UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Departamento de Medicina Social

**Características dos cuidadores de idosos
dependentes no contexto da
Saúde da Família.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo. Para obtenção do título de Mestre
junto ao Departamento de Medicina Social.
Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Aluna: Tatiana Lemos de Almeida

Orientadora: Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster

Ribeirão Preto
2005

TATIANA LEMOS DE ALMEIDA

**Características dos cuidadores de idosos
dependentes no contexto da
Saúde da Família.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo. Para obtenção do título de Mestre
junto ao Departamento de Medicina Social.
Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Aluna: Tatiana Lemos de Almeida

Orientadora: Profa. Dra. Aldaísa C. Forster

Ribeirão Preto
2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Almeida, Tatiana Lemos

Características dos cuidadores de idosos dependentes
no contexto da Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2005.

141p

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração:
Saúde na Comunidade

Orientadora: Forster, Aldaísa Cassanho

1.Cuidadores. 2.Idosos. 3.Saúde da Família.

Por todas as mãos que encontrei no meu caminho...

Mãos

Mãos que afagam, e que apedrejam. Mãos dos que se amam e dos que se odeiam. Mãos que se entrelaçam, em apertos. Mãos dos que se gostam. Mãos dos que se abraçam. Mãos que se afastam. Dos que se empurram. Mãos dos que se detestam. Dos que não prestam. Dos que se evitam. Dos que desconfiam. Mãos dos que sussurram. Mãos que empurram. Mãos dos humildes. Dos que não gritam. Dos que imploram. Mãos dos calados. Dos sacrificados. Mãos dos que choram. Mãos que mendigam. Dos que imploram. Mãos que pedem esmolas. Mãos que enxugam lágrimas.

Mãos vazias. Mãos de nada. Mãos, apenas. Mãos do até logo. Dos que voltam breve. Dos que acenam. Mãos de adeus. Mãos dos que vão embora. Mãos que pouco demoram. Em nossas mãos. Em nossas memórias. Mãos que confortam. Que reparam. Que cozinham. Que costuram. Mãos que lavam e passam. Mãos que se confiam. Mãos que nos amamentaram. Mãos que nos alimentam. Mãos de minha mãe. Mãos iguais as minhas. Mãos dos meus irmãos.

Mãos dos meus pais. Que me seguram. Que me ensinaram. Mãos que apontaram. Para o futuro. Mãos para o alto. É um assalto. Mãos que me avisaram. Quais os perigos. Mãos que fizeram. Mãos dos meus amigos. E de meus inimigos. Mãos que me ajudaram. Mãos que me deram a mão. Mãos que tudo fazem. Mãos que escrevem. Que pintam. Que tocam. Que representam. Mãos educadas. Que pedem silêncio. Mãos traiçoeiras. Mãos curiosas. Mãos trêmulas. Mãos nervosas. Mãos que procuram. Mãos que alisam. Mãos na contramão. Mãos que nos guiam.

Mãos perigosas. Mãos nas rodovias. Mãos que andam em vias. Mãos macias. Que rodam no corpo da amada. Que sente a sua pulsação. Mãos do amor. Mãos do coração. Mãos que rezam. Mãos que suplicam. Mãos que pedem. Mãos que oram. Mãos que nos trouxeram ao mundo. Mãos que nos confortam na última hora. Mãos que acendem velas. Mãos que vigiam. Mãos de noite. Mãos de dia. Mãos que trabalham. Mãos poesia. Mãos que escolhem. Mãos que selecionam.

São tantas as mãos... A nossa fala. A nossa maneira. Nelas estão gravados nossos gestos. Na palma da mão. Aberta ou fechada. Enxuta ou molhada. Nossas mãos somos nós... Nesta infinita caminhada. Nossas mãos vão pegando. Nossas mãos vão soltando. O que for encontrando. O que é bom se segura. O que é ruim se abandona. Para o céu ela acena. Mãos, que pedem carona...

Domingos Oliveira Medeiros

Dedico este trabalho à minha família com quem dividi
as angustias, vitórias e tropeços desse meu pequeno caminho.

Ao meu pai **Péricles** por sua alegria e otimismo imensuráveis.

A minha mãe **Goulart** por seu incansável zelo por minha formação e sucesso.

A minha irmã e grande amiga **Gabriela** pelo seu imenso companheirismo e fidelidade.

Ao meu irmão e grande amigo **Felipe** por sua paz e tranquilidade que me acalmam.

Aos meus avós José (in memória) e Leopoldo (in memória) que com certeza alicerçaram essa
família que tanto amo e admiro.

E a duas grandes mulheres, minhas queridas avós Cléa e Ediméa, que muito me ensinam
sobre as dores e alegrias da velhice.

A essas pessoas, meu eterno agradecimento!

“... mãos que me ajudaram. Mãos que me deram a mão...”.

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

À **Profª. Drª. Aldaísa Cassanho Forster** por sua acolhedora e maternal orientação. Por seu jeito doce de ensinar, por sua humildade e competência que tanto admiro. Por nossas inúmeras partilhas e pelo eterno incentivo e compreensão. A você Alda, todos os méritos de uma grande profissional e meu eterno carinho e gratidão.

À **Profª. Drª. Maria José Bistafa Pereira** por todo seu entusiasmo e contribuição para a concretização deste trabalho. Por nossas partilhas e pelo testemunho de luta e dedicação pela saúde pública que tanto admiro e almejo.

À **Profª. Drª. Amábile Rodrigues Xavier Manco** pelo carinho e acolhimento. Pelos seus ensinamentos sobre o envelhecimento. Pela antiga amizade, pela paciência e confiança que sempre depositou em mim.

À **Profª. Drª. Maria do Carmo e Profa. Dra. Rosalina** pelas ricas contribuições e direcionamentos no exame de qualificação.

Aos **funcionários do Departamento de Medicina Social**, extensão da minha casa, que acompanham meu crescimento e participam da minha vida. Que tantas vezes acolheram minhas dúvidas e me auxiliaram. Muito obrigada pela torcida, apoio, amizade e incentivo.

Aos amigos da pós-graduação: **Rô, Dora, Sonia, Clarissa, Ricardo, Érica, Dani, Débora, Rodrigo, Luana, Larissa, Silvia, Adriana, Mari Z, Mari G, Reginaldo, Cris e Claudia** por tudo que vivemos, aprendemos e crescemos juntos.

Aos meus **grandes amigos, companheiros e anjos** da minha vida. Pessoas que agüentaram meu oceano de sentimentos, minhas queixas e aflições e que sofreram com minhas intermináveis crises... Essa vitória é nossa. Obrigada pela compreensão.

Aos **funcionários dos núcleos de Saúde da Família**, pela acolhida, disponibilidade e contribuição para a realização da pesquisa. Em especial agradeço o carinho das agentes comunitárias de saúde pelas informações, “caronas” e partilhas.

Aos **cuidadores de idosos** que com muita disponibilidade aceitaram participar da pesquisa. Agradeço não só por todas as informações que me forneceram, mas pela força que me transmitiram, pela luta diária e pelo testemunho de vida.

RESUMO

ALMEIDA, T. L. **Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família**. 2004. Tese (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

A prevenção das doenças crônicas e degenerativas juntamente com a assistência à saúde do idoso e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para o nosso sistema de saúde. Cuidar de quem cuida é também uma responsabilidade dos profissionais de saúde. O presente estudo teve como objetivos caracterizar os cuidadores informais de idosos dependentes dos Núcleos de Saúde da Família (NSF) do CSE-FMRP-USP e identificar algumas das dificuldades e necessidades enfrentadas por esses cuidadores, na realização das atividades de cuidado, e a sobrecarga que as mesmas exercem no corpo e na saúde deste indivíduo. O estudo foi realizado com 52 cuidadores das famílias cadastradas nos NSF, que responderam a um questionário com perguntas abertas e fechadas intitulado “Características dos cuidadores de idosos no contexto da Saúde da Família”. As entrevistas foram realizadas no domicílio do cuidador, durante os meses de setembro e outubro de 2004. Os cuidadores eram predominantemente do sexo feminino, variando entre a faixa etária de 50 a 70 anos. A maioria era casada, isto é, dividia as responsabilidades da casa e da família com as atividades de cuidados. Quanto ao grau de parentesco com o idoso, a maior porcentagem ficou com as filhas, seguidas pelos cônjuges. Quanto à presença de atendimento domiciliar, a maioria relatou estar recebendo assistência das equipes dos NSF. Para a maioria dos cuidadores, as atividades de cuidar de alguém doente, mais especificamente o idoso, foram aprendidas sozinhas, na prática, com base em erros e acertos. As dificuldades encontradas na realização das atividades domiciliares variaram conforme o grau de dependência do idoso e o suporte familiar que o cuidador recebeu. As alterações no corpo e na saúde, após o início das atividades como cuidador, variaram entre as físicas, como aparecimento de dores no corpo, principalmente na coluna, e alterações psicológicas e sentimentais como estresse, depressão, angústia e aumentos das preocupações. As observações gerais dos cuidadores sobre o processo de cuidar de alguém doente variaram entre os que acreditaram que estava bom e estavam conformados com a situação, e aqueles que relataram ser uma questão de obrigação, carinho e responsabilidade. Todas as informações analisadas confirmaram que o sucesso da manutenção, recuperação ou promoção da saúde ao idoso está diretamente relacionada com o preparo e amparo das pessoas que lhes prestam cuidado. O Programa de Saúde da Família surge, nesta nova perspectiva, como uma estratégia de reforma do sistema, proporcionando

mudanças importantes nas ações, na organização dos serviços e na prática da assistência à saúde com a valorização do tema família.

Palavras-chave: Cuidadores, idosos, Saúde da Família.

SUMMARY

ALMEIDA, T. L. **Characteristics of caregivers of dependent elderly persons within the context of Family Health**. 2004. Tese (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

The prevention of chronic and degenerative diseases, together with health care for the elderly and support for family caregivers, represents new challenges for our health system. Providing care for caregivers is also a responsibility of health professionals. The objectives of the present study were to characterize informal caregivers of dependent elderly persons in the Family Health Nuclei (NSF) of CSE-FMRP-USP and to describe some of the difficulties and necessities faced by these caregivers while performing care activities and the overload that these activities impose on the body and health of caregivers. The study was conducted on 52 caregivers belonging to families registered at the NSF, who answered a questionnaire with open and closed questions entitled “Characteristics of caregivers of the elderly within the context of Family Health”. The interviews were held in the residence of the caregivers in the months of September and October 2004. The caregivers were predominantly women ranging in age from 50 to 70 years. Most of them were married, i.e., they divided their time between the responsibilities towards house and family and the caregiving activities. Regarding the degree of kinship with the elderly persons, most were daughters, followed by spouses. Regarding the presence of home care, most reported that they were receiving assistance from the NSF teams. Most of the caregivers had learned on their own about the activities involved in caring for a sick person, in a practical manner, on the basis of trial and error. The difficulties faced in performing home activities varied according to the degree of dependence of the elderly person and to the family support received by the caregiver. The alterations in the body and in health after the beginning of the caregiving activities ranged from physical ones such as the appearance of body pains, especially back pains, to psychological and emotional ones such as stress, depression, anguish, and increased worries. The general observations made by the caregivers regarding the process of caring for somebody sick varied, with some believing that the process was good and stating that they accepted the situation, while others stated that it was a question of obligation, affection and responsibility. All the information analyzed confirmed that a successful maintenance, recovery or promotion of the health of the elderly is directly related to the preparation of, and support to, the caregivers. The Family Health Program arises within this new perspective as a strategy for

the reform of the system, providing important changes in the actions, in the organization of services and in the practice of health care, with valorization of the family theme.

Key-words: Caregivers, elderly persons, Family Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos diagnósticos clínicos em idosos dependentes. Ribeirão Preto, 2004.....	49
Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo a faixa etária e o sexo Ribeirão Preto, 2004.....	50
Tabela 3 – Distribuição da frequência de idosos segundo sexo, faixa etária e estado civil. Ribeirão Preto, 2004.....	51
Tabela 4 – Distribuição do cuidador segundo o sexo e a faixa etária. Ribeirão Preto, 2004.....	52
Tabela 5 – Distribuição da frequência dos cuidadores segundo a faixa etária e o estado civil. Ribeirão Preto, 2004.....	54
Tabela 6 – Distribuição da frequência do cuidador segundo o vínculo com o idoso. Ribeirão Preto, 2004.....	55
Tabela 7 – Situação Ocupacional do cuidador de idosos. Ribeirão Preto, 2004.....	55
Tabela 8 – Frequência e tipo de ajuda recebida pelos cuidadores no processo de cuidar de um idoso dependente. Ribeirão Preto, 2004.....	57
Tabela 9 – Distribuição do tipo e de quem vem a ajuda recebida pelos cuidadores de idoso. Ribeirão Preto, 2004.....	57
Tabela 10 – Distribuição das famílias quanto à assistência domiciliar prestada aos seus idosos. Ribeirão Preto, 2004.....	60
Tabela 11 – Distribuição dos atendimentos domiciliares que não são realizados pelo Núcleo de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2004.....	60
Tabela 12 – Distribuição das fontes de formação dos cuidadores de idosos. Ribeirão Preto, 2004.....	62
Tabela 13 - Distribuição das atividades básicas que são realizadas pelo idoso, pelos cuidadores ou com ajuda de terceiros. Ribeirão Preto, 2004.....	63

Tabela 14 – Distribuição das atividades domésticas realizadas pelos cuidadores com ou sem ajuda de outras pessoas. Ribeirão Preto, 2004.....	66
Tabela 15 – Distribuição do grau de dificuldade encontrado pelos cuidadores do idoso dependente. Ribeirão Preto, 2004.....	68
Tabela 16 - Modificações observadas pelo cuidador em si após o início das Atividades de cuidados. Ribeirão Preto, 2004.....	69
Tabela 17 – Distribuição da frequência de dores no corpo em cuidadores de idosos dependentes. Ribeirão Preto, 2004.....	70
Tabela 18 - Distribuição dos locais de dores no corpo dos cuidadores. Ribeirão Preto, 2004.....	71
Tabela 19 – Distribuição dos medicamentos ou tratamentos utilizados pelos cuidadores para dor. Ribeirão Preto, 2004.....	71
Tabela 20 – Distribuição das observações gerais dos cuidadores sobre a função de cuidar. Ribeirão Preto, 2004.....	72
Tabela 21 – Distribuição da naturalidade do idoso. Ribeirão Preto, 2004.....	103
Tabela 22 – Distribuição da naturalidade do cuidador. Ribeirão Preto, 2004.....	104

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Situação ocupacional do cuidador que não trabalha fora. Ribeirão Preto, 2004.....	56
Gráfico 2 – Divisão das atividades realizadas no atendimento domiciliar. Ribeirão Preto, 2004.....	61

SUMÁRIO

Resumo	07
Abstract	09
Lista de Tabelas	11
Lista de Gráficos	13
Sumário	14
1. Introdução	16
1.1 Envelhecimento Populacional	16
1.2 Família e seu papel na sociedade	19
1.3 O cuidador	22
1.4 O conceito de dependência	26
1.5 Programa de Saúde da Família	28
2. Objetivos	33
3. Material e Métodos	35
3.1 Delineamento do estudo	35
3.2 Local de estudo	35
3.3 População do estudo	39
3.4 Coleta dos dados	40
3.4.1 Instrumento para coleta dos dados	40
3.4.2 Procedimento para coleta dos dados	40
3.4.3 Trabalho de Campo	42
3.5 Questões de Ética	44
4. Resultados e Discussão	46
4.1 Dificuldades do trabalho de campo	46
4.2 Caracterização do idoso dependente	47
4.3 Caracterização do cuidador informal	52

4.4 Caracterização das atividades realizadas pelo cuidador e as dificuldades encontradas.....	63
4.5 Caracterização do impacto físico e/ ou psicológico do processo de cuidar.....	69
5. Conclusões.....	74
6. Considerações Finais.....	78
7. Referências Bibliográficas.....	81
Anexos	91

Introdução

Introdução

1.1 Epidemiologia do Envelhecimento

O envelhecimento populacional não se refere nem a indivíduos, nem a cada geração, mas, sim, à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento da proporção das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. Este limite, definidor do início da velhice, varia de sociedade para sociedade e depende não somente de fatores biológicos, mas, também, econômicos, ambientais, científicos e culturais (CARVALHO; GARCIA, 2003). O idoso é caracterizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1980, para países em desenvolvimento, como o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, esse limite para países desenvolvidos é de 65 anos.

Com o declínio nas taxas de fecundidade e também das taxas de mortalidade é que se inicia o processo de envelhecimento populacional. Essa alteração demográfica tem provocado um aumento progressivo de pessoas com idade de 60 anos ou mais nos países de terceiro mundo.

O declínio das taxas de fecundidade no Brasil, nas últimas décadas, tem implicações profundas sobre a tendência demográfica de sua estrutura etária (VERAS, 1994). Esse processo de envelhecimento já é observado na maioria dos países desenvolvidos e vem ocorrendo em países subdesenvolvidos que se encontram em processo de desenvolvimento. Em vários países do Terceiro Mundo, inclusive o Brasil, entre os anos 30 e 60 do século XX, houve sensível declínio da mortalidade, com a fecundidade mantendo-se em níveis altos. No caso brasileiro, houve leve declínio da fecundidade neste período (FRIA; CARVALHO, 1994). Dado o padrão de queda da mortalidade, referido anteriormente, não houve impacto significativo na estrutura etária proporcional, o impacto foi somente sobre o ritmo de

crescimento populacional, fenômeno conhecido, na época, como explosão demográfica. A situação era, então, de quase-estabilidade com mortalidade declinante, fecundidade basicamente constante, taxas de crescimento crescentes e estrutura etária aproximadamente constante.

É importante salientar que o processo de envelhecimento ocorre de forma diferenciada em todo o mundo. Cada país possui seus aspectos culturais, econômicos e sociais que estão diretamente ligados com a qualidade de vida de seus cidadãos e que acabam interferindo no modo como as pessoas irão envelhecer e como se dará esse processo.

No Brasil, as discussões a respeito do envelhecimento populacional têm tomado altas dimensões devido ao amplo crescimento desta população. Observamos um crescimento de políticas públicas aos idosos, assim como projetos de proteção social que privilegiam e asseguram os direitos reservados a indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos. Um marco importante dessa trajetória foi a Constituição Federal de 1988, que introduziu em suas disposições o conceito de Seguridade Social, fazendo com que a rede de proteção social alterasse o seu enfoque estritamente assistencialista, passando a ter uma conotação ampliada de cidadania. A partir daí a legislação brasileira procurou se adequar a tal orientação, embora ainda faltem algumas medidas. A Política Nacional do Idoso, estabelecida em 1994 (Lei 8.842), criou normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Essa lei foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos estados, nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria e várias entidades representativas desse segmento, que elaboraram um documento que se transformou no texto base da lei. A Política Nacional do Idoso foi definitivamente concretizada com o Projeto de Lei 3.561/97, do deputado Paulo Paim (PT/RS), que cria o Estatuto do Idoso acrescentando novos dispositivos à Política Nacional do

Idoso. O Estatuto do Idoso, em seu artigo 2º, assegura ao idoso, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. (LEI 10.741 - ESTATUTO DO IDOSO, 2003). As garantias e direitos dos idosos vêm, ainda que vagarosamente, sendo priorizadas e estimuladas na sociedade.

As questões de saúde e tecnologia que dizem respeito à população idosa também vêm se destacando. Inúmeras doenças e inovações tecnológicas contribuíram, nas últimas décadas, para a diminuição da taxa de mortalidade e conseqüentemente para o aumento da longevidade dos brasileiros. Porém é importante destacar que o aumento da longevidade e o crescente aparecimento de doenças crônicas têm contribuído com para o aumento das taxas de idosos portadores de incapacidades. Essas incapacidades, muitas vezes, são resultantes de processos de doenças, acidentes, desgastes e exposição a fatores de risco que acometem os idosos em diferentes fases da vida.

Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano de 2020, 80% da carga de doenças dos países desenvolvidos devem advir de problemas crônicos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Ainda segundo o relatório as condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuos. Deficiências físicas ou “problemas estruturais”, incluindo a cegueira ou amputação, são quase sempre causados por falta de prevenção ou de gerenciamento das condições crônicas. Independentemente da causa, elas constituem-se condições crônicas e exigem mudanças no estilo de vida e gerenciamento da saúde por um período de tempo.

Essas mudanças, tanto na composição demográfica da sociedade quanto na saúde e alterações físicas, psicológicas, emocionais e sociais do idoso determinam um novo quadro

populacional que exigirá respostas, das organizações governamentais, às necessidades dessa crescente demanda.

Entretanto o envelhecer saudável deverá sempre ser a meta buscada. Ainda encontramos um alto índice de doenças infecto parasitárias entre os idosos e a crescente freqüência de doenças crônico-degenerativas o que submete muitas vezes o envelhecimento a um contexto de múltiplas privações.

O cuidado aos idosos dependentes são questões debatidas de forma diferente em diversos países, levando em conta as particularidades do lugar. Observamos países onde o suporte é predominantemente das famílias; em outros, os encargos são de responsabilidade estatal. Países desenvolvidos como na Inglaterra, França e outros, os gastos sociais envolvem tanto a saúde como o apoio direto ao idoso ou às famílias. Em alguns países ainda, as responsabilidades são divididas entre o setor público e privadas. No Brasil a responsabilidade ainda recai sobre as famílias.

A prevenção das doenças crônicas e degenerativas juntamente com a assistência à saúde do idoso e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para o nosso sistema de saúde.

1.2 A Família e seu papel na Sociedade

“A crise generalizada que afeta a humanidade se revela também pelo descaso e pela falta de cuidado com que se tratam realidades importantes da vida: a natureza, os milhões e milhões de crianças abandonadas, os aposentados, os idosos, a alimentação básica, a saúde pública e a educação mínima” (BOFF, 1999).

(MESSNER, 1969), já dizia que o homem, por si só, é incapaz de atingir os fins essenciais da sua vida; somente pode atingi-los, vinculando-se socialmente.

Dessa característica inerente à sua própria natureza derivam as diferentes formas de interação/relação humana de caráter familiar, político, religioso, econômico, recreativo e educativo.

Todas as formas de socialização humana são importantes e essenciais, mas é na família que o homem encontra toda a sua magnitude.

Famílias são conjuntos de pessoas unidas por laços de parentesco e que, por isso mesmo, juntas satisfazem necessidades físicas, emocionais, sociais e econômicas, uma vez que essas relações familiares baseiam-se no afeto, reciprocidade e obrigação. Pode-se observar que algumas das características e funções da família vêm se alterando no decorrer do tempo. Uma das funções da família é cuidar – cuidado que, a princípio, os pais têm com os filhos pequenos e, posteriormente, os filhos adultos terão com os pais idosos (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2000).

Segundo (BOURDIEU, 1996), família é produto de um verdadeiro trabalho e instituição, que busca assegurar a integração, que é condição fundamental de existência e de persistência dessa unidade como entidade unida, unitária, estável, constante e indiferente às flutuações dos sentimentos.

Com efeito, o papel da família é importante em qualquer estágio da vida, mas torna-se particularmente relevante durante os períodos transitórios ou permanentes de menor capacidade física e /ou psíquica.

A esfera doméstica, lócus da família, é marcada por relações afetivas e pessoais onde os indivíduos nascem, crescem e morrem, sendo também terreno da intimidade, onde se gesta a história pessoal de cada um (CARLETTI, 1996). O domicílio é um espaço de múltiplas funções: gestar, alimentar, proteger, educar, dormir, conviver, festejar e cuidar. São funções

que vão sofrendo alterações em decorrência do ciclo vital da família e no fluxo da vida cotidiana.

A família atual vem passando por um processo de mudanças estruturais, tanto em sua composição quanto nos papéis desempenhados por seus membros.

Se considerarmos a história da atenção à saúde e sua evolução, podemos afirmar que antigamente o doente era cuidado em casa, sob cuidados exclusivos da família. Com a especialização e evolução tecnológica e científica dos recursos em saúde a família foi perdendo esse espaço. A própria condição e as características das famílias foram se alterando com as mudanças da sociedade. Antigamente as famílias eram numerosas, agrupavam várias gerações; assim, as relações intergeracionais e de ajuda mútua ocorriam mais facilmente. Atualmente predominam as famílias de estrutura nuclear, formadas por pais e filhos.

Embasados nessa vertente, consideramos a importância da família e do contexto familiar em situações que exigem cuidado, adaptação da mesma, e o impacto dessas ações na vida cotidiana do doente na família como um todo, assim como as mudanças ocorridas durante as fases da vida, que acabaram afetando e influenciando as relações entre o ser cuidado, mais especificamente o idoso, os cuidadores e sua família.

A família também é definida como um conjunto de indivíduos aparentados, ligados entre si por aliança, casamento, filiação ou, excepcionalmente, por adoção (parentesco), vivendo sob um mesmo teto (coabitação) (BOURDIEU, 1996).

O conceito de família está ligado a envolvimento emocional e este termo implica obrigações recíprocas e responsabilidades no contexto de atenção e cumplicidade. Dentre os propósitos de família, destacam-se os seguintes: mediar as necessidades individuais de seus membros com as necessidades da sociedade e “modelar” as pessoas, educando seus membros individualmente e interligando-os com a sociedade de forma a promover a sobrevivência e o crescimento de ambos (ANGELO, 1997).

Cabe ressaltar a importância e o significado da estrutura familiar para cada um de seus membros bem como a bagagem cultural e os valores próprios de cada família.

Famílias são partes integrantes da intervenção em saúde em todas as fases do processo saúde e doença, considerando as especificidades da assistência, independentemente do grupo etário do paciente. A relevância da interação desenvolvida entre o cuidado do indivíduo e o contexto familiar tem sido apontada como algo indispensável para o cuidado integral da pessoa doente.

As famílias possuem forças vulneráveis que representam sua forma de ser e de estar nas situações que vivenciaram e que foram determinadas pelos desafios, decisões e transições que viveram ao longo do ciclo vital.

A autora Margareth Ângelo propõe o pensamento de família como uma perspectiva em relação à saúde e doença:

“... Tomar a família como perspectiva é considerar o contexto familiar no processo de cuidar em saúde, não apenas como o local onde o cuidado é dado e recebido durante a vida, e onde se aprende sobre saúde e doença, mas onde todo um processo de viver a vida e transições da vida está sendo construído a cada dia” (ANGELO, 1997).

1.3 O Cuidador

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 1999).

Os cuidados e a proteção são atividades inscritas de forma permanente nas relações familiares, construindo-as, redefinindo-as, impondo acertos, superações e modificações.

O cuidado não é exclusivo de nenhuma profissão da saúde, ao contrário, pensá-lo enquanto conceito ampliado implica visualizá-lo na ótica transdisciplinar e também na perspectiva da participação ativa do indivíduo – sujeito do cuidado, sua família e cuidadores.

FRY, (1978) apresenta a divisão dos níveis de atenção em saúde segundo um esquema que engloba também o autocuidado. O mesmo acaba sendo, segundo o autor, de competência do indivíduo e da família, sendo, então, considerado um nível de atenção em saúde. (ANEXO F)

Pensar nessa dimensão do autocuidado é de grande importância para qualquer indivíduo, seja qual for a sua idade ou dependência, pois é por meio dele que o ser mantém seu corpo vivo e garante a sua existência.

Assim é possível afirmar que o principal cuidador de cada indivíduo é o próprio indivíduo. No entanto, é inegável o fato de que existirão situações em que indivíduo não será capaz de exercer o autocuidado, necessitando que outra pessoa lhe ajude. Isso pode resultar na perda de autonomia e liberdade de ser sujeito do cuidado (DUARTE, 2000).

A relação entre o ser cuidado e o cuidador dependerá da sua história de vida, do aporte familiar e/ou comunitário e da situação socioeconômica.

Diversos autores discutem sobre a distinção entre cuidador principal e secundário. Segundo (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002), a definição de quem é o cuidador depende do grau de envolvimento experimentado por cada um nos cuidados prestados ao idoso dependente. Ainda segundo os autores, o cuidador principal é aquele que tem total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente no domicílio. Os cuidadores secundários seriam os familiares, voluntários e profissionais que prestam atividades complementares.

A denominação de cuidadores formais, para aqueles profissionais contratados (atendentes de enfermagem, acompanhante, empregada doméstica etc.) e de cuidadores

informais, usualmente para os familiares, amigos e voluntários é a denominação mais comumente encontrada na literatura. A este respeito ver (REJANE; CARLETTE, 1996) e (KARSCH, 1998).

É necessário destacar a importância que a família tem no processo de prestação de cuidado e a fragilidade da mesma à medida que o grau de complexidade do cuidado aumenta.

Sentimentos como desespero, cansaço, ansiedade, angústia, desamparo são comuns em famílias e cuidadores de doentes crônicos e graves. Dessas pessoas é cobrada, explícita ou implicitamente, habilidade manual, cama limpa, cumprimento dos horários de tomada dos medicamentos, alimentação apropriada e na hora certa, banho de sol, amor, entre outros. Tal situação acaba pondo em risco o próprio ato de cuidar e, conseqüentemente, a saúde do cuidador.

Cuidar de quem cuida passa a ser então um problema real e uma função no papel dos profissionais da saúde, principalmente daqueles vinculados à Atenção Primária à Saúde.

A parceria entre os profissionais da saúde, famílias e cuidadores vêm proporcionando qualidade e agilidade no tratamento e reabilitação dos indivíduos, valorizando as relações afetivas, o apoio humano, o respeito e a dignidade daqueles que necessitam de cuidados de outros.

Nesse contexto observamos os crescentes estudos e investimentos na área de atenção domiciliária, “home-care” e formação de equipes multidisciplinares que visam à reabilitação global do doente que necessita deste serviço e ao apoio à família e cuidadores.

Algumas definições estão sendo usadas na elaboração de planos e estratégias que envolvem a assistência no domicílio. A *visita domiciliar* é definida por (PEREIRA et. al, 2004), como a uma ação realizada por um agente de saúde treinado previamente para realizar inquéritos, cadastramentos, controle de usuários faltosos, controle de focos epidêmicos; em

resumo, ações pontuais e focalizadas. O termo “*home-care*” é definido pelas autoras como uma alternativa assistencial do setor da saúde compreendido por cuidados semi-intensivos fora do âmbito hospitalar. Caracterizada por uma internação domiciliar, esse tipo de assistência têm caráter transitório.

Dentro deste contexto encontramos a assistência domiciliar, caracterizada por desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde tanto do indivíduo como da família. Esse modelo de atenção é de grande importância para a organização dos serviços de saúde e, assim, para a implementação e conformação de um modelo assistencial.

A assistência domiciliar proporciona ao ser humano uma possibilidade de interação com seu meio, na forma mais equilibrada e saudável possível. Ainda segundo (PEREIRA et al, 2004) o domicílio é também um espaço que se reveste de potência para a revisão das práticas assistenciais. A autora ainda coloca o domicílio como espaço privilegiado para o estabelecimento de estratégias de educação permanente, visando efetivar a integralidade da assistência ao articular trabalho e educação.

Esta nova filosofia de tratamento e reabilitação vem modificando o contexto da assistência estritamente hospitalar e curativa. Uma nova visão está surgindo e acabará por beneficiar a todos que necessitarão destes cuidados. Porém, essa nova filosofia está extremamente ligada ao contexto familiar e na parceria entre a família e a equipe de saúde dos serviços de atenção primária.

Assim, mais uma vez, ressaltamos a importância da família e sua magnitude na construção dos valores e relações do homem.

O entendimento do papel da família, seu contexto, transformações e adaptações são imprescindíveis para adequar o processo de cuidar a cada situação particular.

A família, tradicionalmente considerada o mais efetivo sistema de apoio e cuidado, conforme já explicitado, vem passando por mudanças conjunturais e culturais com implicações na organização familiar, que acabam interferindo na rede das relações sociais.

Compreender a importância da família e sua relação direta com a assistência domiciliar provocará uma aproximação da comunidade com a organização e planejamento dos serviços de saúde locais.

O domicílio é considerado por (FURTADO, 2001 apud PEREIRA, 2001) como um ambiente com mais ressonâncias para o agir além das questões estritamente médicas e técnicas, possibilitando agregar às dimensões emocionais e afetivas.

É importante, também, o entendimento de que a expressão do cuidado atinge sua plenitude na família, mas pode extrapolar essa esfera. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia, da compaixão, do convívio e da medida justa em todas as coisas.

“Que o cuidado aflore em todos os âmbitos, que penetre na atmosfera humana e que prevaleça em todas as relações!” (BOFF, 1999).

1.4 Conceitos de Dependência

“Na literatura gerontológica, a dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação”. (PAVARANI; NERI, 2000). Relaciona-se também a dependência com um estado de desamparo ou de impotência.

Na literatura encontramos inúmeras classificações de dependência. Pode-se classificar dependência pelas limitações físicas, funcionais, ou pelas limitações cognitivas e mentais. A

definição usada neste estudo é a de Pavarani & Néri in: Duarte e Diogo (2000). As autoras dividem o conceito de dependência em três tipos:

Dependência estruturada: definida como o afastamento do indivíduo da vida social e do processo produtivo. O conceito remete às práticas sociais e não necessariamente ao indivíduo que tem a sua autonomia e sua independência restringida. Situações como desemprego, intolerância social, asilamento, internação prolongada em hospital psiquiátrico, maus-tratos, fome, pobreza entre outros, podem levar o idoso a um estado de dependência física e/ ou psicológica.

Dependência funcional: também conhecida como incapacidade funcional, desamparo prático ou incapacidade para realizar atividades da vida diária. Essa condição pode acometer pessoas de qualquer idade que são submetidas a condições excepcionais que lhes dificultem o funcionamento, mas acomete mais tipicamente o idoso, com diferentes graus de severidade. Problemas de ordem funcional representam um risco severo à independência e causam sobrecarga aos cuidadores, por comprometer a capacidade do movimento. Essa incapacidade de realizar atividades instrumentais de vida diária é indicativa de desordens subjacentes, tais como demência e depressão.

Dependência comportamental: esse tipo de dependência pode ocorrer até mesmo na ausência de incapacidade funcional e é mediada por atitudes e conceitos dos idosos e das pessoas que com eles convivem. As condições ambientais é que podem determinar a dependência, se essas não encorajarem suas competências e habilidades.

O grau de dependência do idoso é um fator determinante para o planejamento das ações em saúde, bem como o tipo de assistência e suporte que serão prestados ao idoso, à família e, principalmente, ao cuidador.

Vivemos num contexto cultural em que a autonomia do adulto é ultra valorizada e a dependência, que se acredita ser uma condição inevitável na velhice, é deplorada e carregada

de conotações negativas e preconceitos. A dependência na velhice ainda é um tabu para a nossa sociedade que, primeiramente, experimenta a inquietação e o medo de envelhecer e estar submetido a tal condição. Os não-idosos preocupam-se com a necessidade de prestar cuidados aos idosos, justamente numa época de vida que gozam de autonomias conquistadas, responsabilidades familiares e profissionais.

O entendimento do processo de envelhecer e a desmistificação do conceito de dependência são de grande importância para todos nós e nortearão todas as mudanças no panorama da população mundial.

1.5 O Programa de Saúde da Família

A partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade.

O Brasil, nos anos 90, passa a experimentar um processo de reformulação do setor saúde, com a valorização do tema família, propiciando a reorganização das políticas e ações de saúde.

Os princípios do Sistema Único de Saúde colocam o Brasil ao lado de países que pautam seus sistemas em valores de solidariedade e de cidadania, como a universalização e a adoção do conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado (NEGRI; VIANA, 2002).

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge, nesta nova perspectiva, como uma estratégia de reforma do modelo assistencial, visto que acaba por proporcionar mudanças importantes nas ações, na organização dos serviços e na prática da assistência à saúde.

Atualmente visto como uma estratégia, o PSF teve sua origem com a decisão do Ministério da Saúde, em 1991, de executar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como providência para enfrentar os graves índices de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste. A criação do PACS recuperou diferentes experiências no país e o pioneirismo dos agentes comunitários do Ceará propiciou que o programa tomasse dimensões nacionais. Os agentes comunitários teriam a responsabilidade de acompanhar de 150 a 200 famílias. A partir desta ação, a família passa a ser encarada como uma unidade de ação programática de saúde e não mais somente a pessoa, e sendo assim, foi introduzida a noção de área de cobertura por família (NEGRI; VIANA, 2002).

Em março de 1994 iniciou-se, então, a formulação das diretrizes do Programa de Saúde da Família (PSF) com o intuito de promover a reorganização da prática de assistência com novos critérios de aproximação, provocando reflexos em grande parte da organização dos serviços de saúde. A grande expansão do PSF acontece a partir de 1998 com a implementação da Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96). Com 328 equipes, o PSF começou a receber tratamento prioritário do Ministério da Saúde a partir de 1996.

Atualmente, segundo o DATASUS, o PSF está imprimindo nova dinâmica na forma de organização dos serviços e das ações de saúde. A população atendida pela estratégia já passa dos 64 milhões brasileiros acompanhados pelas aproximadamente 20 mil equipes do Programa de Saúde da Família. Espalhadas por mais de 4.500 municípios dos 5.560 existentes no Brasil. (DATASUS, agosto/2004).

O princípio operacional do PSF de adscrição de clientes, ao estabelecer um vínculo da comunidade com as unidades básicas de saúde da família, tem recuperado a relação de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço (SOUZA, 2002).

A descentralização, como diretriz de organização do Sistema de Saúde Brasileiro, proporcionou à esfera municipal um papel importante na gestão do sistema local e regional de saúde, para municípios do porte de Ribeirão Preto (NOAS 01/2002, MINISTÉRIO DA SAÚDE).

E foi dentro desta estratégia que a grande inquietação para a realização do trabalho surgiu; primeiramente de um estágio realizado dentro de uma das equipes de saúde da família da área básica do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP e o acompanhamento, durante um ano, dos pacientes denominados “acamados” daquela área de abrangência.

As constantes queixas dos cuidadores, o visível despreparo das famílias assim como a falta de estrutura física, emocional e psicológica para acolher um idoso dependente e o esforço da equipe para atender uma demanda crescente nos fez pensar na imensa necessidade de olhar para esses cuidadores que, assim como os idosos, também necessitam de assistência e orientações. Assistência que deve ter um caráter multidisciplinar e interdisciplinar, envolvendo não só os membros da equipe de Saúde da Família como também outros profissionais da área da saúde capazes de dividir seu saberes e competências para o benefício do idoso e de seus cuidadores.

É desta maneira que a fisioterapia, pautada por uma nova vertente, que não mais a de uma profissão estritamente reabilitadora, mas comprometida com a promoção e manutenção da saúde e preocupada com a compreensão do processo de saúde-doença e todas as consequências dessa interação, vem ganhando espaço dentro da atenção primária e provocando em seus profissionais a necessidade da pesquisa, do conhecimento da população e de novos questionamentos.

Nesse contexto, compreendendo o envelhecimento populacional no Brasil e no mundo, as transformações que essas mudanças causarão na sociedade como um todo, o papel importante da família como agente co-responsável na manutenção e na promoção da saúde do idoso, as exigências éticas de um cuidado humanizado, as novas linhas de fomento à solidariedade, direitos e proteção social aos indivíduos com 60 anos ou mais, bem como as estratégias do Sistema de Saúde no Brasil para uma reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco e o impacto na vida e na saúde do cuidador que assume o processo de dependência do indivíduo idoso é que surge a proposta deste estudo.

E nosso grande questionamento, além de conhecer quem são os cuidadores de idosos dependentes da área delimitada e a sobrecarga física que o cuidar pode trazer para o cuidador principal, foi se, com essa sobrecarga e dificuldades, a assistência, promoção e a recuperação da saúde do próprio idoso independente não estariam comprometidas também?

Objetivos

2- Objetivos do Estudo

Os objetivos do estudo são:

- Identificar e caracterizar os cuidadores informais dos idosos dependentes cadastrados e usuários das unidades de Saúde da Família da área básica do CSE – FMRP/ USP.
- Descrever algumas das dificuldades e necessidades enfrentadas pelo cuidador do idoso dependente na realização das atividades de cuidado, e a sobrecarga física que as mesmas exercem no corpo e na saúde deste indivíduo.

Material e Métodos

3. Material e Métodos

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, de campo, transversal. Segundo (GIL, 1996), um estudo é considerado exploratório quando o objetivo é proporcionar maior familiaridade com o problema, permitindo assim ao investigador aumentar a sua experiência com o problema e auxiliando-o na descoberta de elementos e resultados desejados.

A abordagem é quantitativa e descritiva, pois permitiu ao pesquisador observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos ou fenômenos encontrados.

Para a coleta de dados, utilizou-se o questionário. O questionário é a forma mais usada para coletar dados, pois possibilita medir com melhor exatidão o que se deseja. (CERVO; BERVIAN; 1996). Ainda segundo os autores as perguntas fechadas são padronizadas, de fácil aplicação, fáceis de codificar e analisar. As perguntas abertas, destinadas à obtenção de respostas livres, embora possibilitem recolher dados ou informações mais ricas e variadas, são codificadas e analisadas com maiores dificuldades.

3.2 Local do Estudo

Ribeirão Preto situa-se no Nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital. Com 504.923 habitantes segundo o Censo Demográfico de 2.000, o município de Ribeirão Preto se encontra entre os maiores do Estado de São Paulo e do Brasil. (SECRETARIA MUNICIPAL DO PLANEJAMENTO, 2004).

Ribeirão Preto apresentou um intenso crescimento populacional durante as décadas de setenta e oitenta. A taxa média de crescimento populacional do município se manteve maior que a taxa de crescimento estadual durante aquelas décadas, fazendo com que sua participação se elevasse no total da população do estado. Este crescimento pode ser explicado pelo fato de Ribeirão ter se mantido como um pólo de atração populacional, tendo sido uma das poucas regiões do estado a ter apresentado um fluxo migratório positivo.

Ribeirão Preto possui uma ampla rede de serviços de saúde de natureza privada, filantrópica e pública (nível estadual e municipal), abrangendo os níveis de atenção primária, secundária e terciária para a prestação de serviços, tanto para o município quanto para a região. O município está dividido em cinco Distritos de Saúde (ANEXO D).

A prestação da atenção básica através da estratégia do Programa de Saúde da Família foi iniciada oficialmente, em 1999. Segundo (CACCIA-BAVA, 2004), o primeiro Núcleo de Saúde da Família (NSF) foi implantado pelo Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE-FMRP-USP) no dia 9 de março de 1999, na época, situado na Rua Bonfim, na região Oeste/Sumarézinho. A equipe ainda não se enquadrava nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde, mas paralelamente, iniciou-se o Programa de residência médica em Medicina Geral e Comunitária com ênfase em Saúde da Família, vinculado ao Hospital das Clínicas, e a parceria do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP que protagonizou, junto com toda a equipe envolvida, essa nova iniciativa. No ano de 2000 estruturava-se mais um NSF (NSF 2) com recursos do CSE, contando com parte do quadro de profissionais e do espaço físico da unidade do bairro Vila Tibério. No ano de 2001, foram inaugurados os núcleos 3, 4 e 5. Ainda segundo a autora, em outubro de 2001, a pedido do gestor municipal, foram habilitados oficialmente pelo Ministério da Saúde como unidades do PSF. Atualmente, os quatro núcleos, localizados na área básica do CSE/ Sumarézinho (ANEXO E), têm a adstrição de uma

população estimada em cerca de 20.000 pessoas, e juntos têm vivenciado as potencialidades e dificuldades desse novo modelo de assistência à saúde no Brasil. Para a manutenção dos Núcleos de Saúde da Família dois convênios são mantidos: Um entre a Fundação de Apoio de Ensino e Pesquisa e Assistência do HC – FMRP (FAEPA) e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e outro entre a Secretaria Municipal de Saúde e FAEPA para o recebimento do Piso de Atenção Básica (PAB) referente à população dessa área de abrangência.

O presente estudo foi desenvolvido nos quatro Núcleos da Saúde da Família (NSF 1, NSF 3, NSF 4 e NSF 5) da Área Básica do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP. Este Centro de Saúde funciona como Unidade Básica e Distrital de Saúde e está localizado no Distrito Oeste de Saúde do município de Ribeirão Preto. O Núcleo de Saúde da Família 2 não foi incluído na pesquisa por não estar localizado na Distrital Oeste, fazendo parte da Distrital Centro/ Vila Tibério.

Os núcleos são Unidades de Saúde da Família, vinculadas à Universidade de São Paulo, coordenadas por docentes e profissionais representantes das Unidades de Ensino de Medicina e de Enfermagem do Campus da USP de Ribeirão Preto. Esses serviços, além da assistência à Saúde da Família, realizam ensino de graduação e pós-graduação na área da saúde e pesquisa em Atenção Primária e Saúde da Família.

Os Núcleos funcionam com a definição de território de abrangência, onde reside um conjunto de pessoas e famílias. Essas famílias são cadastradas pela equipe de Saúde da Família e seus dados são registrados em um Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e em prontuários de família, mantidos em um sistema de arquivo de saúde. O território de abrangência de cada unidade é subdividido em áreas menores, denominadas micro-áreas, ficando cada uma delas sob a responsabilidade de um agente comunitário de saúde (visitas, cadastros, etc). Além dos registros de famílias há os prontuários dos pacientes com suas histórias clínicas e seguimentos de saúde.

Os Núcleos constituem o primeiro contato do usuário com o Sistema de Saúde. Cabe a cada unidade realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional na própria unidade e também nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, presídios, entre outros.

A organização estrutural das USF é feita de acordo com critérios preconizados pelo Ministério da Saúde. Uma Unidade de Saúde da Família pode trabalhar com uma ou mais equipes, variando de acordo com o número de famílias existentes na área. Cada equipe é constituída por um médico generalista, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. As equipes de Saúde da Família (ESF) trabalham com um número fixo de famílias que são adscritas (cadastradas) ao NSF.

Núcleos de Saúde da Família	Número de famílias cadastradas
Núcleo de Saúde da Família 1	914 famílias
Núcleo de Saúde da Família 3	856 famílias
Núcleo de Saúde da Família 4	806 famílias
Núcleo de Saúde da Família 5	643 famílias

* Dados atualizados (fevereiro/2004)/ SIAB

Quadro 1 - Número de famílias cadastradas por unidade.

E é dentro da família, alvo deste programa, que encontramos o cuidador domiciliar de idosos dependentes, personagem importante na reabilitação e elemento central deste estudo.

Os dados para a elaboração deste trabalho foram coletados junto aos cuidadores de idosos dependentes, moradores das áreas de abrangência dos Núcleos de Saúde da Família 1, 3, 4 e 5.

3.3 População do Estudo

A população de estudo foi constituída pelos cuidadores familiares dos idosos dependentes, moradores nas áreas adstritas aos núcleos de Saúde da Família selecionados, cadastrados nessas unidades e usuário de algum dos diversos serviços oferecidos.

Neste estudo foi considerado o cuidador informal, ou seja, o cuidador exclusivamente familiar, não-remunerado, que é responsável pelo cuidado domiciliar, e que assim permanece a maior parte do tempo com o idoso.

Foram selecionadas, primeiramente, as famílias que possuísem pacientes idosos com dependência de ordem física e/ ou mental. A seguir, em cada família com idoso(s) dependente(s), seria identificado o cuidador informal, sujeito da pesquisa.

O levantamento dos idosos dependentes, de cada núcleo de saúde da família, foi realizado junto aos agentes comunitários de saúde (ACS). Esclarecidos os objetivos do estudo e características do sujeito, cada agente, dentro da sua microárea, identificava os indivíduos que se enquadravam dentro das características do estudo.

Aos agentes foi esclarecido que os idosos deveriam apresentar algum tipo de dependência de ordem física e/ ou mental, que poderia levar à necessidade de ter cuidadores familiares.

Essa forma de identificar os cuidadores para participar do estudo pode ter falhas, pois as famílias que não utilizavam o NSF ou que não foram cadastradas por qualquer motivo, tiveram as informações da situação de idosos prejudicadas junto às equipes.

3.4 Coleta de Dados

3.4.1 Instrumento para a Coleta de Dados

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário com questões abertas e fechadas, que englobaram variáveis que definiram os objetivos da pesquisa.

As variáveis consistiram de informações do idoso: idade, sexo, estado civil, naturalidade, assim como a definição do diagnóstico clínico que pode ter determinado a dependência. O questionário englobava também variáveis referentes ao cuidador, a fim de identificar quem são os cuidadores de idosos dependentes do Distrito Oeste de Ribeirão Preto, nas áreas de adstrição dos Núcleos de Saúde da Família. Também foram questionados os graus de parentesco do cuidador com o idoso, presença de ajuda financeira ou de outra espécie por outras pessoas, familiares ou não, a presença de atendimento domiciliar, as atividades realizadas pelo cuidador e suas dificuldades em realizá-las e o impacto físico, na saúde do cuidador, após o início dessas atividades.

3.4.2 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi organizada em três partes: na primeira, foi feito o levantamento, junto aos agentes comunitários, dos idosos, de cada microárea, que tivessem algum grau de dependência física, mental ou social e que possuíssem cuidadores.

Realizado o primeiro levantamento, a segunda parte do trabalho foi iniciada junto aos prontuários de cada unidade, esclarecendo informações quanto ao diagnóstico clínico e endereço completo dos idosos dependentes.

A terceira parte do levantamento consistiu na aplicação do Questionário - **“Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família”** (ANEXO A) - aos cuidadores familiares do idoso dependente.

As entrevistas foram realizadas nos meses de setembro e outubro de 2004 pela pesquisadora e por uma entrevistadora contratada e devidamente treinada.

A entrevistadora contratada realizou a coleta somente no Núcleo de Saúde da Família 5 para evitar um possível erro e indução na pesquisa, considerando que a pesquisadora tinha conhecimentos prévios da população desta unidade por realizar, durante um ano, um estágio nesta mesma unidade. Nos demais núcleos, as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos cuidadores e as respostas foram registradas e escritas de próprio punho e no ato.

Esses dados foram trabalhados para realizar uma caracterização dos cuidadores de idosos dependentes junto aos Núcleos de Saúde da Família da Área Básica do CSE da FMRP-USP, possibilitando um primeiro diagnóstico dessa problemática junto aos serviços de saúde vinculados ao CSE.

Foram levantadas variáveis sócio-demográficas, como: idade, sexo, estado civil, ocupação e naturalidade do idoso e do cuidador, assim como o grau de parentesco entre o cuidador e o idoso. Em seguida foram pesquisadas informações quanto às atividades realizadas e dificuldades encontradas pelo cuidador, para a realização das mesmas, e o impacto físico e/ ou psicológico do cuidar de um idoso dependente.

3.4.3 Trabalho de Campo

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CSE-FMRP-USP (ANEXO C), o questionário e a metodologia do trabalho de campo foram testados em uma Prova Piloto. Foram selecionadas duas cuidadoras, moradoras na área de adscrição do Núcleo de Saúde da Família 5. Intencionalmente, uma cuidadora era familiar, filha da idosa, e a outra era contratada. Antes de começar a entrevista, foram explicados os objetivos da pesquisa.

Ambas as entrevistas duraram em média vinte minutos. Algumas questões abertas não apresentavam espaços para o preenchimento das respostas e aquelas que não estavam claras e geraram dúvidas foram reformuladas.

As modificações foram realizadas; sendo excluídos alguns itens que pareciam redundantes e incluídos outros considerados importantes. O teste piloto também foi responsável pela delimitação definitiva da população do estudo - cuidadores informais de idosos dependentes - desconsiderando, então, todos os cuidadores que tinham vínculos empregatícios com o idoso dependente ou com a família.

Após esses reparos, foram realizados os contatos com toda a equipe das quatro unidades para a apresentação de uma síntese do projeto, esclarecendo os objetivos da pesquisa e respondendo aos possíveis questionamentos. As reuniões foram realizadas nos dias e horários marcados e estabelecidos pela própria equipe de Saúde da Família.

Após a aprovação e esclarecimento em todos os núcleos, cumprindo as exigências operacionais e legais, deu-se início ao processo de levantamento dos dados; primeiramente, dos idosos que apresentassem algum grau de dependência, necessitando de cuidadores. Esse trabalho foi iniciado no NSF 3, escolhido aleatoriamente para ser o primeiro. O levantamento identificou 37 idosos dependentes. Foi realizada uma reunião com cada agente comunitário de saúde e novamente explicados os objetivos da pesquisa e as características que deveriam

possuir os cuidadores dos idosos, verdadeiros sujeitos da pesquisa. Foi constatado que dos 37 “idosos” selecionados muitos não eram realmente idosos, alguns não possuíam cuidador, moravam sozinhos, e outros possuíam cuidadores contratados. Foram, então, realmente identificados 24 idosos que possuíam cuidadores familiares. As entrevistas foram marcadas antecipadamente com algumas famílias. Outras foram visitadas pela pesquisadora e consentiram em realizar a entrevista na mesma hora. O mesmo procedimento foi realizado nos outros três núcleos. Também foram levantados números irreais de idosos que, após um novo esclarecimento, identificavam os verdadeiros sujeitos da pesquisa. O número final encontrado foi de 54 cuidadores informais de idosos dependentes. Desse número, um cuidador recusou-se a participar da pesquisa, e uma cuidadora foi excluída, após responder a pesquisa, por ser contratada. Após a passagem por dois núcleos, a pesquisadora foi novamente chamada pela equipe, pois alguns idosos tinham passado para condição de dependência após terem sofrido Acidente Vascular Cerebral. Esses novos cuidadores não foram incluídos.

As entrevistas, que, no teste piloto, duraram aproximadamente vinte minutos, tiveram durações variadas. Algumas seguiram o modelo testado, outras ultrapassaram uma hora de duração. Tanto a pesquisadora como a entrevistadora estavam devidamente treinadas para não intervir como profissionais de saúde, nem dar orientações para os cuidadores, somente entrevistá-los, limitando-se às perguntas do questionário. A demora nas entrevistas demonstra a necessidade do cuidador de partilhar os problemas e dificuldades no processo de cuidar. A dificuldade do cuidador em encontrar um tempo, dentre todas suas obrigações diárias, para realizar a entrevista, também foi um fator determinante para o atraso no trabalho de campo. As entrevistas foram iniciadas no dia 1º de setembro de 2004 e encerradas no dia 6 de outubro do mesmo ano.

- **Análise dos Dados**

Foi elaborado um banco de dados e aplicado o programa Epi-Info, versão 2001, para a análise dos resultados obtidos com o questionário. Os dados receberam tratamento estatístico com análise descritiva da frequência simples e Teste de Qui-Quadrado pelo próprio programa Epi-Info 6.0.

3.5 Questões de Ética

Todos os sujeitos da pesquisa foram orientados previamente, e expressaram sua aprovação, através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO B), de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde.

Foram excluídos da pesquisa os cuidadores que não residiam nas áreas de cobertura dos núcleos de Saúde da Família 1, 3, 4 e 5, os cuidadores que eram contratados, isto é, tinham vínculos empregatícios com o idoso e a família, assim como aqueles que não consentiram em participar da pesquisa.

Resultados e Discussão

4. Resultados e Discussão

O presente estudo foi realizado com 52 cuidadores familiares de idosos dependentes que possuísem alguma limitação e necessitassem de cuidados.

Conforme os objetivos do estudo, que são: a caracterização do cuidador familiar do idoso dependente e o levantamento das necessidades e dificuldades encontradas pelo cuidador, organizamos este capítulo em partes, para melhor abordar a discussão.

A primeira parte explicitou algumas das dificuldades encontradas no trabalho de campo. A segunda parte caracterizou o próprio idoso dependente que recebeu os cuidados. A terceira parte referiu-se à caracterização do cuidador primeiramente com variáveis sócio-demográficas como idade, sexo, estado civil, naturalidade, ocupação, grau de parentesco entre cuidador e idoso, seguida de informações quanto às atividades realizadas e dificuldades encontradas e por fim o impacto físico e/ ou psicológico do cuidar de um idoso dependente.

4.1 Dificuldades do trabalho de Campo

Alguns pontos já foram discutidos sobre a realização do trabalho de campo. A aplicação do questionário iniciou-se com o teste piloto que apontou algumas falhas na compreensão das questões e no tipo de respostas. As modificações foram realizadas e o trabalho de coleta de dados começou.

Prevíamos certa demora para a realização das entrevistas devido à falta de tempo dos cuidadores, que se dividem entre as atividades de cuidado e outras atividades da esfera doméstica ou mesmo outro tipo de trabalho, porém isso não aconteceu. As entrevistas em sua maioria foram realizadas no mesmo dia em que a entrevistadora ia a casa para explicar os

objetivos e o termo de consentimento. As dificuldades apareceram no reconhecimento da área urbana dos núcleos, e na localização das casas. As agentes comunitárias de saúde, sempre dispostas a ajudar, colaboraram muito com a indicação dos locais. No Núcleo de Saúde da Família 3 o trabalho de campo foi realizado de carro, pois a distância entre uma casa e outra era muita grande o que implicaria no atraso das entrevistas.

A maior dificuldade do trabalho de campo, porém, foi mesmo o tempo gastos nas entrevistas. O questionário testado no projeto piloto teve duração de 20 minutos e realmente esse era o tempo necessário para responder todas as questões com calma e clareza. Mas algumas entrevistas chegaram a durar 2h ou até mais como aconteceu em uma casa. Já terminado, de fato, o questionário, o cuidador entrevistado ainda sentia necessidade de partilhar suas dores emocionais, as dificuldades na realização do cuidado e os inúmeros problemas familiares por que estavam passando. Sem poder interferir, e cientes da necessidade da partilha e exposição das angústias as entrevistadoras acolhiam as queixas em silêncio.

Esse fato nos alerta para a necessidade da assistência multidisciplinar, que envolve também a atenção psicológica para esses cuidadores.

O trabalho de campo teve duração de 1 mês e 5 dias. Foram realizadas em média três visitas por dia.

4.2 Caracterização do Idoso Dependente

Como forma de abranger toda a população que recebe assistência dos Núcleos de Saúde da Família não foi delimitado um diagnóstico ou trauma específico para os idosos que possuíam cuidadores. Portanto o critério de inclusão era que os idosos apresentassem algum

grau de dependência, sendo ela física, mental ou social e fossem seguidos nos NSF, através dos diversos serviços oferecidos por essas unidades.

Os diagnósticos clínicos dos idosos encontrados foram coletados junto aos prontuários dos idosos nos Núcleos de Saúde da Família. Enfatizamos que nenhuma disfunção apresentava causa única ou conseqüências circunscritas. A presença de doenças e de perdas em força, flexibilidade e rapidez afetavam o domínio físico, levando a alterações na auto-estima, autocontrole e motivação do idoso. O ambiente também poderia apresentar condições prejudiciais ao funcionamento independente do idoso. Isso não significa, então, que os diagnósticos levantados eram os únicos fatores determinantes da dependência do indivíduo idoso.

Vale ressaltar, também, que, os diagnósticos foram analisados separadamente e que alguns sujeitos apresentaram a combinação de até quatro diagnósticos. Calculada a média geral da quantidade de diagnósticos e o número de idosos, encontramos um número de 2 diagnósticos por idoso.

Segundo a tabela 1, observamos que a Hipertensão Arterial Sistêmica achava-se em primeiro lugar, encontrada em 25 idosos correspondendo a 23,4% do total observado, a seguir aparecem os casos de Acidente Vascular Cerebral com 15 idosos que apresentavam esse diagnóstico. Observamos freqüências semelhantes dos diagnósticos de Cardiopatia e Fratura de Fêmur, ambas com 8 casos (7,5%) com o diagnóstico de Diabetes, 7 casos (6,5%). Esses dados confirmam a afirmação de (KALACHE, 2004), durante a VII Conferência Mundial sobre Envelhecimento realizada em Genebra, de que o envelhecimento da população virá acompanhado de um aumento do número de doenças crônicas, não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, diabetes, doença de Alzheimer e outras afecções de saúde mental relacionadas ao envelhecimento, câncer, neuropatias e problemas do aparelho locomotor.

**Tabela 1 – Distribuição dos diagnósticos clínicos em idosos dependentes.
Ribeirão Preto, 2004.**

Diagnóstico Clínico	N	%
HAS (Hipertensão arterial sistêmica)	25	23,4
AVC (Acidente Vascular Cerebral)	15	14,0
Cardiopatia	8	7,5
Fratura de fêmur	8	7,5
Diabetes	7	6,5
Demência senil	6	5,6
Artrose	2	1,9
Alteração circulatória ou trombose	4	3,7
Câncer	4	3,7
Cegueira ou diminuição da acuidade visual	3	2,8
Alteração Psiquiátrica	3	2,8
Mal de Alzheimer	3	2,8
Hérnia de disco ou outros problemas na coluna	3	2,8
Enfisema Pulmonar	2	1,9
Mal de Parkinson	2	1,9
Osteoporose	1	0,9
Epilepsia	1	0,9
Desnutrição	1	0,9
Hidrocefalia	1	0,9
Outras fraturas	1	0,9
Diminuição da acuidade auditiva	1	0,9
Reumatismo	1	0,9
Síndrome de Down	1	0,9
Amputação	1	0,9
Problemas Psicológicos-depressão	1	0,9
Paralisia	1	0,9
“Doença Plaquetária”	1	0,9
Total	107	100,0

**Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo a faixa etária e o sexo.
Ribeirão Preto, 2004.**

Faixa Etária do Idoso	Sexo do Idoso				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
60 – 69	8	15,4	3	5,8	11	21,2
70 – 79	10	19,2	4	7,7	14	26,9
80 – 89	6	11,5	12	23,1	18	34,6
90 - +	4	7,7	5	9,6	9	17,3
Total	28	53,8	24	46,2	52	100,0

Examinando a tabela 2, ainda referente à caracterização dos idosos dependentes, podemos notar que, do total de idosos selecionados, 28 (53,8%), eram do sexo masculino e, 24 (46,1%), eram do sexo feminino. Observa-se que a maior concentração de idosos masculinos apareceu na faixa etária de 70 a 79 anos (35,7%) do total de homens e a seguir na faixa etária de 60 a 69 anos (28,6%). No sexo feminino, a maior concentração acha-se na faixa etária de 80 a 89 anos. No sexo feminino, metades das mulheres tinham idade variando de 80 a 89 anos. O restante da população feminina distribui-se mais ou menos igualmente entre as outras faixas etárias.

Tabela 3 – Distribuição da frequência de idosos segundo sexo, faixa etária e estado civil. Ribeirão Preto, 2004.

Faixa Etária	Estado Civil e Sexo										Total	
	Casado		Solteiro		Viúvo		Separado		Amasiado			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
< 60	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
60 – 69	5	1	1	-	-	1	2	-	-	-	8	2
70 – 79	8	1	-	-	1	3	-	-	1	-	10	4
80 – 89	4	4	-	1	2	7	-	-	-	-	6	12
90 - +	3	-	-	-	1	5	-	-	-	-	4	5
Total	20	6	1	1	4	17	2	-	1	-	28	24

Ainda sobre a caracterização dos idosos dependentes observamos que 26 (50%) eram casados e 21(40,4%) são viúvos. Cruzando as variáveis sexo, estado civil e faixa etária, observamos, conforme a tabela 3, que a maioria dos homens era casada: 20 (71,4%) ou, em uma concentração bem menor, viúvos: 4 (14,3%). O oposto pode ser observado entre as idosas que, na sua maioria, são viúvas: 17 (70,8%) e apenas 6 (25%) casadas.

Em um estudo realizado por (SILVA; BESSA; OLIVEIRA, 2004), sobre o tamanho e estrutura familiar de idosos, no estado do Ceará, constatou-se que (90%) dos entrevistados do sexo masculino residiam em família cujo núcleo familiar era composto (terminologia usada por MEDEIROS & OSÓRIO, apud (SILVA; BESSA; OLIVEIRA, 2004), para designar um casal), enquanto apenas 31,4% das mulheres encontravam-se em famílias com esta característica. A maioria das idosas apresentava um núcleo familiar simples (terminologia para apenas um membro e predominantemente mulher), 68,5%.

A naturalidade do idoso também foi investigada a fim de observarmos se havia uma possível regionalização das migrações das cidades de origem do idoso para a cidade de

Ribeirão Preto, mas foi encontrada uma grande dispersão das procedências variando entre diferentes municípios, outros estados e até outro país. (tabela 21). (ANEXO G).

4.3 Caracterização do Cuidador Informal

Tabela 4 – Distribuição do cuidador segundo o sexo e a faixa etária. Ribeirão Preto, 2004.

Faixa Etária do Cuidador	Sexo do Cuidador				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	n	%	N	%
10 – 19	–	–	1	1,9	1	1,9
20 – 29	–	–	1	1,9	1	1,9
30 – 39	–	–	4	7,7	4	7,7
40 – 49	–	–	7	13,5	7	13,5
50 – 59	1	1,9	13	25,0	14	26,9
60 – 69	–	–	16	30,8	16	30,8
70 – 79	–	–	5	9,6	5	9,6
80 - +	2	3,8	2	3,8	4	7,7
Total	3	5,7	49	94,2	52	100,0

Examinando a tabela referente à caracterização do cuidador quanto ao sexo e idade, observamos que, do total entrevistado, 49 (94,2%) eram do sexo feminino e apenas 3(5,7%) eram do sexo masculino. Esses dados foram observados em outros trabalhos que ressaltaram o predomínio do sexo feminino nas atividades como cuidador. Em outros estudos, realizados

por (NUNES, 2002); (KARSCH, 1998); (MORAIS, 2004), foram observados que (95,6 %), (93,6%) e (100%) dos cuidadores entrevistados eram mulheres, respectivamente. Ainda no estudo coordenado por (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002), os dados levantados na pesquisa mostraram que a grande maioria dos cuidadores é do sexo feminino (92,9%) confirmando que em geral são as mulheres que assumem o cuidar.

Este papel é visto como natural, no entanto ele está inscrito socialmente no papel de mãe, e, culturalmente, as mulheres o assumem como mais um papel pertinente à esfera doméstica.

Nesse contexto surgiu outra característica importante, que é a faixa etária dos cuidadores. Como podemos ver na tabela 4, as mulheres participaram como cuidadoras já a partir da faixa etária de 10 -19 anos, com o predomínio de cuidadores na faixa de 60 a 69 anos. Está distribuição mostra a mulher como cuidadora da adolescência, passando pela idade adulta e chegando a velhice. Um achado interessante foi uma menina de 11 anos que já é responsável pelos cuidados do avô confirmando o papel cultural e social da mulher como cuidadora, independente de sua faixa etária. Outros estudos como o realizado por (NUNES, 2002), que também buscava a caracterização do cuidador de idosos mostrou que a média de idade dos cuidadores entrevistados era de 52 anos. Dentro do total do estudo, 10 (43,5%) cuidadores, apresentavam idade acima de 55 anos. Outro estudo, realizado por (PERRACINI, 1994), sobre as tarefas realizadas pelos cuidadores familiares de idosos com alta dependência, encontrou como idade média dos cuidadores a de 61 anos.

Analisando a relação entre a faixa etária e o estado civil dos cuidadores foi encontrado, conforme consta na tabela 5, que a maioria dos cuidadores era casada, ou seja, 34 (65,4%) deles. Dentre os casados, 10 (29,4%) e 9 (26,4%) referiram idades entre 50 e 59 anos e 60 e 69 anos, respectivamente enquanto os viúvos e solteiros representaram 7 (13,46%) e 8 (15,4%), respectivamente.

Tabela 5 – Distribuição da frequência dos cuidadores segundo a faixa etária e o estado civil. Ribeirão Preto, 2004.

Faixa Etária	Estado Civil				Total
	Casado	Solteiro	Viúvo	Separado	
10 – 19	–	1	–	–	1
20 – 29	1	–	–	–	1
30 – 39	3	1	–	–	4
40 – 49	4	1	2	–	7
50 – 59	10	1	1	2	14
60 – 69	9	3	3	1	16
70 – 79	4	–	1	–	5
80 ou +	3	–	1	–	4
Total	34	7	8	3	52

NUNES (2002) observou que a maioria dos cuidadores era casada, 16 (69,6%), e possuía filhos, o que, em sua análise, dificultava a prática do cuidado, pois os cuidadores precisavam dividir seu tempo entre os afazeres domésticos, o cuidado com a família e com o idoso. Essa análise reafirma a importância da família e do contexto familiar em situações que exigem cuidado, a adaptação da mesma e o impacto dessas ações na vida cotidiana do doente na família como um todo.

A naturalidade do cuidador também foi pesquisada com o objetivo de observar possíveis regionalizações e uma tendência migratória para o município de Ribeirão Preto. Assim como nos idosos os cuidadores apresentam diferentes procedências não tendo sinais de regionalização.(tabela 22). (ANEXO H).

A análise do grau de parentesco do cuidador com o idoso mostrou que a maioria dos cuidadores eram filhas e cônjuges, respectivamente, 26 (50%) e 15 (28%). Outros estudos também comprovaram tal tendência, como o trabalho de (MADUREIRA, 2000), que encontrou 52,2% e 26,1% de cuidadoras filhas e esposas, respectivamente. (tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição de frequência do cuidador segundo o vínculo com o Idoso. Ribeirão Preto, 2004.

Vínculo familiar	N	%
Esposa	15	28,8
Filho	26	50,0
Genro/ Nora	3	5,8
Irmão/ Irmã	1	1,9
Outros *	7	13,5
Total	52	100,0

* Os outros vínculos encontrados foram: enteada, cunhada, sobrinha e neta.

Quanto à ocupação dos cuidadores entrevistados, a grande maioria deles (90,4%) não trabalhava fora, apenas 5 (9,6%) referiram outra ocupação (tabela 7).

Tabela 7 – Situação Ocupacional do cuidador de idosos. Ribeirão Preto, 2004.

Trabalha Fora	N	%
Sim	5	9,6
Não	47	90,4
Total	52	100,0

Tentando conhecer melhor a situação ocupacional dos que não trabalhavam fora, foi perguntado ao entrevistado se, para exercer a função de cuidador havia parado de trabalhar, obtendo-se as seguintes respostas: 12 (23,1%) disseram que sim, 14 (26,9%) referiram ser aposentados e 15 (28,8%) eram “do lar”. Apenas 3 pessoas referiram ser pensionistas e outras 3 disseram ter outra ocupação não-remunerada. (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Situação ocupacional do cuidador que não trabalha fora. Ribeirão Preto, 2004.

Estudo semelhante realizado por (NUNES, 2002), identificou que 18 (81,8%) dos entrevistados não desenvolviam atividades remuneradas e dedicavam-se ao lar como local de trabalho, 17 (89,5%) pessoas.

Permeado por dificuldades e responsabilidades, o papel do cuidador muitas vezes era assumido de forma solitária, sem nenhum tipo de ajuda.

A fim de conhecer e analisar o tipo de ajuda recebida pelo cuidador e pela família, nos cuidados com o idoso dependente, questionou-se se a mesma recebia ajuda em dinheiro, espécie (cesta básica, roupas, fraudas, etc.) ou ajuda em serviço (ajuda de empregadas ou de outros cuidadores).

Havia interesse da pesquisa em saber o tipo de ajuda, de quem era e com que frequência era recebida, sem entrar no mérito do valor ou espécie recebidos.

Nesse tocante, 43 (82,7%) recebiam ajuda em dinheiro, 7 (13,5%) relataram receber ajuda em espécie e 5 (9,6%) ajuda de serviços de outras pessoas, sendo que o total de respostas

é maior que o de entrevistados, pois alguns informaram mais que um tipo de ajuda e, por isso, as alternativas foram analisadas separadamente.(Tabela 8).

Tabela 8 – Frequência e tipo de ajuda recebida pelos cuidadores no processo de cuidar de um idoso dependente. Ribeirão Preto, 2004.

Tipo de Ajuda	Sim	Não	Total
Dinheiro	43	9	52
Espécie	7	45	52
Serviço	5	47	52

Tabela 9 – Distribuição do tipo e de quem vem a ajuda recebida pelos cuidadores de idoso. Ribeirão Preto, 2004.

De quem recebe ajuda	Dinheiro		Espécie		Serviço		Total
	N	%	N	%	N	%	
Ajuda dos Familiares	7	16,3	2	28,6	4	80,0	13
Assistência Social	-	-	1	14,3	-	-	1
Benefícios da Previdência Social	34	79,1	-	-	-	-	34
Outra Pessoa	-	-	-	-	1	20,0	1
Prefeitura	-	-	1	14,3	-	-	1
Prefeitura/Ajuda Familiar	1	2,3	1	14,3	-	-	2
Benefícios da Previdência Social do Município.	1	2,3	1	14,3	-	-	2
Serviços Públicos	-	-	1	14,3	-	-	1
Total	43	100,0	7	100,0	5	100,0	55

Um fato interessante observado com essa questão foi que a maioria dos entrevistados relatou, como ajuda, os benefícios da Previdência Social do próprio idoso. Isso revelou que o

idoso passou a contribuir com a renda da família, não mais como dependente financeiro. Essa informação é observada na tabela 9.

É dentro desta família, que o idoso vai vivenciar as dificuldades e conseqüências do envelhecimento com dependência e é para dentro do domicílio que as atenções de grande parte dos profissionais da área da saúde têm se voltado.

A assistência domiciliar vem demonstrando ser a nova fronteira dos serviços de saúde, porém ela representa muito mais do que um simples fornecimento de um tratamento médico residencial padronizado. Envolve o planejamento e a coordenação de toda a equipe de saúde que, junto com a família, fornecerá todo apoio e cuidados necessários ao idoso.

Muitos estudos apontam o domicílio como outro local para o tratamento de pacientes, especialmente os idosos, por diversos motivos. O primeiro deles é a transição demográfica observada na pirâmide populacional brasileira em algumas décadas do século XX, demonstrando um envelhecimento populacional cada vez mais acentuado. A essa tendência soma-se outra correspondente ao “perfil epidemiológico”, que passa a ser composta por um aumento das doenças crônico-degenerativas mais presentes em idosos. Essas duas tendências, perfil demográfico e de doenças compõem um quadro complexo que demanda uma transformação do padrão assistencial do sistema de serviços de saúde.

Outro fator importante para o interesse crescente da modalidade da assistência domiciliar é o custo desta comparado ao do sistema hospitalar para assistência ao idoso, assim como o desenvolvimento tecnológico que tem permitido manter o paciente em tratamento domiciliar por meio de aparelhos portáteis e de fácil manipulação.

A mudança crescente do modelo de assistência que observamos com o Programa de Saúde da Família, que tem na atenção básica, e na própria família, seu campo de atuação, soma-se um interesse significativo de diversos profissionais da saúde por essa modalidade de

assistência. E, por fim, o próprio bem-estar do idoso, que será assistido no seu próprio meio, gozando de privacidade, perto das coisas de que gosta, participando da rotina diária da casa.

Os serviços de atendimento domiciliar, de alguma maneira, sempre estiveram ligados à área de Saúde Pública, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças, princípios inculcados dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde e da estratégia do Programa de Saúde da Família. Mas recentemente, no entanto, verifica-se outro segmento de atividades de atendimento domiciliar ligado à área privada. Denominados também de “home-care” se aproximam muito dos modelos adotados em países desenvolvidos.

Dentre os outros tipos de atendimento domiciliar observados neste estudo, que não eram do Núcleo de Saúde da Família, destacamos a Medicar, o serviço de assistência domiciliar do plano de saúde Unimed (Unilar), o serviço de atendimento domiciliar do plano de saúde São Francisco Clínicas (“home-care” São Francisco Clínicas) e a UNAERP (Universidade de Ribeirão Preto) com o ambulatório de escaras. (tabela 11).

Observamos um interesse crescente pela modalidade da assistência domiciliar junto ao setor privado, que vem ganhando espaço e adeptos. Por outro lado, essa modalidade assistencial tem seu valor e sua importância, mas muitas vezes acaba estimulando na família uma relação de dependência para a realização desses cuidados. Esse aspecto é objeto de preocupação na organização da oferta da assistência, pois se entende que a família pode participar do auto-cuidado e realizá-lo com eficácia, se for bem orientada e treinada. Ressaltamos o conceito de co-responsabilidade e compromisso entre os profissionais do serviço e seus usuários.

Tabela 10 – Distribuição das famílias quanto à assistência domiciliar prestada aos seus idosos. Ribeirão Preto, 2004.

Presença de Atendimento domiciliar	N	%
Recebem atendimento domiciliar pelo NSF	33	63,5
Outro tipo de atendimento	11	21,1
Não recebem atendimento	8	15,4
Total	52	100,0

Analisando a tabela 10, notamos que, do total de cuidadores entrevistados, 33 (63,5%) relataram estar recebendo atendimento do Núcleo de Saúde da Família; 11 (21,1%) relataram receber outro tipo de atendimento domiciliar e 8 (15,4%) disseram não estar recebendo nenhum atendimento domiciliar. Os outros atendimentos domiciliares referidos foram analisados na tabela 11, que mostram o interesse do setor privado nessa modalidade assistencial e ou de ensino como já foi discutido anteriormente.

Tabela 11 – Distribuição dos Atendimentos domiciliares que não são realizados pelo Núcleo de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2004.

Outros Atendimentos	N	%
CSE	1	9,1%
Medicar / “Home- care” São Francisco	1	9,1%
Medicar	4	36,4%
São Francisco / CSE	1	9,1%
UNAERP	1	9,1%
Unilar	2	18,2%
Unilar e Medicar	1	9,1%
Total	11	100,0%

Quando questionados sobre a atividade realizada nesse atendimento, 39 dos entrevistados relataram que o serviço realiza seguimento geral. Este dado refere-se, em sua

maioria, aos atendimentos realizados principalmente pelos Núcleos de Saúde da Família, que oferecem uma assistência ao idoso e a toda a família. Esse seguimento é realizado por toda a equipe, médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários, conforme a necessidade e urgência. (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Divisão das atividades realizadas no atendimento domiciliar. Ribeirão Preto, 2004.

As informações analisadas na tabela 12 totalizaram mais que 52 , pois alguns entrevistados assinalaram mais de uma opção.

Conforme as informações coletadas e descritas na tabela 12, 47 (90,4%) responderam que aprenderam sozinhos a cuidar, enquanto 7 (15,5%) referiram ter recebido orientações de profissionais e 2 (3,6%) responderam que receberam orientações de leigos.

Tabela 12 – Distribuição das fontes de formação dos cuidadores de idosos. Ribeirão Preto, 2004.

Como aprendeu a cuidar	N	%
Orientações na alta hospitalar	–	–
Cursos para cuidadores	–	–
Orientações de profissionais	7	12,5
Informações de leigos	2	3,6
Sozinho	47	83,9
Total	56	100.0

Essas informações confirmam que, sem orientação de como proceder com os cuidados e sem muitas informações sobre a doença, o cuidador vai construindo na prática o seu conhecimento de forma solitária (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002). Sem um conhecimento prévio e uma habilidade anterior de como proceder com a maioria dos cuidados citados, o familiar que assumiu tal tarefa se sentiu desnorteado em determinadas situações.

NUNES (2002), em seu estudo, identificou que a falta de experiência para o desempenho das atividades relacionadas ao processo de cuidar é preocupante. Isso nos faz refletir sobre a importância e a necessidade da assistência domiciliar da equipe de saúde nas orientações à família.

Alguns autores, como (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002) classificaram a assistência domiciliar em três tipos: a terapêutica, que visa o tratamento do paciente até receber alta médica; a paliativa, que objetiva o cuidado do paciente na perspectiva de oferecer-lhe uma melhor qualidade de vida, sem almejar a cura; e, por fim, a assistência domiciliar preventiva, que seria a ideal, pois busca evitar o adoecimento ou o agravamento de doenças pré-existentes. Essa classificação difere de autor para autor.

A estratégia de assistência prestada à família pela equipe de saúde poderá então nortear a recuperação ou a prevenção de intercorrências na saúde do idoso, assim como as orientações à família, que representa uma grande aliada no processo de cuidar.

É inegável que somente o fazer produz experiência e capacita para o cuidar, e, nesse contexto, a equipe tem o papel de educadora, a fim de que, com o passar do tempo, o cuidador vá adquirindo essa experiência (NUNES, 2002).

4.4 - Caracterização das Atividades realizadas pelo Cuidador e as dificuldades encontradas

A tabela 13 analisa os cuidados que são realizados pelo próprio idoso, pelo cuidador ou com a ajuda de outras pessoas. Cada atividade foi observada separadamente para uma melhor compreensão.

O banho, tipo de cuidado de complexidade moderada, foi realizado pelo cuidador sozinho em 22 casos (42,3%), enquanto 12 (23,1%) realizaram com ajuda de outras pessoas.

Tabela 13 - Distribuição das atividades básicas que são realizadas pelo idoso, pelos cuidadores ou com ajuda de terceiros. Ribeirão Preto, 2004.

Atividade	Idoso realiza	Cuidador realiza sozinho	Cuidador realiza com auxílio de outras pessoas	Não realizam	TOTAL
Banho	18	22	12	—	52
Exercícios	11	6	3	32	52
Passar da cama para a cadeira	26	17	8	1	52
Deitar e levantar da cama	29	19	4	—	52
Mudança de posição	34	14	3	1	52
Alimentação	33	17	2	—	52
Vestimenta em geral	19	27	6	—	52
Outros	15	35	2	—	-

Quando questionados sobre a realização de exercícios com o idoso, 32 (61,5%) dos sujeitos relatam não realizá-los e 11 (21,2%) relatam que o idoso realiza-os sozinho.

Passar da cama para a cadeira também foi uma atividade que a maioria dos cuidadores relataram que o idoso realiza sozinho; em 26 (50%), essa atividade é realizada pelo idoso e somente em 17 (32,7% dos casos), essa atividade é realizada especialmente pelo cuidador.

Esses números são muitos semelhantes a outras atividades, como deitar e levantar da cama, mudar de posição e alimentação, em que as maiores porcentagens mostram que o idoso realiza sem a ajuda do cuidador a atividade questionada.

A vestimenta, assim como o banho, é uma atividade realizada, na maioria das vezes, pelos cuidadores: 27 (51,9% do total dos entrevistados) realizam essa atividade, enquanto 19 (36,5%) relatam que o idoso realiza sem ajuda.

Tais informações foram coletadas com o intuito de observar quais das atividades eram realizadas exclusivamente pelos cuidadores e, por terem uma exigência física, qual o verdadeiro impacto na saúde e no físico do cuidador. Não foram levantadas outras atividades do cuidado, como higiene pessoal (pentear o cabelo, escovar os dentes, cortar as unhas), a administração de remédios e dieta por não exigirem tanto do físico do cuidador como as selecionadas.

Cuidar de um adulto dependente implica em ter um condicionamento físico capaz de dar conta de tarefas pesadas, como a locomoção do paciente, e outras tarefas do dia-a-dia, além de exigir recuperação rápida, por exemplo, de uma noite mal dormida (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002).

As atividades de cuidado geralmente são atividades novas que são introduzidas na rotina diária da família, do cuidador e do espaço domiciliar. As rotinas domésticas passam, então, a ser redefinidas, mas não deixadas de lado.

A tabela 14 apresenta as atividades da vida cotidiana ou doméstica, que foram realizadas pelos cuidadores e aquelas que, para a sua realização, contaram com a ajuda de outras pessoas.

Observamos que, para o transporte para locais fora do domicílio a maioria dos cuidadores, 35 (67,3%), contou com a ajuda de outras pessoas, somente 13 (25%) cuidadores realizaram essas atividades sem ajuda de outras pessoas; 4 (7,7%) entrevistados relataram não realizar essa atividade.

As atividades que envolvem os cuidados da casa, cuidados com roupas e preparação dos alimentos são geralmente executadas pelos cuidadores, enquanto 9 (17,3%) entrevistados receberam ajuda de terceiros no trabalho de casa.

Os cuidados diurnos com o idoso foram realizados diretamente por 48 (92,3%) cuidadores. Essa informação confirmou a atenção integral e intensiva que os cuidadores executaram, impossibilitando-os de participar de outras atividades profissionais, sociais e de lazer.

Já nos cuidados noturnos dos idosos, houve 8 (15,4%) cuidadores que contam com ajuda de outras pessoas para a realização desses cuidados.

Serviços como o pagamento de contas nos bancos e compras também fizeram parte da rotina dos cuidadores. Do total entrevistado, 30 (57,7%) realizaram essa atividade, 21 (40,4%) contaram com ajuda de terceiros e apenas 1 (1,9%) diz não realizar esse tipo de serviço.

Tabela 14 – Distribuição das atividades domésticas realizadas pelos cuidadores com ou sem a ajuda de outras pessoas. Ribeirão Preto, 2004.

Cuidados instrumentais	Cuidador realiza sozinho	Cuidador realiza com ajuda de outra pessoa	Cuidador não realiza	Total
Transporte para locais fora do domicílio	13	35	4	52
Cuidados com roupas	42	6	4	52
Cuidados com a casa	40	9	3	52
Preparo dos alimentos	45	3	4	52
Cuidados de vigilância diurna	48	3	1	52
Cuidados de vigilância noturna	38	8	6	52
Serviços como bancos, compras, etc.	30	21	1	52

Levando-se em conta a sobrecarga física das atividades de cuidado e pretendendo analisar o impacto físico que essas atividades causaram na saúde do cuidador é que se questionou o grau de dificuldade para realizar essas tarefas. O objetivo dessa questão, demonstrado na tabela 15, era identificar numericamente, através de uma escala de 1 a 5, sendo o número 1 o menor grau de dificuldade e o número 5 o grau de maior dificuldade, as atividades que eram mais penosas e de difícil realização para o cuidador, trazendo assim consequências físicas para o mesmo e interferência direta no cuidado com o idoso. Essa escala, criada pela pesquisadora ainda não está validada.

Os números demonstram que, das atividades selecionadas, por envolverem grande esforço físico do cuidador, a maioria dos entrevistados referiu não ter grandes dificuldades para realizá-las. A outra grande porcentagem encontrada foi da não realização dessas atividades. Esse número pode ser explicado por dois fatores: o primeiro, devido ao grau leve e moderado de dependência do idoso que acaba realizando a atividade sozinho, ou mesmo

colaborando com o cuidador na realização da mesma tornando-a menos difícil. O outro fator é que alguns idosos estavam totalmente restritos ao leito (acamados) não necessitando que o cuidador realizasse ou auxiliasse em algumas atividades como andar no plano, levar ao banheiro, passar da cama para a cadeira ou mesmo sentar e levantar da cama.

É importante ressaltar a não-realização de exercícios com o idoso. Do total entrevistado, 42 (80,8%) relataram não realizar nenhum exercício com o idoso, nem auxiliá-lo na realização do mesmo. Porém a realização de exercícios, orientados por um profissional adequado, é de grande importância para a manutenção e recuperação da saúde, principalmente em idosos. Técnicas simples de alongamento e estímulos ao movimento são muitos fáceis de serem realizados pelo cuidador quando devidamente orientado.

Mesmo realizando tratamento fisioterapêutico fora ou ainda no domicílio, esse tempo é muito pouco para um idoso, por exemplo, que fica no leito 24 horas por dia. Que o tratamento fisioterapêutico, ou qualquer outro realizado, seja em média de 1 hora por dia, as outras 23 horas ficam sob a responsabilidade do cuidador, e este é, deve ser e sempre será o aliado de todo profissional da saúde envolvido na assistência ao idoso. Estímulos como alongamentos, mudanças de posicionamento no leito, na cadeira, pequenas caminhadas, que podem ser realizadas dentro da casa mesmo, exercícios respiratórios, de equilíbrio, coordenação ou mesmo exercícios cognitivos para estimular a memória, entre tantos outros, devem ser realizados ou auxiliados diariamente. A importância dessas atividades extrapola a saúde do idoso, refletindo sobre a saúde do cuidador. Um idoso flexível, bem alongado e com alguma força muscular pode colaborar no seu banho, e transferências da cama para cadeira ou vice-versa, diminuindo assim, a dificuldade e o esforço do cuidador nessas mesmas atividades. O mesmo vale para os cuidadores. Muitos cuidadores para cumprir as tarefas inerentes ao cuidado acabam descuidando-se da sua própria saúde. Em proporções diferentes, mas também, devidamente orientados, exercícios de alongamento, fortalecimento,

caminhadas, atividades de lazer, massagem, hidroginástica, entre outros exemplos, devem ser realizados pelos cuidadores para a prevenção de doenças, diminuição do grau de estresse e para auxiliar na realização das atividades que exigem um bom condicionamento físico do cuidador para a sua adequada execução.

Tabela 15 – Distribuição do grau de dificuldade encontrado pelos cuidadores do idoso dependente. Ribeirão Preto, 2004.

Atividades	Grau de Dificuldade *						Total
	1	2	3	4	5	Nr **	
Andar no plano	11	3	6	1	5	26	52
Subir escadas	2	3	10	2	9	26	52
Uso do banheiro	11	1	6	4	10	20	52
Banho	12	1	9	5	11	14	52
Exercícios	1	1	3	1	4	42	52
Passar da cama para cadeira	13	0	3	3	10	23	52
Deitar e levantar da cama	13	2	3	3	10	21	52
Mudança de posição	13	4	5	4	4	22	52
Alimentação	16	3	7	3	2	21	52
Vestimenta em geral	14	3	6	2	11	16	52
Total	106	21	58	28	76	231	520

* O grau 1 referia-se ao menor grau de dificuldade e o 5, ao maior grau de dificuldade

**Nr – Não-realização da atividade pelo cuidador

4.5 Caracterização do impacto físico e /ou psicológico do processo de cuidar

Tabela 16 - Modificações observadas pelo cuidador em si após o início das atividades de cuidado. Ribeirão Preto, 2004.

Modificações no corpo ou na saúde	N	%
Sentiu modificações	9	18
Aumento do cansaço e preocupações	7	14
Alterações psicológicas	12	24
Alteração de peso	5	10
Aumento da Pressão Arterial Sistêmica	1	2
Problemas de postura	4	8
Tendinite	1	2
Dores generalizadas	6	12
Outros	5	10
Total	50	100,0

Observamos com a tabela 16 que a maior parte dos cuidadores, ao serem questionados sobre possíveis modificações no corpo ou na saúde, após o início das atividades como cuidador, relatou algum tipo de modificação.

Do total de respostas encontradas, pois alguns cuidadores relataram mais de uma modificação, 12 (24%) relataram modificações psicológicas (aumento do estresse, nervoso, angústia e depressão); 7(14%) relataram aumento do cansaço e preocupações e 5 (10%) alterações no peso (engordou ou emagreceu). Outra queixa importante refere-se ao aparecimento de dores generalizadas pelo corpo, 6(12%), assim como problemas na coluna, que foram relatado por 4 (8%) cuidadores.

Essa questão era aberta, permitindo que o cuidador respondesse livremente, a partir de sua vivência. A referência às modificações psicológicas e afetivas apontou que esse grupo de

problemas teve importância na percepção que os cuidadores tiveram sobre sua saúde e merece uma reflexão por parte da equipe de Saúde da Família.

A sobrecarga de responsabilidades, inúmeras tarefas para realizar, movimentos que exigem força e flexibilidade e a falta de tempo e oportunidade para pensar em sua própria saúde e bem-estar são algumas das causas que os autores vêm abordando nos estudos de riscos à saúde dos cuidadores.

Envolvidos com o cuidado do idoso, esses indivíduos geralmente “descuidam-se” de seu próprio corpo e saúde.

Quando questionados sobre a presença de dores em alguma parte do corpo, 35 (67,3%) relataram sentir dores pelo corpo, não especificando o tipo de dor. Do total de pessoas que relataram sentir dor, 29 (50%) afirmaram sentir dores na coluna, seguido de dores nas pernas 13 (22,4%) e braços 11(19%). (Tabela 17). Alguns cuidadores relataram mais de um local de dor e, portanto, a presença de dores totalizou 58 informações. (Tabela 18).

Tabela 17 – Distribuição da frequência de dores no corpo em cuidadores de idosos dependentes. Ribeirão Preto, 2004.

Presença de dores no corpo	N	%
Sim	35	67,3
Não	17	32,7
Total	52	100,0

**Tabela 18 - Distribuição dos locais de dores no corpo dos cuidadores.
Ribeirão Preto, 2004.**

Locais de dor	N	%
Coluna	29	50
Pernas	13	22,4
Braços	11	19
Outras partes	5	8,6
Total	58	100,0

**Tabela 19 – Distribuição dos medicamentos ou tratamentos utilizados pelos
cuidadores para dor. Ribeirão Preto, 2004.**

Medicamentos ou Tratamentos realizados	N	%
Dorflex	5	18,6
Diclofenaco (Voltarem e Cataflan)	11	40,7
Diazepan	1	3,7
Fluxetina	3	11,1
Tratamento Fisioterapêutico	3	11,1
Tratamento Psicoterapêutico	1	3,7
Outros	3	11,1
Total	27	100,0

Segundo a tabela 19, os cuidadores, para minimizar as dores, afirmaram usar medicamentos. Do total que relatou sentir dores, 11 (40,7%) faziam uso de medicamentos como Voltarem e Cataflan e 5 (18,6%) medicamentos como Dorflex. Poucos cuidadores relataram procurar assistência fisioterapêutica ou psicológica para o tratamento das dores.

Por fim, os cuidadores explicitaram suas percepções sobre o processo de cuidar, sendo que alguns referiram mais de uma resposta, que foram agrupadas, para melhor análise, em 16 categorias. (Tabela 20).

De todas as 77 respostas codificadas, pois alguns cuidadores tiveram mais de uma resposta, 18 (23,4%) disseram “estar bom”, não especificando nenhum sentimento ou

desaprovação, somando com 6 (7,8%) que disseram achar normal cuidar de alguém doente. Essas informações confirmaram que o papel de cuidador é considerado culturalmente com “natural”, pois faz parte do papel social da mãe e das mulheres no exercício da função doméstica.

Porém 12 (15,6%) pessoas consideraram ser difícil o processo de cuidar de alguém doente.

Outra informação importante foi a afirmação que cuidar é uma obrigação segundo 7 (9,1%) cuidadores. Esse fato também foi observado por (NUNES, 2002).

Tabela 20 – Distribuição das observações gerais dos cuidadores sobre a função de cuidar. Ribeirão Preto, 2004.

Observações	N	%
“Está bom”	18	23,4
Está difícil (acha difícil?)	12	15,6
É minha obrigação	7	9,1
Acha normal	6	7,8
Acha difícil mais gosta	5	6,5
Sente-se presa (não pode sair)	5	6,5
Está conformada com a situação	5	6,5
Precisaria da ajuda de outra pessoa (família /cuidadores / profissionais)	4	5,2
Agora já aprendeu	4	5,2
Sente a cobrança da própria família	3	3,9
Precisaria de ajuda financeira	2	2,6
Poderia ser melhor se trabalhasse fora	2	2,6
Prefere fazer a ver alguém fazendo	1	1,3
Atrapalha nos relacionamentos com os filhos e com o marido	1	1,3
Adora cuidar	1	1,3
Outros	1	1,3
Total	77	100,0

Conclusões

5. Conclusões

O presente estudo teve como objetivo a caracterização e identificação dos cuidadores informais dos idosos dependentes, residentes na área de abrangência, cadastrados e usuários das unidades de Saúde da Família da área básica do CSE – FMRP, bem como descrever algumas das dificuldades e necessidades enfrentadas pelo cuidador do idoso dependente na realização das atividades de cuidado e a sobrecarga que as mesmas exercem no corpo e na saúde deste indivíduo.

Foram entrevistados 52 cuidadores, que responderam a um questionário, que contendo variáveis relacionadas às características do sujeito estudado e outros componentes envolvidos no processo de cuidar.

Os cuidadores informais de idosos dependentes foram identificados, neste estudo, como sendo predominantemente do sexo feminino, com 49 (94,2%) variando entre a faixa etária de 50 a 70 anos. A maioria era casada, 34 (65,4%), isto é, dividia as responsabilidades da casa e da família com as atividades de cuidados. Quanto ao grau de parentesco com o idoso, a maior porcentagem ficou com as filhas, 26 (50%) seguidas dos cônjuges 15 (28,8%). Deste mesmo total, 47 (90,4%) relataram não trabalhar fora de casa. Dessa representação 12 (23,1%) relataram ter deixado de trabalhar para ser cuidador e 15 (28,8%) relataram que sempre foram “do lar”.

Quando questionados sobre a presença de ajuda direta ou indireta na realização das atividades, a maioria dos entrevistados diz receber ajuda em dinheiro, que vem, em grande parte, dos benefícios da previdência social do próprio idoso. A outra ajuda vem de outros familiares, mas em uma proporção muito pequena, confirmando que o cuidar, muitas vezes, é uma atividade solitária e de grande sobrecarga para o indivíduo envolvido.

Quanto à presença de atendimento domiciliar, 33 (63,5%) relataram estar recebendo assistência dos Núcleos de Saúde da Família, 11 (21,1%) recebem outros tipos de atendimento domiciliar, sendo que a maioria deles está ligada à rede privada. As atividades realizadas neste atendimento domiciliar vão desde o seguimento geral, quantificado em 39 (75%), a medida da pressão arterial, 9 (17,3%) e a realização de curativos, 3 (5,8%).

Para a maioria dos cuidadores, as atividades de cuidar de alguém doente, mais especificamente o idoso, foram aprendidas sozinhas, na prática, com base em erros e acertos; apenas 7 (12,5%) dos entrevistados relataram ter recebido orientações de profissionais.

Foram selecionadas algumas atividades de vida diária, essenciais para o idoso, e que poderiam comprometer fisicamente o cuidador, se fossem realizadas de forma passiva e sem auxílio de outras pessoas. Dessas atividades, muitos cuidadores relataram que o idoso ainda auxiliava na realização das mesmas, diminuindo o grau de dificuldade. Atividades de complexidade moderada, como o banho e a transferência da cama para a cadeira são as de maior dificuldade e que exigem do cuidador um grande esforço físico. Porém, de forma geral, somando todas as informações, concluímos que os cuidadores vão, com o tempo, adquirindo habilidades e encontrando, a sua maneira, o melhor jeito e posicionamento para realizar essa movimentação. O grau de dificuldade também está relacionado com o grau de dependência do idoso. Idosos mais dependentes fisicamente, acabam exigindo mais de seus cuidadores e aumentando os desafios e dificuldades no processo de cuidar.

A falta de exercícios com os idosos, pode consequentemente, aumentar a sobrecarga dos cuidados. Sem exercício o idoso tende a estar mais inativo, os músculos atrofiados e fracos o que, na hora das atividades pode exigir do cuidador um esforço maior e assim um aumento da dificuldade para realizar a atividade.

As conseqüências de cuidar de alguém dependente, no domicílio, extrapolaram o aspecto físico, as maiores queixas e desabafos dos cuidadores foram de ordem emocional

afetiva. Do total de respostas, 12 (16,7%) relataram alterações psicológicas que vão do aumento estresse à depressão; 7 (9,7%) relataram aumento do cansaço e preocupações e 6 (8,3%) relataram aparecimento de dores generalizadas pelo corpo. A alteração no peso corporal, alteração na postura, tendinite e aumento da pressão arterial sistêmica também foram citados em decorrência do início das atividades como cuidadores.

A última questão do questionário referia-se às observações gerais do entrevistado sobre o cuidado de um idoso dependente. Muitos responderam que achavam “estar bom”, 18 (23,4%) do total das repostas, contrapondo-se a 12 (15,6%) que relataram ser difícil esse processo. Ainda foram encontradas respostas do tipo “é minha obrigação”, confirmando que o cuidar, para muitas pessoas, é encarado com uma obrigatoriedade que passa de geração em geração como um ciclo. Os pais cuidam dos filhos e esse processo se inverte na velhice.

Observações de conformidade, achar a situação normal e dizer que agora já aprenderam, confirmam que o cuidar é realmente um processo que pode ser encarado como positivo ou negativo dependendo dos componentes envolvidos, do grau de dependência do idoso, do auxílio recebido por outros familiares, pela assistência dos serviços de saúde e pelos valores culturais e sociais que o cuidador e a família trazem sobre a velhice, a dependência e o cuidado.

6. Considerações Finais

O envelhecimento populacional expresso nas mudanças da pirâmide etária no Brasil e no mundo traz consigo, concomitantemente, uma série de conseqüências e inúmeros arranjos sociais, estruturais, tecnocientíficos e culturais da sociedade.

Esses arranjos devem ser encarados e encorajados de forma global e sistêmica.

As alterações fisiológicas naturais do processo de envelhecimento, o aparecimento de doenças crônico-degenerativas, as mudanças estruturais no conceito e valores familiares, as linhas de fomento à proteção social do idoso, bem como as leis e a reorganização do modelo assistencial à saúde com a implantação do Programa de Saúde da Família têm incutido na população, como um todo, a importância e a necessidade de olhar para o idoso e para todas as pessoas envolvidas na recuperação, manutenção ou promoção da saúde e qualidade de vida desses indivíduos.

Dentro desse conceito surge o cuidador informal do idoso, que é definido como um membro da família que, juntamente com os serviços de saúde, outros familiares ou pessoas contratadas, assumiu a responsabilidade dos cuidados básicos e domiciliares desses idosos.

Pensar no bem-estar dessas pessoas é interferir indiretamente na qualidade dos cuidados com o idoso.

Eterno aliado de qualquer profissional da saúde, o cuidador bem orientado, saudável e também assistido garantirá a realização de ações básicas, mais essenciais, para a saúde do idoso.

Conhecer suas necessidades e minimizar as dificuldades e a sobrecarga das atividades de cuidados também é responsabilidade dos profissionais da saúde.

O processo de cuidar de um familiar idoso no domicílio ocorre em meio a um turbilhão de acontecimentos e sentimentos. Muitas vezes a família tem que se reestruturar

física e emocionalmente para receber o idoso dependente e todas as conseqüências envolvidas nesse processo. A sobrecarga emocional acaba sendo a maior causadora de todas as outras alterações físicas no cuidador e familiares.

Planejar ações de assistências e orientação aos cuidadores é de extrema urgência e necessidade para todos os serviços e profissionais de saúde.

Os resultados obtidos com este trabalho podem nortear algumas dessas ações e planejamentos que envolvam os cuidadores e toda a rede de assistência à família, não esquecendo que cada profissional tem sua importância e contribuição, e que a somatória dos conhecimentos e experiências só beneficiarão os usuários dos serviços.

Por fim, pensar no cuidado como condição humana é fundamental para todos nós. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia, da compaixão, do convívio e da importância que o bem-estar do outro tem na nossa vida.

Que o cuidado extrapole a esfera familiar e que aflore em todos nós!

“O cuidado salvará a vida, fará justiça ao empobrecido e resgatará a Terra como Pátria e Mãria de todos”.

(Leonardo Boff)

7. Referências Bibliográficas

ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem**. São Paulo, 1997. 117p. Tese (Livre Docência) – Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo.

ANGELO, M. **O Contexto Familiar**. In: Duarte, Y.A.O.; Diogo, M.J.D. Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra**. 6. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes. 1999. 163p.

BOURDIEU, P. **Razões práticas sobre a teoria da ação**, Campinas: Papiro, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da família: Uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**; Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Programa Nacional de Direitos Humanos. Política Nacional do Idoso**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: Programa Saúde da família**. Brasília, 2000. (caderno 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/ SUS**. Brasília, 1997.

BRASIL. Senado Federal. **Lei 10.741; Dispõe sobre o Estatuto do Idoso.** Brasília, DF. 1º de outubro de 2003.

CACCIA BAVA, M. C.G. **Relatório dos Núcleos de Saúde da Família** - Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, março, 2004.

CARLETTI, S.M.M.N, REJANI, M.I. **Atenção domiciliária ao paciente idoso.** In: Papalléo Netto, M. Gerontologia. São Paulo, Atheneu, 1996.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA. R.A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Cad. Saúde Pública, v.19, n.3, jun, 2003.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica.** 4ªed. São Paulo: Makron Books, 1996, 209p.

CESCHINI, M. **Porque assistência domiciliar.** In: Dias, E.L.R.;Wanderley, Y.S.;Mendes, R.T. (orgs) Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2002.

DIAS, E. L.R.; WANDERLEY, J.S.; MENDES, R.T (orgs) **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar.** Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2002.

DOMINGUEZ, B.N.R. **Programa de saúde da família: como fazer.** São Paulo: Parma, 1997.

DUARTE, M.G.S. **Cuidadores? Por que e para quê? Atenção ao idoso no Domicílio.** Rev. Enf. UERJ, 1996. Ed Extra.

DUARTE, Y. A.O.; DIOGO, M.J. **Atendimento domiciliário – um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000.

DURHAM, E. R. **Família e reprodução humana.** In: Durham, E. R; Taylor, J.; Abreu, O.; Aragão, L.T. (org). **Perspectivas antropológicas da mulher 3.** Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F.R **Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução?.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4): 986-994, jul-ago, 2004.

FRANCO, L. J.; PASSOS, A.D.C (orgs). **Fundamentos de Epidemiologia.** Barueri – SP: Manole, 2005.

FREIRE, M.R.S.M; NOBREGA, M. M.L. **O idoso hipertenso e o autocuidado.** Rev. RENE. Fortaleza, v.2, n.1, p 60-68, jan./jul, 2001.

FRY, J. **A new approach to medicine.** MTP, Lancaster, 1978.

GIL, AC. **Como elaborar projeto de pesquisa.** São Paulo, Atlas, 1996.

IZZO, H **Fisioterapia Domiciliária: Técnicas de Relaxamento de Exercícios Compensatórios.** In: Duarte, Y.A.O.; Diogo, M.J.D. **Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000.

JACOB FILHO, W. **Envelhecimento e Atendimento Domiciliário**. In: Duarte, Y.A.O.; Diogo, M.J.D. Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

JAMES O'BRIEN, M.D. **Caring for Caregivers**. American Family Physician, v 62, n,12, 2000.

KALACCHE, A; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. **Envelhecimento da população mundial: um desafio novo**. Rev. Saúde Pública, v.21, n.3, p 200-10, 1987.

KALACHE, A. **La organizaciós mundial de la salud Lanza uma nueva iniciativa para afrontar las necesidades sanitarias que plantea el rápido envejecimiento**, 2004. Genebra. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre> > Aceso em 10 de nov. 2004.

KARSCH, U.M.S. (Org). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo, EDUC, 1998.

KARSCH, U.M.S. **Idosos dependentes: famílias e cuidadores**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 861-866, maio-junho, 2003.

KAWASAKI, K; DIOGO, M. J.D. **Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – parte I**. Rev. Esc. Enfermagem USP 2001, 35 (3): 257-64.

KAWASAKI, K; DIOGO, M. J.D. **Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – parte II**. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo. 35 (4): 320-7.

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 de Saúde, 2003. 255p: il.

LLEDÓS, M.P.S.; BLANCO, A.A.; GASCÓN, A.C. **Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de uma zona de salud rural**. Rev. Esp. Salud Pública, v.76, n.6, p 713-721, nov./dic. 2002.

MADUREIRA, N.C.M. **O saber fazer do cuidador familiar da pessoa com deficiência física: um estudo no pré e trans-reabilitação**. São Paulo, 2000. Dissertação (Mestrado) Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2000.

MENDES, P. B.M.T. **Quem é o cuidador?** In: Dias, E.L.R.;Wanderley, Y.S.;Mendes, R.T. (orgs) **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2002.

MENDONÇA, C.S; SAMPAIO, L.F.R; LIMA, P.G.A. **Saúde da Família: avanços, desafios e perspectivas**. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ano II, n.5. p 66-67, 2002.

MESSNER, J. **Ética general Y Aplicada**. Madri, Rialp, 1969.

MINAYO, M.C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. São Paulo Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MORAIS, H. **Representação sobre o cuidado e a qualidade de vida do cuidador de idosos dependentes no Programa de Saúde da Família de Uberaba – MG.** Dissertação de Mestrado. Departamento de Medicina Social da faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2004.

NAKATANI, A.Y. K et al. **Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 1 p. 15-20, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/Revista>>. Acesso em: 10 de nov. 2004.

NEGRI, B.;VIANA, A.LA. (orgs) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio.** São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

NERI, A. L (org) **Bem-estar e estress em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência.** In: Qualidade de vida e idade madura. Papirus. Campinas. 1993. 285p.

NUNES, I. A. **O cuidar idoso com trauma ortopédico realizado pelo cuidador familiar no domicílio.** 2002 82p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

NUNES, I. A. **O cuidar idoso com trauma ortopédico realizado pelo cuidador familiar no domicílio.** 2002 São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo 2002.

OLIVEIRA, M. M. **A prevenção do câncer de colo uterino no contexto da estratégia saúde da família, da área básica da distrital Oeste/ Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto**, 2003.138p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, 2003.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PASKULIN, L.M.G.; DIAS, V.R.F.G. **Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes**. Ver. Brás. Enfermagem, Brasília, v.55, n. 2, p 140-145, mar./abr. 2002.

PAVARANI, S.C.I. **De necessidades à intervenção: Etapas na organização de um serviço de orientação para cuidadores de idosos**. In Anais do IV SEMPE – Seminário de Metodologia para Projetos de Extensão, São Carlos. 29-31. ago. 2001. Disponível em: <<http://www.wtoi.ufrj.br/sempe>>. Acesso em: 23 nov. 2004.

PAVARINI, S.C.I.; NERI, A.L..**Compreendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos**. In: Duarte, Y.A.O.; Diogo, M.J.D. Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

PEREIRA, M. J. B. et.al. **Assistência domiciliar – instrumento para potencializar processo de trabalho na assistência e na formação**. Observatórios de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Volume 2. 2004.

PEREIRA, M. J. B. **O Trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem.** Tese de doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, 2001, 256p.

PERRACINI, M.R. **Análise multidimensional das tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência.** Dissertação de Mestrado. Campinas, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. 2000.

PITTA, A. M.F. **A equação Humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde,** Revista Saúde e Sociedade. 5(2): 35-60, 1996.

PROTTI, S.T. **A saúde do idoso sob a ótica da equipe do Programa de Saúde da Família.** 2003. 119p. Dissertação de Mestrado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

RODRIGUEZ, M.A.P et al. **La Perpectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria: un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático.** Rev. Esp. Salud Pública, v.76, n.5, p 613-625, 2002.

ROMANELLI, G. **O processo saúde/doença em famílias de baixa renda e a ação do Estado.** In: XXIII Encontro Anual da ANPOCS, 1999, Caxambu, 19p.

SANTOS, A.R **Metodologia Científica: a construção do conhecimento.** Rio de Janeiro: DP&A editora, 1999.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Saúde da Família**. Rev. Saúde Pública, 2000, 34(3): 316-9.

SILVA, M.J; BESSA, M.E.P e OLIVEIRA, A.M.C. **Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole**. Ciência Y Enfermería, v.10, n.1, jun, 2004.

TAUB, A.; ANDREOLI, S.B. ; BERTOLUCCI, P.H. **Sobrecarga do cuidador de pacientes com demência: confiabilidade da versão brasileira do inventário de sobrecarga de Zarit**. Cad. Saúde Pública, v.20 n.2. Rio de Janeiro mar-abr. 2004.

UNIVERSIDADE DE São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso**. São Paulo: SIBi/USP, 2003. 94 p.

VERAS, R.P. **País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume –Dumara, 1994, 224p.

WENGER, N.S. et al. **The Quality of Medical Care Provided to Vulnerable Community – Dwelling Older Patients**. Annals os Internal Medicine, v 139, I 9, 740-747. Disponível em <<http://www.annals.org/egi>>. Acesso em: 15 de nov de 2004.

Anexos

ANEXO A**Questionário****“Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família”**

Nº: _____

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Início: _____ h

Término: _____ h

Nome do entrevistador: _____

1) Identificação do Idoso

Número do Prontuário da Família: _____

Nome: _____

End: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Sexo:

Masculino	1	
Feminino	2	

Estado Civil:

Casado	1	
Solteiro	2	
Viúvo	3	
Separado	4	
Amasiado	5	

Naturalidade: _____

Diagnóstico Clínico que determinou a dependência: _____

2) Identificação do Cuidador

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Sexo:

Masculino	1	
Feminino	2	

Estado Civil:

Casado	1	
Solteiro	2	
Viúvo	3	
Separado	4	
Amasiado	5	

Naturalidade: _____

3) Relação Cuidador/Paciente

Esposo(a)	1	
Filho(a)	2	
Genro/Nora	3	
Irmão/Irmã	4	
Outros	5	

Especificar outro tipo de relação:.....

4) Situação ocupacional do Cuidador

Trabalha Fora:

Sim	1	
Não	2	

Se Sim

Ocupação:

Tempo que permanece no serviço (nº de horas / dia):

Se Não

Deixou de trabalhar para ser cuidador	1	
Está desempregado	2	
É aposentado	3	
Está recebendo auxílio-doença	4	
É pensionista	5	
É “do Lar”	6	
Outros	7	

Se outro especifique:

O que fazia antes de ser cuidador?

5) A família recebe algum tipo de ajuda?

Em dinheiro	1	
Em espécie	2	
Em serviço (outro cuidador)	3	

De quem?

Frequência?

6) Essa ajuda contribui para os cuidados com o paciente?

Sim	1	
Não	2	
Parcialmente	3	

7) A família recebe algum atendimento Domiciliar?

Sim	1	
Não	2	

Se Sim

Serviço Público	1	
Entidades Religiosas	2	
Profissionais Autônomos	3	
Entidades Filantrópicas	4	
Outro	5	

Se outro especifique:

Quais são os profissionais?.....

Qual a frequência?.....

Este serviço é pago?

Sim	1	
Não	2	

Atividade Realizada

Faz companhia	1	
Aplica injeção	2	
Afere a Pressão Arterial	3	
Faz curativo	4	
Ajuda no banho	5	
Outros	6	

Se outro especifique?

.....

.....

.....

8) Como aprendeu a cuidar?

Orientações na alta hospitalar	1	
Cursos para cuidadores	2	
Orientações de profissionais	3	
Informações de leigos	4	
Sozinho	5	
Outros	6	

Se outro especifique:

9) Quais desses cuidados são realizados pelo próprio idoso, pelo cuidador ou com ajuda de outras pessoas nas atividades de vida diária do idoso?

	Idoso realiza Sem ajuda	Cuidador realiza	Cuidador recebe ajuda de terceiros	Não realiza
Banho				
Exercícios				
Passar da cama para cadeira				
Deitar e levantar da cama				
Mudança de posição				
Alimentação				
Vestimenta em geral				
Outros				

10) Quais desses cuidados são realizados pelo cuidador nas atividades de vida diária.

Cuidados instrumentais	Cuidador Executa	Cuidador Não executa	Cuidador recebe ajuda de terceiros
Transporte para locais fora do domicílio			
Cuidados com roupas			
Cuidados com a casa			
Preparo dos alimentos			
Cuidados de vigilância diurna			
Cuidados de vigilância noturna			
Serviços como bancos, compras			

11) Em uma escala de 0 a 5 qual o grau de dificuldade para realizar as atividades com o idoso dependente.

ATIVIDADES	GRAU DE DIFICULDADE					
Andar no plano	1	2	3	4	5	nr
Subir escadas	1	2	3	4	5	nr
Uso do banheiro	1	2	3	4	5	nr
Banho	1	2	3	4	5	nr
Exercícios	1	2	3	4	5	nr
Passar da cama para cadeira	1	2	3	4	5	nr
Deitar e levantar da cama	1	2	3	4	5	nr
Mudança de posição	1	2	3	4	5	nr
Alimentação	1	2	3	4	5	nr
Vestimenta em geral	1	2	3	4	5	nr
Outros						

* nr: não realiza

12) Na realização das atividades com o idoso sente dores no corpo?

Sim	1	
Não	2	

Se Sim

13) Qual o local?

Coluna	1	
Pernas	2	
Braços	3	
Outras partes	4	

14) A dor permanece após a realização da atividade?

Sim	1	
Não	2	

15) Toma alguma medicação ou realiza algum tratamento terapêutico para a dor?

.....

.....

.....

16) Sentiu modificações no corpo ou na saúde após o início da atividade como cuidador?

.....

.....

.....

17) Observações do entrevistado em relação ao cuidado do idoso dependente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO B

Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Tatiana Lemos de Almeida, sou fisioterapeuta e faço mestrado no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Professora Aldaísa Cassanho Forster.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **“Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família”**.

Os objetivos do estudo são a caracterização e identificação dos cuidadores principais de idosos dependentes nas unidades de Saúde da Família na área básica do CSE – FMRP, assim como a descrição de algumas das dificuldades e necessidades enfrentadas pelo cuidador do idoso dependente.

Para atingir os objetivos, os cuidadores principais dos idosos, ou seja, aqueles que permanecem a maior parte do tempo e realizam o maior número de atividades com o idoso, responderão a um questionário que visa o levantamento de informações tais como o grau de parentesco com o idoso, sexo, idade, situação ocupacional do cuidador, se recebe ou não ajuda financeira para a realização do cuidado, grau de dificuldade na realização das tarefas, cuidados executados, como aprendeu a cuidar, se sente dores no corpo e ou outras dificuldades nas tarefas realizadas.

Ao fim desta etapa serão analisadas as respostas emitidas e dentro do possível será realizado um aprofundamento da situação dos cuidadores de idosos da área delimitada para o estudo.

O estudo pretende discutir estratégias que possam contribuir para a melhoria das dificuldades e necessidades encontradas.

Se você aceitar a participar deste estudo, procurarei agendar a entrevista de acordo com sua disponibilidade.

Sua participação é voluntária e você é livre para recusar ou sair do trabalho de pesquisa quando desejar. Sua identidade não será revelada.

Vale ressaltar também que a não participação no estudo não interfere no seu atendimentos e acompanhamento médico realizado pelo Núcleo de Saúde da Família.

Se em algum momento da entrevista ou do trabalho houver dúvidas ou reclamação, coloco-me à disposição para ouvi-lo e fazer o registro da mesma, se assim desejar.

Tatiana Lemos de Almeida

Fone: 6022519

Por favor, leio o parágrafo a seguir e se concordar em participar, assine abaixo.

Declaro assim, que minha assinatura neste documento e minha participação são de livre e espontânea vontade, estando ciente que os resultados da pesquisa poderão ser divulgados e utilizados em estudos e publicações futuras.

Ficam-me assegurados os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase da pesquisa e no momento em que julgar necessário, o sigilo da minha identidade e o reconhecimento dos resultados obtidos, quando por mim solicitado. Declaro ainda, ter recebido todos esses esclarecimentos por escrito, junto com este termo de consentimento.

Assinatura do Cuidador Familiar (Endereço e Telefone)

Assinatura da Pesquisadora

_____/_____/_____
Data da Entrevista

ANEXO C

Universidade de São Paulo
	Campus de Ribeirão Preto
	FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
	CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
Telefone PABX: (016) 633-2331 / 4480 - FAX: (016) 633-2331	
Rua , Cuiabá, 601 - CEP 14055-370 - Ribeirão Preto - SP	

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

OF. N.º.409 /04/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP .19 .08 .2004.

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 31ª reunião ordinária, realizada em 17 de agosto de 2004, analisou e apreciou o parecer do Senhor Relator, referente às pendências solicitadas na Reunião do CEP do dia 15/06/04. Segundo o parecer do Senhor Relator todas as dúvidas foram esclarecidas por V.Sª. Portanto o Projeto de Pesquisa: **“Características dos Cuidadores de Idosos Dependentes Sobre o Contexto de Saúde da Família”**, Protocolo:0119/CEP/CSE-FMRP-USP, que será conduzido por V.Sª e pela orientanda Tatiana Lemos de Almeida, foi **Aprovado**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof.º.Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Prof.ª. Dra. Aldaisa Cassanho Forster

Departamento de Medicina Social da FMRP-USP

ANEXO D

MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO – DISTRITO DE SAÚDE

* A área em vermelho representa a área do PSF sob responsabilidade da Universidade de São Paulo
Fonte: Departamento de Medicina Social – FMRP – USP.

ANEXO E**NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – FMRP - USP**

Núcleos do Programa de Saúde da Família sob a direção da Universidade de São Paulo (USP)
Fonte: Departamento de Medicina Social – FMRP – USP.

ANEXO F

LEVELS OF CARE AND ADMINISTRATION (Fry, 1978)
POPULATION SIZE

ANEXO G

Tabela 21 – Distribuição da Naturalidade do idoso. Ribeirão Preto, 2004.

Naturalidade do Cuidador	N	%
Altamira	1	1,9
Altinópolis	1	1,9
Brodowisqui	1	1,9
Cajuru	1	1,9
Canápolis	1	1,9
Descalvado	1	1,9
Dourado Paulista	1	1,9
Francisco Sá	1	1,9
Guapé	1	1,9
Guará	2	3,8
Igarapava	2	3,8
Ipuã	1	1,9
Japão	1	1,9
Jardinópolis	1	1,9
Lourenço do Turvo	1	1,9
Miguelópolis	1	1,9
Orlândia	2	3,8
Pedregulho	1	1,9
Ponte Nova	1	1,9
Populina	1	1,9
Reestinga	1	1,9
Ribeirão Preto	14	26,9
S.José do Rio Preto	1	1,9
São Gotardo	2	3,8
São Paulo	2	3,8
São Tomás de Aquino	2	3,8
Serrana	1	1,9
Sertãozinho	1	1,9
Sta Cruz da Esperança	1	1,9
Tambaú	1	1,9
Tipapuã	1	1,9
Uberaba	1	1,9
Não Especificou	1	1,9
Total	52	100,0

ANEXO H

Tabela 22 – Distribuição da Naturalidade do Idoso. Ribeirão Preto, 2004.

Naturalidade do Idoso	N	%
Alpinópolis	1	1,9
Altamira	1	1,9
Araraquara	1	1,9
Batatais	2	3,8
Belém do Pará	1	1,9
Belo Horizonte	1	1,9
Bom Sucesso	1	1,9
Cajuru	1	1,9
Cravinhos	1	1,9
Cuiabá	1	1,9
Descalvado	1	1,9
Franca	1	1,9
Igarapava	1	1,9
Ipumucena	1	1,9
Itália	1	1,9
Itapuí	1	1,9
Jacupiranga	1	1,9
Japão	1	1,9
Japurá	1	1,9
Jardinópolis	3	5,8
Lins	1	1,9
Monte Azul Paulista	1	1,9
Morro Agudo	1	1,9
Portugal	1	1,9
Recife	1	1,9
Reestinga	1	1,9
Ribeirão Corrente	1	1,9
Ribeirão Preto	10	19,2
São Gotardo	2	3,8
São Paulo	1	1,9
São Seb. do Paraíso	2	3,8
Serra Azul	1	1,9
Serrana	1	1,9
Sta. R. do Passa Quatro	1	1,9
Tambaú	1	1,9
Tirapuã	1	1,9
Uberaba	1	1,9
Não sabe	1	1,9
Total	52	100,0