



Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

EDILEUZA DE FÁTIMA ROSINA NARDI

**APOIO SOCIAL AO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO
DEPENDENTE**

**MARINGÁ
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

EDILEUZA DE FÁTIMA ROSINA NARDI

**APOIO SOCIAL AO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO
DEPENDENTE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação – Mestrado em
Enfermagem, Universidade Estadual de
Maringá.

Orientadora: Prof. Dra. Magda Lúcia Felix de Oliveira

**MARINGÁ
2007**

EDILEUZA DE FÁTIMA ROSINA NARDI

APOIO SOCIAL AO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO DEPENDENTE

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação - Mestrado em
Enfermagem, Universidade Estadual de
Maringá.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Magda Lúcia Felix de Oliveira
Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dra Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Dr^a Laura Misue Matsuda
Universidade Estadual de Maringá

Dedico este trabalho

Ao meu esposo Valcir, companheiro de todas as horas, minha maior motivação, pois sem ele jamais conseguiria atingir meus objetivos.

Aos meus filhos Amanda, Júlia e Arthur, motivo do meu viver, que compreenderam a razão de minhas ausências.

A minha mãe Gessy, minha sogra Zilda e minha irmã Edelilza, que foram o alicerce para a construção deste sonho.

Ao meu irmão Luis Carlos, minha cunhada Márcia, minha cunhada Margarete e meu cunhado João Marcos pelo apoio nas horas difíceis.

Muito obrigada por vocês existirem!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Professor. **Dr. Oseias Guimarães de Andrade** (*in memoriam*), com o qual tive o prazer de iniciar esta caminhada, e que deixou muitas contribuições, e também muitas saudades.

“A imortalidade de que se reveste a natureza humana, faz o homem sempre presente: presente pelo conhecimento que transmitiu, pela amizade que conquistou, pelo exemplo que legou e pelo amor ao próximo que dedicou.”

Você estará sempre presente.

Obrigada por fazer parte da minha trajetória de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por nos conceder a vida e nos ofertar tantas possibilidades;

À Professora Dr^a. Magda Lúcia Felix de Oliveira, orientadora, por sua competência, dedicação, apoio, afetividade e presença constante, me ajudando a vencer os obstáculos, me acolhendo e aceitando como orientanda, para que juntas, pudéssemos levar adiante um trabalho já iniciado;

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem, por nos conduzir a novos conhecimentos, com dinamicidade e profissionalismo;

Aos colegas de turma, pela troca de experiências, companheirismo e pela oportunidade de conhecê-los;

À Secretaria Municipal de Saúde de Jandaia do Sul e à Faculdade de Apucarana - FAP, pela oportunidade de conquistar este objetivo;

Às enfermeiras, Agentes Comunitários de Saúde e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Jandaia do Sul que não mediram esforços para a realização deste estudo;

A todos os cuidadores e famílias, que aceitaram participar do estudo e dividiram comigo a sua vivência;

Aos meus amigos Adriano, Maria Emília, Suzana, Júlia, Glória e Dorigão, que dividiram comigo as angústias nos momentos difíceis e me ajudaram a vencer este desafio;

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste estudo.

Obrigada!

Cuidar, prestar cuidado e tomar conta é, antes de tudo, um ato de vida.

(Collière)

RESUMO

APOIO SOCIAL AO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO DEPENDENTE

O processo de envelhecimento pode resultar na dependência e necessidades de ajuda e cuidado, cada vez mais realizados no domicílio e sob a responsabilidade da família, que, diante do surgimento da dependência do idoso, necessita reestruturar e reorganizar seu papel, redefinindo as responsabilidades de seus membros. A tarefa de cuidar abrange a necessidade de apoio social ao idoso e seu cuidador, objetivando diminuir os aspectos negativos advindos do processo de cuidado, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cuidador e refletir positivamente nos cuidados prestados. Esse apoio pode advir de fontes formais e informais, como grupos de ajuda mútua, família, organizações não governamentais, religiosos, vizinhos, amigos, serviços de saúde e de assistência social. O presente estudo objetiva compreender como se revela o apoio social formal e informal à família do idoso dependente. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, realizado em um município de pequeno porte da região Sul, junto a 19 cuidadores familiares primários de idosos dependentes. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas domiciliares, utilizando um roteiro de entrevista semi-estruturada e os dados foram analisados mediante análise de conteúdo temática. Os sujeitos participantes do estudo foram constituídos em sua maioria de esposas e filhas, casadas, em processo de envelhecimento, com baixa escolaridade e baixa renda familiar, residindo em domicílios multigeracionais, cuidando de idosos dependentes há mais de 4 anos e executando, além do cuidado, as tarefas domiciliares. O cuidar foi referido pelos participantes como sendo uma tarefa difícil e cansativa, de muita responsabilidade, dedicação e que requer muita paciência e força de vontade, influenciado pela obrigação, dever e retribuição relacionados com os bons momentos vivenciados junto ao idoso. Quanto aos tipos de cuidado executados pelos cuidadores, houve predominância das atividades relacionadas à incapacidade funcional do idoso, sendo mais freqüente aquelas ligadas à manutenção da vida – alimentação, banho, mobilização e transporte do idoso – e relacionadas à reparação, como oferecer medicação. As maiores dificuldades apresentadas pelos cuidadores eram as que demandavam esforço físico, como o banho e a mobilização do idoso, influenciadas pela falta de adequação no ambiente domiciliar, porém seis cuidadores referiram não necessitar de ajuda ou apoio para realizar o cuidado. No tocante ao apoio social, o mesmo foi percebido em diferentes intensidades advindas tanto de apoio formal quanto informal. No que se refere ao apoio social informal, foram indicados familiares, grupos da comunidade, vizinhos e amigos; no entanto, a figura dos filhos foi a mais relatada. Como apoio social formal, os cuidadores referiram as unidades básicas de saúde, os membros das equipes do PSF, o serviço de fisioterapia e fonoaudiologia municipal, o serviço de assistência social e o pronto atendimento municipal. A figura dos ACS, enquanto representante da assistência formal à Saúde, foi a mais relatada, observada pelo maior vínculo com a família. Dentre as necessidades referidas para o cuidar, predominou a carência financeira e de orientação para o cuidado. Considerando que os cuidadores se encontravam em processo de envelhecimento, que cuidar gerava sobrecarga física, emocional e financeira, e que o cuidador demanda informações e orientações para o processo de cuidar, verificou-se que tanto o apoio social informal quanto o formal às famílias se mostraram deficitários. Portanto, seria de fundamental importância ao sistema de cuidado a formação de uma rede de apoio integrando sistemas formais e informais, visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde do idoso, cuidador e família.

Palavras-chave: Família. Saúde da Família. Saúde do Idoso. Cuidadores. Apoio Social

ABSTRACT

SOCIAL SUPPORT FOR THE FAMILY CAREGIVER OF A DEPENDENT ELDERLY

The aging process can result in dependence and need for help and care, which can take place in the home and under the responsibility of the family, which, at the outset of the elderly's dependence, needs to restructure and to reorganize its role, redefining the responsibilities of each member. The task of caring includes the need for social support for the elderly and his/her caregiver, aiming at reducing the negative aspects of the care process, in addition to contributing to the improvement of the caregiver's quality of life and reflecting positively on the care rendered. This support can come from formal and informal sources, such as support groups, the family, non-governmental organizations, clergy, neighbors, friends, health and social assistance services. The present study aims to understand how formal and informal social support to the dependent elderly's family takes place. It is an exploratory-descriptive study, accomplished with 19 primary family caretakers of seniors dependent, in a small-sized city in southern Brazil. The collection of data was accomplished through home interviews, using a semi-structured interview script and the data was analyzed through thematic content analysis. The participant subjects of the study were constituted in their majority of wives and daughters, married, aging, with low education level and low family income, living in multi-generational homes, taking care of dependent seniors for more than 4 years and performing household chores besides caring for the elderly patients. The care process was referred to by the participants as being a difficult and tiresome task, with a great deal of responsibility, dedication and requiring a lot of patience and willpower, influenced by the obligation owed and the retribution for the good moments lived with the elderly. As for the types of care given by the caretakers, there was predominance of activities related to the elderly's functional disability, being more frequent those linked to life maintenance - feeding, bathing, mobilization and transportation - and related to healing, such as administering medication. The greatest difficulties mentioned by the caregivers were actions that demanded physical effort, such as giving a bath and move the elderly, influenced by the lack of adaptation in the home, although six caregivers expressed no need for help or support to accomplish these tasks. Concerning social support, the same was noticed in varying intensities from both formal and informal support. In reference to informal social support, family members, community groups, neighbors and friends were mentioned; however, sons and daughters were most often cited. As formal social support, the caretakers referred to the basic health services, PSF team members, the local physical and speech therapy services, social assistance services and the local emergency service. The ACS, as the representative of formal health assistance, was the most mentioned, due to its bond with the family. Among the needs mentioned, the lack of financial means and orientation prevailed. Considering that the caregivers were aging, that caring caused physical, emotional and financial overload, and that the caregivers demanded information orientations for the caring process, it was concluded that both informal social support and formal support to the families were shown deficient. Therefore, it would be of fundamental importance to the care system to form a support network integrating formal and informal systems, seeking the promotion, prevention and recovery of the health of the elderly, caregiver and family.

Keywords: Family. Family Health. Health of the Elderly. Caregivers. Social Support.

RESUMEN

APOYO SOCIAL AL CUIDADOR FAMILIAR DE LA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE

El proceso de envejecimiento puede resultar en la dependencia y necesidades de ayuda y cuidado, cada vez más realizados en el domicilio y bajo la responsabilidad de la familia, que, delante del surgimiento de la dependencia de la persona mayor, necesita reestructurar y reorganizar su papel, además de redefinir las responsabilidades de sus miembros familiares. La tarea de cuidar envuelve la necesidad de apoyo social a la persona mayor y a su cuidador, con el objetivo de disminuir los aspectos negativos que advienen del proceso de cuidado, además de contribuir para la mejoría de la calidad de vida del cuidador y reflexionar positivamente sobre los cuidados prestados. Este apoyo puede originarse de fuentes formales e informales, como grupos de ayuda mutua, familia, organizaciones no gubernamentales, religiosos, vecinos, amigos, servicios de salud y de asistencia social. Este estudio tiene como objetivo comprender cómo se manifiesta el apoyo social formal e informal a la familia de la persona mayor dependiente. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, realizado en un municipio de pequeño porte de la región Sur, con un total de 19 cuidadores familiares primarios de personas mayores dependientes. La recolección de los datos fue realizada a través de entrevistas domiciliarias, utilizando para eso un guión de entrevista semiestructurado y los datos fueron analizados a través del análisis del contenido temático. Los sujetos que participaron del estudio fueron constituidos en su mayoría de mujeres de los mayores e hijas, casadas, en proceso de envejecimiento, con bajo nivel de escolaridad y renta familiar baja. Viven en domicilios multigeneracionales, cuidando de personas mayores dependientes hace más de 4 años y ejecutan, además del cuidado, las tareas domiciliarias. Los participantes de la investigación se refirieron a la tarea de cuidar a la persona mayor como siendo una tarea difícil y cansativa, de mucha responsabilidad, dedicación y que requiere mucha paciencia y fuerza de voluntad con influencia de la obligación, deber y retribución relacionados con los buenos momentos vivenciados junto con la persona mayor. En cuanto a los tipos de cuidado ejecutados por los cuidadores, hubo predominancia de las actividades relacionadas con la incapacidad funcional de la persona mayor, siendo más frecuente aquellas relacionadas con el mantenimiento de la vida - alimentación, baño, movilización y transporte del anciano - y relacionadas con la reparación, como ofrecer medicación. Las mayores dificultades presentadas por los cuidadores eran las que exigían esfuerzo físico, como el baño y la movilización del anciano, influenciadas por la falta de adecuación en el ambiente domiciliar; sin embargo, seis cuidadores afirmaron que no necesitan de ayuda o apoyo para realizar el cuidado. En lo que se refiere al apoyo social, lo mismo se percibió en diferentes intensidades que advienen tanto del apoyo formal como del apoyo informal. En cuanto al apoyo social informal, fueron indicados familiares, grupos de la comunidad, vecinos y amigos, no obstante, la figura de los hijos ha sido la más relatada. Como apoyo social formal, los cuidadores hicieron referencia a las unidades básicas de la salud, a los miembros de los equipos del PSF, al servicio de fisioterapia y fonoaudiología municipal, al servicio de asistencia social y al sistema de atendimento municipal. La figura de los ACS, como representante de la asistencia formal a la salud, fue la más relatada, observada por el mayor vínculo con la familia. Entre las necesidades referidas para el acto de cuidar a la persona mayor, hubo predominio de la carencia financiera y de la orientación para dicho cuidado. Considerando que los cuidadores estaban en proceso de envejecimiento, que cuidar generaba sobrecarga física, emocional y financiera, y que el cuidador demanda informaciones y orientaciones para el proceso de cuidar, se ha averiguado que, tanto el apoyo social informal como el formal a las familias, se han mostrado deficitarios. Por tanto, sería de fundamental importancia al sistema de cuidado,

la formación de una red de apoyo integrando sistemas formales e informales que tenga como objetivo la promoción, la prevención y la recuperación de la salud de la persona mayor, del cuidador y de la familia.

Palabras clave: Familia. Salud de la Familia. Salud del Anciano. Cuidadores. Apoyo Social.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma para determinação da amostra.....	33
Quadro 1	Características dos idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006	38
Quadro 2	Características dos cuidadores familiares de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.....	42
Quadro 3	Organização dos resultados em temas e categorias.....	60
Figura 2	Características da tarefa de cuidar agrupada em aspectos negativos e positivos, Jandaia do Sul, PR, 2006.....	62
Quadro 4	Tipo de cuidado realizado pelos cuidadores de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.....	65
Figura 3	Tipos de cuidados de reparação e manutenção executados pelos cuidadores familiares de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006..	66
Figura 4	Fonte de apoio informal relatada pelos cuidadores familiares de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.....	73
Quadro 5	Apoio social informal advindo de familiares ao cuidador de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.....	74
Quadro 6	Apoio social advindo de outras fontes informais ao cuidador de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.....	75
Figura 5	Fonte de apoio formal relatada pelos cuidadores familiares de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.....	76
Quadro 7	Apoio social advindo de fontes formais ao cuidador de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.....	77
Figura 6	Necessidade de ajuda referida pelos cuidadores familiares de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.....	80
Quadro 8	Tipo de necessidades relatadas pelos cuidadores de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades da Vida Diária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Equipes Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	O envelhecimento e a Dependência	15
1.2	Cuidado ao Idoso e suas Interfaces com a Família, Sistema de Cuidado Familiar, Cuidador e Políticas de Saúde.....	18
1.3	O Apoio Social e a Formação de Redes Sociais	25
2	OBJETIVOS	29
2.1	Objetivo Geral.....	29
2.2	Objetivos Específicos.....	29
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	30
3.1	Delineamento do Estudo.....	30
3.2	Local do Estudo.....	30
3.3	Sujeitos do Estudo.....	31
3.4	Fonte de Dados e Instrumento.....	33
3.5	Coleta de Dados.....	34
3.6	Análise dos Dados.....	35
3.7	Considerações Éticas.....	35
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	37
4.1	Conhecendo o Contexto Familiar e Social do Cuidador Familiar.....	37
4.1.1	Caracterizando os idosos dependentes.....	37
4.1.2	Caracterizando os cuidadores familiares de idosos dependentes.....	41
4.1.3	Apresentando os cuidadores e as famílias.....	47
4.2	Organizando os Resultados.....	60
4.2.1	Tema 1: Compreendendo o processo de cuidar na perspectiva do cuidador familiar.....	60
4.2.2	Tema 2: Compreendendo o apoio social e as necessidades para o cuidar.....	72
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
	REFERÊNCIAS.....	90
	ANEXOS.....	98
	APÊNDICES.....	104

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento com dependência toma significados particulares que, dentro de um contexto histórico, social, político, econômico e cultural precisa ser analisado e esclarecido (KARSCH, 2004). Cuidar de um idoso dependente envolve várias atividades de manutenção e recuperação para a continuidade da vida.

O interesse pelo tema em estudo se deu em virtude de perceber que o cuidado de um idoso dependente está cada vez mais sob a responsabilidade de sua família e em seu domicílio. Frequentemente a família se apresenta sem um suporte adequado para desenvolver o cuidado, e ainda vivencia uma variedade de dificuldades ao assistir o idoso de acordo com a doença, as experiências individuais e os recursos a sua disposição.

A ausência de uma política pública de saúde mais efetiva relativa aos papéis atribuídos à família e de uma rede de apoio social influencia na manutenção, recuperação e estimulação da capacidade funcional do idoso, bem como na sua autonomia e independência. Sendo assim, as estratégias utilizadas para o cuidado e os suportes encontrados pelos cuidadores no ambiente domiciliar com idosos dependentes carecem de pesquisas.

Karsch (2004) postula que conhecer a figura do cuidador, oculta aos olhos da sociedade, e com ela estabelecer uma parceria deveriam ser os passos mais seguros para prestar assistência à saúde nos domicílios. A autora, em um estudo desenvolvido acerca do suporte domiciliar aos adultos com perda da independência, realizado no município de São Paulo com famílias de baixa renda, aponta que mais de 90% das famílias não receberam ajuda de serviços, organizações ou grupos voluntários, mas cerca de 30% delas confirmaram que, se pudessem receber esse tipo de auxílio, ficariam satisfeitas.

Seria necessário conhecer como cada sistema familiar vivencia o cuidado e identificar as suas dificuldades, seus esforços e como partilham suas responsabilidades diante da perda da capacidade funcional de um familiar, o que acarreta uma reorganização nos papéis familiares e a redefinição de responsabilidades.

Neste sentido, propõe-se no presente estudo compreender como o apoio à família do idoso dependente no domicílio se revela, visto que cada família tem a sua particularidade e singularidade.

1.1 O Envelhecimento e a Dependência

O envelhecimento sofre influências de diversos fatores, entre eles os biológicos, econômicos, ambientais, científicos e culturais. Segundo Paraná (2004), a velhice não se define cronologicamente, mas sim pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde, e a longevidade de um indivíduo é iniciada no nascimento e determinada pelo suprimento de suas necessidades básicas, alterações biológicas, processos de desenvolvimento social e psicológico.

Todavia, para que se possam direcionar políticas públicas, tanto sociais quanto de saúde, faz-se necessário delimitar formalmente a idade cronológica da população. Para tanto, o conceito de idoso está diretamente relacionado com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida oferecida à população, diferindo entre países em conformidade com o nível de desenvolvimento.

Nos países desenvolvidos, é considerada idosa a pessoa com 65 anos ou mais, enquanto que em países em desenvolvimento, como o Brasil, o idoso é aquele que apresenta 60 anos ou mais (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1982).

A expectativa de vida está aumentando e o envelhecimento populacional é uma realidade observada no Brasil e em outros países. Assim sendo, aumenta, em um ritmo muito acelerado, o número de idosos na comunidade. Entre 1980 a 2020, a população mundial total deverá crescer 80%, enquanto que os idosos deverão crescer 160% (RAMOS, 1993).

Camarano (2002) afirma que, no Brasil, a proporção de pessoas acima de 60 anos dobrou nos últimos 50 anos: passou de 4%, em 1940, para 9% em 2000. Projeções recentes indicam que esse segmento poderá ser responsável por quase 15% da população brasileira em 2020.

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006a), de 1980 a 2004 a expectativa de vida ao nascer do brasileiro experimentou um acréscimo de 9,1 anos. Para 2005 a expectativa de vida era de 71,9 anos, sendo 68,2 anos para os homens e 75,8 anos para as mulheres. Índices semelhantes foram encontrados para o Estado do Paraná no mesmo período, sendo 68 anos para os homens e 75,1 anos para as mulheres (PARANÁ, 2004).

A transição demográfica altera o perfil epidemiológico em relação à morbidade e mortalidade. A preocupação referente às doenças infecto-contagiosas perde lugar para a alta prevalência das doenças crônico-degenerativas (RAMOS, 2002).

A tendência é a de que o aumento da expectativa de vida associado à alteração do perfil epidemiológico da população e outros fatores façam com que haja cada vez mais pessoas atingidas por doenças crônico-degenerativas, podendo apresentar perda da independência e conseqüentemente necessitarem de ajuda.

As doenças diagnosticadas no idoso geralmente são crônicas, e se não forem devidamente tratadas e acompanhadas ao longo dos anos tendem a apresentar complicações e seqüelas que comprometem a independência e a autonomia. Por conseguinte, a saúde não é mais medida pela presença ou não de doenças e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional (RAMOS, 2003).

Para Roach (2003), a capacidade funcional é a capacidade do indivíduo de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para que tenha uma vida independente e autônoma.

A dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação, podendo estar relacionada a limitações físico-funcionais ou a limitações cognitivas, enquanto que a autonomia é conceituada como a capacidade de se autogovernar, expressa na liberdade de agir e na tomada de decisões (NERI, 2005; PAVARINI; NERI, 2000).

As autoras acima dividem o conceito de dependência em três tipos:

Dependência estruturada: concebida como o afastamento do indivíduo da vida social e do processo produtivo. O conceito se relaciona com as práticas sociais, em situações como o desemprego, intolerância social, asilamento, internação prolongada, maus-tratos, fome, pobreza, entre outros.

Dependência funcional: também conhecida como incapacidade funcional ou incapacidade para realizar atividades da vida diária. Problemas de ordem funcional comprometem a capacidade de movimento e representam riscos à independência, causando sobrecarga aos cuidadores.

Dependência comportamental: essa dependência é mediada por atitudes e comportamentos dos idosos e das pessoas com quem eles convivem.

O grau de dependência do idoso é um elemento relevante para que se possam planejar ações de saúde assim como o tipo de assistência e o suporte necessário ao idoso, a sua família e particularmente ao cuidador.

Para avaliar o grau de dependência, utiliza-se o método de avaliação funcional. Ruipérez e Llorente (2001, p. 31) consideram que “a avaliação funcional procura clarificar o estado de capacidade/incapacidade física de um indivíduo, ou seja, avaliar a sua situação física”.

A função é avaliada com base na capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD), que por sua vez se subdividem em: (a) atividades básicas da vida diária, que incluem tarefas próprias do autocuidado, tais como alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se, locomover-se etc.; (b) Atividades instrumentais da vida diária, que incluem a capacidade de realizar tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro etc. (CALDAS, 2003; NERI, 2005; RUPÉREZ; LLORENTE, 2001).

Existem várias escalas validadas e confiáveis para serem usadas em avaliação em idosos. No presente trabalho, classificou-se a dependência pelo Índice de Katz, relacionada com a higiene, vestuário, uso do vaso sanitário, mobilização, continência e alimentação. A avaliação engloba grupos de máxima independência e máxima dependência: a) dependente em todas as funções; b) dependente em cinco funções; c) dependente em quatro funções; d) dependente em três funções; e) dependente em duas funções; f) dependente em uma função; g) independente em todas as funções (RUIPEREZ; LLORENTE, 2001).

Se as atividades da vida diária são realizadas pelo idoso, então o mesmo é caracterizado como um idoso independente. No entanto, com o avançar dos anos a capacidade funcional de um indivíduo vai diminuindo gradativamente, pois é um processo natural e fisiológico do envelhecimento, provocando algum grau de dependência.

Ramos et al. (1993), em um estudo com 1602 idosos na região sudeste do Brasil, relataram que quase 20% destes precisam de alguma ajuda para realizar pelo menos quatro das atividades básicas da vida diária, e 7% não realizam, sem ajuda, pelo menos sete dessas atividades. Dados superiores foram encontrados por Feliciano; Moraes e Freitas (2004) em um estudo com 523 idosos de baixa renda do município de São Carlos, SP, no qual os autores encontraram 13,7% dos idosos referindo dependência parcial ou total para mais de sete atividades.

Farinasso (2005), em um estudo realizado sobre o perfil de idosos com idade igual ou superior a 75 anos residentes na área urbana do município de Jandaia do Sul, PR, observou que 22,1% deles apresentaram dependência parcial ou total no desempenho das AVDs, sendo a mesma mais predominante no sexo feminino. O autor reforça sua preocupação diante dos dados encontrados porque é crescente a proporção de mulheres idosas em relação aos homens, associando-se ainda o fato de a mulher apresentar um caráter cultural de cuidadora, e o que se verifica é a mulher idosa e mais dependente.

Paschoal (1996) assevera que mesmo em uma sociedade desenvolvida, cuja população alcançou bom nível socioeconômico e tem facilidade de acesso aos serviços sociais

e de saúde, uma proporção da população idosa necessitará de ajuda, total ou parcial, para desempenhar uma série de atividades da vida diária, e complementa que esse declínio funcional depende da associação de vários fatores, entre eles da constituição genética, dos hábitos e estilos de vida, do meio ambiente, do contexto socioeconômico-cultural e até mesmo da sorte de nascer em uma sociedade mais ou menos desenvolvida e em uma família mais ou menos abastada.

Diante desse contexto, torna-se necessário que os serviços e profissionais de saúde readequem suas ações, voltando-as à saúde integral do idoso e sua família, buscando a implementação de medidas que visem à prevenção de incapacidades e à promoção de um envelhecimento mais independente e autônomo.

1.2 Cuidado ao Idoso e suas Interfaces com a Família, Sistema de Cuidado Familiar, Cuidador e Políticas de Saúde

É preocupante a situação de saúde do idoso no que tange a sua qualidade de vida, principalmente se considerar que a maioria das doenças crônicas não transmissíveis, que surgem juntamente com o processo de envelhecimento, pode resultar em perdas das funções físicas e mentais, interferindo na atividade cotidiana, aumentando a dependência e as necessidades de cuidado.

Cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato e, assim, o ato de cuidar pode ser entendido como uma atitude constante de ocupação, preocupação, envolvimento, ternura para com o semelhante, zelar pelo bem estar de alguém, prestar assistência, assumir responsabilidades (LEMOS; MEDEIROS, 2002; VIEIRA, 1996).

Em um estudo realizado por Waldow (1998, p.23), os enfermeiros definiram cuidado como “resultado de cuidar; ações de assistir/cuidar; atitudes morais; interação; empatia; oportunizar o crescimento; ajuda; deliberação”. No mesmo trabalho, as concepções de cuidar foram “amar; acarinhar; empatia; ajuda; proteção; interação; processo de enfermagem; ação de assistir”.

O cuidado pode ser classificado como formal e informal. Segundo Dias, Perracini e Campedelli (1993), no cuidado informal as ações de ajuda e proteção são total ou parcialmente exercidas por familiares, vizinhos ou amigos de idosos, que vivenciam situações temporárias ou permanentes de comprometimento da capacidade de autocuidado e de

exercício das atividades práticas do dia-a-dia. Em relação ao cuidado formal, as autoras conceituam como sendo o conjunto de ações de ajuda e proteção ao idoso, com problemas eventuais ou permanentes de saúde, que é prestado por profissionais e pela rede de serviços de saúde, estatais e particulares.

Embora constitucionalmente garantida como dever do Estado, a atenção formal à saúde do idoso ainda é bastante precária. O Estado se apresenta como um parceiro pontual, com responsabilidades reduzidas, que atribui à família a responsabilidade maior dos cuidados desenvolvidos em casa a um idoso na dependência de outra pessoa (KARSCH, 2003).

Brêtas e Yoshitome (2000) destacam que tanto para o cuidado formal quanto para o informal há predominância de mulheres exercendo atividades de cuidado ao idoso, e que esse trabalho é realizado em jornadas contínuas e exaustivas de baixa remuneração, no qual se detectam, como justificativas pessoais, valores como submissão, abnegação, caridade e disciplina.

Na natureza, encontram-se sistemas provedores e protetores de vidas, incluindo as dimensões de sistema de cuidado, dos processos de cuidar e dos atos de cuidar. O sistema de cuidado é um sistema aberto e se inter-relaciona com outros sistemas, fazendo trocas, influenciando e sendo influenciado (ERDMANN, 1998).

Neste sentido, faz-se imprescindível oferecer conhecimento ao sistema de cuidado no domicílio do idoso dependente, conhecendo e se inter-relacionando com esse sistema para que o mesmo seja mais fortalecido e obtenha maior autonomia, melhorando o cuidado oferecido a quem dele necessita.

O prestar cuidado a idosos dependentes se dá no âmbito dos valores culturais que permeiam o curso da vida individual e social. Há uma expectativa generalizada nas culturas de que especialmente a família ofereça proteção e cuidado aos idosos, mas que outras instituições sociais a assessorem no cumprimento dessa tarefa (PAVARINI; NERI, 2000).

Elsen (2004) assinala que a família se constitui em um sistema de saúde para seus membros, fazendo parte de um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que direcionam as ações da família na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença.

O contexto físico e social em que a família está inserida reflete seu processo de viver, sua qualidade de vida, sua saúde e a de seus membros (ELSEN, 2003). Ressalta-se que cada família é única, reage e se organiza diante de uma situação de dependência de formas

diferentes, e a qualidade do cuidado prestado ao paciente por seus familiares dependerá de como essa família está preparada, organizada e orientada.

Cada família possui suas próprias peculiaridades e construções, tendo ações e reações diferentes, com base em suas experiências existenciais. A doença é um elemento antropológico que desarticula a existência do ser doente e de seu universo familiar, emergindo muitos sentimentos e percepções, entre eles a possibilidade da morte, geradora de muito estresse e ansiedade (MOTTA, 2004).

A doença provoca um impacto e desestrutura o universo familiar. O sofrimento em ver um ente querido ameaçado e sujeito a tratamentos agressivos, dor e dependência provoca uma série de sentimentos controversos. Quanto mais apta para enfrentar a situação, mais a família encontra equilíbrio e forças para encarar a nova realidade e ajudar o familiar doente a se recuperar (WALDOW, 2004).

As demandas do cuidado atravessam os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico. Quando a avaliação familiar ou individual não consegue encontrar alternativas viáveis, ou quando as habilidades e os recursos familiares são insuficientes para o manejo da situação, há uma forte tendência para a desorganização familiar e individual, podendo trazer conseqüências negativas para o cuidado.

Para Andrade, Marcon e Silva (1997), as afecções crônico-degenerativas requerem cuidados permanentes por longos períodos, necessitando de adaptação e ajustamento familiar. Portanto, a preocupação dos profissionais de saúde não deve ficar centrada somente no paciente, mas deve se estender a sua família, a qual executa os cuidados do paciente no domicílio.

O cuidado no domicílio é conhecido desde a era cristã, período em que as pessoas doentes eram tratadas em casa, comumente por uma mulher (mãe, familiar ou pessoa da comunidade). A era primitiva baseava-se na manutenção da espécie, e na evolução das sociedades foram incorporados valores religiosos ligados à salvação do cuidador e do ser cuidado (SENA et al., 2000).

Sena et al. (2000) pontuam que o cuidado no domicílio evidencia a subjetividade, a troca de saberes e fazeres, sendo imprescindível respeitar as realidades socioeconômicas, cultural e sanitária. Reiteram ainda que o grande diferencial do cuidado domiciliar é o aspecto humano, a partir do qual a interação se efetiva e então desencadeia o processo de cuidar na família, e que o cuidado exige muito mais do que uma simples execução de tarefas, dependendo da disponibilidade, dedicação e comprometimento de quem cuida com o ser cuidado.

Conforme Andrade e Rodrigues (1999), o cuidado familiar pode ser caracterizado como sendo um conjunto de ações dirigidas a uma pessoa que demanda cuidados de saúde, desenvolvidas no domicílio. Essas pessoas são denominadas cuidadores familiares.

Cuidadores são pessoas que assumem a responsabilidade e a tarefa de cuidar de um idoso, dar suporte ou assistir alguma necessidade, sejam elas membros da família que, voluntariamente ou não, assumem essa atividade, ou pessoas contratadas pela família para esse fim (LEITÃO; ALMEIDA, 2000; VIEIRA, 1996).

Para Vieira (1996), existem três tipos de cuidadores. O cuidador institucional, que é o solicitado pela instituição em que o idoso se encontra internado, mas é contratado pela família; o cuidador domiciliar, contratado também pela família por sugestão do médico que acompanha o idoso ou pela dificuldade da família em atender as suas necessidades, e o cuidador familiar, que são os cônjuges, filhos ou qualquer membro da família que voluntariamente ou não assume a tarefa de cuidar do idoso.

No presente trabalho, será abordada a figura do cuidador familiar, porque a necessidade de cuidados constantes associada ao grau de dependência do idoso modificam significativamente a rotina e a dinâmica familiar, sendo que a família se depara com novas situações de enfrentamento, muitas vezes sem apoio e orientações.

Neri (2005) postula que o cuidador familiar é a pessoa da família que responde ao papel e/ou às tarefas de cuidar de idosos que apresentam dependência associada a incapacidades funcionais de tal forma que são incapazes de sobreviver por si mesmos.

Pavarini e Neri (2000) resumem cinco elementos percebidos como dificuldades inerentes à tarefa de cuidar: a) as tarefas levam a ônus físico e financeiro, que tende a se agravar com a evolução da doença; b) os cuidadores não possuem informações suficientes para exercer o cuidado, há poucos recursos sociais de apoio, escassez de pessoas especializadas que possam lhes dar suporte e poucas fontes de apoio emocional; c) a tarefa de cuidar rivaliza com o trabalho profissional ou mesmo com o papel familiar desempenhado anteriormente pelos cuidadores; d) a dinâmica cuidar-ser-cuidado pode aflorar sentimentos negativos antigos que estavam guardados e a situação pode ficar de difícil manejo; e) a atividade de cuidar geralmente é um trabalho exercido por um membro da família, sem ajuda ou reconhecimento dos outros integrantes.

Lemos e Medeiros (2002) fazem uma distinção entre três categorias de cuidadores: primários, secundários e terciários. Os primários são os principais responsáveis pelo idoso e pelo cuidado e os que realizam a maior parte das tarefas; os secundários não têm o mesmo nível de responsabilidade e em geral atuam de forma pontual em algumas tarefas de cuidados

básicos e principalmente em tarefas instrumentais. Os cuidadores terciários não têm responsabilidade pelo cuidado, atuam esporadicamente e geralmente realizam tarefas externas que não implicam contato com o idoso.

A percepção do cuidador sobre o quanto as tarefas estão afetando sua vida e sua rotina tem conseqüências diretas sobre o cuidado, pois as avaliações subjetivas são importantes determinantes da qualidade do cuidado proporcionado ao idoso. Cuidadores que se sentem sobrecarregados, injustiçados e acumulando funções de mãe, profissional e esposa tendem a desempenhar suas funções aquém de suas capacidades (SOMMERHALDER, 2001).

Para tanto, se faz necessária a realização de parcerias para que o cuidado de um idoso com comprometimento de sua capacidade funcional seja realizado com qualidade, haja vista que a tarefa de cuidar desse idoso é desgastante e reflete nos cuidados prestados, além de que o cuidador precisa de orientação, informação e apoio.

Dentre as parcerias, encontram-se os profissionais de saúde inseridos no Programa Saúde da Família (PSF), visto que o referido programa tem como foco de sua assistência o indivíduo, família e comunidade, e o idoso integra esse espaço.

O PSF é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, e tem como objetivo a reorganização da prática assistencial, sendo sua atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social (BRASIL, 2001a).

Veras et al. (2000) assinalam que o PSF representa uma mudança no paradigma de atenção à saúde da população como um todo e em especial exerce um papel fundamental na atenção à saúde do idoso, deslocando o lócus do cuidado à saúde para mais próximo do indivíduo, de sua família, da comunidade a que pertence e de seu domicílio.

O PSF é composto por uma equipe multidisciplinar, composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Entre as competências da equipe, salienta-se a de conhecer a realidade das famílias por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificando os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta (BRASIL, 2001a).

No entanto, apesar da necessidade de se contar com uma equipe multidisciplinar no atendimento das famílias, sabe-se que o ACS é o profissional mais presente e que possui maior proximidade com a população.

Nesse contexto, o ACS constitui um elemento fundamental na produção do cuidado, favorecendo o elo entre a equipe e a população da área de abrangência. Nogueira, Silva e Ramos (2000) afirmam que o ACS é considerado um elo entre os objetivos das políticas sociais do estado e os objetivos próprios aos modos de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo estado.

Os ACS atuam no apoio individual e coletivo para a saúde, identificando as situações mais comuns de risco, participando da orientação, acompanhamento e educação popular, estendendo as responsabilidades das equipes locais, colocando em ação conhecimentos sobre a prevenção e solução de problemas de saúde, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento das interações sociais (BRASIL, 2003b).

As ações que devem ser desenvolvidas pelas equipes do PSF são de extrema importância para a melhoria da saúde da população idosa. Porém, no que tange aos idosos dependentes, o documento do Ministério da Saúde ressalta que os mesmos representam cerca de 25% de população com mais de 65 anos atendida pelo PSF, e que as ações destinadas a esses idosos são de reabilitação, prevenção secundária e atenção domiciliar (BRASIL, 2006b).

Nesse sentido, o PSF constitui uma importante estratégia para enfrentar o desafio de um envelhecimento com qualidade, mas se faz necessário que os profissionais integrantes dessas equipes estejam preparados para atender o idoso e família em seu contexto domiciliar, procurando alcançar os objetivos propostos pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Com base no Pacto pela Vida, através da Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, foi lançada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. As diretrizes dessa política que deverão ser seguidas se referem a:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- g) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e

h) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006b, p.7).

Para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito. Essas pessoas deverão, também, receber atenção a sua saúde, considerando que a atividade de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos ao cuidador. Por conseguinte, a função de prevenir perdas e agravos à saúde abrangerá, igualmente, a pessoa do cuidador (BRASIL, 2006a).

Embora a legislação no Brasil relativa à saúde integral dos idosos e seus cuidadores tenha avançado consideravelmente, o efetivo cumprimento das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa constitui um desafio para a atualidade. A parceria entre profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos, privilegiando ações de promoção da saúde, prevenção de incapacidades, manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e cuidador dentro de seu contexto deverá ser exaustivamente defendida, divulgada e praticada. Além disso, é preciso um forte incentivo na formação de recursos humanos treinados para atender o idoso e seu cuidador, aliado ao apoio à formação de redes de suporte ou apoio social com o intuito de amenizar a sobrecarga da família ao idoso dependente.

Vale destacar que a opção de assumir e desempenhar a tarefa de cuidador parece estar relacionada a fatores como disponibilidade, ao ser mulher, e ainda ao tipo de relacionamento afetivo com o idoso. Não se pode negar que ser cuidador não é uma tarefa fácil, visto que o cuidador de um idoso dependente é uma pessoa que assume enfrentar uma situação sem muitas vezes dispor de ajuda financeira, física, afetiva e de informações necessárias para desempenhar tal função.

Os cuidadores são pessoas que no seu dia a dia, diante das diversas tarefas rotineiras e das dificuldades surgidas, encontram estímulo, coragem, amor e paciência para cuidar do outro, mesmo que tenham que se privar de algumas necessidades pessoais.

É necessário que os profissionais de saúde, particularmente os integrantes do PSF, redirecionem sua assistência também ao cuidador de idosos, pois muitas vezes o que se verifica é a atribuição de mais responsabilidades e tarefas impostas aos cuidadores que já estão sozinhos, sobrecarregados e exaustivamente cansados.

1.3 O Apoio Social e a Formação de Redes Sociais

Quando as funções fisiológicas se deterioram, surgem as dificuldades e as demandas por cuidados cada vez mais intensos, abrangentes e constantes. Idosos acometidos por doenças crônicas incapacitantes carecem de suporte social ou de uma rede social de apoio para permanecerem inseridos socialmente ou correm o risco de serem institucionalizados. Phillips (1991) assevera que o suporte social provindo da família é de fundamental importância para a sobrevivência de idosos acometidos por doenças incapacitantes.

O apoio social é qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material fornecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Focaliza a qualidade das interações, ou seja, por ser um processo recíproco, deve gerar efeitos positivos tanto para quem recebe como também para quem oferece o apoio (ROTH, 1989 apud PINTO et al., 2006; VALLA, 1999).

Redes de suporte social são conjuntos hierarquizados de pessoas, de relacionamentos, que mantêm entre si laços típicos das relações sociais, especialmente entre os membros da família, contribuindo para o bem estar das pessoas e fortalecendo o uso de estratégias para o enfrentamento da situação de doença (ARAÚJO et al., 2006; NERI, 2005; ROSSI, 2005; ROTH, 1989 apud PINTO et al., 2006).

As redes de suporte social se classificam em formais e informais. A rede de suporte social formal é constituída de serviços de atendimento ao idoso que incluem hospitais, atendimento domiciliar, instituições de abrigamento e programas de capacitação de pessoal voltados ao atendimento da população, enquanto que a rede de suporte social informal é constituída por redes de relacionamento entre membros da família, amigos e vizinhos (CALKINS, 1997; PINTO et al., 2006).

A formação de uma rede de apoio social pode contribuir significativamente para a melhoria das condições de saúde de seus participantes. A necessidade de apoio ou suporte social na velhice está diretamente relacionada à manutenção da capacidade funcional e conseqüentemente ao grau de independência e autonomia do idoso.

Meirelles e Erdmann (2006) pontuam que uma rede de cuidados é fundamental para atender às necessidades dos indivíduos e comunidades, e que é relevante a participação de diversos setores e organizações, porque se deve considerar que o processo da produção da saúde e da doença se faz como uma construção histórico-social e das situações vividas.

No Brasil, a inexistência de políticas sociais que proporcionem suporte às famílias cuidadoras de idosos fragilizados é identificada por vários autores (KARSCH, 2004; CHAIMOWICZ, 1997). As estruturas de suporte social ainda se mostram frágeis e não constituem uma rede de apoio organizada. Sendo assim, o cuidador familiar trabalha sobrecarregado, sem ajuda e sem orientações pertinentes, pondo em risco a sua qualidade de vida e a do ser cuidado.

Brêtas e Yoshitome (2000) abordam a experiência de assistir idosos usuários do Sistema Único de Saúde em domicílios e postulam que a imagem mais freqüente é a de desespero, o cansaço e ansiedade dos cuidadores informais que assumiram os cuidados aos idosos, familiares e/ou vizinhos por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade.

O grau da necessidade de ajuda depende do nível de incapacidade funcional do idoso. O grau em que pode causar sobrecarga ao cuidador depende do número e da qualidade das necessidades do idoso no manejo diário para a sua sobrevivência. Os mais onerosos para o cuidador, do ponto de vista físico e emocional, são os que envolvem a sobrevivência física e os que envolvem o manejo de déficits comportamentais e de distúrbios cognitivos (NERI, 2000).

As perspectivas do cuidado e do suporte social oferecidos aos idosos, especificamente os dependentes, são uma preocupação na contemporaneidade, na qual o aumento da longevidade associa-se à concentração de pessoas na área urbana, a novos arranjos familiares, à maior atuação da mulher no mercado de trabalho, entre outros elementos.

Saad (1999) alerta para as mudanças que vêm ocorrendo nesse cenário. Nos países desenvolvidos, muitas funções familiares foram substituídas ou complementadas pelo setor público, o que diminuiu o papel da família como fonte primária de suporte básico aos idosos. Todavia no Brasil a família ainda é a principal fonte de apoio dos idosos, dos quais cuida praticamente sem suporte do poder público.

Estudo de Coelho e Ramos (1999) mostra que, na América Latina, idosos que moram em domicílios multigeracionais tendem a ser mais pobres e a terem maior grau de dependência. Por sua vez, idosos com melhor nível socioeconômico tendem a morar em domicílios unigeracionais ou sozinhos e a terem menor grau de dependência.

O suporte familiar e a rede social formal e informal desempenham um papel importante, visto que configuram fatores facilitadores no controle de situações problemáticas, especialmente quando o idoso encontra-se com sua capacidade funcional e autonomia alteradas.

O conhecimento e as habilidades para cuidar, aliados às estratégias elaboradas para poder enfrentar a situação, juntamente com o significado de cuidar, com a presença de redes de apoio formal e informal, com a maneira de buscar apoio emocional, com a religião e com o tipo de relacionamento com o idoso, entre outros fatores, determinam a forma como a família avalia e enfrenta a nova situação.

Paschoal (1996) adverte que se as políticas sociais e de saúde conseguirem promover a habilidade funcional da população idosa e construírem um sistema adequado de suporte aumentará enormemente a chance de uma velhice saudável e de uma vida digna, com mais qualidade.

Para operacionalizar o conceito de apoio social e encontrar instrumentos para sua medida são utilizadas cinco categorias funcionais de apoio social:

- 1- Apoio material: refere-se ao apoio direcionado ao auxílio das pessoas em caso de necessidade, refletindo o acesso dos indivíduos aos serviços práticos e recursos materiais em que estão incluídos;
- 2- Apoio afetivo: envolve expressões de amor e afeição;
- 3- Apoio emocional: relaciona-se à empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse;
- 4- Apoio de informação: relativo a informações que podem ser usadas para lidar com problemas, e é medido por meio do acesso dos indivíduos a aconselhamentos, sugestões, orientações e informações;
- 5- Interação social positiva: é a disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar (BOWLING, 1997; OSTERGREN et al., 1991; SHERBOUNE; STEWART, 1991 apud PINTO et al., 2006, p. 754).

Essas categorias contribuem para avaliar a integração social de um indivíduo, favorecendo a identificação de uma estrutura social bem como a identificação de grupos de idosos mais deficientes de apoio social.

O apoio social ao idoso e seu cuidador pode ser composto de grupos de ajuda mútua, como a família, organizações não-governamentais, religiosos, vizinhos, amigos, serviços de saúde e sociais, entre outros. A formação de uma rede articulada de forma efetiva é de extrema importância para a satisfação das necessidades básicas do idoso, refletindo na qualidade do cuidado prestado ao idoso em seu domicílio e na saúde dos cuidadores desses idosos. O PSF, além de integrar os grupos de ajuda mútua, deve contribuir e auxiliar a detectar na comunidade recursos necessários e que ajudem a melhorar a qualidade de assistência e de vida do idoso e de seu cuidador.

É de extrema relevância que se compreenda o idoso como uma pessoa inserida em um contexto familiar e social e com constante interação com os mesmos. Conhecer o idoso e

o cuidador em sua totalidade, considerando os aspectos sociais, psicológicos e familiares, conhecendo o contexto familiar e a existência ou não de apoio social é essencial para que se possa, juntamente com seus familiares, desenvolver ações voltadas para a garantia da qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender como se revela o apoio social formal e informal à família do idoso dependente.

2.2 Objetivos Específicos

Compreender o significado de cuidado atribuído pelo cuidador familiar do idoso dependente.

Caracterizar os idosos dependentes e seus respectivos cuidadores familiares primários.

Identificar as dificuldades encontradas pelos cuidadores para desenvolver os cuidados em domicílio ao idoso dependente.

Caracterizar o apoio social ao cuidador familiar primário do idoso dependente.

Identificar associações entre fatores socioeconômicos e demográficos e apoio social ao cuidador familiar de idosos dependentes.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa. Segundo Gil (1999), os estudos descritivos têm como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre as variáveis.

De acordo com Minayo (2004), as metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas como aquelas capazes de incorporar o significado e intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Para a análise do material coletado foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática.

3.2 Local do Estudo

O presente estudo foi realizado em um município de Jandaia do Sul, situado no norte do Paraná, com área territorial de 187.811 Km² e com taxa de urbanização de 86,78% para 2005. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,78, e sua principal atividade é agro-industrial (PARANÁ, 2005). Conforme a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2006, apresenta uma população de 20.490 habitantes, sendo 17.784 habitantes na zona urbana e 2.706 habitantes na zona rural. Do total da população, 2.372 pessoas são idosas, representando 11,58% da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006a).

O referido município tem 100% de cobertura populacional do Programa Saúde da Família (PSF). Possui seis equipes do PSF, sendo que cinco acompanham a população urbana e uma acompanha a população na área rural. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a cinco agentes comunitários de saúde (ACS).

Apesar de a cobertura populacional de 100%, sabe-se que a cobertura efetiva do PSF depende de vários fatores, incluindo condições de trabalho, recursos humanos, recursos materiais, entre outros. No entanto, dentro da cobertura da área, o profissional mais presente e de maior proximidade com a comunidade é o agente comunitário de saúde.

O estudo foi desenvolvido nas áreas de abrangência das equipes de Saúde da Família (ESF) da zona urbana. A escolha pela área urbana se deu pelo fato da ESF da zona rural apresentar sua área de abrangência muito dispersa, dificultando a identificação e o cadastramento das famílias pelos ACS.

3.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo foram os cuidadores familiares primários de idosos dependentes atendidos pelas ESF da área urbana. A composição da amostra de pesquisa foi realizada a partir da valorização de critérios de representatividade qualitativa, a qual, segundo Thiollent (2004), é denominada amostra intencional.

A amostra intencional é representada por um pequeno número de pessoas, escolhidas intencionalmente em função da relevância que apresentam em relação ao assunto (THIOLLENT, 2004).

Foram utilizados os seguintes critérios para inclusão dos cuidadores no presente estudo: co-habitar com o idoso dependente, não ter formação oficial em cuidados de saúde, estar cuidando do idoso há, no mínimo, dois meses, e aceitar participar da pesquisa.

A condição de co-habitar com o idoso ocorreu em virtude de identificar o cuidador primário diretamente envolvido com o cuidado ao paciente dependente, enquanto que o critério de não ter formação oficial ocorreu em virtude de identificar as dificuldades do cuidador e as orientações recebidas referentes ao cuidado. O tempo estabelecido de estar cuidando no mínimo há dois meses se deu pelo fato de o cuidador já ter vivenciado um considerável período de realização de cuidados.

Utilizou-se o conceito de dependência de Pavarini e Neri (2000), para os quais a dependência é tida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação.

Para estimar o número provável de cuidadores, foi realizada a identificação de idosos residentes na área urbana, cadastrados no banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O SIAB é um sistema de informação territorializado, cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família. Esses dados são gerados por meio das fichas de coleta e são, em grande parte, consolidados e lançados em um programa informatizado (BRASIL, 2003a).

Em março de 2006, após a identificação dos idosos, realizou-se uma reunião com os ACS atuantes nas áreas urbanas, na qual foi solicitada a identificação de idosos dependentes e que eram atendidos por cuidadores familiares entre aqueles cadastrados no SIAB.

A partir dos dados informados pelos ACS foram encontrados 45 idosos dependentes e 42 cuidadores, pois alguns cuidadores cuidavam de mais de um idoso. Foram excluídos do estudo 12 cuidadores: 05 eram cuidadores contratados pelos familiares para cuidar dos idosos dependentes; 02 cuidadores apresentavam formação na área de enfermagem e 05 cuidadores eram familiares, porém não co-habitavam com o idoso. Restaram, então, 30 cuidadores familiares.

Para o estudo, foram escolhidos os cuidadores cujos idosos apresentavam maior dependência em relação às atividades básicas da vida diária relacionadas com a higiene, vestuário, uso do vaso sanitário, mobilização, continência e alimentação, apresentados pelo índice de Katz (RUIPEREZ; LLORENTE, 2001). Estabeleceram-se 19 cuidadores familiares de idosos dependentes como sujeitos para a participação no estudo, conforme consta no fluxograma a seguir.

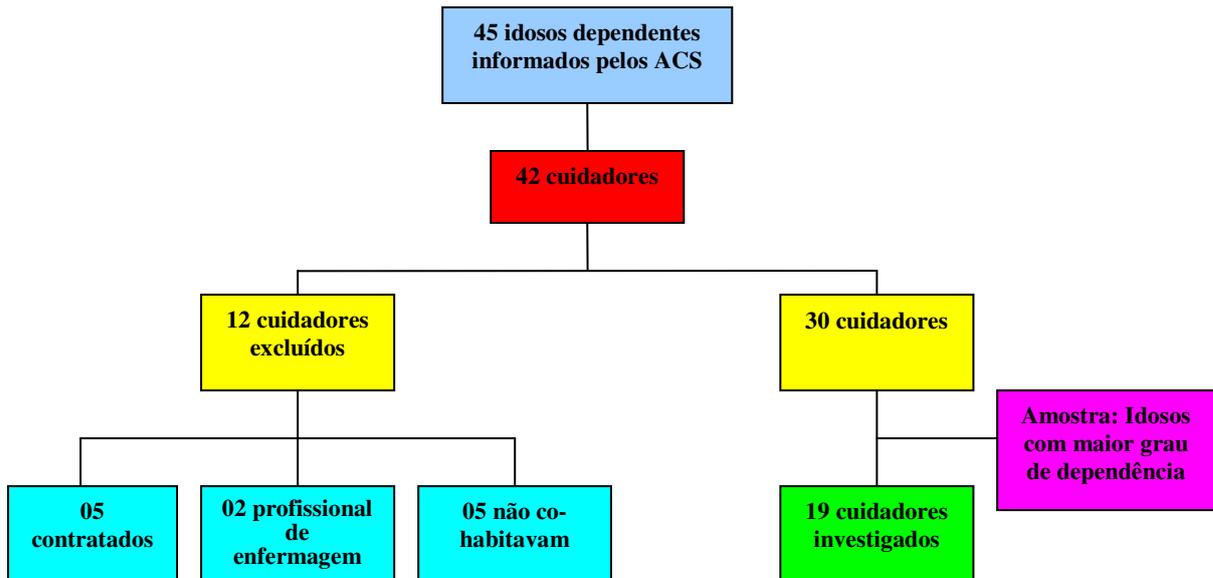


Figura 1 – Fluxograma para determinação da amostra.

3.4 Fonte de Dados e Instrumento=

Como fonte de dados, utilizou-se o SIAB para a identificação dos idosos que residiam na área urbana. A partir desses dados, os ACS informaram os idosos que eram dependentes conforme o conhecimento da área em que atuavam.

A coleta dos dados foi realizada por meio de roteiro de entrevista semiestruturada (Anexo I), que se baseia em uma ou poucas questões-guias, quase sempre abertas, e na qual nem todas as perguntas elaboradas são utilizadas, porque durante a entrevista podem-se introduzir outras questões que surgem conforme o que acontece e as informações que se deseja obter (TANAKA; MELO, 2001).

A entrevista é o procedimento mais usual de trabalho de campo e também uma forma de interação social, na qual o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais, ou seja, uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (GIL, 1999; MINAYO, 2004).

A primeira parte da entrevista constou de dados do cuidador familiar, como ocupação; sexo; idade, em anos completos; religião; renda familiar, em salários mínimos; estado civil; escolaridade, em anos de estudo concluídos; situação gregária: com quem vive além do idoso e quantas pessoas moram na casa; relação com o idoso: grau de parentesco,

idade do idoso e tempo de dependência do cuidador, número aproximado de horas dedicadas ao cuidado por dia; orientações recebidas para o cuidado e fonte da orientação.

A segunda parte constou de perguntas abertas relativas ao significado e ao processo de cuidar, incluindo o tipo de cuidado realizado, as dificuldades para cuidar, o apoio social recebido e a necessidade de ajuda e orientação (Anexo I).

Ao final de cada entrevista foi confeccionado um diário de campo com anotações sobre o contexto familiar, contendo aspectos relacionados às condições de moradia, socioeconômicas e afetivas da família, que não constavam no instrumento de coleta de dados.

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada mediante visitas domiciliares, pré-agendadas pelos ACS, para facilitar a disponibilidade do entrevistado, procurando um melhor dia e horário para a realização das entrevistas.

No final de maio de 2006, reuniram-se os ACS responsáveis pelas áreas de residências dos cuidadores familiares com o intuito de verificar, junto aos cuidadores, a disponibilidade do melhor dia e horário das entrevistas que não interferissem no cuidado ao idoso.

Os dados foram coletados através de entrevistas gravadas e realizadas pela pesquisadora. Para a realização das entrevistas foi solicitada a presença do ACS responsável pelo acompanhamento da família, para que o mesmo permanecesse junto ao idoso, substituindo o cuidador durante o período da entrevista. O tempo de cada entrevista variou de 40 a 55 minutos.

Os dados utilizados para a caracterização da família e do idoso foram retirados do diário de campo, que foi preenchido no período máximo de uma hora após o término de cada entrevista.

3.6 Análise dos Dados

Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo temática.

Segundo Bardin (1977, p. 42), a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Minayo (2004, p. 209) afirma que “a análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”, e que operacionalmente abrange as seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram digitadas e transcritas na íntegra. Primeiramente foram realizadas leituras flutuantes do material coletado, seguidas da organização dos dados em áreas categorias. Foi feita, então, a exploração do material, determinando as unidades de registro seguida da interpretação dos resultados obtidos (Apêndice I).

3.7 Considerações Éticas

Esta pesquisa seguiu as normas regulamentadoras da pesquisa em seres humanos, conforme a Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996). A aprovação preliminar da Secretaria Municipal de Saúde de Jandaia do Sul, PR, deu-se desde o levantamento inicial do número provável de idosos dependentes e seus respectivos cuidadores familiares (Anexo II).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sendo aprovado com o parecer 056/2006 (Anexo III).

O idoso, em sua condição de dependente, se encontra fragilizado e vulnerável, e para que se pudesse preservá-lo, bem como respeitá-lo na sua individualidade, tomou-se o cuidado para que as entrevistas fossem realizadas distantes do mesmo, ou seja, em outro ambiente da casa e que não pudessem ser ouvidas ou presenciadas pelo idoso ou por outros familiares.

Para tanto, solicitou-se que o ACS permanecesse junto ao idoso enquanto a entrevista com o seu cuidador fosse realizada, propiciando, assim, um ambiente em que o cuidador pudesse se expressar sem constrangimentos.

Foi realizada uma visita domiciliar prévia pela pesquisadora juntamente com o ACS responsável pela área de abrangência, configurando um momento importante para o processo de interação, facilitando a recepção e a aceitação por parte dos cuidadores. Os sujeitos foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e o direito de recusar a participar desta, em qualquer fase de sua execução, bem como da garantia de não sofrer qualquer ônus ou gratificação pela participação ou não do estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Conhecendo o Contexto Familiar e Social do Cuidador Familiar

Entendeu-se que conhecer o contexto familiar e social do cuidador seria necessário, haja vista que a compreensão da realidade na qual o mesmo está inserido, juntamente com suas relações e interações com o meio onde vive, possibilitariam identificar as reais necessidades de assistência e apoio social ao idoso, ao cuidador e à família.

A contextualização é abordada em três etapas: a primeira, destinada a conhecer os idosos dependentes; a segunda, a conhecer os cuidadores familiares; e a terceira etapa, destinada a conhecer a família dos cuidadores.

4.1.1 Caracterizando os idosos dependentes

Como já referido anteriormente, intencionalmente fizeram parte deste estudo os cuidadores familiares dos idosos com maior grau de dependência. Essa escolha se justificou pela compreensão de que quanto maior fosse a dependência do idoso maiores seriam as dificuldades surgidas no contexto familiar, especialmente para o cuidador primário. Os idosos dependentes foram caracterizados quanto ao sexo, idade, estado de saúde e motivo de dependência, conforme apresenta o Quadro 1.

Dos 19 idosos dependentes, 10 são do sexo feminino, acompanhando o fenômeno conhecido como feminilização da velhice. Camarano (2002) explica que quanto mais velha for a população estudada, maior será a proporção de mulheres, e que embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas estão mais sujeitas a deficiências físicas e mentais. Rosa et al. (2003) também pontuam que o sexo feminino está fortemente associado à ocorrência da dependência, sendo duas vezes maior a chance para as mulheres em relação aos homens.

A idade dos idosos variou de 60 a 93 anos, com média de 76 anos, configurando-se, no entanto, como uma população de idosos mais jovens – 14 idosos estavam na faixa etária entre 60 a 79 anos. Verifica-se, no grupo estudado, que a incapacidade funcional, e conseqüentemente a dependência, ocorre entre idosos mais jovens.

IDOSO	SEXO	IDADE	ESTADO DE SAÚDE	MOTIVO DEPENDÊNCIA
01	M	74 anos	Hipertensão arterial, <i>diabetes mellitus</i>	Cegueira
02	M	68 anos	Hipertensão arterial + acidente vascular cerebral (AVC)	Seqüela de AVC
03	M	73 anos	Hipertensão arterial + AVC, hidrocefalia, ulcera gástrica	Seqüela de AVC
04	M	68 anos	Hipertensão arterial + AVC, artrose	Seqüela de AVC
05	F	70 anos	Mal de Alzheimer	Demência
06	F	76 anos	Hipertensão arterial, Mal de Alzheimer	Demência
07	M	60 anos	Hipertensão arterial + AVC	Seqüela de AVC
08	F	93 anos	Hipertensão arterial + AVC	Seqüela de AVC
09	F	70 anos	Hipertensão arterial + AVC	Seqüela de AVC
10	F	81 anos	Mal de Alzheimer	Demência
11	M	84 anos	Osteoporose	Osteoporose
12	F	78 anos	Hipertensão arterial, hidrocefalia	Lesão cerebral
13	M	76 anos	Hipertensão arterial, hiperplasia prostática, perda da força muscular	Perda força muscular após cirurgia próstata
14	F	70 anos	Hipertensão arterial + AVC, <i>diabetes mellitus</i>	Seqüela de AVC
15	F	93 anos	Hipertensão arterial + AVC	Seqüela de AVC
16	M	70 anos	Hipertensão arterial + AVC, <i>diabetes mellitus</i>	Seqüela de AVC
17	M	66 anos	Mal de Parkinson	Instabilidade postural
18	F	92 anos	Pneumonia, hipertensão arterial, Mal de Parkinson	Instabilidade postural
19	F	78 anos	Depressão, hipertensão arterial, pneumonia	Estado depressivo

Quadro 1 – Características dos idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.

Outro fato a ser destacado entre esses idosos é a média de idade em relação ao sexo. Para o sexo masculino, a média de idade entre os idosos foi de 71 anos, enquanto que para o sexo feminino a média foi de 80,1 anos, resultados condizentes com o processo de envelhecimento da população feminina (CAMARANO, 2002).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o grupo formado por pessoas acima de 80 anos possui maior incidência de doenças crônicas, piores capacidades funcionais e menor autonomia, sendo as mulheres a maioria nesse grupo, em uma razão de 62 homens para cada 100 mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006b).

No tocante à situação de saúde dos idosos, os mesmos encontravam-se acometidos principalmente de doenças crônicas degenerativas, doenças cerebrovasculares (hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral), doenças neurológicas (mal de Alzheimer, mal de Parkinson, hidrocefalia) e metabólicas (*diabetes mellitus*).

Alvarez (2001) assinala que a instalação de doenças crônicas durante o processo de envelhecimento leva as pessoas a terem suas capacidades para as atividades da vida diária diminuídas, além do desconforto dos sintomas e as exigências de tratamento e controle para os quais necessitam de apoio.

A hipertensão arterial sistêmica foi citada como coadjuvante de doença cerebrovascular em 9 idosos dependentes. A hipertensão arterial é a mais freqüente das doenças crônicas não transmissíveis em todo o mundo. Nos idosos, sua freqüência aumenta, o que leva a uma grande demanda à assistência médica, diretamente ou pelas suas complicações, particularmente os acidentes vasculares cerebrais – AVC (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Dos 15 idosos que apresentavam mais de uma doença crônica, 3 apresentavam associação com o *diabetes mellitus*. É bastante conhecido o fato de o diabetes ser um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, sendo que sua prevalência se eleva com a idade (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

A gravidade do *diabetes mellitus* reside na sua evolução, apresentando lesão de órgãos alvos, e ainda nas várias incapacidades decorrentes dessas lesões, tais como insuficiência renal, cegueira, necrose e amputação de membros, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico ou AVC, entre outras (BRASIL, 2001b, PARANÁ, 2006).

Em 15 idosos que relataram apresentar hipertensão arterial, 9 haviam tido AVC, sendo este o principal motivo de dependência. O AVC consiste em um déficit neurológico, de origem vascular, ocasionado pela interrupção do aporte sanguíneo a uma região do cérebro, podendo em alguns casos tratar-se de uma hemorragia, que igualmente provoca lesão cerebral; apresenta vários fatores de risco, entre eles a idade, a hipertensão e a diabetes (RUIPEREZ; LLORENT, 2001).

Em conformidade com Karsch (2004), o acidente vascular cerebral apresenta como uma das conseqüências mais comuns a perda da capacidade funcional dos indivíduos. Reforça ainda que embora as taxas de mortalidade por AVC estejam diminuindo, constata-se que a sobrevivência em dependência está se tornando mais comum.

Andrade (1996) sugere que o AVC é uma doença que pode apresentar seqüelas, geralmente graves e irreversíveis, provocando impactos de proporções desastrosas, tanto

individual quanto social. O autor reitera que a melhoria da qualidade de vida do idoso com seqüela de AVC vai depender da rede ou do sistema de apoio social disponíveis na comunidade.

Os idosos que vivem com incapacidades e dependência decorrentes de seqüelas possuem maiores dificuldades e merecem mais atenção, tanto das autoridades públicas quanto dos profissionais de saúde, e estes últimos devem ter como preocupação a previsão de recursos tanto para o idoso quanto para sua família (ANDRADE, 1996).

Ruipérez e Llorente (2001) afirmam que dos sobreviventes de um AVC, 15% a 30% não conseguem deambular de maneira independente e 50% a 65% requerem assistência nas suas atividades da vida diária, e ainda destacam que a incapacidade física desses pacientes pode prejudicar não só o déficit motor, como também o déficit sensorial e visual, apresentarem disfagia, alterações de equilíbrio, transtornos de comunicação, deteriorização mental, transtornos afetivos e outros.

Como outros motivos de dependência aparecem a demência, encontrada em 3 idosos, nos quais também havia referência ao Mal de Alzheimer e à instabilidade postural, encontrada em 2 idosos acometidos pelo Mal de Parkinson.

A função ou a capacidade funcional dos idosos participantes do estudo foi avaliada utilizando-se como referência a capacidade do mesmo em realizar as atividades básicas da vida diária. Essas atividades compreendem as relacionadas à higiene, vestir-se, uso do vaso sanitário, mobilização, continência e alimentação (CALDAS, 2003; NERI, 2005; RUPÉREZ; LLORENTE, 2001).

Dos 19 idosos, 10 apresentavam incapacidade em realizar as seis atividades básicas da vida diária, e os demais apresentavam incapacidade em realizar cinco dessas atividades. Todos os 19 idosos apresentavam incapacidade referente à higiene, vestuário e ao uso do vaso sanitário.

Para que esses idosos dependentes tenham um cuidado com qualidade, fez-se necessário que alguém assumisse o papel de cuidador, tarefa esta culturalmente designada a algum membro da família, denominado cuidador principal quando o mesmo é o responsável pelos cuidados direto ao paciente e cuidador secundário quando auxilia o cuidador primário em atividades complementares (GONÇALVES et al., 2006; LEMOS; MEDEIROS, 2002; NERI, 2005).

4.1.2 Caracterizando os cuidadores familiares de idosos dependentes

Os cuidadores familiares de idosos dependentes foram caracterizados quanto à idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, religião, situação gregária, tempo que cuida do idoso na condição de dependente, grau de parentesco e número de horas dedicadas por dia ao cuidado. O Quadro 2 mostra as características dos cuidadores familiares sujeitos desta pesquisa.

A idade dos cuidadores variou entre 20 a 73 anos, com uma média de 50,5 anos. Os mesmos também se encontram em processo de envelhecimento, o que pode ser visto como um fator preocupante no processo de cuidar, porque os cuidadores mais velhos podem apresentar limitações físicas e funcionais.

Seis cuidadores apresentam mais de 60 anos, sendo o mais idoso com 73 anos. Caldas (2003) alerta que a faixa etária dos cuidadores freqüentemente pertence à mesma geração dos doentes, ou seja, são idosos jovens, independentes, cuidando de idosos dependentes.

Vale ressaltar que foi encontrado um cuidador com idade de 20 anos, do sexo masculino. Como já relatado anteriormente, nesse caso a mãe havia falecido e a tarefa de cuidar foi designada aos filhos. Chama atenção que o cuidador assumiu a tarefa de cuidar do pai que se encontra dependente há sete anos, ou seja, assumiu essa responsabilidade quando tinha 13 anos de idade.

Entre os cuidadores, quatro apresentavam idade acima de 70 anos, sendo que dois deles cuidavam do idoso dependente há 10 e 11 anos respectivamente, o que remete a uma preocupação em relação ao cuidado prestado e à existência de apoio social.

A maioria absoluta dos cuidadores é do sexo feminino. A ocorrência de um cuidador homem está relacionada à não existência de um cuidador do sexo feminino na família, visto que a mãe havia falecido e os filhos, sendo os dois do sexo masculino, assumiram a tarefa de cuidar do pai que ficou dependente.

O papel de cuidador primário geralmente é designado à mulher, e o mesmo é visto como natural, haja vista estar inscrito socialmente no papel de mãe, e culturalmente a mulher assume essa tarefa como mais um papel pertinente à esfera doméstica (ALMEIDA, 2005; CALDAS, 2003; GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2000; GONÇALVES et al., 2006; KARSCH, 2003; LAHAM, 2003; NERI, 2005).

Nº	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	RENDA FAMILIAR*	RELIGIÃO (SE FREQUENTA)	SITUAÇÃO GREGÁRIA	GRAU PARENTESCO	TEMPO QUE CUIDA	Nº HORAS DEDICADAS
01	73	F	Casado	Nenhuma	Do lar	3 SM	Católica – não freqüenta, reza em casa	Idoso, cuidadora, filho (separado)	Esposa	3 anos	Dia todo
02	59	F	Casado	De 1 a 3 anos	Do lar (aposentado)	3 SM	Congregação Cristã – freqüenta	Idoso, cuidadora e 2 filhos solteiros	Esposa	1 ano e 8 meses	Dia e noite
03	71	F	Casado há 50 anos	De 1 a 3 anos	Do lar (aposentado)	3 SM	Católica – Freqüenta semanalmente/quincenalmente)	Idoso, cuidadora e filho adotivo.	Esposa	10 anos	Dia todo
04	57	F	Casado	Nenhuma	Do lar	2,5 SM	Católica – Freqüenta semanalmente	Idoso, cuidadora e 2 filhos (um deficiente mental)	Esposa	6 anos	Dia todo
05	40	F	Solteiro	De 4 a 7 anos	Do lar	3,5 a 4,0 SM	Congregação Cristã do Brasil	Idoso, cuidadora, irmã e cunhado	Filha	3 anos	Dia todo
06	49	F	Convivente	De 8 a 11 anos	Do lar	6 SM	Católica – não freqüenta	Idoso, cuidadora, marido e uma irmã deficiente física	Filha	10 anos	Dia todo
07	20	M	Solteiro	12 anos e mais	Auxiliar de serviços gerais	6 SM	Católica – freqüenta 01 vez por semana	Idoso, cuidador, irmão, avô e avó	Filho	7 anos	6 horas
08	69	F	Casado	De 4 a 7 anos	Do lar (Aposentado)	4 SM e renda de um sítio	Metodista – não freqüenta pelo fato de não ter com quem deixar o idoso	Idoso, cuidadora, marido e filha	Filha	1 ano	Toda hora
09	50	F	Casado	Nenhuma	Do lar	2 SM	Igreja Evangélica Jesus é a Lei de Deus – Freqüenta não semanalmente	Idoso, cuidadora e esposo	Sobrinha	2 anos	3 horas ou mais
10	56	F	Solteira	De 1 a 3 anos	Do lar	3 SM	Católica – não freqüenta	Idoso e cuidadora (irmã mora no mesmo quintal)	Filha	5 anos	Dia todo
11	73	F	Convivente (Viúva há 23 anos)	De 1 a 3 anos	Do lar (Aposentado)	2 SM	Católica – Não freqüenta	Idoso e cuidadora	Companheira há 19 anos	11 anos	Quase dia todo
12	47	F	Casado	De 1 a 3 anos	Doméstica	1,5 SM	Católica – Não freqüenta	Idoso, cuidadora, esposo, 2 filhos (um deficiente mental), uma filha e uma neta	Filha	5 anos e 4 meses	11 horas (das 15 às 24 horas e das 6 às 8 horas)

* salário mínimo vigente no país em maio 2006= R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais)

Quadro 2 – Características dos cuidadores familiares de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.

Nº	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	RENDA FAMILIAR*	RELIGIÃO (SE FREQUENTA)	SITUAÇÃO GREGÁRIA	GRAU PARENTESCO	TEMPO QUE CUIDA	Nº HORAS DEDICADAS
13	71	F	Casado	Nenhuma	Do lar Aposentada	2 SM	Católica – Não freqüenta	Idoso e cuidadora	Esposa	3 anos	Dia todo
14	36	F	Solteiro	De 8 a 11 anos	Do lar	1 SM (Idosa)	Evangélica Só o Senhor é Deus – Freqüenta 01 vez por semana	Idoso e cuidadora	Filha	7 anos	Dia todo
15	54	F	Casado	De 4 a 7 anos	Do lar (costureira) Parou para cuidar	4 SM	Católica – Não freqüenta	Idoso, cuidadora, esposo e 4 filhos	Filha	6 meses	8 a 9 horas (toda hora pergunta se precisa de algo)
16	68	F	Casado	De 1 a 3 anos	Do lar	4 SM	Evangélica Presbiteriana Renovada – Não freqüenta	Idoso, cuidadora e mãe	esposa	1 ano e 5 meses	Todo o dia
17	39	F	Casado	12 anos e mais	Professora	5 SM	Católica – Freqüenta 01 vez/mês ou quando tem oportunidade de levar o Idoso	Idoso, cuidadora e uma filha	Esposa	6 anos	Mais ou menos 20 horas
18	59	F	Solteiro	De 8 a 11 anos	Costureira (em casa)	2 SM	Católica – Freqüenta pouco	Idoso e cuidadora	Filha	9 anos	Dia todo (dia e noite)
19	39	F	Casado	De 4 a 7 anos	Do lar	2 SM	Católica – Só quando pode. Lê a Bíblia e pela TV	Idoso, cuidadora, esposo, um filho adotivo e uma filha	Nora	4 anos	Dia todo

* salário mínimo vigente no país em maio 2006= R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais)

Quadro 2 – Características dos cuidadores familiares de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006 (continuação).

No quesito estado civil, catorze cuidadores referiram ter um companheiro fixo, casado ou convivente, e cinco cuidadores disseram ser solteiros. Ambas as situações podem interferir no cuidado, positiva ou negativamente. A situação de se encontrar casado pode ser um fator facilitador de apoio para as tarefas desenvolvidas com o idoso, porém pode constituir uma sobrecarga ao cuidador, porque o mesmo pode ainda ser responsável por outras tarefas domiciliares. O estado de solteiro também reflete uma preocupação, pois a tarefa de cuidar influencia negativamente na vida pessoal do cuidador.

Estudos com cuidadores indicam que a maioria deles encontrava-se na condição de casados e dividia as responsabilidades da casa e da família com as atividades de cuidado (ALMEIDA, 2005; LAHAM, 2003; GONÇALVES et al., 2006).

No que tange à escolaridade, dez cuidadores possuem nenhum ou até três anos de estudo, o que corrobora com os dados encontrados por Laham (2003) e Gonçalves et al. (2006), nos quais a maioria dos cuidadores apresentava ensino fundamental incompleto. Isto é preocupante, pois em se tratando de idoso dependente são exigidas tarefas complexas ao cuidador, que muitas vezes necessita de algum grau de escolaridade.

A falta de escolaridade interfere, direta ou indiretamente, na prestação dos cuidados aos idosos, ocorrendo uma queda em sua qualidade, visto que o cuidador necessita seguir dietas, prescrições e manusear medicamentos bem como ler receitas, entender a dosagem e a via de administração (LAHAM, 2003; NAKATANI et al., 2003).

Com relação à ocupação, a maioria dos cuidadores é classificada como do lar, ou seja, dedica seu tempo ao idoso dependente e ainda executa tarefas domésticas, não possuindo atividade profissional fora do domicílio. Provavelmente a tarefa de cuidar impede ou dificulta ao cuidador executar atividades extradomiciliares.

Nakatani et al. (2003), em estudo acerca do perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado, referiram que 66,6% das cuidadoras informais exerciam a função do lar. Dados semelhantes foram encontrados por Gonçalves et al. (2006) em um estudo relativo ao perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado, no qual 53% afirmaram não possuir atividades extradomiciliares, dedicando-se ao cuidado do idoso e de outros membros da família, além dos afazeres domésticos.

Estudos indicam que uma das situações mais problemáticas para o cuidador familiar é a dificuldade que este encontra em conciliar a responsabilidade de assistir o idoso fragilizado com as outras tarefas domésticas (MARTINS, 1992; BEACH, 1993; CROSS, 1993).

A renda das famílias estudadas era em média de 3 salários mínimos, configurando um fator preocupante em relação ao cuidado ao idoso, porque além dos gastos com as despesas normais do cotidiano familiar, sabe-se que a condição de dependência gera gastos que oneram o sistema de cuidado.

Andrade e Rodrigues (1999), em um estudo com cuidadores familiares de idosos com AVC, encontraram uma média de renda familiar de 3,8 salários mínimos, considerando que essa condição financeira constitui-se em um fator agravante no cotidiano do cuidador familiar, visto que pode inviabilizar a qualidade do cuidado diante da dimensão do impacto no orçamento com o idoso enfermo no domicílio. Dados semelhantes foram relatados por Laham (2003), para o qual os cuidadores apresentavam renda familiar entre 3 a 5 salários mínimos.

Entretanto, os dados informados sobre a renda familiar podem não ser fidedignos e devem ser cautelosamente analisados. Oliveira (2004) adverte que o tema relativo à renda familiar gera desconforto e desconfiança aos pesquisados, e os mesmos apresentam tendência a fornecer informações que podem não ser verdadeiras, mesmo que o pesquisador faça ressalvas quanto ao sigilo das informações.

No quesito religião, todos os cuidadores estavam ligados a uma denominação religiosa. Houve um predomínio da religião católica, referida por treze cuidadores, porém nove deles expuseram não freqüentar a igreja regularmente, o que também foi observado entre os cuidadores que estavam ligados a uma denominação religiosa não-católica, que afirmaram freqüentar pouco ou não freqüentar igrejas. Essa situação pode evidenciar que a dificuldade para freqüentar alguma atividade religiosa pode estar relacionada à tarefa de cuidar do idoso dependente.

Na busca de um equilíbrio com os outros ou consigo mesmo, e até mesmo para o enfrentamento de uma situação de doença, as pessoas procuram auxílio ou apoio na religião, expressando a sua fé no ato de rezar ou meditar. A participação em atividades religiosas associadas à fé em crenças religiosas pode apresentar-se como fator colaborador na saúde mental do cuidador. Neri (2005) postula que a religiosidade desempenha uma importância ao papel amortecedor para o enfrentamento de eventos estressantes, de aborrecimentos do cotidiano e do estresse.

Quanto à situação gregária, ficou evidente a condição do idoso e cuidador vivendo em domicílios multigeracionais, sendo a convivência com filhos a mais encontrada, seguida da convivência com outros familiares. Cinco cuidadores convivem somente com o idoso, fato este de extrema preocupação no que tange ao apoio social.

No Brasil, o tipo de família mais predominante é a do casal morando com filhos e/ou parentes (35,6%), dados semelhantes aos encontrados no Estado do Paraná (33%); todavia é pertinente destacar que houve uma elevação da proporção de mulheres na chefia das famílias com parentesco (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006b).

É relevante pensar em adotar estratégias de apoio social a famílias de idosos dependentes, visto que a mulher, que normalmente assume a tarefa de cuidar, está cada vez mais inserida no mercado de trabalho, influenciando no tempo disponível para cuidar de um ente dependente.

Quando verificado o número de pessoas por domicílio, foi encontrada uma média de 3,6 integrantes. O número de pessoas na família pode ser elemento positivo quando relacionado ao apoio social ao cuidador primário, mas o aparecimento de uma doença incapacitante pode desencadear um desequilíbrio familiar, alterando a sua harmonia.

Althoff (2004) assevera que conviver em família é um processo construído na experiência do viver de seus membros, sendo que as ações e interações estabelecidas entre eles tomam significados que podem ser compartilhados ou não, trazendo ajustes ou desajustes e conseqüentemente a uma vivência harmoniosa e saudável ou a uma falta de harmonia entre os membros.

Para Assis (2004), a co-habitação de famílias na mesma casa ou no mesmo terreno é um fato comum, ocasionada muitas vezes pela saída tardia dos jovens de casa, pela dependência financeira ou pelo retorno dos filhos que descasam ou perdem o emprego. A autora alerta que, muitas vezes, essas situações favorecem o suporte mútuo, ou contrariamente gera ou agrava problemas de relacionamentos.

No tocante ao familiar que executa diretamente a tarefa de cuidar, os mais encontrados entre os cuidadores foram esposas – 8 casos, e filhas – 8 casos. Destaca-se o fato de encontrar parentes indiretos executando o cuidado, como sobrinha e nora, sendo o tempo de cuidado ao idoso dependente de 2 e 4 anos, respectivamente. Os dados condizem com os apresentados por Almeida (2005), Gonçalves et al. (2006), Nakatani et al. (2003) e Neri (2005): o cuidado familiar primário é exercido por um parente, que geralmente é uma mulher de meia-idade ou idosa, sendo esposa, ou filha ou nora do idoso.

Quando questionados sobre o tempo que cuidava do idoso dependente, somente um dos cuidadores revelou cuidar há menos de 1 ano, sendo que seis cuidavam de 1 a 3 anos, seis cuidavam de 4 a 7 anos e seis há mais de 7 anos. A tarefa de cuidar de um idoso dependente é desgastante e exige muito do cuidador, fator associado aos dados encontrados. Logo, pode-se

inferir uma preocupação no quesito saúde do cuidador, porque a maioria dos idosos se encontra dependente há mais de 4 anos, configurando a importância de um apoio social.

Em relação ao número de horas aproximadas dedicadas ao cuidado por dia, dos dezenove cuidadores, treze referiram cuidar o dia todo, um referiu cuidar quase o dia todo, um cuidava mais ou menos vinte horas por dia, um cuidava 11 horas por dia, um referiu cuidar de 8 a 9 horas por dia, um seis horas e um três horas ou mais por dia. Logo, fica evidente que a tarefa de cuidar exige do cuidador uma dedicação constante e disponibilidade ao longo de todo o dia. As consequências podem ser negativas tanto para o cuidador quanto para o idoso, pois a sobrecarga excessiva do cuidador compromete a qualidade do cuidado prestado ao idoso, tornando-se necessário apoio social ao cuidador.

Estudos específicos sobre o cuidador familiar do idoso com doenças incapacitantes revelam que os problemas de saúde física e emocional dos cuidadores são decorrentes da sobrecarga gerada pela atividade de cuidar (BRAITHWAITE; MCGOWN, 1993; JONGBLOED et al., 1993).

Cuidar no domicílio de um idoso incapacitado, durante 24 horas ininterruptas, não é uma tarefa a ser executada por uma mulher, que na maioria das vezes encontra-se sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem apoio e serviços que possam atender as suas necessidades (KARSCH, 2003; GONÇALVES et al., 2006).

Torna-se imperioso o desenvolvimento de estratégias de apoio e novas formas de assistência ao idoso e sua família, porque o aumento da população de idosos é uma realidade e as estruturas familiares estão sofrendo modificações rápidas, que podem interferir na qualidade do cuidado prestado ao idoso dependente.

4.1.3 Apresentando os cuidadores e as famílias

O cuidar de um idoso dependente, além de ser uma tarefa desgastante, exige, entre outros atributos, paciência, amor, carinho e muita dedicação, provocando um impacto na relação pessoal e conseqüentemente na relação social do cuidador e seus familiares.

Conhecer o ambiente em que vive o cuidador e a sua família permite analisar as responsabilidades assumidas pela assistência e detectar a necessidade de apoio social, contribuindo para uma melhor assistência e qualidade de vida do idoso, cuidador e família.

Cuidador 1: D.T.C., 73 anos, sexo feminino

Casou-se com 21 anos, nunca estudou e está convivendo com S.C. há 52 anos, com quem teve nove filhos, sendo sete vivos e dois natimortos. Dos sete filhos, um mora em São Paulo, um mora junto com o casal, quatro moram na mesma cidade e um mora em Apucarana (mais ou menos 20 km de distância de Jandaia do Sul). Cuida de seu esposo de 74 anos, há três anos dependente, apresentando cegueira por complicação do diabetes não controlado. Recebe apoio de um filho para aplicar a insulina e levar o idoso ao médico, mas quando o marido não está bem de saúde todos os filhos comparecem para ajudá-la. Atualmente a cuidadora reside com seu esposo e um filho. A casa é própria, com boas condições de higiene, refere não faltar nada economicamente. Há anos o idoso utiliza insulina, porém antes não se cuidava e a diabetes não estava controlada. Há quase um ano o filho aplica a insulina e agora a diabetes está mais controlada. Há três anos atrás o idoso já quase não enxergava, somente “vultos”, depois teve catarata e a pressão do olho aumentou, perdendo totalmente a visão há dois anos. O idoso necessita tomar duas medicações orais por dia, totalizando quatro comprimidos, além da insulina.

Cuidador 2: A.C.S., 59 anos, sexo feminino

Casou-se há 43 anos com J.S., com quem teve cinco filhos, sendo que um mora em Jandaia do Sul, um em Mandaguari, um perto de Curitiba e dois são solteiros e moram com ela. Cuida de seu esposo, há um ano e oito meses dependente, apresentando seqüela de AVC. Atualmente a cuidadora reside com seu esposo e os dois filhos solteiros. A casa é própria, com boas condições de higiene, e relata que quando tem dificuldade econômica os filhos a ajudam. O apoio é familiar, com predominância de dois filhos solteiros. A cuidadora mostrou-se muito afetiva para com o idoso. Refere ainda apresentar problemas no estômago (mas não trata) e tomar remédio para labirintite. O esposo há mais ou menos três anos descobriu apresentar Hipertensão Arterial, mas não tomava medicação corretamente (esquecia de tomar). Em 18/09/2004 (data informada pela cuidadora) apresentou um AVC, da qual, a partir de então, apresentou imobilidade à direita e perda da voz. Atualmente fala poucas palavras e se comunica com gestos. O idoso necessita tomar cinco medicações orais, totalizando onze comprimidos ao dia.

Cuidador 3: H.F.R., 71 anos, sexo feminino

Casou-se há 50 anos com O.R., com quem teve dois filhos e adotou mais um. A cuidadora refere apresentar hipertensão arterial, má circulação, angina e artrose/artrite. Cuida de seu esposo dependente há dez anos em virtude de um AVC. Atualmente a cuidadora reside com seu esposo e um filho adotivo. Apresenta boas condições socioeconômicas, sendo a casa própria e com boas condições de higiene. Recebe apoio de duas filhas e do filho adotivo (sobrinho) para os cuidados. Uma de suas filhas mora no mesmo quintal, a outra mora em um sítio perto de Jandaia do Sul e o filho adotivo mora na mesma casa. Com relação à afetividade, a cuidadora expõe que seu marido sempre foi muito amoroso, e que quando saía de casa levava esposa e filhos. A cuidadora relata que o idoso desconhecia que tinha hipertensão arterial e há dez anos apresentou um AVC, do qual, a partir de então, perdeu o equilíbrio, a fala, a audição e a visão. Além do AVC, o idoso apresentou hidrocefalia e úlcera no estômago.

Cuidador 4: I.A.S., 57 anos, sexo feminino

Casada há 41 anos com O.S., com quem teve sete filhos, dos quais quatro moram no estado de São Paulo; um mora no município de Jandaia do Sul e dois moram junto com a cuidadora e idoso. Atualmente a cuidadora reside com seu esposo e os dois filhos, sendo um deficiente mental. A casa é própria, em boas condições de higiene. Cuida de seu esposo dependente há seis anos em consequência de um AVC. Solicita apoio, quando ela precisa, aos filhos que moram com ela e à filha que mora no mesmo município. A cuidadora refere apresentar hipertensão e diabetes mellitus, necessitando de seis medicamentos, totalizando quatorze comprimidos por dia. Em relação às condições afetivas, mostrou-se muito atenciosa para com o marido e também com o filho, que é deficiente mental. Às vezes sai para compras ou afazeres externos e deixa o idoso sozinho. Refere ainda que o idoso apresentou derrame e artrose no pé e necessita ingerir quatro medicamentos por dia.

Cuidador 5: E.O., 40 anos, sexo feminino

A cuidadora é solteira, sem filhos. Cuida de sua mãe T.B.C.C. dependente há três anos, apresentando demência provocada pelo Mal de Alzheimer. Atualmente a cuidadora reside com a mãe, a irmã e o cunhado. A casa é do cunhado, com boas condições de higiene tanto do ambiente como da idosa. A cuidadora morava em outra casa junto com a idosa (mãe), porém a mãe adoeceu e a irmã convidou-a para morar junto com ela e o esposo para poder ajudá-la a cuidar da mãe. A afetividade da cuidadora para com a idosa é muito boa, demonstrando carinho e cuidado. A cuidadora apresenta uma deficiência motora em um dos membros inferiores, e refere não tem outros problemas de saúde. Em relação ao lazer, depois que a mãe ficou doente só vai à igreja quando a irmã fica com a mãe. A idosa é viúva há 27 anos, o marido faleceu de câncer de estômago, teve seis filhos, sendo que um mora em Ivaiporã, um em Jardim Alegre, três em Jandaia do Sul (uma mora afastada e duas moram juntas com a idosa) e um filho é falecido há catorze anos (suicídio). A idosa apresenta Mal de Alzheimer, usa fralda geriátrica (mais ou menos 3/dia). Tomava medicação para o Mal de Alzheimer, mas como não conseguia engolir a medicação, os familiares deixaram de lhe dar o remédio. Atualmente está tomando medicação para infecção urinária e calmante à noite. Há pouco tempo conseguiram uma cadeira de banho para ajudar no cuidado (emprestado do Rotary), e relatam que a cadeira ajudou muito e facilitou o cuidado. Diariamente a cuidadora leva a idosa para caminhar ao redor da quadra e tomar banho de sol.

Cuidador 6: A.D.P., 49 anos, sexo feminino

É casada, sem filhos e cuida de sua mãe A.P.S, que é dependente há dez anos em virtude de demência provocada pelo Mal de Alzheimer. Atualmente a cuidadora mora com a mãe, esposo e uma irmã que é deficiente física por seqüela de paralisia infantil desde os três meses de idade. As condições de moradia da família são boas, casa alugada, com boas condições de higiene do local e da idosa. No mesmo quintal mora uma irmã da cuidadora com sua família, porém a mesma vai se mudar para outra casa que fica mais longe e a cuidadora acredita que terá que arrumar alguém para ajudá-la a cuidar da mãe. Durante os dez anos em que cuida da mãe só pagou uma pessoa para ajudar-lhe no cuidado durante seis meses, quando a cuidadora apresentou problemas de saúde, e há aproximadamente um ano atrás descobriu que apresentava cirrose hepática, anemia crônica e artrite reumatóide, necessitando fazer

acompanhamento de saúde em Curitiba. A cuidadora faz uso de vários medicamentos e tem um gasto aproximado de 800,00 reais por mês apenas com sua medicação. Em relação ao cuidado, a cuidadora acredita que deveria fazer mais por sua mãe. Durante a entrevista, a idosa dormia, mas no cômodo em que ocorreu a entrevista havia um lugar preparado com travesseiro e toalhas, pronto para colocar a idosa quando esta acordasse. A idosa teve quatro filhos, sendo que um mora em Curitiba e os outros três moram no município de Jandaia do sul. A idosa apresenta Mal de Alzheimer e toma medicação para hipertensão arterial e calmante à noite.

Cuidador 7: D.C.L., 20 anos, sexo masculino

O cuidador é solteiro, trabalha como auxiliar de serviços gerais durante o dia e faz o primeiro ano da faculdade de Educação Física à noite. Cuida de seu pai P.L., que se encontra dependente há sete anos em virtude de um AVC; portanto, iniciou suas atividades de cuidador com 13 anos de idade, após o falecimento de sua mãe. Atualmente o cuidador reside com seu pai, um irmão, o avô e a avó, que também dependem de alguns cuidados. A ajuda financeira vem dos tios (filhos dos avós) e para o cuidado com o pai e avós recebe ajuda do irmão que mora junto com eles; o irmão trabalha, mas não estuda. A casa é própria, com boas condições de higiene. O cuidador refere não apresentar problemas de saúde, e em relação ao lazer relata que não interfere no cuidado, pois tem a ajuda do irmão. Joga bola, vai a bailes, festas, churrascos. A entrevista foi agendada após o trabalho do cuidador, porém o mesmo estuda, e apesar do pouco tempo disponível, recebeu a entrevistadora muito bem. O pai há dez anos apresentou um AVC, não tendo seqüelas, no entanto logo após o falecimento de sua mãe o pai apresentou um segundo AVC, ficando com seqüela, ou seja, com o lado direito paralisado, falando com dificuldade, andando com ajuda. Após seis meses do segundo AVC, o idoso caiu e apresentou uma fratura de fêmur, necessitando de prótese. O cuidador leva o pai para a fisioterapia 1x/semana. Acredita que as sessões de fisioterapia poderiam ser mais frequentes por semana, mas não conseguem pagar por elas. Além do pai, o cuidador também cuida de seus avós, sendo que a avó apresentou AVC há quatro anos, ficando com seqüela do lado E, e o avô apresentou AVC há dez anos, e os mesmos andam com dificuldade. O idoso (pai do cuidador) é hipertenso, toma medicação para a doença, em um total de quatro comprimidos por dia. A avó toma em torno de seis cp/dia e o avô três cp/ dia. O idoso (pai) usa fralda geriátrica e o cuidador reclama do valor de cada pacote de fralda, referindo custar 15,00 reais

o pacote com 10 fraldas. Os avós tiveram sete filhos, porém dois moram em Jandaia do Sul (sendo um o pai do cuidador que é o idoso dependente); dois moram em Apucarana; dois em Mato Grosso e um em Maringá. A afetividade é muito boa, tanto do cuidador em relação ao pai e avós, quanto dos avós e do idoso em relação ao cuidador, diferindo quanto ao irmão.

Cuidador 8: E.S., 69 anos, sexo feminino

A cuidadora é casada e cuida de sua mãe P.S.L., que é dependente há um ano em consequência de um AVC. Recebe ajuda da filha e às vezes do marido. A ajuda financeira, se houver necessidade, vem da família. A cuidadora e a filha verificam a pressão arterial da idosa 3x/dia no domicílio. Atualmente reside com sua mãe, seu esposo e uma filha. A casa é própria, apresenta boas condições de moradia e também são boas as condições de higiene do local e da idosa. A cuidadora refere apresentar hipertensão arterial e esquecer facilmente as palavras, não dando, muitas vezes, continuidade às idéias. A idosa há mais ou menos um ano apresentou o primeiro AVC, ficando com dificuldades para caminhar e falar. Há menos de quatro meses apresentou outro AVC e agora não engole e não fala, havendo necessidade de uma sonda nasogástrica para a alimentação. A idosa mora há quase sete anos com a cuidadora, é viúva teve onze filhos, sendo quatro mulheres e sete homens (dois moram em Curitiba, um mora nos Estados Unidos, um em Campo Grande, um em Dourados, um no Estado de São Paulo, um no sítio em Jandaia do Sul, um em São Paulo, um no Mato Grosso, uma que é falecida e a cuidadora).

Cuidador 9: M.G.S.S., 50 anos, sexo feminino

È casada e cuida de sua tia J.F.R., que é dependente há dois anos em consequência de um AVC. Atualmente reside com seu esposo e a tia. A casa é própria, porém o terreno é doado (Estado). As condições socioeconômicas são precárias, sendo a casa simples, todavia com regulares condições de higiene. Apresenta dificuldade de acesso (pedras, sem calçada, subidas) e na janela estavam faltando três vidros, sendo colocados plásticos em seu lugar. A cuidadora referiu não ter recurso financeiro para arrumar. A cuidadora relata que não recebe apoio familiar para o cuidado. No tocante a seu estado de saúde, afirma ter bronquite e hipertensão arterial, sendo que às vezes toma medicação para pressão, mas não é freqüente, e quando ataca a bronquite, toma aminofilina 3x/dia, mas também não é freqüente. Além da tia,

a cuidadora cuida de seu esposo que há cinco anos relata ter apresentado tuberculose na coluna, mas que tratou. Expõe que o marido tem câncer na perna e no braço, hipertensão arterial, diabetes e problemas de anemia e coração. Ao chegar, a idosa estava sentada em uma cadeira na área, porém estava ventando muito. A idosa estava com extremidades frias e foi solicitado que a mesma fosse levada para dentro da casa por causa do frio. A idosa estava sentada em uma cadeira de área (plástica) e estava encostada em tábuas, sendo relatado pela cuidadora que era para a idosa poder ficar reta. A idosa foi casada, porém não teve filhos, morava em Paissandu, sendo que seu esposo faleceu há treze anos. A partir de então, veio morar com a sobrinha, que é filha de sua irmã. Antes a idosa caminhava e conversava, mas há dois anos apresentou um AVC que lhe paralisou o lado esquerdo, e com a queda fraturou a clavícula, ficando com seqüela, ou seja, dificuldade para caminhar, falar e às vezes não consegue se alimentar sozinha.

Cuidador 10: R.I.B., 56 anos, sexo feminino

É solteira, cuida de sua mãe A.E.B., que é dependente há cinco anos, apresentando demência provocada pelo Mal de Alzheimer. Atualmente reside somente com a mãe, sendo a casa própria com boas condições de higiene do local e da idosa. A cuidadora sempre morou junto com a mãe e depois que o pai faleceu é ela quem cuida da mãe. A cuidadora refere não ter problemas de saúde, somente insônia. Quando a entrevistadora chegou para a entrevista, a mesma estava bordando. Refere que parou de trabalhar para cuidar da mãe, mas prefere trabalhar a ficar em casa cuidando da mãe. Queixou-se muito de não receber ajuda dos outros irmãos, somente da irmã, que mora no mesmo quintal. A cuidadora apresentava dificuldade para se expressar afetivamente em relação à idosa, sendo para ela difícil falar (chorou). Expõe que não sai de casa porque tem que cuidar da mãe, mas não se queixa, porque um dia a mãe cuidou dela e agora ela tem que cuidar da mãe. No momento da chegada da entrevistadora, o portão estava trancado para que a idosa não saísse, pois a mesma apresenta demência em consequência do Mal de Alzheimer. A cuidadora refere que há mais ou menos cinco anos atrás ela e a irmã perceberam que a mãe começou a fazer “arte”, querendo colocar fogo na casa, deixando o gás ligado, era irritadiça, xingava muito, batia nas filhas. Uma tomografia revelou que a idosa apresentava Alzheimer. A idosa teve quatro filhos mais um adotivo e é viúva há dezoito anos. A idosa não aceita que a cuidadora a chame de mãe, só pelo nome.

Cuidador 11: A.F.P., 73 anos, sexo feminino

É viúva há vinte e três anos e cuida de seu companheiro B.A.S. há dezenove anos dependente em razão de osteoporose. Atualmente reside somente com o companheiro. A casa é própria e apresenta condições de higiene precárias. A cuidadora refere ter problemas de pressão, ácido úrico e reumatismo, porém não toma remédio. No momento da entrevista estava resfriada, com tosse e queixava-se de dor no corpo, sem vontade de fazer nada. Havia roupas em um canto da casa que estavam sem passar. Eram 15h30min e a louça do almoço estava sobre a pia, sem serem lavadas, as paredes estavam mofadas, e havia presença de animais dentro do domicílio. A cuidadora recebe apoio do neto que freqüentemente vai visitá-los. A cuidadora relata que gosta de cuidar e que já cuidou do genro e do irmão do genro, também dependentes. A cuidadora tem quatro filhos, sendo que uma reside em Jandaia do Sul e tem depressão; um mora em Marumbi e dois moram em Maringá. A cuidadora refere que o idoso apresenta osteoporose e necessita ingerir quatro medicações por dia. O idoso tem dois filhos vivos que moram em São Paulo, mas que dificilmente o visitam.

Cuidador 12: A.M.S., 47 anos, sexo feminino

É casada e cuida de sua mãe M.R.S. que é dependente há cinco anos e quatro meses em razão de uma lesão cerebral provocada pela hidrocefalia. Atualmente reside com seu esposo, sua mãe, três filhos (sendo um deficiente mental) e uma neta. A casa é própria, mas pagam mensalidade de financiamento. O ambiente apresenta boas condições de higiene, porém a casa é muito pequena. A cuidadora afirma ter labirintite, dor nos braços, e que durante a semana apresentou tonturas. A cuidadora refere que após tomografia cerebral a mãe necessitou fazer cirurgia, pois tinha “água na cabeça” e colocou válvula. Expõe que a mãe tem infecção urinária de repetição e que é hipertensa. A idosa aparentava boas condições de higiene, e a cuidadora referiu que a mãe teve sete filhos, sendo que três moram no Rio de Janeiro; um em Jandaia do Sul (cuidadora); um em Alagoas; um em São Paulo e um em Campos do Jordão.

Cuidador 13: A.M.J.N., 71 anos, sexo feminino

É casada com D.S.N, que se encontra dependente há três anos, apresentando perda de força muscular após a realização de uma cirurgia de próstata. Tiveram três filhos, sendo que um mora em Curitiba (visita os pais todo mês); dois moram em Jandaia do Sul, sendo que um visita os pais mais que 1x/dia, e a filha que fica mais frequentemente com os pais. Atualmente reside somente com o esposo, sendo a casa própria, com prestação mensal referente ao financiamento, e que a prestação é paga pelo filho. O local e o idoso apresentavam-se com boas condições de higiene. A cuidadora recebe ajuda da filha para cuidados diretos com o idoso (diariamente) e os outros filhos ajudam financeiramente todo mês. A cuidadora refere apresentar problemas de varizes e hipertensão arterial. No dia da entrevista tinha um curativo na perna esquerda, referindo ter “estourado” uma das varizes. O idoso fez cirurgia de próstata há três anos, mas atualmente não se alimenta sozinho, necessita de alguém para o banho, para vestir-se e caminhar. Necessita tomar sete comprimidos por dia.

Cuidador 14: M.R.A.P., 36 anos, sexo feminino

A cuidadora é solteira, cuida de sua mãe E.F.S. que é dependente há sete anos em consequência de um AVC. Atualmente reside somente com a mãe, sendo que a casa é própria, financiada, não pagam prestação, pois já está quitada. Mora de parede e meia com a irmã, que é casada e tem dois filhos. Em relação às condições de moradia, a higiene do local é precária, o quintal apresentava-se sujo, a casa desarrumada, com uma cadeira no meio da cozinha, na qual a idosa senta-se durante o dia. A cuidadora refere não apresentar problemas de saúde e que no momento está tomando medicação para infecção no ovário; refere ainda que não recebe ajuda financeira dos irmãos. Quando a entrevistadora chegou, a idosa estava deitada no sofá, gemendo, com extremidades frias, sendo solicitado que a agasalhassem. A cuidadora expõe que a mãe apresentou AVC há sete anos, quando ficou dependente, fez fisioterapia e não voltou, portanto, fala pouco, anda com muita ajuda, precisa de alguém para o banho, para vestir-se e para alimentar-se. A idosa não reclama, às vezes “geme”, não tem controle urinário e não usa fralda, são colocados panos para as eliminações. Na cadeira, é colocada espuma com plástico para a idosa sentar, ficando o ambiente com odor de urina. Relata que a mãe teve seis filhos, um falecido (atropelamento) e cinco que moram em Jandaia do Sul. Durante a visita, a cuidadora levantou a idosa do sofá no qual estava deitada e colocou-a em outro sofá,

onde ficou sentada. Deu-lhe remédio com água, porém conversou pouco com a mãe, simplesmente deu a medicação. A idosa encontrava-se com condições de higiene precárias e com odor de urina. Foi observada pouca afetividade por parte da cuidadora para com a idosa.

Cuidador 15: A.A.C., 54 anos, sexo feminino

É casada e cuida de sua mãe R.C., que é dependente há seis meses em consequência de um AVC. Atualmente reside com o esposo, a mãe e quatro filhos. A casa é própria, financiada, pagam prestação (20% do salário mínimo), sendo a mesma pequena, apresentando seis cômodos para sete pessoas e ainda tem uma firma (vidraçaria e calha) na garagem. O ambiente, apesar de pequeno, apresentava-se com boas condições de higiene. A cuidadora relata que na alimentação amassa tudo para dar à mãe, e ainda refere que não recebe ajuda dos outros irmãos, mas seu filho de 18 anos que não trabalha ajuda nos cuidados. A cuidadora toma remédio para alergia, pois refere que seus pés incham quando anda demais, podendo ser o tênis por causa da alergia. Afetivamente trata a mãe muito bem, conversando bastante e acariciando-a. A cuidadora relata que gosta de cantar, dançar e ouvir música, contudo não pode cantar e ouvir música porque a vizinha reclama do barulho. Quando a cuidadora sai, sempre fica alguém com a idosa, geralmente um dos filhos. Relatou que para desabafar um pouco tem que sair com o marido. Referiu que o falar durante a entrevista foi um desabafo para ela. A idosa é viúva há dezoito anos, mora com a cuidadora desde que o marido morreu e há catorze anos toma medicação para o coração e pressão. Há seis meses a idosa estava recolhendo roupa no varal quando caiu de repente. O exame de tomografia acusou que tinha rompido uma veia no cérebro, sendo que ficou dependente. A cuidadora expõe que a mãe teve treze filhos, havendo dois abortos, cinco morreram quando pequenos, um é falecido, um é desaparecido, um mora em Curitiba, um em Marechal Candido Rondon, um mora em Cambira, além da cuidadora. A idosa necessita de ajuda para o banho, vestir-se, transporte e alimentação e necessita tomar quatro comprimidos por dia.

Cuidador 16: H.G.F., 68 anos, sexo feminino

A cuidadora é casada com R.F., com quem teve seis filhos, sendo quatro filhas e dois filhos. A cuidadora cuida de seu esposo que é dependente há um ano e cinco meses em consequência de um AVC. Cuida também de sua mãe há cinco anos, a qual depende de alguns cuidados.

Atualmente reside com o esposo e a mãe, sendo que a condição de higiene do local e dos idosos eram boas. A casa é própria, financiada e pagam prestação mensalmente. Em relação aos filhos, um mora em Jandaia do Sul, um em São Paulo, um em Rondônia e um em Maringá, sendo dois filhos falecidos há cinco anos (um de Hepatite C e um de acidente de carro). A cuidadora relatou que em 45 dias perdeu os dois filhos, sendo que um deles na época estava com 34 anos e o outro com 40 anos. A cuidadora chora muito ao falar dos filhos que faleceram e expõe ter sido uma perda muito doída. Refere que recebe ajuda da filha que mora em Jandaia do Sul, mais ou menos 2x/semana para atividades como o banho, fazer a barba e levar no médico, porém relata ter vergonha de ficar pedindo ajuda. A cuidadora relata que tem colesterol, diabetes e hipertensão arterial e que realiza dois curativos por dia na mãe que caiu. As medicações dos idosos são organizadas e guardadas separadamente, por paciente, em caixas de sapato. O idoso era policial militar e no momento se encontrava aposentado, tem plano de saúde (SAS), só que o plano atende em Londrina ou Maringá. O marido apresentou quatro AVC e atualmente usa fralda diariamente, necessitando ingerir doze medicamentos por dia, e a mãe seis comprimidos por dia. A mãe teve cinco filhos, e destes apenas a cuidadora é viva. A afetividade é muito boa, e ela tem a preocupação na divisão de carinho para com o marido e a mãe.

Cuidador 17: T.G.M., 39 anos, sexo feminino

É casada com P.M., que se encontra dependente há seis anos, apresentando instabilidade postural provocada pelo Mal de Parkinson. Atualmente reside com o esposo e uma filha. A casa é própria, financiada, mas já é quitada. Apresenta ótimas condições de higiene do local e do idoso. Recebe apoio da filha, não freqüente, somente quando ela pode, pois a mesma trabalha. O idoso tem Mal de Parkinson e necessita tomar oito comprimidos por dia e ainda fazer a lubrificação dos olhos com colírio freqüentemente, pois não pisca. Em relação às condições afetivas, ela se mostrou amorosa e atenciosa para com o esposo. Acredita que cuidar do marido é uma missão, pois refere ter sido muito feliz quando vivia com ele saudável. Refere que ele foi amoroso e carinhoso, apesar de ser muito ciumento pela diferença de idade, que é de 27 anos. Relata que apesar de não ter o “amor” de marido ela é feliz, pois sente que é uma missão, e ainda relata que ela cuida dele como se fosse um pai e que o amor conjugal se transformou em amor de pai.

Cuidador 18: M.H.C., 59 anos, sexo feminino

A cuidadora é solteira e cuida de sua mãe E.P.C., que é dependente há nove anos, apresentando instabilidade postural provocada pelo Mal de Parkinson. Atualmente reside somente com a mãe. A casa é própria, com boas condições de higiene, porém é grande demais para duas pessoas. A cuidadora realiza a higiene da mãe, todos os dias, na cama. Em relação às condições afetivas, a cuidadora reclama muito que a mãe é nervosa e que ela também não tem paciência, e que às vezes “judia” sem querer. Está preocupada porque vai ter que morar um tempo na casa da cunhada para que ela possa ajudar a cuidar da mãe, e com isso vai ter que fechar a sua casa. Refere que se tivesse um marido seria mais fácil. A mãe ficou internada por seis dias com pneumonia e recebeu alta há quatro dias. Está tomando medicação injetável 2x/dia e quatro comprimidos orais. Atualmente usa fraldas e se encontra acamada. A mãe teve sete filhos, porém dois são falecidos, uma filha (cuidadora); uma filha mora em Cambira; um filho mora em Jandaia do Sul e dois filhos moram em Londrina.

Cuidador 19: M.L.B.R., 39 anos, sexo feminino

A cuidadora é casada e cuida de sua sogra M.S.C., que é dependente há quatro anos em estado depressivo. Atualmente reside com o esposo, dois filhos, sendo um adotivo e a sogra. Mesmo sendo a entrevista agendada pelo ACS, a entrevistadora teve que voltar várias vezes, pois em algumas ocasiões a idosa estava internada e a cuidadora tinha que ficar com ela no hospital. Em outra ocasião havia visita na casa, porém a cuidadora havia concordado em realizar a entrevista e solicitou que a mesma fosse reagendada. No entanto, no dia agendado, ela preferiu ir ao Posto de Saúde, longe de familiares e da sogra, porque a casa era pequena, sempre tinha visitas, não tinha forração, além dos filhos da cuidadora e marido no dia da entrevista estarem em casa e poderiam ouvir sua fala. A casa é própria, com boas condições de higiene local. Na entrada havia uma escada de madeira alta com três degraus, o que dificulta muito a entrada e saída de uma pessoa acamada. A cuidadora refere ter pressão baixa e labirintite, mas não toma medicação contínua. Solicitou ajuda ao cunhado que mora no município, mas ele se negou. Espera a ajuda de Deus para compensar. Quando a entrevistadora chegou para a entrevista, antes de ir ao Posto de Saúde a cuidadora estava sentada ao lado da sogra, segurando suas mãos e lhe fazendo massagem no peito, onde a idosa reclamava de dor, mostrando boa afetividade. A cuidadora apresentava-se muito nervosa,

visto que o estado de saúde da idosa era delicado. Refere passar noites sem dormir, pois a idosa geme constantemente. A sogra teve sete filhos, sendo dois deficientes mentais que moram com outro irmão em Jandaia do Sul; dois moram em Foz do Iguaçu; uma filha é casada, mas também tem problemas mentais e mora em Jandaia do Sul e o marido da cuidadora. A sogra está morando com a cuidadora há quatro anos, é viúva há sete anos e após o falecimento do marido apresentou depressão. Atualmente usa fralda diariamente, e há 20 dias atrás ficou internada por três dias com pneumonia, sendo que a cuidadora a levou para tratamento mais duas vezes e ficou internada por mais cinco dias por causa de uma infecção no pulmão, apresentando falta de ar, febre, dor de cabeça e pressão baixa. Nos últimos dias, já levou a idosa três vezes ao Pronto Atendimento Municipal.

4.2 Organizando os Resultados

De acordo com as propostas metodológicas, os resultados foram organizados em dois temas: compreendendo o processo de cuidar na perspectiva do cuidador familiar e compreendendo o apoio social e as necessidades do cuidar.

Para o tema compreendendo o processo de cuidar na perspectiva do cuidador familiar, os resultados foram discutidos em três categorias: significado de cuidar; atividades do cuidar e dificuldades do cuidar. No entanto, para o tema compreendendo o apoio social e as necessidades de cuidar os resultados foram discutidos nas categorias: apoio social informal; apoio social formal e necessidades para o cuidar, conforme mostra o Quadro 3.

TEMAS	CATEGORIAS
<p>TEMA 1: Compreendendo o processo de cuidar na perspectiva do cuidador familiar</p>	<p>Categoria 1: Significado de Cuidar</p> <p>Categoria 2: Atividades do Cuidar</p> <p>Categoria 3: Dificuldades do Cuidar</p>
<p>TEMA 2: Compreendendo o apoio social e as necessidades para o cuidar</p>	<p>Categoria 1: Apoio Social Informal</p> <p>Categoria 2: Apoio Social Formal</p> <p>Categoria 3: Necessidades Para o Cuidar</p>

Quadro 3 - Organização dos resultados em temas e categorias.

4.2.1 Tema 1: Compreendendo o processo de cuidar na perspectiva do cuidador familiar

Percebe-se que a tarefa de cuidar de um idoso dependente é muito complexa e sofre interferências de diversos fatores inter-relacionados, como a escolaridade, a renda, o parentesco entre cuidador e idoso, valores e crenças familiares.

Elsen (2004) afirma que a família é um sistema de saúde para seus membros, e que as ações na promoção de saúde, na prevenção e no tratamento da doença recebem a influência de um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas.

Pavarini e Neri (2000) alertam que a prestação de cuidados a idosos dependentes se dá nesse âmbito dos valores culturais que refletem a vida individual e social até o momento vivenciada. Estas autoras reforçam que, culturalmente, a família oferece proteção e cuidado aos idosos dependentes, mas que outras instituições sociais devem assessorar no cumprimento dessa tarefa.

Diante desse contexto, foram identificados os tipos de cuidados realizados e as dificuldades encontradas no cotidiano dos cuidadores antes de conhecer o apoio social recebido pelos mesmos.

Após a codificação dos dados coletados, os mesmos foram trabalhados sob uma organização na qual as informações contidas do material das entrevistas foram discutidas em três categorias: significado de cuidar, atividades do cuidar e dificuldades do cuidar.

Categoria 1 - Significado de Cuidar

Collière (1989) pontua que para compreender qualquer tipo de cuidado é necessário, antes de tudo, identificar o seu fundamento, pois o cuidado está inserido em um único contexto e cuidar, prestar cuidado e tomar conta, é um ato de vida.

Cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato e, assim, o ato de cuidar pode ser entendido como uma atitude constante de ocupação, preocupação, envolvimento, ternura para com o semelhante, zelar pelo bem estar de alguém, prestar assistência, assumir responsabilidades (LEMOS; MEDEIROS, 2002; VIEIRA, 1996).

Quando perguntado aos cuidadores o que para eles significava cuidar de um idoso dependente, as respostas foram relacionadas com algumas características da tarefa de cuidar que foram agrupadas em aspectos positivos e negativos, conforme mostra a Figura 2.

Diogo e Duarte (2002) reforçam que a tarefa de cuidar pode trazer diversos resultados positivos, porém os que prevalecem estão relacionados com aspectos negativos, principalmente advindos de sobrecarga, conflitos familiares e insegurança.

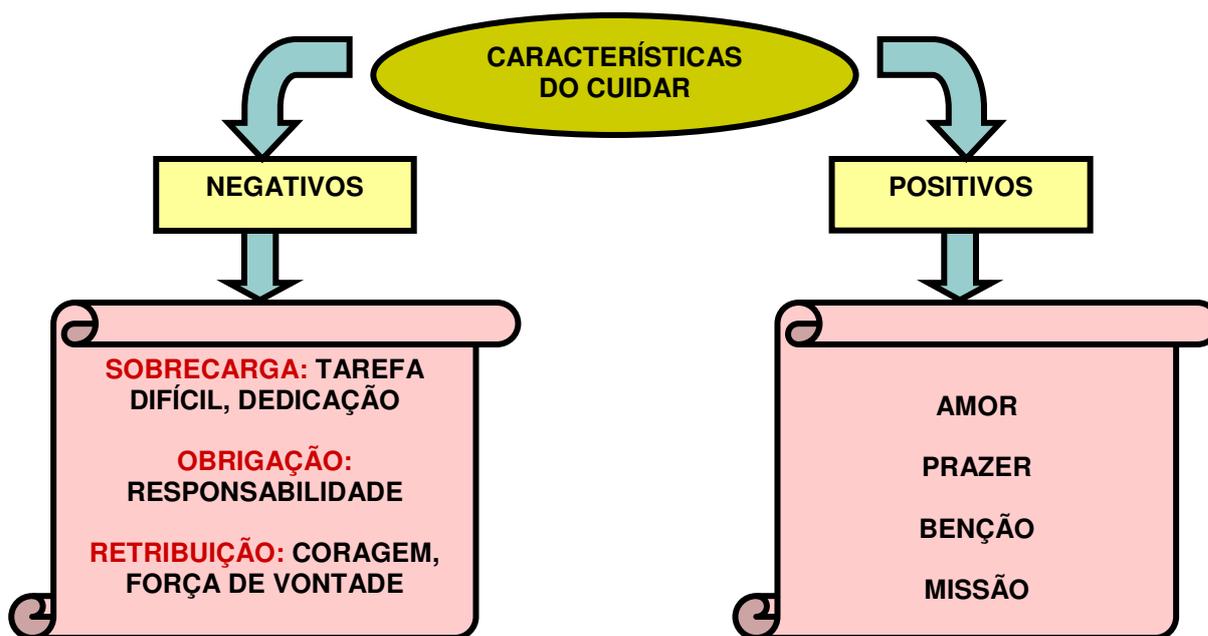


Figura 2 – Características da tarefa de cuidar agrupada em aspectos negativos e positivos, Jandaia do Sul, PR, 2006.

Nos aspectos negativos, cuidar foi principalmente relatado como sendo uma tarefa difícil e cansativa, de muita responsabilidade, dedicação, coragem e que requer muita paciência e força de vontade, atributos que podem estar relacionados à sobrecarga dos cuidadores, à ausência de apoio social e ainda ao fato dos mesmos também se encontrarem em processo de envelhecimento.

A gente tem que ter paciência. É um serviço muito trabalhoso. Para uma pessoa nova já dá trabalho. [...] eu não cansava, agora é que eu sinto cansada, mas eu dou conta de cuidar dele. (cuidador 1, 73 anos)

Tem que ter muita força de vontade, porque se não tem, não cuida. Tem que ter aquela que chama coragem, força de vontade e paciência. [...] tem hora que ele está de um jeito e depois já está de outro. [...] é muito difícil, é uma barra muito pesada. (cuidador 2, 59 anos)

A paciência foi relatada pelos cuidadores como um atributo indispensável no cotidiano do processo de cuidado, o que corrobora com Velasquez et al. (2004) em um estudo sobre as trajetórias de vida dos cuidadores principais, no qual as autoras encontraram que, além do afeto, ter paciência é um atributo essencial para ser um cuidador.

A tarefa de cuidar, para alguns cuidadores, foi ainda relatada como sendo um dever, principalmente para as esposas ou filhos. Foram referidos, ainda, um sentimento de

conformidade com a situação de dependência do idoso e a constante busca de forças para o enfrentamento da situação na religiosidade, fato intimamente ligado a fatores culturais, valores e crenças adquiridas durante a trajetória de vida do cuidador.

Velasquez et al. (2004) apregoam que o dever de cuidar relaciona-se às ações impostas por normas sociais que estão inscritas em um conjunto de crenças e valores culturais compartilhados entre membros de uma sociedade e de práticas morais fixadas pela família. As autoras ressaltam que se torna impossível não aceitar que tais normas sociais, especialmente as morais, não sejam impostas como obrigação dentro de um sistema de dominação.

Cuidar... eu tenho obrigação de cuidar dele, porque quando eu me casei eu fiz o voto de acompanhar a vida toda. Ele precisando a gente acompanha com muito amor. (cuidador 3, 71 anos, esposa)

Eu acho que é uma obrigação minha. Eu nunca ia por fora um homem porque ele já é inútil... eu não podia por fora, isso é um pecado. Então a gente tem que cuidar da pessoa, e eu faço tudo que posso. (cuidador 11, 73 anos, companheira)

Eu sinto como uma obrigação, pois é minha mãe. Ela depende e não tem ninguém, então eu estou fazendo uma obrigação como todo filho tem que fazer. (cuidador 14, 36 anos, filha)

Outra motivação encontrada pelos cuidadores para o cuidar está relacionada com a retribuição. Velasquez et al. (2004) preconizam que cuidadores executam cuidados por uma questão de reciprocidade correspondente às ações passadas praticadas pelo idoso das quais foram testemunhas.

Os cuidadores atribuem sua vontade e seu compromisso com o companheiro(a) de vida, ao desejo de retribuir os cuidados recebidos na infância, ao horror ao asilamento e à ausência de outras alternativas (KARSCH, 2004).

A gente para e pensa... a hora que a gente tem que retribuir é essa, a hora da doença. Deus marcou para ele ficar assim, agora, eu peço a Deus saúde para eu agüentar a carregar o barco, porque se eu pifar... acabou. Não pode acontecer nada comigo. (cuidador 4, 57 anos, esposa)

Eu sou suspeito, tenho responsabilidade de cuidar dele, é meu pai, o que ele já fez por mim... acho que agora está na hora de eu retribuir. A primeira obrigação minha é cuidar dele depois eu vejo as outras coisas. (cuidador 7, 20 anos, filho)

Ah, eu acho que é muito gratificante poder cuidar e ter condição de cuidar dela, porque ela está com 93 anos, então o que fez para mim quando eu era pequena... porque ela me amamentou até 5 anos de idade, então é uma

graça que a gente tem hoje, eu com 54 anos cuidar dela com 93 anos.(cuidador 15, 54 anos)

Ah, eu não sei se é porque é mãe[...] não vou falar para você que é fácil. No começo eu achava mais difícil, agora a gente vem cuidando, vem cuidando, vem cuidando e Deus vai ajudando. (cuidador 8, 69 anos, filha)

Nos aspectos positivos, o cuidar foi relatado por alguns cuidadores como uma tarefa que deve ser realizada com muito amor, atenção, carinho e prazer, sendo a mesma influenciada pelo reconhecimento, obrigação e dever relacionados com os bons momentos vivenciados junto ao idoso e também uma retribuição de sentimentos acumulados durante a trajetória de vida do idoso com o cuidador.

A gente tem amor de cuidar. Se fosse um marido ruim, acho que não dava para cuidar com amor, mas toda a vida ele foi um bom companheiro, muito bom. Então, eu sinto prazer de cuidar dele e peço a Deus que me dê saúde para eu poder cuidar o resto da vida. (cuidador 3, 71 anos)

Eu tenho prazer de cuidar de minha mãe porque, coitada, ninguém está assim por que quer. Fica igual uma criança, o que uma criança entende? Então, eu sei lá, às vezes cansa, mas, para mim é um orgulho cuidar da minha mãe. (cuidador 14, 36 anos)

A gente cuida com carinho, porque já está com 53 anos de casamento. Eu casei com 17 anos e ele com 21 e nós nunca tivemos nada que descontrolasse dentro de casa, nenhum ciúme, então, o maior carinho. (cuidador 13, 71 anos)

Sena et al. (2000) apontam que o grande diferencial do cuidado domiciliar é o aspecto humano, a partir do qual a interação se efetiva e desencadeia o processo de cuidar na família, e que o cuidado exige muito mais do que uma simples execução de tarefas, dependendo da disponibilidade, dedicação e comprometimento de quem cuida com o ser cuidado.

Percebe-se, em algumas falas, o fato de alguns cuidadores relacionarem o cuidar de uma pessoa dependente como uma benção, um destino e uma missão atribuída por Deus.

Para mim é uma benção, pois eu estou pegando experiência... e para mim é um prazer, é uma benção cuidar dela, a gente acostuma. (cuidador 5, 40 anos)

Ah, tem que ter um pouco de paciência. Eu, graças a Deus, eu acho que eu vou cumprir a missão que Deus me deu. (cuidador 11, 73 anos)

É uma missão que eu tenho, e eu tenho que entregar esta missão cumprida, porque se eu não cumprir essa missão eu acho que eu não vou viver em paz o resto da minha vida. (cuidador 17,39 anos)

Através das atividades desenvolvidas no processo de cuidar, o cuidador busca prover, manter e sustentar a vida do idoso, e para alcançar tal objetivo promove tanto os cuidados de manutenção como os de reparação da vida, ou seja, aqueles em que sua realização visa a manter a vida cotidiana e aqueles que estão centrados na doença, respectivamente (ANDRADE; RODRIGUES, 1999).

Categoria 2 - Atividades do Cuidar

No que tange aos tipos de cuidados realizados pelos cuidadores deste estudo, os mais referidos foram relacionados aos de manutenção da vida, como dar alimento (18 cuidadores), dar banho (18 cuidadores), mobilizar e transportar o idoso (17 cuidadores), ter que vesti-lo (14 cuidadores). O Quadro 4 e a Figura 3 apresentam esses dados.

TIPO DE CUIDADO	N
Dar alimento	18
Dar banho	18
Mobilizar/transportar o idoso	17
Trocar a roupa (vestuário)	14
Oferecer a medicação	09
Trocar fraldas	05
Fazer a barba	03
Cortar as unhas	01
Cortar o cabelo	01
Escovar os dentes	01
Colocar calçados	01
Oferecer líquidos	01
Hidratar a pele	01
Oferecer comadre	01

Quadro 4 – Tipo de cuidado realizado pelos cuidadores de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.

Collière (1989), ao definir os cuidados de manutenção, refere-se àqueles realizados no cotidiano, cuja função é sustentar a vida, e que estão relacionados com a necessidade de

nutrição, hidratação higiene, calor, luminosidade ou de natureza afetiva. O autor salienta que esses tipos de cuidados estão fundamentados em costumes, valores e crenças de cada cuidador e família.

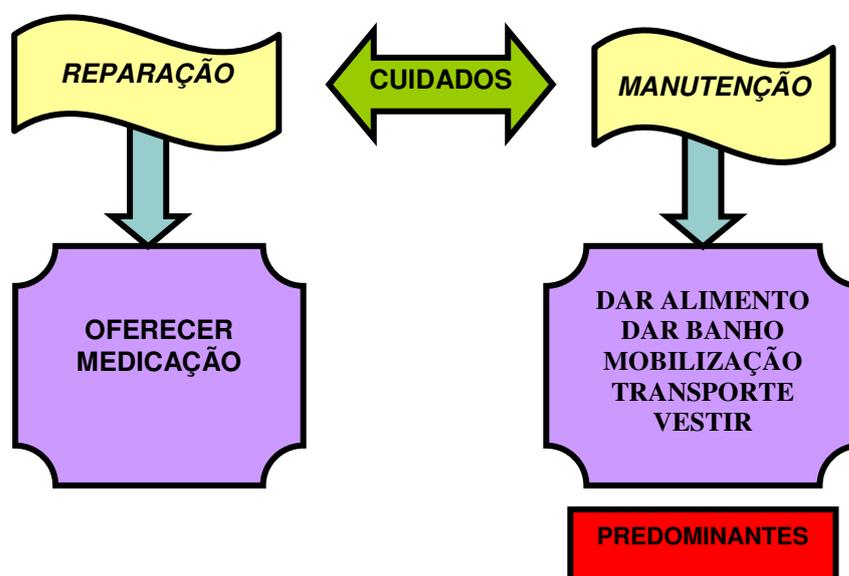


Figura 3 – Tipos de cuidados de reparação e manutenção executados pelos cuidadores familiares de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.

No quesito cuidados de reparação, ou seja, os que estão centrados na doença, observou-se uma preocupação dos cuidadores em oferecer medicação (9 cuidadores), conforme demonstra a Figura 3.

Collière (1989) pondera que os cuidados de reparação se inserem naqueles tipos de cuidados que visam à reparação ou ao tratamento da doença. Argumenta que esses cuidados são somados aos cuidados habituais ou de manutenção para assegurar a continuidade da vida quando esta se depara com obstáculos.

Entretanto, observa-se uma predominância de atividades relacionadas à incapacidade funcional, que para Neri (2005) e Pavarini e Neri (2000) se traduz como sendo a incapacidade do indivíduo de realizar atividades da vida diária. Esses problemas comprometem a capacidade de movimento, e além de representarem riscos aos cuidadores, podem causar sobrecarga para quem cuida.

*Eu dou banho, corto as unhas, corto o cabelo, faço barba, escovo os dentes, tudo eu faço para ele, eu ponho roupa, eu ponho calçado, ele não faz nada.
(cuidador 3, 71 anos)*

É o banho, trazer para a sala, levar para o quarto, às vezes trago aqui na área, tenho que ajudar a trocar, ajudar a tomar banho, a alimentação, tudo na mão..., levo o café da manhã, o almoço, no meio do dia se precisa de alguma coisa tem que trazer ali no sofá para ele. (cuidador 4, 54 anos)

Eu dou banho, troco, tiro da cama, dou café, depois levo para o banheiro, troco a fralda... trago na cozinha para almoçar, depois levo para a cama de novo, é o dia inteiro.(cuidador 6, 49 anos)

Ah eu tenho que fazer tudo por ela, tenho que dar banho, tenho que trocar, eu tenho que dar comida, tudo na boca dela... até água tem que colocar o canudinho, segurar na boca dela para ela tomar. (cuidador 15, 54 anos)

Notou-se que os cuidadores necessitavam realizar várias tarefas relacionadas às atividades básicas da vida diária para o idoso, sendo estas das mais simples às mais complexas. Vale destacar que as atividades como banho e transporte exigem do cuidador um esforço físico constante, e a medicação, certo grau de escolaridade.

Não se pode deixar de alertar que a maioria dos cuidadores participantes deste estudo encontrava-se em franco processo de envelhecimento, apresentando baixa escolaridade e que, além de cuidar, executava tarefas domésticas em seu cotidiano, comprometendo a qualidade do cuidado prestado, bem como a sua saúde.

Cattani e Girardon-Perlenni (2004) alertam que o cuidar de alguém com dependência requer o desenvolvimento de atividades que envolvem esforço físico, além de procedimentos que exigem concentração e planejamento, acarretando, com o passar do tempo, características estressantes da atividade de cuidar e desgaste físico e emocional dos cuidadores.

Eu levanto 5 horas, faço o café, depois eu dou quatro fatias de pão com manteiga para ele, eu dou os comprimidos dele, aí vou dando qualquer coisa que tem de comer, até na hora do almoço. Três horas, é o banho, levo ele pra cá e pra lá, por exemplo, ele quer ir lá na frente tem que pegar ele na mão e levar lá, ele quer vir eu tenho que cuidar pra ele não cair porque se ele se quebrar ou uma coisa e outra é difícil pra mim, aí é que vai me dar trabalho, deu seis horas eu troco ele. (cuidadora 1, 73 anos)

[...] ela está com sonda, mudou a alimentação, e nós, de duas em duas horas damos o alimento... não são todas as coisas, pois, a sonda já entupiu uma vez, ela já arrancou uma vez...nós amarramos a mão dela, mas ela escapou. Tem que dar a alimentação, o banho, por sentada, depois de umas duas horas tem que deita-la. (cuidador 8, 69 anos)

Ele dá sinal para mim e eu largo o que eu estou fazendo e já corro lá pego a cadeira de rodas, sento ele, levo no banheiro ou levo ele no quarto, onde ele quiser ir, aqui dentro de casa.O banho também eu levo ele aqui, sento ele numa cadeira e lá dou um banho sozinha nele, aí eu enxugo bem enxugadinho, visto a roupa nele, levo ele lá para o sofá. Aí dou o café quente para ele tomar. (cuidador 11, 73 anos)

Faço de tudo, de tudo que precisa, um café, uma água, levar no banheiro, de tudo, de tudo, roupa, cuidado da casa e dele. Eu estou lá lavando roupa ele me chama, eu preciso sair e vir acudir..., então é o dia inteiro nesta luta. (cuidador 13, 71 anos)

Outro relato de um cuidador revela a preocupação com a pele do idoso diante da fragilidade de sua textura, bem como cuidados referentes à manutenção de uma boa hidratação.

Eu tenho que sentar ela na cama, para por na cadeira de rodas e tem que ter dois dos meus filhos ou o meu marido para ajudar..., pega no lençol, porque se for pegar por baixo do braço fica tudo vermelho porque a pele dela está sensível, então não é fácil não... troco ela e passo algodão com hidratante no corpo inteiro dela. (cuidador 15, 54 anos)

Quando expostos os tipos de cuidados realizados, observou-se uma preocupação dos cuidadores na preservação da imagem do idoso, porque poucos referiram os cuidados que eram constrangedores, como, por exemplo, a troca de fraldas e a higiene íntima. Como já mencionado, foram escolhidos intencionalmente os idosos mais dependentes, e a maioria deles usava fraldas e necessitava de ajuda para a higienização.

Categoria 3 - Dificuldades do Cuidar

A dependência, no transcurso de sua evolução, vai exigindo a incorporação de novos cuidados que necessitam ser adequados às necessidades do idoso, e conseqüentemente, exigindo maior dedicação e conhecimento do cuidador. Cattani e Girardon-Perlini (2004) sugerem que as atividades de cuidar parecem simples para quem as desenvolve, contudo se tornam árduas para quem nunca precisou enfrentá-las.

Neste estudo, o cuidar foi principalmente relatado como sendo uma tarefa difícil e cansativa, de muita responsabilidade, dedicação, coragem e que requer muita paciência e força de vontade. Diante disso, torna-se relevante conhecer as dificuldades encontradas no cotidiano desses cuidadores para a realização dos cuidados ao idoso dependente.

Pavarini e Neri (2000) resumem cinco elementos percebidos como dificuldades inerentes à tarefa de cuidar: as tarefas levam ao ônus físico e financeiro, os cuidadores não possuem informações suficientes para exercer o cuidado, a tarefa de cuidar rivaliza com o trabalho profissional ou mesmo com o papel familiar desempenhado anteriormente pelos cuidadores, a dinâmica cuidar-ser-cuidado pode aflorar sentimentos negativos antigos, e a

atividade de cuidar geralmente é um trabalho exercido por um membro da família, sem ajuda ou reconhecimento dos outros integrantes.

De acordo com Neri (2000), o grau da necessidade de ajuda depende do nível de incapacidade funcional do idoso. O grau que pode causar sobrecarga ao cuidador depende do número e da qualidade das necessidades do idoso no manejo diário para a sua sobrevivência. A autora acrescenta que as atividades que requerem mais esforço físico e emocional do cuidador são as que envolvem a sobrevivência física e o manejo de déficits comportamentais e de distúrbios cognitivos.

Cuidar de um idoso dependente, além de esforço físico, necessitando na maioria das vezes de ajuda de outras pessoas, exige do cuidador um controle emocional e a necessidade de conciliação com outras tarefas, sejam elas domésticas ou relacionadas às atividades laborais. Essa sobrecarga de funções e exigências de esforços comprometem a saúde física e mental do cuidador, especialmente se o mesmo estiver vivenciando o processo de envelhecimento.

Neste estudo, surgem diferentes graus de dificuldades quando a tarefa é a de cuidar de idosos que demandam cuidados especiais. O cuidar de um idoso dependente exige do cuidador tarefas contínuas e duradouras, porque além das atividades do cuidado, o mesmo tem que oferecer atenção, amor, carinho e apoio emocional, desencadeando-lhe uma situação de desgaste físico e emocional.

Dentre as dificuldades apresentadas pelos cuidadores, as que exigem esforço físico, como o banho e o transporte/locomoção, foram as mais relatadas, ficando evidente a sobrecarga tanto física quanto mental, que são demonstradas pelas declarações das dificuldades apresentadas por eles.

Acho tudo difícil. Eu tenho que cuidar, pois se eu não cuida... eu não vou abandonar ele, porque vai indo pra 52 anos que eu estou junto com ele... eu tenho que cuidar dele porque ninguém cuida. Tem dia que eu não agüento cuidar dele, porque eu canso, porque as pessoas vão ficando de idade e não é toda a noite que elas dormem... essa noite passada eu dormi até meia noite, depois eu fiquei todo o tempo acordada e me dá sono quatro horas da manhã. (Cuidador 1, 73 anos, cuidando há 3 anos de um idoso com 74 anos)

A dificuldade dele é só na hora do banho, pois eu preciso chamar o meu vizinho, porque ele é muito pesado e eu não agüento levar ele sozinho. Tirar da cama, quando é para tirar da cama, eu preciso chamar alguém para tirar. (cuidador 16, 68 anos cuidando há 1 ano e 5 meses de um idoso com 70 anos)

Ah é dar o banho, porque ela não fica quieta, ela vai com o corpo todo para frente. Ela não é uma pessoa de ficar sentadinha... ela vai caindo, abaixando a cabeça, com o corpo todo. Tem dia que não, ela fica mais ou menos, mas tem outros dias que, nossa senhora, tem que dar banho com uma mão e segurar com a outra, senão ela cai. (cuidador 12, 47 anos, cuidando há 5 anos e 4 meses de um idoso com 78 anos)

Além de tarefas que exigem sobrecarga e esforço físico, o cuidador necessita dividir o tempo do cuidado realizando tarefas domésticas em seu cotidiano, além de ter que oferecer afeto, carinho e atenção ao idoso. Foi referida ainda a dificuldade de realizar os cuidados no período noturno, tendo em vista a necessidade de descansar, mas sendo impedido por ter que continuar realizando os cuidados ao idoso, independentemente do período, provocando um desgaste físico e mental, muitas vezes acompanhado de insônia, principalmente quando o tempo que cuida já é relativamente longo.

O difícil é a noite, pois de dia a gente não pode deitar, porque ele vai deitar e eu tenho meu serviço. Quando eu termino o meu serviço, e que eu penso de deitar, ele está levantando. E a noite, ele dorme um sono e eu não consigo dormir, eu não tenho sono para dormir. Quando eu vou conseguir dormir ele começa... ele se descobre e não cobre, tenho que levantar cobrir ele, ou ele faz xixi na roupa e eu tenho que trocar a roupa, e é assim. (cuidador 11, 73 anos, cuidando há 11 anos de um idoso com 84 anos)

Andrade e Rodrigues (1999) apregoam que o esforço exigido no processo de cuidado, de forma contínua, e muitas vezes sem apoio, quando associado à idade do cuidador bem como a outras responsabilidades são fatores que proporcionam deteriorização física do cuidador. Os autores alertam que a exigência de cuidados permanentes e a falta de tempo para o cuidador dedicar-se a si mesmo trazem riscos a sua saúde mental.

Cuidadores que se sentem sobrecarregados, injustiçados e acumulando funções de mãe, profissional e esposa tendem a desempenhar suas funções aquém de suas capacidades (SOMMERHALDER, 2001).

Entre alguns cuidadores, a tarefa de cuidar se torna mais difícil em virtude da falta de uma adequação no espaço físico do ambiente, principalmente para o uso de cadeiras de rodas e de banho, fato que se torna preocupante em virtude de maiores possibilidades de acidentes e quedas, contribuindo para a piora no estado de saúde do idoso e um aumento de tarefas e cuidados, além de esforço físico para o cuidador.

No banho, cadeira de rodas eu não uso, porque no meu banheiro não cabe cadeira de rodas, então, eu sento ela na patente e dou banho no vaso. Meu

banheiro é pequenininho, não cabe nem cadeira de banho nem cadeira de rodas. (cuidador 12, 47 anos, cuidando há 5 anos e 4 meses de um idoso com 78 anos)

A dificuldade é o local, o espaço físico. Minha casa é pequena, o banheiro mesmo não dá para entrar com uma cadeira de rodas, eu tenho que levar ele puxando pela mão, sentar ele, colocar a cadeira de banho lá dentro e dar banho nele, e quando termina o banho, tem que levantar ele e puxar pela mão, sendo que, se tivesse um espaço maior daria para eu tirar ele na cadeira. (cuidador 17, 39 anos, cuidando há 6 anos de um idoso com 66 anos)

Outras dificuldades também foram expostas pelos cuidadores, tais como falta de paciência e teimosia do idoso e o fato de ficar sozinho. Não obstante, alguns cuidadores relataram não sentir dificuldade, por estarem já acostumados com as tarefas e as mesmas fazerem parte de seu cotidiano. Essas dificuldades podem estar sendo aliviadas dependendo da intensidade da interação afetiva entre cuidador e idoso e até mesmo pelo reconhecimento da situação pelo próprio idoso e apoio dos familiares.

Não sinto dificuldade não, já acostumei. É cansativo porque ele é pesado para levar no banheiro,... ele se ajuda de um lado e eu afirmo ele do outro, e tem que empurrar o pé dele para mudar. É difícil, mas como eu já estou prática, já acostumei. A gente tem isso como um trabalho do dia a dia. (cuidador 4, 57 anos, cuidando há 6 anos de um idoso com 68 anos)

Ah, no começo encontrava dificuldade, mas agora para mim virou rotina. (cuidador 7, 20 anos, cuidando 7 anos de um idoso com 60 anos)

Eu não sinto dificuldade para cuidar dela. Eu faço assim como se estivesse cuidando de uma criança, a única diferença é que eu não posso pegar no colo e sair passear com ela, mas o resto eu faço tudo, não tenho dificuldade. (cuidador 15, 54 anos, cuidando há 6 meses de um idoso com 93 anos)

O ato de cuidar do outro tem por base valores tomados pelos seres humanos como naturais e são expressos no modo de se relacionar com outras pessoas, sendo influenciado por fatores culturais; todavia, é um processo passível de transformação (KARSCH, 2004).

Diante dos tipos de cuidado realizado, do significado de cuidar e das dificuldades encontradas pelos cuidadores, torna-se preocupante o comprometimento do estado de saúde, tanto física quanto emocional do cuidador, principalmente se for associado que a tarefa de cuidar pode estar influenciando nos relacionamentos e na vida social do cuidador, contribuindo para a solidão e perda da liberdade.

Ser cuidador de uma pessoa doente na esfera domiciliar é, na maioria das vezes, ter que negligenciar sua própria vida ou parte dela. A prioridade no momento é cuidar de seu familiar doente, realizar o que ele necessita, abdicando de suas próprias vontades (CATTANI; GIRARDON-PERLINNI, 2004).

Reitera-se, por conseguinte, a necessidade de conhecer a realidade de cada família, bem como as estratégias de apoio que poderão ser utilizadas no enfrentamento da situação de dependência, para que se possa contribuir na melhoria da saúde do cuidador e na qualidade dos cuidados a serem por ele prestados.

4.2.2 Tema 2 – Compreendendo o apoio social e as necessidades para o cuidar

O apoio social é entendido como qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material fornecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos (ROTH, 1989 apud PINTO et al., 2006; VALLA, 1999). Envolve a estrutura da rede de relacionamentos sociais e o grau de satisfação da pessoa que usufrui do apoio social (PINTO et al., 2006).

O apoio social ao idoso e seu cuidador tem como objetivo principal diminuir os aspectos negativos provocados pela tarefa de cuidar, contribuir para a melhoria da saúde do cuidador e refletir positivamente na qualidade dos cuidados prestados (BERKMAN; SYME, 1999). Tal apoio é chamado de informal quando advindo de membros familiares, próximos ou distantes, por amigos, vizinhos, grupo de ajuda mútua, grupos comunitários religiosos ou não, e é denominado formal quando advindo de serviços de saúde e sociais, entre outros (CALKINS, 1997; PINTO et al., 2006).

As categorias funcionais de apoio se constituem de apoio material, refletindo o acesso aos recursos materiais; apoio afetivo, envolvendo sentimentos de amor e afeição; apoio emocional, como carinho, empatia, amor, confiança, afeto, escuta e interesse; apoio de informação, utilizada para enfrentar a situação-problema; e interação social positiva, que está relacionada com a disponibilidade para atividades de lazer (BOWLING, 1997; OSTERGREN et al., 1991; SHERBOUNE; STEWART, 1991 apud PINTO et al., 2006).

A readequação, estruturação e organização do cuidado e do apoio social se configuram de uma maneira muito particular e diferem entre as famílias, dependendo da estrutura de funcionamento interno, relacionamento social, afetividade e disponibilidade de

seus membros. Condições socioeconômicas e fatores culturais também interferem significativamente nos aspectos relacionados ao apoio social.

Após a codificação dos dados coletados, os mesmos foram trabalhados sob uma organização em que das informações contidas no material das entrevistas resultaram em três categorias: apoio social informal, apoio social formal e necessidades para o cuidar.

Categoria 1 - Apoio Social Informal

No tocante ao apoio social informal, foram relatados pelos cuidadores que o mesmo é advindo de familiares e não familiares, conforme mostra a Figura 4. O apoio familiar foi proveniente de filhos(as), além de irmã, marido, neto, genro e cunhado da irmã. Para o apoio não familiar foram relatados grupos comunitários, vizinhos, pastor/padre e amigas. Vale ressaltar que no apoio familiar a figura dos filhos(as) foi a mais referida, reforçando o fato de que os mesmos compartilham a tarefa de cuidar imbuídos de sentimentos afetivos, dever e obrigações, influenciados culturalmente por valores e crenças, refletindo a maneira de ser e de cuidar de cada família.

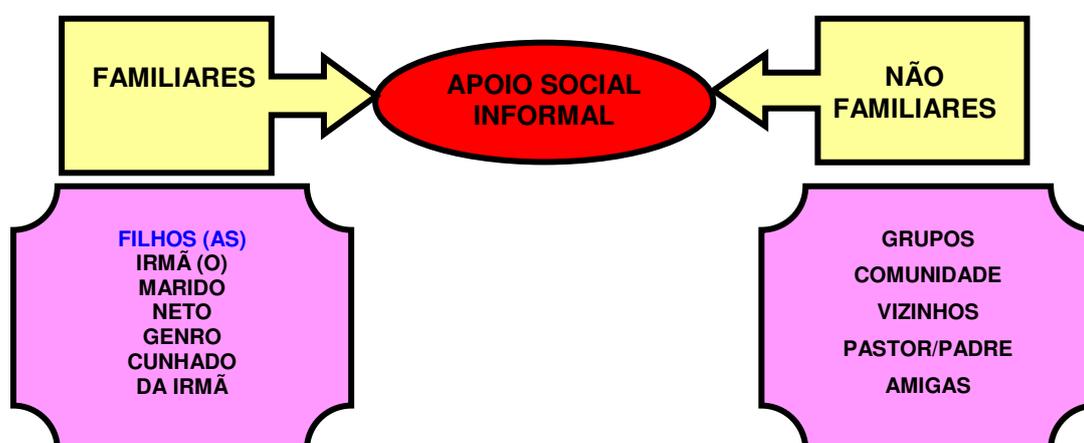


Figura 4 – Fonte de apoio informal relatada pelos cuidadores familiares de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.

No apoio advindo dos filhos, as atividades estão relacionadas à ajuda com a higiene, alimentação, banho, fazer a barba, cortar o cabelo, mobilização e transporte, ajuda financeira, afazeres domésticos e atividades externas, configurando-se em uma frequência regular e constante, conforme indica o Quadro 5.

DE QUEM RECEBE	TIPO DE APOIO	FREQUÊNCIA
Filhos (as)	<ul style="list-style-type: none"> • Auxílio para dar alimentação, mobilização e transporte do idoso, fazer a higiene, dar banho, fazer a barba, cortar o cabelo; • Levar ao médico, atividades externas (banco); • Afazeres domésticos; • Ajuda financeira. 	Diariamente ou todo dia, quando precisa.
Irmã (o)	Ajuda nos cuidados, companhia para o idoso.	Todo dia, à noite.
Marido	Mobilização, alimentação.	Quando precisa, à noite e finais de semana.
Neto (a)	Mobilização, levar para a assistência à saúde (médico), afazeres domésticos.	Todo dia, quinzenalmente.
Genro	Mobilização.	Quando precisa.
Cunhado da irmã	Receber a aposentadoria.	Todo mês.

Quadro 5 – Apoio social informal advindo de familiares ao cuidador de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.

Para Ayéndez (1994), além de a família constituir-se da principal fonte de apoio para os idosos, a mesma ainda fornece apoio social, funcional, econômico e afetivo. A autora acrescenta que a rede de apoio informal ao idoso surge como consequência de relações sociais, e que além da família, o apoio surge de amigos e vizinhos.

No entanto, a família necessita se reestruturar e dividir tarefas para ajudar no cuidado. Apesar de poder contar com o apoio dos filhos para as tarefas no cotidiano, essa ajuda pode não ser suficiente quando associada ao grau de dependência do idoso bem como à idade, escolaridade e ao estado de saúde do cuidador.

A ajuda do meu filho é diária, ele nem sai para trabalhar fora, está com 18 anos, mas ele não sai porque eu preciso de um aqui, junto comigo para ajudar. (cuidador 15)

Se não tivesse dado derrame, uma pessoa sozinha levava e dava banho nela no banheiro, mas agora que deu derrame, ela é pesada e a minha filha, começou a me ajudar a cuidar. Enquanto eu faço os afazeres da casa, a minha filha faz a comida e dá o alimento para minha mãe, é assim, nós trabalhamos as duas juntas. (cuidador 8)

Os filhos, é direto, é todo dia eles me ajudam. Agora que eu estou machucada, são eles que estão cuidando dele. Eu só dou banho, pois eles é que levam ele para o banheiro e colocam ele na cadeira de banho, depois lá eu tiro a roupa dele e dou banho, mas, é o dia inteiro eles estão juntos. (cuidador 3)

Olha quem está dando apoio bastante para mim é a minha irmã que eu moro com ela, porque a outra já mora um pouquinho mais longe, não é assim 24 horas que nem eu e ela que já estamos juntas. (cuidador 5)

O apoio informal advindo de grupos na comunidade foi também referido pelos cuidadores, contudo, quando relacionado ao tipo de cuidado, verificou-se que o mesmo está voltado para o apoio emocional e financeiro, principalmente no fornecimento de fraldas descartáveis, cesta básica, orações e conversas. Esse apoio não se apresenta de forma freqüente, ou seja, de maneira regular e constante, conforme demonstra o Quadro 6.

DE QUEM RECEBE	TIPO DE APOIO	FREQUÊNCIA
Grupos na comunidade	Fazer orações, conversar; Ajuda na compra de fraldas descartáveis, cadeira de rodas, cesta básica.	Todo o mês, semanalmente, para oração, de vez em quando, anualmente para cesta básica, não tem freqüência.
Vizinho	Ajuda para transporte e mobilização, para tirar da cama e quando o idoso cai.	Duas vezes na semana, quando precisa, só na urgência
Pastor/Padre	Fazer orações e ajuda em fraldas descartáveis.	Todo mês com fraldas, não tem freqüência.
Amigas	Visitas, massagem no idoso.	Não tem freqüência.

Quadro 6 – Apoio social advindo de outras fontes informais ao cuidador de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.

Essas fontes de apoio social são de fundamental importância ao cuidador e estão embasadas em relações sociais, revelando as interações e relacionamentos entre o cuidador/família e comunidade. A solidariedade se faz presente quando, além de apoio emocional, as fontes informais colaboram para amenizar o custo gerado pelo processo de cuidar, principalmente na ajuda com fraldas descartáveis e cesta básica.

É todo mês as fraldas. Tem a da Igreja católica e tem as das irmãs da igreja que de vez em quando elas trazem fraldas e ajuda a gente a pagar a cadeira de rodas. (cuidador 9)

Todos os meses o padre me ajuda com fralda descartável, e quando é época de Natal a D. Maria dá uma cesta básica, uma vez por ano. (cuidador 19)

Outra fonte de apoio citada foram os vizinhos, porém observa-se na fala dos cuidadores que somente em casos de urgência ou de uma grande necessidade os mesmos são solicitados, o que parece estar associado à preocupação do cuidador e familiares de estar incomodando e atrapalhando a rotina de seus vizinhos, o que envolve aspectos culturais,

valores e crenças de cada família e que influencia negativamente no desenvolvimento de um sentimento de solidariedade.

Só numa emergência, quando a gente não tem como socorrer com outra coisa, aí os vizinhos socorrem. (cuidador 3)

Outro elemento que pode estar influenciando no apoio informal, tanto advindo dos vizinhos quanto dos grupos na comunidade é a sobrecarga de tarefas impostas ao cuidador, gerando impossibilidade de participar de relações sociais, ou seja, privando-o do contato com amigos, vizinhos e grupos na comunidade.

Categoria 2 - Apoio Social Formal

Em relação ao apoio social formal aos cuidadores, 17 relataram receber algum tipo de ajuda da unidade básica de saúde e das ESF, 7 cuidadores informaram ajuda vinda do Pronto Atendimento Municipal, 2 cuidadores referiram ajuda do serviço municipal de fisioterapia, um do serviço municipal de fonoaudiologia, um do serviço de assistência social e 1 cuidador da farmácia particular. Vale ressaltar que tanto o serviço de fisioterapia como o de fonoaudiologia municipal são centralizados e não desenvolvem atividades no domicílio, necessitando que o cuidador transporte o idoso até os serviços de saúde, conforme mostra a Figura 5.

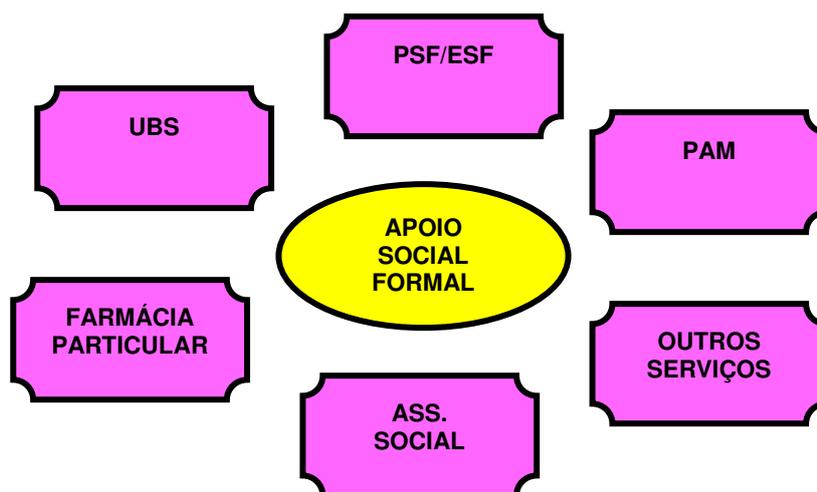


Figura 5 – Fonte de apoio formal relatada pelos cuidadores familiares de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.

É importante destacar que 2 cuidadores relataram não receber qualquer tipo de ajuda advinda do apoio formal, o que é extremamente preocupante na qualidade de vida do cuidador e conseqüentemente na qualidade do cuidado prestado ao idoso.

O Ministério da Saúde, através das diretrizes operacionais lançadas no pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão, reforça que os cuidadores de pessoas dependentes deverão, também, receber atenção a sua saúde, considerando que a atividade de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos ao cuidador, e para tanto a função de prevenir perdas e agravos à saúde abrangerá, igualmente, a pessoa do cuidador (BRASIL, 2006a).

Observa-se, neste estudo, que no suporte formal advindo das unidades básicas de saúde as atividades mais relatadas pelos cuidadores envolvem ajuda com a medicação, verificação de pressão arterial no domicílio, visita dos ACS, visitas domiciliares das equipes do PSF, exames de glicemia e vacinação no domicílio. A maioria das ações identificadas pelos cuidadores integra as funções já atribuídas aos componentes das equipes do PSF, conforme mostra o Quadro 7.

DE QUEM RECEBE	TIPO DE APOIO	FREQUÊNCIA
Unidade Básica de Saúde	Medicação, medir pressão arterial, exames de glicemia, vacinação.	Mensal Quando precisa Não tem frequência
Equipes do PSF (ACS, enfermeiro, médico)	Visita do Enfermeiro (a)	Estão sempre aqui Às vezes Quando solicita
	Visita do ACS	Direto Quando solicita
	Visita do Médico PSF	Quando solicita
Serviços de apoio municipal (fisioterapia, fonoaudiologia)	Atendimento de Fisioterapia	Uma vez/semana Quando consegue, é difícil.
Serviço de assistência social	Fornecimento de fraldas descartáveis	Não tem frequência
Pronto Atendimento municipal – PAM	Ambulância Medicação Consulta	Quando precisa Quando o idoso não está bem
Farmácia	Medir pressão	Quando chama

Quadro 7 – Apoio social advindo de fontes formais ao cuidador familiar de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.

Nota-se neste estudo que os cuidadores solicitavam a visita dos médicos e dos enfermeiros, demonstrando, assim, a falta de uma periodicidade programada pela equipe do

PSF no acompanhamento dessas famílias em situação de dependência. Laham (2003) pontua que o relacionamento cuidador-equipe influi no atendimento e na capacidade de administrar os cuidados.

É se eu for aqui, (posto de saúde) e precisar e falar, eles vem medir a pressão, nunca ninguém falou não. (cuidador 2)

A gente pega o remédio no Posto de Saúde... o remédio para ele e para mim. (cuidador 3)

O remédio eu pego todo mês e quando precisa de médico eu tenho que solicitar, qualquer coisa eu ligo no Centro Social e daí a enfermeira fala o que eu tenho que fazer, se eu tenho que levar no PAM ou a médica do postinho resolve ali. (cuidador 15)

Só se for uma medicação que não tem, aí a gente compra... é bem pouco o que eu preciso comprar, só quando é uma outra coisa fora da rotina dele. Mas as coisas que precisa da pressão tudo sempre tem, não estou comprando nada. Comprei no começo, mas agora tem tudo. (cuidador 2)

Veras et al. (2000) defendem que o PSF representa uma mudança no paradigma de atenção à saúde da população como um todo e, em especial, exerce um papel fundamental na atenção à saúde do idoso, deslocando o lócus do cuidado à saúde para mais próximo do indivíduo, da sua família, da comunidade a que pertence e do seu domicílio.

Dentre os profissionais integrantes das equipes do PSF, o ACS foi a figura mais relatada pelos cuidadores, ou seja, que apresentou uma maior frequência nas ações, configurando-se então em um maior vínculo com a família e um importante membro no apoio social. Vale salientar que a maioria das ações desenvolvidas pelos ACS configurou realmente em um apoio social, pois os cuidadores relataram que os mesmos, muitas vezes, pegavam a receita e a medicação na unidade básica de saúde e levavam até o domicílio do cuidador, propiciando, neste sentido, uma contribuição para as tarefas do cuidador.

Às vezes as moças (ACS) vem aqui para ver ela, recebo medicação, quando eu preciso elas me trazem... quando eu não posso buscar a agente de saúde traz para mim, ela pega a receita e vai buscar. (cuidador 10)

A enfermeira vem olhar a diabetes e a pressão... quando eu preciso de alguma coisa eu ligo no postinho. A agente de saúde sempre traz as coisas para mim quando eu não posso pegar... (cuidador 16)

Ah, as meninas (ACS) passam direto, mas da saúde às vezes passa um mês sem vim. A medicação é todo mês. (cuidador 14)

É sempre que eu peço se precisar que o médico vem em casa, aí eu peço para a Agente de Saúde, ela anota e..., pega o remédio para mim, pega receita, então é uma ajuda. (cuidador 19)

Embora tenha sido referido apenas o(a) enfermeiro(a) na equipe de enfermagem, sabe-se que as atividades citadas, como medir pressão e realizar glicemias, são realizadas pelo auxiliar de enfermagem, podendo indicar uma confusão entre enfermeiro e auxiliar de enfermagem pelos cuidadores participantes do estudo. Também foi citada por um cuidador a farmácia como fonte de apoio na verificação de pressão arterial, quando ocorre a não disponibilidade do serviço pela unidade básica de saúde, embora essa atividade seja inadequada, podendo ser cobrada financeiramente da família, podendo não configurar em apoio social.

As enfermeiras estão sempre aqui, e quando elas não vêm a gente chama na farmácia e eles vem olhar a pressão da gente. (cuidador 13)

Outro apoio relatado pelos cuidadores foram os advindos do PAM, nos quais prevaleceram as ações relacionadas ao atendimento de urgência ao idoso, como quando precisam de ambulância, consultas e medicações, e sua frequência depende do estado de saúde do idoso.

Bom se liga lá no PAM, se ele ta passando mal, qualquer coisa, aí eles vem buscar ... (cuidador 1)

Se ficar doente, chama a ambulância. São muito bons... A ambulância vem, leva, busca, eles cuidam muito bem. (cuidador 9)

Torna-se necessária, portanto, a integração com diversos setores da sociedade visando à melhoria da qualidade do cuidado prestado, bem como contribuindo para a saúde do cuidador. Paschoal (1996) reforça que se as políticas sociais e de saúde conseguirem promover a habilidade funcional da população idosa e construir um sistema adequado de suporte aumentará grandemente a chance de uma velhice saudável e uma vida digna, com mais qualidade.

Meirelles e Erdmann (2006) sugerem que uma rede de cuidados é fundamental para atender às necessidades dos indivíduos e comunidades, e que é importante a participação de diversos setores e organizações, visto que se deve considerar que o processo da produção da saúde e da doença se faz como uma construção histórico-social e das situações vividas.

Andrade e Rodrigues (1999) alertam que a falta de compromisso, responsabilidade e consciência dos profissionais de saúde não lhes permite compreender que, em um futuro bem próximo, o cuidador poderá tornar-se um cliente a mais para o serviço de saúde.

Torna-se evidente, então, a importância da parceria entre profissionais de saúde, pessoas que cuidam dos idosos e diversos setores, privilegiando ações de promoção da saúde, prevenção de incapacidades, manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e cuidador dentro de seu contexto, e que essa é uma prática que deve ser incansavelmente incentivada e praticada.

Categoria 3 - Necessidades Para o Cuidar

Quando o cuidador assume a tarefa de cuidar, tem a convicção de que seja capaz de realizá-la. Entretanto, com a evolução da fragilização do idoso, e conseqüentemente de sua dependência, as exigências do cuidado se tornam mais intensas e o cuidador precisa abrir mão de necessidades pessoais. Diante do fato, o cuidador sente-se sozinho e percebe a necessidade de ajuda, tanto nas divisões de responsabilidades quanto financeiramente (ALVAREZ, 2001).

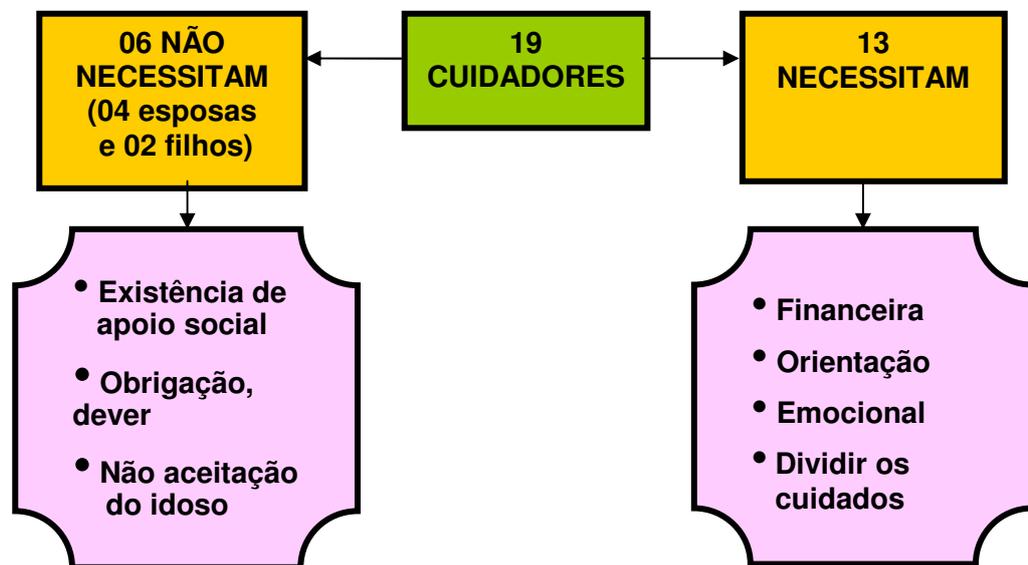


Figura 6 – Necessidade de ajuda referida pelos cuidadores familiares de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.

Conforme ilustra a Figura 6, entre os 19 cuidadores deste estudo, 6 deles referiram não necessitar de ajuda ou apoio para realizar o cuidado – 4 esposas e 2 filhos. No entanto, fica evidente a existência de um suporte familiar para os cuidados e a não aceitação do idoso

em ser cuidado por uma pessoa estranha. Outro motivo que poderia colaborar para a situação encontrada seria a presença do sentimento de obrigação e dever de cuidar culturalmente cobrado dos filhos e esposas tanto pelos familiares como pela sociedade.

Outros de fora ele não aceita, então é só eu e a filha mesmo, e quando os filhos vem, tem um que mora em Curitiba e quando chega aí ajuda também..., meu genro também ajuda bastante. (cuidador 13, esposa)

Ah, eu acho que não, graças a Deus ainda está indo, está dando para ir levando, estou agüentando ainda. (cuidador 16, esposa)

Ah, eu acho que do jeito que está, vai levando, não há necessidade não, a gente leva. Vai indo do jeito que a gente pode. (cuidador 4, esposa)

Neste estudo, 13 participantes referiram necessitar de algum tipo de ajuda no cotidiano das atividades de cuidar, conforme aponta o Quadro 7. Todavia, vale destacar que as necessidades apresentadas pelos cuidadores sofrem influências das dificuldades encontradas no cotidiano, do apoio social recebido, do grau de incapacidade do idoso, bem como de fatores socioeconômicos e culturais de cada contexto.

TIPO DE NECESSIDADES	Nº
Ajuda financeira	06
Orientação	04
Ajuda na mobilização e transporte do idoso	01
Apoio emocional	02
Ajuda com ambulância	01
Ajuda para dividir os cuidados e poder sair	02

Quadro 8 – Tipo de necessidades relatadas pelos cuidadores de idosos dependentes, Jandaia do Sul, PR, 2006.

Dentre as necessidades relatadas, a ajuda financeira e a orientação foram as mais apontadas, sendo também referida a necessidade de apoio para realizar as tarefas domésticas, apoio psicológico, ambulância, mobilização e transporte do idoso, compras de fraldas, compra de alimentos, alguém para conversar e dar conselhos e a necessidade de dividir as tarefas do cuidado.

Caldas (2000) afirma que a família apresenta necessidades que vão desde os aspectos materiais até os emocionais, incluindo necessidades de informações. Para a autora, o aspecto material inclui recursos financeiros, questões de moradia, transporte e acesso a serviços de saúde. Aliado a isso, a família necessita de informação sobre como realizar os cuidados,

incluindo a adaptação do ambiente ao idoso. Reitera ainda a importância do suporte emocional e uma rede de cuidados e ações que garantam a qualidade de vida aos cuidadores principais.

Sabe-se que a condição de dependência contribui para o aumento dos gastos não programados no orçamento familiar. Para a necessidade financeira, os cuidadores apontaram os gastos, principalmente com fraldas, medicação e poder pagar uma pessoa para realizar as tarefas domésticas, acrescentando que mesmo tendo alguém para auxiliar nas outras tarefas, a de cuidar do idoso dependente é sua obrigação e responsabilidade.

Financeira seria bom, mas fisicamente não, pois eu já peguei uma pratica para cuidar dela, agora financeiramente sim, porque as vezes a gente passa um pouquinho apurado, porque é o remédio, é a fralda. Esses remédios e a fralda são todos caros, aí pesa um pouquinho. (cuidador 5, filha)

Ajuda, sempre a gente precisa, é difícil. Se eu tivesse um pouco mais de dinheiro para eu pagar uma pessoa para ajudar no serviço da casa, porque eu passo apurada para eu lavar, passar, cozinhar e cuidar dela. Olha que eu me viro, é não é fácil não. (cuidador 15, filha)

Eu queria pagar uma pessoa, mas eu não posso pagar agora com este salário alto que foi. Uma pessoa para limpar a casa duas vezes por semana, mas eu não consigo... (cuidador 1, esposa)

Ah, eu acho que sim. Eu preciso mais de ajuda nas fraldas dela, para mim é difícil. Fralda de adulto é muito mais cara do que de criança. (cuidador 6, filha)

Bom a financeira eu sentia mais... porque ela não é de comer arroz, feijão essas coisas não é não, ela vive mais a base do leite com mucilon e neston, mas arroz e feijão essas coisas não. Fralda é eu que compro, ninguém me dá fralda. Compro fralda todo mês. (cuidador 12, filha)

Durante as entrevistas, foi relatada, por alguns cuidadores, a impossibilidade de sair, se divertir ou participar de atividades de lazer, em virtude de não ter com quem deixar o idoso, ou mesmo de não ter tempo para o lazer e até pela preocupação com o idoso, conforme se depreende de algumas falas.

Eu não vou passear, não vou à Igreja, pois não tem jeito. Não vou para a casa nem da minha filha que mora na cidade. Não vou, não saio daqui, não dá nem tempo de buscar nem as coisas que precisa. (cuidador 11)

Não saio, fico o dia inteiro aqui, o único lugar que eu vou é fazer compra no dia que eu recebo, aí a filha fica aqui e eu vou fazer compra, é o único lugar que eu vou [...] eu fico só dentro desta casa aqui cuidando dele, eu não deixo ele sozinho por nada. (cuidador 13)

Se eu saio, não fico com a cabeça boa, tenho a preocupação, pois tem uma pessoa que depende de mim e tenho que voltar, então não é uma saída para distrair, pois você está lá mas tem alguém te esperando. (cuidador 14)

Não saio, fico só dentro de casa, sábado, domingo. É quarto-cozinha e banheiro, minha diversão é essa, estou cansada. (CUIDADORA 18)

Cattani e Girardon-Perlini (2004), em um estudo realizado com cuidadores familiares de idosos dependentes, encontraram que um dos maiores obstáculos apontados pelos cuidadores era a impossibilidade de sair de casa, passear, pois ficavam atrelados à responsabilidade e preocupação diária com o cuidado ao idoso, o que contribuía para o sentimento de solidão e de perda da liberdade.

Cuidar de uma pessoa dependente modifica o estilo de vida do cuidador em virtude das necessidades apresentadas pelo dependente. As atividades de recreação e convívio social acabam sendo alteradas em virtude das atividades do cuidar, e ainda da cobrança pelo indivíduo que necessita de cuidados, da presença constante do cuidador.

Quando o grau de dependência é muito acentuado e a falta de um suporte ao cuidador é caracterizado, a ansiedade, a sobrecarga e o stress são mais evidentes. Velasquez et al. (2004) concluem em seu trabalho sobre as trajetórias de vida dos cuidadores principais que existem dois movimentos concomitantes na tentativa do cuidador de transferir a responsabilidade pelos cuidados. Isto é, de um lado o cuidador escorregando cada vez mais para dentro da situação, e de outro os não-cuidadores deslizando cada vez mais para fora dessa situação. Neste estudo, encontrou-se situação semelhante, referida como um desespero e um desabafo dos cuidadores, interferindo tanto em sua saúde física quanto mental.

Preciso muito de ajuda, estou cansada. Eu falei para a minha cunhada ontem, fica um pouco, porque para mim está sendo muito pesado. Porque a minha cunhada só vem aqui e vai para a casa dela, a outra vem faz a visitinha e vai embora, e eu é que fico 24 horas [...] eu preciso de apoio, preciso mesmo, porque senão quem vai primeiro sou eu. Porque vai estressando e acumulando, você não tem com quem desabafar. Você fala com um, “mas é assim mesmo”, você fala com outro “coragem”, mas só que falar é fácil, o duro é fazer... “É assim mesmo, você agüenta”. É fácil falar não é?. (cuidadora 18, filha, solteira)

O que eu estava precisando é apoio psicológico, porque às vezes eu fico meio deprimida, porque eu quero fazer uma coisa, por exemplo, ir para um lugar viajar eu não posso ir, eu fico muito restrita, fechada, não dá para sair no final de semana, por exemplo eu tenho que sair, até para cuidar de mim, arrumar o cabelo, a unha e eu não posso sair porque eu fico preocupada com ele. (cuidador, 17, esposa)

Em relação à necessidade de orientações, fica evidente a deficiência de um suporte social formal e a carência de maior interação com os profissionais de saúde, porque ao desenvolver atividades de cuidar no domicílio o cuidador anseia por mais informações e orientações de como cuidar do idoso, para que melhore a qualidade do cuidado prestado. Observa-se a angústia e sentimentos de incerteza, medo e culpa de que os cuidados que estão sendo realizados por eles não estão sendo executados de forma adequada.

Ajuda nunca é demais, não é toda a vida que a gente sabe como cuidar. Eu acho que cuido direitinho, nunca deixo ela molhada, mas nunca é demais a gente aprender alguma coisa, principalmente agora que eles vão ficando com a pele sensível. (cuidador 6, filha)

Ah é mais orientação, porque eu cuido do meu jeito. Às vezes um pouco que a gente aprende mexer com a pessoa ajuda. Se eu pudesse mesmo eu faria até um cursinho para mexer, mas o que mais a gente tem que ter é paciência. (cuidador 14, filha)

Brêtas e Yoshitome (2000) informam que a orientação ou educação para a saúde é um dos atributos da equipe de saúde, principalmente do enfermeiro, que assume cuidar como seu objeto de trabalho. As autoras reiteram que compete aos enfermeiros que acompanham os idosos no domicílio capacitar cuidadores para a prestação de cuidados e supervisioná-los periodicamente.

A falta de um suporte público e até mesmo sua própria desorganização, provocada pela ausência de uma articulação adequada, colaboram para o isolamento do sistema de cuidado no interior do sistema familiar, resultando em muitas dificuldades (ANDRADE, 2001).

Neste sentido, as equipes do PSF devem conhecer a comunidade em que atuam e identificar fontes de apoio nessa comunidade; ademais, devem promover a interação entre idoso e cuidador, formando uma rede de apoio de vital importância para ambos.

As ações de saúde de forma interdisciplinar e intersetorial são fundamentais, porém as mesmas devem ser planejadas para o contexto familiar no qual o cuidado está sendo

desenvolvido e cuidador e idoso inseridos. Não se pode desconsiderar que cada família tem a sua subjetividade e sua maneira de cuidar, com base em seus valores e crenças, contudo o apoio formal e informal é uma necessidade tanto para o idoso quanto para o cuidador e sua família.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal deste estudo foi compreender como se revela o apoio social formal e informal à família do idoso dependente. Para tanto, o grupo de participantes do estudo foi constituído por cuidadores familiares primários de idosos dependentes que cohabitavam com o idoso, não tinham formação oficial em cuidados de saúde e que estavam cuidando há mais de 2 meses.

Procurou-se primeiramente conhecer o contexto familiar e social do cuidador familiar do idoso dependente. Os idosos dependentes deste estudo eram compostos, em sua maioria, pelo sexo feminino, apresentando idade entre 60 a 93 anos, cuja média de idade foi maior entre o sexo feminino. Encontravam-se acometidos por doenças crônico-degenerativas, predominando as doenças cerebrovasculares, sendo a hipertensão arterial a mais referida. O principal motivo de dependência era o acidente vascular cerebral – AVC.

Os cuidadores participantes da pesquisa eram em sua maioria do sexo feminino, esposas ou filhas, casadas, com menos de três anos de estudo, tendo como ocupação as atividades do lar e acumulando atividades domésticas com a tarefa de cuidar do idoso dependente. A idade variou entre 20 e 73 anos, com uma média de 50,5 anos, porém dos dezenove cuidadores seis apresentavam mais de 60 anos. A situação verificada alerta para uma preocupação no tocante à saúde física e emocional do cuidador, que se encontra em processo de envelhecimento e com sobrecarga de tarefas, necessitando de apoio social.

Todos os participantes relataram apresentar ligação com alguma denominação religiosa, mas foi referida dificuldade de freqüentar as atividades religiosas, provavelmente advinda da sobrecarga das atividades. Considerando que a religiosidade, para muitos cuidadores, pode se constituir de uma fonte importante de apoio emocional para o enfrentamento da situação de dependência, o fato encontrado reforça a necessidade de incremento do apoio social a esse grupo específico.

Os participantes expuseram que os idosos dependentes necessitam de cuidados constantes durante todo o dia e que a ajuda aos cuidadores para desenvolver as atividades do cuidado provém principalmente dos filhos, indicando que o apoio social ao cotidiano desses cuidadores está centrado na família e na figura dos filhos. Salienta-se que a maioria dos cuidadores residia em domicílios multigeracionais, com uma média de 3,6 integrantes por domicílio, no entanto cinco cuidadores conviviam somente com o idoso, revelando uma preocupação em relação ao apoio social.

Apesar de a renda familiar média ser de três salários mínimos, vale salientar que dos dezenove cuidadores, sete referiram apresentar renda familiar abaixo da média encontrada. Entretanto, a maioria das famílias residia em casa própria, de alvenaria, com boas condições estéticas e de higiene. Por sua vez, uma das necessidades relatada pelos cuidadores foi a carência financeira, confirmando que o apoio material à família é de fundamental importância, visto que cuidar de um idoso dependente gera gastos e onera o sistema de cuidado familiar.

Em um segundo momento, os resultados foram discutidos em dois temas e suas respectivas categorias. No primeiro tema procurou-se compreender o processo de cuidar na perspectiva do cuidador familiar, abordando as categorias relacionadas ao significado, atividades e dificuldades do cuidar.

O significado de cuidar de um idoso dependente foi relacionado a algumas atribuições do cuidado e tido como uma tarefa difícil e cansativa, de muita responsabilidade, dedicação, coragem e que requer muita paciência e força de vontade. Ademais, essa tarefa deve ser realizada com muito amor, atenção, carinho e prazer, pelo reconhecimento de obrigação, dever e retribuição somados aos bons momentos vivenciados junto ao idoso.

Dentre os tipos de cuidados realizados pelos cuidadores predominaram os relativos ao comprometimento funcional do idoso e que estavam diretamente ligados aos de manutenção da vida, como banho, alimentação, vestuário, mobilização e transporte do idoso, e ainda os relativos à reparação da saúde, como oferecer a medicação. Destaca-se neste sentido uma preocupação com a qualidade do cuidado oferecido e a saúde do cuidador, porque os cuidados mencionados exigem esforço físico e um certo grau de escolaridade e informação, visto a sua complexidade, podendo ocasionar sobrecarga física e mental.

Tal situação é evidenciada na lista de dificuldades apresentadas pelos cuidadores, principalmente às ligadas ao esforço físico e ao acúmulo de tarefas domésticas no cotidiano familiar por um período longo, aliadas ao processo de envelhecimento.

No segundo tema, procurou-se compreender o apoio social e as necessidades do cuidar, abordando as categorias relativas ao apoio social informal, apoio social formal e as necessidades para o cuidar.

No que tange ao apoio social, o mesmo foi percebido em diferentes intensidades advindas tanto de apoio formal quanto informal. No apoio social informal, a ajuda predominante era dos filhos(as) nas atividades relacionadas à higiene, alimentação, banho, mobilização, transporte, ajuda financeira para realização de afazeres domésticos e atividades

externas, oferecidos com frequência regular e constante. No apoio informal fica evidente a dedicação ao idoso dependente focada na retribuição, dever e obrigação dos familiares.

O apoio recebido por grupos na comunidade foi voltado especificamente ao apoio financeiro e emocional, contudo não se apresentando de forma regular e constante. No que se refere aos vizinhos, o apoio não se mostrava espontâneo, ou seja, era solicitado pelo cuidador somente quando não tinha outra opção.

Para o apoio formal, a unidade básica de saúde foi apontada pela maioria dos participantes, cujas ações eram voltadas à medicação, verificação de pressão arterial no domicílio, ajuda e visita dos ACS, visitas domiciliares das equipes do PSF, exames de glicemia e vacinação no domicílio, sendo que essas ações integram as funções já atribuídas aos componentes das equipes do PSF.

Entre os profissionais integrantes das equipes do PSF o ACS destacou-se nos relatos dos cuidadores, configurando-se em um importante membro no apoio social, haja vista que as ações desenvolvidas pelos ACS demonstram um apoio afetivo e embutido de solidariedade para com o cuidador.

No quesito necessidade de apoio, fica evidente que, quando existe uma distribuição de tarefas e uma ajuda por parte dos familiares, os cuidadores acreditam não precisar de ajuda ou apoio externo ao contexto familiar. Sabe-se que o conhecimento e habilidades para cuidar, a presença de redes de apoio formal e informal, a forma de buscar apoio emocional, a religião e o tipo de relacionamento com o idoso determinam a forma como a família avalia e enfrenta a nova situação.

A preocupação com a saúde da família, dos idosos e dos cuidadores, bem como a formação de uma rede de apoio deve ser focada por diferentes setores de modo interdisciplinar, desenvolvendo propostas realmente efetivas que promovam a saúde de maneira integral. Para tanto, faz-se necessário que o contexto do cuidado seja visualizado de forma integral, com o desenvolvimento de ações integralizadas que visem à promoção, prevenção e recuperação da saúde do idoso, cuidador e família, dentro do contexto socioeconômico, cultural e ambiental em que os mesmos estão inseridos.

Percebe-se que o cuidador anseia por mais informações e orientações, porque ele próprio se cobra e ainda sofre cobranças de familiares, apresentando angústia e sentimentos de incerteza, medo e culpa de que os cuidados que estão sendo realizados por ele não estão sendo executados de maneira adequada. Neste sentido, a formação de grupos de orientação para cuidadores de pessoas dependentes é uma estratégia que deve ser utilizada pelas equipes do PSF, pois além de propiciarem orientações adequadas aos cuidadores também favorecem a

interação social com outros cuidadores, propiciando a troca de experiências entre os mesmos e um momento de promoção para a saúde mental do cuidador.

Um fator relevante que deve ser instituído é que os profissionais integrantes das equipes do PSF estejam conscientizados e preparados para atender o idoso e família em seu contexto domiciliar, procurando desenvolver ações que busquem alcançar os objetivos propostos e a efetiva implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que apesar de ter dado um avanço considerável constitui-se em um grande desafio da atualidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. L. **Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde da família**. 2005. 141f. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSEN, I.; MARCON S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Ed. da UEM, 2004.

ALVAREZ, A. M. **Tendo que cuidar**: A vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis: Ed. da UFSC: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001.

ANDRADE, O. G.; MARCON, S. S.; SILVA, D. M. P. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. **Rev Gaúch enferm**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 123-132, jul. 1997.

ANDRADE, O. G. **Cuidado ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral**: representações do cuidador familiar. 1996. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão preto, 1996.

ANDRADE, O. G. **Suporte ao sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral a partir de uma perspectiva holística de saúde**. 2001. 223 f. Tese (Doutorado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

ANDRADE, O. G.; RODRIGUES, R. A. P. O cuidado familiar ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral. **Rev gaúch enferm**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 90-109, jul. 1999.

ARAÚJO S. S. C.; FREIRE, D. B. L.; PADILHA, D. M. P.; BALDISSEROTTO, J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface**: Comunicação, Saúde Educação, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 203-216, jan./jun. 2006.

ASSIS, M. Aspectos Sociais do Envelhecimento. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Orgs.). **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

AYÉNDEZ, M. S. El apoyo social informal. In: PERES, E. A. et al. **La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa**. Washington, DC.: OPS, 1994. (Publicação Científica, 546).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEACH, L. D. Gerontological caregiving: analysis of family experience. **J. Gerontol. Nurs.**, Throfore, v. 19, no. 12, p. 35-41, 1993.

BERKMAN, L. F.; SYME, S. L. Social Networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. **Am J Epidemiol**, v. 109, no. 2, p.186-204, 1999.

BRAITHWAITE, V.; McGOWN, A. Caregivers' emotional well-being and their capacity learn about stroke. **J. Adv. Nurs.**, Osney Mead, v. 18, no. 2, p. 195-202, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais: Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Secretaria executiva, Departamento de apoio à descentralização. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Internação domiciliar para idosos será implantada**. Agencia Notícias on line. Disponível em: [www. saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) . Acesso em 23 out. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS)** . Secretaria de Gestão do trabalho e da educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Versão preliminar - Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. Versão preliminar.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família – psf**. Secretaria Executiva - Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da atenção básica – SIAB: indicadores 2002**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de atenção Básica. 5. ed. Atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRÊTAS, A. C. P.; YOSHITOME, A. Y. Conversando com quem gosta de cuidar de idosos no domicílio. In DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 9.2, p. 111-113.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio./jun, 2003.

CALDAS, C. P. **O Sentido do ser Cuidando de uma Pessoa Idosa que Vivencia um Processo Demencial**. 2000. 141 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

CALKINS, E. et al. **Geriatría Clínica**. São Paulo: Atheneu, 1997.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan, 2002. p. 58-71.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz dos cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 254-271, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br. Acesso em: 01 mar. 2006.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, out., 1999.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**. Trad. Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Printipodamaia, 1989.

CROSS, S. S. Perceptions of familial caregivers of elder adults. **Image J. Nurs. Sch.**, Indianápolis, v. 25, n. 2, p. 88-92, 1993.

DIAS, R. B.; PERRACINI, M. R.; CAMPEDELLI, M. C. Grupo de cuidadores de idosos: Uma experiência multiprofissional. **Âmbito Hosp.**, São Paulo, v. 4, p. 46-55, 1993.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan, 2002. p. 58-71.

ELSEN, I. A família como objeto de estudo. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 1, n. 2, p.13-15. Suplemento.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Ed. da UEM, 2004.

ERDMANN, A. L. O sistema de cuidados de enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 52-69, maio/ago. 1998.

FARINASSO, A. L. C. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família**. Ribeirão Preto. 2005. 112f. Dissertação (Mestrado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, nov-dez, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, out-dez, 2006.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S. M. A. Os Cuidadores Leigos de Pessoas Idosas. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 9.1, p. 102-110.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico de 2000**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 19 mar. 2006a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais 2006**. Estudos & Pesquisas, n. 19, Rio de Janeiro, 2006b.

JONGBLOED, L. et al. Family adaptation to altered roles following a stroke. **Cjot**. Ottawa, v. 60, no. 2, p. 70-77, 1993.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, mai-jun, 2003.

KARSCH, U. M. S. (Org.). **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 2004.

LAHAM, C. F. **Percepções de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar**. São Paulo. 2003. 161f. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEITÃO, G. C. M.; ALMEIDA, D. T. O cuidador e sua qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 80-85, 2000.

LEMONS, N. F. D.; MEDEIROS, S. L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS et al, **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan, 2002. p. 892-897.

MARTIN, H. P. V. A research review: family caregivers of chronically ill African-American elderly. **J. Gerontol. Nurs.**, Throfore, v. 18, no. 2, p. 25-29, 1992.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, jan./abr. 2006.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOTTA, M. G. C. O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: ELSSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Ed. da UEM, 2004.

NAKATANI, A. Y. K. et. al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo programa saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 5, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 27 de jul. 2005.

NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e Idade Madura**. São Paulo: Papirus, 2000.

NERI, A. L. **Palavras chaves em Gerontologia**. Campinas, SP: Alínea, 2005.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro. IPEA, jun. 2000. (Texto para discussão; 735).

OLIVEIRA, M. L. F. **Concepção e conceito de família e o cuidador familiar**. Aula ministrada na disciplina A assistência à família e ao cuidador. Curso de mestrado em enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, ONU. **Assembléia mundial sobre envelhecimento: resolução 39/25**. Viena: ONU, 1982.

PARANÁ. Secretaria de Estado do Trabalho, Emprego e Promoção Social (SETP). **Indicadores socioeconômicos do idoso residente no Estado do Paraná**. Curitiba, 2004.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. Centro de Informações e Diagnósticos em Saúde - CIDS – **Doenças e Agravos Não Transmissíveis no Estado do Paraná**. 1. ed. Curitiba: SESA/PR, 2006.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Perfil dos municípios**. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/Perfil_Municipios/index.html . Acesso em 11 jul. 2005.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 313-323.

PAVARINI, S. C. I. P.; NERI, A. L. Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos, Atitudes e Comportamentos. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 5, p. 49-70.

PHILLIPS, R. L. Social support of the elder client. In: CHENITZ, W. C.; STONE, J. T.; SALISBURY, S. A. **Clinical Geront. Nurs.**, Pennsylvania: W B Saunders company, 1991. cap. 28, p. 535-545.

PINTO, J. L. G. GARCIA, A. C. O.; BOCCHI, S. C. M.; CARVALHAES, M. A. B. L. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 753-764, 2006.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento In: FREITAS et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan, 2002. p. 72-77.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 119, n. 3, p. 793-798, mai-jun. 2003.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M.; MEDINA, M. C. G.; SANTOS, F. R. G. perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D'A. ; LATORRE, M. R. D. O. RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

ROSSI, V. E. C. **Suporte social e familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2**. 2005. 133 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

RUIPÉREZ, I.; LLORENTE, P. **Geriatría: guias práticos de enfermagem**. Rio de Janeiro: MC Graw, 2001.

SAAD, P. M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60: os novos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

SENA, R. R. et al. O ser cuidador na internação domiciliar em Betim/MG. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 544-554, out/dez. 2000.

SOMMERHALDER C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar**. 2001, 95p. Dissertação (Mestrado em Educação)– Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2001.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP, 2001.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 7-14, 1999. Suplemento 2.

VELASQUEZ, M. D.; RIO, M. C. D.; MARQUEZ, D. D.; MEDEIROS, S. A. R. As trajetórias de vida dos cuidadores principais. In: KARSCH, U. M. **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo, SP: EDUC, 2004.

VERAS, R. P. et al. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde**: conseqüências da explosão populacional dos idosos no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. da UnATI. 2000.

VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

WALDOW, V. R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Rev Gaúch enferm**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 20-32, 1998.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

ANEXOS

ANEXO I ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

NOME CUIDADOR: _____ **Nº.** _____

DATA DA ENTREVISTA: ___/___/___ **INÍCIO:** _____ **TÉRMINO:** _____

PARTE I:

INICIAIS: _____ **OCUPAÇÃO:** _____

SEXO: M () F () **IDADE:** (em anos completos): _____

RELIGIÃO (se freqüenta) _____

RENDA FAMILIAR (em salários mínimos): _____

ESTADO CIVIL:

() solteiro(a) () casado(a) () divorciado(a) () amasiado(a) () viúvo(a)

ESCOLARIDADE (em anos de estudo concluídos)

() Nenhuma () de 1 a 3 () de 4 a 7 () de 8 a 11 () 12 e mais () Ignorado

SITUAÇÃO GREGÁRIA (com quem vive além do idoso): Quantas pessoas moram na casa

GRAU DE PARENTESCO COM O IDOSO: _____

IDADE DO IDOSO: _____ **TEMPO DEPENDÊNCIA DO CUIDADOR:** _____

Nº HORAS DEDICADAS AO CUIDADO/DIA: _____

RECEBEU ORIENTAÇÕES PARA O CUIDADO? _____

DE QUEM? _____

PARTE II

1. O que é cuidar de um idoso dependente?
2. Que tipo de cuidado você realiza?
3. Quais as dificuldades que você encontra para realizar o cuidado?
4. Que tipo de apoio formal e informal você recebe para realizar o cuidado ao idoso?
(explicar para a pessoa)
4. Quantas vezes na semana você recebe esse apoio? Formal e informal
5. De quem recebe esse apoio?
6. Sente necessidade de algum tipo de ajuda, de orientação para atender o idoso? Quais?

ANEXO II
AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE JANDAIA DO SUL
Secretaria Municipal de Saúde
E-mail: pmjs@terra.com.br - Fone: (043)3432-7791 ou 3432-1421
CNPJ: 75771204/0001-25

Jandaia do Sul, 17 de Janeiro de 2006.

AUTORIZAÇÃO

Eu, **José Luis Ferreirinha**, na qualidade de Secretário Municipal de Saúde deste Município, **autorizo** a graduanda do Programa de Pós-graduação – Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, **Edileuza de Fátima Rosina Nardi**, à coletar dados junto ao SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e junto aos cuidadores familiares de Idosos dependentes, residentes na área de abrangência do Programa Saúde da Família deste Município, com a finalidade de realizar uma pesquisa de dissertação de mestrado.

Por ser verdade, firmo o presente.


José Luis Ferreirinha
Secretário Municipal de Saúde

Maringá, 11 de Janeiro de 2006.

Ilmo Sr.

José Luis Ferreirinha

Secretário Municipal de Saúde de Jandaia do Sul –PR

Prezado Senhor:

Estamos realizando uma pesquisa como dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá com cuidadores familiares de idosos dependentes residentes nas áreas de abrangência das equipes do Programa Saúde da Família deste Município.

O objetivo do estudo é compreender como se revela o suporte social formal e informal ao sistema de cuidado familiar do idoso dependente; caracterizar o suporte social ao sistema de cuidado familiar a esse idoso e identificar dificuldades encontradas pelos cuidadores para desenvolver os cuidados em domicílio ao idoso dependente.

Para tanto, solicitamos autorização para coleta de dados junto ao SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e junto aos cuidadores familiares de Idosos dependentes pertencentes às áreas de atuação do Programa Saúde da Família deste Município.

Aguardamos autorização do Senhor Secretário.

Atenciosamente.

Edileuza de F. Rosina Nardi
Mestranda do Programa de Pós-
Graduação de Enfermagem da UEM.

Prof^ª Dr^ª Magda Lucia Felix de Oliveira
Docente do Mestrado em Enfermagem
da UEM e Orientadora da Pesquisa

ANEXO III

PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS-UEM



Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998



CAAE Nº 0052.0.093.000-06

PARECER Nº 056/2006

Pesquisador(a) Responsável: Magda Lúcia Félix de Oliveira	
Centro/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem	
Título do projeto: Suporte social ao sistema de cuidado familiar do idoso dependente.	
<p>Considerações:</p> <p>O presente protocolo de pesquisa apresenta como objetivos compreender e caracterizar o suporte social formal e informal como se revela ao sistema de cuidado familiar ao idoso dependente, bem como identificar dificuldades encontradas pelos cuidadores para desenvolver os cuidados em domicílios dos idosos dependentes.</p> <p>A população do estudo será composta por cuidadores familiares primários de idosos dependentes. A escolha dos participantes se dará por meio de amostra intencional. A coleta de dados será feita através de roteiro de entrevista semi-estruturada.</p> <p>O protocolo apresenta ainda cronograma de execução e orçamento da pesquisa, que especifica o aluno pesquisador como responsável pelo aporte financeiro para sua realização.</p> <p>Estão anexados ao projeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - roteiro de Coleta de Dados; - autorização do Secretário Municipal de Saúde de Jandaia do Sul; - termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); - curriculum Vitae da pesquisadora responsável. <p>Parecer:</p> <p>Considerando o acima arrolado, somos de parecer favorável à realização do projeto em tela.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (x) para registro () para análise e parecer Data: 28/04/2006	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 31/01/2007	
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº 196/96 e complementares do CNS/MS, na 114ª reunião do COPEP em 28/04/2005.	 Prof. Dr. Valter Augusto Della Rosa Presidente do COPEP

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.
 Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR
 Fone-Fax: (44) 3261-4444 – e-mail: copep@uem.br

ANEXO IV
TERMO DE CONSENTIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: Suporte Social ao Sistema de Cuidado Familiar do Idoso dependente.

Prezado (a) Senhor (a):

Estamos realizando um estudo com cuidadores de idosos residentes no Município de Jandaia do Sul, Paraná. O objetivo deste trabalho é compreender o suporte social formal e informal ao sistema de cuidado familiar do idoso dependente.

Necessitamos realizar entrevistas com cuidadores de idosos dependentes. Estas entrevistas serão realizadas pelo aluno pesquisador e gravadas. Os nomes dos participantes serão mantidos em sigilo.

Solicitamos, portanto, sua autorização enquanto participante da pesquisa, para divulgação do conteúdo de sua entrevista, que muito contribuirá para realização deste trabalho.

O senhor (a) terá a liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo inclusive, retirar-se em qualquer etapa da mesma não lhe causando nenhum prejuízo.

Esta pesquisa também não trará despesas, gastos ou danos para os entrevistados e, caso haja, serão ressarcidos.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a aluna pesquisadora Edileuza de Fátima Rosina Nardi, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, participar do mesmo.

_____ Data: ____/____/_____
Assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

Eu, Edileuza de Fátima Rosina Nardi, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao paciente.

Equipe (Incluindo pesquisador responsável):

1- Nome: Edileuza de Fátima Rosina Nardi Telefone: (43) 3432-6322

Endereço Completo: Rua José Francisco Borges, 228.

Centro - Jandaia do Sul – Pr CEP: 86900000

2- Nome: Magda Lúcia Félix de Oliveira Telefone: (44) 3261-4572

Endereço: Av: Colombo, 5790.

Maringá - Paraná

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – UEM - Bloco 10 – sala 01- Campus Central – Fone/fax: (44) 3261-4444. Maringá – Paraná.

APÊNDICES

APÊNDICE I - UNIDADES DE REGISTRO

CUIDADOR	1 – SIGNIFICADO DE CUIDAR
01	Ter paciência; é trabalhoso, é cansativo; é difícil.
02	É difícil; ter força de vontade; ter coragem; ter paciência é zelar.
03	Obrigação; ter amor; é sentir prazer em cuidar.
04	Obrigação; ter boa vontade; é cansativo; ter que se conformar, é companhia; é retribuição.
05	Pegar a prática; é uma benção; é adquirir experiência; é sentir prazer; acostumar.
06	Dar carinho, se dedicar; é zelar.
07	Ter responsabilidade; é retribuição; é obrigação; é ter amor; dar importância.
08	É difícil; é fazer com amor; é acostumar; é amar.
09	Fazer com amor; é amar.
10	É difícil.
11	É um destino que Deus deu; é uma obrigação; ter paciência; é uma missão.
12	É difícil; é muito triste; é sentir-se útil.
13	É dar carinho.
14	Obrigação; é sentir prazer em cuidar.
15	É gratificante; É retribuição; é difícil; é fazer tudo para a pessoa dependente; dar atenção.
16	É dar carinho; é uma obrigação; é ocupar-se; é difícil.
17	É complicado; é dedicação; é uma missão.
18	É muito difícil; é cansativo, é um peso.
19	É ter paciência; ter fé em Deus; ter responsabilidade; é se doar.

CUIDADOR	2- TIPO DE CUIDADO REALIZADO
01	Alimentação; medicação; banho; levar ele pra lá e pra cá; vestir.
02	Alimentação; banho; vestir; erguer ele em pé; segurar ele para sair do banho, levar ele para ver uma coisa e outra.
03	Banho; cortar as unhas; cortar cabelo; fazer a barba; escovar os dentes; vestir; colocar calçado; segurar para caminhar.
04	Banho; trazer para a sala; levar para o quarto; levar para a área; vestir; banho; alimentação.
05	Banho; alimentação; vestir; ajuda para caminhar.
06	Banho; vestir; tirar da cama; cuidados de higiene; alimentação; levar para a cozinha; levar para a cama.
07	Banho; higienização (fralda); alimentação; levar para a cozinha; levar para o sofá; levar para a cama; levar para fisioterapia; fazer a barba; dar remédio.
08	Alimentação pela sonda; banho; dar medicação; colocar para sentar; levar para deitar; colocar na cadeira para levar ao banho; segurar para dar o banho; preparar alimentação.
09	Vestir; alimentação; medicação; banho; banho de sol; levantar; trocar a cama.
10	Alimentação; banho; higiene; quando cai tem que levantar; colocar ela no banheiro;
11	Alimentação; sentar; levar no banheiro; banho; vestir; cobrir; medicação; sentar na cadeira; levar ao banheiro; levar para o quarto; levar para o sofá; levantar ele quando cai.
12	Alimentação; banho; tirar da cama; levar ao banheiro; levar para a cama; vestir; troca de fralda; cuidados com a higiene; levar no médico.
13	Alimentação; levar ao banheiro; vestir.
14	Banho, alimentação; vestir; levar para fora de casa; levar para deitar; levar para sentar; medicação.
15	Banho, vestir, alimentação; dar água com canudinho; sentar; sentar na cama; colocar na cadeira de rodas; levar para deitar; colocar na cama; hidratação da pele; trocar fralda; medicação.
16	Medicação; alimentação; cuidados de higiene; banho; Barba; levar para o banho; tirar da cama; receber o pagamento.
17	Levar para o banheiro; colocar na cadeira; banho; vestir; alimentação; medicação; cuidados de higiene.
18	Banho; higiene; alimentação; tirar da cama; colocar na cama; vestir; trocar fralda; colocar a comadre.
19	Medicação; alimentação; higiene; banho; vestir; trocar fralda.

CUIDADOR	3 - DIFICULDADES PARA O CUIDAR
01	Acha tudo difícil.
02	Tudo é difícil; durante o banho deixar ele em pé; ver que ele não caminha (tem pena); ter que repetir demais uma mesma coisa; tudo tem que ser na hora que ele quer.
03	Sair andar longe com ele; carregar ele.
04	Não sente dificuldade só é cansativo levar ele porque é pesado, tem isso como um trabalho do dia a dia; se acostumou.
05	Não tem dificuldade, pois já pegou prática; na hora do banho que precisa de ajuda; ficar sozinha com a idosa.
06	É carregar porque ela não ajuda; é na hora do banho.
07	Não para mim virou rotina; já acostumei; acho que com o tempo fica mais fácil.
08	Para dar banho; colocar na cadeira de banho e levar ao banheiro.
09	Quando ela fica muito dura e eu tenho que trocar ela, eu me esforço.
10	É a teimosia da idosa.
11	Já estou acostumada; é à noite quando ele se descobre e eu tenho que levantar para cobrir ou faz xixi e eu tenho que trocar; ter que fazer compra e trazer as coisas. É quando ele cai e eu tenho que levantar ele sozinha.
12	Adivinhar o que a mãe precisa, pois ela não fala; dar banho, pois ela vai com o corpo para frente e tem que dar banho com uma mão e segurar com a outra, no banheiro não cabe cadeira de banho; levar no banheiro sozinha.
13	Ver o idoso chorar que não pode levantar e tem que ficar na cama.
14	É movimentar a idosa, pois não anda e não ajuda, é muito pesada.
15	Não sente dificuldade; é tirar ela da cama, pois precisa de alguém para ajudar.
16	Na hora do banho, pois precisa chamar o vizinho, pois ele é pesado; tirar da cama.
17	É a falta de um espaço físico; levar e tirar do banho sem ajuda de cadeira de banho ou de rodas, pois o banheiro é pequeno; quando precisa viajar e tem que levar o idoso (dificuldade de locomoção).
18	Na hora de fazer a higiene acha desajeitado e constrangedor.
19	Que a cuidadora não pode sair; quando a idosa fica doente e sofre e ela não tem o que fazer.

CUIDADOR	4 - APOIO INFORMAL RECEBIDO	4 - APOIO FORMAL RECEBIDO
01	Dos filhos para banho	Serviço de saúde: Ambulância consulta.
02	Dos filhos para correr atrás de outras coisas, da filha para ajudar no serviço da casa.	Remédio e medir pressão do Posto de Saúde
03	Genro, filha, filho e netinho para levar no banheiro, por na cadeira, para carregar; às vezes do vizinho para levar no hospital.	Medicação no posto de saúde
04	Do filho para ajudar a cuidar	Medicação da pressão no Posto de saúde
05	Da irmã para o cuidado; oração do grupo da comunidade.	Não recebe
06	Da irmã para o cuidado; do marido para locomover a idosa.	Pessoal da saúde vem verificar a pressão
07	Do irmão à noite para cuidar;	Posto de saúde: Fisioterapia; medir pressão, medicação;
08	Mais da filha para todos os cuidados e do marido quando precisa colocar na cadeira de rodas; Visita e oração do Pastor e irmãs da igreja (trazem a ceia); visitas das amigas.	A enfermeira e ACS perguntaram se precisava de ajuda, mas a cuidadora acha que não precisa, pois tem o dinheiro da mãe. Médico particular Maringá
09	Ajuda de Deus; Das senhoras da Igreja com fraldas descartáveis, cadeira de rodas; mulheres da comunidade (igreja) para conversar;	Serviço de Saúde: ambulância, medicação (PAM);
10	Da irmã que ajuda durante o dia;	Posto de saúde: medicação ACS que visita e traz a medicação quando não pode buscar.
11	Neto: Levar para levar PAM e no médico; visita para ver como estão. Cunhado do irmão da cuidadora que ajuda como motorista para levar para receber aposentadoria. Da neta para limpar a estante que é alta.	Posto de Saúde: medir a pressão, ambulância para levar PAM.
12	Do filho e do marido para dar a alimentação, mais do filho.	Remédio da pressão do posto de saúde; PAM com medicação;
13	Dos filhos homens com dinheiro para comprar remédio e levar ao médico. Da filha que ajuda nos cuidados. Da vizinha para ajudar levar ao banheiro. Do Genro: quando precisa	Do serviço de saúde: a enfermeira; medicação (PAM); medir pressão. Farmácia para medir pressão (quando liga) Médico da família: vinha mais, mas agora não vem.
14	Da irmã quando precisa sair (companhia) Oração do pessoal da Igreja	Posto Saúde: medicação ACS: visita e traz medicação Enfermeira: visita e medir glicemia, medir pressão.
15	Do filho caçula que não trabalha para o cuidado diário; Visita do Padre;	Assistente social com fralda (faz tempo que não vem) Medicação do Posto de Saúde; Ambulância (PAM) Visita da enfermeira e médico do PSF
16	Do vizinho para ajudar a tirar da cama; De uma mulher na comunidade para fazer massagem; Da filha para levar e acompanhar ao médico, para o banho, barba e cabelo; Do padre com fraldas;	Visita da enfermeira para verificar pressão e glicemia; Posto de Saúde quando precisa de alguma coisa e liga; ACS que traz as coisas quando não pode ir pegar
17	Da filha para higiene e alimentação, quando a filha está em casa, pois trabalha;	Serviço de saúde: ambulância, fisioterapia e fonoaudiologia; parte da medicação; vacina contra a gripe vem fazer na casa;
18	Oração de pessoas da comunidade; Ajuda financeira da família Das vizinhas quando a idosa caiu	Posto de saúde: medicação
19	Do Padre com fraldas Do marido para conduzir até o banheiro, ajudar a dar comida; Comunidade ajuda com cesta básica no final do ano	Visita da Enfermeira, médico e ACS. ACS pega o remédio quando não pode ir buscar

CUIDADOR	5- FREQUENCIA APOIO INFORMAL	5 - FREQUENCIA DE APOIO FORMAL
01	Quando fica apurada e ela chama os filhos	Quando o idoso não esta bem de saúde
02	Filhos: diariamente	Ambulância: quando precisa Pressão Medicação pressão
03	Vizinhos: só na emergência Filhos: Todo dia	medicação
04	Filho: Finais de semana	Medicação pressão
05	Irmã: ajuda direto	Não recebe
06	Irmã: todo o dia Marido: à noite e finais de semana	Verificar pressão
07	Irmão: à noite	Fisioterapia: 01 vez por semana Pressão: não é freqüente Medicação:
08	Filha: todo o dia Marido: Quando precisa	Público: diz que não precisa Leva em médico em Maringá particular
09	Senhoras da Igreja: de vez em quando Fralda descartável: todo o mês (comunidade) Igreja: todo o mês (fralda)	Ambulância: se ficar doente Medicação: quando precisa e a da pressão
10	Irmã: durante o dia	Saúde: uma vez por mês
11	Neto: todo o dia Cunhado do irmão: Leva receber a aposentadoria todo o mês e quase todo dia para ver como estão. Da neta: a cada 15 dias	Ambulância: quando precisa Medir pressão: quando precisa
12	Do filho e marido para dar alimentação quando precisa, mais do filho.	Remédio da pressão Outros remédios: quando precisa
13	Da filha: todo dia Da vizinha: quando precisa Ajuda financeira dos filhos	Farmácia: medir pressão quando liga Medicação: Enfermeiras: estão sempre aqui Medir pressão
14	Da irmã: todo o dia Oração pessoal da igreja: toda semana	ACS: direto Medir pressão e glicemia: quando chama Medicação: todo o mês Visita Enfermeira: às vezes
15	Do filho caçula: Todo dia Padre: não tem freqüência	Medicação Posto Saúde: Todo mês Ambulância: quando precisa Visita Enfermeira e médico: quando liga
16	Vizinho: duas vezes na semana Filha; conforme ela precisa.	Visita da enfermeira: Quando liga ACS: Sempre que solicita
17	Da filha: às vezes quando precisa (trabalha)	Ambulância: quando precisa Fisioterapia e fonoaudiologia. Visita: só quando precisa Medicação
18	Comunidade: não tem freqüência Ajuda financeira da família: quando precisa Das vizinhas: quando chama	Medicação: todo mês
19	Padre: todo mês com fraldas Comunidade: Todo final de ano	Saúde: Quando pede

CUIDADOR	6 - NECESSIDADE DE APOIO PARA O CUIDAR? QUAIS?
01	Queria conseguir pagar uma pessoa para limpar a casa 2x/semana
02	Ajuda mais freqüente da ambulância;
03	Algum dia sente que sim, pois está baqueando, não tem saúde. Ajuda para carregar ele.
04	Não precisa
05	Só ajuda financeira
06	Ajuda nas fraldas, orientação de como cuidar.
07	Não precisa nem física, nem financeira, nem orientação.
08	Não precisa nem física, nem financeira, nem orientação.
09	Orientação não, ajuda financeira (cesta básica).
10	Precisa de orientação, financeira não,
11	Se tiver outra pessoa para ajudar vai estorvar
12	Ajuda para cuidar não, precisa ajuda para alimentação diferente e fraldas. Orientação não
13	Ajuda física não, ele não aceita outra pessoa. Ajuda financeira não
14	Necessita de orientação
15	Precisa de ajuda para pagar alguém para fazer os serviços da casa. De orientação não, acha que cuida certinho.
16	Não precisa, está dando para ir levando, ainda está agüentando.
17	Precisa de apoio psicológico, às vezes fica deprimida.
18	Precisa de ajuda para cuidar para ela poder sair e fazer as coisas da casa. Precisa de orientação tem hora que não sabe o que dar para ela.
19	Necessita de ajuda: Alguém para conversar, dar conselhos, pois está com a cabeça carregada.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)