os aspectos físicos, sociais e psicológicos de pessoas de todas as idades a serem atendidas em diversas áreas de especialidades. Considerando que as atividades expressam as ações a serem implementadas para atender às necessidades de certa população em uma situação específica, era esperado que as atividades apontadas pelas enfermeiras assistenciais e analisadas pelas especialistas fossem as que melhor refletissem as necessidades do cuidador familiar que cuida do idoso dependente.

A NIC orienta que as atividades de uma intervenção podem e devem ser modificadas para atender às necessidades individuais e de cada situação, desde que essas modificações não sejam tão acentuadas a ponto de tornar a lista original irreconhecível. Quaisquer atividades modificadas devem se ajustar à definição da intervenção⁽⁴⁷⁾.

Na análise dessas intervenções, constatou-se que **Apoio ao cuidador**, proposta na ligação NANDA-I/NIC⁽⁴⁸⁾ como intervenção principal para o diagnóstico em estudo, tem uma amplitude extremamente significativa. Definida como *o oferecimento das informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário ao paciente por pessoa que não seja um profissional de saúde*⁽⁴⁷⁾, foi a mais indicada pelas enfermeiras assistenciais, que também elencaram todas as atividades indicadas (31) para ela. Depois da análise, pelas especialistas, 27 delas foram mantidas. Sua indicação também foi confirmada em todos os

casos relativos às cuidadoras familiares dos idosos dependentes. No tocante às atividades elencadas para essa intervenção, destacaram-se: *Reconhecer as dificuldades do papel de cuidador; Investigar com o cuidador como ele está enfrentando a situação; Ensinar o cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde de modo a manter a própria saúde física e mental; Fazer afirmações positivas sobre os esforços do cuidador.* Salienta-se que essas ações alcançam diversos aspectos da vida do cuidador familiar, portanto, podem melhorar o impacto negativo da provisão de cuidado sobre a qualidade de sua vida.

Convém destacar que as cuidadoras familiares participantes do estudo enfrentavam situações no desempenho do papel de cuidador que interferiam nos aspectos da vida pessoal, familiar, social e do trabalho. Elas não tinham tempo disponível para cuidar de si, para buscar os serviços de saúde, passear, frequentar a igreja, participar de grupos comunitários ou de outras atividades sociais que lhes eram importantes. Sabe-se que cuidar implica dar atenção, dedicar-se, estar disponível, mas, em contrapartida, resulta também em ter menos tempo para se cuidar, para dedicar tempo às tarefas que proporcionam bem-estar e até mesmo em se afastar daquilo que antes era um projeto de vida do cuidador. Por isso, é preciso dar apoio a essas cuidadoras e reconhecer suas dificuldades de cuidar e de cuidar-se.

Pode-se considerar que a intervenção ora mencionada tem estreita relação com a **Melhora do enfrentamento**, intervenção definida pela NIC como *assistência ao paciente para adapta-se a estressores, mudanças ou ameaças percebidos que interfiram na satisfação das exigências da vida e no desempenho de papéis*⁽⁴⁷⁾. Sabe-se que a forma como cada cuidador enfrenta situações de tensão/estresse relacionadas ao papel de cuidar de idosos dependentes está relacionada a determinados eventos da vida e são influenciadas pelas características pessoais, bem como pelas percepções acerca dos múltiplos aspectos que envolvem o cuidado dessa pessoa idosa⁽⁶²⁾. Portanto, apoiar o cuidador significa ajudá-lo a enfrentar situações produtoras de estresse. Em relação ao número de atividades indicadas para esta intervenção, obteve-se o maior número (38). Entre elas, destacam-se: *Oferecer informações reais a respeito do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico; Avaliar a compreensão do cuidador sobre o processo de doença; e Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos.*

Neste estudo, observou-se que as cuidadoras ainda resistiam em aceitar e assumir a inversão dos papéis na estrutura familiar e apresentavam fragilidades diante de situações para as quais não se encontravam preparadas. Se, para algumas, a função de cuidar começou de forma gradual, para outras, instalou-se repentinamente, como os casos dos receptores de cuidados acometidos de acidente vascular cerebral e de paraplegia permanente. Essas cuidadoras, a maioria filhas, esposas, irmã, nora e sobrinha, declararam-se cuidadoras principais e responsáveis pela família e enfrentaram também dificuldades de ordem financeira devido aos gastos com o receptor de cuidados.

Quanto à divisão dos cuidados com outras pessoas ou membros da família, sete das cuidadoras afirmaram não receber ajuda nos cuidados com o idoso, portanto, são as únicas responsáveis; quatro declararam que assumiam a maior parte dos cuidados, pois a ajuda recebida de outro membro da família era dada de forma assistemática; apenas uma cuidadora que assumia a responsabilidade de cuidar de dois acamados contava com uma pessoa contratada para cuidar de um deles. Porém, apesar das desordens produzidas na vida pessoal e profissional, algumas delas referiram nas entrevistas que cuidariam dos seus idosos, mesmo se tivessem outra opção, justificando o ato de cuidar como necessidade, obrigação, gratidão, abnegação e amor ao receptor de cuidados. Acreditavam que estavam dando o melhor de si para isso.

Esses achados coincidem com dados de pesquisas em que o cuidador geralmente é a esposa e, em segundo lugar, numa hierarquia de compromisso, a filha mais velha. A proximidade parental ou afetiva, sentimentos de obrigação, proximidade física, vontade expressa do doente e o fato de ser mulher são as situações que se verificam na maioria dos casos^(2,79). Estudo realizado sobre a aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer revela que a experiência de cuidar também é percebida como a responsabilidade de fazer o melhor pelos idosos⁽⁸⁰⁾.

Contrariamente, muitas vezes, o núcleo familiar impõe a função de cuidador a quem julga mais apto e/ou disponível; noutros casos, o familiar assume esse papel por não ter outra opção, o que pode gerar um nível elevado de estresse, visto que a escolha dessa função não foi natural⁽⁸¹⁾. São pessoas que assumiram o papel de cuidar por terem disponibilidade, instinto ou vontade e, por vezes, são tão ou mais frágeis quanto os receptores de cuidados e apresentam fragilidades orgânicas e emocionais. Portanto,

vivenciam um elevado nível de tensão e precisam mais atenção do que o receptor de cuidados⁽⁸²⁾.

Considerando o exposto, espera-se que sejam planejadas e implementadas intervenções que ajudem o cuidador a enfrentar essa situação. Cuidar deve ser visto numa perspectiva holística, e nesse sentido, tanto o cuidador quanto o receptor de cuidados precisam ter suas necessidades biopsicossociais consideradas. Estudos demonstram que a sobrecarga de trabalho, a falta de lazer, as dificuldades econômicas, pouco tempo para si e a falta de revezamento geram impactos evidenciados pelo cuidador, como estresse, ansiedade, fadiga, instabilidade emocional, irritabilidade e distúrbios do padrão do sono, em que afloram sentimentos de tristeza, desânimo, falta de motivação, solidão e isolamento^(4,80,83-84).

O cuidador informal, geralmente, lida com a perspectiva de mais isolamento social, falta de tempo para si próprio e para o contato com a família e os amigos, possíveis interrupções na carreira profissional, gastos excessivos e falta de tempo para o lazer^(80,85). Pesquisa sobre as atividades de lazer realizadas por cuidadores informais de idosos dependentes enfatiza que essas atividades foram negligenciadas ou diminuídas pela grande maioria dos cuidadores entrevistados, que alegaram o comprometimento com as responsabilidades advindas do cuidado com o idoso totalmente dependente^(4,80). Do mesmo modo, outras atividades do cotidiano dos cuidadores, como diminuição do autocuidado, do convívio social, afastamento do trabalho e mudanças relacionadas ao seu local de residência, também são mencionadas^(4,84).

As necessidades de ordem social e cultural referem-se às relações e às interações do cuidador com o meio a que pertence, e se não são satisfeitas, influenciam, sobremaneira, a satisfação de outras necessidades, como segurança, amor, autoestima e autorrealização, bem como as necessidades espirituais que fortalecem as crenças e os valores individuais. Estudo aponta que a religiosidade e a espiritualidade não só funcionam como estratégias de enfrentamento ao estresse e à depressão como também auxiliam na subsistência, no bem-estar psicológico e no processo de reintegração social desses cuidadores. A convivência com os demais membros de sua igreja e o suporte recebido os fortalecem e dão um novo sentido às suas vidas⁽⁴⁾.

A intervenção de enfermagem **Controle de energia**, definida pela NIC⁽⁴⁷⁾ como *regulação do uso da energia para tratamento ou prevenção de fadiga e otimização de*

funções, reúne 50 atividades, 26 das quais foram apontadas pelas enfermeiras assistenciais como aplicáveis neste estudo e analisadas pelas especialistas que indicaram 22 delas. Podem ser destacadas: *Monitorar o cuidador quanto a evidências de fadiga física e emocional excessiva; Encorajar a atividade física (p. ex., deambulação, desempenho de atividades da vida diária) coerente com os recursos energéticos do cuidador; e Orientar o cuidador e/ou pessoa significativa sobre a fadiga, seus sintomas comuns e recorrências latentes.*

Neste estudo, foi confirmada a indicação dessa intervenção para dez cuidadoras, dentre as onze entrevistadas. A maioria delas apresentava evidência de desgaste e exaustão física decorrentes do processo de cuidar, por serem responsáveis pela totalidade ou pela maior parte dos cuidados prestados aos idosos sob sua responsabilidade. Essa circunstância, somada ao tempo prolongado em que elas vêm prestando cuidados como banhar, vestir, alimentar, sem o repouso necessário para evitar a fadiga excessiva, deteriorava suas condições físicas. Atualmente, estudos confirmam que a prestação de cuidados a pessoa com dependência, sobretudo de longa duração, é uma tarefa que implica um grande desgaste, com consequências na saúde física e emocional do cuidador familiar^(2,86). Por isso, as atividades de enfermagem devem ser planejadas para preservar e restabelecer as forças e a energia física e emocional do cuidador e para reduzir os fatores que causam fadiga.

Mediante o exposto, pode-se fazer uma associação entre as intervenções **Controle de energia, Assistência para manutenção do lar e Cuidados durante o repouso do cuidador**, porquanto elas envolvem, de certo modo, o manejo da energia do cuidador na provisão de cuidados tanto com o idoso quanto com a casa.

A **Assistência para manutenção do lar** é definida pela NIC como o *auxílio a paciente/família para manter a casa como um local limpo, seguro e agradável de viver*⁽⁴⁷⁾. Para isso, as atividades mais indicadas foram: *Informar sobre maneiras de tornar seguro e limpo o ambiente doméstico; Sugerir alterações estruturais necessárias para tornar a casa acessível; Envolver o cuidador / familiares nas decisões sobre a manutenção da casa.* Neste estudo, a maioria dos lares apresentava ambientes amplos, arejados e bem cuidados, com exceção de duas moradias que estavam desarrumadas durante a visita. Essa situação, na avaliação das cuidadoras, refletia a desordem por que passavam suas vidas naquele momento. Convém destacar o quanto seria importante que os que ali residiam cooperassem

para manter o ambiente limpo, dividindo as tarefas domésticas, para que não fossem feitas apenas pelas cuidadoras.

Convém enfatizar que, na atualidade, a prestação de cuidados aos idosos ainda é vista como uma ação inerente à própria condição feminina, da mesma forma que a educação dos filhos e as tarefas domésticas, independentemente de a mulher também exercer atividades laborais fora de casa. Aliado a isso, houve alterações na dinâmica e no arranjo familiar, fatores que também têm importantes implicações quando algum membro dessa família requer cuidado ou necessita cuidar de outro. Nesse contexto, a capacidade da família para mudar uma situação geradora de tensão é extremamente elevada e, na maioria das vezes, não atinge um ponto de equilíbrio^(1,54).

Algumas cuidadoras mencionaram que tiveram que se mudar para a casa do idoso, enquanto outras optaram por cuidar em sua própria residência. Isso interferiu na dinâmica da família, porque os espaços físicos não proporcionavam privacidade. Geralmente, quando se toma a responsabilidade de cuidar de um idoso, o ambiente domiciliar sofre modificações para acomodar essa nova situação. Muitas vezes, adaptações estruturais nas dependências do lar são necessárias para acomodar membros da família, tendo em vista que as pessoas idosas precisam de espaço privativo para os cuidados pessoais. Essa situação geradora de estresse pode interferir, potencialmente, no repouso do cuidador.

Em relação à intervenção de enfermagem **Cuidados durante o repouso do cuidador**, a NIC a define como um *oferecimento de cuidados de curto prazo para proporcionar descanso ao cuidador da família*⁽⁴⁷⁾. De oito atividades indicadas pelos assistenciais e analisadas pelos especialistas, destacaram-se: *Estabelecer uma relação terapêutica com o cuidador/família; e Providenciar cuidados de emergência, se necessário reforçando a importância de se considerarem a família, o cuidador e o idoso como uma unidade de cuidado e, portanto, corresponsáveis pela provisão de cuidados.*

Nos estudos de caso, constatou-se que as cuidadoras recebiam se afastar para descansar por várias razões: medo de que algo de ruim ocorresse, de estar ausente quando houvesse necessidade emergencial e de deixar o/a idoso/a com alguém para cuidar, e essa pessoa fazer algo errado, por achar que poderia fazer melhor. Todas essas situações poderiam precipitar o sentimento de culpa e elevar o nível de tensão emocional. Apesar disso, todas reconheciam a necessidade do repouso como estratégia para recuperar as energias e diminuir seu nível de tensão.

Estudo mostra que o repouso inadequado e o fato de a cuidadora familiar não ter com quem partilhar os problemas resultam em consequências negativas para sua vida, tais como: estresse, fadiga, instabilidade emocional e irritabilidade⁽⁸⁰⁾. A promoção do repouso físico e psicológico é o principal meio de reduzir esses fatores e conservar a energia do cuidador. Entretanto, é importante lembrar que o repouso só trará benefícios fisiológicos e emocionais se o cuidador sentir que é restaurador. Por isso, é preciso observar quando ele começa a apresentar resistência ao repouso, pois, em muitas situações, o cuidador pode gastar mais energia recusando-se a aceitar o repouso do que se lhe forem permitidos momentos temporários de descanso, como um dia ou uma noite de folga.

Nesse sentido, cabe ao enfermeiro encorajar o cuidador familiar a proteger a própria saúde e o bem-estar, utilizando os períodos de repouso regularmente. A princípio, as intervenções de enfermagem devem ser planejadas com a inclusão de atividades que proporcionem breves períodos de repouso para restabelecer as forças e a energia física e emocional. Entretanto, isso só é possível se houver familiares disponíveis e dispostos a ajudar, assumindo o cuidado com o idoso nesses períodos e dividindo tarefas entre seus membros.

O conjunto das intervenções de enfermagem **Promoção do envolvimento familiar, Melhora do sistema de apoio, Facilitação do processo de culpa e Presença** podem ser implementadas associadamente, pois se considera que a rede de apoio formal e o apoio informal, advindos da família, de amigos, vizinhos ou pessoas com qualquer tipo de ligação pessoal ou afetiva com o cuidador, são suportes fundamentais para que ele possa minimizar/superar a tensão gerada pelo processo de cuidar.

A intervenção de enfermagem **Promoção do envolvimento familiar** é compreendida, de acordo com a NIC, como *a assistência aos familiares para conduzirem a família para uma forma mais produtiva de vida*⁽⁴⁷⁾. Dentre as atividades mais indicadas neste estudo, podem ser destacadas: *Identificar as capacidades dos membros da família para o envolvimento nos cuidados do cuidador; Informar os familiares sobre fatores capazes de melhorarem a condição do cuidador; Identificar os déficits no autocuidado do cuidador; e Encorajar os familiares e o cuidador a auxiliarem na elaboração de um plano de cuidados, inclusive resultados esperados e a implementação desse plano.*

Ficou evidente, no estudo, que as relações familiares das cuidadoras apresentavam algum grau de conflito, tanto em decorrência da situação instalada quanto da omissão de

alguns membros em dar atenção ao idoso e da recusa em ajudar ao cuidador. Embora as famílias não fossem numerosas, havia membros com grau próximo de parentesco, como irmãos, sobrinho e netos, mas eles não participavam do cuidado. Isso confirma uma realidade observada nas famílias atualmente que, embora seja a principal instituição cuidadora do idoso dependente, não significa que todos os seus membros se envolvam no cuidado. O fato de morar e de cuidar ou não desse idoso pode ser, inclusive, um fator desencadeante de mudanças no sistema familiar que o leva ao desequilíbrio⁽⁸⁷⁻⁸⁸⁾.

Sabe-se que o grau de dependência do idoso que é alvo de cuidados, o prognóstico relativo às suas condições de saúde/incapacidade, a duração do cuidado, as condições materiais objetivas da família e a disponibilidade de recursos formais interagem entre si e com as relações familiares⁽⁸⁹⁾. Recomenda-se que as famílias sejam incentivadas a atuar junto com o cuidador do idoso dependente, dividindo tarefas e procurando proporcionar um clima de satisfação no ambiente familiar⁽⁴⁾. Esse comportamento reforça a ideia de que é preciso ajudar essas famílias a conviverem com a dependência dos seus familiares idosos, o que, fundamentalmente, implica compatibilizar o cuidado dispensado ao idoso com os hábitos e as tarefas diárias da família⁽¹⁾.

Essas considerações reforçam a importância da intervenção de enfermagem **Melhora do sistema de apoio**, definida pela NIC como a *facilitação de suporte ao paciente pela família, os amigos e a comunidade*⁽⁴⁷⁾, cujas atividades correspondem, entre outras: *Envolver a família/pessoas significativas/amigos nos cuidados e no planejamento; Identificar o grau de apoio da família; Encaminhar a programas de promoção/prevenção/tratamento/reabilitação com base na comunidade, conforme apropriado.*

Sabe-se que o suporte social é fundamental e envolve a rede de apoio informal, composta pela família, por amigos, vizinhos ou pessoas com laços afetivos, ou a rede de apoio formal, quando estão envolvidas as estruturas e as equipes prestadoras de cuidados, os recursos da comunidade e a participação de grupos de apoio⁽⁸⁷⁻⁸⁸⁾. Considerando isso, foi observado que as cuidadoras participantes do estudo sentiam a falta do envolvimento e do apoio familiar, principalmente dos irmãos, por acreditarem que eles, por também serem filhos do receptor de cuidados, tinham a obrigação de ajudar. Percebeu-se que, quanto maior era a complexidade do cuidado, maior o afastamento dos membros da família, o que gerava no cuidador sentimentos de mágoa, revolta e ressentimento e, em consequência, o desânimo

para enfrentar as tarefas relativas ao cuidar. Faltava na maioria das cuidadoras motivação para se envolver no cuidado da própria saúde.

No tocante ao suporte social formal, as cuidadoras recebiam o apoio do SAD, e isso representava, para algumas delas, o suporte mais importante, tendo em vista os gastos financeiros requeridos por seus parentes idosos. O desempenho cotidiano do cuidado relativo ao atendimento das atividades de vida diária dos idosos demandava equipamentos e suprimentos como cama, cadeira de rodas e cadeira de banho, principalmente entre as famílias cujos recursos financeiros eram limitados. O SAD facilitava o acesso dessas famílias a esses recursos e outras tecnologias assistivas.

Deve-se considerar, entretanto, que essa não é a realidade de outros cuidadores que não dispõem desse serviço e têm necessidades similares. Nesse sentido, é imprescindível criar redes de apoio que proporcionem às famílias recursos materiais e humanos, de forma regular, para responder, efetivamente, às necessidades das famílias nesse processo, enquanto os recursos de saúde terão que ser cada vez mais bem geridos e controlados^(81,89). A formação de grupos de apoio na área de abrangência em que o serviço atua também pode servir como um estímulo para que o cuidador participe de atividades e possa conhecer outras pessoas que vivenciam situações semelhantes, compartilhar experiências e conhecimentos e, conseqüentemente, reduzir o desgaste ocasionado pelo cuidado.

Para a intervenção de enfermagem **Facilitação do processo de culpa**, definida pela NIC como *ajudar a outra pessoa a enfrentar sentimentos de dor ou responsabilidade real ou percebida*⁽⁴⁷⁾, foram elencadas, principalmente, as atividades: *Ajudar o cuidador/família a identificar e examinar as situações em que são vividos ou gerados esses sentimentos; e Encaminhar o cuidador para um profissional adequado para tratar condições de trauma, abuso, luto, doença ou com grupo de sobreviventes que buscam orientação e apoio.*

Vale salientar que a família e, principalmente, o cuidador familiar, diante do idoso dependente e da cronicidade de sua situação de saúde, vivencia sentimentos ambíguos que oscilam entre a culpa, o amor, a frustração e a solidariedade, ao mesmo tempo em que experimenta a angústia do inesperado, do que está por vir num processo que varia da aceitação à negação da situação instalada⁽⁹⁰⁾. Foi possível observar tais sentimentos nas cuidadoras entrevistadas. A vivência contínua desses sentimentos pode gerar sintomas

depressivos, com consequências severas para o cuidador. As atividades para essa intervenção poderão ajudar a lidar com o problema e a buscar estratégias para superá-la.

A intervenção de enfermagem **Presença** é definida pela NIC como *estar com o outro, física ou psicologicamente, em períodos de necessidade*⁽⁴⁷⁾. As atividades indicadas foram: *Escutar as preocupações do cuidador; Ser sensível às tradições e crenças do cuidador; Incentivar o cuidador a fazer contato com outras pessoas de apoio (p. ex., sacerdote/ rabino), como convier*. Essa presença de outro é de fundamental importância para a abordagem da *Tensão do papel do cuidador* por proporcionar bem-estar psicológico.

No referente a isso, as cuidadoras familiares relataram momentos de solidão e de não ter com quem dividir as preocupações. Pode-se observar também, durante as entrevistas, a valorização da presença da enfermeira assistencial com a qual a cuidadora conversava, antes e depois da entrevista com a pesquisadora, em busca de informações referentes às atividades de cuidar. Embora se saiba a importância do cuidador no cuidado domiciliar, a presença de profissionais de saúde e de enfermagem se volta para o receptor de cuidados, deixando esse cuidador à parte.

Quando se assume o compromisso de intervir de maneira positiva na vida de alguém que precisa de ajuda, deve-se disponibilizar tempo para estar presente como forma de apoio e de acompanhamento. O enfermeiro, mesmo fazendo parte de uma equipe de atenção domiciliar, é aquele que desempenha uma multiplicidade de papéis: o de prestador de cuidados, de promotor da ligação entre o idoso, o cuidador, a família, a equipe de saúde e a comunidade, assim como de conselheiro, confidente, amigo, entre outros. Quando isso acontece, o cuidador expressa gratidão e simpatia pela disponibilidade de tempo do enfermeiro em lhe dar atenção e apoio.

Em estudo realizado para identificar o uso das intervenções de enfermagem da NIC, no Brasil, com 222 enfermeiros de todas as regiões do país, a intervenção **Presença** foi identificada como central em 15 (71,4%) das 20 especialidades clínicas dos enfermeiros brasileiros distribuídas nas áreas clínica, administrativa e de ensino. Para os autores da pesquisa, essa intervenção envolve cuidados diretos e indiretos com o paciente que são realizados no cotidiano da enfermagem e, nem sempre, são valorizados ou identificados como tal, e isso reflete na prática da enfermagem brasileira⁽⁷⁾.

As intervenções de enfermagem **Aconselhamento, Orientação antecipada e Orientação quanto ao Sistema de Saúde** reúnem atividades que se complementam no atendimento ao cuidador familiar de idosos dependentes com evidência de tensão. Essas intervenções envolvem relações de auxílio, preparo e orientações para o enfrentamento dos problemas e a busca de soluções entre cuidadores/famílias e profissionais/serviços de saúde. O idoso em situação de dependência requer cuidados para os quais, nem sempre, o cuidador e a família estão preparados, pois exigem conhecimentos e habilidade técnica. Por isso, é fundamental que os profissionais de Enfermagem estejam atentos aos diversos fatores implícitos na dinâmica da prestação dos cuidados à família no contexto do domicílio. Frequentemente, as angústias do cuidador estão centradas no fato de não saber como prover determinados cuidados para os quais ele não está preparado. Cuidados diários como dar banho no leito, trocar fraldas e fazer mudanças frequentes de posições podem representar tarefas complexas para quem nunca as realizou.

Neste estudo, as cuidadoras entrevistadas referiram muitas dificuldades enfrentadas no início da dependência do idoso, que foram superadas ao longo do processo de cuidar. Três dessas cuidadoras apresentavam dificuldades de lidar com a sonda para a alimentação e expressaram o receio de que o idoso a retirasse. Elas foram enfáticas ao afirmar que o SAD é um suporte fundamental, especialmente as ações desenvolvidas pelas enfermeiras, que têm sido subsídios importantes para elas superarem os problemas ora mencionados.

Os resultados de uma pesquisa sobre as experiências das cuidadoras familiares de doentes crônicos em internação domiciliar apontaram a falta de preparo do familiar em assumir o cuidado na situação de doença. No relato de uma cuidadora, fica evidente o aprendizado de modo solitário e decorrente de situações imprevistas do dia a dia, que a estimula a buscar soluções ainda que não esteja capacitada para isso. Em outro discurso, a cuidadora falou que adquiriu experiência num ato diário e contínuo de repetição, à medida que observava os profissionais atuando com o receptor de cuidados⁽⁵⁾.

Estudos reconheceram que a prática favorece a promoção da adaptação do cuidador ao exercício do seu papel. Assim, parece claro que os programas de intervenção de enfermagem devem incluir, além da informação, o treino dos cuidadores para que eles se tornem aptos a desenvolver atividades relacionadas ao cuidar^(3,5,81). A ampliação de ações que tenham o cuidador como sujeito principal é sobremaneira importante, para que

essa atividade seja reconhecida e investida em práticas adequadas e beneficie a quem cuida e a quem é cuidado⁽⁵⁾.

Os profissionais de saúde, em particular, de Enfermagem, ao dar orientações em relação ao cuidado no domicílio, devem usar uma linguagem que seja adequada à realidade cultural e social de cada família⁽⁴⁾. Nas orientações que envolvam procedimentos técnicos, devem enfatizar habilidades e, ao mesmo tempo, motivar e apoiar o cuidador, durante as atividades de cuidado com o idoso. Atitudes positivas e elogios farão com que o cuidador desenvolva a autoconfiança e se sinta motivado a querer aprender cada vez mais e a se envolver no processo de cuidar.

O enfermeiro deve centrar sua atenção não só nas necessidades do idoso em relação aos cuidados de saúde, mas também em outros fatores que podem influenciar os cuidados, principalmente os que envolvem os recursos ambientais/comunitários⁽⁹¹⁾. Os cuidadores podem não conhecer os serviços que estão disponíveis na comunidade, mas a equipe de enfermagem pode ajudar, pois, muitas vezes, eles precisam ser orientados quanto à disponibilidade e ao acesso aos recursos comunitários que promovam a manutenção da saúde, assim como a integração entre os serviços.

Considerando o exposto, verifica-se que o conjunto das intervenções e atividades de enfermagem identificadas pelas enfermeiras assistenciais e analisadas pelas especialistas guardam interatividade, de modo que o seu planejamento e sua implementação devem acontecer de forma simultânea. Todas podem ser aplicadas a cuidadores familiares de idosos dependentes, algumas com mais equivalência do que outras, porém nenhuma com menos importância, pois o que poderá definir sua utilização é a capacidade de julgamento clínico e terapêutico do enfermeiro sobre as necessidades do cuidador.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar a este tópico de um relatório de pesquisa, é comum o pesquisador desejar explicar e interpretar fatos e coisas relacionados ao objeto de estudo e expor desafios e proposições, tendo como subsídio a realidade observada. Assim, as ideias aqui apresentadas revelam conclusões sistemáticas provisórias, considerando-se que as diferentes possibilidades e os caminhos para se analisar um objeto sinalizam também que ele não pode ser desvelado ou observado em sua plenitude e que restam sempre novas indagações que poderão surgir em virtude das particularidades do contexto em que é analisado. Tal assertiva se adéqua à análise da aplicabilidade das intervenções e atividades de enfermagem da NIC para a Tensão do papel de cuidador familiar aqui empreendida, que foi alcançada.

A NIC propõe intervenções de enfermagem que abrangem as dimensões física, social e psicológica da pessoa receptora do cuidado, pois oferece um leque de atividades para sua implementação. Nessa perspectiva, concluiu-se, neste estudo, que, apesar da adequação dessas intervenções/atividades para a abordagem de muitas facetas do fenômeno analisado, parte delas foi considerada irrelevante, e outras passaram por reformulações em seus enunciados, no sentido de cumprir, com mais efetividade, seus propósitos em nosso contexto sociocultural.

Além dos aspectos sumários e essenciais ora elencados, é necessário compartilhar os elementos facilitadores e as limitações presentes no processo de pesquisa. Considerando o referencial conceitual adotado no estudo, salienta-se sua estreita relação com o objeto, o que proporcionou boa ancoragem teórica para a apreensão e a abordagem dos dados empíricos, particularmente na etapa de análise da aplicabilidade das intervenções aos cuidadores familiares, em seus cenários de vivência e de cuidado, espaço em que esses participantes tiveram a oportunidade não só de expressar o fenômeno em análise, mas também de falar de suas vidas, tão fortemente reveladas nos casos que fizeram parte de uma teia de significados altamente reveladora da magnitude de suas questões biopsicossociais.

Nas etapas que antecederam, foram verificadas as dificuldades já referendadas por diferentes estudos de análise ou validação de diagnósticos de enfermagem e, em especial, de intervenções de enfermagem, que ainda são incipientes em nossa realidade. Entre essas dificuldades, ressaltam-se a de se obterem enfermeiros assistenciais com conhecimentos substanciais, em relação ao uso pertinente dos sistemas de classificação de diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem, assim como aos métodos de validação, o que requereu da pesquisadora um preparo prévio desses profissionais para maturar, de modo mais homogêneo, sua capacidade de fazer julgamento clínico e terapêutico e dirimir a possibilidade de haver *viés* no âmbito da investigação.

Quanto às limitações para a operacionalização do estudo, dizem respeito, especialmente, ao acesso aos profissionais especialistas no assunto. Isso demandou a adoção de estratégias diferenciadas para identificar os participantes, como, por exemplo, a seleção por “bola de neve”, o que dificultou um cálculo amostral mais rigoroso. Esses aspectos também foram observados em outras investigações em que se utilizaram as mesmas estratégias metodológicas. Convém esclarecer que, particularmente nas duas primeiras etapas do estudo, o elevado número de atividades a serem analisadas também representou uma dificuldade adicional, no entanto, todas foram analisadas criteriosamente, e isso gerou um subsídio importante para a prática clínica, para o ensino e para a pesquisa no âmbito da Enfermagem, com destaque, entre outros aspectos, ao desenvolvimento de uma linguagem padronizada para as intervenções e atividades do diagnóstico em estudo.

No tocante à prática clínica, a confirmação da aplicabilidade das intervenções apresentadas como resultado final deste estudo servirá de suporte para um protocolo de intervenções e atividades a serem implementadas na assistência aos cuidadores familiares de idosos dependentes vinculados ao SAD. O desafio reside em considerar a família, o cuidador, o idoso e a equipe de saúde como uma unidade de cuidado. A elaboração desse protocolo é um compromisso ético da pesquisadora de retornar os resultados do estudo e melhorar a qualidade do cuidado prestado aos cuidadores familiares pelos enfermeiros do serviço.

Na esfera do ensino, em especial, no Curso de Graduação em Enfermagem, os resultados obtidos na investigação poderão nortear um processo de reflexão e de ação acerca da necessidade e das implicações das intervenções de enfermagem para promover o bem-estar do cuidador, particularmente, no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Assim, espera-se que este estudo possa contribuir com novas investigações, por meio de estratégias metodológicas que valorizem o simbólico e o discursivo, como o grupo focal, por exemplo, através das quais se podem esclarecer outras nuances do objeto e a eficácia dessas intervenções para os cuidadores familiares de idosos dependentes com o diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador* na realidade brasileira.

Por fim, aproprio-me desse espaço, apesar da inadequação do fato, devido às exigências da neutralidade do pesquisador, e perpasso esse papel para o de cuidadora familiar de dois idosos (pai e mãe), tornando-me o décimo segundo caso, que, por razões éticas, não posso descrever, ficará em oculto. Apesar disso, na multiplicidade dos papéis desempenhados ao longo da pesquisa, assim como do aprofundamento teórico que busquei acerca do assunto, pude constatar que sou privilegiada de ter o conhecimento e o suporte de um cuidado de enfermagem que contemplam todas as intervenções/atividades selecionadas no âmbito deste estudo. Outras cuidadoras, enfrentando condições semelhantes, seriam muito bem apoiadas se tivessem a oportunidade de serem cuidadas por profissionais de enfermagem melhor preparados para o atendimento dessa clientela específica.

REFERÊNCIAS

1. Salgueiro H, Lopes M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(1): 26-32.
2. Fernandes MGM, Garcia TR. Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Eletr Enfer [Internet]*. 2009 [cited 2015 Feb 04]; 11(3):469-476. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a02.htm>.
3. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica.* 2008; 24(3):180–188.
4. Rocha, MPF, Vieira, MAV, Sena, RR. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Rev. Bras. Enferm.* 2008; 61(6): 801-8.
5. Brondani CM, Beuter M. A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(2): 206-13.
6. Barreto PL, Oliveira FM, Silva RCP. Utilização do processo de enfermagem em diabéticos nas Unidades de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. *Rev. bras. promoç. saúde.* 2007; 20(1): 53-9.
7. Chianca TCM, Souza CC, Werli A, Hamze FL, Ercole FF. Uso das intervenções de enfermagem na prática clínica no Brasil. *Rev. Eletr. Enf.* 2009; 11(3): 477-83.
8. Pereira MA. Mobilidade física prejudicada em clientes hospitalizados e uma proposta de intervenções de enfermagem. [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. Mestrado em Enfermagem, 1997.
9. Teixeira CRS, Becker TAC, Citro R, Zanetti ML, Landim CAP. Validation of nursing interventions in people with diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(1):173-9.
10. Andrade LT. Validação de intervenções de enfermagem para o diagnóstico de Mobilidade Física Prejudicada nos lesados medulares. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.
11. Mata LRF, Carvalho EC, Napoleão AA. Validação de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. [Dissertação]. São Carlos. Universidade Federal de São Carlos, 2009.
12. Salgado, P.O. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem de pacientes internados em uma UTI-adulto. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.
13. Bavaresco T. Validação de intervenções de enfermagem para o diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada para pacientes em risco de úlcera por pressão. [Dissertação]. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestrado. 2012.
14. Barros ALBL. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22: 864-7.

15. Sampaio RS, Santos I, Amantéa ML, Nunes AS. A classificação das intervenções de Enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(1): 120-6.
16. Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos Idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. *Saúde Soc.* 2007 [acesso em 2012 jan 30];16:69-80. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/07.pdf>>.
17. Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(2): 208-9.
18. Camarano AA, Mello JL. Introdução. In: Camarano AA, organizador. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 13-37.
19. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010.* Brasília; 2011.
20. Camarano AA, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: Camarano AA, organizador. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 93-121.
21. Veras R. Fórum: envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saúde Publica.* 2007; 23(10): 2463-66.
22. Carvalho RRP. Assistência à Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. In: Barros Júnior JC. *Empreendedorismo, Trabalho e Qualidade de Vida na Terceira Idade.* São Paulo: Editora Edicon; 2009. p. 395-403.
23. IDEME. Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual. *O Envelhecimento da População Paraibana: um desafio para os novos tempos.* João Pessoa: IDEME, 2012. 184p.
24. Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF; 1994.
25. Brasil. Diário Oficial da União. Lei nº 10.741, de 1.º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF; 2003.
26. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [acesso em 2013 nov 5]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_2528.pdf>.
27. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

28. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2013 nov 4]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>.
29. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
30. Born T, organizador. Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos; 2008. 330p.
31. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
32. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União 19 out 2006.
33. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 64 p.
34. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
35. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do Processo de Enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
36. Taylor CR, Lillis C, Lemone P, Lynn P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
37. Herdman TH. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
38. Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF; 1986.
39. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [Internet]. 2009. [acesso em 2014 abr 14]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.
40. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 159, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem [Internet]. 1993. [acesso em 2013 abr 14]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html.
41. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

- [Internet]. 2007. [acesso em 2013 abr 124]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html.
42. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico [Internet]. 2012. [acesso em 2013 jun 25] Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html.
 43. Gutierrez MGR, Souza MF, Michel JLM. Intervenções de enfermagem: desatando nós conceituais. In Garcia TR, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010.
 44. Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Positivo; 2009.
 45. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU / EDUSP; 1979.
 46. McCloskey JC, Bulechek GM. Nursing Interventions Classification NIC: Iowa intervention Project. 2. ed. St. Louis: Mosby; 1996.
 47. Bulechek GM, Butcher K, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010a.
 48. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *NIC Interventions Linked to 2007-2008 NANDA-I Nursing Diagnoses* 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010b. [acesso em: 2011 nov 14] Disponível em: <http://evolve.elsevier.com>.
 49. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e Diagnóstico em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1993
 50. Moorhouse MF, Doenges ME. Manual de enfermagem clínica: diagnósticos, planos de cuidados, documentação. Rio de Janeiro: Revinter; 1994.
 51. Lunney M et al. Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos de casos em enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011.
 52. Johnson M, Moorhead S, Bulecheck GM et al. Ligações NANDA, NOC e NIC: Condições Clínicas Suporte ao Raciocínio e Assistência de Qualidade. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
 53. Johnson M, Bulecheck GM, Butcher H, Mass M, Moorhead S, Swanson E. Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 704p.
 54. Fernandes MGM. Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes: análise conceitual. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] - Universidade Federal da Paraíba; 2003.
 55. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.

56. Lawton MP, Kleban MH, Moss M, Rovine M, Glicksman A. Measuring caregiving appraisal. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*. 1989; 44: 61-71.
57. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*; 1990; 30(5), 583-94.
58. Raina PO'DM et al. Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice. *BMC Pediatr*. 2004;4(1).
59. Tsai PF. A Middle-Range Theory of Caregiver Stress. *Nurs Sci Q*. 2003; 16(2): 137-
60. Roy SC, Andrews HA. Teoria da enfermagem - O modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget; 2001.
61. Fernandes MGM, Garcia TR. Tension attributes of the family caregiver of frail older adults. *Rev Esc Enferm USP*. 2009a; 43(3): 818-824.
62. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Bras Enferm*. 2009b; 62(3): 393-399.
63. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, et al. Supporting Family Caregivers in Providing Care. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>
64. Zarit S, Femia E. Behavioral and Psychosocial Interventions for Family Caregivers: Characteristics of effective approaches and flaws in study design. *AJN*. 2008; 108 (9 Suppl): 47-53.
65. Lopez-Hartmann M, Wens J, Verhoeven V, Remmen R. The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *Int J Integr Care*. 2012; 12: 1-13.
66. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução N° 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
67. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
68. Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. Estados Unidos. 1987; 16(6): 625-29.
69. Oliveira, JS. Risco de quedas: aplicabilidade de intervenções de Enfermagem da NIC em adultos e idosos hospitalizados. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2013. 286 p.
70. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. *Rev. Bras. Enferm*. 2013 set-out; 66(5): 649-55.

71. Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar ASC, Joventino ES, Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev Rene*. 2011; 12(2): 424-31.
72. Mata LRF, Carvalho EC, Napoleão AA. Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. *Texto & contexto enferm*. 2011; 20: 36-44.
73. Bavaresco T, Lucena AF. Nursing Intervention Classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(6): 1109-16.
74. Andrade LT, Chianca TCM. Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada. *Rev Bras Enferm*. 2013 set-out; 66(5): 688-93.
75. Zampieron A, Aldo S, Corso M. A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients admitted to a cardiology rehabilitation unit. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2011; 22(4): 148-56.
76. Salgado PO, Chianca TCM. Identification and mapping of the nursing diagnoses and actions in an Intensive Care Unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011; 19(4): 928-35.
77. Lucena AF, Gutiérrez MGR, Echer IC, Barros ALBL. Identification and mapping of the nursing diagnoses and actions in an Intensive Care Unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010; 18(5): 873-90.
78. Solari-twadell PA, Hackbarth DP. Evidence for a new paradigm of the ministry of parish nursing practice using the nursing intervention classification system. *Nurs Outlook*. 2010;58:69-75.
79. Pereira, M., Filgueiras, M. A Dependência no Processo de Envelhecimento: Uma Revisão sobre Cuidadores Informais de Idosos. *Rev. APS*. 2009;12(1): 72-82.
80. Santana RF, Almeida KS, Savoldi NAM. Indicators of the applicability of nursing instructions in the daily lives of Alzheimer patient caregivers. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(2): 455-61.
81. Nardi, EFR. Rede de apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2012. 170 p.
82. Moraes, EN. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
83. Batista MPP, Miccas FL, Forattore FS, Almeida MHM, Couto TV. Repercussões do papel de cuidador nas atividades de lazer de cuidadores informais de idosos dependentes. *Rev. ter. ocup*. 2012;23(2):186-92.
84. Baptista BO, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Budó MLD, Santos NO. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. gaúch. enferm*. 2012;33(1):147-56.

85. Morais H, Soares A, Oliveira A, Carvalho C, Silva M, Araujo T. Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012; 20(5): 944- 53.
86. Loureiro LSN, Fernandes, MGM, Marques S, Nóbrega MML, Rodrigues RAP. Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2013; 47(5): 1109-36.
87. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2011; 45(4):884-9.
88. Yamashita CH, Gaspar JC, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC Social network of family caregivers of disabled and dependent patients. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2014; 48(Esp):95-101.
89. Neri AL. Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: dados do Fibra Campinas. In: Camarano AA, organizador. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?*. Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 13-37.
90. Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2007;11(3):520 - 5.
91. Almeida IBF, Meneghel SN, Selli L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva.* 2011;16(1):301-310.

APÊNDICES

Apêndice A

Carta a Gerencia de Educação na Saúde – GES/SMS – João Pessoa – PB.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –
NÍVEL DOUTORADO

À Gerencia de Educação na Saúde da Secretaria de Saúde de João Pessoa-PB.

João Pessoa-PB, 20 de novembro de 2013.

Prezado(a) Gerente,

Estamos realizando um estudo intitulado “**TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR - aplicabilidade de intervenções de Enfermagem da NIC em cuidadores familiares de idosos dependentes**”, vinculado ao Programa de Doutorado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba - com o objetivo de analisar a aplicabilidade de intervenções propostas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) para o diagnóstico de enfermagem da NANDA-I *Tensão do papel de cuidador* em cuidadores familiares de idosos dependentes.

Assim, solicitamos a sua colaboração para que possamos realizar o contato com os enfermeiros do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de João Pessoa-PB. Necessitamos dos meios de contato disponíveis desses enfermeiros para que sejam convidados a participarem do estudo e, após a anuência e aceitação destes, possam ser aplicados os instrumentos de coleta dos dados da pesquisa.

Gostaríamos de esclarecer que asseguramos a seriedade do estudo e que as respostas serão respeitosamente utilizadas em eventos científicos e na publicação em revista científica, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Também será respeitada, e com total sigilo, a identidade dos enfermeiros e o direito de deixar de participar do estudo, em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para si mesmo. O enfermeiro poderá solicitar esclarecimentos sobre o estudo quando sentir necessidade.

Diante do exposto, aguardamos sua resposta à solicitação pelos meios de contato das pesquisadoras.

Atenciosamente.

Pesquisadora: Prof^ª. Maria Auxiliadora Pereira (Doutoranda)

Rua: Prof^ª Mocinha Avelar, 275/101-A

João Pessoa-PB (83) 32441121/99269204/81027817

E-mail: shadora@uol.com.br

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes.

Telefone: (83) 32167248

E-mail: graaca@hotmail.com

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Enfermeiro(a) Assistencial

Prezado(a) enfermeiro(a)

Esta pesquisa, intitulada “**TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR - aplicabilidade de intervenções de Enfermagem da NIC em cuidadores familiares de idosos dependentes**” é desenvolvida pela doutoranda Maria Auxiliadora Pereira, aluna regularmente matriculada no Programa de Doutorado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba – sob a orientação da Professora Dr^a. Maria das Graças Melo Fernandes.

Vimos convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, que tem como objetivo geral analisar a aplicabilidade das intervenções de enfermagem propostas pela NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem) para o diagnóstico de enfermagem da NANDA *Tensão do papel de cuidador*.

Para participar, você receberá, inicialmente, um instrumento para coleta dos dados sobre a sua identificação pessoal e profissional; e contendo intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico *Tensão do papel de cuidador*. Você levará em torno de trinta minutos para respondê-lo. Este instrumento subsidiará o segundo instrumento da pesquisa, elaborado a partir dos resultados das respostas dadas por você, o qual será entregue em outro momento.

A participação na pesquisa é voluntária e esclareço que não haverá nenhum pagamento ou ajuda de custo por sua participação. Mesmo o estudo sendo de fundamental importância, você não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolva, a qualquer momento, desistir do mesmo, não terá nenhum prejuízo. Vale lembrar que a pesquisa não oferece nenhum risco aparente aos participantes.

Solicito a sua autorização para apresentar os resultados do estudo em eventos científicos e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em absoluto sigilo. Ressalto, ainda, que a pesquisadora promoverá uma palestra sobre a temática para os enfermeiros participantes, logo após o encerramento da segunda fase da pesquisa, em local, data e horário divulgados posteriormente. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Vale ressaltar que, durante todas as etapas desta pesquisa serão cumpridas todas as determinações constantes da Resolução 466/2012 do CNS – Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Agradeço a colaboração e informo que, com este estudo, será possível melhorar a assistência ao cuidador familiar de idosos dependentes com evidencia de *Tensão do papel de cuidador*.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento, e o meu nome será mantido em sigilo.

João Pessoa, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora
Endereço para contato: UFPB/CCS/DENC –
Fones: (83) 32167248 – (83) 99269204.
shadora@uol.com.br

Apêndice C

I INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Enfermeiro(a) Assistencial

Prezado(a) enfermeiro(a),

Agradeço a sua aceitação para participar deste estudo sobre “**TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR - aplicabilidade de intervenções de Enfermagem da NIC em cuidadores familiares de idosos dependentes**”, e convido-o (a) para seguir as orientações abaixo para melhor preenchimento do Instrumento.

Para a caracterização como enfermeiro assistencial, você deve colocar as suas iniciais, a idade em anos completos, sexo, tempo de experiência profissional em anos, e se trabalha com a temática em estudo. Se sua resposta for sim nesse último item, especifique a área e o tempo de experiência e se você utiliza alguma Classificação de Enfermagem. O instrumento ainda investiga sobre sua titulação acadêmica, tempo de experiência profissional, e experiência com a temática, diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Para a análise das intervenções de enfermagem elencadas pela NIC para o diagnóstico da NANDA-I *Tensão do papel de cuidador*, você levará em torno de trinta minutos para respondê-lo. Este instrumento subsidiará o segundo instrumento da pesquisa, o qual será elaborado a partir dos resultados das respostas dadas por você, e será entregue em outro momento. A pesquisadora se coloca à disposição para esclarecimentos de quaisquer dúvidas sobre o preenchimento deste instrumento. Ressalto que a utilização de uma linguagem padronizada colaborará para o desenvolvimento da prática de Enfermagem e para a qualidade e a segurança do paciente.

Atenciosamente,

Maria Auxiliadora Pereira.

Pesquisadora

Endereço para contato: UFPB/CCS/DENC –

Fones: (83) 32167248 – (83) 99269204.

shadora@uol.com.br

PARTE I

1. CARACTERIZAÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A) ASSISTENCIAL

1. Nome (iniciais): _____
2. Idade (em anos completos): _____ anos
3. Sexo: M () F ()
4. Titulação acadêmica:
 - () Graduação: Tema do TCC: _____
 - () Pós Graduação:
 - () Especialista Tema da monografia: _____
 - () Mestrado: Tema da dissertação: _____
 - () Doutorado: Tema da tese: _____
5. Tempo de experiência profissional: _____ anos
6. O seu conhecimento sobre Processo de enfermagem/ Diagnósticos de Enfermagem / Intervenções de Enfermagem foi adquirido:
 - () Durante a formação acadêmica
 - () Em cursos, palestras, seminários, encontros, simpósios
 - () Outros
 - () Não tem conhecimento
7. Você tem trabalho(s) ou atividade(s) científica(s) abordando os temas Processo de enfermagem/ Diagnósticos de Enfermagem / Intervenções de Enfermagem?
 - () Sim Especifique _____
 - () Não
8. Você conhece alguma Classificação de Enfermagem?
 - () NANDA () NIC () NOC () CIPE®
 - () Outras. Especifique: _____
 - () Nenhuma classificação de Enfermagem
9. No seu trabalho você utiliza alguma dessas Classificações?
 - () Sim Especifique: _____
 - () Não
10. Se sua resposta for **Sim**, especifique a área e o tempo de experiência:

Área - () Ensino	Área - () Pesquisa	Área - () Assistência
Tempo de experiência	Tempo de experiência	Tempo de experiência
() Menos de 1 ano	() Menos de 1 ano	() Menos de 1 ano
() 1 a 3 anos	() 1 a 3 anos	() 1 a 3 anos
() 3 a 5 anos	() 3 a 5 anos	() 3 a 5 anos
() Mais de 5 anos	() Mais de 5 anos	() Mais de 5 anos
11. Você tem participado de algum evento (cursos, palestras, seminários, encontros, simpósios) sobre Processo de enfermagem / Classificações de Enfermagem (NANDA-I/CIPE /NIC/NOC/OUTROS)
 - () Sim Especificar: _____
 - () Não
12. No desempenho das atividades no Serviço de Atenção Domiciliar, alguma vez, você teve acesso ou utilizou algum instrumento para avaliar o cuidador familiar de idoso dependente?
 - () Sim () Não
12. No desempenho das atividades no Serviço de Atenção Domiciliar você tem identificado algum cuidador familiar com o diagnóstico de enfermagem *Tensão do Papel de Cuidador* ?
 - () Sim () Não
13. Você já apresentou ou publicou trabalhos ou tem algum em andamento sobre a temática do cuidador familiar de idoso dependente?
 - () Sim Especificar: _____
 - () Não

PARTE II

2. ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES DA NIC PELO(A) ENFERMEIRO(A) ASSISTENCIAL

Para iniciar, faça uma leitura da definição do diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador*, dos fatores relacionados e das características definidoras, elencados abaixo.

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR Definição: “Dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família ou de outros significantes”⁽³⁷⁾</p>
<p>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</p>
<p>Atividades de cuidado Apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à capacidade do cuidador para oferecer cuidados, apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à saúde do receptor de cuidados, apreensão quanto à possível institucionalização do receptor de cuidados, apreensão quanto aos cuidados que o receptor deve ter caso o cuidador seja incapaz de oferecê-los, dificuldade para concluir as tarefas necessárias, dificuldade para realizar as atividades necessárias, mudanças disfuncionais nas atividades de cuidado, preocupação com a rotina de cuidados.</p> <p>Estado de saúde do cuidador</p> <p><i>Emocional</i> Enfrentamento ineficaz, estresse, falta de tempo para satisfazer às necessidades pessoais, frustração, impaciência, labilidade emocional aumentada, nervosismo aumentado, padrão de sono perturbado, privacidade do sono, raiva, sensação de depressão, somatização.</p> <p><i>Física</i> Cefaleia, diabetes, doença cardiovascular, exantema, fadiga, hipertensão, mudança de peso, problemas gastrintestinais.</p> <p><i>Socioeconômico</i> Afastamento da vida social, baixa produtividade no trabalho, mudanças nas atividades de lazer, recusas de promoções na carreira.</p> <p>Relacionamento entre o cuidador e o receptor de cuidados Relata incerteza quanto a mudança de relacionamento com o receptor de cuidados, relato de dificuldade em assistir o receptor de cuidados passar pela doença, relato de pesar quanto a mudança no relacionamento com o receptor de cuidados.</p> <p>Processos familiares Conflito familiar, relato de preocupações com relação aos membros da família.</p>
<p>FATORES RELACIONADOS</p>
<p>Atividades de cuidado Alta hospitalar de membros da família com necessidades significativas de cuidado, anos de cuidados, complexidade das atividades, imprevisão da situação de cuidado, mudanças contínuas nas atividades, quantidade de atividades, responsabilidades de cuidado 24 horas por dia.</p> <p>Estado de saúde do cuidador Abuso de substância, codependência, expectativas não realista quanto a si mesmo, incapacidade de atender às expectativas de outros, incapacidade de atender às próprias expectativas, padrões de enfrentamento marginais, problemas cognitivos, problemas físicos, problemas psicológicos.</p>

Estado de saúde do receptor de cuidados

Abuso de substâncias, adição, aumento da necessidade de cuidados, codependência, comportamentos problemáticos, cronicidade da doença, dependência, gravidade da doença, imprevisibilidade do curso da doença, instabilidade da saúde do receptor de cuidados, problemas cognitivos, problemas psicológicos.

Processos familiares

História de disfunção familiar

História de enfrentamento familiar marginal

Recursos

Ambiente físico inadequado para o oferecimento de cuidados (p. ex., acomodações, temperatura, segurança), apoio informal inadequado, assistência informal inadequada, dificuldade de acesso a uma assistência formal, dificuldade de acesso aos recursos da comunidade, dificuldade de acesso a um apoio formal, energia física, equipamentos inadequados para oferecimento de cuidados, falta de apoio, falta de conhecimento sobre recursos da comunidade, falta de privacidade do cuidador, força emocional prejudicada, inexperiência em executar cuidados, o cuidador não está pronto, do ponto de vista do desenvolvimento, para esse papel, recursos da comunidade inadequados (p. ex., serviços de cobertura, recursos de recreação), recursos financeiros insuficientes, tempo insuficiente, transporte inadequado.

Relação entre o cuidador e o receptor de cuidados

Estado mental do idoso que inibe a conversa, expectativas não realista do receptor de cuidados quanto ao seu cuidador, história de relacionamento insatisfatório, presença de abuso, presença de violência.

Socioeconômicos

Alienação em relação a outras pessoas, compromisso com vários papéis concomitantes de cuidador, isolamento em relação a outras pessoas, recreação insuficiente.

As intervenções de enfermagem propostas pela NIC para o referido diagnóstico, estão elencadas, na primeira coluna à direita, com suas respectivas definições e nas cinco colunas à esquerda, você deverá marcar o que considerar, de acordo com sua experiência, a melhor opção indicada: nunca(0), raramente(1), algumas vezes(2), frequentemente(3), sempre(4), para a aplicabilidade de cada intervenção junto aos cuidadores de idosos dependentes e que apresentam o referido diagnóstico.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DAS INTERVENÇÕES PROPOSTAS PELA NIC

Pergunta: Na sua prática assistencial o quanto você acha que deveriam ser realizadas essas intervenções para cuidar dos cuidadores familiares de idosos dependentes com o diagnóstico de *Tensão do papel de cuidador*?

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR Definição: “Dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família ou de outros significantes” ⁽³⁷⁾ .	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA NIC:					
1. Controle de ENERGIA (0180): Domínio 1: Fisiológico: Básico – Classe A: controle da atividade e do exercício - Nível: sugerida - Definição: regulação do uso da energia para tratamento ou prevenção de fadiga e otimização de funções ⁽⁴⁷⁾ .					
2. Tratamento do Uso de DROGAS (4510): Domínio 3: Comportamental – Classe O: terapia comportamental - Nível: opcional - Definição: cuidados de apoio a paciente/familiares com problemas físicos e psicossociais associados ao uso de álcool ou drogas ⁽⁴⁷⁾ .					
3. Controle do COMPORTAMENTO: hiperatividade/desatenção (4352): Domínio 3: Comportamental – Classe O: terapia comportamental - Nível: opcional - Definição: oferecimento de um meio terapêutico que, com segurança, acomode o paciente com déficit de atenção e/ou hiperatividade, ao mesmo tempo que promova um funcionamento excelente ⁽⁴⁷⁾ .					
4. ORIENTAÇÃO Antecipada (5210): Domínio 3: Comportamental – Classe R: assistência de enfrentamento - Nível: sugerida - Definição: preparo do paciente para uma crise de desenvolvimento e/ou situacional prevista ⁽⁴⁷⁾ .					
5. ACONSELHAMENTO (5240): Domínio 3: Comportamental – Classe R: assistência de enfrentamento - Nível: opcional - Definição: uso de um processo interativo de ajuda, com foco nas necessidades, problemas ou sentimentos do paciente e pessoas importantes para melhorar ou apoiar o enfrentamento, a solução de problemas e as relações interpessoais ⁽⁴⁷⁾ .					
6. Facilitação do Processo de PESAR (5290): Domínio 3: Comportamental – Classe R: assistência de enfrentamento - Nível: opcional - Definição: assistência para superar uma perda importante ⁽⁴⁷⁾ .					
7. Facilitação do Processo de CULPA (5300): Domínio 3: Comportamental – Classe R: assistência de enfrentamento - Nível: opcional - Definição: ajudar a outra pessoa a enfrentar sentimentos de dor ou responsabilidade real ou percebida ⁽⁴⁷⁾ .					
8. PRESENÇA (5340): Domínio 3: Comportamental – Classe R: assistência de enfrentamento - Nível: opcional - Definição: estar com o outro, física ou psicologicamente, em períodos de necessidade ⁽⁴⁷⁾ .					
9. Melhora do Sistema de APOIO (5440): Domínio 3: Comportamental – Classe R: assistência de enfrentamento - Nível: opcional - Definição: facilitação de suporte ao paciente pela família, os amigos e a comunidade ⁽⁴⁷⁾ .					
10. GRUPO de Apoio (5430): Domínio 3: Comportamental – Classe R: assistência de enfrentamento - Nível: opcional - Definição: uso de um ambiente de grupo para o oferecimento de suporte emocional e informações a seus membros relativas à saúde ⁽⁴⁷⁾ .					

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR Definição: “Dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família ou de outros significantes” ⁽³⁷⁾ .	Nunca	Raramente	Algumas Veze	Frequentemente	Sempre
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA NIC:					
11. Melhora do ENFRENTAMENTO (5230): Domínio 3: Comportamental – Classe R: assistência de enfrentamento - Nível: sugerida - Definição: assistência ao paciente para adapta-se a estressores, mudanças ou ameaças percebidos que interfiram na satisfação das exigências da vida e no desempenho de papéis ⁽⁴⁷⁾ .					
12. ENSINO: processo da doença (5602): Domínio 3: Comportamental – Classe S: educação do paciente - Nível: sugerida - Definição: assistência ao paciente para que compreenda as informações relativas a determinado processo de doença ⁽⁴⁷⁾ .					
13. ENSINO: indivíduo (5606): Domínio 3: Comportamental – Classe S: educação do paciente - Nível: sugerida - Definição: planejamento, implementação e avaliação de um programa de ensino criado para atender a necessidades específicas do paciente ⁽⁴⁷⁾ .					
14. Apoio à proteção contra ABUSO: parceiro no lar (6403): Domínio 4: Segurança – Classe V: controle de risco - Nível: sugerida - Definição: identificação de alto risco nas relações domésticas e ações para prevenir possível sofrimento por dano físico, sexual ou emocional, ou exploração de um parceiro no lar ⁽⁴⁷⁾ .					
15. Apoio à proteção contra ABUSO: idoso (6404): Domínio 4: Segurança – Classe V: controle de risco - Nível: sugerida - Definição: identificação de relações de alto risco do idoso e ações para prevenir possível sofrimento por dano físico, sexual ou emocional; negligência de necessidades básicas vitais ou exploração ⁽⁴⁷⁾ .					
16. Apoio ao CUIDADOR (7040): Domínio 5: Família – Classe X: cuidados ao longo da vida - Nível: principal - Definição: oferecimento das informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário ao paciente por pessoa que não seja um profissional de saúde ⁽⁴⁷⁾ .					
17. Promoção da Integridade FAMILIAR (7100): Domínio 5: Família – Classe X: cuidados ao longo da vida - Nível: opcional - Definição: promoção da coesão e unidade familiares ⁽⁴⁷⁾ .					
18. Promoção do Envolvimento FAMILIAR (7100): Domínio 5: Família – Classe X: cuidados ao longo da vida - Nível: opcional - Definição: assistência aos familiares para conduzirem a família para uma forma mais produtiva de vida ⁽⁴⁷⁾ .					
19. Mobilização FAMILIAR (7120): Domínio 5: Família – Classe X: cuidado ao longo da vida - Nível: opcional - Definição: utilização dos pontos fortes da família para influenciar a saúde do paciente numa direção positiva ⁽⁴⁷⁾ .					
20. Manutenção do Processo FAMILIAR (7130): Domínio 5: Família – Classe X: cuidado ao longo da vida - Nível: opcional - Definição: minimização dos efeitos de rompimento de processos familiares ⁽⁴⁷⁾ .					
21. Apoio FAMILIAR (7140): Domínio 5: Família – Classe X: cuidado ao longo da vida - Nível: opcional - Definição: promoção dos valores, interesses e metas da família ⁽⁴⁷⁾ .					
22. Terapia FAMILIAR (7150): Domínio 5: Família – Classe X: cuidado ao longo da vida - Nível: opcional - Definição: assistência aos familiares para conduzirem a família para uma forma mais produtiva ⁽⁴⁷⁾ .					

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR Definição: “Dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família ou de outros significantes” ⁽³⁷⁾ .	Nunca	Raramente	Algumas Veze	Frequente mente	Sempre
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA NIC:					
23. Assistência para Manutenção do LAR (7180): Domínio 5: Família – Classe X: cuidado ao longo da vida - Nível: sugerida - Definição: auxílio a paciente/família para manutenção da casa como um local limpo, seguro e agradável para se viver ⁽⁴⁷⁾ .					
24. Cuidados durante o repouso do CUIDADOR (7260): Domínio 5: Família – Classe X: cuidado ao longo da vida - Nível: Sugerida - Definição: oferecimento de cuidados de curto prazo para proporcionar descanso ao cuidador da família ⁴⁸ .					
25. Melhora do PAPEL (5370): Domínio 5: Família – Classe X: cuidado ao longo da vida - Nível: SUGERIDA - Definição: assistência a paciente, pessoa importante e/ou família para melhorar as relações, com o esclarecimento e suplementação de comportamentos específicos de papéis ⁽⁴⁷⁾ .					
26. Assistência quanto a RECURSOS Financeiros⁵ (7380): Domínio 6: Sistema de Saúde – Classe Y: Mediação do Sistema de Saúde - Nível: Opcional - Definição: assistência a indivíduo/família para garantir e controlar os recursos financeiros de modo a atender às necessidades de cuidados de saúde ⁽⁴⁷⁾ .					
27. Orientação quanto Sistema de SAÚDE (7400): Domínio 6: Sistema de Saúde – Classe Y: Mediação do Sistema de Saúde - Nível: sugerida - Definição: facilitação do acesso e uso pelo paciente dos serviços de saúde adequados ⁽⁴⁷⁾ .					
28. Gerenciamento de RECURSOS Financeiros (8550): Domínio 6: Sistema de Saúde – Classe a: Controle de Sistema de Saúde - Nível: sugerida - Definição: obtenção e direcionamento do uso de recursos financeiros que garantam o desenvolvimento e a continuação de programas e serviços ⁽⁴⁷⁾ .					
29. CONSULTA (7910): Domínio 6: Sistema de Saúde – Classe b: Controle de informações - Nível: opcional - Definição: uso de conhecimentos especializados para trabalhar com pessoas que buscam ajuda na solução de problemas, de modo a habilitar indivíduos, família, grupos ou instituições a atingirem as metas identificadas ⁽⁴⁷⁾ .					
30. ENCAMINHAMENTO (8100): Domínio 6: Sistema de Saúde – Classe b: Controle de informações - Nível: opcional - Definição: organização de serviços por outro provedor ou agência de cuidados ⁽⁴⁷⁾ .					
Faça o comentário que considerar importante em relação às intervenções acima elencadas:					

⁵ Intervenção da ligação NANDA, NOC e NIC incluída nas intervenções adicionais/opcionais⁵³.

Apêndice D**II INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Enfermeiro(a) Assistencial**

Prezado(a) enfermeiro(a),

Mais uma vez, agradeço a sua aceitação para participar deste estudo sobre “**TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR - aplicabilidade de intervenções de Enfermagem da NIC em cuidadores familiares de idosos dependentes**”, que estou desenvolvendo como projeto de tese no Programa de Doutorado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Professora Dr^a. Maria das Graças Melo Fernandes.

Convido-o(a) para responder o segundo instrumento da pesquisa seguindo as orientações abaixo para melhor preenchimento. Este instrumento foi elaborado a partir dos resultados das respostas dadas por você no primeiro instrumento da pesquisa e você pode leva-lo para casa e devolvê-lo em 15 dias. Cada intervenção (e suas atividades) foi digitada em página única (frente e verso) para facilitar a análise de uma intervenção por dia. Nesse período, se precisar entrar em contato com a pesquisadora poderá fazê-lo pelos seguintes meios: UFPB/CCS/DENC - Fones: (83) 32167248 – (83) 99269204. shadora@uol.com.br.

Para a análise das atividades elencadas para cada intervenção de enfermagem proposta pela NIC⁽⁴⁷⁾ para o diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador*, você deverá fazer uma leitura da definição da intervenção de enfermagem e das atividades que estão elencadas, na primeira coluna à direita. Em seguida, nas cinco colunas à esquerda, marcar o que você considerar, de acordo com sua experiência, a melhor opção indicada (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente, sempre) para a aplicabilidade de cada atividade junto aos cuidadores familiares de idosos dependentes e que apresentam o referido diagnóstico.

Ressalto mais uma vez que a utilização de uma linguagem padronizada colaborará para o desenvolvimento da prática de Enfermagem e para a qualidade e a segurança do paciente.

Atenciosamente,

Maria Auxiliadora Pereira.

Eu, _____, dou o meu consentimento para continuar a participar desta segunda parte da pesquisa revalidando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por mim assinado na primeira parte da coleta de dados. Declaro que fui devidamente esclarecida (a) e estou ciente de que receberei uma cópia deste documento, e o meu nome continuará mantido em sigilo.

João Pessoa, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora.
Endereço para contato: UFPB/CCS/DENC
Fones: (83) 32167248 – (83) 99269204.
shadora@uol.com.br

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DAS ATIVIDADES PARA AS INTERVENÇÕES PROPOSTAS PELA NIC

Pergunta: Na sua prática assistencial, o quanto você acha que deveriam ser realizadas as atividades para cada intervenção elencada, ao cuidar de cuidadores familiares de idosos dependentes com o diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador*?

INTERVENÇÃO: Apoio ao CUIDADOR (7040): Domínio 5: Família – Classe X: cuidados ao longo da vida - Nível: principal - Definição: oferecimento das informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário ao paciente por pessoa que não seja um profissional de saúde⁽⁴⁷⁾.	Nunca	Raramente	Algumas Veze	Frequentemente	Sempre
ATIVIDADES:					
1. Determinar o nível de conhecimento do cuidador.					
2. Determinar a aceitação de papel pelo cuidador.					
3. Aceitar manifestações de emoção negativa.					
4. Reconhecer as dificuldades do papel de cuidador.					
5. Investigar pontos positivos e negativos com o cuidador.					
6. Admitir a dependência que o paciente tem do cuidador, conforme apropriado.					
7. Fazer afirmações positivas sobre os esforços do cuidador.					
8. Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades, conforme apropriado.					
9. Apoiar as decisões do cuidador.					
10. Encorajar a aceitação da interdependência entre os familiares.					
11. Monitorar os problemas de interação na família relativos ao cuidado do paciente.					
12. Informar sobre as condições do paciente, conforme as suas preferências.					
13. Ensinar a terapia do paciente ao cuidador, conforme as preferências do paciente.					
14. Ensinar técnicas ao cuidador para melhorar a segurança do paciente.					
15. Proporcionar assistência de acompanhamento de saúde ao cuidador por meio de telefonemas e/ ou cuidados de enfermeiro comunitário.					
16. Monitorar o surgimento de indicadores de estresse.					
17. Investigar com o cuidador como ele está enfrentando a situação.					
18. Ensinar ao cuidador técnicas de controle de estresse.					
19. Educar o cuidador a respeito do processo de pensar.					

20. Apoiar o cuidador ao longo do processo de pesar.					
21. Encorajar o cuidador a participar de grupos de apoio.					
22. Ensinar o cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde de modo a manter a própria saúde física e mental.					
23. Reforçar a rede social do cuidador.					
24. Identificar recursos por meio dos quais o cuidador pode tirar folgas.					
25. Informar ao cuidador recursos de atendimento de saúde e comunitários.					
26. Ensinar ao cuidador estratégias de acesso e maximização do atendimento de saúde e recursos comunitários.					
27. Agir em prol do cuidador quando a sobrecarga ficar evidente.					
28. Avisar a instituição / funcionários dos serviços de emergência sobre a permanência do paciente em casa, sua condição de saúde e tecnologias usadas, com consentimento do paciente e da família.					
29. Discutir os limites do cuidador com o paciente.					
30. Oferecer encorajamento ao cuidador durante os momentos complicados do paciente.					
31. Apoiar o cuidador no estabelecimento de limites e nos cuidados consigo mesmo.					
INTERVENÇÃO: ACONSELHAMENTO (5240): Domínio 3: Comportamental – Classe R: assistência de enfrentamento - Nível: opcional - Definição: uso de um processo interativo de ajuda, com foco nas necessidades, problemas ou sentimentos do paciente e pessoas importantes para melhorar ou apoiar o enfrentamento, a solução de problemas e as relações interpessoais⁽⁴⁷⁾.	Nunca	Raramente	Algumas Veze	Frequente mente	Sempre
ATIVIDADES:					
1. Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito.					
2. Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade.					
3. Estabelecer a duração da relação de aconselhamento.					
4. Estabelecer metas.					
5. Oferecer privacidade e garantir o sigilo.					
6. Oferecer informações apropriadas e sempre que necessário.					
7. Oferecer informações concretas apropriadas e sempre que necessário.					
8. Estimular a expressão dos sentimentos.					
9. Auxiliar o paciente a identificar o problema ou situação que está causando sofrimento.					
10. Usar as técnicas da reflexão e do esclarecimento para facilitar a expressão das preocupações.					
11. Solicitar ao paciente /pessoas importantes que identifiquem o que conseguem / não conseguem fazer diante dos acontecimentos.					
12. Auxiliar o paciente a listar e priorizar todas as alternativas possíveis a um problema.					

13. Identificar todas as diferenças entre a visão do paciente acerca da situação e a da equipe de cuidados de saúde.					
14. Determinar como o comportamento da família afeta o paciente.					
15. Verbalizar a discrepância entre os sentimentos e os comportamentos do paciente.					
16. Usar instrumentos investigativos (p. ex., avaliações com papel e lápis, material de áudio e vídeo, exercícios interativos com outras pessoas) para ajudar a aumentar a autopercepção do paciente e os conhecimentos do conselheiro sobre a situação, conforme apropriado.					
17. Revelar aspectos selecionados das próprias experiências de outra pessoa ou de sua personalidade para reforçar a autenticidade e a confiança, conforme apropriado.					
18. Auxiliar o paciente a identificar pontos positivos e a reforçá-los.					
19. Encorajar o desenvolvimento de habilidades, conforme apropriado.					
20. Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por outros mais desejáveis.					
21. Reforçar novas habilidades.					
22. Desencorajar a tomada de decisão, quando o paciente estiver muito estressado, quando possível.					
INTERVENÇÃO: Assistência para Manutenção do LAR (7180): Domínio 5: Família – Classe X: cuidado ao longo da vida - Nível: sugerida - Definição: auxílio a paciente/família para manutenção da casa como um local limpo, seguro e agradável para se viver⁽⁴⁷⁾.	Nunca	Raramente	Algumas Veze	Frequentemente	Sempre
ATIVIDADES:					
1. Determinar as exigências do paciente quanto à manutenção da casa.					
2. Envolver o paciente / familiares nas decisões sobre a manutenção da casa.					
3. Sugerir alterações estruturais necessárias para tornar a casa acessível.					
4. Informar sobre formas de tornar seguro e limpo o ambiente doméstico.					
5. Auxiliar os familiares a terem expectativas realistas acerca de si mesmos no desempenho dos seus papéis.					
6. Aconselhar sobre como reduzir odores desagradáveis.					
7. Sugerir serviços de dedetização, se necessário.					
8. Facilitar a limpeza de roupas sujas.					
9. Sugerir serviços de reparos domésticos, se necessário.					
10. Conversar sobre o custo da manutenção necessária e os recursos disponíveis.					
11. Oferecer soluções para dificuldades financeiras.					
12. Solicitar os serviços domésticos de um profissional, conforme apropriado.					
13. Auxiliar a família a usar a rede de apoio social.					
14. Informar sobre o repouso do cuidador, quando adequado.					
15. Coordenar o uso de recursos comunitários.					

INTERVENÇÃO: Controle de ENERGIA (0180): Domínio 1: Fisiológico: Básico – Classe A: controle da atividade e do exercício - Nível: sugerida - Definição: regulação do uso da energia para tratamento ou prevenção de fadiga e otimização de funções⁽⁴⁷⁾.	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
ATIVIDADES:					
1. Investigar a condição fisiológica do paciente quanto a deficiências que resultem em fadiga no contexto da idade e do desenvolvimento.					
2. Encorajar a expressão de sentimentos sobre as limitações.					
3. Usar instrumentos válidos para medir a fadiga, se indicado.					
4. Determinar a percepção das causas da fadiga pelo paciente / pessoa significativa.					
5. Corrigir déficits na condição fisiológica (p. ex., anemia induzida por quimioterapia) como itens prioritários.					
6. Selecionar as intervenções para reduzir a fadiga usando combinações de categorias farmacológicas e não farmacológicas, conforme apropriado.					
7. Determinar quais atividades e quanto são necessárias para desenvolver a resistência.					
8. Monitorar a ingestão nutricional para garantir recursos energéticos adequados.					
9. Consultar o nutricionista sobre formas de aumentar a ingestão de alimentos altamente energéticos.					
10. Negociar horários desejáveis para as refeições que possam ou não coincidir com os horários hospitalares padronizados.					
11. Monitorar o paciente quanto a evidências de fadiga física e emocional excessiva.					
12. Monitorar a resposta cardiorrespiratória à atividade (p.ex., taquicardia, outras disritmias, dispneia, sudorese, palidez, pressões hemodinâmicas, frequência respiratória).					
13. Encorajar exercícios aeróbicos conforme a tolerância.					
14. Monitorar / registrar o padrão e a quantidade de horas de sono do paciente.					
15. Monitorar local e natureza do desconforto e da dor durante movimento / atividades.					
16. Reduzir desconfortos físicos capazes de afetar a função cognitiva e o automonitoramento / regulação das atividades.					
17. Fixar limites com hiperatividade quando interferir nos outros ou no paciente.					
18. Auxiliar o paciente a entender os princípios da conservação de energia (p. ex., exigência de limitar atividades ou repouso no leito).					
19. Ensinar técnicas de organização e controle de tempo das atividades para evitar fadiga.					
20. Auxiliar o paciente a priorizar as atividades para bom uso dos níveis de energia.					
21. Auxiliar o paciente / pessoa significativa a estabelecer metas realistas de atividades.					
22. Auxiliar o paciente a identificar as preferências por atividades.					
23. Encorajar o paciente a escolher atividades que, lentamente, componham a resistência.					
24. Auxiliar o paciente a identificar tarefas que familiares e amigos possam fazer em casa para prevenir / aliviar a fadiga.					

25. Levar em consideração a possibilidade de comunicação eletrônica (p. ex., <i>e-mail</i> ou mensagens instantâneas) para manter contato com amigos quando as visitas não forem praticáveis ou aconselhadas.					
26. Auxiliar o paciente o limitar o sono durante o dia oferecendo atividades que promovam o estado de vigília, conforme apropriado.					
27. Limitar estímulos ambientais (p. ex., iluminação e ruídos) para facilitar o relaxamento.					
28. Limitar o número de interrupções de visitantes, conforme apropriado.					
29. Promover repouso no leito / limite às atividades (p. ex., aumentar o número de períodos de descanso) com horários protegidos de repouso no leito, conforme preferência.					
30. Encorajar períodos alternados de descanso e atividade.					
31. Organizar atividades físicas que reduzam a competição pelo suprimento de oxigênio a funções vitais do organismo (p. ex., evitar atividades logo após as refeições).					
32. Usar exercícios passivos e /ou ativos de amplitude de movimentos para aliviar a tensão muscular.					
33. Oferecer atividades recreativas calmantes para promover relaxamento.					
34. Oferecer recursos auxiliares que promovam o sono (p. ex., música ou medicamentos).					
35. Encorajar um sono curto à tarde, conforme apropriado.					
36. Auxiliar o paciente a programar períodos de descanso.					
37. Evitar atividades de cuidado durante os períodos de descanso programado.					
38. Planejar atividades para os períodos em que o paciente tiver maior energia.					
39. Auxiliar o paciente a sentar na lateral da cama (“membros inferiores pendentes”) se incapacitado de transferir-se ou deambular.					
40. Auxiliar as atividades físicas regulares (p. ex., deambulação, transferências, mudança de decúbito e cuidado pessoal), se necessário.					
41. Monitorar a administração e o efeito de estimulantes e depressivos.					
42. Encorajar a atividade física (p. ex., deambulação desempenho de atividades da vida diária) coerente com os recursos energéticos do paciente.					
43. Avaliar os aumentos programados nos níveis de atividades.					
44. Monitorar a resposta do oxigênio do paciente (p. ex., frequência de pulsos, ritmo cardíaco, frequência respiratória) para o autocuidado ou atividades de enfermagem.					
45. Auxiliar o paciente a automonitorar-se desenvolvendo e usando um registro escrito da ingestão calórica e do gasto de energia, conforme apropriado.					
46. Orientar o paciente e / ou pessoa significativa sobre a fadiga, seus sintomas comuns e recorrências latentes.					
47. Orientar o paciente e pessoas significativas sobre outras técnicas de autocuidado que minimizem o consumo de energia (p. ex., automonitoramento e técnicas de controle de ritmo para o desempenho de atividades da vida diária).					
48. Orientar o paciente / pessoa significativa quanto ao reconhecimento de sinais e sintomas de fadiga que exijam redução da atividade.					
49. Orientar o paciente / pessoa significativa sobre intervenções no estresse e no enfrentamento para reduzir a fadiga.					
50. Orientar o paciente / pessoa significativa para avisar o cuidador diante de persistência de sinais e sintomas de fadiga.					

INTERVENÇÃO: Cuidados durante o repouso do CUIDADOR (7260): Domínio 5: Família – Classe X: cuidado ao longo da vida - Nível: Sugerida - Definição: oferecimento de cuidados de curto prazo para proporcionar descanso ao cuidador da família⁽⁴⁷⁾.	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
ATIVIDADES:					
1. Estabelecer uma relação terapêutica com o paciente / família.					
2. Monitorar a resistência do cuidador.					
3. Informar o paciente / família sobre recursos financeiros disponíveis para substituto do cuidador.					
4. Coordenar os voluntários para serviços em casa, conforme apropriado.					
5. Providenciar o cuidador substituto.					
6. Seguir a rotina normal de atendimento.					
7. Oferecer cuidados, como exercícios, deambulação e higiene, conforme apropriado.					
8. Conseguir telefones de emergência.					
9. Determinar a forma de contato com o cuidador usual.					
10. Providenciar cuidados de emergência se necessário.					
11. Manter o ambiente normal da casa.					
12. Providenciar relatório ao cuidador usual quando de sua volta.					
INTERVENÇÃO: Facilitação do Processo de CULPA (5300): Domínio 3: Comportamental – Classe R: assistência de enfrentamento - Nível: opcional - Definição: ajudar a outra pessoa a enfrentar sentimentos de dor ou responsabilidade real ou percebida⁽⁴⁷⁾.	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
ATIVIDADES:					
1. Orientar o paciente / família na identificação de sentimentos dolorosos de culpa.					
2. Ajudar o paciente / família a identificar e examinar as situações em que são vividos ou gerados esses sentimentos.					
3. Ajudar o paciente / familiares a identificar seus comportamentos na situação de culpa.					
4. Ajudar o paciente/ família a compreender que a culpa é uma reação comum a traumas, abuso, luto, doença catastrófica ou acidentes.					
5. Usar teste de realidade para ajudar o paciente / família a identificar possíveis crenças irracionais.					
6. Ajudar o paciente/família a identificar a transferência destrutiva de sentimentos para outros indivíduos, repartindo responsabilidades na situação.					
7. Facilitar a discussão sobre o impacto da situação sobre as relações familiares.					
8. Facilitar o aconselhamento genético, conforme apropriado.					

9. Encaminhar o paciente para um cuidador adequado para tratar condições de trauma, abuso, luto, doença ou com grupo de sobreviventes que buscam orientação e apoio.					
10. Facilitar o apoio espiritual, conforme apropriado.					
11. Ensinar o paciente o uso de técnicas de interrupção do pensamento e substituir pensamentos, juntamente com relaxamento voluntário da musculatura, quando pensamentos persistentes de culpa entrarem na mente.					
12. Orientar o paciente sobre as etapas de autoperdão quando aceitar a própria culpa.					
13. Ajudar o paciente / família a identificar as opções relativas à prevenção, restituição, reparação e resolução, quando convier.					
INTERVENÇÃO: Melhora do ENFRENTAMENTO (5230): Domínio 3: Comportamental – Classe R: assistência de enfrentamento - Nível: sugerida - Definição: assistência ao paciente para adapta-se a estressores, mudanças ou ameaças percebidos que interfiram na satisfação das exigências da vida e no desempenho de papéis⁽⁴⁷⁾.	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
ATIVIDADES:					
1. Avaliar a adaptação do paciente a mudanças na imagem corporal, se indicado.					
2. Avaliar o impacto da situação de vida do paciente nos papéis e nas relações.					
3. Encorajar o paciente a identificar uma descrição realista da mudança de papel.					
4. Avaliar a compreensão que o paciente tem do processo de doença.					
5. Avaliar e discutir respostas alternativas à situação.					
6. Usar uma abordagem calma e tranquila.					
7. Proporcionar uma atmosfera de aceitação.					
8. Ajudar o paciente a fazer uma avaliação objetiva do evento.					
9. Ajudar o paciente a identificar as informações que ele tem mais interesse em conseguir.					
10. Oferecer informações reais a respeito do diagnóstico, tratamento e prognóstico.					
11. Proporcionar ao paciente escolhas realistas sobre alguns aspectos do cuidado.					
12. Encorajar uma atitude de esperança realista como forma de lidar com os sentimentos de desamparo.					
13. Avaliar a capacidade de decisão do paciente.					
14. Buscar entender a perspectiva do paciente a respeito de uma situação de estresse.					
15. Desencorajar decisões quando o paciente está sob muito estresse.					
16. Encorajar o domínio gradativo da situação.					
17. Encorajar a paciência no desenvolvimento de relacionamentos.					
18. Encorajar relacionamentos com pessoas que tem interesses e metas comuns.					
19. Encorajar atividades sociais e comunitárias.					

20. Encorajar a aceitação das limitações dos outros.					
21. Admitir os antecedentes espirituais e culturais do paciente.					
22. Encorajar o uso de recursos espirituais, se desejado.					
23. Investigar conquistas anteriores do paciente.					
24. Investigar as razões do paciente para autocrítica.					
25. Confrontar os sentimentos ambivalentes do paciente (raiva ou depressão).					
26. Reforçar válvulas de escape construtivas para a raiva e a hostilidade.					
27. Promover situações que encorajem a autonomia do paciente.					
28. Auxiliar o paciente a identificar reações positivas dos outros.					
29. Encorajar a identificação de valores específicos de vida.					
30. Investigar com o paciente métodos anteriormente usados para lidar com problemas de vida.					
31. Apresentar o paciente a pessoas (ou grupos) que tiveram sucesso diante das mesmas experiências.					
32. Dar apoio ao uso de mecanismos de defesa apropriados.					
33. Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos.					
34. Discutir as consequências de não lidar com a culpa e a vergonha.					
35. Encorajar o paciente a identificar os próprios pontos fortes e capacidades.					
36. Auxiliar o paciente a identificar metas adequadas de curto e longo prazos.					
37. Auxiliar o paciente a fragmentar metas complexas em etapas menores e controláveis.					
38. Auxiliar o paciente a examinar os recursos disponíveis para alcançar as metas.					
39. Reduzir os estímulos ambientais que possam ser mal-interpretados como ameaçadores.					
40. Avaliar as necessidades / desejos do paciente de apoio social.					
41. Auxiliar o paciente a identificar os sintomas de apoio disponíveis.					
42. Determinar o risco de autoagressão do paciente.					
43. Encorajar o envolvimento da família, conforme apropriado.					
44. Encorajar a família a expressar verbalmente os sentimentos sobre o familiar doente.					
45. Oferecer o treinamento adequado das habilidades sociais.					
46. Auxiliar o paciente a identificar estratégias positivas para lidar com as limitações e controlar as mudanças necessárias no estilo de vida ou no desempenho de papéis.					
47. Auxiliar o paciente a solucionar os problemas de forma construtiva.					
48. Orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento, se necessário.					

49. Auxiliar o paciente no processo de pesar e a elaborar as perdas por doenças crônicas e / ou incapacitações, se adequado.					
50. Auxiliar o paciente a esclarecer ideias errôneas.					
51. Encorajar o paciente a avaliar o próprio comportamento.					
INTERVENÇÃO: Melhora do Sistema de APOIO (5440): Domínio 3: Comportamental – Classe R: assistência de enfrentamento - Nível: opcional - Definição: facilitação de suporte ao paciente pela família, os amigos e a comunidade⁽⁴⁷⁾.	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
ATIVIDADES:					
1. Levantar dados sobre a reação psicológica à situação e a disponibilidade de um sistema de apoio.					
2. Determinar a adequação das redes sociais existentes.					
3. Identificar o grau de apoio da família.					
4. Identificar o grau de suporte financeiro da família.					
5. Determinar os sistemas de apoio atualmente em uso.					
6. Determinar as barreiras ao uso de sistemas de apoio.					
7. Monitorar a situação familiar atual.					
8. Encorajar o paciente a participar de atividades sociais e comunitárias.					
9. Encorajar as relações com pessoas com interesses e metas comuns					
10. Encaminhar a grupo de autoajuda, conforme apropriado.					
11. Levantar dados sobre a adequação dos recursos da comunidade para identificar elementos positivos e negativos.					
12. Encaminhar a programa de promoção / prevenção / tratamento / reabilitação com base na comunidade, conforme apropriado.					
13. Oferecer serviços de maneira carinhosa e apoiadora.					
14. Envolver a família / pessoas significativas / amigos nos cuidados e no planejamento.					
15. Explicar como ajudar a outros com preocupações.					
INTERVENÇÃO: PRESENÇA (5340): Domínio 3: Comportamental – Classe R: assistência de enfrentamento - Nível: opcional - Definição: estar com o outro, física ou psicologicamente, em períodos de necessidade⁽⁴⁷⁾.	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
ATIVIDADES:					
1. Demonstrar uma atitude de aceitação.					
2. Comunicar, verbalmente, empatia ou compreensão da experiência do paciente.					
3. Ser sensível as tradições e crenças do paciente.					
4. Estabelecer uma preocupação de confiança e positiva.					

5. Escutar as preocupações do paciente.					
6. Usar o silêncio, conforme apropriado.					
7. Tocar no paciente para expressar preocupação, como convier.					
8. Estar fisicamente disponível como alguém para ajudar.					
9. Estar fisicamente presente sem esperar reações interativas.					
10. Proporcionar distanciamento ao paciente e à família, se necessário.					
11. Oferecer-se para ficar com o paciente durante as primeiras interações com os outros na unidade.					
12. Ajudar o paciente a compreender que você está disponível, mas não reforçar comportamentos de dependência.					
13. Ficar com o paciente para promover segurança e reduzir o medo.					
14. Tranquilizar e ajudar os pais em seu papel de apoio ao filho.					
15. Ficar com o paciente e oferecer garantias de segurança e proteção durante períodos de ansiedade.					
16. Oferecer-se para fazer contato com outras pessoas de apoio (p. ex., sacerdote / rabino), como convier.					
INTERVENÇÃO: Promoção do Envolvimento FAMILIAR (7100): Domínio 5: Família – Classe X: cuidados ao longo da vida - Nível: opcional - Definição: assistência aos familiares para conduzirem a família para uma forma mais produtiva de vida⁽⁴⁷⁾.	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
ATIVIDADES:					
1. Estabelecer uma relação pessoal com o paciente e seus familiares que estarão envolvidos nos cuidados.					
2. Identificar as capacidades dos membros da família para o envolvimento nos cuidados do paciente.					
3. Criar uma cultura de flexibilidade na família.					
4. Determinar os recursos físicos, emocionais e educacionais do cuidador principal.					
5. Identificar os déficits no autocuidado do paciente.					
6. Identificar as preferências dos membros da família quanto ao envolvimento com o paciente.					
7. Identificar as expectativas dos membros da família em relação ao paciente.					
8. Antecipar e identificar as necessidades da família.					
9. Encorajar os familiares e o paciente a auxiliarem na elaboração de um plano de cuidados, inclusive resultados esperados e a implementação desse plano.					
10. Encorajar os familiares e o paciente a serem assertivos nas interações com os profissionais de cuidados de saúde.					
11. Monitorar a estrutura e os papéis da família.					
12. Monitorar o envolvimento dos familiares nos cuidados do paciente.					
13. Encorajar o cuidado pelos familiares durante a hospitalização ou os cuidados em instituição de atendimento de longo prazo.					

14. Dar informações importantes aos familiares sobre o paciente de acordo com a preferencia do paciente.					
15. Facilitar a compreensão dos aspectos médicos da condição do paciente para os familiares.					
16. Oferecer o apoio necessário aos familiares para que tomem decisões informadas.					
17. Identificar a percepção dos membros da família sobre a situação, os eventos precipitantes, os sentimentos e os comportamentos do paciente.					
18. Identificar os outros estressores situacionais para os membros da família.					
19. Identificar sintomas físicos de cada membro da família relacionado ao estresse (p. ex., choro, náusea, vômito, falta de atenção).					
20. Determinar o nível de dependência do paciente em relação aos familiares, conforme sua idade e doença.					
21. Encorajar o foco em todos os aspectos positivos da situação do paciente.					
22. Identificar e respeitar os mecanismos de enfrentamento usados pelos familiares.					
23. Identificar com os familiares as dificuldades de enfrentamento do paciente.					
24. Identificar com os familiares os pontos positivos e as capacidades do paciente relativas à família.					
25. Informar os familiares sobre fatores capazes de melhorarem a condição do paciente.					
26. Encorajar os familiares a conservarem ou manterem as relações familiares, conforme apropriado.					
27. Discutir as opções quanto ao tipo de atendimento domiciliar, como morar com um grupo, cuidado em instituições especializadas, ou folgas do cuidador, conforme apropriado.					
28. Facilitar lidar com os aspectos médicos da doença pelos familiares.					
INTERVENÇÃO: ORIENTAÇÃO Antecipada (5210): Domínio 3: Comportamental – Classe R: assistência de enfrentamento - Nível: sugerida - Definição: preparo do paciente para uma crise de desenvolvimento e/ou situacional prevista⁽⁴⁷⁾.	Nunca	Raramente	Algumas Veze	Frequentemente	Sempre
ATIVIDADES:					
1. Auxiliar o paciente a identificar uma possível crise desenvolvimental e / ou situacional iminente e os efeitos que ela possa ter na sua vida pessoal e familiar.					
2. Orientar sobre desenvolvimento e comportamento normais, conforme apropriado.					
3. Informar sobre expectativas realistas relativas ao comportamento do paciente.					
4. Determinar os métodos usuais do paciente para resolver problemas.					
5. Auxiliar o paciente a decidir sobre a forma de solucionar o problema.					
6. Auxiliar o paciente a decidir sobre quem resolverá o problema.					
7. Usar exemplos de casos para fortalecer as habilidades do paciente para resolver problemas, conforme apropriado.					
8. Auxiliar o paciente a identificar os recursos e as opções disponíveis para o curso de ações, conforme apropriado.					

9. Revisar com o paciente técnicas necessárias para enfrentar uma crise desenvolvimental ou situacional iminente, conforme apropriado.					
10. Auxiliar o paciente a adaptar-se a mudanças antecipadas de papel.					
11. Oferecer material de consulta rápida ao paciente (p. ex., materiais /panfletos educativos), conforme apropriado.					
12. Sugerir livros para leitura do paciente, conforme apropriado.					
13. Encaminhar o paciente para instituições comunitárias, conforme apropriado.					
14. Agendar visitas estratégicas focalizando crises desenvolvimentais ou situacionais.					
15. Agendar visitas extras a pacientes com preocupações ou dificuldades.					
16. Agendar chamadas telefônicas de acompanhamento para avaliar o sucesso ou necessidades de reforço.					
17. Oferecer ao paciente número de telefone a ser usado em busca de auxílio se necessário.					
18. Incluir a família / pessoa importantes, conforme apropriado.					
INTERVENÇÃO: Orientação quanto Sistema de SAÚDE (7400): Domínio 6: Sistema de Saúde – Classe Y: Mediação do Sistema de Saúde - Nível: sugerida - Definição: facilitação do acesso e uso pelo paciente dos serviços de saúde adequados⁽⁴⁷⁾.	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
ATIVIDADES:					
1. Explicar o sistema de atendimento de saúde, seu funcionamento e o que o paciente / família pode esperar.					
2. Auxiliar o paciente ou a família a coordenar o cuidado de saúde e a comunicação.					
3. Auxiliar o paciente ou a família a escolher os profissionais adequados para os cuidados de saúde.					
4. Orientar o paciente sobre o tipo serviço a ser esperado para cada espécie de provedor de cuidados de saúde (p. ex., especialistas em enfermagem, nutricionistas, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, cardiologistas, clínicos, oftalmologistas e psicólogos).					
5. Informar o paciente sobre diferentes tipos de instalações de cuidados de saúde (hospital geral, hospital especializado, hospital-escola, clínica de internação, clínica para cirurgia ambulatorial), conforme apropriado.					
6. Informar o paciente sobre as exigências da Secretaria de Saúde para o credenciamento com relação à qualidade de uma instituição.					
7. Informar o paciente sobre recursos apropriados da comunidade e pessoas para contato.					
8. Aconselhar a busca por uma segunda opinião.					
9. Informar o paciente sobre o seu direito de escolha do provedor de atendimento de saúde.					
10. Informar o paciente sobre o significado de assinatura em formulário de consentimento informado.					
11. Oferecer ao paciente uma cópia sobre sua carta de direitos.					
12. Informar o paciente sobre formas de acesso a serviços de emergência por telefone e serviço de transporte, conforme apropriado.					

13. Estimular o paciente a dirigir-se ao departamento de emergência, se adequado.					
14. Identificar e facilitar a comunicação entre os provedores de cuidados de saúde e o paciente / família, conforme apropriado.					
15. Informar o paciente / família sobre formas de confrontar a decisão tomada por um provedor de cuidados de saúde, se necessário.					
16. Estimular a consulta a outros profissionais de saúde, conforme apropriado.					
17. Solicitar os serviços de outros profissionais de saúde para o paciente, conforme apropriado.					
18. Coordenar os encaminhamentos relevantes a provedores de cuidados de saúde, conforme apropriado.					
19. Revisar e reforçar as informações dadas por outros profissionais de saúde.					
20. Informar sobre formas de obter equipamentos.					
21. Coordenar / programar o tempo necessário para que cada serviço preste seu atendimento de saúde, conforme apropriado.					
22. Informar o paciente sobre custo, tempo, alternativas e riscos envolvidos em determinado exame ou procedimento.					
23. Oferecer orientações escritas sobre a finalidade e a localização de atividades pós-internação / atendimento ambulatoriais, conforme apropriado.					
24. Oferecer orientações escritas sobre a finalidade e a localização de instituições de saúde, conforme apropriado.					
25. Discutir o resultado de consulta com outros profissionais de saúde, conforme apropriado.					
26. Identificar e facilitar as necessidades de transporte até os serviços de saúde.					
27. Providenciar contato para acompanhamento do cuidado, conforme apropriado.					
28. Monitorar a adequação do acompanhamento dos cuidados de saúde.					
29. Providenciar relatório para os provedores do cuidado após a hospitalização, conforme apropriado;					

Apêndice E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Enfermeiro(a) Especialista

Prezado(a) Enfermeiro(a),

Esta pesquisa, intitulada “**TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR - aplicabilidade de intervenções de Enfermagem da NIC em cuidadores familiares de idosos dependentes**” está sendo desenvolvida pela doutoranda Maria Auxiliadora Pereira, aluna regularmente matriculada no Programa de Doutorado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba – sob a orientação da Professora Dr^a. Maria das Graças Melo Fernandes.

Você está sendo convidado(a) para participar, como especialista, deste estudo, por sua titulação e experiência com diagnóstico e intervenções de Enfermagem. Os objetivos do presente estudo são:

- Identificar as intervenções e atividades de enfermagem da NIC indicadas por enfermeiros assistenciais para o diagnóstico *Tensão do papel de cuidador* evidenciado em cuidadores familiares de idosos dependentes;
- Realizar validação de conteúdo, com enfermeiros especialistas, das atividades das intervenções de enfermagem indicadas pelos enfermeiros assistenciais como aplicáveis ao diagnóstico *Tensão do papel de cuidador*;
- Verificar, na prática clínica, a aplicabilidade das intervenções de enfermagem identificadas no estudo, em cuidadores familiares de idosos dependentes com *Tensão do papel de cuidador*.

Você receberá um instrumento composto de duas partes para responder questões destinadas à coleta de informações relativas à caracterização dos participantes e questões envolvendo as intervenções de enfermagem e suas respectivas atividades indicadas por enfermeiras assistenciais como as mais aplicáveis à cuidadores de idosos dependentes com evidencia de tensão. Você deverá primeiro, fazer uma leitura atenciosa da definição do diagnóstico de Enfermagem *Tensão do papel de cuidador*, e em seguida ler as definições das intervenções e suas respectivas atividades propostas. Depois, deverá fazer o seu julgamento de acordo com a sua experiência, marcando nas colunas, a opção escolhida, segundo a pertinência de cada atividade. Na última coluna você dispõe de um espaço para, se necessário, sugerir alterações na atividade elencada ou indicar outra atividade. Este instrumento poderá ser devolvido no prazo de 15 dias e em caso de dúvida, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras pelos meios indicados abaixo.

Garantimos a confidencialidade das informações e o seu nome será mantido em absoluto sigilo, e nenhuma resposta será divulgada de forma que revele a sua identidade. Vale lembrar que a pesquisa não oferece nenhum risco à sua saúde física e mental, e o benefício será a colaboração para o desenvolvimento da linguagem padronizada de Enfermagem para diagnóstico e intervenções de Enfermagem *Tensão do papel de cuidador*. A sua participação é voluntária e de fundamental importância, portanto, você não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelas pesquisadoras. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não terá quaisquer implicações futuras. Durante todas as etapas desta pesquisa, serão cumpridas todas as determinações constantes da Resolução 466/2012 do CNS – Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Agradeço a colaboração e informo que, com este estudo, será possível melhorar a assistência ao cuidador de familiar de idosos dependentes com evidencia de Tensão do papel de cuidador.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento, e o meu nome será mantido em sigilo.

João Pessoa, ____ de ____ de _____.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora
 Contatos: UFPB/CCS/DENC.
 Fone: (83) 32167248 (83) 99269204.
shadora@uol.com.br

Apêndice F

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Enfermeiro(a) Especialista

Prezado(a) enfermeiro(a),

Agradeço a sua aceitação para participar da amostra deste estudo sobre “**TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR - aplicabilidade de intervenções de Enfermagem da NIC em cuidadores familiares de idosos dependentes**”, e convido-o (a) para seguir as orientações abaixo para melhor preenchimento do Instrumento.

Para a caracterização como enfermeiro(a) especialista, você deve colocar as suas iniciais, a idade em anos completos e sexo. Deve informar o tempo de experiência profissional e de trabalho com a temática de diagnósticos e intervenções de enfermagem, especificando a área e o tempo de experiência em anos e a Classificação de Enfermagem que você utiliza. O instrumento ainda investiga sobre sua titulação acadêmica, pesquisas e artigos publicados sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem e se tem trabalhos e atividades envolvendo a temática em estudo.

Para o julgamento das atividades das intervenções de Enfermagem elencadas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem *Tensão do papel de cuidador* você deverá fazer uma leitura da definição do diagnóstico, da intervenção de enfermagem e suas respectivas atividades, já indicadas por enfermeiros assistenciais como as mais aplicáveis à cuidadores de idosos dependentes com evidencia de tensão. A nossa intenção é que você possa responder a seguinte **Pergunta:** Na sua experiência profissional, o quanto cada atividade é considerada pertinente à intervenção elencada para o cuidador familiar de idosos dependentes com o diagnóstico de *Tensão do papel de cuidador*? Para cada atividade, você deverá marcar com um X, o que considerar, de acordo com sua experiência, a melhor opção indicada. Na última coluna, caso necessário, você poderá sugerir alterações na atividade elencada ou indicar outra atividade. Ressalto que a utilização de uma linguagem padronizada colaborará para o desenvolvimento da prática de Enfermagem e para a qualidade e a segurança do paciente. Você poderá devolver este instrumento em 15 dias e nesse período, se precisar entrar em contato com a pesquisadora, poderá fazê-lo nos seguintes contatos: UFPB/CCS/DENC - Fones: (83) 32167248 – (83) 99269204. shadora@uol.com.br

Atenciosamente,

Maria Auxiliadora Pereira (Pesquisadora).

PARTE I**1. CARACTERIZAÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A) ESPECIALISTA**

1.1 Nome (iniciais): _____

1.2 Idade (em anos completos): _____ anos

1.3 Sexo: M () F ()

1.4 Tempo de experiência profissional: _____ anos

1.5 Tempo de prática profissional trabalhando com diagnóstico de Enfermagem e /ou intervenções de Enfermagem – Especificar a área e o tempo de experiência:

Área - () Ensino	Área - () Pesquisa	Área - () Assistência
Tempo de experiência	Tempo de experiência	Tempo de experiência
() Menos de 1 ano	() Menos de 1 ano	() Menos de 1 ano
() 1 a 3 anos	() 1 a 3 anos	() 1 a 3 anos
() 3 a 5 anos	() 3 a 5 anos	() 3 a 5 anos
() Mais de 5 anos	() Mais de 5 anos	() Mais de 5 anos

1.6 Em suas pesquisas utiliza qual Classificação de Enfermagem?

() NANDA-I () NIC () NOC () CIPE®

() Outras. Especifique: _____

1.7 Titulação:

() Mestrado: Título da dissertação: _____

() Doutorado: Título da tese: _____

1.8 Tem publicação de pesquisa/artigo versando sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem:

() Dissertação de Mestrado () Tese de Doutorado

() Publicação em periódicos/revistas

() Publicação de trabalho de pesquisa

1.9 Tem algum trabalho(s) ou atividades(s) científica que realizou abordando a temática Tensão do papel de cuidador?

() Não

() Sim (Especifique) _____

PARTE II⁶
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DAS ATIVIDADES PARA AS
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROPOSTAS PELA NIC

Diagnóstico de Tensão do papel de cuidador “Dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família ou de outros significantes” ^(3/7)						
INTERVENÇÃO: Apoio ao CUIDADOR (7040): Domínio 5: Família – Classe X: Cuidados ao longo da vida - Nível: Principal – Definição: oferecimento das informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário ao paciente por pessoa que não seja um profissional de saúde ^(4/7) .						
ATIVIDADES (As atividades foram indicadas por enfermeiras assistenciais como as mais aplicáveis à cuidadores de idosos dependentes com evidencia de <i>Tensão do papel de cuidador</i>).	Não pertinente	Muito Pouco Pertinente	Pouco Pertinente	Pertinente	Muito Pertinente	Caso necessário, você poderá sugerir alterações na atividade elencada ou indicar outra atividade.
1. Reconhecer as dificuldades do papel de cuidador.						
2. Fazer afirmações positivas sobre os esforços do cuidador.						
3. Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades, conforme apropriado.						
4. Ensinar a terapia do paciente ao cuidador, conforme as preferências do paciente.						
5. Ensinar técnicas ao cuidador para melhorar a segurança do paciente.						
6. Investigar pontos positivos e negativos com o cuidador.						
7. Reforçar a rede social do cuidador.						
8. Apoiar o cuidador no estabelecimento de limites e nos cuidados consigo mesmo.						
9. Determinar a aceitação de papel pelo cuidador.						
10. Admitir a dependência que o paciente tem do cuidador, conforme apropriado.						
11. Investigar com o cuidador como ele está enfrentando a situação.						
12. Ensinar ao cuidador técnicas de controle de estresse.						
13. Encorajar o cuidador a participar de grupos de apoio.						
14. Determinar o nível de conhecimento do cuidador.						
15. Encorajar a aceitação da interdependência entre os familiares.						

⁶ Este instrumento foi composto das doze intervenções de enfermagem com suas respectivas atividades, mais indicadas pelas enfermeiras assistenciais. Todas as intervenções seguiram a mesma estrutura do modelo ora apresentado.

ATIVIDADES (As atividades foram indicadas por enfermeiras assistenciais como as mais aplicáveis à cuidadores de idosos dependentes com evidencia de <i>Tensão do papel de cuidador</i>).	Não pertinente	Muito Pouco Pertinente	Pouco Pertinente	Pertinente	Muito Pertinente	Caso necessário, você poderá sugerir alterações na atividade elencada ou indicar outra atividade.
16. Monitorar os problemas de interação na família relativos ao cuidado do paciente.						
17. Proporcionar assistência de acompanhamento de saúde ao cuidador por meio de telefonemas e/ ou cuidados de enfermeiro comunitário.						
18. Monitorar o surgimento de indicadores de estresse.						
19. Ensinar ao cuidador estratégias de acesso e maximização do atendimento de saúde e recursos comunitários.						
20. Avisar a instituição / funcionários dos serviços de emergência sobre a permanência do paciente em casa, sua condição de saúde e tecnologias usadas, com consentimento do paciente e da família.						
21. Informar sobre as condições do paciente, conforme as suas preferências.						
22. Aceitar manifestações de emoção negativa.						
23. Educar o cuidador a respeito do processo de pesar.						
24. Apoiar o cuidador ao longo do processo de pesar.						
25. Agir em prol do cuidador quando a sobrecarga ficar evidente.						
26. Oferecer encorajamento ao cuidador durante os momentos complicados do paciente.						
27. Ensinar o cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde de modo a manter a própria saúde física e mental.						
28. Apoiar as decisões do cuidador.						
29. Identificar recursos por meio dos quais o cuidador pode tirar folgas.						
30. Informar ao cuidador recursos de atendimento de saúde e comunitários.						
31. Discutir os limites do cuidador com o paciente.						

Apêndice G

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Cuidador(a) Familiar

1. TÍTULO DE PESQUISA: “**TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR - aplicabilidade de intervenções de Enfermagem da NIC em cuidadores familiares de idosos dependentes**”

2. PESQUISADORAS

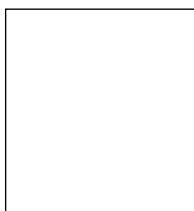
Maria Auxiliadora Pereira – Doutoranda. Tel:(83) 99269204 E-mail:shadora@uol.com.br

Orientadora: Profª Drª Maria das Graças Melo Fernandes E-mail: graaca@hotmail.com

O (a) Sr.º. ou Sr.ª. está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que faz parte das minhas atividades do Curso de doutorado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFPB e que tem como objetivo *Analisar a aplicabilidade das intervenções propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem Tensão do papel de cuidador em cuidadores familiares de idosos dependentes.*

Caso concorde em participar faremos perguntas sobre aspectos da sua vida (idade, estado civil, escolaridade, religião, entre outros) e também sobre aspectos relacionados às suas atividades de cuidador para direcionar a evidencia de que você apresenta *Tensão do papel de cuidador.* Durante a entrevista será apresentada pela pesquisadora todas as informações necessárias sobre o estudo e as dúvidas surgidas serão esclarecidas. Durante todas as etapas desta pesquisa, serão cumpridas todas as determinações constantes da Resolução 466/2012 do CNS – Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Todos os dados informados serão tratados como confidenciais durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Você poderá desistir de participar a qualquer momento e não haverá problemas para nenhuma das partes envolvidas (você, sua família ou o idoso cuidado). O benefício esperado com este estudo é que os enfermeiros, ao conhecer quais as intervenções e atividades de enfermagem são mais adequadas para o cuidador familiar com o diagnóstico *Tensão do papel de cuidador* possam aplicá-las, e assim, resolver ou diminuir os fatores relacionados a essa situação, proporcionando uma melhor assistência durante o processo de cuidar do idoso dependente.

Eu _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar.



Assinatura do participante _____

João Pessoa, ____ de _____ de _____.

Impressão
Datiloscópica

Assinatura da Pesquisadora

Endereço para contato: UFPB/CCS/Departamento de Enfermagem Clínica

Fones: (83) 32167248 – (83) 99269204

shadora@uol.com.br

Apêndice H

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Cuidador(a) Familiar

Título da pesquisa: **Tensão do papel de cuidador** - aplicabilidade de intervenções de Enfermagem da NIC em cuidadores familiares de idosos dependentes.

Prezado(a) Cuidador(a):

Agradeço a sua aceitação para participar deste estudo. Para iniciar, faremos perguntas sobre aspectos da sua vida (idade, estado civil, escolaridade, religião, entre outros) e sobre aspectos relacionados às suas atividades de cuidador. Durante a entrevista poderá pedir informações adicionais sobre o estudo e as dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora.

PARTE I

CARACTERIZAÇÃO DO(A) CUIDADOR(A) FAMILIAR

1. Sexo _____ Idade _____ anos
2. Qual a sua escolaridade em anos de estudos? _____
3. Qual o seu estado civil?
 Solteiro(a) Casado(a) União consensual Separado(a)
 Divorciado(a) Viúvo(a)
4. Qual a sua religião?
 Evangélico(a) Católico(a) Espírita Nenhuma Outro _____
5. Com relação a sua situação de trabalho você é?
 Empregado(a) Há quanto tempo? _____
 Desempregado(a) Há quanto tempo? _____
 Aposentado(a) sem atividade Há quanto tempo? _____
 Aposentado(a) com atividade Especifique _____
 Dona(o) de casa Outro _____
6. Tem faltado ao trabalho por causa das demandas do cuidado?
7. Já teve de ir para o trabalho tarde e/ou sair cedo devido às demandas do cuidado?
8. Se preocupa com o seu parente enquanto está no trabalho?
9. Qual a sua renda mensal em salário mínimo? _____
10. Qual a renda mensal da família em salário mínimo? _____
11. Quem é o responsável pela família?
 Você Cônjuge Pai Mãe Irmão Outro _____
12. Quantas pessoas residem com você na casa? _____
13. Qual o grau de parentesco das pessoas com quem você mora?
 Cônjuge Pai Mãe Irmão Filhos Outro _____
14. Tem filhos? _____ quantos? _____ Crianças / Adolescentes / Adultos
15. Cuida de netos? _____
16. Você é o principal responsável pelos afazeres da casa?
17. Cuidar de seu parente tem interferido no seu desempenho como don0(a) de casa?
18. Qual a sua relação de parentesco com o receptor de cuidados/ idoso dependente?
 Cônjuge Pai Mãe Irmão Outro _____
19. Há quanto tempo coabita com o idoso? _____
20. Há quanto tempo o idoso é dependente de seus cuidados? _____
 Já teve alguma outra experiência de cuidar de outras pessoas idosas? Sim Não

CARACTERIZAÇÃO DO RECEPTOR DE CUIDADOS

1. Sexo _____ Idade _____ anos
2. Problema de saúde apresentado pelo idoso: _____
3. Há quanto tempo apresenta agravamento da doença _____
4. Capacidade funcional do idoso (deambula/ cadeira de rodas/ acamado, problemas de memória) _____

PARTE II –

Dados relacionados ao diagnóstico de enfermagem

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR			
Definição: “Dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família ou de outros significantes” ⁽³⁷⁾			
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		Sim	Não
Atividades de cuidado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à capacidade do cuidador para oferecer cuidados 2. Apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à saúde do receptor de cuidados 3. Apreensão quanto à possível institucionalização do receptor de cuidados 4. Apreensão quanto aos cuidados que o receptor deve ter caso o cuidador seja incapaz de oferecê-los 5. Dificuldade para concluir as tarefas necessárias 6. Dificuldade para realizar as atividades necessárias 7. Mudanças disfuncionais nas atividades de cuidado 8. Preocupação com a rotina de cuidados 		
Estado de saúde do cuidador <i>Emocional</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfrentamento ineficaz 2. Estresse 3. Falta de tempo para satisfazer às necessidades pessoais 4. Frustração 5. Impaciência 6. Labilidade emocional aumentada 7. Nervosismo aumentado 8. Padrão de sono perturbado 9. Privacidade do sono 10. Raiva 11. Sensação de depressão 12. Somatização 		
<i>Física</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cefaleia 2. Diabetes 3. Doença cardiovascular 4. Exantema 5. Fadiga 6. Hipertensão 7. Mudança de peso 8. Problemas gastrintestinais 		
<i>Socioeconômico</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Afastamento da vida social 2. Baixa produtividade no trabalho 3. Mudanças nas atividades de lazer 4. Recusas de promoções na carreira 		

Relacionamento entre o cuidador e o receptor de cuidados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relata incerteza quanto a mudança de relacionamento com o receptor de cuidados 2. Relato de dificuldade em assistir o receptor de cuidados passar pela doença 3. Relato de pesar quanto a mudança no relacionamento com o receptor de cuidados 		
Processos familiares	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conflito familiar 2. Relato de preocupações com relação aos membros da família 		
FATORES RELACIONADOS		Sim	Não
Atividades de cuidado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alta hospitalar de membros da família com necessidades significativas de cuidado 2. Anos de cuidados 3. Complexidade das atividades 4. Imprevisão da situação de cuidado 5. Mudanças contínuas nas atividades 6. Quantidade de atividades 7. Responsabilidades de cuidado 24 horas por dia 		
Estado de saúde do cuidador	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abuso de substância 2. Codependência 3. Expectativas não realistas quanto a si mesmo 4. Incapacidade de atender às expectativas de outros 5. Incapacidade de atender às próprias expectativas 6. Padrões de enfrentamento marginais 7. Problemas cognitivos 8. Problemas físicos 9. Problemas psicológicos 		
Estado de saúde do receptor de cuidados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abuso de substâncias 2. Adição 3. Aumento da necessidade de cuidados 4. Codependência 5. Comportamentos problemáticos 6. Cronicidade da doença 7. Dependência 8. Gravidade da doença 9. Imprevisibilidade do curso da doença 10. Instabilidade da saúde do receptor de cuidados 11. Problemas cognitivos 12. Problemas psicológicos 		
Processos familiares	<ol style="list-style-type: none"> 1. História de disfunção familiar 2. História de enfrentamento familiar marginal 		
Recursos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambiente físico inadequado para o oferecimento de cuidados (p. Ex., acomodações, temperatura, segurança) 2. Apoio informal inadequado 3. Assistência informal inadequada 4. Dificuldade de acesso a uma assistência formal 5. Dificuldade de acesso aos recursos da comunidade 6. Dificuldade de acesso a um apoio formal 7. Energia física 8. Equipamentos inadequados para oferecimento de cuidados 9. Falta de apoio 10. Falta de conhecimento sobre recursos da comunidade 		

	<ul style="list-style-type: none"> 11. Falta de privacidade do cuidador 12. Força emocional prejudicada 13. Inexperiência em executar cuidados 14. O cuidador não está pronto, do ponto de vista do desenvolvimento, para esse papel 15. Recursos da comunidade inadequados (p. Ex., serviços de cobertura, recursos de recreação) 16. Recursos financeiros insuficientes 17. Tempo insuficiente 18. Transporte inadequado 		
Relação entre o cuidador e o receptor de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> 1. Estado mental do idoso que inibe a conversa 2. Expectativas não realista do receptor de cuidados quanto ao seu cuidador 3. História de relacionamento insatisfatório 4. Presença de abuso 5. Presença de violência 		
Socioeconômicos	<ul style="list-style-type: none"> 1. Alienação em relação a outras pessoas 2. Compromisso com vários papéis concomitantes de cuidador 3. Isolamento em relação a outras pessoas 4. Recreação insuficiente 		

Diagnóstico de Enfermagem:

Tensão do papel de cuidador relacionado a _____

evidenciado por _____

Nível de Tensão: Leve () Moderada () Acentuada ()

Data: ____/____/____ Enfermeiro(a): _____

Apêndice I

Casos – Cuidadoras Familiares

Caso 1

Cuidadora Familiar de 71 anos, ensino médio completo, evangélica, viúva, mãe de três filhos já casados e avó, aposentada há cinco anos, mora com o pai de 96 anos em apartamento alugado, amplo, ventilado, com vários cômodos, localizado no centro de João Pessoa. Relata que morava em Recife e veio para cá em 2004 cuidar da mãe com diagnóstico de Alzheimer e que faleceu em 2008. Desde então, assumiu os cuidados com o pai, o qual veio a sofrer um acidente vascular cerebral em 2009, ficando restrito ao leito. Conta com a ajuda de duas pessoas que se revezam nos cuidados com o pai. Sente dificuldade para os cuidados mais complexos como o banho no leito uma vez que requer habilidades para movimentar e a alimentação por sonda nasogástrica, pois se preocupa com a manipulação da sonda e a introdução do alimento. Não tem preocupação com as despesas da casa e com os gastos financeiros requeridos pelo pai uma vez que este é aposentado, ela é pensionista de três salários mínimos mensais e recebe ajuda financeira de dois irmãos e uma irmã para complementar as despesas. O pai tem plano de saúde, embora tenha buscado o serviço de saúde pública (PSF) e afirma que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é muito importante pois recebe as orientações quando tem dúvidas quanto ao cuidado. Dispõe em casa dos equipamentos necessários para o cuidado (tem cama hospitalar, cadeira de rodas e de banho). Desde que passou a cuidar do pai apresentou alteração na pressão arterial e atualmente é portadora de hipertensão, sente cansaço físico, cefaleia, queixa-se de dores no corpo, principalmente dores nas costas pelo esforço com as frequentes mudanças de decúbito do pai no leito. Dorme pouco durante a noite preocupada com o pai que pode precisar de alguma coisa. Alega falta de tempo para cuidar-se e que faz mais de dois anos que procurou os serviços de saúde para exames periódicos como avaliação ginecológica e mamária. Sabe da importância desses exames e que precisa fazê-los o quanto antes. Sente falta das atividades de lazer e de atividades físicas, principalmente de caminhar. Há muito tempo não tem frequentado a igreja e isso a incomoda bastante, pois era muito ligada às atividades religiosas. Diz gostar de trabalhos manuais, especialmente pintura, e que fazia antes do pai ficar acamado. Faz plano para retomar essas atividades, mas tem medo de se afastar do pai e este ter problemas na sua ausência. O pai não interage verbalmente embora dê sinais de que a compreende, em alguns momentos. Recebe poucas visitas de amigos e de familiares e ressentido-se da falta de apoio dos irmãos que raramente vem ver o pai e diz que a irmã não ajuda porque tem o trabalho. Sente muitos momentos de solidão e, ao longo do processo de cuidado, tem experimentado momentos de medo, angústia, nervosismo e profunda preocupação. Ao mesmo tempo, afirma que, apesar de ter se afastado do convívio dos seus filhos e netos em Recife e de ter deixado sua vida em segundo plano, não tem dúvidas de que precisa cuidar do pai e para isso tem feito o melhor possível. Durante toda a entrevista demonstrou apreensão, tristeza e chorou por várias vezes. O pai, deitado em cama tipo hospitalar, tem aparência bem cuidada, e o quarto se apresenta limpo e bem organizado.

Caso 2

Cuidadora Familiar de 34 anos, ensino médio, católica, casada, caixa de loja de calçados, mora na casa da sogra há doze anos, com o marido e a filha de nove anos. Relata que cuida da sogra de 78 anos, junto com o marido, há sete anos, desde que a mesma teve a perna direita amputada em decorrência de complicações diabéticas e ficou restrita ao leito. A mesma relata que nunca havia desempenhado o papel de cuidador de idoso anteriormente. Tanto ela quanto o marido trabalham em atividade do comércio e tentam ajustar os horários para dar conta dos cuidados com a sogra. Em certo período do dia deixam a filha em casa olhando a avó enquanto saem para trabalhar. A apreensão com as despesas da casa e com os gastos financeiros requeridos pela sogra tem sido uma preocupação, pois a renda mensal da família é em torno de três e meio salários mínimos, incluindo a aposentadoria da sogra. Considera de extrema importância a ajuda que recebe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e dispõe de equipamentos para o cuidado como cadeira de rodas e de banho. A sogra é consciente, orientada e afirma que a mesma é muito exigente e solicita atenção frequente tanto do filho como dela. Irrita-se com facilidade e não colabora no sentido de aceitar sair um pouco da cama e do quarto onde está confinada e do qual se recusa a sair para a cadeira de rodas ou mesmo para o sofá na sala. Faz suas eliminações em fraldas e os cuidados pessoais como troca de fraldas, banho, troca de roupas de cama, são feitas no leito. Sente dificuldade em realizar esses cuidados devido ao sobrepeso da sogra, pois pesa cerca de cem quilos. Diz que já teve ruptura de ligamento do ombro por duas vezes e no momento encontra-se em licença do trabalho por este motivo, está usando um imobilizador de braço que a impede de prestar os cuidados. O marido é quem está dando o banho e fazendo a higiene da mãe e isto o tem deixado cansado, irritado e desgostoso pelas exigências cada vez mais frequentes, a ponto de não querer ficar em casa preferindo envolver-se no trabalho até aos domingos. Reconhece que o casal está vivenciando um elevado nível de estresse e que está tomando medicamentos prescritos pelo médico do PSF, para depressão. Queixa-se de cansaço físico, dores nas costas, cefaleia constante, distúrbios gástricos, privação do sono. Alega falta de tempo para se cuidar e para buscar os serviços médicos e não tem feito os exames periódicos como o ginecológico e de mamas. Não tem tempo para o lazer ou recreação com o marido e a filha e nem lembra qual o último programa que fizeram juntos. Tem se afastado tanto das atividades sociais como religiosas. Mostrou-se apreensiva, ressentida e triste com a falta de privacidade e de intimidade no casamento. Referiu baixa autoestima, momentos de impaciência, raiva, nervosismo e ressentimento. Afirma que sabe da necessidade de cuidar da sogra uma vez que o marido é filho único e não há outros parentes que possam assumir ou dividir essa responsabilidade. Durante a entrevista demonstrou ansiedade e irritação pela situação vivenciada e manifestou o desejo de fazer o curso de enfermagem; fez o Enem com a esperança de fazer uma boa pontuação e não conseguiu. No momento da visita a sogra encontrava-se acamada em um quarto desarrumado com roupas espalhadas e recipientes com restos de comida sobre um banco próximo ao leito.

Caso 3

Cuidadora Familiar de 55 anos, ensino médio, católica, solteira, costureira, mora em residência própria, ampla, com vários cômodos, na companhia da filha, do genro, uma neta e a mãe de 84 anos. Relata que há seis anos, deixou o apartamento em que morava em João Pessoa para cuidar da mãe depois que a mesma sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) e ficou restrita ao leito. No início teve muitas dificuldades nas atividades de cuidado uma vez que não tinha a habilidade necessária, mas agora já consegue fazer com mais segurança. Trabalha como costureira e ultimamente não tem conseguido uma boa produtividade devido às atividades com a mãe e com a casa o que tem obrigado a viver com uma renda mensal de dois salários mínimos, incluindo a aposentadoria da mãe. Preocupa-se com os gastos financeiros requeridos pela mãe devido as mudanças constantes no seu estado de saúde. Tem um irmão, mas não recebe nenhuma ajuda e sequer recebe visita. A filha é fisioterapeuta e trabalha, mas não tem como ajudar, pois o que ganha sustenta o marido e a filha. A mãe não se comunica e nem sabe se ela compreende o que lhe falam. Queixa-se de alteração na pressão arterial e do cansaço físico, principalmente dores nas costas pelas sucessivas trocas de roupas de camas e mudanças de decúbito da mãe. Reconhece que tem negligenciado sua saúde e faz mais de dois anos que não procura o médico para fazer os exames periódicos. Come bem e em grande quantidade e tem ganhado peso. Não tem tido tempo para se cuidar, sente a falta de privacidade, falta de tempo para o lazer e participação em atividades sociais e da igreja, ressentindo, sobretudo, da diminuição do seu ciclo de amizade. Queixa-se de ansiedade e apreensão quanto ao futuro no que diz respeito ao estado de saúde de sua mãe; fatores que corroboram para pior percepção de sua qualidade de vida. Afirma que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) tem dado um inestimável suporte e que dispõe de equipamentos necessários para o cuidado da mãe, tem cadeira de rodas e de banho, cama hospitalar, torpedo de oxigênio em casa. Mesmo com toda dificuldade gosta de cuidar da mãe e afirma fazer com carinho e tem certeza de que está fazendo o melhor possível.

Caso 4

Cuidadora Familiar de 39 anos, ensino superior com Pós-Doutorado em História Oral, espírita, solteira, professora universitária, mora em João Pessoa, em apartamento alugado, duplex. Relata que está cuidando da mãe de 76 anos, há seis meses, depois que a mesma sofreu uma trombose vascular em MID e precisou fazer cirurgia, ficando internada por 30 dias. Diz que toda a situação é nova para ela, pois a mãe foi acometida desse problema durante o período em que a visitava o que a obrigou a ficar para se tratar. Teve dificuldades inicialmente em obter informações precisas e seguras dos médicos sobre o real estado de saúde da mãe para compreender as necessidades de cuidado uma vez que não tinha habilidade para lidar com essa situação. Foi aprendendo a medida que cuidava da mãe e ainda se angustia com a possibilidade de ter que sair às pressas com a mãe para o hospital. Tem um irmão que mora no Rio Grande do Sul e que as visitou logo no início da doença. Encontra-se em recesso das atividades de trabalho e isso tem ajudado, pois dispõe de mais tempo para ficar em casa. Quando voltar às atividades vai ter que contratar alguém para ajudar a

cuidar da mãe. Possui renda mensal de dez salários mínimos e a mãe é aposentada, mas se preocupa com os gastos financeiros, pois o plano de saúde da mãe não tem cobertura ampliada e tem que pagar algumas consultas e procedimentos. Informa que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) tem funcionado como suporte e sente mais segura em relação às atividades do cuidado. Dispõe de equipamentos necessários para o cuidado como cadeira de rodas, cadeira de banho e cama hospitalar montada na sala da casa devido o quarto ser no andar superior e isso impossibilita o acesso da mãe pela escada. O que mais a aflige no momento é a possibilidade de nova internação hospitalar, caso a mãe apresente mudanças no estado de saúde. Além disso, relata que a situação ocasionou apreensão, desânimo, desgaste emocional e interferência na qualidade do sono e repouso. Sente cansaço físico, principalmente dores nas costas por ter que ajudar a mãe a movimentar-se do leito para o banheiro. Alega interferência na sua atividade profissional, uma vez que lhe privou das viagens que fazia a trabalho. Sente falta de privacidade e de tempo para se cuidar. Faz pilates e caminhadas e tem utilizado terapias alternativas como a hemotransfusão como recurso para diminuir as tensões de todo esse processo que tem vivenciado. Queixa-se da teimosia da mãe em relação à alimentação, pois a mesma é diabética e necessita de vigilância constante. Relatou também, momentos de conflitos com a mãe, sobretudo nas escolhas terapêuticas, uma vez que é adepta de terapias alternativas, enquanto a mãe, das terapias médicas convencionais. Chegaram ao consenso de que a mãe tem a autonomia para decidir sobre sua própria vida. Afirma que cuidar da mãe trouxe como ponto positivo a melhora na relação mãe e filha, pois antes era difícil e isso impedia a convivência. Acredita que, apesar de tudo o que tem vivenciado, está fazendo o melhor possível para cuidar da mãe.

Caso 5

Cuidadora Familiar de 60 anos, ensino superior (Design de Modas), católica, viúva, costureira, mora em residência própria (financiada), ampla, com vários cômodos, na companhia da filha, um neto e o pai de 84 anos. Relata que cuida do pai há nove anos depois que o mesmo ficou restrito ao leito em decorrência de um acidente vascular cerebral. No início foi difícil, pois não sabia como fazer para prestar os cuidados, mas foi aprendendo e hoje tem poucas dificuldades uma vez que já adquiriu habilidades após todos esses anos. O esposo faleceu faz quatro anos devido um infarto e depois da sua morte tudo ficou mais difícil, principalmente na parte financeira. Relata que sente falta da ajuda que recebia do esposo para os cuidados com o pai, principalmente na mobilidade física. Chegou a perder a privacidade do casal com a chegada do pai em sua casa, pois tiveram que colocar uma cama no quarto para facilitar o cuidado com o mesmo durante a noite. Após a viuvez, resolveu fazer o curso de modas numa faculdade particular em Recife, aos finais de semana. Deixava o pai aos cuidados da neta e afirma que frequentar o curso funcionava como uma terapia. Por várias vezes pensou em abandonar o curso, mas conseguiu concluir e agora pensa em fazer pós-graduação. Tenta manter a família com uma renda de dois salários mínimos oriundos da pensão do marido e de sua renda como costureira. Recebe a aposentadoria do pai, mas 70% dela destina-se ao pagamento de pensões para as ex-mulheres e conta apenas com trinta por cento para

ajuda nos gastos com fraldas, medicamentos e outras despesas diárias. Tem dificuldade de interação verbal com o pai devido à alteração cognitiva, mas sabe que ele escuta e parece compreender o que ela fala. Teme por possíveis mudanças no estado de saúde do pai a qualquer momento e que isso possa gerar despesas. Sua maior preocupação no momento é com as despesas da casa, pois ainda paga a prestação do imóvel e as contas de água e de luz são muito altas, o que a obriga a decidir pelo pagamento de umas contas e o atraso de outras. Tem dois irmãos, mas não recebe ajuda financeira e nem ajuda para os cuidados com o pai. A irmã que poderia ajudar a cuidar do pai prefere cuidar de um primo no Rio de Janeiro. Relata ter experimentado sintomas de ansiedade, angústia, medo, raiva, nervosismo e irritabilidade. Queixa-se de enxaqueca frequente, padrão do sono prejudicado, alteração na pressão arterial e de cansaço físico, principalmente dores nas costas pelas sucessivas trocas de roupas de camas e mudanças de decúbito do pai, embora já tenha aprendido algumas manobras que facilitam mobilizar o pai no leito, pois ele é muito pesado. Dispõe de equipamentos necessários para o cuidado, tem cadeira de rodas e de banho, cama hospitalar. Afirma que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) tem ajudado bastante e isso, de certa forma, traz uma sensação de segurança. Alega falta de tempo para se cuidar e está com os exames de rotina atrasados; alega ainda, falta de privacidade e que não tem tempo para o lazer e nem para participação em atividades sociais e da igreja. Apesar disso, afirma que cuidar do pai é uma obrigação de filha e faz com carinho. Acha que está dando o melhor de si para isso.

Caso 6

Cuidadora Familiar de 57 anos, ensino fundamental, católica, casada, costureira, dois filhos adultos, um deles casado morando em outro bairro da cidade. Reside em apartamento alugado, com cômodos amplos, na companhia da filha e do marido de 80 anos. Morava antes no Rio de Janeiro e há cinco anos veio morar no interior da Paraíba quando o marido sofreu um acidente vascular cerebral (AVC). Mudou-se para João Pessoa para cuidar melhor do marido e facilitar os estudos da filha que se formou em Designer de Interiores e atualmente está trabalhando em um escritório. Relata que o marido, há um ano, teve outro AVC e ficou restrito ao leito. No início foi difícil, pois não sabia como fazer para cuidar do marido e chorava muito; e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) a ajudou bastante. Atualmente dispõe de equipamentos necessários para o cuidado, tem cadeira de rodas e de banho e cama hospitalar. O marido encontra-se alimentando por sonda nasoenteral e afirma que, apesar de já saber fazer algumas coisas, sente dificuldades para mexer com a sonda e isso de certa forma traz uma sensação de insegurança. Outro dia teve que levar o marido para o hospital para recolocar a sonda e enfrentou dificuldades; fica apreensiva quando alguma situação requer a remoção dele para o hospital pela dificuldade de carro para isso. Refere desgaste físico em virtude da atividade de dispensar cuidados diários ao marido; sente-se muito cansada com o acometimento de dores e formigamento pelo corpo, problemas gastrointestinais, cefaleia constante, além de ganho de peso. Tem dificuldades para dormir e ultimamente tem dormido muito pouco, apresentando sonolência durante o dia, embora não possa descansar nesse período, pois a filha sai para o trabalho e ela fica sozinha cuidando do marido e das tarefas do lar.

O filho mora em outro bairro e só aparece para visitas nos finais de semana, pois também trabalha. Não tem tempo para se cuidar; está em falta com os exames de rotina e sabe que tem de procurar o médico, mas alega falta de tempo. A filha se oferece para cuidar do pai nos finais de semana quando ela precisa sair e mesmo assim, tem ido poucas vezes à igreja que fica no mesmo bairro onde mora. Nos últimos meses o marido está mais largado no leito e acha que ele está se entregando, pois não tem reagido e nem responde quando ela tenta conversar. Chora nesse momento da entrevista e afirma que seu marido sempre foi bem ativo e essa situação a tem deixado bastante apreensiva, triste e desanimada, com uma sensação de impotência por não poder fazer nada para mudar a situação; está apreensiva em relação ao futuro no que diz respeito à saúde do mesmo. Faz costuras, mas ultimamente as atividades de casa consome seu tempo e não tem feito esta atividade. Vive com o salário de aposentadoria que o marido recebe e está preocupada com um problema de infiltração no apartamento. Teme ter que se mudar se o dono pedir para fazer os reparos. A assistência do SAD continua sendo muito importante no enfrentamento das dificuldades nos cuidados com o marido.

Caso 7

Cuidadora Familiar de 50 anos, ensino médio, espírita, divorciada, desempregada, três filhos adultos, um casado morando em outro bairro da cidade. Reside em casa própria com dois filhos e a tia de 75 anos. Divorciou-se do marido há três anos após retornar da França onde o acompanhou por quatro anos, tempo em que o mesmo fez Doutorado. Sente-se muito ressentida com a separação e diz que sacrificou sua vida, ao deixar o emprego e o curso de graduação em História na UFPB para acompanhar o marido; além do sacrifício dos filhos ainda pequenos para se adaptarem a um país estrangeiro. Acha que se anulou e parou sua vida, pois não aproveitou esse tempo lá fora, pois só cuidava da família e da casa. Após a separação inesperada, sua relação com os filhos ficou abalada. Nesse período, uma tia, a qual a considera como mãe, que morava em Guarabira, teve câncer de mama e veio para sua casa em busca de tratamento. Devido às dificuldades da tia durante a doença passou a cuidar da mesma e já faz dois anos do ocorrido. Relata que não tem sido fácil, pois mantém as despesas da casa com a pensão do ex-marido e com a aposentadoria da tia que uma prima recebe em Guarabira e manda todo mês. A assistência do SAD é fundamental, pois ajuda com o suporte necessário de equipamentos como a cama, a cadeira de banho e cadeira de rodas. Hoje a tia tem câncer ósseo, está emagrecida e sente muitas dores precisando tomar morfina para sedar; além disso, apresenta uma lesão na perna direita e o filho mais novo é quem ajuda fazendo os curativos. Está preocupada com a fraqueza e a magreza da tia, além dos frequentes episódios de dores. Relata que sente muito angústia com a possibilidade da tia fazer o “desencarne” em sua casa e não está preparada, e preferia que isto ocorresse no hospital. Essa situação contribui para o prejuízo no sono, exaustão física e emocional, baixa autoestima e déficit de autocuidado, em razão da falta de tempo para cuidar de si. Refere dores pelo corpo, cefaleia constante, problemas gastrointestinais e hipertensão. Afastou-se do ciclo de amigos e não tem tempo para sair; sente muita tristeza, tem crises de choro frequentes e está tomando remédios para aguentar a pressão e

isso a faz sentir-se até melhor, pois está chorando menos. Frequenta o Centro espírita uma vez por semana para praticar o “aterramento” um tipo de tratamento espiritual que consiste em entrar em uma cova e ser coberta com terra por alguns minutos ficando apenas com o rosto descoberto; depois disso toma um banho e recebe massagens pelo corpo com óleos. Sente-se bem com esse tratamento e faz o possível para não perder as sessões. Durante a entrevista chora com frequência e volta a falar do ex-marido e da família desestruturada, principalmente da sua relação com os filhos, especialmente com o mais velho que mora com uma companheira e já tem dois filhos. Conhece o neto mais velho, mas ainda não viu a neta, pois o pai se recusa a trazê-la para que ela a conheça. O filho do meio é revoltado com a situação familiar e o mais novo é quem ainda a ajuda com as tarefas da casa e os cuidados com a tia. Chama a atenção para a desordem da casa e afirma que é o reflexo da desordem porque passa a sua vida nos últimos dois anos. Por sua vez, a casa apresenta bastante descuidada com roupas espalhadas pelos cômodos, muitos utensílios de cozinha pela mesa da sala, misturados a alimentos ainda em pacotes e outros já preparados. Na mesa da cozinha e na pia há muita louça suja acumulada. A tia, sentada em uma cama tipo hospitalar colocada na sala, aparenta cansaço e diz estar com muito calor; encontra-se apenas de fraldas deixando o tórax à mostra onde se observa uma cicatriz decorrente de mastectomia da mama esquerda. A cuidadora diz que a única certeza que tem, no momento, é que irá cuidar da tia até o fim, pois a mesma não tem ninguém que possa assumir essa responsabilidade.

Caso 8

Cuidadora Familiar de 42 anos, ensino superior (formada em Biologia), católica, solteira, servidora estadual com cargo na Gestão da Secretaria de Educação do Estado, em João Pessoa, mora em casa própria, com boa estrutura física e vários cômodos, na companhia da filha de 18 anos e da mãe de 82 anos. Relata que é filha adotiva e que a mãe ficou viúva muito jovem, com ela ainda bebê e portadora de uma doença no sangue. Por este motivo sente que, além do amor de filha, tem uma dívida de gratidão com a mãe, pela perseverança desta de cuidar de um bebê fragilizado com a doença, mesmo enfrentando o enlutamento pela perda do marido. A mãe sempre foi independente, mas há cinco anos começou a apresentar esquecimentos e a cair e foi diagnosticada com Alzheimer e Parkinson. Faz dois anos que está acamada e dependente para as atividades de vida diária. Há seis meses foi diagnosticada com Craniofaringioma e Hidrocefalia. Tem o suporte necessário de equipamentos como a cama, a cadeira de banho e cadeira de rodas. A assistência do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é muito importante. Não passa por dificuldades financeiras, pois ultimamente negociou a casa em que mora com uma construtora em troca de um apartamento no edifício que será construído no local e recebeu a outra parte em dinheiro. Sua preocupação é com o agravamento progressivo da doença da mãe, pois, se no início foi difícil aceitar o diagnóstico de Alzheimer, agora se tornou ainda mais, com o surgimento do tumor cerebral. Teve que reestruturar sua vida pessoal e profissional, assumindo um cargo de coordenação na secretaria de educação, o que lhe deu maior liberdade para conciliar os horários do trabalho com a rotina da casa, pois os colegas compreendem a sua situação e sempre estão colaborando quando precisa ficar com a mãe.

Relatou em colocar uma pessoa para ajudar nas tarefas domésticas, mas encontrou uma senhora que está trabalhando em sua casa há um ano e até o momento tem dado certo. Presta os cuidados com a mãe como dar banho, trocar as roupas pessoais e de cama com a ajuda da filha e da senhora que também a alimenta. Teve que deixar suas atividades sociais e quase não sai de casa; sente falta de sair com a filha para um cinema ou comer uma pizza; os programas tem se reduzido a comer pipoca e pizza em casa, pois não tem com que deixar a mãe no período da noite. Faz terapia (massoterapia) para aliviar as tensões. Refere que passa por momentos de muita tristeza, ansiedade, medo, preocupação e nervosismo. Sente falta de tempo para satisfazer suas vontades pessoais, bem como para cuidar-se, e tem apresentado prejuízo no seu padrão de sono. É hipertensa e queixa-se de enxaqueca frequente, fadiga, ganho de peso, dores na coluna e problemas gastrointestinais. Relata dificuldade em assistir sua mãe no enfrentamento da doença pela debilidade cada vez maior da mesma, o que por sua vez também a debilita, física e emocionalmente.

Caso 9

Cuidadora Familiar de 57 anos, ensino fundamental, católica, casada, uma filha adulta e casada morando em outra cidade próxima a João Pessoa. Mora sozinha com o marido de 71 anos, em casa própria, de dois andares, com cômodos muito apertados. O marido sofreu um tiro há dois anos numa ocorrência de assalto ao mercadinho do bairro e ficou paraplégico. Teve que se aposentar do emprego da prefeitura e a renda de dois salários não dá para cobrir as despesas do mês. Recebe ajuda das irmãs que se cotizam para enviar o dinheiro com o qual paga uma pessoa para ajudar nas tarefas domésticas. A assistência do SAD é fundamental, pois ajuda com o suporte necessário de equipamentos como a cama, a cadeira de banho e cadeira de rodas e de certa forma traz segurança ao saber que pode contar com os profissionais. O marido é hipertenso, diabético insulino dependente, encontra-se deitado em cama hospitalar na sala do andar térreo, cujo cômodo é muito apertado, com pouca luz e próximo do cômodo que serve de cozinha. O andar superior é mais confortável, mas não tem como subir com o marido devido às escadas estreitas e a dificuldade em removê-lo numa necessidade. Diz que não consegue dormir direito quando fica no térreo com o marido e tem medo de subir e deixá-lo sozinho. Está preocupada com a ferida que ele tem na nádega, pois está aumentando e sangrando e acha que vai ser preciso levá-lo ao hospital para fazer uma cirurgia. O marido tem exigido muito a sua presença e não tem sido fácil cuidar do mesmo; tem que dar banho, trocar fraldas, fazer teste de glicemia e curativos. Às vezes recebe ajuda da cunhada que mora ao lado, durante o banho, mas não pode contar sempre, pois a mesma é idosa e já não tem tanta habilidade e força. Sente-se bastante sozinha, pois a filha mora e trabalha em outra cidade e só vem visita-los nos finais de semana. É hipertensa e sente cefaleia constante, dores nas costas pela necessidade mudar o decúbito do marido, dores e cansaço nas pernas por subir e descer as escadas constantemente, o que tem contribuído para o aparecimento de varizes. Não sai de casa e sente falta das atividades na igreja das quais participava. Tem insistido com o marido para ir à igreja, mas o mesmo se recusa devido à incontinência urinária nas fraldas e tem receio das pessoas sentirem o odor desagradável de urina. Não tem se cuidado e precisa fazer exames de mamas e

ginecológico, atrasados há mais de dois anos, mas não sabe como arranjar tempo. Chora no momento da entrevista ao falar das mudanças ocorridas com o evento, principalmente pela condição de paraplegia permanente do marido que afetou profundamente seu relacionamento afetivo e sexual. Refere ansiedade, tristeza, angústia, impaciência e raiva, com episódios de choro, mas sabe que precisa cuidar do marido, que é vítima da situação instalada de forma inesperada.

Caso 10

Cuidadora Familiar de 58 anos, ensino médio, católica, solteira, aposentada como funcionária pública municipal, mora em apartamento amplo, com vários cômodos, na companhia da mãe de 92 anos, da irmã de 64 anos e um sobrinho de 27 anos. Relata que sempre morou com a mãe, e que esta, até os oitenta anos, era independente para os cuidados pessoais e as atividades no lar. Nos últimos anos tem requerido cuidados, pois desenvolveu cardiopatia e hipertensão. Embora ainda deambule, apresenta instabilidade própria da idade e precisa de ajuda para usar o banheiro e tomar banho, pois teme quedas. A assistência do SAD é importante, pois a mãe não tem plano de saúde e o serviço a ajuda com o acompanhamento médico e as orientações da equipe de enfermagem. Deixou o trabalho para ficar em casa com a mãe e há dois anos, além da dependência física, a mãe tem demonstrado uma acentuada dependência psicológica. Não consegue sair de casa para resolver os problemas de ordem doméstica como ir ao banco ou ao supermercado sem que a mãe requeira a sua presença. Embora deixe a mãe com a irmã ou com alguém não consegue ficar muito tempo ausente e sente-se culpada. Também é cardiopata e tem enxaquecas frequentes e dores constantes na coluna. Já faz mais de dois anos que não faz os exames periódicos e sabe da importância que isso tem na promoção da sua saúde. Não vai à igreja e deixou de fazer as caminhadas. Sente-se cansada e ansiosa e queixa-se que, de certa forma, é explorada pela mãe, que ainda é lúcida e não cobra da outra filha (a irmã) a mesma responsabilidade com o cuidado. Nesse momento da entrevista, a mãe chora e exige sua presença, manifestando o medo de ser deixada pela filha. Esta por sua vez, tranquiliza a mãe e expressa gestos de carinho, afirmando que jamais a abandonará.

Caso 11

Cuidadora Familiar de 62 anos, ensino superior (formada em Geografia), católica, solteira, aposentada como funcionária pública, mora em apartamento próprio, amplo, com vários cômodos, na companhia da irmã, de 70 anos, ambas cuidando de dois irmãos: um do sexo feminino, com 67 anos, portadora de Parkinson desde os 47 anos e acamada há oito anos; o outro do sexo masculino de 74 anos portador de Parkinson e de Alzheimer acamado há dois anos. Relata que já cuidava da irmã que morava com ela desde pequena; e que o irmão foi acolhido em sua casa porque o filho dele se recusou a cuidar e não tinha como deixá-lo abandonado. Não consegue entender como um filho não se comove com a situação porque passa o pai e dificilmente aparece para visitá-lo. Fala que no início em que o irmão chegou foi muito difícil e teve que contratar um rapaz para cuidar

dele; e isso facilitou bastante, pois as tarefas mais pesadas como dar banho, trocar as roupas e alimentar ficam a cargo desse rapaz. No momento está ansiosa preocupada com a tosse cheia do irmão e teme que ele esteja com pneumonia. Percebe que ele está emagrecido e faz dois dias que o mesmo vem apresentando diarreia e não sabe se é do suplemento alimentar. A irmã, de 70 anos, ajuda a cuidar da outra irmã acamada, na hora do banho, nas trocas de roupas, de fraldas e na alimentação. A responsabilidade de resolver os problemas de ordem doméstica e de saúde dos irmãos fica por sua conta; e no momento tem batalhado para conseguir na justiça a custódia permanente do irmão e poder administrar a conta bancária onde o salário dele é depositado. Os gastos com os dois irmãos são altos, principalmente com o cuidador informal do irmão, além dos gastos com os suplementos alimentares e com fraldas. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) tem sido fundamental no acompanhamento dos dois irmãos. Queixa-se da falta de tempo para se cuidar, da diminuição de suas atividades de lazer, sociais e religiosas. Tem colesterol alto, bursite e tendinite; sente ansiedade, cansaço e frequentes dores nas pernas. Relata ter tido, por vezes, crises de choro, angústia e momentos de estresse. A irmã também tem problemas de saúde e é hipertensa. Ambas tem se desdobrado nos cuidados com os irmãos e se apoiam nas suas necessidades pessoais.

Apêndice J

INSTRUMENTO PARA APLICABILIDADE DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DE ENFERMAGEM - NIC

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: *TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR*

Definição: “Dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família ou de outros significantes”⁽³⁷⁾

Cuidador(a) Familiar: _____ Data: _____ Enfermeiro(a): _____

INTERVENÇÃO:	
ATIVIDADES:	Aprazamento:
INTERVENÇÃO:	
ATIVIDADES	Aprazamento:
INTERVENÇÃO:	
ATIVIDADES	Aprazamento:

Apêndice L

Intervenções e atividades de enfermagem da NIC para cuidadoras familiares de idosos dependentes com *Tensão do papel de Cuidador*, como resultado do estudo. João Pessoa-PB -2015.

Intervenção	Atividades
Apoio ao Cuidador	– Reconhecer as dificuldades do papel de cuidador.
	– Investigar com o cuidador como ele está enfrentando a situação.
	– Ensinar ao cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde de modo a manter a própria saúde física e mental.
	– Fazer afirmações positivas sobre os esforços do cuidador.
	– Agir em prol do cuidador quando a sobrecarga ficar evidente.
	– Ensinar técnicas ao cuidador para melhorar a segurança do receptor de cuidados.
	– Encorajar o cuidador durante os momentos complicados do receptor de cuidados.
	– Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades, conforme apropriado.
	– Apoiar o cuidador no estabelecimento de limites e nos cuidados consigo mesmo.
	– Encorajar o cuidador a participar de grupos de apoio.
	– Identificar o nível de conhecimento do cuidador.
	– Monitorar o surgimento de indicadores de estresse.
	– Ensinar a terapia do receptor de cuidados ao cuidador, conforme as preferências do receptor de cuidados.
	– Oferecer apoio ao cuidador ao longo do processo de pesar.
	– Reforçar a rede social do cuidador.
	– Proporcionar assistência de acompanhamento de saúde ao cuidador, por meio de telefonemas e/ou cuidados de enfermeiro comunitário.
	– Encorajar o cuidador a aceitar a interdependência entre os familiares.
	– Monitorar os problemas de interação na família relativos ao cuidado do receptor de cuidados.
	– Identificar recursos por meio dos quais o cuidador pode tirar folgas.
	– Ensinar ao cuidador estratégias de acesso e maximização ao atendimento de saúde e recursos comunitários.
	– Apoiar as decisões do cuidador, quando adequado.
	– Discutir sobre os limites do cuidador com o receptor de cuidados, quando adequado.
	– Avisar a instituição/funcionários dos serviços de emergência sobre a permanência do receptor de cuidados em casa, sua condição de saúde e tecnologias usadas, com consentimento do receptor de cuidados e da família.
– Reconhecer que o receptor de cuidados depende do cuidador, conforme apropriado.	
– Informar sobre as condições do receptor de cuidados, de acordo com suas preferências.	
– Aceitar manifestações de emoção negativa.	
– Determinar a aceitação de papel pelo cuidador.	
Cuidados durante o repouso do cuidador	– Estabelecer uma relação terapêutica com o cuidador / família.
	– Providenciar cuidados de emergência se necessário.
	– Oferecer cuidados, como exercícios, deambulação e higiene, conforme apropriado.
	– Conseguir telefones de emergência.
	– Providenciar relatório para o cuidador usual quando de sua volta.
	– Monitorar a resistência do cuidador.
	– Determinar a forma de contato com o cuidador usual.
	– Seguir a rotina normal de atendimento.

Intervenção	Atividades
Melhora do enfrentamento	Oferecer informações reais a respeito do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico.
	Avaliar a compreensão do cuidador sobre o processo de doença.
	Encorajar a verbalização de sentimentos, as percepções e os medos.
	Usar uma abordagem calma e tranquila.
	Promover situações que encorajem a autonomia do cuidador.
	Encorajar o cuidador a identificar os próprios pontos fortes e as capacidades.
	Proporcionar ao cuidador escolhas realistas sobre alguns aspectos do cuidado.
	Desencorajar decisões quando o cuidador está com muito estresse.
	Auxiliar o cuidador a identificar estratégias positivas para lidar com as limitações e controlar as mudanças necessárias no estilo de vida ou no desempenho de papéis.
	Avaliar a capacidade de decisão do cuidador.
	Encorajar o envolvimento da família, conforme apropriado.
	Auxiliar o cuidador a esclarecer ideias errôneas.
	Encorajar atividades sociais e comunitárias, conforme apropriado* ² .
	Avaliar o impacto da situação de vida do cuidador nos papéis e nas relações.
	Apresentar o cuidador a pessoas (ou grupos) que tiveram sucesso diante das mesmas experiências.
	Ajudar o cuidador a identificar as informações que ele tem mais interesse em conseguir.
	Encorajar a paciência no desenvolvimento de relacionamentos.
	Encorajar o cuidador a avaliar o próprio comportamento.
	Encorajar uma atitude de esperança realista como forma de lidar com os sentimentos de desamparo.
	Buscar entender a perspectiva do cuidador a respeito de uma situação de estresse.
	Auxiliar o cuidador a solucionar os problemas de forma construtiva.
	Auxiliar o cuidador no processo de pesar e a elaborar as perdas por doenças crônicas e/ou incapacitações se adequado.
	Avaliar as necessidades / desejos do cuidador de apoio social.
	Encorajar relacionamentos com pessoas que têm interesses e metas em comuns.
	Proporcionar uma atmosfera de aceitação.
	Orientar o cuidador sobre o uso de técnicas de relaxamento, se necessário.
	Auxiliar o cuidador a identificar metas adequadas de curto e longo prazos.
	Avaliar e discutir respostas alternativas para a situação.
	Encorajar o cuidador a aceitar as limitações dos outros.
	Avaliar a adaptação do cuidador a mudanças na imagem corporal, se indicado.
	Determinar o risco de autoagressão do cuidador.
	Discutir as consequências de não lidar com a culpa e a vergonha.
	Encorajar o cuidador a identificar uma descrição realista da mudança de papel.
Encorajar o cuidador a dominar gradativamente a situação.	
Encorajar o cuidador a identificar valores específicos de vida.	
Investigar com o cuidador métodos usados antes para lidar com problemas de vida.	
Auxiliar o cuidador a identificar os sistemas de apoio disponíveis.	
Ajudar o cuidador a fazer uma avaliação objetiva do evento.	

Intervenção	Atividades
Promoção do envolvimento familiar	– Identificar a capacidade dos membros da família para se envolverem nos cuidados do cuidador.
	– Informar os familiares sobre fatores que podem melhorar a condição do cuidador.
	– Identificar os déficits no autocuidado do cuidador.
	– Encorajar os familiares e o cuidador a auxiliarem na elaboração de um plano de cuidados, inclusive resultados esperados e a implementação desse plano.
	– Identificar com os familiares as dificuldades de enfrentamento do cuidador.
	– Determinar os recursos físicos, emocionais e educacionais do cuidador principal.
	– Encorajar os familiares e o cuidador a serem assertivos nas interações com os profissionais de cuidados de saúde.
	– Monitorar o envolvimento dos familiares nos cuidados do cuidador.
	– Oferecer o apoio necessário aos familiares para que tomem decisões informadas.
	– Facilitar a compreensão dos aspectos clínicos da condição do cuidador para os familiares.
	– Identificar a percepção dos membros da família sobre a situação, os eventos precipitantes, os sentimentos e os comportamentos do cuidador.
	– Identificar os outros estressores situacionais para os membros da família.
	– Identificar as expectativas dos membros da família em relação ao cuidador.
	– Encorajar os familiares a conservarem ou manterem as relações familiares, conforme apropriado.
	– Dar informações importantes aos familiares sobre o cuidador, de acordo com sua preferência, quando adequado.
	– Identificar e respeitar os mecanismos de enfrentamento usados pelos familiares.
	– Determinar o nível de dependência do cuidador em relação aos familiares, conforme sua idade e doença.
	– Antecipar e identificar as necessidades da família, conforme apropriado.
	– Identificar com os familiares os pontos positivos e a capacidade do cuidador relativa à família.
	– Identificar os sintomas físicos de cada membro da família relacionados ao estresse (p. ex., choro, náusea, vômito, falta de atenção).
	– Monitorar a estrutura e os papéis da família.
	– Estabelecer uma relação próxima com o cuidador e seus familiares que estarão envolvidos nos cuidados.
	– Encorajar o foco em todos os aspectos positivos da situação do cuidador.
– Identificar as preferências dos membros da família quanto ao envolvimento com o cuidador.	
– Incentivar uma cultura de flexibilidade na família.	
– Estimular os familiares a lidarem com os aspectos clínicos da doença.	

Intervenção	Atividades
Controle de Energia	– Monitorar o cuidador quanto a evidências de fadiga física e emocional excessiva.
	– Encorajar a atividade física (p. ex., deambulação, desempenho de atividades da vida diária) coerente com os recursos energéticos do cuidador.
	– Orientar o cuidador e/ou pessoa significativa sobre a fadiga, seus sintomas comuns e recorrências latentes.
	– Encorajar a expressão de sentimentos sobre as limitações.
	– Ensinar técnicas de organização e de controle de tempo das atividades para evitar fadiga.
	– Fazer exercícios passivos e /ou ativos de amplitude de movimentos para aliviar a tensão muscular.
	– Orientar o cuidador/pessoa significativa sobre intervenções no estresse e no enfrentamento para reduzir a fadiga.
	– Auxiliar o cuidador a programar períodos de descanso.
	– Auxiliar o cuidador a identificar tarefas que familiares e amigos possam fazer em casa para prevenir/aliviar a fadiga.
	– Monitorar o local e a natureza do desconforto e da dor durante os movimentos/atividades.
	– Auxiliar o cuidador a priorizar as atividades para usar bem os níveis de energia.
	– Orientar a ingestão nutricional para garantir recursos energéticos adequados.
	– Investigar a condição fisiológica do cuidador quanto a deficiências que resultem em fadiga no contexto da idade e do desenvolvimento.
	– Monitorar/registrar o padrão e a quantidade de horas de sono do cuidador.
	– Limitar estímulos ambientais (p. ex., iluminação e ruídos) para facilitar o relaxamento.
	– Monitorar a administração e o efeito de estimulantes e depressivos, quando apropriado.
	– Orientar o cuidador ou pessoa significativa para avisar o profissional de saúde diante de persistência de sinais e sintomas de fadiga.
	– Reduzir desconfortos físicos capazes de afetar a função cognitiva e o automonitoramento / regulação das atividades.
	– Auxiliar o cuidador ou pessoa significativa a estabelecer metas realistas de atividades.
	– Auxiliar o cuidador a identificar as preferências por atividades.
– Monitorar a resposta do oxigênio do cuidador (p. ex., frequência de pulsos, ritmo cardíaco, frequência respiratória) para o autocuidado ou atividades de enfermagem.	
– Auxiliar o cuidador a limitar o sono durante o dia e sugerir atividades que promovam o estado de vigília, conforme apropriado.	
Orientação antecipada	– Incluir a família/pessoa importante, conforme apropriado.
	– Auxiliar o cuidador a identificar os recursos e as opções disponíveis para o curso de ações, conforme apropriado.
	– Revisar com o cuidador as técnicas necessárias para enfrentar uma crise desenvolvimental ou situacional iminente, conforme apropriado.
	– Oferecer material de consulta rápida ao cuidador (p. ex., materiais /panfletos educativos), conforme apropriado.
	– Usar exemplos de casos para fortalecer as habilidades do cuidador para resolver problemas, conforme apropriado.
	– Auxiliar o cuidador a adaptar-se a mudanças antecipadas de papel.
	– Orientar sobre o desenvolvimento e comportamento normais, conforme apropriado.
	– Identificar os métodos usuais do cuidador para resolver problemas.
	– Auxiliar o cuidador a decidir sobre a forma de solucionar o problema.
– Informar sobre expectativas realistas relativas ao comportamento do cuidador.	

Intervenção	Atividades
Assistência para manutenção do lar	– Informar sobre maneiras de tornar seguro e limpo o ambiente doméstico.
	– Sugerir alterações estruturais necessárias para tornar a casa acessível.
	– Envolver o cuidador / familiares nas decisões sobre a manutenção da casa.
	– Aconselhar sobre como reduzir odores desagradáveis.
	– Auxiliar os familiares a terem expectativas realistas acerca de si mesmos no desempenho dos seus papéis.
	– Auxiliar a família a usar a rede de apoio social.
	– Informar sobre o repouso do cuidador, quando adequado.
	– Identificar as exigências e as necessidades do cuidador quanto à manutenção da casa.
Orientação quanto ao Sistema de Saúde	– Explicar o sistema de atendimento de saúde, seu funcionamento e o que o cuidador / família pode esperar dele.
	– Informar o cuidador/família sobre formas de ter acesso a serviços de emergência por telefone e serviço de transporte, conforme apropriado.
	– Orientar o cuidador sobre o tipo serviço a ser esperado para cada provedor de cuidados de saúde (p. ex., nutricionistas, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de Enfermagem, fisioterapeutas, clínicos e psicólogos).
	– Auxiliar o cuidador ou a família a escolher os profissionais adequados para os cuidados de saúde.
	– Identificar e facilitar a comunicação entre os provedores de cuidados de saúde e o cuidador/família, conforme apropriado.
	– Informar o cuidador sobre custo, tempo, alternativas e riscos envolvidos em determinado exame ou procedimento.
	– Informar o cuidador sobre diferentes tipos de serviços de saúde (hospital geral, hospital especializado, hospital-escola, clínica de internação, clínica para cirurgia ambulatorial), conforme apropriado.
	– Oferecer ao cuidador uma cópia da carta de direitos do receptor de cuidados.
	– Informar o cuidador sobre recursos apropriados da comunidade e pessoas com quem contatar.
	– Informar sobre formas de obter equipamentos.
	– Monitorar a adequação do acompanhamento dos cuidados de saúde.
	– Informar o cuidador / família sobre formas de confrontar a decisão tomada por um provedor de cuidados de saúde, se necessário.
	– Providenciar relatório para os provedores do cuidado após a hospitalização, conforme apropriado.
	– Informar o cuidador sobre o seu direito de escolher o provedor de atendimento de saúde.
	– Oferecer orientações escritas sobre a finalidade e a localização de instituições de saúde, conforme apropriado.
	– Discutir sobre o resultado de consulta com outros profissionais de saúde, conforme apropriado.
	– Coordenar os encaminhamentos relevantes a provedores de cuidados de saúde, conforme apropriado.
	– Revisar e reforçar as informações dadas por outros profissionais de saúde.
	– Identificar e facilitar as necessidades de transporte até os serviços de saúde.
	– Providenciar contato para acompanhamento do cuidado, conforme apropriado.
– Informar o cuidador sobre o significado de assinatura em formulário de consentimento informado.	
– Informar o cuidador sobre as exigências da Secretaria de Saúde para o credenciamento em relação à qualidade de uma instituição.	

Intervenção	Atividades
Aconselhamento	– Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito.
	– Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade.
	– Oferecer privacidade e garantir o sigilo.
	– Estimular a expressão dos sentimentos.
	– Auxiliar o cuidador a identificar o problema ou situação que está causando sofrimento.
	– Estabelecer metas.
	– Determinar como o comportamento da família afeta o cuidador.
	– Encorajar o desenvolvimento de habilidades, conforme apropriado.
	– Usar as técnicas da reflexão e do esclarecimento para facilitar a expressão das preocupações.
	– Solicitar ao cuidador /pessoas importantes que identifiquem o que conseguem ou não conseguem fazer diante dos acontecimentos.
	– Auxiliar o cuidador a identificar pontos positivos e a reforçá-los.
	– Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por outros mais desejáveis.
	– Oferecer informações concretas apropriadas e sempre que necessário.
	– Auxiliar o cuidador a listar e priorizar todas as alternativas possíveis para um problema.
	– Desencorajar a tomada de decisão, quando o cuidador estiver muito estressado, quando possível.
	– Estabelecer a duração da relação de aconselhamento.
– Identificar todas as diferenças entre a visão do cuidador acerca da situação e a da equipe de cuidados de saúde.	
– Revelar aspectos selecionados das próprias experiências de outra pessoa ou de sua personalidade para reforçar a autenticidade e a confiança, conforme apropriado.	
Melhora do Sistema de Apoio	– Envolver a família, pessoas significativas ou amigos nos cuidados e no planejamento.
	– Identificar o grau de apoio da família.
	– Encaminhar a programas de promoção / prevenção / tratamento / reabilitação com base na comunidade, conforme apropriado.
	– Identificar os sistemas de apoio usados atualmente.
	– Identificar o grau de suporte financeiro da família.
	– Oferecer cuidados de maneira carinhosa e apoiadora.
	– Encaminhar a grupo de autoajuda, conforme apropriado.
	– Encorajar o cuidador a participar de atividades sociais e comunitárias.
	– Levantar dados sobre a reação psicológica à situação e à disponibilidade de um sistema de apoio.
	– Monitorar a situação familiar atual.
	– Encorajar as relações com pessoas com interesses e metas comuns.
	– Levantar dados sobre a adequação dos recursos da comunidade para identificar elementos positivos e negativos.
– Explicar como ajudar a outros com preocupações.	

Intervenção	Atividades
Facilitação do processo de culpa	– Ajudar o cuidador / família a identificar e examinar as situações em que são vividos ou gerados esses sentimentos.
	– Encaminhar o cuidador a um cuidador adequado para tratar condições de trauma, abuso, luto, doença ou com grupo de sobreviventes que buscam orientação e apoio.
	– Ajudar o cuidador / família a identificar as opções relativas à prevenção, à restituição, à reparação e à resolução, quando convier.
	– Ajudar o cuidador / família a compreender que a culpa é uma reação comum a traumas, abuso, luto, doença catastrófica ou acidentes.
	– Orientar o cuidador / família a identificar sentimentos dolorosos de culpa.
	– Ajudar o cuidador/familiar a identificar seus comportamentos na situação de culpa.
Presença	– Escutar as preocupações do cuidador.
	– Ser sensível às tradições e às crenças do cuidador.
	– Usar o silêncio, conforme apropriado.
	– Comunicar, verbalmente, empatia ou compreensão da experiência do cuidador.
	– Ajudar o cuidador a compreender que você está disponível, mas não reforçar comportamentos de dependência.
	– Ficar com o cuidador e oferecer garantias de segurança e proteção durante períodos de ansiedade.
	– Incentivar o cuidador a fazer contato com outras pessoas de apoio (p. ex., sacerdote/pastor), como convier.
	– Estar disponível como alguém para ajudar.
	– Estabelecer uma relação de confiança e positiva.
	– Demonstrar uma atitude de aceitação, quando pertinente.
	– Estar presente sem esperar reações interativas.
	– Tocar no cuidador para expressar preocupação, como convier.

ANEXOS

Anexo A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 1ª Reunião realizada no dia 06/02/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR – APLICABILIDADE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA NIC EM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES”** da pesquisadora Maria Auxiliadora Pereira. Prot. Nº 028/13. CAAE: 26450713.6.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Dr^a Blinne M. de Sousa
Coordenadora CEP/CCSIUFF
Mat. SIAPE: 0332618

Anexo B



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 07 de abril de 2014

Processo nº 23.640 /2013

Da: GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Para: SAD

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A **Gerência da Educação na Saúde (GES)** encaminha a pesquisadora **MARIA AUXILIADORA PEREIRA**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “**TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR - aplicabilidade das intervenções de enfermagem da NIC em cuidadores familiares de idosos dependentes**”, a ser realizada neste serviço, conforme o processo nº 23.640/2013.

Informamos ainda que a pesquisadora deverá está ciente de suas responsabilidades como pesquisadora do presente projeto, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de **João Pessoa**, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Rosane Gomes Sabino
Téc. da Gerência da
Educação na Saúde
Mat. 34.111-0

Cristiane Mélo Poletto
 Gerente de Educação na Saúde