

QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE PACIENTES COM PERDAS FUNCIONAIS E DEPENDÊNCIA ATENDIDOS EM DOMICÍLIO PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Thaís Fernanda Queiros de SOUZA¹
Luciano Garcia LOURENÇÃO²
Ana Heloisa GOMES³

RESUMO

O cuidado domiciliar compreende que a família, a vida doméstica e a comunitária não são isoladas, mas inseridas na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo. Este estudo teve como objetivo verificar o que a literatura diz à respeito da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência, atendidos pelo Programa Saúde da Família (PSF). O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, sendo que a explicação de um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos, podem ser realizada independentemente ou apresentar-se como parte da pesquisa descritiva ou experimental. Referente aos procedimentos realizados no estudo, identificou-se que todo material levantado foi submetido a uma triagem, a partir do qual foi possível estabelecer um plano de leitura acompanhada de anotações e fichamentos que serviram de base à fundamentação teórica do estudo e na elaboração do trabalho final. Mediante os dados relatados na literatura, notou-se em relação ao perfil do cuidador familiar que as características do paciente e a qualidade de vida do cuidador, mostrou que estes estão cuidando de pessoas predominantemente idosas, com graus moderados de incapacidade funcional. Conclui-se que as políticas públicas efetivas, são destinadas a oferecer uma rede de serviços de suporte às famílias de pessoas com perdas funcionais e dependência, sendo primordiais para a diminuição da sobrecarga do cuidador e conseqüente melhora da sua qualidade de vida e de seus familiares.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Cuidador familiar. Programa Saúde da Família (PSF).

ABSTRACT

The home care that includes family, domestic life and the community are not isolated but part of the political and economic dynamics of society as a whole. This study aimed to verify what the literature says about the quality of life of caregivers of patients with functional loss and dependency, attended by the Family Health Program (PSF). This study is a literature search, with the explanation of a problem from theoretical references in published papers, can be performed independently or present as part of the descriptive or experimental. Regarding procedures performed in the study, identified that all material removed was subjected to a screening, from which it was possible to establish a plan of reading accompanied by notes and fichaments which provided the basis for the theoretical basis of study and preparation of work final. Through the data reported in the literature, it was noted on the profile of family caregivers that the characteristics of the patient and caregiver quality of life showed that they are caring for predominantly older people with moderate degrees of disability. It is concluded that effective public policies are designed to offer a network of support services to families of people with functional loss and dependency, and key to reducing the burden on caregivers and the consequent improvement of their quality of life and their families.

Keywords: Quality of life. Family caregivers. Family Health Program (PSF).

¹ Acadêmico do curso de _____ das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul

² Acadêmico do curso de _____ das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul

³ Docente das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida tornou-se um conceito amplamente difundido em diversas áreas, principalmente no meio acadêmico, por meio de estudos científicos relacionados à saúde. Alguns desses estudos têm sido criticados por autores que alegam que os instrumentos criados para medir a qualidade de vida na verdade avaliam diferentes fenômenos. Isto decorre da falta de consenso sobre o construto e da complexidade do fenômeno que se pretende avaliar. Há, contudo, concordância sobre o fato de que a qualidade de vida é composta por aspectos objetivos e subjetivos, positivos e negativos. As avaliações objetivas referem-se às conseqüências observáveis, enquanto as subjetivas dizem respeito à percepção ou avaliação pessoal sobre determinado aspecto abordado. A avaliação da qualidade de vida dos cuidadores familiares deve contemplar tanto os aspectos positivos quanto os negativos, pois muitas situações consideradas negativas por meio de indicadores objetivos podem ser subjetivamente percebidas como positivas pelos indivíduos em questão. Tanto a dimensão objetiva quanto a subjetiva, é importante para o enriquecimento das informações coletadas com a finalidade de avaliar a qualidade de vida de cuidadores, permitindo interpretar sua realidade de vida e saúde.

Dessa forma, por meio de uma extensa pesquisa de revisão de literatura, o seguinte trabalho discorrerá sobre a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com limitações físico-funcionais, os quais recebem assistência domiciliar pelo PSF.

OBJETIVO

Verificar o que a literatura diz sobre a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência, atendidos em domicílio pelo Programa Saúde da Família (PSF).

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, a qual segundo Cervo e Bervian (2002), refere-se à explicação de um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos, podendo ser realizada independentemente ou apresentar-se como parte da pesquisa descritiva ou experimental.

Todo material levantado foi submetido a uma triagem, a partir da qual foi possível estabelecer um plano de leitura acompanhada de anotações e fichamentos que serviram de base à fundamentação teórica do estudo e na elaboração do trabalho final. Esse levantamento de dados foi realizado de janeiro de 2009 à março de 2009.

A leitura interpretativa relacionou as afirmações do autor com os problemas apresentados pelo estudo em questão e se deu através da leitura de textos que buscavam uma solução. Pela

associação de idéias selecionou-se apenas o que era pertinente e útil, o que contribuiu para resolver o problema proposto (MARCONI; LAKATOS, 2005).

Partindo desse pressuposto, de acordo com Andrade (1999), foi possível realizar o fichamento das principais ideias, ou seja, transcrever o que era importante nesse material, tornando-o didático e de fácil compreensão.

REVISÃO DA LITERATURA

Para Amêndola (2007) a transição demográfica foi acompanhada pela transição epidemiológica, expressa por mudanças no perfil de morbi-mortalidade, com substituição de doenças infecciosas e carenciais por enfermidades crônico-degenerativas e causas externas. Os avanços da tecnologia em saúde, a necessidade de melhor administração dos gastos com a saúde e o aumento da rotatividade dos leitos hospitalares foram igualmente responsáveis pelo crescimento da assistência domiciliar em saúde.

Cotta *et al.* (2001) relatam que é importante frisar que tais cuidados não se destinam apenas a idosos, mas a todas as pessoas com perdas funcionais e dependência, cujo estado de saúde dificulta ou impede o acesso aos serviços de saúde.

Para a OMS, de acordo com Cotta *et al.* (2001), a população que necessita de cuidados domiciliares de saúde inclui portadores de doenças crônicas, transmissíveis ou não, como tuberculose, câncer e moléstias cardiovasculares; portadores de deficiências físicas ou sensoriais; pessoas HIV positivas; pessoas incapacitadas, definitiva ou temporariamente; portadores de doenças mentais e também seus cuidadores.

Para Cotta *et al.* (2001) são características dessa modalidade de assistência a atenção longitudinal contínua dos pacientes acamados e a vigilância à saúde no domicílio, característicos da Atenção Primária ou Atenção Básica, conhecida no Brasil.

Integrando a prática de enfermagem de saúde pública, a semelhança de outras práticas da enfermagem brasileira, a VD teve origem nos modelos teórico-práticos advindos da sociedade norte-americana, vigentes na primeira metade deste século, como resultado das exigências sociais de afirmação da categoria profissional enfermeira de nível universitário. A partir daí, tanto nos Estados Unidos como no Brasil - e na América Latina como um todo, que recebeu igualmente a influência norte-americana - a visita domiciliar foi adquirindo importância tal na produção daqueles serviços que deu origem a categorias ocupacionais especificamente preparadas para desempenhar tal procedimento. No Brasil, o visitador sanitário foi, durante quase três décadas, o profissional responsável pela atenção de enfermagem no domicílio tendo como alvo principal os clientes portadores de doenças transmissíveis e do grupo materno-infantil (NOGUEIRA *et al.*, 1977).

Da década de 70 em diante, as mudanças nas políticas de saúde, privilegiando a alocação de recursos financeiros e humanos para a assistência intra-hospitalar, provocaram um esvaziamento quantitativo e qualitativo das ações ditas de enfermagem de saúde pública, incluindo-se nelas a Visita Domiciliária. Contribuíram para essa situação, além da expansão das indústrias de equipamentos hospitalares e de medicamentos que respondem à tecnologia de ponta do setor, os ditames da ditadura militar brasileira sob o entendimento de que as ações de desenvolvimento de comunidade, realizadas historicamente pelos agentes de Saúde Pública, eram subversivas e contra a ordem social estabelecida e por isso mesmo sujeitas à intensa repressão. Assim, a gradativa transformação do modelo assistencial de higienista/ preventivista para o modelo dual curativista/ preventivista acarretou a descaracterização das práticas de prevenção, dentre elas, a Visita Domiciliária (EGRY; FONSECA, 2000).

Neste período, a VD foi considerada uma atividade fracionária, cumprindo uma normatização dentro da corrente funcional-positivista, hegemônica. Numa perspectiva mais totalizante, no marco da saúde coletiva, a VD configura-se de forma distinta. A antevisão de uma qualidade diferenciada das relações dialéticas família/saúde/ Estado, constitui a Finalidade do processo de trabalho de intervenção prática de enfermagem em saúde coletiva no foco familiar. Para que o processo se realize é necessário decodificar os meios e Instrumentos para a transformação do Objeto e, dentre eles, um dos Instrumentos historicamente utilizados tem sido a Visita Domiciliária (EGRY; FONSECA, 2000).

Assim, a visita domiciliária pode ser redefinida como um instrumento no conjunto dos instrumentos (técnicas, procedimentos e saberes) da enfermagem em saúde coletiva, utilizado para intervenção no processo saúde-doença familiar, realizada no local de moradia, e não de trabalho ou estudo (EGRY; FONSECA, 2000). No dizer de Bertolozzi (1987), a VD faz parte do conjunto geral da assistência à saúde, o qual contribui para a dinamização da sistemática de ações integrantes à mesma. Enquanto área de atuação, a VD constitui uma das atividades próprias da enfermagem, numa abordagem ampla que tem a finalidade de estender as ações de saúde à população, dentro de um contexto social.

Programa de Saúde da Família

A prestação do cuidado à família está integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no sentido de construir um novo modelo assistencial em que, no domicílio, ambiente em que acontecem as relações sociais que geram conflitos e fatores de risco de adoecer (ARAUJO *et al.*, 2000), os clientes passem a ser monitorados e acompanhados pela equipe de saúde. São atividades deste monitoramento a identificação dos indivíduos e, por conseguinte, das famílias da área adscrita, a realização de visitas domiciliares, o cuidado domiciliar e, por vezes, a internação

domiciliar com o propósito de implementar a Lei Federal nº 8080/904 no que se refere aos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde dos cidadãos brasileiros (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005).

Com a implementação do PSF na Atenção Básica, os cuidados domiciliários de saúde tornaram-se parte integrante das ações em saúde nesse nível de atenção. O cadastramento das famílias feito pelos agentes comunitários de saúde levou-os aos domicílios de usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS), tornando visíveis as necessidades de saúde de pacientes com perdas funcionais e dependência, antes confinados em seus lares, e de seus cuidadores (AMENDOLA, 2007).

Dessa forma, a atuação do médico de família e a ação dos serviços de saúde extra-hospitalares reduziriam estes custos com a correspondente resolutividade da problemática de saúde da família/ indivíduo. No entanto, dado o modelo assistencial vigente hoje no Brasil - biologicista e funcionalista - que visa a resolução imediatista das queixas, a adoção desta prática assistencial, concretamente, levará à simplificação e ao barateamento da assistência, com diminuição do custo direto arcado pelo setor saúde. Os demais custos serão de responsabilidade da família, reiterando a visão de que a ela compete arcar com a manutenção e reprodução social. Na verdade, mais uma vez, o Estado eximir-se-á da responsabilidade de intervir na saúde como um bem social, numa resposta direta da ideologia neoliberal vigente na área da saúde (TEIXEIRA, 1992).

Cuidadores familiares e qualidade de vida

Historicamente, no âmbito domiciliar, o cuidado às pessoas com dependência é realizado essencialmente por seus familiares, chamados de cuidadores informais. O cuidador informal é qualquer pessoa adulta e capaz, membro da família ou da comunidade, cuja principal função é cuidar de alguém que, por sua faixa etária ou condição física é mental, é incapaz, total ou parcialmente, de se cuidar sozinho, provisória ou definitivamente (DUAYER; OLIVEIRA, 2003; DUARTE, 2006).

Entende-se que a ação do cuidado domiciliar está alavancado ao propósito de ampliação da integralidade na atenção e no cuidado à saúde, expandindo a assistência prestada nas UBS para além destas, isto é, incluindo o domicílio familiar. Concorde-se que o cuidado domiciliar fundamenta-se no princípio do paciente receber os cuidados dos quais necessita, no convívio com seus familiares, ministrado por pessoas leigas escolhidas pela família, orientadas e supervisionadas por uma equipe multiprofissional qualificada de profissionais na área da saúde (LADEIA, 2003).

Portanto, deve fazer parte da proposta de cuidado domiciliar, na ação de cuidado, as expectativas do usuário, com o objetivo de assisti-lo para que possa potencializar sua autonomia e não só de preservá-lo da dor, do sofrimento, do envelhecimento e da morte precoce. Sempre a

intervenção deve ter a pretensão de interagir fazendo com que o sujeito não apenas supere as deficiências físico-biológicas, mas também que possa ser mais saudável, compartilhar alegrias, ter disposição para a vida, recuperar e realizar atividades cotidianas, estar com os outros (família, amigos) no sentido de romper o isolamento social (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005).

O cuidado domiciliar envolve compreender que a família, a vida doméstica e a comunitária não são isoladas, mas inseridas na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo. Assim, os conflitos sociais de classe, raça, sexo, também devem ser sendo abordados pelos trabalhadores da saúde na sua prática. O cuidado no espaço domiciliar inclui fortalecer relações familiares, respeitar vínculos afetivos e redes de solidariedade social específicas de cada local (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Para que o cuidado ocorra de maneira humanizada, o cuidador domiciliar deve ser visto pela equipe de saúde de forma singular, dentro do contexto de seu domicílio e de sua família, para que o mesmo seja valorizado e seja sensibilizado para o cuidado de si, possibilitando assim as suas escolhas e seu potencial de vir a ser, interconectado com tudo e com todos que o cercam (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

Tendo em vista os impactos que o cuidar de um paciente dependente acarreta sobre o núcleo familiar, é de se esperar que a QV do cuidador familiar principal seja afetada negativamente por tais circunstâncias, o que é corroborado por vários estudos, como os de Vitaliano, Zhang e Scanlan (2003) e Miller *et al.* (2006).

Para Karsch (1998), Faro (1999), Sportello (2003) e Bocchi (2004) nos últimos anos, o cuidador familiar vem sendo objeto de inúmeras investigações no Brasil e no mundo, comprovando o impacto do ato de cuidar sobre suas condições de vida e saúde. As tarefas atribuídas ao cuidador, muitas vezes sem a orientação adequada e o suporte das instituições de saúde, a alteração das rotinas e o tempo despendido no cuidado podem afetar a sua qualidade de vida (QV). Alguns autores consideram os cuidadores como pacientes *ocultos* ou *desconhecidos*, que necessitam de diagnóstico precoce de sua enfermidade e de intervenção imediata.

Cuidar de um idoso no domicílio é uma tarefa árdua, pois o cuidado é delegado, geralmente, a uma pessoa que não possui apenas essa atividade e acaba conciliando-a com outras tarefas, como o cuidado dos filhos, da casa, atividade profissional, dentre outras. Este acúmulo de atividades resulta em esgotamento, podendo levar o cuidador domiciliar ao adoecimento. Frequentemente, se percebe que o cuidador domiciliar não possui outra pessoa para dividir as suas tarefas, levando a um acúmulo de atividades. O cuidado no domicílio se caracteriza por ser repetitivo e incessante, o que pode ocasionar-lhe uma sobrecarga de tarefas e levá-lo a um isolamento afetivo e social. Um estudo realizado com familiares de idosos com acidente vascular encefálico refere que o despreparo técnico do cuidador domiciliar faz com que não se consiga

conciliar o cuidado de si e do outro, ação esta que é essencial para prestar, ao idoso, um cuidado com qualidade (LAVINSKI; VIEIRA, 2004).

No entanto, as necessidades de saúde dos cuidadores são freqüentemente negligenciadas pelos serviços de saúde. Apenas algumas organizações isoladas, geralmente vinculadas a Universidades e Associações, dão apoio aos cuidadores com o intuito de preservar sua QV (VITALIANO; ZHANG; SCANLAN, 2003; MILLER *et al.*, 2006).

No que se refere à QV dos cuidadores familiares, muitos autores têm se dedicado a investigar os efeitos dos eventos estressores e seus impactos. Ser cuidador demanda tempo, espaço, energia, dinheiro, trabalho, paciência, carinho, esforço e boa vontade. As graduais perdas cognitivas, mudanças comportamentais, emocionais e até de personalidade do idoso exigem uma grande capacidade de adaptação para um convívio satisfatório (NERI, 2006).

Vitaliano, Zhang e Scanlan (2003) realizaram uma meta-análise de estudos com cuidadores de pacientes com demência e não-cuidadores (demograficamente similares) constataram que os cuidadores tinham 23% a mais de hormônios do stress e 15% a menos de resposta imunológica do que os não-cuidadores, uma evidência do impacto do processo de cuidar sobre sua qualidade de vida.

O cuidador domiciliar precisa ser visto como alguém que, também, tem necessidades que precisam ser satisfeitas e, portanto, deve estar inserido nesse contexto de cuidado, quando se está comprometido com o outro. Este fato expressa a importância de ampliar a sua consciência, o que significa estar mais sensível para perceber e sentir o que está acontecendo no ambiente de cuidado (WATSON, 1989).

DISCUSSÃO

Neste estudo, que investigou a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com dependência atendidos na Atenção Básica, foi enfocada a qualidade de vida desses cuidadores um recorte que privilegia o modelo da atenção, os quais foram selecionados não em função da doença do paciente, mas sim pela inserção de ambos no Programa Saúde da Família, que integra essa Atenção Básica (LLACH; SURIÑCH; GAMISANS, 2004).

No Brasil, poucos são as pesquisas que avaliam a QV de cuidadores na Atenção Básica (WATANABE; DERNTL, 2005), sendo preponderante a investigação de pacientes e cuidadores atendidos por serviços de assistência domiciliária vinculados a hospitais (GARRIDO; MENEZES, 2004) ou ainda estudos que avaliam a qualidade de vida do cuidador em função da doença do paciente (CLARK *et al.*, 2006). Dessa forma, surgiu a necessidade desse estudo.

Segundo Karsh (1998) a literatura internacional identifica quatro condições que se fazem presentes na escolha do cuidador principal: parentesco, gênero, proximidade física e proximidade

afetiva. Em relação a esses parâmetros pré-estabelecidos alguns trabalhos apresentam dados referentes ao primeiro objetivo desse estudo.

Os estudos de Amêndola (2007) mostraram que os cuidadores tinham 50,5 anos em média ($dp=14,84$), variando de 17 a 85 anos, com predomínio de mulheres cuidadoras (83,3%), divididas entre filhas (37,9%) e esposas (24,2%), casadas (62,2%) e que não exerciam atividades remuneradas (74,2%), sendo que 43,9% eram donas de casa. Essas são as características mais frequentemente encontradas em diversos estudos, seja no âmbito nacional ou internacional, conforme relataram Sportello (2003) e Laham (2003).

Caracterizando melhor o quadro apresentado pelos autores acima citados, vários estudos reforçam o papel social da mulher, historicamente determinado, de cuidadora principal e também que o cuidado a pessoas dependentes fique a cargo dos parentes mais próximos, a família nuclear. Apenas em um estudo com cuidadores de pacientes com artrite reumatóide (AR) observou-se o predomínio de cuidadores do sexo masculino (73,9%) (BROUWER *et al.*, 2004).

Isso se deve principalmente à prevalência de AR em mulheres. Em outra investigação, envolvendo cuidadores de pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), a amostra mostrou-se dividida, com 58,7% de cuidadores do sexo feminino e 41,3% do masculino, também em razão das características da doença, conforme encontrado por Stengle-Wenzke *et al.* (2006). Dessa forma pode-se inferir que o perfil do cuidador está diretamente ligado ao tipo de patologia ou quadro que o paciente apresenta.

É interessante destacar que o modelo familiar baseado na divisão sexual do trabalho, ou seja, em que o homem é o provedor e a mulher é encarregada das tarefas reprodutivas e assistenciais, permanece dominante não só no Brasil como em todo o mundo, haja vista a similaridade das características sociodemográficas dos cuidadores nos diversos estudos. Porém, há previsão que no futuro esse perfil seja modificado pela inserção cada vez maior da mulher no mercado de trabalho e pelas mudanças na organização e na estrutura familiar (KARSCH, 2003).

Outra característica abordada trata-se do estudo de Rodriguez (2005), o qual ressaltou que o modelo de apoio informal provido pelas famílias incide de maneira particularmente perversa sobre as mulheres, afetando negativamente seu bem-estar e desenvolvimento profissional. Para o mesmo autor, outra questão de gênero é a longevidade feminina. Na Espanha, dentre os idosos com algum grau de dependência, 55,7% dos pacientes homens eram casados, enquanto que 66,2% das pacientes mulheres eram viúvas.

Em relação à escolaridade, estudos mostraram que ela é predominantemente baixa, tanto no âmbito nacional, de acordo com Faro (2001), como internacional (RODRIGUEZ, 2005).

O baixo nível de escolaridade pode contribuir para que o papel de cuidador seja atribuído a essas pessoas, dado que a inserção no mercado de trabalho formal é mais difícil para indivíduos

com baixa escolaridade. Sendo assim, é provável que essas pessoas dediquem-se aos serviços domésticos e que tarefa de cuidar do familiar dependente tenha se tornado uma extensão dessa atividade.

Na amostra de Amêndola (2007), 74,2% dos cuidadores não trabalhavam e, dentre os 77,3% que já haviam exercido algum trabalho remunerado durante sua vida, 24,2% haviam se dedicado a serviços domésticos (diarista, arrumadeira, passadeira, empregada doméstica). Esse perfil é corroborado por outras investigações, como as de Rodriguez (2005) e Laham (2003), nas quais também prevaleceram cuidadores que não exerciam atividade remunerada, na maioria das vezes, donas-de-casa.

Com relação às condições de saúde dos cuidadores, 63,6% referiram ter alguma doença diagnosticada; principalmente do aparelho circulatório (46%) e doenças endócrinas (RAMOS *et al.*, 1999).

Para Medeiros, Ferraz e Quaresma (1998) os cuidadores são *vítimas ocultas* das doenças crônicas, uma das principais causas de incapacidade e dependência nos entre os pacientes. Podem vir a serem *vítimas visíveis*, uma vez que o estado emocional e a sobrecarga vivenciada podem culminar no aparecimento de complicações relativas a essas doenças.

É importante ressaltar que o aparecimento de doenças crônicas não pode ser diretamente relacionado ao ato de cuidar, porém a sobrecarga decorrendo do cuidado pode afetar a condição de saúde dos cuidadores. Em diversos estudos, a maioria dos cuidadores referiu algum problema de saúde física ou mental (GILLIAM; STEFFEN, 2006).

Em seu estudo Llach, Suriñach e Gamisans (2004) encontraram 84% de cuidadores que referiam algum problema físico e 94,4% com alguma condição psicológica relacionados ao cuidado. Em revisão da literatura, Glozman (2004) encontrou diversos trabalhos com cuidadores que sugeriram alto risco para depressão, ansiedade, mudanças no sistema imunológico e piora na saúde física e mental.

Estudo realizado por Garrido e Menezes (2004) observou correlação significativa entre o tempo de cuidado e a sobrecarga do cuidador, indicando que quanto maior o tempo, maior a sobrecarga. Garcia *et al.* (2005), entretanto, verificaram que quanto maior o tempo de cuidado, menores as queixas psíquicas dos cuidadores, ou seja, que o tempo atuava como fator protetor. Daí a importância em se estudar todas as variáveis presentes apenas nesse objetivo de estudo.

Também pode-se dizer que esse objetivo foi proposto afim de observar o que os estudos dizem a respeito da qualidade de vida desses cuidadores.

Assim verificou-se que pessoas com maior grau de instrução tendem aderir mais a tratamentos por terem maior conhecimento geral e mais facilidade de compreensão das orientações,

o que preserva sua saúde física. Estudo realizado por Golimbet e Trubnikov (2001), a escolaridade foi uma variável estatisticamente relacionada com o domínio Psicológico, sendo que quanto maior o nível de escolaridade há um aumento no escore desse domínio. Os cuidadores católicos apresentaram maior média no domínio físico que os evangélicos e espíritas, porém nos estudos de Amêndola (2007) não houve diferença em nenhum domínio entre os cuidadores que relataram ter religião e os sem religião. A religião em si não determina melhor ou pior escore, já que muitos cuidadores que se disseram católicos não eram praticantes.

Com relação à religião, Panzini (2004) constatou que, na maioria das pesquisas, práticas e crenças religiosas estão associadas com melhor saúde mental e física. De 225 relatos de pesquisas envolvendo religião e saúde física, na maioria o autor encontrou resultados positivos decorrentes do envolvimento religioso, em relação à dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sangüínea, enfarto, função imune, função neuro-endócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade.

Os aspectos positivos encontrados entre religião e saúde não querem dizer que todas as religiões ou alguma em particular sempre promovam emoções humanas positivas, relacionamentos satisfatórios ou estilos de vida saudáveis. Em certas circunstâncias, a religião pode ser prejudicial à saúde se as crenças forem usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou quando práticas religiosas são usadas para substituir cuidados médicos tradicionais (CARTER, 2006).

Muitos estudos têm mostrado que a principal rede de apoio é a informal e que muitos cuidadores não recebem ajuda de ninguém (KARSCH, 2003).

Faz parte da análise da sobrecarga, percebida o que foi notado por Chang, Noonan e Tennstedtl (1998), os quais mostraram que cuidadores que utilizavam a religião e a crença espiritual para enfrentar a tarefa de cuidar tinham melhor relação com a pessoa cuidada e menores níveis de depressão. Murray-Swank *et al.* (2006) também encontraram associação entre religiosidade e menor grau de depressão, melhor auto-estima e auto-cuidado entre cuidadores. Outros estudos também mostraram que a religiosidade e a espiritualidade ajudam nas estratégias de enfrentamento do papel de cuidador e reduzem os casos de depressão (NIGHTINGALE, 2003).

Como relatado por diversos autores e comprovado por estudos científicos, a mulher é o principal cuidador familiar por motivos históricos e culturais. Homens que cuidam têm mais probabilidade de fazer por falta de opção, por não terem familiares próximos ou por afastamento dos mesmos. Isso explicaria o maior descontentamento por parte dos mesmos com suas relações sociais. No estudo de Amêndola *et al.* (2003), os cuidadores do sexo masculino apresentaram piores médias na *qualidade de vida geral*. Já em estudo realizado na Rússia (GOLIMBET; TRUBINIKOV, 2001), as mulheres apresentaram menores médias na satisfação com a saúde e no domínio Físico e também se mostraram significativamente mais estressadas que os homens cuidadores.

No entanto, vale destacar os achados de pesquisa qualitativa que investigou a experiência masculina de cuidar de um familiar com Alzheimer (PARSONS, 1997). Nesse estudo, foi constatado que há uma visão positiva do cuidador por trás dos sentimentos negativos, alterando a supremacia do conceito de sobrecarga como um aspecto predominante do cuidado. Isso é melhor explicado pelos dados de Laham (2003) o qual acredita que os cuidados exercidos por homens não têm qualidade inferior aos realizados por mulheres e que os homens também se mostraram preocupados com a boa realização dos cuidados e demonstraram ser tão (ou mais) atenciosos e preocupados do que as mulheres que cuidam.

Outra questão a ser discutida foi proposta por alguns autores como Somnerhalder (2001) que consideram que a história do relacionamento entre o paciente e o cuidador, bem como os recursos pessoais de enfrentamento, tem de ser levados em conta na avaliação da sobrecarga percebida relacionada ao cuidado.

Assim, Urizar e Maldonado (2006) encontraram correlação estatisticamente significativa entre o aumento da sobrecarga percebida e a ausência de atividade laboral, por exemplo: algumas cuidadoras chegaram a relatar no momento da entrevista que atividades de artesanato desenvolvidas em domicílio eram muito terapêuticas e ajudavam a diminuir o stress do dia-a-dia.

Os cuidadores que referiam não ter doenças apresentaram melhores escores no domínio Físico, indicando que a ausência de doenças diagnosticadas os levava a avaliar melhor a sua condição física. Golimbet e Trubnikov (2001) encontraram associação significativa entre a auto-avaliação da saúde do cuidador e os domínios Psicológico e relações Sociais. Aqueles que utilizavam psicofármacos não obtiveram nenhuma diferença estatisticamente significativa em nenhum domínio da qualidade de vida, ou seja, apesar da utilização de medicamentos para transtornos de humor, a avaliação da sua qualidade e vida não foi afetada por esta condição de saúde.

Carter (2006), em seu estudo com cuidadores de pessoas com câncer, constatou que cuidadores que passaram por uma intervenção relacionada ao sono apresentaram melhora nos sintomas depressivos.

A idade do cuidador também foi estudada, pois esta parece ser uma variável importante na avaliação da qualidade de vida do cuidador e quanto maior a idade do cuidador, menor o escore no domínio Físico. É sabido que o processo de envelhecimento diminui a reserva funcional do organismo, reduzindo sua capacidade de responder adequadamente a situações de estresse físico e psicológico, o que pode levar a uma sobrecarga funcional e culminar em processos patológicos (DUARTE, 2001).

Ao avaliar a saúde de idosos que cuidam de idosos, Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006) verificaram a presença de uma a quatro doenças crônicas associadas a alguma incapacidade funcional. Amêndola *et al.* (2003) encontraram que a idade do cuidador foi o único preditor significativo da qualidade de vida geral, indicando que o aumento da idade provoca diminuição do escore total de qualidade de vida.

Urizar e Maldonado (2006) verificaram que quanto maior a idade, maior a sobrecarga percebida do cuidador. Já Ferrando *et al.* (2006) encontraram justamente o contrário: quanto menor a idade, mais a tarefa de cuidar afetava a vida do cuidador. Cuidadores mais velhos parecem mais susceptíveis a sobrecarga, porém os mais jovens podem sofrer mais isolamento e maiores restrições sociais, proporcionais a maiores possibilidades de atividades de lazer e sociais de sua faixa etária.

O número de pessoas que residem no mesmo domicílio parece significar também uma melhor rede de apoio, visto que há mais pessoas próximas que podem ajudar e se revezar no cuidado.

Laham (2003) verificou que o número médio de pessoas que residiam com o paciente era maior entre aqueles que referiram que tinham alguém que ajudava no cuidado, mas ressaltou que um grande número de pessoas no domicílio não é garantia de que a ajuda virá ou de que o paciente receberá maior atenção e será melhor cuidado.

Então, observou-se pontos de vistas diferentes entre os autores pesquisados, contudo, quando eles abordaram tópicos semelhantes as idéias não sofreram grandes divergências.

Seria muito bom realizar uma capacitação para os cuidadores (principal e outros familiares da rede de suporte familiar) em relação às necessidades e problemas de saúde dos pacientes, com o intuito de melhorar o cuidado prestado e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos assistidos.

Para identificar potenciais de desgaste, a presença de doença por si só já torna o cuidador mais vulnerável. Essa vulnerabilidade, associada à sobrecarga decorrente do ato de cuidar, torna o cuidador mais susceptível a desenvolver ele próprio incapacidades e dependência com o passar dos anos.

A escala de sobrecarga, a presença de companheiro e a presença de doença mostraram ser preditores na percepção da qualidade de vida geral e da satisfação com a saúde dos cuidadores. A presença de um companheiro como preditor de uma melhor qualidade de vida indica que as relações afetivas e familiares são primordiais na vida de qualquer pessoa.

Atualmente, com as transformações nos núcleos familiares, em que se destacam o processo de migração e a redução do tamanho das famílias, a presença do companheiro parece ser fundamental e pode indicar que o cuidado não afeta demasiadamente as relações conjugais que, por sua vez, auxiliam no enfrentamento da tarefa de cuidar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira está em constante transição, e a população idosa é a que mais vem crescendo, e a que mais apresenta necessidade de cuidados domiciliares, cada vez melhor estruturado. Daí a importância de colocar em prática o PSF.

Dessa forma, nesse estudo, observou-se que em relação ao perfil do cuidador familiar as características do paciente e a qualidade de vida do cuidador que a maioria dos estudos mostrou que estes estão cuidando de pessoas predominantemente idosas, com graus moderados de incapacidade funcional. Somando-se a isso, quanto à população atendida esta apresenta uma carência social e econômica com pouca oferta de lazer e cultura, baixo nível de escolaridade e acometida por doenças crônicas. Todos esses fatores geram uma sobrecarga do cuidador, afetando diretamente sua qualidade de vida.

Assim, este estudo discutiu apenas alguns aspectos da assistência domiciliar com as pessoas envolvidas neste contexto. Por isso acredita-se que outros aspectos precisam ser explorados para melhor verificação dos problemas e resolutividade dos mesmos. Além disso, a literatura ainda tem muito a contribuir com esse assunto tão antigo, mas, por outro lado, ainda recente no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em relação à avaliação da qualidade de vida e ações de cuidado domiciliar. Daí a importância em se realizar outros assuntos voltados às essas questões, referentes à área de abrangência de cada PSF do município.

REFERÊNCIAS

AMÊNDOLA, F. **Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos em domicílio pelo programa de saúde da família (PSF)**. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela EEUSP. São Paulo: Universidade de São Paulo/USP, 2007.

AMÊNDOLA, F. *et al.* **Caracterização do perfil e da qualidade de vida de cuidadores de pacientes atendidos pelo Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da USP (PAD-HU/USP)**. São Paulo: 2003. Disponível em: <<http://www.ciad.com.br/default.asp?UrlSite=Conteudo.asp&idpagina=7&IdNavegacao=13&IdPortal=1&IdFerramenta=1>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

ANDRADE, M. de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ARAÚJO, M. R. N. *et al.* Saúde da família: cuidado no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p.117-139, 2000.

BERTOLOZZI, M. R. **Estudo da visita domiciliária enquanto forma de atenção à saúde**. São Paulo, 1987. 71 p. (Relatório de Pesquisa) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Revista Latino –Americana de Enfermagem**, v.12, n.1. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100016>. Acesso em: 12 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/psf01.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2009.

BROUWER W. B. F. *et al.* Burden of caregiving: evidence of objective burden, subjective burden, and quality of life impacts on informal caregivers of patients with rheumatoid arthritis. **Arthritis and rheumatism**, v.51, n.4, p.570-577, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15334429>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

CARTER, P. A. A brief behavioral sleep intervention for family caregivers of persons with cancer. **Cancer Nursing**, v.29, n.2, p.95-103, 2006. Disponível em: <<http://www.websciences.org/cftemplate/NAPS/archives/indiv.cfm?ID=20061007>>. Acesso em: 14 fev. 2009.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.

CHANG, B.; NOONAN, A.E.; TENNSTEDT, S.L. The role of religion/spirituality in coping with caregiving for disabled elders. **The Gerontologist**, v.38, p.463–533, 1998.

CLARK, M. M. *et al.* Quality of life of caregivers of patients with advanced-stage cancer. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v.23, n.3, p. 185-276, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17060277>>. Acesso em: 22 nov. 2008.

- COTTA, R. M. M. *et al.* La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.10, n.1, p. 45-55, 2001. Disponível em: <<http://www.paho.org/Spanish/DBI/es/v9n7-Cotta.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2008.
- DUARTE, Y. A. O. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. 2001. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o desenvolvimento da saúde. **Manual de enfermagem**: Programa de Saúde da Família. Brasília, 2001.
- DUAYER, M. F.; OLIVEIRA, M. A. C. Cuidados domiciliares no SUS: uma resposta às necessidades sociais de saúde de pessoas com perdas funcionais e dependência. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.29, n.70, p.198-209, 2003.
- EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v.34, n.3, p. 233-239, 2000.
- FARO, A.C.M. **Cuidar do lesado medular em casa**: a vivência singular do cuidado familiar. 1999. Tese (Livre Docência em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- FARO, A. C. M. Autonomia, dependência e incapacidades: aplicabilidade dos conceitos na saúde do adulto e do idoso. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de enfermagem**: Programa de Saúde da Família. Brasília, 2001, p.137-177.
- FERRANDO, D. B. *et al.* Cambios en los cuidadores em cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. **Rev. de Enfermería de Salud Mental**. v.2, n.4, 2006.
- GARCIA, M. A. A. *et al.* Idosos e cuidadores fragilizados? **O mundo da saúde**, v.29, n.4, p.645-652. São Paulo. 2005.
- GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência em um serviço psicogeriátrico. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.6, p. 835-697. São Paulo. 2004.
- GILLIAM, G. M.; STEFFEN, A. M. The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. **Aging and Mental Health**, v.10, n.2, p.79-86. 2006. Disponível em: <<http://www.informaworld.com/smpp/193639782-1561914/content~content=a743737105~db=all~order=page>>. Acesso em: 18 dez. 2008.
- GLOZMAN, J. M. Quality of life caregivers. **Neuropsychology review**, New York, EUA, v.14, n.4, p. 83-196, 2004.
- GOLIMBET, V.; TRUBNIKOV, V. Evaluation of the dementia carees situation in Russia. **Internacional Journal Geriatric Psychiatry**, San Francisco – EUA, v.16, p. 94-99, 2001.
- KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 861-66. 2003.
- KARSCH, U. M. **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: Educ, 1998.

KLOCK, A. D.; HECK, R. M.; CASARIM, S. T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. **Enfermagem**, v.14, n.2, p.237-282, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a11v14n2.pdf>>. Acesso em 10 fev.2009.

LADEIA, J. **Assistência domiciliar**: um conceito moderno de atendimento. 2003. Disponível em: <<http://www.nossaregião.com.br>>. Acesso em: 10 fev. 2009.

LAHAM, C. F. **Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar**. 150 f. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: Universidade de São Paulo/USP, 2003.

LAVINSKI, A. E.; VIEIRA, T. T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. **Acta Scientiarum**, v.26, n.1, p.41-46, jan./jun. 2004. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewArticle/1614>>. Acesso em: 18 fev. 2009.

LLACH, X. B. L.; SURIÑACH, N. L.; GAMISANS, M. R. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. **Atem Primária**, v.34, n.4, p.170-177, 2004. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=988571>>. Acesso em: 15 fev. 2009.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. V. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MEDEIROS, M. M. C.; FERRAZ, M. B.; QUARESMA, M. R. Cuidadores: as “vítimas ocultas” das doenças crônicas. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.38, n.4, p.189-192, 1998. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/claudiaFernandesLaham.pdf>>. Acesso em: 15 jan.2009.

MILLER, L. S. *et al.* Caregiver cognitive status and potentially harmful. **Aging and Mental Health**, v.10, n.2, p.125-158, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16517487>>. Acesso em 15, jan. 2009.

MURRAY-SWANK, A. *et al.* Religiosity, psychosocial adjustment, and subjective burden of persons who care for those with mental illness. **Psychiatric Services**, v.57, p.361-366, 2006.

NERI, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. 2006. *In*: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida na idade madura**. Campinas-SP: Papirus, 2006. p.9-15.

NIGHTINGALE, M. Religion, spirituality and ethnicity: what it means for caregivers of persons with Alzheimer’s disease and related disorders. **Dementia**, v.2, n.3, p.379-391, 2003. Disponível em: <<http://dem.sagepub.com/cgi/content/abstract/2/3/379>>. Acesso em: 16 fev. 2009.

NOGUEIRA, M. J. C. *et al.* A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.11, n.1, p.28-50, 1977.

PANZINI, R. G. **Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE)**: tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. Rio Grande do Sul: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. Disponível em:

<<http://www.hoje.org.br/site/arq/artigos/HOJEITEartigos20061106DissertacaoRaquelGehrkePanzini-EscalaCRE.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2009.

PARSONS, K. The male experience of care giving for a family member with alzheimer's disease. **Qual Health Res.**, v.7, n.3, p.391-407, 1997.

RAMOS, L. R. *et al.* Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública.** v.27, n.2, p.87-94, 1999.

RODRIGUEZ, P. R. El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del facilismo a los derechos de ciudadanía. **Revista Especializada em Geriatria e Gerontologia**, v.40, n.3, p. 5-15, 2005. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1962686>>. Acesso em: 05 jan. 2009.

SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, M. G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado em si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.2, p.280-287, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/09.pdf>. Acesso em 06 mar. 2009.

SOMNERHALDER, C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar.** Universidade Estadual de Campinas [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação, UNICAMP, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000400019&script=sci_arttext&tlng=e. Acesso em: 17 fev. 2009.

SPORTELLO, E. F. **Caracterização das formas de vida e trabalho das cuidadoras familiares do Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.** [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.ciad.com.br/default.asp?UrlSite=Conteudo.asp&idpagina=7&IdNavegacao=13&IdPortal=1&IdFerramenta=1>>. Acesso em: 12 mar.2009.

STENGLE-WENZKE, K. *et al.* Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. **Comprehensive Psychiatry**, v.47, p. 523-527, 2006. Disponível em: <[http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WCV-4JSFVFB9&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WCV-4JSFVFB9&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_)>. Acesso em 19 fev. 2009.

TEIXEIRA, S. F. Políticas de saúde no Brasil: situação atual e desafios estratégicos. **Saúde debate**, n.35, p.4-10, 1992. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=150837&indexSearch=ID>>. Acesso em: 17 fev. 2009.

URIZAR, C. A.; MALDONADO, J. G. Burden of care in families of patients with schizophrenia. **Quality of life Research**, v.15, p.719-24. 2006. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/klu/quire/2006/00000015/00000004/00004629?crawler=true>>. Acesso em: 22 fev. 2009.

VITALIANO, P. P.; ZHANG, J.; SCANLAN, J. M. Is caregiving hazardous to one's physical health? A Meta-Analysis. **Psychological Bulletin**, v.129, n.6, 2003. Disponível em: <<http://www.apa.org/journals/releases/bul1296946.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2009.

WATANABE, H. A. W.; DERNTL, A. M. Cuidadores de idosos: uma experiência em Unidade Básica de Saúde: Projeto Capacidade. **O mundo da saúde**, v.29, n.4, p.639-683, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base>>. Acesso em: 28 fev. 2009.

WATSON, J. Theory of human care in action. 1889. *In*: RIEHL-SISCA, J. (Ed.). **Conceptual model for nursing practice**. 3. ed. Norwalk (Connecticut/USA): Appleton e Lange. p.219-255. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010>. Acesso em: 13 fev. 2009.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca; 2002.