UNIVERSIDADE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ELIZABETH BRAZ

ENTRE O VISÍVEL E O INVISÍVEL:
as representações sociais no cotidiano do senescente cuidador de idosos dependentes

SÃO PAULO
2008

ELIZABETH BRAZ

ENTRE O VISÍVEL E O INVISÍVEL:
as representações sociais no cotidiano do senescente cuidador de idosos dependentes

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem

Orientadora:
Profª. Drª. Suely Itsuko Ciosak

SÃO PAULO
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / _____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Braz, Elizabeth
Entre o visível e o invisível: as representações sociais no cotidiano do senescente cuidador de idosos dependentes. / Elizabeth Braz. – São Paulo, 2008.
158 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Suely Itsuko Ciosak

1. Idosos 2. Envelhecimento 3. Cuidadores de idosos (aspectos sociais) 4. Cuidados domiciliares de saúde I. Título

Nome: Elizabeth Braz

Título: Entre o visível e o invisível: as representações sociais no cotidiano do senescente cuidador de idosos dependentes.

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovado em: ____ / ____ / _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A minha mãe, Odette pelo exemplo de vida;

Ao Francisco Antonio, meu companheiro de uma vida inteira, que mesmo muito longe, nunca esteve ausente.

Aos meus filhos, Mariana, Felipe e Hannah, integrantes do meu cotidiano, presentes de Deus, pelo incentivo, compreensão pelos dias de ausência e momentos importantes não vivenciados.

As minhas tias Lourdes, Hilda e Alzira, por terem despertado em mim, o interesse no tema deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo, pela possibilidade de concretização de um desejo de muitos anos;

Aos docentes do Programa de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo, pelo conhecimento transmitido, incentivo e acolhimento durante todo o período percorrido;

À orientadora e amiga, Profª Drª Suely Itsuko Ciosak, pela competência, respeito e disponibilidade com que conduziu este processo;

Às professoras Drª Renata Ferreira Takahashi e Drª. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação;

Às professoras Drª Renata Ferreira Takahashi, Drª. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Drª. Roseni Rosângela de Sena e Drª Maria Lúcia Frizon Rizzotto, por aceitarem o convite para a composição da Banca examinadora e pelas valiosas contribuições neste estudo;

A minha irmã escolhida Marlei dos Reis Vitorino e sua filha, Francielle dos Reis Vitorino, por todo o apoio e retaguarda;

A Terezinha Alves Dias, alguém que descobri amiga, neste período tão tumultuado e conflitante;

As colegas do Colegiado de Enfermagem do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná pela compreensão, paciência e apoio;

A Prefeitura Municipal de Cascavel-Pr., pela disponibilidade do campo de pesquisa;

Aos idosos participantes deste estudo, pela disponibilidade e acolhimento durante a coleta de dados;

A todos aqueles que conheci, re-encontrei e me afastei, ao longo desta caminhada.

EPÍGRAFE

O cuidado é uma via de mão dupla: o ser cuidador pode ser cuidado, assim como o que recebe o cuidado pode ser, em algum momento, cuidador [1:37].

Braz, E. Entre o visível e o invisível: as representações sociais no cotidiano do senescente cuidador de idosos dependentes. [tese]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório, quanti-qualitativo, acerca do senescente cuidador de idoso dependente em domicílio, que teve como objetivos: identificar e avaliar as percepções sobre o cuidado e suas representações sociais no cotidiano do cuidador; identificar as alterações físicas e psicossociais vivenciadas por este, decorrentes do ato de cuidar; avaliar o grau de dependência dos idosos dependentes considerando o estado físico e mental. A Representação Social foi o referencial teórico escolhido e o método hermenêutico-dialético empregado para análise dos discursos. Os sujeitos do estudo foram 32 idosos, sendo 16 cuidadores e 16 dependentes, residentes na área urbana do município de Cascavel- PR inscritos no PSF e PAID, entre 60 a 96 anos de idade. A coleta de dados foi desenvolvida entre novembro de 2006 a janeiro de 2007, por meio da entrevista semi-estruturada. Os cuidadores possuíam entre 60 e 76 anos (média = 64,1 ± 17,3 anos), 81,2% eram mulheres, 41,2% cônjuges, 50,0% não freqüentaram escola e o período de cuidador variou entre três meses a 23 anos (média = 5,4 anos DP ±1,2 anos). A Escala de Depressão Geriátrica mostrou que 93,7% apresentavam grau de depressão leve e segundo o índice de Zarit, a maioria não apresentou sobrecarga provocada pelo ato de cuidar. Dentre os idosos dependentes, 12,5% estavam inscritos no PSF e 87,5% no PAID; com idade entre 60 e 96 anos (média = 71,4 ± 21,2 anos), sendo 56,2% do sexo masculino. Seqüelas do acidente vascular cerebral foram encontradas em 31,2% dos idosos dependentes e quanto ao índice de Katz, 62,5% apresentaram o grau G. Os discursos deram origem as seguintes unidades temáticas: determinação do valor sócio-cultural; repercussão do cuidar no cotidiano do cuidador; a rede de apoio. Sentimentos como conformismo/resignação, medo da perda, espiritualidade, compromisso e compaixão, vínculos sociais relacionados a imposição familiar e pelo idoso dependente e as relações de gênero, foram identificados como determinantes na escolha do cuidador. Dentre as repercussões do cuidar no cotidiano, foram destacadas as alterações à saúde orgânica funcional; alterações emocionais e alterações na situação econômica. Quanto à rede de apoio, as unidades temáticas identificadas se relacionaram ao sistema de referência e contra referência e a capacitação do cuidador informal. Os resultados evidenciaram o estado de vulnerabilidade a qual o cuidador senescente encontrava-se exposto, revelando a inexistência de uma política social de apoio efetivo ao cuidador de idosos, bem como programas específicos voltados para esta necessidade. O modelo de assistência domiciliar no qual um membro da família é o cuidador principal e, em particular, o senescente, exige dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, atuação mais efetiva e

dinâmica, principalmente no que se refere a prevenção de desgastes, considerando que este se torna tão, ou mais vulnerável que o próprio doente

DESCRITORES: idoso, idoso dependente, envelhecimento, assistência domiciliária.

Braz, E. Between the visible and the invisible: the social representations in the daily life of senescent caretaker of aged dependents. [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

One is about a exploratory, quanti-qualitative study, concerning senescent caretaker of aged dependent in domicile, that had as objective: to identify and to evaluate the perceptions on the social care and its representations in the daily one of the caretaker; to identify the physical and psicossociais alterations lived deeply by this, decurrent of the act to take care of; to evaluate the degree of dependence of the aged dependents being considered the physical and mental state. The Social Representation was the theoretical referencial chosen and the used hermeneutic-dialétical method for analysis of the speeches. The citizens of the study had been 32 aged ones, being 16 caretakers and 16 dependents, residents in the urban area of the city of Cascavel- PR enrolled in PSF and PAID, enter the 60 96 years of age. The collection of data was developed between November of 2006 the January of 2007, by means of the half-structuralized interview. The caretakers heve been between 60 and 76 years (average = 64.1 ± 17,3 years), 81.2% were women, 41.2% spouses, 50.0% had not frequented school and the period of caretaker varied enters three months the 23 years (average = 5,4 years DP ±1,2 years). Tehe Geriatrical Depression Scale showed that 93.7% presented degree of light depression according to and index of Zarit, the majority did not present overload provoked for the act to take care of. Amongst the aged dependents, 12.5% were enrolled in PSF and 87.5% in the PAID; with age between 60 and 96 years (average = 71,4 (21,2 years), being 56.2% of the masculine sex. Sequels of the cerebral vascular accident had been found in 31,2% of the aged dependents and how much to the index of Katz, 62.5% had presented degree G. The speeches had given to origin the following thematic units: determination of the partene-culturall value; repercussion of taking care of in the daily one of the caretaker; the support net. Feelings as conformism/resignation, fear of the loss, spirituality, commitment and compassion, social bonds related the familiar imposition and for the aged dependent and the relations of sort, had been identified as determinative in the choice of the caretaker. Amongst the repercussions of taking care of in the daily one, the alterations to the functional organic health had been detached; emotional alterations and alterations in the economic situation. How much to the support net, the identified thematic units if had related to the system of reference and against reference and the qualification of the informal caretaker. The results had evidenced the vulnerability state which the caretaker senescent met displayed, disclosing the inexistence of one social politics of effective support to the caretaker of aged, as well as specific programs come back toward this necessity. The model of domiciliary assistance in which a member of the family is main cuidador e, in particular, senescent, demands of the professionals of health, in special the nurses, performance more effective

and dynamics, mainly with respect to prevention of consumings, considering that this if becomes so, or more vulnerable than the proper sick person,

DESCRIBERS: aged; frail elderly; aging, home nursing.

Braz, E. Entre el visible y el invisible: las representaciones sociales en la diaria de cuidador del adulto mayor de dependientes envejecidos. [tesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMEN

Uno está sobre un estúdio exploratório, quanti-cualitativo, referente a cuidador del senescente del dependiente envejecido en el domicilio, que tenía como objetivo: identificar y evaluar las opiniones en el cuidado social y sus representaciones en el diario del cuidador; identificar la comprobación y las alteraciones físicas y psicossociais vivió por esto, decurrent del acto para tomar cuidado; evaluar el grado de dependencia de los dependientes envejecidos que son considerados el estado físico y mental. La representación social fue el método elegido y usado referencial teórico del hermeneutic-dialético para el análisis de los discursos. Los ciudadanos del estudio habían sido 32 unos envejecida, siendo 16 cuidadores y 16 dependientes, residentes en el área urbana de la ciudad de Cascavel-PR alistados en PSF y PAID, incorporan los 60 96 años de la edad. La recogida de datos fue desarrollada entre noviembre de 2006 el enero de 2007, por medio de la entrevista de la mitad-structuralized. Los cuidadores possuíam entre 60 y 76 años (promedio = el ± 64.1 17.3 años), 81.2% era mujeres, 41.2% esposos, escuela no frecuentada tenida 50.0% y el período del cuidador variado incorpora tres meses los 23 años (promedio = 5.4 años de años del DP ±1,2). Escala de Depressión Geriatrica demostró que 93.7% presentaron grado de la depresión ligera según y del índice de Zarit, la mayoría no presentó la sobrecarga provocada para el acto al cuidado. Entre los dependientes envejecidos, 12.5% fueron alistados en PSF y 87.5% en el PAID; con edad entre 60 y 96 años (promedio = 71.4 (21.2 años), siendo 56.2% del sexo masculino. Las consecuencias del accidente vascular cerebral fueram encontradas en el 31.2% de los dependientes envejecidos y cuánto al índice de Katz, 62.5% actuales grados tenidos G. Los discursos habían dado al origen las unidades temáticas siguientes: determinación del valor sociocultural; repercusión de tomar cuidado de en el diario del cuidador; la red de la ayuda. Las sensaciones como conformismo/la dimisión, el miedo de la pérdida, el espiritualidade, la comisión y compasión, los enlaces sociales relacionaron la imposición familiar y para el dependiente envejecido y las relaciones de la clase, habían sido identificadas como determinativo en la opción del cuidador. Entre las repercusiones de llevar cuidado de en el diario, las alteraciones la salud orgánica funcional habían sido separadas; alteraciones emocionales y alteraciones en la situación económica. Cuánto a la red de la ayuda, las unidades temáticas identificadas si está tenido relacionado al sistema de la referencia y contra referencia y la calificación del cuidador informal. Los resultados habían evidenciado el estado de la vulnerabilidad que el senescente del cuidador resuelto exhibió, divulgando el inexistence de una política social de la ayuda eficaz al cuidador de envejecido, tan bien como los programas específicos se vuelven hacia esta necesidad. El modelo de la ayuda domiciliaria en el

cual un miembro de la familia es el cuidador principal e, particularmente, el adulto mayor, demandas de los profesionales de la salud, en especial las enfermeras, funcionamiento más eficaz y de la dinámica, principalmente con respecto a la prevención de consumings, considerando que esto si se convierte así pues, o más vulnerable que la persona enferma apropiada.

DESCRIPTORES: adulto mayor, anciano frágil, envejecimiento, atención domiciliaria de sauld.

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 - Distribuição dos cuidadores segundo sexo faixa etária, grau de parentesco com idoso dependente, tempo de cuidador e Escala de Depressão Geriátrica, Cascavel-PR – 2008. 62

Tabela 2 - Distribuição dos cuidadores segundo faixa etária, anos de escolaridade e escores obtidos no MEEM, Cascavel-PR - 2008. 64

Quadro 1 - Distribuição dos cuidadores segundo idade, grau de escolaridade e os escores obtidos no MEEM, Cascavel-PR, 2008. 65

Tabela 3 - Distribuição dos cuidadores segundo a escala de Zarit. Cascavel-PR – 2008. 66

Tabela 4 - Distribuição dos idosos dependentes segundo sexo, faixa etária e agravos. Cascavel-PR – 2008..... 69

Tabela 5 - Distribuição dos idosos dependentes segundo grau de dependência e tipo de assistência recebida. Cascavel-PR – 2008. 70

Quadro 2 - Distribuição das unidades de registro segundo as unidades temáticas Identificadas. Cascavel-PR 2008. 72

Figura 1 - Representações Sociais envolvendo o tornar-se e manter-se cuidador. 128

SUMÁRIO

1 APRESENTANDO O TEMA EM ESTUDO 20

2 OBJETIVOS 24

2.1 GERAL 25

2.2 ESPECÍFICOS 25

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 26

3.1 O ENVELHECIMENTO 27

3.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO 29

3.3 O CUIDADO, O CUIDAR E O CUIDADOR 35

4 CAMINHO METODOLÓGICO 40

4.1 A REPRESENTAÇÃO SOCIAL COMO REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO 41

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO 45

4.2.1 Região Oeste do Estado do Paraná 45

4.2.2 Município de Cascavel 47

4.3 INSERÇÃO DO PESQUISADOR NO CAMPO DE PESQUISA 50

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO 51

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 52

4.6 COLETA DE DADOS 53

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS 55

4.8 ANÁLISE DOS DADOS 56

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 58

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO 59

5.1.1 Senescente cuidador 59

5.1.2 Idoso dependente 68

5.2 O COTIDIANO DO CUIDADOR 70

5.2.1 Determinação do valor social no cotidiano do cuidador 73

5.2.1.1 Sentimentos 73

5.2.1.1.a Conformismo/ Resignação 73

5. 2.1.1.b Medo da perda 76

5.2.1.1.c Espiritualidade 79

5.2.1.1.d Compromisso 81

5.2.1.1.e Compaixão 86
5.2.1.2 Vínculos sociais 87
5.2.1.2.a Imposição familiar 89
5.2.1.2.b Imposição pelo idoso dependente 90
5.2.1.2.c Gênero 91
5.2.2 Repercussão do cuidar no cotidiano do cuidador 94
5.2.2.1 Alterações físicas 95
5.2.2.1.a Saúde orgânica funcional 95
5.2.2.1b Sobrecarga 101
5.2.2.2 Alterações emocionais 105
5.2.2.2 a Solidão e isolamento social 106
5.2.2.2 b Culpa e Impotência 109
5.2.2.2 c Revolta 112
5.2.2.3 Alterações econômicas 113
5.2.3 Rede de apoio 117
5.2.3.1 Sistema de referência e contra-referência 118
5.2.3.2 Capacitação do cuidador informal 122
5.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO COTIDIANO DO CUIDADOR 126
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 130
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 135
APÊNDICE 149
ANEXOS 158

1 APRESENTANDO O TEMA EM ESTUDO

1 APRESENTANDO O TEMA EM ESTUDO

No início de minha trajetória profissional na área da assistência de enfermagem, a preocupação com o cuidado do ser humano era predominantemente voltada para o âmbito hospitalar, uma vez que na maior parte desse tempo, minhas atividades se restringiam a áreas específicas, como: Unidades de Terapia Intensiva, Coronariana e Centro Cirúrgico.

Posteriormente, em decorrência de mudança de residência para uma pequena cidade do interior do Oeste do Paraná, em 1987, passei a atuar em Saúde Coletiva, quando meu olhar se voltou para o ser humano no interior de seu domicílio, dentro do seu cotidiano, como integrante de um contexto muito diferente daquele até então conhecido. Essa diferença, aliada a aspectos bem peculiares da comunidade da qual passei a fazer parte, de uma forma bastante ativa, canalizou minha atenção para outra realidade destacando o processo de morte social, definida por Santos[2] como fenômeno que afeta as condições ou relações sociais em que vive o ser humano, e pelo qual passavam alguns idosos.

Após dez anos nessa atividade, ocorreu nova mudança de residência e meu ingresso como docente da disciplina de Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Pronto Socorro no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná na cidade de Cascavel-PR. Nessa disciplina, as atividades dos alunos eram direcionadas para aqueles pacientes considerados mais críticos, com o objetivo de aproximá-los de situações para que seus conhecimentos e habilidades fossem aplicados na recuperação dos doentes. As avaliações diárias, realizadas com os grupos de alunos, fizeram-me perceber que muitas eram as angústias vivenciadas por cada um deles, particularmente dentro do processo de terminalidade, experimentado tanto pelo paciente, quanto pelos familiares.

O foco das atividades desenvolvidas pelos acadêmicos, então, foi ampliado e o sentido do cuidar, vivenciado por cada um deles, perpassou a barreira física da unidade, integrando a família ao objeto do cuidar. As observações e reflexões sobre as perdas vivenciadas no momento da finitude de cada um dos pacientes, dos quais tive oportunidade de estar

próxima, ampliaram minha compreensão sobre o ato de cuidar.

A percepção relacionada ao objeto do cuidado transcendeu horizontes em direção ao entendimento do usuário como um ser que possuía memória, história de vida, permeada por momentos de felicidade, angústia, medo, perdas e ganhos, além de uma família e de pessoas que, junto com ele, caminharam lado a lado, compartilhando uma existência.

Esse processo ampliou meu olhar, envolvendo também, o cuidador, especialmente de idosos, uma vez que estes, ao receberem alta das unidades de cuidados intensivos e, posteriormente, a hospitalar, comumente portavam seqüelas, determinando, com freqüência, incapacidade funcional, que exigia cuidados que variavam dos mais simples até os mais complexos.

Pouco percebido pelos profissionais de saúde, esse cuidador geralmente assumia papéis e funções para as quais nem sempre se encontrava devidamente preparado. Sem contar com um serviço de saúde de referência para o apoio necessário, este ator social, na maioria das vezes, culminava por desenvolver desgaste físico e emocional.

Simultaneamente, trabalhos de extensão com os alunos junto a diferentes comunidades, e o contato com senescentes, indivíduos com idade biológica avançada[3,4] participantes de grupos de convivência, revelaram uma significativa diminuição dos membros das famílias visitadas; com um aumento do número destas, compostas por longevos, vivendo unicamente dos recursos financeiros provenientes de aposentadorias ou pensões além de um grande número de idosos acamados com dependência total ou parcial, advindas de doenças crônico-degenerativas, como acidente vascular cerebral, hipertensão arterial sistêmica, doença cardíaca ou respiratória, tal como o referido por Karsch[5] e Caldas[6]. Essas observações, realizadas de forma não sistemática, trouxeram à tona uma realidade, nem sempre muito confortável, para alguns idosos, que por questões econômicas familiar, eram obrigados, a cuidar das crianças, geralmente netos ou bisnetos além, muitas vezes, de seu cônjuge acamado.

Nesse quadro, surge a figura do cuidador senescente, representada pelo cônjuge, homem ou mulher, ou pelos filhos ou filhas, com idade igual ou superior a sessenta anos, assumindo o cuidado de outro idoso, acamado,

muitas vezes, portador de graus variados de dependência.

Assim, a temática em questão emergiu de observações de situações apresentadas por esses atores sociais que, muitas vezes, sem preparo, condições físicas, psicológicas e até financeiras, abarcavam essa responsabilidade, muitas vezes em detrimento de sua própria saúde e bem-estar, imposta pelo meio sócio-cultural em que viviam.

Diante dessa realidade apresentada aos profissionais de saúde e, em particular, aos enfermeiros que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), foram levantados alguns questionamentos e um deles seria a possibilidade de incorporar no cotidiano familiar, o cuidado domiciliar do idoso, de maneira que não colocasse o cuidador senescente em uma situação de possível vulnerabilidade ao adoecimento decorrente do desgaste físico, psíquico e emocional. E, ainda, considerando os escassos recursos públicos disponíveis do setor saúde, que estratégias poderiam ser utilizadas para minimizar os processos de desgaste e potencializar os de fortalecimento do cuidador familiar idoso?

Tais questionamentos nos levaram a hipótese de que o cuidador senescente, ao vivenciar seu processo de envelhecimento e tendo como atribuição o cuidar diuturno de um idoso dependente, pode estar sofrendo desgaste físico, psico, emocional e social, que poderá conduzi-lo a um estado de doença, igual ou maior do que o seu objeto de cuidar.

Desta forma, a importância deste estudo se revestiu na própria finalidade, que consistiu na obtenção de subsídios para profissionais de saúde de modo a subsidiar o desenvolvimento de ações e programas de atendimento e acompanhamento, com abrangência mais ampla que visem assistir o idoso cuidador e família de forma integral e integrada.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Considerando o cuidado domiciliar do idoso em situação de dependência tendo como cuidador um senescente, a presente pesquisa tem como objetivos:

2.1 GERAL

- Identificar e avaliar as percepções sobre o cuidado e suas representações sociais no cotidiano do cuidador senescente ao cuidar do idoso dependente

2.2 ESPECÍFICOS

- avaliar o grau de dependência dos idosos dependentes considerando os aspectos físicos, cognitivos e comportamentais;
- avaliar o estado físico e mental dos senescentes cuidadores;
- identificar as alterações físicas e psico-sociais vivenciadas pelo senescente cuidador, no cuidado ao idoso dependente.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O ENVELHECIMENTO

Fenômenos como nascimento, crescimento, amadurecimento, envelhecimento, e morte fazem parte do determinismo biológico de todos os seres vivos. Assim, esse processo culmina por desencadear a diminuição gradativa da possibilidade de sobrevivência, com alterações regulares na aparência, no comportamento, na experiência e nos papéis sociais[7,8].

As modificações no perfil demográfico da população alteram a estrutura etária populacional, em decorrência do declínio das taxas de fecundidade e de mortalidade, aliadas ao desenvolvimento tecnológico e terapêutico no tratamento de doenças, especialmente as crônicas, têm provocado o aumento proporcional da população idosa, que no Brasil, ocorreu em um curto espaço de tempo[9-17].

O envelhecimento, distante de um fenômeno estanque, constitui-se em um processo dinâmico e complexo, envolvendo diferentes dimensões, com perdas e ganhos, de forma simultânea e inseparável[18].

Do ponto de vista do processo da senescência individual, a unicidade e a indivisibilidade do ser humano fazem com que este necessite ser tratado de forma holística, considerando que tanto na promoção quanto na atenção aos agravos à sua saúde, deverão ser levados em consideração a sua natureza biológica, sociocultural, psicológica e espiritual, as quais se encontram em constante interação com o ambiente.

Dentre as diversas definições de envelhecimento, para a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS)[19], o envelhecer

> [...] é um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

Portanto, o envelhecimento é algo que acontece paulatinamente, sem data marcada. Com relação dos aspectos bio-funcionais, no entanto, o

envelhecimento se inicia na segunda década de vida, embora de maneira pouco perceptível. No final da terceira década, surgem as primeiras alterações funcionais e estruturais e, a partir da quarta, estima-se uma perda aproximada de 1% da função/ano nos diferentes sistemas orgânicos[20].

Para Duarte[11], o envelhecer normal está ligado à capacidade de adaptação do indivíduo aos rigores e agressões do ambiente. Seguindo essa linha de pensamento, cada indivíduo envelhece ao seu modo, dependendo de variáveis como sexo, origem, lugar onde vive, tamanho da família, aptidões para a vida e as experiências vivenciadas. A exposição ao estresse ou a agentes facilitadores de doenças tais como o álcool e o tabagismo, a falta de exercícios ou a nutrição inadequada, podem, de certa forma, determinar a qualidade do envelhecimento, acentuando a diferença entre indivíduos da mesma idade.

Séguin[12] esclarece que há três tipos de velhice: a cronológica, meramente formal, a burocrática, relacionadas ao acesso aos benefícios — tal como aposentadoria ou livre acesso nos transportes públicos, etc. — e, finalmente, a subjetiva, que das três, é a forma mais complexa, pois depende do sentir, do perceber e do viver de cada um.

Em nosso país, parte do contingente de idosos se enquadra na última classificação, uma vez que independente da idade cronológica e da perfeita capacidade, sentem–se velhos, agem como velhos e, conseqüentemente, são tratados como tal, com perda do auto-respeito, auto-estima e até de seus direitos, os quais deixam de ser exercitados[12].

Em países em desenvolvimento, são considerados idosos, aqueles indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, sendo a faixa compreendida entre 60 e 69 anos considerada idosos jovens; a entre 70 e 79 anos, idosos e finalmente os com idade igual ou superior a 80 anos, idosos velhos, ou em velhice avançada. Na França, tem-se utilizado o termo “quarta idade”, para definir os indivíduos em uma faixa etária acima de 80 anos (grifo do autor)[9].

A expectativa de vida, um importante indicador na área de saúde, está aumentando de forma rápida e diversa nos diferentes países, inclusive naqueles em desenvolvimento. Nos considerados como desenvolvidos, a

queda na mortalidade e a expectativa de vida cresceram na década de 1930, antes das grandes conquistas tecnológicas. Por outro lado, nos países em desenvolvimento, esse aumento se deu a partir de 1960, em decorrência da importação de tecnologia (vacinas, antibióticos, medicamentos e equipamentos), reduzindo drasticamente as taxas de mortalidade por doenças infecto-contagiosas e parasitárias, sem que, no entanto, houvesse melhora no quadro sócio-econômico do país, trazendo como conseqüência imediata um maior número de sobreviventes até idades mais avançadas[6, 9, 12, 16].

Veras[16] comenta que anualmente são incorporados à população brasileira, cerca de 650 mil idosos, sendo que a maioria é portadora de doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Estes agravos, caracterizados por doenças crônicas e múltiplas, culminam por exigir cuidados constantes, medicações de uso contínuo além de exames periódicos.

Assim com a população de idosos se aproximando da dos jovens, nosso país e, principalmente os serviços voltados à área de saúde, se encontram em situação de desafio, uma vez que estes segmentos populacionais representam grande demanda por serviços[21].

3.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO

Entende-se por política "a arte de organizar e governar um Estado e de dirigir suas ações, internas e externas, em busca do bem comum"[12:62].

E, ainda que "é a organização social que procura atender à necessidade natural de organização, o funcionamento e os objetivos de uma sociedade"[22: 11].

No que se refere a políticas sociais, o termo "políticas" (grifo nosso) não deve ser entendido no sentido de atividade ou "*praxis"* humana vinculada ao exercício do poder, mas segundo Vieira[23:21-22],

> Política social consiste em estratégia governamental e normalmente se exibe em forma de relações jurídicas e políticas, não podendo ser compreendida por si mesma. Não se definindo a si, nem resultando apenas do desabrochar do espírito humano, a política social é uma maneira de expressar as relações sociais, cujas raízes se localizam no mundo da produção.

Para que se compreenda o curso da atual política de atenção ao idoso no Brasil faz-se necessário um resgate da evolução populacional desse segmento.

Entre 1940 e 1960, a população brasileira experimentou um crescimento, atribuído por Berquó[9] a um declínio da mortalidade, traduzido por 10 anos na esperança de vida ao nascer, uma vez que a taxa de fecundidade se manteve constante.

Veras[16] relata que o número de idosos em 1960, aproximadamente três milhões, passou para sete milhões em 1975 e para dezessete milhões em 2006, demonstrando um aumento de 600% em menos de cinqüenta anos.

O aumento significativo deste segmento populacional nos coloca em uma posição, em relação ao perfil demográfico, muito semelhante ao dos países desenvolvidos. No entanto, os grandes centros populacionais brasileiros "ainda não dispõe de infra-estrutura de serviços que dê conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes" [16:2464] .

Assim, aliado à heterogeneidade do país, no tocante à distribuição econômica, o aumento do número relativo e absoluto de idosos traz novas necessidades e demandas que, quando somadas àquelas provenientes da população de crianças e adultos jovens, levarão fatalmente a uma competição por recursos públicos.

Dentro do contexto de crescimento da população senescente no Brasil, emerge a população idosa, culminando com a alteração do perfil, traduzido por uma mudança na pirâmide populacional, semelhante à mundial, que deixa de ter uma base larga e de forma triangular (característica de altas taxas de fecundidade e de mortalidade), para uma forma mais arredondada, com uma base reduzida, característica da redução da taxa de fecundidade e de mortalidade[9,16].

Dessa forma, é compreensível que tenha surgido uma preocupação

com esse grupo etário, mesmo que com certo atraso, como refere Séguin[12:65] :

> No Brasil, como no mundo, é recente a preocupação legislativa em proteger o idoso, posto ter sido assunto sempre relegado a segundo plano, como se a omissão, em passe de mágica, fizesse desaparecer o problema. Acresce que a vida média do brasileiro há cinqüenta anos passados era muito baixa. Era raro ver pessoas idosas, o que induzia a uma certa deferência e respeito.

Em se tratando de envelhecimento populacional, fenômeno este de esfera internacional, a Assembléia Geral das Nações Unidas, consciente da problemática envolvendo o idoso nos diferentes países, estabeleceu Princípios para Defesa dos Direitos dos Idosos, "visando somar vidas aos anos já vividos e garantir a participação das pessoas mais velhas nas sociedades que integram"[12:57]. Esses princípios eram, de acordo com o Plano Internacional do Envelhecimento, adaptados da Resolução 37/51, de 3/12/1982, aprovada pela Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena, onde representantes do Brasil se fizeram presentes[12].

No Brasil, o direito universal e a integral a saúde, conquistado pela sociedade na Constituição Federal de 1988, foi reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90)[24].

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção a saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacional aos serviços de saúde[25].

Dentre os direitos assegurados para o idoso, o previdenciário foi um dos primeiros a despertar interesse, uma vez que a idade avançada foi "fundamento de uma modalidade de aposentadoria"[12:69], consistindo na saída do indivíduo do mercado de trabalho, por tempo de serviço, invalidez permanente ou implemento da idade[9] .

A Lei 8.742, de 7/12/1993, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que dispõe sobre a organização da Assistência Social, em sua

Seção I, dos benefícios de prestação continuada, artigo 20, parágrafo 3, assegura ao idoso com 70 anos ou mais que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem ser provido pela família, a garantia de um salário mínimo. A incapacidade de provisão da manutenção do idoso é considerada dentro dessa lei a renda mensal per capita inferior a um quarto de salário mínimo [26].

No tocante às políticas nacionais voltadas para os idosos, a Lei n°. 8.842, de 4/01/1994, criou o Conselho Nacional do Idoso (CNI), instituindo a Política Nacional do Idoso (PNI), buscando assegurar os direitos sociais, criando condições de autonomia, integração e participação efetiva dos idosos na sociedade, por meio dos Conselhos Nacional, Estadual, do Distrito Federal e Municipal do Idoso. Em sua seção II, art.4º, é priorizado o atendimento do idoso por sua família, sendo sugerido o atendimento asilar para aqueles que não possuam condições de sobrevivência. Na área de saúde, a PNI, em seu inciso II, art.10º, garante a assistência nos diversos níveis de atendimento[16, 27].

Em 3/07/1996 foi assinado o Decreto n°. 1.948, regulamentando o PNI, garantindo em seu artigo VIII, o desenvolvimento e apoio de programas de prevenção de doenças, educação e promoção da saúde do idoso de forma a estimular sua permanência na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com a autonomia e independência que lhe for própria, além de estimular o autocuidado e o cuidado informal[28].

No que se relaciona à saúde, o Ministério da Saúde, na Portaria 2.416, de 23/3/1998, estabelece novas regras de internação domiciliar no SUS para doentes cronicamente dependentes de hospitalização, proporcionando a adequada desospitalização, favorecendo um maior contato deste com sua família e sua recuperação. Nessa Portaria se enquadram os idosos portadores de agravos crônicos[29]

A Política Nacional de Saúde do Idoso (atualização da PNI) em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90) e a Lei nº 8.842/94, foi lançada por meio da Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, fundamentando as ações do setor saúde na atenção integral à população idosa e em processo de envelhecimento[30]. Posteriormente, em

abril de 2002 é sancionada pelo Ministério da Saúde e decretada pelo Congresso Nacional, a Lei 10.424/02, complementando a Lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e estabelecendo no âmbito do SUS, a Assistência e Internação Hospitalar[31]

Com o objetivo de facilitar a identificação, o cadastramento e avaliação dos Centros de Referência em Saúde do Idoso as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, a Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde, publicou em 2002, o documento Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: Guia Operacional e Portarias relacionadas, recomendando sua utilização como um guia operacional para os referidos centros[32].

O Estatuto do Idoso, aprovado pelo Congresso Nacional, após sete anos de tramitação e em vigor atualmente, foi aprovado em 1° de outubro de 2003, por meio da Lei 10.741/03[33].

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda Compromissos pela Saúde, agregando três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Entre eles, o Pacto de Defesa da Vida constituiu um conjunto de compromissos prioritários a serem assumidos pelos governos federal, estadual e municipal, sendo definidas as responsabilidades de cada um e pactuadas seis prioridades. Destas, três tinham especial relevância quanto ao planejamento de saúde do idoso: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica[32].

Considerando a necessidade de se estabelecer requisitos mínimos de segurança para o funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliária nas modalidades Assistência e Internação Domiciliar, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária adotou e publicou no Diário Oficial da União em 30 de janeiro de 2006, a Resolução RDC n° 11 de 26 de janeiro de 2006, dispondo sobre o Regulamento Técnico de funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar[34].

A partir de março de 2006, a implementação das ações locais de saúde da população idosa passou a ser norteada pela Política Nacional de Promoção a Saúde, através da Portaria 687 de 30 de março de 2006[32].

Em outubro de 2006, o Ministro de Estado da Saúde, institui a Internação domiciliar no âmbito do SUS, pela Portaria 2.529 de 19 de outubro de 2006[35].

Posteriormente, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulamentada pela portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006, definiu a porta de entrada a Atenção Básica de Saúde/Saúde da Família da população idosa, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade[32].

Os Programas de Assistência a Idosos dos diferentes municípios — os grupos de convivência de idosos — possuem como um de seus objetivos a re-socialização do senescente, dentro de seu grupo etário e da comunidade onde este reside, desenvolvendo atividades voltadas ao lazer, acompanhadas de educação para a saúde.

A formação de grupos de apoio ou de auto-ajuda, organizações especiais com o objetivo de fornecer apoio a um determinado grupo com problemas específicos, é outro recurso utilizado na assistência ao idoso, particularmente aquele portador de agravos crônicos terminais. Esses grupos, auxiliados principalmente por profissionais da área de saúde e da assistência social e constituído por pessoas com características comuns, sejam doentes, seus familiares e cuidadores principais têm oportunidades de manifestarem seus sentimentos, dividirem seus sucessos, receberem orientações sobre o auto-cuidado e do doente, na tentativa de reestruturarem suas vidas, formando novos relacionamentos dentro do próprio grupo.

3.3 O CUIDADO, O CUIDAR E O CUIDADOR

Durante todo o curso da vida humana, somos cuidados ou cuidamos. Cuida-se do bebê, do adulto, da gestante, de flores, de animais, de tudo que é vivo e daquilo que não possui vida, de modo que o cuidado passa a integrar a existência humana. É no cuidado que o ser humano encontra sua essência. A compreensão do ser humano e de suas ações só pode ser obtida se for baseada no cuidado, uma vez que este está expresso em seus valores e comportamentos diários[36].

> Os homens, como todos os seres vivos, sempre necessitam de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem primeiro, antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie[37:27].

Para Waldow[38], o cuidado humano é uma forma estética de viver iniciada no amor à natureza, passando pela apreciação do belo, consistindo no respeito à dignidade humana, na sensibilidade com o sofrimento e no auxílio à sua superação, enfrentamento e até mesmo aceitação do inevitável, fazendo parte de um processo de crescimento e aprimoramento de si próprio. "É o resultado do processo de cuidar que, por sua vez, representa a forma como ocorre (ou deveria ocorrer) o cuidar entre o cuidador e o ser cuidado"[38:127-128]. Nesse sentido, Santos[39:13] comenta que o cuidado é uma "dimensão ontológica do ser humano".

No compromisso assumido pela ciência de melhorar a qualidade de vida do ser humano e no vertiginoso alcance de seu intento nas diferentes áreas do setor saúde, fica evidente que novas tecnologias não são suficientes para suprir todas as necessidades humanas. Calor humano, entusiasmo, compreensão, humor, esperança e aspiração se constituem em necessidades, que, embora essenciais para o bem-estar e a saúde, não são contempladas pela ciência. Assim, "num contexto de crescente tecnologização do cuidado, é urgente o resgate de uma visão antropológica holística, que cuide da dor e do sofrimento humanos na suas várias dimensões, ou seja, física, social, psíquica, emocional e espiritual"[40:51].

Uma reflexão sobre essa questão, no que diz respeito a uma nova maneira de viver a vida e de como podemos cuidar desse viver, emerge da necessidade criada por um cotidiano tumultuado pelo mundo da máquina, que tem demonstrado uma grande preocupação com a produção de uma boa qualidade dos serviços em detrimento da valorização do homem. Essa preocupação conduz a uma perspectiva de descuidado, em que a qualidade de vida e sua manutenção passam a ter pouca importância.

> A valorização do cuidado, inscrita na valorização da vida em todas as suas formas, pode ainda dar maior visibilidade às injustiças socais, assim como permitir mais facilmente compreender as experiências dos limites humanos do sofrimento, da morte e a própria sociabilidade humana[41:368].

O cuidar é definido como "comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer"[38:127].

> Cuidar em enfermagem consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência[41:367].

Como o homem não sobrevive só, ele acaba necessitando, nas diferentes fases de sua vida, de outro ser que, de diferentes maneiras, o acompanha, compartilha e auxilia no processo do viver. Assim, ao finalizar o fluxo contínuo da vida, na vigência ou não da doença, a necessidade da presença de outro ser humano, muitas vezes, torna-se vital.

Com o aumento da longevidade, começam a surgir dificuldades na realização de atividades cotidianas relacionadas à manutenção da vida, e as atividades da vida diárias, uma vez que a capacidade funcional do senescente diminui progressivamente, situação esta, agravada ainda mais quando a este quadro é associado um estado de dependência, provocado por limitações das atividades ligadas ao seu auto cuidado, ligadas a um processo patológico.

Esse processo, em seu período mais crítico, na maioria das vezes, por características inerentes do idoso, pode exigir um período de internação hospitalar de duração variável. Entretanto, passada a fase de maior risco, com a melhora ou estabilização do seu estado clínico, é dada alta hospitalar, e esse indivíduo retorna ao convívio familiar, ainda dependente de terceiros para o atendimento às suas necessidades básicas, sejam elas totais ou parciais, cujo caráter pode variar de temporário a definitivo[11].

Para Chaimowicz[42], questões de perda ou diminuição da capacidade funcional e de autonomia no idoso podem ser mais importantes que a própria questão de morbidade, uma vez que estas estão relacionadas diretamente à qualidade de vida.

Segundo Párraga Diaz[43], cuidadores são aqueles que se ocupam em suprir as necessidades de auto-cuidado e atenção a indivíduos portadores de certo grau de dependência, em um intervalo de tempo que pode variar do diário e contínuo até a um longo período de tempo. Leitão[44] define o cuidador como quem assume a responsabilidade de cuidar, de dar suporte ou de assistir alguma necessidade de um indivíduo cuidado, objetivando a melhoria de sua saúde. Pelos autores citados, pode-se observar que o ato de cuidar envolve o comprometimento de alguém para com outro alguém.

Existem várias denominações diferentes para o cuidador familiar, tais como cuidador significante[45], cuidadores informais[43,46] e cuidador principal[47], sendo que o mais utilizado é o cuidador principal, definido como aquele membro da família, amigo, vizinho ou outro indivíduo que integre à rede social de relações básicas e que passa a assumir o cuidado[45, 46].

Diogo, Ceolim e Cintra[47] comentam que, em se tratando de idosos, a função do cuidador tende a ser assumida por um único indivíduo. Duarte[11] quando se refere a cuidadores de idosos, os define como sendo pessoas designadas pela família para o cuidado do senescente, quando esta ação for exigida ou requerida. Ainda, sobre esses cuidadores, a mesma autora refere que, em sua grande maioria, estes são caracterizados como sendo pessoas leigas, que assumem funções para as quais geralmente não se encontram devidamente preparadas. Essa consideração é reforçada por Sena et al[45],

quando comentam que o cuidar/cuidado prestado por este cuidador é permeado também pelo despreparo psicológico e emocional, uma vez que o indivíduo cuidado é, na grande maioria das vezes, extensão de si mesmo.

O cuidador familiar do idoso, quando assume e se responsabiliza pelas tarefas inerentes ao cuidado, o faz geralmente de maneira solitária, sem contar com auxílio de outros familiares ou mesmo de profissionais, passando a assumir também o papel de elo entre o idoso, a família e a equipe de saúde[44]. Na maioria das situações, a responsabilidade do cuidador significante recai sobre as mulheres, devido ao seu grau de comprometimento com o núcleo familiar[48].

Atualmente, o papel do cuidador, seja ele familiar ou não, passa a ter importância fundamental na assistência do indivíduo dependente, especialmente se esta ocorre em local domiciliar, sendo nele centrado efetivamente a responsabilidade do cuidar.

Sob este aspecto, Chaimowicz[42:193] esclarece que “no Brasil, o suporte informal provido pela família parece ser a base principal do apoio potencialmente oferecido ao idoso, pelo tripé família-comunidade-Estado”. Nesse sentido, este mesmo autor comenta que surgem basicamente três dificuldades, na medida em que se consolida o estado de dependência dos idosos, sendo a primeira delas a inexistência de políticas sociais de suporte de cuidadores, seguida pela diminuição do tamanho das famílias e, finalmente, o fato de que mais da metade dos idosos que residem com suas famílias pertence a domicílios cuja renda total não ultrapassa a três salários mínimos.

Diante disso, González Varea et al[49] afirmam que o cuidado domiciliar a um indivíduo portador de agravo à saúde, seja ele físico ou mental, expõe a família a uma série de desafios significativos.

Outra questão a ser considerada é a condição de senescente do cuidador, uma vez que pessoas que vivenciam seu próprio envelhecimento, ou aquelas que se encontram em plena velhice, ao assumirem a tarefa de cuidar, enfrentam, também, alterações ligadas ao seu próprio processo de desgaste da capacidade funcional.

O pulsar constante da vida acaba provocando situações que exigem do homem adequações e transformações, tanto em seu modo de viver, como em seu meio social, provocando, direta ou indiretamente, momentos de desgaste e/ou fortalecimento.

O cuidador é compreendido como sendo aquela indivíduo, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau)[35] possuindo a "capacidade e a prioridade de se relacionar com o outro", sendo capaz de "transformar, de criar e se utilizar de alternativas, e de forças diante das várias situações que a vida exige ou impõe"[48:28]. Nessa dinâmica, o ser busca recursos internos, pouco claros ou definidos, na tentativa de manter sua individualidade, tornando-se mais do que a interação entre seu corpo, alma e espírito, uma vez que se apresenta "em contínuo intercâmbio com o seu eu e o eu do outro"[50:29]. Dessa forma, o processo de vida passa a possuir sua própria unidade, tornando-se um fenômeno de totalidade, de continuidade, de mudança, criativo e dinâmico, inseparável do ambiente e ocorrendo em múltiplas dimensões.

Neste estudo, foi considerado como cuidador o indivíduo que cuida e se sente responsável pelo idoso dependente.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório, de caráter quanti-qualitativo. A opção por este caminho metodológico partiu do entendimento de que o conjunto de dados, ou seja, os quantitativos e os qualitativos se complementam, pois "a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia"[51:22] .

De acordo com Minayo[52], a abordagem qualitativa responde a questões particulares sendo trabalhado um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos envolvidos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Essa modalidade objetiva o esclarecimento de situações de modo a desencadear uma tomada de consciência dos problemas vivenciados pelos pesquisados, no que se refere tanto às causas geradoras como aos meios de resolvê-las, visto que:

> Saúde e doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana de atribuições de significados [...] se constituindo em fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente[52:15-16].

4.1 A REPRESENTAÇÃO SOCIAL COMO REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

No presente estudo, a Representação Social (RS) foi eleita como referencial teórico, uma vez que a análise deixa de ser centrada no indivíduo como sujeito individual, para se voltar aos fenômenos gerados por meio das construções particulares das realidades sociais, ou seja, do social como totalidade, envolvendo uma dinâmica diferente de um simples agregado de pessoas[53].

Essa análise, de acordo com Jovchelovitch[53:81], deve "concentrar-se naqueles processos de comunicação e vida que não somente as engendram, mas que também lhe conferem uma estrutura peculiar". Tais processos são denominados pelo autor de mediação social, em que a comunicação, trabalho, material bruto da natureza, ritos, mitos e símbolos são respectivamente mediações entre um mundo de perspectivas diferentes, necessidades humanas e alteridade de um mundo misterioso e o da intersubjetividade humana, revelando a procura do sentido e significado da existência humana. A estratégia utilizada pelos atores sociais no enfrentamento das dificuldades e mobilidade de um mundo comum a todos perpassa cada um deles, de forma individual, terminando por penetrar no domínio da vida em comum.

A singularidade humana traz consigo a dicotomia de que o sujeito é diferente *per si* e, ao mesmo tempo, é o mesmo ser, baseada em Jovchelovitch[53:67], quando este afirma que "porque as pessoas são diferentes - e ao mesmo tempo as mesmas - a ação e o discurso tornam-se necessários". Tal característica acarreta, segundo este mesmo autor, a necessidade da ação e do discurso em que a variação do comum, baseada na pluraridade e diversidade de perspectivas diferentes de cada indivíduo, culmina por conduzir ao entendimento e ao consenso.

A interação e a comunicação no interior dos grupos sociais, refletindo a situação dos indivíduos em relação aos assuntos que são objetos de seu cotidiano, segundo Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo[14], produzem RS, que para Jodelet[54], constitui um saber prático, no qual:

> [...] são abordadas concomitantemente como produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social desta realidade. Isto quer dizer que nos interessamos por uma modalidade de pensamento, sob seu aspecto constituinte – os processos – e constituído – os produtos e conteúdos[54:22].

Na RS, o conhecimento proveniente "do senso comum, da vida cotidiana dos indivíduos, que é elaborado socialmente e que funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade" é "um dos instrumentos pelos quais os indivíduos ou grupos apreendem seu

envolvimento e suas relações, que são mediadas pela linguagem”[54:80-81].

> É algo natural, em múltiplas ocasiões. Elas circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais. [...] São fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social. Em sua riqueza, descobrimos diversos elementos [...]: informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, etc. Contudo, estes elementos são organizados sempre sob a aparência de um saber que diz algo sobre estado da realidade[54:17].

Bonfim e Almeida[55:79] declaram que a formação das representações sociais a partir da realidade da vida cotidiana constitui “uma grande força” para que estas sejam reconhecidas como “conhecimento pela sociedade”, pois, segundo eles,

> [...] a realidade da vida cotidiana apresenta-se como a realidade por excelência, porque sendo decorrente das relações que o homem mantém no dia-a-dia com o mundo, possui um caráter predominantemente impositivo e urgente à consciência. Em conseqüência, o indivíduo experimenta a vida cotidiana num estado total de atenção que lhe permite apreendê-la de forma normal e natural[55:79].

Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo[14] citam que a função desse referencial é tornar o não familiar em familiar, próximo e prático e que está relacionado com a representação de uma realidade pouco conhecida, a partir do que se conhece sobre ela.

Para Souza Filho[56:113], as RS explicam os elementos de “sentidos, isolados ou combinados em construtos representacionais; produzidos, mantidos e extintos em função de condições sociais específicas vividas por indivíduos e grupos”. Assim, as unidades de sentido e de contexto, segundo o autor, são relacionadas utilizando métodos de análise de discurso e de conteúdo.

Existem, dentro da Teoria das Representações Sociais (TRS), elaborada por Moscovici em 1961[57], dois processos formadores responsáveis pela articulação entre o conteúdo cognitivo e as determinações nas quais surgem e circulam as representações. A *ancoragem* — que consiste na classificação e na denominação de coisas até então não

denominadas, estranhas ou não existentes, tirando-a de um anonimato, colocando-a na matriz de identidade da nossa cultura e tornando-a distinta, tendo em vista que a realidade social é criada a partir de quando o novo ou o não familiar vem integrar os universos consensuais, passando então a ser familiar, socialmente reconhecido e real, o que torna o resultado criativo e inovador na totalidade da vida cotidiana[58] — e a *objetivação,* que consiste em um processo no qual se atribui uma forma ou figura específica ao objeto, de maneira a torná-lo concreto, ou seja, reproduz um conceito em uma imagem e, dessa forma, quase materializá-lo[58].

Sobre esses dois processos, Bonfim e Almeida[55:85,89] afirmam que a ancoragem apresenta-se como uma extensão da objetivação, entendendo que ela "ocorre no procedimento de vulgarização do saber científico", promovendo a integração do conhecimento do objeto representado e as transformações sofridas por este mesmo objeto, dentro de um conhecimento preexistente, caracterizando a "domesticação do estranho" e funcionando como "uma ligação entre o passado e o futuro".

Neste sentido, a opção por este referencial teórico se deu por acreditarmos que este seria o melhor caminho para dar um sentido ao que é estranho e novo, ou seja, ao darmos sentido sobre o cuidado no cotidiano do cuidador senescente ao cuidar do idoso dependente, tornamo-lo mais familiar, mais compreensível em nosso universo social[59:153] .

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no município de Cascavel–PR, localizado na região Oeste do Estado do Paraná, com os cuidadores senescentes de idosos em situação de dependência para o atendimento de suas necessidades básicas diárias, atendidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e pelo Programa de Assistência e Internação Domiciliar (PAID), ambos ligados à Secretaria Municipal de Saúde.

Para uma maior compreensão do cenário da pesquisa, optamos por contextualizar a região Oeste do Paraná e o município de Cascavel.

4.2.1 Região Oeste do Estado do Paraná

Essa região possui uma área de 2.290.859 hectares, o equivalente a 11,5% da área do Estado, com aproximadamente 1,5 milhão de habitantes, distribuídos em 52 municípios.

Dentre esses municípios, os de Cascavel, Foz do Iguaçu e Toledo são referências de prestação de serviços, ligados às áreas de saúde e educação.

A região Oeste foi a última fronteira a ser colonizada no estado, em decorrência da carência na infra-estrutura. Sua ocupação e exploração ocorreram a partir de 1940, impulsionada pela criação do Departamento Administrativo do Oeste[60].

A colonização da região se deu a partir da migração de agricultores de origem alemã e italiana, oriundos da região Sul do país e, também, do Norte do estado, em busca de terras férteis e de melhores condições climáticas para o plantio. Os núcleos urbanos surgiram como uma necessidade espontânea de suporte à agricultura, então em expansão, devido à boa qualidade do solo e à experiência dos agricultores, cuja produção contribuiu sobremaneira à expansão do comércio.

A partir de 1950, diante de esforços para a implantação de um sistema viário com conseqüente comercialização da produção excedente e o aumento do crescimento populacional da região na zona rural, deu-se início a um período de grande desenvolvimento. A agricultura, ponto forte da economia da região, era basicamente realizada com recursos técnicos mínimos, exigindo pouco investimento dos então produtores.

A partir da década de 1970, os avanços tecnológicos deram um novo impulso ao setor agrícola, diminuindo a utilização de mão de obra, impulsionando a migração das famílias para a zona urbana. Nessa mesma época, a construção da Usina Hidroelétrica de Itaipu, também contribuiu para o êxodo rural, principalmente dos homens mais jovens.

Já na década de 1980, o crescimento populacional urbano da região atingiu cerca de 12,5% ao ano, ou seja, o dobro da média do Paraná, sendo que, em 2000, essa média cresceu para 82,0%[60].

Por outro lado, as alterações ocorridas na vocação agrícola da região ao longo dos anos, que inicialmente era voltada para o cultivo de café e algodão, culturas essas que exigiam maior mão de obra, para o plantio de soja, milho e trigo os nas quais são utilizados predominantemente maquinários agrícolas, exigindo pouca mão de obra, também contribuíram sobremaneira para migração rural[60].

Aliado ao exposto, as políticas governamentais, as frustrações de safra e a necessidade sentida pelo homem de abrir novas fronteiras contribuíram para o êxodo de várias famílias para outras regiões do País, especialmente Norte e Centro-Oeste.

Concomitante ao processo migratório, as mudanças no comportamento reprodutivo e no perfil de mortalidade da população ocasionaram um declínio no crescimento populacional da região.

4.2.2 Município de Cascavel

O município de Cascavel, localizado a 520 Km da capital do Estado, foi emancipado em 14 de dezembro de 1952. Possuindo uma área de 2065 km^2, sua população estimada é de 284.083 habitantes[61], estando essa, em sua maioria, concentrada na área urbana. A cidade foi colonizada por poloneses, alemães, italianos e seus descendentes, oriundos dos Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, que chegaram à região por volta da década de 30, atraídos pelo ciclo da madeira.

Considerada a Capital do Oeste do Paraná, por ter se tornado um dos maiores pólos econômicos do estado, sua economia está centrada na agropecuária, avicultura, suinocultura e ovinocultura, sendo a agricultura responsável por 26% da produção de grãos (milho, soja, arroz, algodão e feijão), do Estado.

Da população geral, 15.302 indivíduos (5,4%)[46] possuem idade igual ou superior a 60 anos, caracterizado por desenvolver atividades domésticas, com renda mensal de um salário mínimo, proveniente da aposentadoria ou pensão, sendo sua maioria constituída por mulheres[62].

A cidade é, atualmente, um pólo universitário, visto que há sete Instituições de Ensino Superior, entre privadas e públicas. Quanto aos cursos ministrados, encontram-se os da área da saúde como medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, nutrição e farmácia, atendendo cerca de 20 mil alunos, provenientes tanto da região Oeste como de outras, do Estado, bem como, de outras Unidades da Federação, o que tem provocado algumas alterações no panorama da cidade, principalmente nas áreas da construção civil, comércio, cultura e lazer.

Em decorrência de sua colonização, as manifestações culturais são predominantemente italiana, alemã, espanhola e polonesa.

A religiosidade é outra característica marcante da cidade, a exemplo da maioria das cidades brasileiras. Em Cascavel, predominam os cristãos católicos. No entanto, como conseqüência de sua colonização, grande parte da população pertence às Igrejas Luterana, Batista e Adventista. Também é

significativa a presença de pessoas espíritas kardecistas, mórmons, umbandistas, candoblecistas e pentecostais.

Cascavel é sede da 10ª Regional de Saúde, sendo referência de atendimento à saúde em média complexidade para 25 municípios da região.

Na área de atendimento hospitalar, o município conta com um Hospital Universitário (HU) e mais cinco hospitais de pequeno e médio porte. O HU atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), com capacidade para 300 leitos, porém, atualmente conta com apenas com 134 em funcionamento. O número total de leitos disponíveis no município, para pacientes do SUS, segundo o IBGE[61], é de 415 leitos.

O Serviço Municipal de Saúde conta com dois postos de Pronto Atendimento (PAC), 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas Equipes de Saúde da Família (ESF) na zona urbana e oito na rural, além do atendimento prestado pelo PAID aos pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas, em âmbito domiciliar.

As ESF da zona urbana desenvolvem suas atividades em um bairro com uma população igual a 4.509 habitantes. Essas equipes possuem 26 idosos cadastrados (0,64% da população do bairro)[61].

O PAID constitui uma modalidade de atendimento domiciliar, com recursos provenientes do Fundo Municipal de Saúde e do SUS planejados para a assistência a pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas, efetivado por enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e assistentes sociais. Nesse serviço estavam cadastradas 140 pessoas, na faixa etária de 2 a 93 anos, sendo que, destas, 75 (53,6%) possuíam idade igual ou superior a 60 anos (média= 74,26 anos, DP= 12,16). Dentre os idosos atendidos pelo programa, os acamados, na maioria, são vítimas de doenças crônicas degenerativas, em que se destacam: o acidente vascular cerebral, doença de Alzheimer avançada, doença de Parkinson, além de complicações de diabetes.

Este serviço (o PAID) oferece quatro modalidades diferentes de assistência: oxigenoterapia no domicílio, acompanhamento domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar. A inclusão dos pacientes neste serviço se dá através de encaminhamento pós-alta, tanto de

instituições públicas como privadas, realizado pelos clínicos responsáveis. Após a avaliação pela equipe interdisciplinar, são inseridos nas diferentes modalidades, baseado em uma classificação, considerando-se os graus de dependência, além de itens como cuidados de enfermagem, de reabilitação fisioterápica, terapia nutricional, quimioterapia domiciliar, suporte ventilatório, outros apoios terapêuticos. A rede de referência e contra referência deste serviço é composta pela Secretaria de Ação Social, Secretaria de Saúde e Universidade Estadual do Oeste do Paraná, dentro de seus diferentes programas de atendimento.

No tocante ao Programa de Assistência ao Idoso, o município de Cascavel conta com um Centro de Convivência de Idosos (CCI) e um Condomínio da Terceira Idade, ambos ligados à Secretaria de Ação Social. Ainda para o atendimento a idosos, o município dispõe de uma instituição asilar, de caráter beneficente, que atende cerca de 50 idosos desprovidos de família.

O CCI, inaugurado em setembro de 1989, organiza e coordena os serviços prestados a 33 grupos de convivência de idosos do município, atendendo cerca de 1.200 deles (7,8% da população geral de idosos). Tem por objetivo desenvolver ações que estimulem o convívio familiar e social da pessoa idosa visando a um processo de envelhecimento ativo e saudável, com motivação para novos projetos de vida e a prevenção ao isolamento.

Dentre as atividades oferecidas pelo CCI são encontradas as sócio-culturais (passeios, viagens, bailes, trocas de experiências com grupos de outras cidades, teatro, dança folclórica, projetos integrados com a política de saúde, educação comunidade e Conselho Municipal dos Direitos do Idoso, bem como palestras diversas), as artesanais (crochê, tricô, bordados, etc.), as esportivas e as de lazer (recreação, ioga e ginástica laboral). Para estas atividades, o Centro conta com uma equipe de trabalho formada por professores, monitores, auxiliares de serviços gerais e cozinheiras.

O Condomínio da 3ª Idade possui 56 unidades habitacionais distribuídas em oito grupos de casas, com capacidade para atender até 112 idosos. Tem por objetivo servir de local de moradia, onde o idoso ou o casal de idosos carentes, independentes e sem família e/ou moradia, possam

participar efetivamente na comunidade, dividindo as tarefas do condomínio, promovendo sua autonomia, auto-estima e valorização, mantendo sua independência física, mental e social por meio de atividades sociais, culturais e recreativas. Atualmente, oferece moradia a 70 idosos em regime de comodato, dentro dos seguintes critérios de inclusão: possuir 60 anos ou mais; pelo menos um integrante do casal deverá receber benefício, o qual é utilizado para sua manutenção; não ser dependente (físico,psíquico); possuir uma renda mensal de até dois salários mínimos e realizar suas atividades diárias como: higiene pessoal e ambiental, alimentação, entre outras. No Condomínio são realizadas diversas atividades, dentre elas, atendimento social, atendimento de enfermagem por estagiários de uma Instituição de Ensino Superior do setor privado e agendamento de consultas médicas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), encaminhamento para os Postos de Atendimento Continuado (PAC), hospitais, exames laboratoriais, raios X, agendamento de ambulância, atendimento com terapeuta holístico (voluntário), entre outros.

Quanto a grupos de apoio, no município são desenvolvidas atividades junto a familiares e cuidadores, principalmente de portadores de doença de Alzheimer (Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAZ).

4.3 INSERÇÃO DO PESQUISADOR NO CAMPO DE PESQUISA

Embora não fazendo parte da equipe de profissionais de saúde da rede municipal, a inserção no campo foi facilitada pelo interesse da atual administração no desenvolvimento de estudos que subsidiem as diretrizes das políticas de saúde. Aliado a este, a familiarização com a coordenação do Serviço de enfermagem constituiu um aspecto importante a ser ressaltado em todo esse processo.

Após o primeiro contato com tal coordenação, o projeto deste estudo foi encaminhado para análise do Secretário de Saúde Municipal, para os devidos ajustes burocráticos. Após a obtenção do parecer do Comitê de

Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo 01), este foi encaminhado com a cópia definitiva do projeto para o mesmo órgão e, posteriormente, para a coordenação de enfermagem, já com a autorização para o seu desenvolvimento (Anexo 02). A etapa seguinte consistiu-se nos contatos com os enfermeiros responsáveis pelas ESF e PAID, sendo que para ambos foi apresentado o projeto de pesquisa, o parecer do Comitê de Ética (Anexo 01) e a autorização emitida pelo secretario Municipal de Saúde (Anexo 02).

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Constituíram-se critérios de inclusão deste estudo, idosos dependentes residentes na área urbana do município de Cascavel (PR) inscritos no PSF e PAID e seus cuidadores domiciliares principais, com idade igual ou superior a sessenta anos e que estivessem exercendo essa função, por um período igual ou superior a três meses.

Os sujeitos foram selecionados com base em informações obtidas de 15 agentes comunitárias de saúde (ACS), integrantes das duas equipes do PSF da área urbana e de prontuários do PAID, de acordo com os seguintes passos:

- obtenção da relação nominal e de endereços de residência e telefônico de todos os idosos dependentes da área urbana inscritos nos programas: nesta fase, foram selecionados 101 idosos em estado de dependência, sendo 26 cadastrados no PSF e 75 no PAID.
- realização de contato telefônico com cada um dos cuidadores para a verificação da idade e do tempo de cuidador, uma vez que tanto no PSF como no PAID não constavam estas informações (aqueles que não possuíam telefone foram contatados pessoalmente, por meio de visitas no domicílio): nesta ocasião, foram selecionados 22 idosos dependentes (21,8%), cujos cuidadores eram senescentes, por um período igual ou maior que três meses.

- realização de visita ao domicílio para a aplicação do instrumento: nesta ocasião, cinco cuidadores (23,0%) recusaram-se a participar do estudo e um (4,5%) não dispunha de condições físicas e mentais de ser entrevistado, uma vez que, além de apresentar incapacidade auditiva severa, era afásico e portador de problemas mentais. Assim, dos 22 idosos dependentes selecionados e seus respectivos cuidadores, 16 (78%) encontravam-se dentro dos critérios de inclusão estabelecidos.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram elaborados dois instrumentos (Apêndice 01 e 02) para a coleta de dados dos sujeitos da pesquisa

O primeiro (Apêndice 01), destinado ao idoso cuidador, possui dados de identificação, seguidos de três itens: A, B e C.

A - Avaliação do estado de depressão, pela aplicação da escala de depressão geriátrica de Yesavage (1986) (Geriatric Depression Scale – GDS, versão completa). Como os transtornos depressivos prevalecem entre os indivíduos idosos e, segundo Maciel[63:15], estes se encontram associados ao "declínio funcional, com aumento da morbidade, da mortalidade e com risco de suicídio". O GDS foi utilizado para a avaliação da presença ou não de sintomas de depressão no cuidador senescente, constituído por um questionário de 30 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. Embora não sendo considerada como substituta de entrevista diagnóstica, realizada por profissionais da área de saúde mental, trata-se de uma ferramenta útil de avaliação rápida, para facilitar a identificação da depressão em idosos. Nessa escala, cada resposta afirmativa recebe um ponto, sendo que uma pontuação entre 0 e 10 é considerada normal, de 11 a 20 depressão leve e de 21 a 30 depressão severa[64,65].

B – Avaliação do estado mental obtido pela utilização do Mini Exame

do Estado Mental (MEEM), é comumente utilizado para a avaliação da função cognitiva, sendo de fácil aplicabilidade, sensibilidade e especificidade[63]. O MEEM avalia compreensão, planejamento, orientação temporal, espacial, atenção, capacidade de realização de cálculos simples, memória recente e linguagem[63].

C – Avaliação da existência de sobrecarga nos cuidadores, por meio da aplicação da Escala de Zarit, estado de saúde percebido e de questões norteadoras sobre: a percepção do seu cotidiano, do ato de cuidar, além de seus sentimentos e expectativas. Esta escala compreende uma lista de afirmativas que refletem como as pessoas, algumas vezes, podem se sentir quando cuidam de outra pessoa[66, 67]. Depois de cada afirmativa, é indicado com que freqüência o cuidador se sente em relação ao que está sendo perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, freqüentemente ou sempre), não existindo respostas certas ou erradas. Garrido e Menezes[68] afirmam que as respostas a essa escala com 22 itens podem variar cinco pontos, desde "nunca ocorre" até "sempre ocorre" (grifo nosso)[66, 67].

No segundo instrumento (Apêndice 02), destinado ao idoso dependente, constam os dados de identificação e a avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), obtidas pela aplicação da Escala de Katz.

O Índice de Katz é utilizado na mensuração da ABVD e engloba seis grupos de atividades, permitindo a avaliação dos diferentes níveis de independência/dependência de cada um dos itens observados (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação)[69]. Esse tem sido utilizado para a avaliação de idosos residentes em comunidades e em instituições, sendo que sua aplicação varia de dois a quatro minutos de duração e não apresenta qualquer tipo de escore ou ponto de corte[70, 71].

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi desenvolvida entre os meses de novembro de 2006 a janeiro de 2007, sendo realizadas, em média, três entrevistas por

tarde, obedecendo a um agendamento prévio estabelecido pelo cuidador principal, mediante confirmação telefônica.

A técnica empregada para a obtenção de dados compreendeu a entrevista semi-estruturada, uma vez que as respostas poderiam favorecer tanto a busca pela compreensão do cuidador sobre o cuidado adentrando em sua fala, entendendo sua história, sua vivência, seus sentimentos e suas expectativas que nem sempre são expressos de forma clara, como o grau de dependência do idoso cuidado. No caso de impossibilidade de resposta do idoso dependente as informações necessárias para a determinação do Índice de Katz, os dados foram obtidos através de seu cuidador.

A opção por esta técnica foi baseada no preconizado por Souza Filho[56] quando refere que a melhor forma de expressão a ser usada pelo sujeito para a (re)produção de RS, bem como, da situação mais adequada de modo a permitir uma maior validade, é "usar a forma de linguagem e situação o mais perto possível da realidade natural onde (e como) o fenômeno ocorre"[56:115]. Nesse sentido, este autor relata que "pode-se usar a observação participante, ou a entrevista com roteiros abertos, ainda que contendo temas catalisadores" [56:115] .

A entrevista é um método de coleta de dados no qual o entrevistador faz questionamentos verbais ao sujeito da pesquisa, sendo uma das formas de colher informações baseadas no discurso livre do entrevistado[72]. Assim, o entrevistador manteve-se na escuta ativa e bastante atento a todas as informações fornecidas, tomando precauções para não distorcê-las, interferindo apenas com discretas interrogações de modo a auxiliar o entrevistado a completar sua idéia ou pensamento sobre a questão discutida. Dessa forma, foi necessária uma atitude disponível à comunicação, além da escolha de um diálogo descontraído, para possibilitar a livre expressão, sem receios e constrangimentos por parte do entrevistado[73].

Para Triviños[74:146], ao mesmo tempo em que esse tipo de técnica valoriza a presença do pesquisador, também "oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação".

O registro das falas foi efetivado por meio da gravação, uma vez que, segundo Cruz Neto[75], é plenamente possível a utilização desse recurso. Para Minayo[51], entre os dados não-convencionais, a gravação é um meio que clarifica o comportamento de grupos e indivíduos. A opção por esse recurso se deu por se entender que, não havendo a preocupação por parte do pesquisador no registro imediato dos discursos ou na memorização destes, seria oportunizada uma maior liberdade de observação das expressões e gestos do entrevistado, que muitas vezes complementavam o discurso, sem os quais se poderia incorrer na perda de algum detalhe significativo.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo 587/2006 CEP-EEUSP) e submetido à apreciação da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cascavel (Ofício DAS 086/2006), para a devida liberação do campo de pesquisa (Anexos 01 e 02 respectivamente).

Antes de se iniciar a coleta de dados, o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 03) foi lido para os sujeitos do estudo e solicitada sua anuência por escrito. Em todos os contatos sempre foi enfatizada a permissão para a gravação da entrevista, embora esta estivesse explicitada no termo de consentimento, pois sempre era percebida certa desconfiança quanto ao destino do conteúdo da gravação, assim como a preservação do anonimato do ator social, sendo que os discursos foram identificados por números cardinais e distribuídos de forma aleatória pela pesquisadora.

A participação dos atores sociais do presente estudo deu-se de forma voluntária.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Minayo[52] entende que tanto a análise de discurso como a de conteúdo voltam seu olhar para a fala, pretendendo ambas compreender as regras próprias do processo discursivo e o alcance dos pontos centrais da comunicação, sendo revestidas de um rigor formal que pode "sacrificar a riqueza dos detalhes e a multidimensionalidade da pesquisa científica"[52:230]. Segundo esta autora, enquanto na análise de conteúdo o texto é considerado um documento a ser compreendido, ilustrando uma determinada situação, a análise de discurso objetiva a compreensão do processo produtivo da fala, em detrimento da interpretação dessa mesma fala.

Dentre as modalidades de análise, neste estudo, a opção recaiu sobre o método hermenêutico – dialético, considerado como aquele "mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade", uma vez que "ela coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante que é produzida"[52:231].

> A união da hermenêutica com a dialética leva que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo em que as tensões e perturbações sociais[52:227].

Assim, na análise dos dados qualitativos se buscou o entendimento do discurso como resultado de um processo social e de conhecimento.

Mediante as informações obtidas, foi realizada a sistematização dos dados, tendo como base o preconizado por Bardin[76].

A primeira fase da análise dos dados qualitativos consistiu na transcrição dos depoimentos em sua íntegra, seguida pela leitura flutuante

de cada um deles, intercalada pela escuta das respectivas entrevistas, objetivando o afloramento dos temas, além da construção da retórica, de modo a permitir que as emoções contidas tomassem formas, tais como períodos de silêncio, hesitações, lapsos ou versões contraditórias.

Na fase seguinte buscou-se a obtenção dos temas centrais, denominado por Sá[58] de núcleos organizadores de discurso, elementos de sustentação e coerência. Dentro de cada um desses núcleos, foi realizada a identificação de temas específicos, implícitos nas falas dos atores sociais, na busca pelo desvelamento da expressão pessoal do cuidador, o que constituiu nas subcategorias.

A última fase, interpretação dos dados, possibilitou a união das categorias e a busca, mediante o referencial teórico, da compreensão dos seus significados, fazendo a sua articulação com o referencial teórico da pesquisa, promovendo relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática[51].

Os dados quantitativos foram analisados a partir da disposição dos resultados em tabelas e quadros.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população deste estudo foi constituída por 32 idosos, sendo 16 senescentes cuidadores principais e 16 idosos dependentes, residentes na área urbana do Município de Cascavel- PR.

Antecedendo a apresentação dos resultados e a análise das representações sociais sobre o cotidiano do senescente cuidador familiar do idoso dependente, cabe apresentar algumas características dos sujeitos que integraram o estudo. Assim, apresentamos primeiramente a caracterização do senescente cuidador e em seguida do idoso dependente.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A caracterização da população estudada, descrita a seguir, foi realizada distintamente, ou seja, do senescente cuidador e do idoso dependente.

5.1.1 Senescente cuidador

Os senescentes cuidadores pertenciam à faixa etária compreendida entre 60 e 76 anos (média = 64,1 ± 17,3 anos), sendo que 62,5% se encontravam entre os 65 e 75 anos (Tabela 1).

Em relação ao sexo do senescente cuidador, a maioria (81,2%) era composta por mulheres (Tabela 1).

Nas últimas três décadas, a composição familiar vem passando por alterações demográficas, associadas à redução da natalidade e ao aumento da expectativa de vida. O modelo de família, no qual o homem é o responsável pelo provimento de bens materiais, a mulher assume os afazeres domésticos e aos filhos cabe somente o estudo, deixa de ser

predominante nos núcleos familiares e em especial, naqueles menos favorecidos[77].

Aliado a esses fatores, na busca de melhores condições de vida, encontra-se a questão da migração das famílias para regiões de maior desenvolvimento, com valores culturais diferentes, contribuindo para alterações no núcleo familiar. Assim, nos dias atuais, a família "clássica" sofre transformações (grifo nosso).

Concomitante a esse rearranjo urbano decorrente do processo migratório, observa-se uma redução do tamanho da família e novas situações são criadas no seu interior – como a redefinição de protagonismos - com a intensificação da presença da mulher na chefia dos núcleos familiares[21:151]

Ainda, a necessidade da mulher de se ausentar do domicílio, para integrar a força de trabalho, diante de uma situação de chefe de família, ou mesmo de reforço de orçamento, faz com que este núcleo familiar fique, muitas vezes, nas mãos de idosos que, por sua vez, acabam assumindo as tarefas domésticas.

Para Côrte,Oliveira e Medeiros[78] uma das formas de organização familiar em crescimento, é aquela chefiada por mulheres, sem o elemento masculino adulto, ou seja, sem o progenitor residindo com os filhos. Assim, a necessidade da presença feminina para o cuidar das crianças enquanto a mãe assume a responsabilidade formal de chefia e manutenção familiar, faz com que esses núcleos sejam compostos apenas por idosos, mulheres e seus filhos menores. Nesse aspecto, a mulher assume importante papel na sobrevivência e na manutenção do grupo familiar.

Diogo, Ceolim e Cintra[47:98] comentam que estudos nacionais e internacionais apontam que, hierarquicamente, os cuidadores são "as esposas, filha ou nora mais velha e a filha solteira ou viúva", eleita como a " 'grande cuidadora', a quem foi atribuído esse papel cultural e socialmente, ao cuidar dos filhos, do marido, dos doentes e dos velhos" (grifo do autor).

Quanto ao grau de parentesco com o idoso dependente, 41,2% eram cônjuges, 31,2% eram filhos, 12,5% irmãos, 6,2% sobrinhas e 6,2% pessoas sem formação específica. Dentre os cuidadores cônjuges, 57,1%

eram do sexo feminino (Tabela 1).

Estes dados vão ao encontro do afirmado por Salgado[79:9], quando este diz que o aumento da longevidade implica a existência de mais de uma geração de idosos em uma mesma família e que, baseado nas projeções demográficas, “no futuro essas gerações estarão compostas, principalmente, por mulheres velhas que, possivelmente, estejam cuidando de suas velhas mães ou avós”.

Para Berquó[80:39], “a maior parte dos idosos viverá ao lado da esposa, o que lhes conferirá possibilidade de maior apoio emocional, tão necessário nessa fase da vida”. Essa afirmação decorre do resultado de um estudo, no qual o autor verificou que, no tocante às taxas de mortalidade entre os sexos, o diferencial é favorável às mulheres e, também, em relação ao estado conjugal dos homens idosos, três quartos desses encontram-se em união conjugal, seja ela a primeira, segunda ou mais, enquanto a metade das mulheres permanece viúva.

Em relação ao nível de escolaridade, oito cuidadoras (50,0%) referiram não ter freqüentado escolas, quatro (12,5%) haviam cursado o primeiro grau e uma (6,25%) referiu ter o segundo grau completo. Dentre os homens cuidadores, todos relataram não terem freqüentado bancos escolares.

Os dados encontrados diferem dos de Berquó[9] quando este relaciona à escolaridade da população idosa e o sexo. Este autor refere que a alfabetização se apresenta maior na população masculina do que na feminina, uma vez que a situação das pessoas atualmente senescentes remete a períodos em que as chances de acesso à educação se davam de forma bastante assimétrica por classe social e gênero, favorecendo esse sexo.

Salgado[79] comenta que as mulheres idosas encontram-se em uma posição de fragilidade e vulnerabilidade, atribuindo ao fato que este segmento populacional, difere dos demais grupos etários quanto ao nível de educação formal (escolaridade) uma vez que possui menos anos de escola quando comparado a outros segmentos, além de menos qualificação profissional do que os mais jovens ou mesmo homens idosos. A estas

características, o autor ainda acrescenta o fato das idosas diferirem também em relação ao estado civil, uma vez que a maioria são viúvas e chefes de família.

No entanto, acreditamos que esta diferença encontrada em nossos resultados, se deva ao pequeno número de cuidadores do sexo masculino, integrantes da população deste estudo (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos cuidadores segundo sexo faixa etária, grau de parentesco com idoso dependente, tempo de cuidador e Escala de Depressão Geriátrica, Cascavel-PR – 2008.

	Cuidador n =16	
	N	%
Sexo		
Masculino	3	18,7
Feminino	13	81.2
Faixa etária (anos)		
60 ├ 65	4	25,0
65 ├ 70	5	31.2
70 ├ 75	5	31,2
75 ├ 80	2	12,5
Grau de parentesco com o ser cuidado		
Cônjuge	7	41,2
Irmão	2	12,5
Filho	5	31,2
Sobrinha	1	6,2
Pessoa sem formação específica	1	6,2
Tempo de cuidador (em anos)		
< 1	2	12,5
1 ├ 2	3	18,7
2 ├ 3	3	18,7
3 ├ 4	1	6,2
4 ├ 5	2	12,5
5 ├ 10	3	18,7
10 ├ 15	-	-
15 ├ 20	-	-
20 ├ 25	2	12,5
Escala de Depressão Geriátrica		
Normal	1	6,2
Depressão leve	15	93,7
Depressão severa	-	-

Quanto ao tempo de cuidador, o período variou entre três meses a 23 anos (média = 5,4 anos DP ±1,2). É importante observar que, nesta

população, 68,6% dos cuidadores exerce esta função por um período inferior a cinco anos, o que nos permite inferir que esta prática vem se tornando comum nos últimos anos (Tabela 1).

A Escala de Depressão Geriátrica aplicada aos senescentes cuidadores mostrou que a maior parte deles (93,7%) apresentou grau de depressão leve (Tabela 1).

Em relação ao MEEM aplicado, foi observado que 62,5% dos cuidadores possuíam níveis considerados como déficit cognitivo possível, uma vez que apresentaram escores menores ou iguais a 24 pontos (Tabela 2). No entanto, esses resultados não permitem a afirmação de que este segmento da população do estudo seja diagnosticada como portadora de demência[63].

O MEEM é comumente utilizado para a detecção de declínio cognitivo e sua aplicabilidade seja limitada, visto que o nível de escolaridade e a idade influenciam seus escores finais [81-84]. Este se constitui em um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira[85]. Na população de cuidadores, naqueles considerados como portadores de déficit cognitivo possível (37,5%), encontravam-se na faixa etária superior a 70 anos. Pelo reduzido número da população, nos senescentes cuidadores com escore ≥ 27 não houve diferença entre as faixas etárias da população (Tabela 2 e Quadro 1).

Quando comparado os anos de escolaridade com os resultados do MEEM, observou-se que 62,5% dos senescentes informaram não ter freqüentado bancos escolares e, desses, 50,0% encontravam-se dentre aqueles cujo escores para o MEEM foram ≤ 24, ou seja, considerados portadores de déficit cognitivo possível. Cerca de 25% da população de cuidadores, encontrava-se dentre aqueles que obtiveram um escore ≥ 27, dentro dos parâmetros de normalidade (Tabela 2 e Quadro 1).

Tabela 2 – Distribuição dos cuidadores segundo faixa etária, anos de escolaridade e escores obtidos no MEEM, Cascavel-PR - 2008.

MEEM / Descritores	≤ 24		25 ├ 26		≥ 27		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa Etária								
60 ├ 70	4	25,0	2	12,5	2	12,5	8	50,0
70 ├ 80	6	37,5	-	-	2	12,5	8	50,0
Total	10	62,5	2	12,5	4	25,0	16	100,0
Anos de escolaridade								
Sem escolaridade	8	50,0	2	12,5	1	6,2	11	68,8
1 ├ 4	-	-	-	-	-	-	-	-
5 ├ 8	1	6,2	1	6,2	2	12,5	4	25,0
9 ├ 11	-	-	-	-	1	6,2	1	6,2
Total	9	56,2	3	18,7	4	25,0	16	100,0

No entanto, segundo o Ministério da Saúde[85], o índice considerado normal para idosos analfabetos é de 19; para os que possuem entre um a três anos de escolaridade, 23; de quatro a sete anos, 24 e para aqueles com um período de escolaridade maior a sete anos, 28. Dentre aqueles 11 senescentes que referiram não possuir nenhuma escolaridade, três (27,3%) apresentaram escores menores a 19 e os demais, escores entre 19 e 27 (Quadro 1). Tais dados evidenciaram que mesmo referindo serem analfabetos, a maioria deles (72,7%) encontra-se, dentro dos parâmetros estabelecidos pelo MS, como não portadores de déficit cognitivo.

Quanto à avaliação da capacidade de cálculo simples, esta somente foi possível ser aplicada à metade da população de cuidadores, uma vez que 50,0% dos idosos se referiram como “sem escolaridade”. Dentre os submetidos a essa avaliação, 75,0% apresentaram pontuação 5, considerado como escore normal na avaliação deste item (Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição dos cuidadores segundo idade, grau de escolaridade e os escores obtidos no MEEM, Cascavel-PR, 2008.

No	Idade	Grau de escolaridade	Orientação Temporal	Orientação Espacial	Atenção	Cálculo	Memória Recente	Linguagem	Escore Total
1	60	-	4	4	3	-	3	6	20
2	76	-	3	4	3	-	3	6	19
3	74	-	4	5	3	5	2	7	26
4	62	1º Grau	4	5	3	5	3	8	28
5	66	-	2	4	3	-	3	6	18
6	76	-	4	5	3	4	-	7	23
7	62	-	5	5	3	-	3	6	22
8	65	-	4	5	3	5	-	8	25
9	70	-	2	5	3	-	2	6	18
10	70	1º. Grau	5	5	3	-	2	8	23
11	60	1º. Grau	4	5	3	3	1	9	25
12	66	1º. Grau	5	5	3	5	2	9	29
13	71	-	4	5	3	-	2	7	21
14	73	-	5	5	3	5	-	9	27
15	70	-	2	5	3	-	3	3	16
16	69	2º.Grau	5	5	3	5	-	9	27

Os dados obtidos pelo índice de Zarit para avaliação da existência de sobrecarga nos idosos cuidadores mostraram que esta população, em sua maioria, não referiu sobrecarga em decorrência do ato de cuidar, tendo em vista que as respostas se concentraram no “nunca”, “raramente” e “algumas vezes” (43,7 %, 6,2% e 6,2% respectivamente) (Tabela 3).

Observou-se que a maioria das respostas dos senescentes para as questões encontrou-se no “nunca”. Somente as questões relacionadas com o “receio pelo futuro do idoso cuidado”, “dependência manifesta pelo idoso cuidado” e “o idoso dependente espera que o cuidem”, as quais foram citadas como “sempre”.

Metade desta população afirmou sentir medo pelo futuro do idoso cuidado. Quanto à sobrecarga financeira, 12,5% referiram sentir “freqüentemente” 37,5% “sempre” sobrecarregados. Sobre o que fazer pelo senescente objeto do cuidar, 31,2% citou que algumas vezes sentem dúvidas (Tabela 3).

Culturalmente, é a família quem provém o idoso na vida diária e em

situação de doença ou momentos de crise, tanto no que diz respeito aos aspectos social, financeiro, funcional, material, como no afetivo, nas suas mais diferentes formas: auxílio nas tarefas domésticas, asseio, companhia, apoio afetivo, transporte, entre outros.

Tabela 3 - Distribuição dos cuidadores segundo a escala de Zarit. Cascavel-PR – 2008.

Descritores \ Pontuação	Nunca		Rara mente		Algumas vezes		Freqüentemente		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Solicita mais ajuda do que necessita	12	75,0	1	6,2	-	-	-	-	3	18,7
Não tem tempo para si	12	75,0	1	6,2	1	6,2	-	-	2	12,5
Estresse (família e trabalho)	4	25,0	6	37,5	-	-	4	25,0	2	12,5
Vergonha do comportamento	12	75,0	-	-	2	12,5	1	6,2	1	6,2
Irritação devido à proximidade	13	81,2	1	6,2	-	-	-	-	2	12,5
Comprometimento das relações	13	81,2	1	6,2	-	-	-	-	2	12,5
Receio pelo futuro do idoso	7	43,7	1	6,2	-	-	-	-	8	50,0
Dependência	3	18,7	-	-	-	-	-	-	13	81,2
Tensão	11	68,7	2	12,5	-	-	1	6,2	2	12,5
Saúde afetada pelo envolvimento	9	56,2	-	-	1	6,2	1	6,2	5	31,2
Falta de privacidade	12	75,0	1	6,2	-	-	-	-	3	18,7
Prejuízo da vida social	11	68,7	1	6,2	1	6,2	-	-	3	18,7
Não se sente à vontade em receber visitas	13	81,2	1	6,2	-	-	-	-	2	12,5
O ser cuidado espera que cuide	2	12,5	-	-	1	6,2	-	-	13	81,2
Sobrecarga financeira	5	31,2	1	6,2	2	12,5	2	12.5	6	37,5
Sente-se incapaz de cuidar por mais tempo	10	62,5	-	-	1	6,2	1	6,2	4	25,0
Perda de controle sobre a própria vida	11	68,7	1	6,2	2	12,5	-	-	2	12,5
Outra pessoa para cuidar	13	81,2	1	6,2	1	6,2	-	-	1	6,2
Dúvida sobre o que fazer	9	56,2	1	6,2	5	31,2	1	6,2	-	-
Fazer mais	8	50,0	-	-	1	6,2	-	-	7	43,7
Cuidar melhor	11	68,7	-	-	1	6,2	1	6,2	3	18,7
Sentir-se sobrecarregado	7	43,7	1	6,2	1	6,2	-	-	7	43,7

No entanto, são poucos os familiares que desempenham sem dificuldades o papel de cuidador e a proposta do familiar depende fundamentalmente da figura deste, uma vez que o longevo, quando em situação de dependência, passa a apresentar características de problema para o sistema de saúde, uma vez que necessita utilizar os serviços

hospitalares de maneira mais intensa, caracterizada pelo aumento no número de reinternação ou até pelo seu período médio, aumentando, dessa forma, os custos para esse sistema[71].

A Política Nacional do Idoso, instituída pelo Decreto n°. 1.948, de 13/07/1996[28], tem como uma de suas diretrizes a recomendação de que o atendimento do idoso deve ser realizado em domicílio, em detrimento do atendimento asilar. No entanto, para assumir essa responsabilidade, essa família deve dispor de uma rede social e de saúde que sustente essa prática, uma vez que suas necessidades variam desde a obtenção de materiais, insumos e medicamentos, envolvendo recursos financeiros, moradia e transporte até as emocionais, incluindo informação e treinamento sobre a realização do cuidado.

Com a aprovação da Política Nacional de Saúde a Pessoa Idosa (PNSPI) - (Portaria 2.528 de 19.10.2006)[25], preconizando a atenção integral e integrada ao idoso, com uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, foram estabelecidos dois grandes eixos norteadores para a integralidade das ações: o enfrentamento de fragilidades dos idosos, família e sistema de saúde e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

A atenção integrada e integralizada à saúde do idoso, segundo a PNSPI, deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidado, com foco nos direitos, necessidades, preferências e habilidades do usuário; o estabelecimento de fluxos bidirecionais de modo a aumentar e facilitar o acesso a todos os níveis de atenção e provimento de infra-estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado.

O PNSPI ainda recomenda o desenvolvimento de um conjunto de ações que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores de processos de articulação permanente, estabelecendo parcerias e a integração institucional de modo a viabilizar a consolidação de compromissos multilaterais efetivos e para tanto, é preconizado à busca da participação de diferentes segmentos da sociedade, órgão governamentais ou não, que trabalhem com a população idosa.

Sem estas medidas, o atendimento das necessidades dos idosos e a prática do cuidado domiciliar poderão acabar se tornando atividade desgastante, principalmente nos estratos mais carentes de população, dependentes de uma política social e de saúde, em que os programas de atendimento ainda se encontram aquém do mínimo necessário.

5.1.2 Idoso dependente

Dentre os 16 idosos dependentes, 12,5% estavam inscritos no PSF e 87,5% no PAID. A idade variou entre 60 e 96 anos (média = 71,4 ± 21,2 anos), sendo a maioria, (56,2%) pertencente ao sexo masculino (Tabela 4).

As seqüelas do acidente vascular cerebral (AVC) foi um dos agravos à saúde mais comuns, encontrado em 31,2% dos idosos, sendo que 40,0% deles estavam associados à doença de Parkinson e hipertensão arterial sistêmica (HAS). A segunda causa mais freqüente foi doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e a senilidade, identificadas em 18,7% dos idosos, estando 12,4% associadas a diabetes (Tabela 4).

Os dados encontrados neste estudo se assemelham aos de Berquó[9], que em 1996, verificou que as principais morbidades em idosos de ambos os sexos foram doenças cérebro-vascular, doença do coração, neoplasma maligno, doenças da circulação pulmonar e outras doenças do coração e do aparelho respiratório, como agravos desencadeantes de óbitos.

Em relação ao grau de dependência apresentado pelos idosos dependentes, 62,5% foram classificados, de acordo com o índice de Katz, no grau G, que corresponde à dependência para todas as atividades (Tabela 5). Tal resultado torna evidente o alto grau da necessidade de comprometimento do cuidador em relação ao cuidado diário desta população, no que concerne às AVDs.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos dependentes segundo sexo, faixa etária e agravos. Cascavel-PR – 2008.

Características	Idosos dependentes n = 16	
	n	%
Sexo		
Masculino	9	56,2
Feminino	7	43,7
Faixa etária (anos)		
60 ├ 70	6	37,45
70 ├ 80	5	31,2
80 ├ 90	2	12,5
90 ├ 100	3	18,7
Tipo de Agravo		
AVC	3	18,7
AVC + Parkinson	1	6,2
AVC + HAS + Úlcera de pressão	1	6,2
DPOC	1	6,2
DPOC + Diabetes	1	6,2
DPOC +ICC	1	6,2
Artrose de joelho + perda de visão	1	6,2
HAS + Ulcera venosa+ Erisipela	1	6,2
HAS + Encefalopatia	1	6,2
Cardiomegalia	1	6,2
Senilidade	1	6,2
Senilidade + Diabetes	1	6,2
Senilidade + Seqüela de fratura de quadril	1	6,2
TCE	1	6,2

Legenda: AVC= Acidente Vascular Cerebral; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; TCE= Traumatismo Crânio Encefálico

Quanto ao tipo de assistência recebida, 62,6% dos idosos dependentes encontravam-se só com acompanhamento, sendo que desses, dois eram assistidos pelo PSF e oito pelo PAID. Dentre os demais tipos de assistência ofertada, 31,2% recebiam oxigenoterapia, e 6,2% estavam sob regime de internação domiciliar, todas sob responsabilidade do PAID (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos idosos dependentes segundo grau de dependência e tipo de assistência recebida. Cascavel-PR – 2008.

Características	Idosos Dependentes n=16	
	N	%
Grau de Dependência (índice de Katz)		
A	3	18,7
B	-	-
C	-	-
D	-	-
E	-	-
F	2	12,5
G	10	62,5
Outros	1	6,2
Tipo de assistência recebida		
Acompanhamento domiciliar	10	62,6
Oxigenoterapia	5	31,2
Internação domiciliar	1	6,2

Esses resultados confirmam os dados apresentados pelo Conselho Estadual dos Direitos do Idoso – CEDI[62] sobre um levantamento desenvolvido em 106 municípios paranaenses, cujos dados relacionados à faixa etária e ao sexo apontaram que o grupo majoritário de idosos paranaenses é formado por mulheres, na faixa etária de 60 a 69 anos. Tal estudo também ressalta que a maioria dos idosos está inserida em seu núcleo familiar, possuindo de um a seis filhos vivos sugerindo, portanto, que a maior parte reside com seus familiares assim, pelo menos teoricamente, eles encontram-se apoiados, embora ainda exista um número considerável de senescentes residindo sozinho ou em instituições asilares.

5.2 O COTIDIANO DO CUIDADOR

Boff[86] afirma que o cuidado se opõe ao descuido e ao descaso, representando uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com outro. Assim como tudo que possui vida, o cuidado precisa ser alimentado. Em sua ausência, o humano se tornaria ou se faria

inumano; sem o cuidado, o ser humano definha e morre.

Por outro lado, diferentes motivos contribuem para se tornar cuidador: a obrigação moral alicerçada na cultura e na religião, a conjugalidade, a ausência de outras pessoas para o exercício do cuidado e as dificuldades financeiras [87].

Garcia et al[88] referem que o surgimento da figura de um cuidador se dá na medida em que situações de fragilidade exigem ajuda de outrem e, para isso, a escolha dentre os diferentes membros da família fica condicionada a vários fatores: imposição familiar ou do próprio objeto do cuidar, a questão do gênero e da tradição, além do sentimento de compromisso e compaixão, mediante as unidades de contexto, identificadas nos discursos analisados dos atores sociais.

Como parte da análise, foram definidas as unidades temáticas, obtidas a partir dos temas centrais, após os recortes das falas dos atores sociais integrantes da população.

Tais discursos descortinaram a maneira pela qual o ato de cuidar do senescente interferiu em seu cotidiano, dando forma na organização do conteúdo empírico. Nesse contexto, foram identificados como temas centrais, a determinação do valor sócio-cultural no cotidiano do cuidador, a repercussão do cuidar no cotidiano do cuidador e a rede de apoio, cujas unidades de registro encontram-se no quadro a seguir (Quadro 2).

Assim, são apresentados aspectos que permitiram delinear as representações cuidador, na medida em que as entendemos como um conjunto de significados, sentimentos e opiniões que o sujeito tem sobre o cuidado, construindo seu lugar e assumindo suas posições na sociedade por meio da apropriação da cultura e das instituições sociais mediadas pelo outro.

A identidade do sujeito é a percepção que o individuo tem de si mesmo em relação ao seu valor e ao poder que exerce sobre si e sobre os outros. Dessa forma, a rejeição e o sentimento de desvalorização podem atingir sua identidade pessoal, quanto a valores, poder e autonomia.

Quadro 2 - Distribuição das unidades de registro segundo as unidades temáticas Identificadas. Cascavel-PR 2008.

Temas centrais	Unidades temáticas	Unidades de registro
Determinação do valor sócio-cultural no cotidiano do cuidador	Sentimentos	Conformismo/resignação Medo da perda Espiritualidade Compromisso Compaixão
	Vínculos sociais	Imposição familiar Imposição pelo idoso dependente Gênero
Repercussão do cuidar no cotidiano do cuidador	Alterações físicas	Saúde orgânica funcional Sobrecarga
	Alterações emocionais	Solidão/ Isolamento social Culpa /Impotência Revolta
	Alterações econômicas	
Rede de apoio	Sistema de referência e contra referência	
	Capacitação do cuidador informal	

Considerando que o indivíduo entra em contato com o mundo exterior e o reproduz à sua imagem e semelhança, as ações humanas são entendidas como produto da ação dos indivíduos sobre si mesmos e sobre o mundo externo, não somente como resultante de experiências acumuladas[89].

Nesse sentido, Marques e Ferraz[90] esclarecem que, em cada família e para cada indivíduo, os significados atribuídos às suas experiências são únicos e, dessa forma, devem ser respeitadas suas singularidades e suas especificidades.

5.2.1 Determinação do valor sócio-cultural no cotidiano do cuidador

Aspectos sócio-culturais foram identificados como dominantes no cotidiano do cuidar dos atores sociais, ao assumirem o papel do cuidador, na medida em que a cultura é entendida como um conjunto de padrões de comportamento, crenças, de instituições, costumes, atividades e de outros valores espirituais e materiais transmitidos coletivamente e característicos de uma sociedade[91] .

Neste tema central, sentimentos e vínculos sociais foram identificados como unidades temáticas, a partir dos discursos dos atores sociais.

5.2.1.1 Sentimentos

Nesta unidade temática foram identificados como unidades de registro o conformismo/resignação, o medo da perda, a espiritualidade, o compromisso e a compaixão, sentimentos esses, expressos na maioria dos discursos dos idosos cuidadores.

5.2.1.1.a Conformismo/ Resignação

Segundo Nóbrega[92:132], conformismo é a "mudança de comportamento de um indivíduo (minoria) em direção às posições adotadas pelo grupo (maioria)". Esse autor afirma que, no desejo do sujeito em ser aceito socialmente, uma vez afastando-se do senso comum, está fadado a ser privado de recompensas, sofrer punições ou até mesmo ser rejeitado pelo grupo. Destarte, o conformismo passa a ser a saída inevitável para aqueles que se encontram sob dominação de outrem.

No aspecto qualitativo, a maioria de um grupo pode ser entendida como aquela composta por indivíduos que impõem sua visão de realidade

ao conjunto da população, provocando a mudança pública das opiniões do sujeito. Assim, esta exerce influências sociais, tendo por efeito a submissão/o conformismo, causando mudança pública das opiniões da minoria, que não exprime um acordo senão a nível superficial[92].

No discurso abaixo, pode ser identificado certo grau de conformismo e a aparente condição imposta pelos familiares do cuidador:

> *Me pediram se eu podia cuidar... se eu podia cuidar.. sim eu cuido... desde que vocês me derem uma mão... eu cuido... (E1)*

Como não ficou claro o grau de auxílio a ser prestado pelos familiares à senescente no momento de sua decisão, este ficou restrito ao transporte da idosa dependente, por ocasião das consultas médicas, o que mesmo significando pouco, foi aceito pela cuidadora, com resignação. Atitudes como essas parecem ser freqüentes nas histórias, na medida em que o comprometimento inicial dos outros componentes da família se dá com o intuito de fugir à responsabilidade do cuidado, embora de forma velada. Outro aspecto a ser considerado é o relativo ao longo tempo em que o idoso dependente sobrevive e, com ele, a acomodação dos parentes, cada um em seu próprio cotidiano, sem que haja qualquer preocupação com a possível sobrecarga do senescente cuidador.

Ter que assumir o cuidado de um idoso como fruto de escolha ou por delegação faz com este "escorregue dentro da situação de forma completa e definitiva, ao mesmo tempo em que os demais ficam de fora"[93:136]. A opção dos não cuidadores em não assumirem essa atribuição, seja por não desejarem ou por não se sentirem aptos, faz com que quem o aceite seja forçado a responsabilizar-se pelos cuidados primários, muitas vezes de forma solitária.

Esse conformismo, muitas vezes, manifesta-se de forma bem definida, expresso por meio de uma única frase, de forma definitiva e inquestionável.

> *[...] tem que cuidar... (E6)*

Embora o conformismo e a resignação sejam sinônimos[94], o tom empregado em algumas falas determina a intensidade do sentimento experimentado:

> *Eu tenho que cuidar porque ninguém cuida... .nora não cuida, filha não cuida, filho não cuida... somos só nos dois....Então tem que ser só eu mesmo... (E2)*

> *E eu, eu acho que é normal... não sinto assim.... ah se não tivesse ela pra cuidar... porque ia ali, fazia aqui... não dá!.. Eu não penso assim! (E4)*

Em se tratando de vida familiar, Néri e Carvalho[95:979] afirmam que existe "uma hierarquia de compromisso em relação ao cuidado", havendo nas famílias uma espécie de determinação velada de tarefas que devem ser desempenhadas por cada um, em determinadas situações.

> *Nós sempre tivemos assim, aquela coisa de um ajudar o outro, né?(E4)*

> *É só eu filha, o que é que eu vou fazer, né? pra dividir os cuidado dela... não tem com que dividir, não tem... assim, reclamar, não tenho (E14).*

No cuidado do idoso em ambiente domiciliar, a sociedade tradicionalmente impõe que este seja realizado por um familiar, com certa influência no senescente, que aceita essa condição e que não é, tampouco, questionada pela família[96]. Assim, na vigência de um agravo à saúde, o cônjuge, por ser o indivíduo mais próximo do doente, é quem assume o papel de cuidador. Essa decisão parece obedecer a normas de solidariedade entre os membros de uma mesma geração, partindo do pressuposto de que participaram de projetos pessoais e familiares, comuns a ambos[95].

> *Cuidando do jeito que a gente fazia, sendo que precisava fazer, fazia e faço com o maior cuidado, né? Fico meio triste, mas... Sai tudo bem... (E5)*

O desempenho do cuidar de cônjuges parece estar ligado à proximidade física, entendendo que essa seria uma atribuição natural, considerando as "relações de aliança e dos votos matrimoniais" e o "dever moral ou como sendo o desempenho esperado deles, segundo as práticas socioculturais de seu meio"[97:91].

O cuidar do idoso pelo(a) filho(a), também é uma norma socialmente construída e aceita:

> *Ah, eu acho que... eu me sinto na obrigação de cuidar, né? [...] (E4).*
>
> *Agora porque que... porque que eu não vou cuidar dela? (E7)*

Nota-se, em ambos os discursos, um forte sentimento de retribuição, acompanhado por uma passividade, em que não é permitido nenhum questionamento quanto ao fato de ambos terem se tornado cuidadores.

O conformismo/a resignação passa a fazer parte do convívio do senescente cuidador dentro de seu grupo familiar, uma vez que dele se espera uma abnegação servil, uma postura de "quieto no seu canto" (grifo nosso).

5. 2.1.1.b Medo da perda

No curso da história do homem, a forma de enfrentamento do sofrimento e da morte tem passado por contínuas mudanças. Na sociedade ocidental, essas duas realidades, muitas vezes, são enfrentadas com revolta e negação[98].

A idéia de perda desencadeia mecanismos que protegem da dor, da angústia, do medo e do sofrimento causado pela falta do outro, além daquele provocado pela necessidade de enfrentamento do desconhecido[99]. A adaptação dos familiares às situações que envolvem o processo de terminalidade de um doente crônico é semelhante à vivenciada pelos próprios pacientes descritos por Klubber-Ross[100]. Assim, a negação, o

primeiro estágio desse processo, surge em falas de alguns dos entrevistados.

> *Ah, pra mim é bom. Eu pra mim é bom porque enquanto eu to cuidando dela eu sei que eu tenho ela aqui nesse mundo, né? Porque o dia que ela partir desse mundo pra outro quem vai ficar na saudade sou eu, né? e quando eu ver que ela partiu fica a saudade pra mim (E7).*

A responsabilidade chamada para si pelo cuidador E7 em relação à sobrevida do idoso denota uma negação do morrer e do seu despreparo quanto à finitude do outro. Observa-se, também, um apego excessivo associado ao medo da perda, gerando um sentimento de impotência.

Apegar-se, segundo Houaiss[101], é agarrar-se, grudar-se, pôr-se sob proteção de alguém ou de alguma coisa. No discurso acima, percebe-se que o medo da perda e do sentimento gerado por ela provoca na cuidadora um apego excessivo ao dependente.

Stedeford[102] comenta que são comuns equívocos em certos diagnósticos, na evolução e no prognóstico de algumas doenças e aqueles doentes que são bem sucedidos na luta contra um agravo muito prolongado, ao mesmo tempo em que se preparam para o pior, também o fazem para o melhor, ainda que em situação de dependência. Essa situação se reflete também nas famílias, como o observado na fala abaixo:

> *Não teve alteração assim, né? ao contrário, a gente conseguiu se sentir feliz quando ela pode vir pra casa, né?... porque aquilo que a gente passou com ela.... Os médicos já tinham desenganado ela, né?* (E4)

A expectativa do cuidador quanto ao seu próprio futuro nem sempre é permeada de sentimentos positivos. A solidão, o sentimento de inutilidade, o esvaziamento do papel social, a frustração sexual e a quebra na segurança, resultante da possibilidade da ruptura de parcerias no compartilhamento de responsabilidades, são alguns sentimentos e reações que surgem como conseqüência da privação do ser cuidado, que é definida como a ausência de uma pessoa ou objeto necessário[103].

> *[...] e se ele morrer e eu ficar sozinha com os filhos todos casados...? (E9)*

A impotência diante da possibilidade da morte do marido, relatada pela cuidadora E9, deixa transparecer o sentimento de insegurança e de medo gerado pelo possível estado de solidão, entendido como conseqüência da ausência física do idoso. Entretanto estes sentimentos também podem ser reportados a idéia de que no futuro, por ocasião de uma suposta situação de dependência, esta idosa não possa contar com o núcleo familiar, então restrito aos filhos e noras.

Em se tratando de estados de viuvez, as estatísticas têm demonstrado que, entre os idosos, existe um maior número de viúvas sozinhas do que de viúvos, calcado no maior número de recasamentos de homens idosos com mulheres mais jovens, sem considerar a maior longevidade das mulheres[79].

Após a viuvez, é esperado da mulher idosa o voltar de olhos para o convívio familiar e o cuidar dos netos, sendo-lhe quase negada a oportunidade de um recomeço de vida com um novo companheiro. Aliado a isso, encontra-se o fato de que a sociedade, embora de forma velada, não aceita uma união conjugal entre uma mulher idosa e um homem mais jovem.

A necessidade de interação do ser humano com outro, amado por ele, está fundamentada na busca instintiva de um parceiro. No entanto, o casamento ou parcerias semelhantes não garantem que os votos realizados por seus componentes sejam cumpridos após seu rompimento. Assim, o cônjuge sobrevivente espera que os filhos substituam essa função. Porém, no caso de filhos menores ou quando há desagregação familiar, necessitará aprender a viver sozinho e a conviver com o possível estado de solidão[103].

No entanto, foi observado que as “esposas vivenciam um aumento na participação social e no senso de crescimento pessoal e que os homens vivenciam forte desamparo” quando da morte do cônjuge que estava sob seus cuidados[104:22].

No tocante aos efeitos da morte do idoso sobre o cuidador, Sommerhalder e Néri[104] comentam que estados de depressão são comumente vivenciados pelo cuidador, logo após o término do processo de

finitude, sendo que seus índices diminuem após os primeiros seis meses, voltando a aumentar até o término do primeiro ano de luto. Ainda relatam que os efeitos diferem quando comparados entre homens e mulheres e que estão diretamente relacionados com o tipo do cuidado prestado.

5.2.1.1.c Espiritualidade

Espiritualidade é a habilidade de se enxergar em fatos comuns a presença de um ser divino, de "ver o sagrado nos fatos comuns, de sentir a pujança da vida, de ter consciência de uma dimensão transcendente, que leva em consideração o próprio ser, os outros, a natureza e a vida" [105:951].

A fé faz parte da vida de grande parte das pessoas. É vista como uma viga de sustentação em um momento difícil, de modo que seja possível a superação e a aceitação da situação de doença, de hospitalização e de dependência. É nela que o indivíduo procura conforto, esperança e forças para seu sustento no momento de aflições e dores.

> *Medo eu não tenho... quem tem fé em Deus não tem medo!... (E1)*

> *Ainda um dia o médico disse pra nós, a fé de vocês deve ser muito forte pra ela escapar, e ela escapou, então acho que, né?... a mão de Deus ali, tava sempre presente, né? (E4)*

> *Por causa que a gente tem muita fé em Deus, que Deus é grande, Deus é maravilhoso, eu penso que Deus é meu pastor que nada me faltará. E todas as coisas são possíveis. (E15)*

A espiritualidade também pode ser entendida como a capacidade do indivíduo de "se ligar consigo mesmo, com as outras pessoas e com um ser superior, da capacidade para transcender a si mesmo, ao tempo e ao espaço [...]"[105:951].

Também nela é imputada a explicação para situações de melhora, tidas por muitos, como bênçãos.

> *Tem dia que ele tá bem bom, daí a gente fica pensando, será que essa bondade dele não é alguma coisa, não? Mas pra mim eu penso que Deus vai abençoar, vai melhorar bem. (E5)*

O conceito de certo e errado surge em algumas falas de forma bastante forte, onde a ajuda divina é evocada, na tentativa de amenizar tal sentimento. A paciência e a força requeridas, referidas em relação ao ato de cuidar, estão ligadas à percepção da qualidade do cuidar.

> *Mas tá difícil, né? que é muita gente. Se Deus me der força aí, eu vou agüentar. [...] mas se Deus quiser vai dar tudo certo. (E3)*

> *Eu peço toda hora que Deus dê força pra mim, que as mulheres vêm aqui da igreja e rezam pra mim, que Deus dê força pra mim, me dê paciência, né?. (E15)*

No discurso do E7, percebe-se que, além do sentimento de espiritualidade, existe certo grau de pragmatismo em relação ao pretenso fato da onipresença de Deus e pela bondade divina:

> *Mudou, mudou, no jeito de ser, mudou... tudo bem, graças a Deus. Com a ajuda de Deus, né? foi a ajuda de Deus que me fez isso. É a mão de Deus que estendeu sobre mim que eu pedi muito.... aí Jesus me deu aquela direção.... mas... o carinho eu tô dando, por Deus, que Deus tá ouvindo. ô meu Deus, como meu Pai, Deus me deu uma direção tão difícil, uma força tão... a coisa mais boa do mundo. (E7)*

Ainda, é na fé que surge uma tentativa de barganha, do reconhecimento por parte do poder divino e pelo cumprimento da prova a qual o cuidador se sente submetido por esse mesmo poder:

> *Ah, eu acho bom. Eu acho bom, né? porque... sei lá, eu tenho prazer, né? que eu to ganhando a ... Deus, né? um dia quando eu chega lá em cima, né? isso é uma prova de Deus, que Deus me deu pra mim, então eu cuido com o maior prazer na minha vida. (E15)*

A barganha pressupõe um prêmio, um adiamento, uma meta auto-imposta incluindo uma promessa velada. “A maioria das barganhas feitas com Deus são mantidas geralmente em segredo, ditas nas entrelinhas ou no confessionário do capelão (...)”, pois psicologicamente, as promessas

podem estar associadas a uma culpa escondida, oculta[100: 97].

Deve-se considerar, também, que situações de doença desafiam a espiritualidade, ameaçando a esperança e aumentando o desejo de amar e pertencer[106]. A esperança, por seu lado, faz parte da natureza do homem e está presente em graus variáveis alimentando-o em seus momentos quando tudo parece perdido, sendo "identificada como um antídoto ao estresse, um pré-requisito para o enfrentamento afetivo e um fator significativo de bem-estar"[106: 77].

5.2.1.1.d Compromisso

Compromisso, assim como responsabilidade, retrata uma obrigação assumida[94; 81], que é mais arraigada e observada na geração da população em análise:

> *[...] é compromisso... pra mim é compromisso...porque se eu não cuido... (E1)*

> *Eu me senti mais... é... como é que eu falo... mais assim, mais responsável (E12)*

> *[...] mas eu quero eu cuidar. Eu quero cuidar... então quero cuidar. (E15)*

O compromisso mais evidente foi aquele percebido como a obrigação assumida e anunciada pelos cônjuges, vinculado ao pacto feito por ocasião do matrimônio. Tendo em vista a faixa etária desses atores sociais e os costumes da época, esse compromisso firmado era entendido como sendo para toda uma vida, assim, o ato de cuidar passa a ser visto como uma conseqüência normal, intrínseca ao próprio matrimônio.

> *Ah, é assim mesmo, tem que cuida, né? é meu compromisso, não é verdade? Bom é bom, é meu compromisso, né? tem que cuidar eu sou casado... daí, comecei a cuidar... (E6)*

> *Acho que é obrigação de esposa, né. Porque eu acho que também a hora que ele ta doente tu não deixa ele ai, né? [...] e somos só nós dois, né? se eu não fizer, quem que vai fazer, né? (E10)*

Tais afirmações corroboram com o encontrado por Silveira, Caldas e Carneiro[107] a respeito do ato de cuidar, que é mútuo entre cônjuges e remonta do acordo feito por ocasião do casamento, em que são identificados contratos, promessas e marcas de uma época quando a maioria dos casais se mantinha juntos até a morte.

No entanto, na fala de E8, marido de uma senescente, percebe- se certa indiferença, corrigida logo em seguida, por talvez temer ser interpretado contradizendo os preceitos descritos acima:

> *Uai, para mim cuidar dela é como cuidar de qualquer um, né?... Eu tenho que fazer o melhor possível que eu puder, né? E eu sempre me dedico e faço... (E8)*

Enquanto entre casais o cuidar do cônjuge parece gerar menos conflito, pela existência de uma situação de compartilhamento de um plano de vida, já para os filhos a situação pode se mostrar de maneira diferente e assim, algumas vezes, esses projetos necessitam ser redefinidos ou ate mesmo abandonados em detrimento do processo do cuidar do familiar dependente[108].

> *Nora não cuida, filha não cuida, filho não cuida... minha nora aqui de baixo...minha outra nora...uma mora aqui no fundo, outra mora lá (apontando em direção a rua de cima da casa)... mas elas também têm os problemas delas...elas trabalham, né? (E2)*

> *Necessidade também, porque quem que ia cuida dela? Quem? Por exemplo, os filhos trabalham, têm seus afazeres... (E8)*

> *Nem minhas filhas... tenho duas filhas, mas cada uma tem seu lar, sua família pra cuidar, né.? (E14)*

Essas afirmações podem sugerir também que o cuidar de um determinado membro da família torna-se uma obrigação assumida daquele sujeito que, dentro do contexto familiar, não possui atividade remunerada fora dos muros do domicilio. O casamento dos filhos, com a conseqüente

constituição de núcleos familiares por estes, também, parece ser aceito como justificativa natural para o não envolvimento direto, no ato de cuidar.

A figura socialmente imposta e aceita da obrigatoriedade de retribuição pelo cuidado recebido como filho surge nas falas de alguns cuidadores:

> *Porque assim como eu cuidei do meu pai, eu, também, tive que cuidar dela [...] e outra, eu me sinto na obrigação... (E4)*

> *Agora tem que cuidar, os filhos... (E7)*

Na fala do cuidador E4, percebe-se uma espécie de "legado", um acordo tácito, na continuidade do cuidado dos pais (grifo nosso).

Em se tratando do cuidar desempenhado pelos filhos, o propulsor é o dever moral da responsabilidade filial, baseada na reverência, débito de gratidão ou reciprocidade, amizade e amor[95].

> *Ah... porque ela me ajudou muito também quando ela tava bem...ela sempre ficou do meu lado... (E4)*

A idéia da obrigação de filhos cuidarem de seus pais é também baseada na crença do bom relacionamento entre as gerações. No entanto, em alguns núcleos familiares, a existência de conflitos, situações de abandono do lar por um dos cônjuges, desarmonia familiar em decorrência de diferenças de valores, de personalidade e de estilos de vida entre senescentes e jovens[109] podem gerar sentimentos contraditórios e até mesmo hostis em relação ao ser cuidado ou a si próprio, nem sempre revelados de forma explícita.

Também, nas falas dos filhos abaixo, se observa um conteúdo mesclado por sentimentos de obrigação, retribuição da dedicação e do amor, além do sacrifício feito pela mãe. Assim, o cuidado para esses atores sociais, também é visto como "um retorno, como um fato normal, como uma conseqüência do que se recebeu", constituindo-se num "fator determinante para que este cuidador se comprometa para o cuidado, no presente ou em um futuro próximo"[110: 6].

> *[...] eu tive várias cirurgias assim que ela me ajudou sim, ela sempre tava do meu lado. Acho que sempre sim, nós sempre tivemos assim, aquela coisa, um ajuda o outro, né? então eu acho que nós sempre tivemos assim uma vida, e eu acho que, como ela me ajudou criar meus netos e filhos, eu me sinto na obrigação [...] acho que pra agradecer parte, agradecer parte de que ela, também, já fez por mim... Amor, por amor, por amor, sim. (E4)*

> *Então agora ela merece uma pessoa pra cuidar bem cuidada [...] então agora eu penso assim, ela me limpou... eu limpo! (E7)*

Tais depoimentos corroboram o afirmado por Mazza e Lefévre[110: 6] quando referem que o cuidado surge "como retribuição do recebido na infância" e que esse sentimento é expresso em muitas pesquisas feitas com cuidadores familiares de idosos.

No entanto, na afirmação do ator social E7 também se percebe certo grau de resignação. Nesse discurso, os sentimentos de resignação e de retribuição parecem caminhar lado a lado, numa relação intrínseca.

O tornar-se cuidador, por parte dos filhos, parece ser justificado pelo lugar que este ocupa na família. Silveira, Caldas e Carneiro[107], em estudo sobre cuidadores de doentes portadores de demência, esclarecem que essas justificativas permeiam essas situações, tais como filhos primogênitos ou mais novos, líderes dentro do circulo familiar, estado civil em que a escolha recai sobre o filho solteiro, constatando que o conflito da escolha, quando ocorre, dá-se mais entre a prole do que entre os cônjuges, tendo em vista que estes se sentem na obrigação de cuidar, ou por acreditarem que, socialmente, é esperado dele, tal atitude.

O relacionamento entre os diferentes membros de uma família, pertencentes a gerações diferentes, no caso de pais e filhos ou netos e avós, varia nas diversas culturas. "A maioria das sociedades valoriza a interação entre gerações como uma das bases da construção da cultura"[109:41].

> *Porque, o pai é o pai e a mãe é a mãe, não é verdade? como é que pode ter uns filhos desse tipo? Porque eu acho que um filho, para o pai... Deus o livre, né? O pai e a mãe é o tudo pra mim. (E3)*

O discurso acima revela claramente esse modelo e a indignação do cuidador, irmão do idoso dependente, ao comentar o abandono deste por seus familiares próximos, incluindo seu filho, deixando evidente a questão da obrigação do amor filial, veste por ele, como um fato firmemente determinado.

No convívio familiar de diferentes gerações são transmitidos, incorporados e transformados modelos que passam a fazer parte da história e do modo de vida de cada um de seus componentes. Essa transmissão geracional faz com que os padrões familiares se repitam, bem como suas expectativas e conflitos[107].

A escolha de um cuidador principal implica um processo que envolve todo o sistema familiar, movimentando todo o núcleo, culminado por influenciar na decisão de quem vai cuidar[107].

Essa afirmação ficou evidenciada na fala do ator social E3, irmão do idoso foco do cuidar, embora em declaração esteja sugerindo também um reforço para a sua própria atitude:

> *Porque, quando vai buscar ele pra operar, não ficou ninguém por ele, não tinha ninguém. Daí o R. mandou operar e eu tive que ficar cuidando. Eu, pra mim, eu me sinto bem estar ajudando ele, sabe? Me sinto bem. Me sinto bem em estar ajudando ele. (E3)*

O Estatuto do Idoso[33], em seu suas disposições preliminares, assegura ao idoso a efetivação de seus direitos, colocando-os como obrigação da família, da sociedade e do Poder Público. Esta obrigatoriedade legal imposta aos componentes do núcleo familiar pode provocar situações de difícil resolução quanto ao cuidado familiar, particularmente naquelas de baixo poder aquisitivo, uma vez que tanto a sociedade como o Poder Público não estão devidamente preparados para assumirem mais este encargo. Assim, os componentes do núcleo familiar procuram, dentro de seus limites, proverem esta necessidade à custa de arranjos e rearranjos, nem sempre considerados por eles como os mais adequados.

No entanto, como colocam Silveira, Caldas e Carneiro[107], em relação à construção de um cuidador familiar, podemos inferir que esta é baseada nos relacionamentos influenciados pela história familiar e individual de seus

componentes, por legados, mitos, acordos implícitos e explícitos, regras, transmissões geracionais, além de características comuns ao cuidador.

5.2.1.1.e Compaixão

Para Boff[86: 126], "com-paixão, como a filologia latina da palavra o sugere, é a capacidade de compartilhar a paixão do outro e com o outro". Ainda segundo esse autor, é sair de "seu próprio círculo e entrar na galáxia do outro enquanto outro, para sofrer com ele, alegrar-se com ele, caminhar junto com ele e construir a vida em sinergia com ele".

Discursos em que a aceitação do papel de cuidador parece inevitável surgem expressos, motivados pela compaixão

> *Aí eu comecei sonhar com ele, sonhar com ele, depois como vou achar ele? [...] Ele tinha a fazendinha dele, depois ele era casado, era de papel passado. Ele vivia com uma mulher, que é mãe do piá, do rapaz. Daí ele passo a terra tudo pra ela, ela arrebentou tudo e largou ele de agregado da fazenda dele. Quando descobri, fui cheguei lá ele tava passando fome, tudo nessa situação [...]. Daí eu voltei aqui, daí meu filho pegou e mando buscar ele. Trouxe aqui e ficou. Ta até hoje. (E3)*
>
> *[...] a gente sempre levou uma vida humilde, mas eu sempre disse: enquanto eu tiver feijão e farinha a minha mãe vai comer comigo né? Isso aí é uma coisa assim... que eu não meço, assim, como eu vou dizer, me esforço também, enquanto eu puder eu vou fazer... (E4)*
>
> *Faze o que, né? Não entende? Eu vou e faço, porque eu sei o que custa a pessoa... (E7)*
>
> *Paciência eu tenho, porque eu tenho muita dózinha dele... (E15)*

No decorrer do processo da vida, os laços de afetividade desenvolvidos, além dos de consangüinidade existentes, determinam atitudes, movidas pela compaixão. Assim, mesmo enfrentando situações desconfortáveis ou, até adversas, os indivíduos procuram apoiar seus próximos, ainda que em detrimento de sua qualidade de vida.

A idéia de sofrimento e desamparo, ligada geralmente a estados de doença ou de dependência, é uma constante nos indivíduos:

A mãe tava bastante fraca, né? (E12)

Ia deixar ela sofrer? Não, de jeito nenhum, né? (E14)

Os discursos acima revelam a transposição do sujeito à sua própria individualidade, movidos por um misto de amor e compaixão, em que a figura do humano aparece de forma clara e contundente, o que, segundo Jovchelovitch[53: 81] poderia ser considerado uma estratégia desenvolvida por atores sociais no enfrentamento de diversidades e inconstância de "um mundo que, embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente".

A humanidade dos seres humanos, para Boff[86], é garantida pelo amor, justa medida, ternura, carícia, cordialidade, convivialidade e pela compaixão, sendo que por meio desses modos de ser é que o homem realiza sua autoconstrução histórica, preservando sua cultura, valores, sonhos e tradições espirituais.

5.2.1.2 Vínculos sociais

Vínculo social, a segunda unidade temática identificada no tema central determinação do valor sócio-cultural no cotidiano do cuidador, é entendido como um elo entre indivíduos de um mesmo círculo de convivência, com interesses comuns ou laços afetivos. Segundo essa concepção, os vínculos sociais geram grupos e parcerias, que se modificam ao longo da vida do ser humano. A criança se apega a seus pares, movida pela proximidade e, quando se torna adolescente, muito provavelmente não manterá o mesmo círculo de convívio. Assim, na vida adulta, novos laços são construídos e outros desfeitos[50].

> *O ser humano não é apenas um animal que vive; é também um animal que convive, ou seja, o ser humano sente a necessidade de viver, mas ao mesmo tempo sente também a necessidade de viver junto com outros seres humanos*[22: 16].

Nesse fluxo contínuo, a transmissão de informações decorrente dessa interação social gera grande parte do conteúdo de conhecimento do indivíduo, fazendo com que as pessoas se tornem diferentes umas das outras.

Assim, essa transmissão de informações, integrante dos processos de comunicação e de vida, confere uma estrutura particular de mediação social, representando "um espaço potencial de fabricação comum, o qual cada sujeito vai além de sua própria individualidade", entrando no domínio do "espaço público"[111:81].

Nesse sentido, as alterações ocorridas no comportamento social e relacionadas à idade não acontecem somente como resultado da passagem do tempo, mas sim, de uma complexa rede de interações, de percepções do passado, presente e futuro, associadas às oportunidades disponíveis no ambiente, de modo que o indivíduo consiga satisfazer suas necessidades humanas básicas[112], fazendo com que os padrões de comportamento não se mantenham estáticos no decorrer do tempo, uma vez que há necessidade de enfrentamento das demandas da vida.

Dessa forma, no envelhecimento e, em especial, na presença de doença, o idoso procura e espera que quem o ampare e atenda suas necessidades seja alguém que pertença a seu vínculo social, cujo envolvimento afetivo poderá lhe proporcionar maior conforto e segurança. O inverso, também, nos parece verdadeiro, uma vez que, na população do estudo, o maior número de cuidadores foi formado por cônjuges.

O cuidado é o resultado do processo de cuidar, representando a forma como ocorre (ou deveria ocorrer) o cuidar entre o cuidador e o ser cuidado[86]. Para Santos[97: 13] o cuidado é uma "dimensão ontológica do ser humano".

Waldow[21] refere que o cuidado humano é uma forma estética de viver, iniciada no amor à natureza e passando pela apreciação do belo, consistindo no respeito à dignidade humana, na sensibilidade para com o sofrimento, no auxílio à sua superação, no enfrentamento e, até mesmo, na aceitação do inevitável, fazendo parte de um processo de crescimento e aprimoramento de si próprio.

Nesta unidade temática, foram identificadas como unidades de registro a imposição familiar, a imposição pelo idoso dependente e o gênero.

5.2.1.2.a Imposição familiar

A família é um sistema de pessoas unidas por sentimentos, vínculos de afeto e proximidade, podendo ou não existir consangüinidade, constituindo-se no marco inicial de referência e socialização do indivíduo. São nesses núcleos, considerados básicos, que ocorrem o desenvolvimento dos indivíduos, sendo indispensável o processo de integração, normatização e cuidados[49; 110].

No domicílio, a família se desenvolve física, emocional, mental e espiritualmente. O domicílio sempre se constituiu o espaço destinado ao cuidar, onde o grande diferencial considerado é o aspecto humano e onde se estabelecem as relações interpessoais, permeadas por crises e conflitos. É a esse núcleo que seus membros recorrem, quando em momentos de doença, necessitam de apoio, objetivando a superação, adaptação e crescimento nas relações de auto-ajuda e cuidado[45].

Em se tratando do idoso, é na família que este tem o seu mais efetivo meio de sustentação, pertencimento e é nela que o apoio efetivo e de saúde se faz necessário e pertinente[110].

Assim, é na esfera familiar que recai a busca inicial para a figura de um cuidador e, nessa procura, seus membros lançam mão de diferentes recursos os quais, algumas vezes de forma impositiva e outras de forma velada, são pedidos e aceitos pelo idoso como algo inevitável:

> *Ela veio do hospital direto pra aqui [...] O meu cunhado pediu.. se eu podia cuidar [...] pq ele foi lá, .e eu falei: ó compadre, quando ela receber alta me avise... porque daí a gente vai ver... eu não me ofereci...eles pediram [...] (E1)*

> *Eu me tornei cuidadora porque ele precisava de mim, né? Não tinha quem cuidasse, né? As filhas todas trabalham né? Então, eu que tive que cuidar né? (E10)*

Outra forma de escolha é quando os integrantes do próprio núcleo indicam um membro da família como sendo aquele de maior aptidão para essa tarefa, ainda que este não esteja preparado e disponível:

> *[...] os parentes vieram, né? aqueles lá que não acharam jeito para cuidar dela. Mas passou [...] passou tudo. Eu não guardei mágoa de ninguém, né? (E14)*

No discurso acima, observa-se um sentimento de mágoa velada relacionado à "sua escolha" como cuidadora e, embora referido como ultrapassado, ainda parece existir, ou seja, a ela coube essa função em decorrência da "falta de jeito" dos demais familiares quanto à prestação de cuidados.

Há situações em que a tarefa de cuidador é assumida como conseqüência de um arranjo familiar anterior, como observada abaixo.

> *Pela convivência... sim, eu acho que sim, é, também, que já vem de longa data, né?(E4)*

> *É por causa que ele morava comigo, né? (E 15)*

Nesses discursos pode-se notar que não houve uma consulta prévia quanto à manutenção da situação até então vivenciada pelo ator social e, tampouco, outra opção.

Como vimos, a escolha do cuidador pode acontecer "por falta de outra opção, podendo também ocorrer de um modo inesperado para um familiar que, ao se sentir responsável, assume esse cuidado", mesmo não se reconhecendo como tal[113: 527].

5.2.1.2.b Imposição pelo idoso dependente

A escolha do cuidador principal, muitas vezes, não parte dos familiares ou mesmo de sua própria vontade, mas especialmente por parte do idoso objeto do cuidar.

[...] uma, que ela só quer eu [...] (E4).

Cuidadora? ela nunca quis os outro, aí eu me sinto assim, eu vejo, ela nunca quis outra... ela nunca quis os outro... ela nunca quis outra [...] (E7)

Estas falas vêm corroborar as colocações de Floriani e Schramm[113] sobre cuidadores, quando afirmam que a escolha não acontece ao acaso e que a opção nem sempre é dada a eles, sendo que muitas vezes, esta é a expressão de um desejo de um paciente.

Ramos et al, citado por Néri e Carvalho[95], obtiveram dados semelhantes em que a maioria dos 1.602 idosos pesquisados disse que esperava contar com o cônjuge, em caso de doença, seguido pelos que esperavam o auxílio de filha ou filho e, por último, aqueles que contariam com a família. Somente a minoria afirmou não contar com qualquer ajuda familiar.

Portanto, fatores como proximidade, laços afetivos e convivência diária são considerados primordiais pelo idoso dependente, na escolha do seu cuidador.

5.2.1.2.c Gênero

As mulheres da família são a maioria entre os cuidadores de idosos, parte da explicação desse fato se deve à tradição, pois "no passado as mulheres permaneciam dentro de casa, o que as tornava disponíveis para esta atividade"[109: 41].

Ao longo da história, ao homem cabia a provisão de alimentos, de defesa e de abrigo da família e à mulher o cuidado com os filhos, com a casa e com os doentes. Embora na atualidade a mulher possa ser, também, mantenedora do lar em seu aspecto financeiro, a ela ainda cabe o cuidado daqueles que, dentro do círculo familiar, dependem dessa atividade durante períodos de doença ou aqueles considerados como limítrofes no ciclo da

vida[114].

Assim, em nossa sociedade, a mulher é a maior responsável pelo cuidado ou por seu processo, tomando para si essa responsabilidade de forma natural.

Em se tratando da mulher, o tornar-se um familiar cuidador é permeado por situações de ambivalência de sentimentos, movendo-se entre a liberdade e a reclusão; vivendo uma experiência de poucos prazeres, adicionado à preocupação e à insegurança, caso algo errado aconteça ao seu objeto do cuidar, além do sentimento de retribuição pelo recebido na infância[115- 119].

A questão ligada ao sexo do cuidador, no qual o familiar eleito geralmente é a esposa ou filha mais velha, sugere que, intrínseca à questão do cuidar é relacionada, também, a questão de gênero, refletindo a determinação cultural dos papéis apropriados ao sexo, em que "a função social e as relações de poder no interior da família, atribuem, à mulher, o lugar de subordinação e aos homens o da autoridade e dominação"[115:74; 119].

> *Porque sou a única filha. (E11)*

> *Ah, foi assim, né? porque ela não tinha quem cuidar. E eu a única filha, né? Eu única filha, assumi de cuidar né? (E14)*

O papel da mulher responsável pelo cuidado é visto como natural, uma vez que este está inserido socialmente no papel de mãe[109]. O cuidar, para a mulher, acaba se constituindo em mais um dos papéis assumidos dentro da esfera doméstica, sendo, muitas vezes, passado de geração em geração, como um ritual.

Neste sentido, o depoimento abaixo deixa transparecer o poder cultural sobre as diferentes gerações de mulheres de uma mesma família, em relação ao tornar-se cuidador:

> *[...] muita coisa passou por nós... e isso também passei paras minhas filhas, também... até as meninas, também [...]é sempre assim, é que vai para frente. (E4)*

Observa-se ainda, nesse discurso, a preocupação em afirmar que a idéia de ajuda mútua entre os membros da família foi passada aos filhos. Esse aspecto é destacado por Domingos Sobrinho[88], quando refere que as representações sociais são vivenciadas e transmitidas de uma geração a outra, sendo impostas de forma não consciente.

Para Sena et al[120: 126] a mulher "detém culturalmente o saber sobre o cuidado, apreendido no convívio familiar" sendo que nesse convívio é que "as mulheres transmitem às mais novas os saberes, os valores, as crenças e o modo de vida".

Para Karsch[121], o cuidado domiciliar do idoso é uma prática que deve ser estimulada e preservada, porém, a tarefa do cuidar de um idoso, dependente, diuturnamente e sem pausa, não é "tarefa para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem apoio nem serviços que possam atender às suas necessidades e sem uma política de proteção para o desempenho desse papel"[121: 863].

O cuidado, segundo Lavinsky e Vieira[122], deveria ser prazeroso, não algo simplesmente imposto, mas um exercício do eu, advindo dos laços afetivos existentes entre os sujeitos envolvidos e fortalecidos pela oportunidade de retribuição, motivando e explicando o ato de cuidar.

Entretanto, a mulher senescente cuidadora, ao assumir a tarefa do cuidar, assume mais um encargo, para o qual muitas vezes não se encontra preparada, tanto física como emocionalmente, pois ao vivenciar seu próprio processo de envelhecimento enfrenta, também, seu desgaste físico e psicológico.

Nesse sentido, o papel socialmente construído para a mulher a partir de seu enquadramento na família e no ambiente doméstico, é baseado na justificativa de que "é assim que deve ser", podendo significar ônus, além de senso de competência para o enfrentamento dos desafios da vida familiar[93] (grifo nosso).

Oliveira et al[123: 187] comentam que não é somente em nosso país que as mulheres são consideradas grandes cuidadoras de idosos dependentes, pois "salvo por questões culturais muito específicas, a mulher é cuidadora tradicional".

Nas famílias, existe uma forma velada de definição de tarefas que devem ser executadas por cada um dos seus membros em determinadas situações de forma que quem já exerceu o papel de cuidador, muito provavelmente, deverá repeti-la em outro momento, o que sugere que o cuidar é também função de variáveis culturais[95], além de socialmente construídas.

Assim, o aumento de idosos decorrente do envelhecimento populacional adicionado a mudanças do padrão de morbidade, faz com que se aumente a possibilidade de que, nas famílias e dentro delas, as mulheres de diferentes faixas etárias, mas mais especificamente as senescentes e as de meia idade, passem a se dedicar ao cuidado do idoso no domicílio. A essas mulheres caberá o cuidado de pais, maridos, sogros, ou até mesmo de outros parentes, exercendo, com isso, inúmeros papéis.

5.2.2 Repercussão do cuidar no cotidiano do cuidador

Dentre os temas centrais, a repercussões do cuidar no cotidiano do cuidador, identificadas dentre os discursos desses atores sociais, traz a tona as implicações do fazer solitário.

A instalação da doença, em particular a de caráter crônico, acarreta em mudanças que perpassam os limites do físico, abrangendo, além dos aspectos sociais, os psicológicos e espirituais, que envolvem o doente, seu cuidador e demais membros da família[106].

Quando o domicílio passa a ser o local destinado ao cuidado, “abrem-se portas e frestas que descortinam o cotidiano da vida de familiares ou de pessoas que habitam sob o mesmo teto” mostrando “dimensões da existência humana que adquirem importância para o estabelecimento de relações não vivenciadas”[120: 125] entre os atores sociais envolvidos quer sejam eles cuidadores, clientes ou profissionais. Estas relações e sentimentos advindos dela necessitam ser compreendidos e trabalhados dentro do contexto do processo do cuidar, uma vez que podem interferir ou

influenciar no desenvolvimento deste.

O cuidar de idosos dependentes, para Lavisnky e Vieira[122], constitui-se em algo complexo e árduo, conferindo ao cuidador sobrecarga de trabalho, financeira, de responsabilidade, de incerteza e de cansaço físico, que culminam por gerar sentimentos como culpa, angústia, insegurança, desânimo, estresse e revolta.

Sob esse olhar, foram classificadas como unidades temáticas das influências do cuidar: a significação na saúde física, no psico-emocional e na vida econômica.

5.2.2.1 Alterações físicas

A convivência diária e prolongada envolvendo situação de dependência física e emocional pode acarretar desgaste nos relacionamentos entre os indivíduos, além de causar danos à saúde provocados pelo estresse e pelo esforço exigido no atendimento do ser cuidado.

Em se tratando de idosos, o cuidar, muitas vezes, representa uma atividade difícil, podendo comprometer o bem estar do senescente cuidador[95] dessa forma, nesta unidade temática, foram analisados os discursos que versaram sobre a sua percepção quanto ao seu estado de saúde.

5.2.2.1.a Saúde orgânica funcional

Teixeira; Schulze e Camargo[124], em um estudo sobre a saúde na velhice, observaram que existiam conteúdos comuns, presentes nas respostas de quase todos os sujeitos, evidenciando que as necessidades de saúde de um idoso não deveriam ser deduzidas somente a partir dos indivíduos doentes.

A idéia de que a velhice é dominada pela doença nem sempre se mostra uma realidade, pois mesmo existindo perdas, tanto biológicas, como econômicas, sociais e psicológicas, a manutenção das atividades e do engajamento social e familiar favorece ao indivíduo um envelhecimento considerado saudável. Assim, o envelhecimento e a doença não podem ser tratados como fatores intimamente dependentes ou interligados. O que na realidade existe por parte dos idosos é uma maior vulnerabilidade de adoecer, ou seja, uma pré-disposição à doença, decorrente da diminuição de suas reservas funcionais[125].

Essa situação requer dos cuidadores, muitas vezes despreparados, habilidades e conhecimentos técnicos que, somados às dificuldades financeiras, os remetem a situações de conflitos, stress e impotência, expondo-os à situação de possível vulnerabilidade a agravos à saúde.

A vulnerabilidade de um indivíduo a uma determinada situação ou agravo é determinada por fatores circunstanciais como aqueles dependentes de ações individuais, em que são incluídos os comportamentos a partir de um determinado grau de consciência; aqueles que dizem respeito a ações do poder público, iniciativa privada e sociedade civil, na tentativa de minimizar as chances de ocorrência de agravo e daqueles referentes a fatores sociais, como estrutura disponível ao acesso a informações, financiamentos, serviços, bens culturais e liberdade de expressão[126].

Considerando esses fatores, discutir o cotidiano do senescente cuidador implica falar da situação social, cultural, econômica, crenças, condição de acesso aos serviços de saúde, entre outros. Destarte, ao se tentar compreender o cotidiano desse ator social, faz-se necessário voltar o olhar para a questão de sua vulnerabilidade.

Por se tratar de senescentes, a população do presente estudo possui o que Caldas[109: 45] denomina de uma variável significativa, em que “a faixa etária dos cuidadores que pertencem, freqüentemente, à mesma geração dos doentes. São ‘idosos jovens independentes’ cuidando de ‘idosos dependentes’ ” (grifos do autor).

Associado a esse fator, a inexperiência quanto às atividades do cuidar, a falta de orientação e a sobrecarga de atividades tanto físicas

quanto psicológicas fazem com que o cuidador, “ao desempenhar sua árdua tarefa sem um ‘cuidado’ adequado, torne-se um indivíduo potencialmente fragilizado” [88: 651] (grifo do autor).

As condições físicas e de saúde relatadas pelos atores sociais do presente estudo levam a inferir que estes também se encontram doentes ou potencialmente doentes. Não foram raras as queixas de presença de sintomas como dores musculares, dores em membros e da presença de agravos instalados como a hipertensão, cardiopatia e diabetes, doenças estas muito comuns entre idosos.

> *A gente se sente... de uns tempos pra cá eu me sinto doente. Me sinto demais de doente... (E1)*

> *Eu acho que o meu estado de saúde tá regular, não está bom e não está ruim, médio... eu tenho muita dor no braço. Tinha muita dor de cabeça... tinha uma dor muito grande na boca do estômago e nas costas, sabe? Daí disse que é problema de coração, mas eu fiz o tratamento e já estou melhor. (E3)*

> *Ah... razoável. É, o que mais me prejudica é o meu hipertireoidismo, que causa depressão, né? E muita dor no corpo, porque a dor é intensa assim nos músculos. Dói muito assim, e o corpo não é só de dia,às vezes de noite até na cama, eu passo horas sentindo dor, bastante, né? Nos braços, nas costas, também nas pernas, tem dias assim que...Mesmo com tratamento. (E4)*

> *Atacada e nervosa, penso muita bobagem. (E9)*

O indivíduo não fica doente por experimentar mudanças “normais” (grifo nosso) associadas à idade, porém, sua probabilidade de adoecer é aumentada com o passar dos anos, sendo esta, atribuída às mudanças normais associadas ao envelhecimento, tornando-o mais vulnerável aos agravos de saúde, os quais, na juventude, seriam combatidos e vencidos com mais facilidade[127]. Assim, as alterações ocorridas em todos os níveis da função corporal, celular, orgânica e geral decorrentes de tal processo refletem sobre o indivíduo idoso, tornando-o mais vulnerável frente a situações de doença e invalidez, acarretando o aparecimento de necessidades físicas, sociais, emocionais e espirituais em um grau maior[128].

A despeito da força e da coragem demonstradas pelos cuidadores, o adoecimento em decorrência da fadiga severa expõem os mesmos a uma condição de vulnerabilidade, acentuada pela sobrecarga, restrições impostas pelas atividades diárias, medo, solidão, insegurança, confronto com a morte e perda de suporte familiar. Por outro lado, a esperança, a satisfação do cuidador em relação aos seus limites, o suporte da família e da equipe que o atende são fatores que diminuem essa mesma vulnerabilidade[113].

Além dos sintomas físicos, os psicológicos surgem nos discursos de E1, E14, E15 e E16, traduzidos por queixa de insônia, agitação e de emagrecimento, atribuídos pelas senescentes às dificuldades enfrentadas no dia a dia:

> *(...) não durmo! (E1)*
>
> *Mas... tem meu agitamento..mas não tenho tanto que me incomodar não.. (E14)*
>
> *por causa da doença dele, né? por causa da doença dele mudo porque a gente tem aquele nervoso por dentro da gente, né? porque a gente vendo ele com a saúde que andava com ele e daí ver assim... e daí mudo,u né.? (E15)*
>
> *Mas eu acho que eu to muito abalada assim, sabe? Emagreci muito. Emagreci, perco o sono, fiquei com bastante insônia também. É bem difícil viu? Ah, eu piorei bastante, né? Fiquei bastante nervosa, né? (E16)*

A insônia queixa comum da população idosa e, em especial nas mulheres, é caracterizada como uma diminuição total ou parcial da quantidade ou qualidade do sono, provocando dificuldade de iniciar ou mantê-lo. Dentre suas causas mais comuns são citadas perturbações neuropsiquiátricas, como os estados de depressão e ansiedade[129]. Embora a ansiedade seja considerada uma emoção normal frente a uma circunstância ameaçadora, o seu transtorno é considerado uma má adaptação das funções cerebrais, desencadeando reações envolvendo medo, apreensão e tensão muscular[130].

Como o observado nos discursos de E15 e E16, o estado de

ansiedade é bastante evidente, sendo que, neste último, a idosa chega a relacionar sua dificuldade em dormir, à situação que está vivenciando.

Os discursos de E6, E7 e E8, a seguir, trazem uma realidade comum na população estudada: as alterações estruturais e funcionais próprias do processo de envelhecimento, acompanhadas comumente por agravos à saúde, que exigem tratamento medicamentoso.

> *Graças a Deus, mais ou menos... mas sempre a pessoa com 74 anos 75 anos é... sempre improvisa um pouco... qualquer coisa, né? Não é verdade? Mas sempre na saúde bem. (E6)*

> *Meu estado de saúde? Até que eu tô me sentindo bem. Tô com estado de saúde muito bom hoje, graças a Deus. A idade, você sabe, a idade vai, né? E muitas lutas e muito sofrimento muitas coisas, muitas dificuldade e então como vem de lá e até eu to me achando forte, sabia? (E7)*

> *os meus remédios, que eu não esqueço também, porque eu tenho que cuida dela e de mim né? (E8)*

O envelhecimento se constitui um processo natural e gradual em qualquer organismo vivo, sem possuir um marco cronológico definido. No ser humano, este fenômeno progressivo, além de desencadear o desgaste orgânico, também acaba por provocar alterações nos aspectos sociais e emocionais vivenciados.

Siqueira, Botelho e Coelho[131], reforçam esta assertiva de que a velhice é um fenômeno natural e social, em que as situações próprias do processo de envelhecimento são decorrentes de problemas e limitações de ordem biológica, psicológica, econômica e sociocultural, enfrentadas pelo ser humano, único e indivisível em sua totalidade existencial.

Entre aqueles entrevistados que referiram sentir-se bem, dois deles mostraram-se bastante categóricos em afirmar que estavam se sentindo saudáveis. No entanto, os demais não o fizeram de forma tão convincente atribuindo até mesmo o “sentir-se bem” à ingesta de medicamentos (grifo nosso).

> *Eu percebo bem... que estou bem... me sinto saudável. (E2)*

Sim, tá bem. Não tanto das pior. Que nem eu disse pra você, é a canseira da gente mais que faz a gente meio... aí meio cansado, vivia assim. Mas tudo tá bem. (E5)

Porque eu tô tomando regularmente os meus remédios. Me sinto bem, não tem problema nenhum de saúde. (E8)

Agora eu tô bem. Antes eu tava... nossa, tô bem melhor graças a Deus, né?, minha pressão tá boa. (E10)

Ah, tô bem, parece, me sinto bem. É agora to bem. Parece que... né? Mas... é, a resposta é minha essa, que eu acho que tô bem, né? (E14)

Eu me sinto bem, só que eu tenho a pressão alta, mas agora tá controlada. A única coisa, a diabete, também ta controlada também. (E15)

Embora referindo sentir-se bem, o idoso E5, queixou-se de cansaço físico, sendo que sua fala "*sim tá bem... não tanto das pior",* deixa transparecer o entendimento de que o estado de saúde consiste na ausência de doença, uma vez que parece não considerar o cansaço referido como um estado de comprometimento de sua saúde.

É interessante observar que todos os cuidadores, parecem considerar o cansaço físico como um sintoma normal, atribuído por eles, ao processo do envelhecimento, não relacionando esta queixa às atividades diárias exercidas, consideração esta, encontrada com freqüência na população em geral.

Os discursos dos idosos E8 e E15 mostram bem essa assertiva, nos quais apesar dos medicamentos que fazem uso, também se diziam saudáveis e E8, ainda que não tivesse informado os problemas de saúde que motivaram o tratamento medicamentoso, atribuiu a este a sua boa condição de saúde.

5.2.2.1b Sobrecarga

Nesta unidade de registro foram agrupados os discursos onde havia referências sobre as diferentes formas de sobrecarga vivenciada pelo senescente cuidador, considerando que o cuidado exercido por uma única pessoa ocasiona sobrecarga física e emocional[120].

O trabalho diário, somado à carga financeira e ao desgaste físico que levam ao cansaço e às inúmeras incertezas vivenciadas pelo cuidador, culmina por gerar angústia, insegurança, culpa e desânimo. Esses fatores levam o indivíduo ao estresse, cuja intensidade pode variar de pessoa a pessoa, tendo em vista a unicidade do ser humano com suas características próprias da personalidade.

As exigências do cuidado mudam ao longo do tempo. Mais forte em seu período inicial, traz consigo um senso de sobrecarga que pode se estabilizar ou diminuir de acordo com determinados processos vivenciados pelo cuidador, tais como o aprendizado da tarefa a ser executada e o estabelecimento de novos níveis de adaptação comportamentais e psicológicos[104; 132].

No entanto, o estresse gerado pelo cuidar, que pode variar de intensidade no mesmo cuidador ao longo do tempo, também pode produzir prazer e conforto quando este "se envolve produtivamente em suas tarefas e consegue bons resultados, independentemente dos esforços físicos e psíquicos exigidos"[133:191].

O grau de dependência do idoso, capaz de causar sobrecarga ao cuidador, varia de acordo com o número e a qualidade das necessidades do doente[134], no manejo de seu dia-a dia e de sua sobrevivência. Para Sommerhalder e Néri[104], os mais desgastantes são aqueles que envolvem a sobrevivência física, além dos déficits comportamentais e cognitivos.

"A sobrecarga física, emocional e sócio-econômica do cuidado em família é imensa"[109: 45], uma vez que o cuidar é uma tarefa que exige do cuidador mais do que condições físicas. Essa situação é agravada quando é assumida por uma única pessoa e, potencializada se esta é uma mulher

idosa que acumula outra função, aos afazeres da casa.

Este processo de sobrecarga parece ser inversamente proporcional ao nível sócio econômico, ou seja, quanto maior as condições, menor a sobrecarga, pois existe a possibilidade, neste caso, de ter auxílio de terceiros.

> *(...) tenho que fazer a faxina da minha casa... ah menina... .é demais o serviço... porque eu tenho que lavar a roupa de todos eles... tenho que limpar a casa... .fazer comida... porque eu gosto de fazer todo o meu serviço [...] o que mudou é a responsabilidade, né? Que a gente às vezes tem... que nem outro dia... ela pegou uma tosse... que judiou.. .judiou dela... mas eu colocava ela na cama... quando eu tava pegando no sono... eu tinha que levantar correndo porque ela tava se afogando... eu tenho medo dela se quebrar... (E1)*
>
> *Pra mim cuidar dele, eu quase cuido assim... direto... dia e noite... eu tô sozinha... não tenho ajuda de ninguém... (E2)*
>
> *Esses dias mesmo, ele me atrapalhou lá, porque ele é pesado, parece uma bola, sabe, e não conseguiu ir direito no vaso... saiu fora um pouco ali... (E3)*
>
> *Que nem eu disse pra você, é o cansaço da gente... que faz a gente meio... aí meio cansado, vivia assim. Cansar... cansa um pouco, mas tá indo tudo bem! (E5)*
>
> *Pra ir fazer outras coisas, tu cuida dele primeiro, né? depois tu faz o teu trabalho, né? acho que é isso, né? (E10)*

A rotina no processo do cuidar pode se tornar exaustiva, comprometendo a integridade física do cuidador. A falta de condição física para a realização de algumas atividades relacionadas ao cuidar dos idosos dependentes, adicionada ao medo de não realizá-las de forma adequada, gera no cuidador dificuldade na sua mobilização, podendo provocar dor[108], como o verbalizado nas falas abaixo:

> *Não é fácil pra mim, meus braço dói eu tenho problema de... a pressão, eu não posso pega muito peso porque....eu tenho muita dor de cabeça na nuca também. (E7)*
>
> *Esses dias eu tive uma dor assim nos braço, acho que de tanto que eu trabalhava [...]. Você sabe que no começo é meio difícil, né? Mas depois eu peguei a prática assim daí vai embora. A gente*

não sente mais, porque às vezes a gente pensa assim "meu Deus do céu, tem que fazer isso fazer aquilo, não, mas primeiro faz as coisas pra ele, depois vai faze o serviço". Primeira coisa é saúde, né? (E10)

Quando o que eu sinto, né? Sinto muita dor, aqui por exemplo, eu sofro da coluna, e pega peso eu fico ruim, né? Me doem as pernas adormece e sinto dor... dor mesmo (...) (E13)

Na maioria dos casos, o cuidar torna-se uma atribuição a mais, uma vez que às tarefas diárias são acrescidas as peculiares desse processo. Nesse sentido, Sommerhalder e Néri[104] comentam que o se tornar cuidador ocorre de forma insidiosa, especialmente quando o idoso é portador de um agravo crônico, uma vez que o avanço das obrigações se apresenta como continuidade de seu papel de apoio e assistência.

Assim, às atividades como higienização da casa, preparo de alimento, lavar e passar, são acrescidos o banho do idoso dependente, muitas vezes no leito, a mobilização, a alimentação e as trocas de cama sucessivas, dentre outras.

[...] dois banhos por dia... (E13)

Eu parei, né? De fazer pra cuidar... pra dedicar... porque não tem meios de você fazer tanta coisa e ainda cuidar de uma pessoa assim, não dá não. Ah, é assim... a gente leva cuidando, uma hora faz uma coisa, o outro faz outro, cuida dela e leva assim. A gente vai organizando. Hoje faz uma coisa, amanhã faz outra, né? Não tem, não dá. Tem que... largar algumas coisas para se dedicar a outra parte. Foi o que eu fiz, deixar pra me dedicar... cuidar mais dela! (E14)

É sobrecarregado... Eu tenho que apressar bastante, né? Porque eu tenho a casa ainda, tudo pra eu toma conta. Ah, antes eu tinha a vida mais fácil, né? A gente tinha tudo... eu trabalhava, cuidava da casa, mas não tinha ninguém doente. (E16)

No discurso de E14 percebe-se que, além da sobrecarga inerente ao cuidar e dos afazeres domésticos da casa, ela sente sobre si um aumento de responsabilidade que vai além desses aspectos, ou seja, sobre ela também recaiu a administração e o gerenciamento da casa.

Outra situação que está se tornando freqüente é refletida no discurso de E16 onde, por não fazer parte da família e ser designada a

cuidar da idosa dependente, além de manter as atividades rotineiras no domicílio, deixa visível a sobrecarga à qual está sendo submetida, pois, compara o período anterior com o atual, mostrando as dificuldades em conciliar as duas atividades.

A não especialização de mão de obra também se encontra diretamente relacionada com a baixa remuneração, tendo em vista que, na maioria das vezes, é acrescida às atribuições de empregada doméstica, a função do cuidar, considerando-a como sua extensão, desconsiderando que esta envolve ações essenciais para a manutenção da vida, disponibilidade, boa vontade e respeito à pessoa humana.

Por outro lado, o cuidar por um período diário e ininterrupto mais que oito horas é uma tarefa extenuante, ainda mais, quando a essa atividade estão as relacionadas com a manutenção e higiene de uma casa.

A utilização de pessoas sem formação específica como mão de obra remunerada para o cuidado, prática comum em nosso meio, em geral recai em pessoas com baixa escolaridade, cuja inserção no mercado de trabalho é feita de maneira irregular.

Nakatani et al[135] referem que a baixa escolaridade interfere direta ou indiretamente na qualidade do cuidado, uma vez que o cuidador necessita seguir prescrições, dietas, manusear medicações, levando a certo grau de insegurança.

Há, também, que se levar em conta as diferenças existentes entre o cuidador, profissional ou não, contratado por um determinado período do dia, do cuidador familiar, que, além das atividades ligadas ao ato de cuidar, permanece com o doente dia e noite, estando ligado a ele por meio de uma história de vida compartilhada, com emoções vivenciadas no passado e nos dias atuais, além de uma nova postura em relação às situações a serem enfrentadas[133].

Assim, a manutenção da vida está fortemente ligada ao nível da qualidade do cuidado prestado e está relacionada à predisposição a múltiplas reinternações ou até mesmo, intervindo no desfecho da vida.

Segundo Floriani[113] o cuidar em local domiciliar acarreta ônus ao cuidador e a sua família, provocado por uma rotina estafante e estressora de

cuidados diários e ininterruptos, que ocorrem tanto a nível físico, como psíquico, financeiro e social e se constituem em fator de risco para doenças como o infarto agudo do miocárdio ou até mesmo de morte para os cuidadores adultos ou idosos.

Dentro do processo do viver vão ocorrendo reparações, uma vez que, quando o indivíduo adoece ou é obrigado a enfrentar agravos, para outras situações semelhantes, seu poder de enfrentamento diminui[18].

Todos esses quesitos tornam o cuidar domiciliar uma atividade que requer um preparo mínimo, sem o qual se acaba negando ao idoso dependente, o direito a uma sobrevida com qualidade e respeito aos seus direitos de cidadão, uma vez que, qualquer atividade, por mais simples que seja executada de forma inadequada, pode acarretar complicações clínicas, além da instalação de quadros iatrogênicos, que certamente culminariam no agravamento do seu estado de saúde.

5.2.2.2 Alterações emocionais

Dentro dessa unidade temática, as unidades de registro identificadas foram: solidão e isolamento social, culpa, impotência e revolta.

O processo do cuidar não se constitui uma tarefa homogênea, simples e linear. Assim, sentimentos positivos e negativos podem surgir concomitantemente, sendo que ambos estão intimamente ligados a estratégias de enfrentamento, relacionadas ao nível educacional, capacidade cognitiva, experiência de vida, conhecimento, habilidade, além de espaço social, motivação, saúde, gênero, recursos econômicos, condição de vida, de personalidade, atitudes e auto-estima[104; 111].

Nos depoimentos não foram observados sentimentos positivos e dentre os negativos, aqueles relacionados à vingança ou ao ressentimento. A ausência destes últimos pode ser atribuída ao fato de que estes sentimentos não são socialmente aceitos e, por isso, dificilmente verbalizados pelos indivíduos.

5.2.2.2 a Solidão e isolamento social

O envelhecimento significa muito mais que um espaço de tempo, levando em conta que, ao lado das dimensões biopsicológicas, também devem ser considerados os aspectos sociológicos, tendo em vista que este representa a relação do indivíduo com o meio ambiente, sendo assim, o homem não pode manter-se física e mentalmente bem, se não mantiver contato com outros seres humanos[136].

O homem é um ser social, não consegue sobreviver sozinho. Sua dependência, mesmo que física, advém desde os primeiros momentos de vida.

O ser humano, mais do que qualquer outra espécie social, dedica-se ao pensamento coletivo, criando um mundo de cultura e de valores que acaba tornando-se parte integrante de seu ambiente "natural" (grifo nosso)[136].

Nessa linha de pensamento, ao considerarmos que o homem "surgiu através do próprio processo de criar cultura e viver socialmente", e necessita de ambos para sua sobrevivência e posterior evolução, o idoso somente vai atingir seu bem estar "através de uma interação das dimensões subjetivas e objetivas, do individual e do coletivo, da natureza e da cultura"[136: 7]. Na abordagem da dimensão sociológica do envelhecimento "dois elementos devem ser observados, uma vez que condizem com uma realidade vivenciada pelo idoso: a solidão e o isolamento social"[136: 7].

Solidão é um estado emocional marcado pela carência de relacionamentos afetivos importantes e calorosos, já o isolamento social refere-se à falta de contatos com pessoas diferentes, tendo como causa a ausência de atividades sociais[136].

A solidão, isolamento social ou contato social insuficientes, somados à insegurança relacionada à precariedade do estado de saúde ou da situação econômica–financeira, torna o idoso, consciente ou inconscientemente, triste. Este estado de desesperança culmina por estimular sentimentos como o menosprezo, menos valia, invalidez moral, social, além do desmoronamento motivacional[136], visíveis nas falas abaixo:

> *A mudança é essa... que a gente fica meio triste, meio daquele jeito, os filho tudo meio daquele jeito e que é muito legal passear com todo mundo. A família adorava muito. E hoje sabe, modificou muito, porque um filho vem, vê ele daquele jeito... daí ele começa chorar. (E5)*

> *Antes saía bastante, agora fico mais em casa..é só... (E9)*

> *Recebo muito poucas visitas... Então elas vêm aqui, me sinto tão feliz... daqui a pouco elas vão embora.. .às vezes passa domingo, eu fico o dia inteiro sozinha.(E2)*

No discurso de E4, percebe-se outro tipo de solidão: aquela, em que mesmo possuindo um companheiro, o sofrimento é vivenciado sozinho:

> *[...] eu tô com a minha dor sozinha. Eu sou que nem, às vezes eu passo a noite de 3, 2, 3 horas acordada com dor, mas nem meu marido me nota porque eu não sou de levantar da cama andar, eu me viro pra cá eu me viro pra lá, mas num... num sou de... assim de... (E4)*

A atividade social parece ser uma dos primeiros aspectos a sofrer alteração quando um indivíduo se torna cuidador. O lazer associado a visitas a amigos, idas a igrejas ou até mesmo tarefas rotineiras fora do âmbito doméstico, como o fazer compras em um supermercado, acabam ficando relegado a um segundo plano, conforme se percebe nos discursos abaixo:

> *Novena... vou na missa, na igreja... quando eu tenho tempo.. .eu fiquei muito tempo sem ir, né? Porque eu não tinha com quem deixar... agora que tenho com quem deixar, né? Então... sempre arrumo uma pessoa pra ficar com ela... de confiança, né? Daí eu vou... Dentro de um ano eu fui duas vezes na igreja... a gente tem essa responsabilidade... de cuidar....eu nunca faltava na missa, nas novenas, no terço... a gente não tinha compromisso... o compromisso era fazer tudo correndo de dia... para poder ir... das vezes tem algum lugar para mim sair... eu digo... vai você ... porque não vai dar pra eu ir... porque se eu não cuidar... Deus o livre. (E1)*

> *Não saio mais... não vou mais na missa... conversar com as vizinhas...é direto em casa... dia e noite... e só assisto a missa na televisão porque pra fora não dá.. Essa é a minha vida aqui em casa... trancada (E2)*

> *Ah, mudou muito porque quando ele era são eu ainda podia ir na casa dos meus filhos, podia ir na reunião da 3ª idade... então... isso me distraía um pouco, né? E agora eu não posso. Tem que fica ali, né? não posso sair para canto nenhum.. (E 13)*

Muitas vezes, devido à falta de opção do próprio cuidador, na impossibilidade de dispor de outra pessoa para auxiliá-lo, mesmo em situações ocasionais, obriga-o a permanecer em casa, por medo de que o ser cuidado seja exposto a risco, na situação de sua ausência, conforme transparece nos discursos abaixo:

> *[...] que nem no outro dia que eu fui no posto de saúde, ver os exames dela lá... e quando eu vim de lá..... fui olhar na cadeira e disse: eu não acredito....! Ela se arrastou... se arrastou... levantou e sentou na cadeira... (E1).*

> *[...] então quando eu saio... eu fico preocupada porque saí né???[...] tranco ele em casa.[...] (E2)*

Em algumas situações, a falta de atividade social regular parece ser compensada pela visita de amigos e vizinhos. Porém, a necessidade de se dispor de outro cuidador se torna evidente, quando se trata de uma viagem ou de ausência do lar, por um período prolongado, como se percebe na fala de E1:

> *Não eu não faço conta não... porque a gente tem muita visita... a gente não sai, né?? Meu dia a dia é preocupante.. que nem agora... eu queria ir passar o Natal fora que minha filha chamou para gente passar um mês lá.... mas de que jeito? Não posso deixar ela... a minha cunhada não cuida... (E1)*

A aprovação social é outro aspecto que surge no discurso dos atores estudados, uma vez que é por meio dela que a maioria dos indivíduos se sente aceito e respeitado socialmente pelos seus pares. A preocupação em relação ao julgamento realizado por terceiros, envolvendo o ato de cuidar, encontra-se expressa no discurso de E1.

> *(...) e eu falei pra ela... Dona E. do céu.. que tal se a senhora cai ai... Deus ô livre... bate a cabeça... o que vão dizer? Que não cuidei da senhora direito? ... (E1)*

A solidão e o isolamento social surgem em todos os discursos

descritos, mesmo não sendo identificadas como tais, pelos senescentes cuidadores. A preocupação expressa no relatado acima pela cuidadora familiar da idosa dependente, parece estar relacionada à necessidade de se "prestar conta à sociedade", como uma satisfação pelos atos praticados (grifo nosso).

Esses achados corroboram com Floriani[113] quando afirma que, dentro do contexto psicossocial do cuidador, vários são os reflexos do cotidiano e, dentre eles, os mais comuns são: a exclusão social, o isolamento afetivo, o desgaste nos relacionamentos, a perda de perspectiva de vida, distúrbios de sono e utilização em larga escala de psicotrópicos.

5.2.2.2 b Culpa e Impotência

Entre as definições de culpa, encontram-se aquelas relacionadas à responsabilidade, por ação ou omissão prejudicial, a violação ou inobservância de uma regra e, ainda, a conduta que pode resultar em lesão[91; 94]. Partindo desses conceitos, o sentir-se culpado por um ato ou fato é responsabilizar-se, mesmo que de forma inconsciente, por algo a ser ou não realizado.

> *eu achava que estava cuidando mal... eu mesmo achava que ela não estava bem cuidada, não sabe? Tenho que fazer tudo direitinho... (E7)*

A obrigatoriedade imposta para si, pela cuidadora E7, em "fazer tudo direito", revela que a culpa sentida na execução do cuidado pode estar relacionada com o sentimento de incompetência, talvez gerado pelo despreparo no cuidar (grifo nosso).

A culpa novamente surge na fala de E7, quando menciona momentos de perda de paciência em relação a seu objeto do cuidar.

> *Ela fica na cama deitada, eu fico sem paciência porque...para mim eu desprezei ela... para mim eu... sei lá! [...] Eu tava uma*

> *pessoa sem paciência, mais sem paciência de vê assim, sem paciência de... eu me achava assim arrasada [...] (E7)*

Nesse discurso, observa-se que a culpa expressada está ligada ao sentimento de intolerância e impaciência, provavelmente relacionado ao longo tempo que esta cuidadora exerce esta função, junto à sua mãe.

Para Silveira e Caldas[107], quando se trata de um parente próximo, a culpa, pode ser resultado da manifestação de sentimentos negativos em relação ao paciente que agora está mais frágil ou, ainda, decorrente de questões não resolvidas, anteriores à doença.

> *lá onze horas [...]Para mim ela está jogada. Por mais que eu deixe cuidada... (E7)*

> *Porque... eu tenho que fazer o melhor possível que eu puder né? E eu sempre me dedico e faço (E8)*

> *(...) mas ainda quando o pai foi, fazem... fazem.. desde 92 ele faleceu. Faz 14 anos. E ainda a gente acha que não fez que chega. Depois que eles vão, a gente acha que a gente não fez... que a gente deveria ter feito mais ainda. Tudo que eu posso fazer eu faço, e ainda a gente acha... a gente não pensa que não chega. Daí a gente faz, cada um faz a sua parte. (E12)*

O mesmo sentimento surge quando há necessidade do cuidador tratar a sua própria saúde, ocasião esta que, embora, tendo consciência de que o idoso cuidado se encontra atendido, acredita que o está desprezando:

> *Como eu tô fazendo o que eu posso. É, assim, que nem eu, eu assim, tem dia que eu não estou com muita... eu não posso chega no médico pra consultar. Porque se eu vou no médico, vamos supor, eu chego lá sete e meia, lá no posto, eu vou saí de lá onze horas...e ele fica sozinho (E7)*

Como o foco do olhar da sociedade é voltado para o idoso dependente, a atenção à saúde do idoso cuidador fica relegada a um segundo plano, tanto pelos que os cercam e até por ele próprio.

O sentimento de insatisfação com o cuidado prestado ou de estar "fazendo pouco", mesmo que só no imaginário do cuidador, revela sentimentos ambíguos. Ao mesmo tempo em que se penaliza antecipadamente pelos "erros" ou "falhas", que possam surgir, ele sinaliza

para um reforço ou reconhecimento de seus cuidados e dedicação pelos que o cercam, de certa forma, ambos sentimentos refletem a busca de aprovação social (grifo nosso).

Por outro lado, a pressão familiar pode se constituir em outro fator desencadeante para o sentimento de culpa. Sommerhalder e Néri[104] comentam que quando o cuidador escolhido é uma mulher e que por qualquer razão não aceite mais esse encargo, torna-se alvo de pressão familiar e social, da qual surgem conflitos e geralmente sentimentos de culpa.

No entanto, a consciência da transgressão de leis ou normas sociais faz com que surja no indivíduo um sentimento de culpa; além disso, a impossibilidade de mudança de comportamento gera outro sentimento igualmente negativo, que é a impotência.

"Sentir-se impotente é sentir que qualquer ação de sua responsabilidade em nada pode modificar a evolução dos acontecimentos [...] é uma resposta que envolve aspectos psicossociais individuais, mas integra, também, elementos da estrutura da vida social, do meio, da cultura em que se vive"[137:71].

O sentimento de impotência, vivenciado pelo cuidador, surge em "decorrência da dificuldade de visualizar o efeito de sua ação na expectativa de melhora", criando novos limites e relações entre o cuidador e o ser cuidado [88: 651].

> *Acho que eu não tô fazendo nada demais e não tô fazendo nada de errado. [...] Mas eu vou pensar para frente, né ? A gente não sabe o que é que vai acontecer. (E3)*

> *Vamos ver, né? Como é que vai ficar... (E16)*

A impotência diante de um fato consumado é um sentimento freqüente e cíclico, eclodindo especialmente, quando o indivíduo, em uma auto-avaliação, julga-se incapaz de lutar com a situação vivenciada.

O cuidar de doentes crônicos, voltado basicamente para o atendimento das necessidades de alimentação, higiene e locomoção, sem

uma melhora aparente da condição de dependência e de até mesmo de seu estado clínico, pode desestimular expectativas sobre o êxito do cuidado e levar a um constante e crescente sentimento de impotência no cuidador, que necessita de apoio efetivo para não desenvolver estados de depressão.

No entanto a valorização do cuidado, principalmente quando a melhora é limitada ou mesmo impossível, como talvez a única alternativa de respeito e manutenção da dignidade do outro, pode auxiliar o cuidador a visualizar no seu ato, a única ajuda possível que pode propiciar algo de bom a alguém e, assim, minimizar sentimentos negativos que possam contribuir para a instalação de um processo depressivo.

5.2.2.2 c Revolta

Revolta é entendida como uma grande perturbação moral causada por indignação[91; 94], que pode ser percebida no discurso de E3, desencadeada pelo abandono do filho do idoso dependente, a quem o cuidador acreditava que caberia a responsabilidade do cuidar:

> *Eu, pra ser sincero pra você, eu tenho hora que eu fico meio revoltado com a família dele, sabe? Então eu fico assim... tem hora que eu fico meio esquisito pensando assim... Então tem hora que eu fico assim, mas depois... (E3)*

Esse aspecto negativo relacionado à tarefa do cuidar, verbalizado por E3, traz em si a questão de problemas familiares, gerada pelo abandono do longevo, por parte de seus parentes mais próximos, como nesse caso, no qual o cuidador é irmão do idoso dependente.

Embora socialmente a família nuclear seja considerada o esteio, o suporte para o atendimento do idoso, nem sempre isso se mostra como um fato, fazendo com que parentes mais próximos, ou até mesmo pessoas fora do núcleo familiar, assumam o processo do cuidar.

> *Mudou que eu... ficou toda responsabilidade para mim... tem que passar tudo pelas minhas mãos.... Vou no mercado, pegar minha pequena aposentadoria ..(E2)*

No discurso de E2, percebe-se uma forma velada de revolta, em decorrência da sobrecarga sentida, por ter assumido "toda e responsabilidade" (grifo nosso).

Mais uma vez, fica evidente o quanto se torna difícil para o idoso cuidador assumir o cuidar, sem o auxílio de outro membro da família. Para a cuidadora E2, às atividades domésticas foram somadas não só aquelas ligadas ao cuidar, como, também, as de gerenciamento e provimento da casa.

Para Karsch[121] o cuidado domiciliar do idoso é uma prática que deve ser estimulada e preservada. No entanto, esta mesma autora comenta que a tarefa do cuidado de um indivíduo idoso, dependente, diuturnamente e sem pausa, não é "tarefa para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem apoios, nem serviços que possam atender às suas necessidades e sem uma política de proteção para o desempenho desse papel"[121:863].

5.2.2.3 Alterações econômicas

Vinculada ao tema central influência do cuidar no cotidiano do cuidador, esta unidade temática versa sobre as dificuldades econômicas e suas conseqüências advindas da situação vivenciada.

Culturalmente, é esperado que a família provenha o idoso na vida diária e em situação de doença ou momentos de crise, tanto no que diz respeito aos aspectos social, financeiro, funcional e material, como no afetivo, nas suas mais diferentes formas: auxílio nas tarefas domésticas, asseio, companhia, apoio afetivo, transporte, entre outros[132].

Na história da sociedade, a família era extensa, sobrevivia de uma economia familiar, havendo um forte sentimento de união entre seus membros e de dever em relação à família, aos pais e aos mais velhos. Entretanto, na contemporaneidade, as famílias são menores e os aspectos de solidariedade pessoal se perderam[1].

Assim, os idosos quando não devidamente assistidos, buscam aumentar seus rendimentos, geralmente advindos de aposentadorias, por meio de atividades complementares remuneradas, geralmente no mercado de trabalho informal.

Alguns cuidadores como E1, que possuía uma atividade que lhe rendia uma verba extra para o auxílio no orçamento doméstico, necessitou encontrar um meio alternativo para que esse recurso não fosse extinto.

> *Antes de eu cuidar da dona E... eu vendia... roupa... assim... pegava do viajante umas coisinhas para vender pra ajuda, né?? Porque meu marido ganha o salário... Daí sim... .Eu vendo dentro de casa... Deus dá sorte para quem tem! (E1)*

> *O que mudou é trabalho com ela, né? Mudou o trabalho, porque eu trabalho de pedreiro, agora se precisar eu cuido dela. Dedicado 24 horas por dia... Eles (os filhos) não... se eles viessem pra cuidar dela eu teria que pagar e é justo que eles recebessem também, porque eles precisam ganhar pra se manter. Mas... como eu não posso paga nem eles... (E8)*

Já no discurso de E8, a atividade profissional foi relegada a um segundo plano, na medida em que não houve possibilidade de cuidar da esposa idosa e exercer sua atividade de pedreiro ao mesmo tempo. A impossibilidade de ajuda por parte dos filhos, que também tinham dificuldades econômicas, não podendo abandonar suas respectivas atividades remuneradas, sem que essas fossem substituídas, nega ao senescente cuidador a possibilidade de continuar sua atividade profissional informal, comprometendo o orçamento doméstico.

Outra situação é apresentada no discurso de E14, na qual esta relata o abandono de suas atividades, em detrimento do cuidar.

> *Mudou isso que eu falei, que eu parei de costurar, que eu parei com muita coisa que eu fazia... (E14)*

As dificuldades no cuidar, associadas muitas vezes a problemas econômicos, desencadeiam questões relacionadas à permanência do idoso em sua própria residência, local este onde, tanto o cuidador como o ser cuidado, viveram grande parte de suas vidas, como se nota no verbalizado

por E13. Assim, para esta senescente, a solução de seus problemas relacionados às dificuldades do cuidar está na mudança de residência, para mais próximo de seus filhos, de quem ela espera auxílio.

> *Agora que ele ficou doente... ele era uma pessoa que não precisava nunca de tratamento. Caiu duma vez. É, sofre assim, mas tem que cuidar, né? Por isso que eu quero mudar lá... para os meus filhos, porque eles ajudam, né? Lá elas podem me ajudar, tem meus netos, tem tudo. (E13).*

A perda da independência resulta, às vezes, na mudança de endereço residencial para próximo de outro familiar, que ocorre principalmente quando, tanto o cuidador como o idoso cuidado possuem idades mais avançadas[108].

Mudanças de endereço, ou re-arranjos na planta física do domicílio de idosos, de modo que seja possível o recebimento de familiares, muitas vezes, são recursos utilizados para a viabilização desse provimento. Porém, há também que se levar em conta a resistência observada no idoso, em alterações de seu cotidiano, mesmo que estas sejam realizadas em seu próprio benefício. Assim, alterações na planta física, por mínimas que sejam, ou até mesmo mudanças de endereço, podem causar angústia e insegurança tanto no ser cuidado como no cuidador.

> *Morar perto das minhas filhas, não tem como muda por enquanto não também. É difícil de muda ela, né? E eu to bem aqui, né? tenho médico, conheço, moro quarenta anos aqui em Cascavel. Conheço bem, assim, as coisas tudo, né? Não me atrapalho muito pra mim viver aqui não, mesmo que a gente não tem tanto conhecimento hoje com as pessoa, né? Os médicos e tudo assim, né? (E14).*

As condições de enfrentamento de situações de stress vivenciadas por um indivíduo têm sido interpretadas de maneiras distintas: pelo desenvolvimento, pelo efeito de coorte ao qual o indivíduo pertence e pelo contexto em que ela ocorre[105].

Em se tratando de recursos financeiros, estes tendem a diminuir na fase de envelhecimento, uma vez que a aposentadoria diminui o rendimento familiar e os gastos com medicamentos, reduzem-no ainda mais, tendo em

vista a alta incidência de doenças crônicas entre idosos. Destarte, a diminuição de recursos financeiros, torna-se uma fonte de estresse, que, associada a sentimentos de revolta, impotência, culpa, solidão e isolamento social, irão compor um quadro de sentimentos negativos que, certamente, comprometerão o bem-estar e a saúde do cuidador e do ser cuidado.

Ao assumir a responsabilidade do cuidado domiciliar do idoso dependente, faz-se necessário que a família disponha de uma rede social e de saúde que sustente essa prática, uma vez que suas necessidades variam desde as materiais, envolvendo recursos financeiros, moradia e transporte até às emocionais e técnicas, incluindo as de informação sobre a realização do cuidado.

Sem o atendimento dessas necessidades, a prática do cuidado domiciliar acaba se tornando uma atividade mais desgastante, principalmente nos estratos mais carentes da população, dependentes de uma política social e de saúde, em que os programas de atendimento se encontram muito aquém do mínimo necessário.

Por outro lado, Perracini e Néri[93: 136] comentam que “a obrigação moral do cuidar, sentimentos de motivação e amor para retribuir experiências gratificantes de cuidados são presenças muito fortes” e que a elas são adicionados os “laços de parentesco, questões de gênero, proximidade física e afetiva, características de personalidade do idoso e seu cuidador”.

O processo de construção da identidade do cuidador se inicia a partir da instalação, do enfrentamento e da reflexão de uma rotina diária, sendo estabelecida nesse contato cotidiano, uma relação de ajuda entre os indivíduos envolvidos, na medida em que o idoso se percebe dependente e impossibilitado de sobreviver por si.

Entretanto, essa mesma relação traz consigo um constante confrontamento da competência do cuidador em lidar com as alterações de humor e comportamento do idoso, além de haver a necessidade de desenvolver aptidões quanto à tarefa do cuidar e flexibilidade suficiente para lidar com situações de crise, tanto familiares, como do próprio ser cuidado[117].

Pelo exposto, pode-se observar que o bem-estar do cuidador, e neste caso o senescente, está relacionado a um conjunto de elementos que perpassam a situação do cuidar, pois envolvem normas sociais de atribuição de papéis. Associado a isso, elementos como gênero e vínculos fazem com que esse segmento da população pertencentes a diferentes estratos, tenham acesso a recursos e privilégios distintos, uma vez que os recursos sociais e individuais de que dispõem, variam segundo o lugar que estes ocupam na ordem social.

5.2.3 Rede de apoio

Sob este tema central, foram identificadas como unidades temáticas os aspectos relacionados ao sistema de referência e contra-referência, redes de apoio social e a capacitação do cuidador informal.

As ações previstas na Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pelo Decreto n° 1.948, de 13/07/1996[28], possuem como objetivo a manutenção do idoso na comunidade, junto à sua família, de forma digna e confortável, prevendo, entretanto, quando necessário, o deslocamento para um serviço de longa permanência, seja ele um hospital, asilo, casa de repouso ou similar, sendo esta, considerada como alternativa, somente quando falharem todos os esforços anteriores[32; 138].

Os serviços de longa permanência são considerados pelo Ministério da Saúde um modelo excludente, por causar uma importante deterioração na autonomia e na capacidade funcional dos idosos, o mesmo acontecendo nos de curta permanência para tratamento de casos agudos, estimulando, assim, o retorno dos idosos aos cuidados domiciliares[32;138].

No entanto, o Estado possui um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS e prevê a otimização do suporte familiar, sem transferir para a família a responsabilidade em relação a esse grupo populacional[138], ainda que, isto esteja longe de acontecer na prática.

5.2.3.1 Sistema de referência e contra-referência

Para a execução das diretrizes da PNI, no que se refere às da assistência e reabilitação da saúde do idoso, o Sistema Único de Saúde conta com as Equipes de Saúde da Família para a Assistência Básica de Saúde, Hospitais Gerais e Centros de Referência à Saúde do Idoso, juntamente com os Hospitais Gerais, da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, cuja gestão está a cargo das Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde[32]. No entanto, o que se observa na prática do campo do estudo, não corresponde ao proposto pelas diretrizes do PNI, uma vez que no município inexiste um Centro de Referência e uma Rede de Assistência à Saúde do Idoso.

Dentro de suas diretrizes, apesar da recomendação de que o atendimento ao idoso deve ser realizado em seu domicílio, os municípios, por não disporem dessa rede de assistência, acabam transferindo o cuidado e a responsabilidade pela qualidade e continuidade do mesmo para a família do idoso.

Assim, apesar da existência de uma política voltada para os idosos, os programas de governo direcionados para esta população, portadora de dependência, aliado à falência do sistema previdenciário, faz com que a família se torne a única fonte de recurso para o cuidado do idoso dependente[116]. Esta situação é agravada, quando o ator envolvido é "pobre e sem recursos, tanto no âmbito da saúde como no das políticas sociais", condições que os incluem em um segmento excluído da sociedade[115: 14].

A des-hospitalização com conseqüente desinstitucionalização do cuidado está se tornando uma prática comum, principalmente para idosos portadores de agravos crônicos, cujos cuidados considerados de manutenção da vida pressupõem a dispensa de aparatos técnicos e conhecimentos especializados, como o relato abaixo:

> *[...] e daí ele saiu do hospital, daí como lá eles não ficavam mais com ele né? ... então acharam melhor internar ele em casa. (E15)*

A idéia da assistência a saúde baseada no modelo hospitalocêntrico consolidada com o desenvolvimento do capitalismo industrial, nos dias de hoje começa a dar lugar a uma antiga prática: o cuidado dentro do ambiente domiciliar.

Este recurso, preconizado pelo Ministério da Saúde, embora não substitua a assistência hospitalar, uma vez que há de se considerar as condições clínicas do usuário e as dos familiares, permite a racionalização da utilização dos leitos hospitalares, dos custos da gerados pelos longos períodos de internação além de propiciar um novo modelo de atendimento voltado para a vigilância e humanização da atenção a saúde[120; 139].

A mudança no perfil demográfico da população, provocado pelo aumento do número de idosos em nosso país leva à estimativa de que em 2020 teremos cerca de quatro milhões de indivíduos de ambos os sexos, acima de 80 anos[85]. Dessa população, 40% necessitarão de auxílio para, no mínimo, uma das atividades instrumentais da vida diária, como fazer compras, atender ao telefone, preparar refeições ou limpar a casa e 10% carecerão de ajuda para as ABVD's, tais como higiene pessoal, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se ou locomover-se[140].

Atualmente, o atendimento a esses indivíduos no domicílio, em consonância com a atual tendência na desospitalização precoce, faz com que haja necessidade de um maior apoio à família, por meio de uma ação organizada dos serviços públicos.

Entretanto, o sistema de referência e contra referência, entendido como aquele que favorece a articulação entre as unidades de assistência, nos três níveis existentes de atendimento a saúde, no município campo do estudo, embora instituído, mostra-se deficiente e desarticulado, dificultando o acesso do idoso dependente e sua família, aos benefícios garantidos pelo PNI.

Diante de uma situação de dependência, o impacto emocional, social e financeiro, muitas vezes iniciado ainda no momento da hospitalização, estende-se ao domicílio, exigindo uma reorganização dos papéis familiares, no sentido de propiciar a continuidade do cotidiano familiar.

Na realidade brasileira, onde os serviços de saúde são precários e insuficientes, o idoso dependente sobrevive com poucos recursos sociais e pessoais. Assim, a rede informal, composta por familiares, amigos e grupos da comunidade, acaba por assumir, mesmo com toda limitação a lacuna existente no atendimento deste crescente segmento da população.

Concordamos com Oliveira et al[123] quando estes afirmam que a carência de recursos de suporte formal, instituições e profissionais, aliados ao despreparo familiar, fazem com que os cuidadores de idosos fragilizados, tornem-se altamente dependentes de apoios informais, incluindo amigos, vizinhos e voluntários.

Muitas vezes observa-se que, por problemas nem sempre ligados à vontade própria do cuidador, mas sim à pouca condição financeira deste, a institucionalização é vista com uma possível saída para ambos: cuidador e ser cuidado[141]. O perfil de uma população empobrecida, com déficit de recursos econômicos, sociais e educacionais é construído a partir de uma renda familiar escassa. Se aos custos de alimentação e medicamentos fossem contabilizados os de materiais necessários à assistência do idoso acamado, pode-se calcular o nível de dificuldade do cuidador para prover uma melhor qualidade de vida ao idoso dependente[1].

> *Eu às vezes penso assim..., se eu arrumasse um lugar assim..., não agora que eu acho que já entendi, mas mais tarde, eu penso se arrumasse um lugar que tem um asilo bom, né? Que cuida, tem enfermeira, que tem tudo, se tivesse lugar assim de conforto, por exemplo, pegasse o benefício dele, porque eu também não sou mais criança, né? Eu penso isso pro causa da minha idade, a idade da mulher, do jeito que nós estamos e com a sogra desse jeito aí. Quer sabe de uma coisa? Deixa pra lá... eu vou até onde eu puder eu vou. (E3)*

O discurso de E3 é bastante lúcido e claro ao observar que a institucionalização do ser cuidado é pensada como uma solução para a família, uma vez que o cuidador parece possuir consciência do seu próprio processo de envelhecimento, da sua esposa, além de ter sob sua responsabilidade o cuidado de sua sogra. Fica também, evidente, nesse discurso, a preocupação do cuidador com o bem estar e conforto da idosa acamada.

Nesse sentido, Mazza e Lefévre[110: 8] comentam que “sem o devido respaldo, esses familiares, por incapacidade de prestar assistência, deixam de assistir os idosos de uma forma digna, obrigando-se a lançar mão da institucionalização”.

No Brasil, o idoso e sua família e, em especial, o idoso dependente, pobre e sem recurso, podem ser visto como mais um segmento excluído da sociedade, não só no âmbito da saúde, como também no das políticas sociais[133].

No discurso de E4, observa-se que os meios obtidos pelos familiares para o cuidar domiciliar não são igualitários para aqueles que dependem dos diferentes programas de assistência pública existentes.

> até uma pessoa esse tempo atrás me disse “é a dona L esta sozinha e consegue tudo para mãe dela e nós não conseguimos nada para nossa mãe”. Então eu me sinto assim até privilegiada em certo ponto, né? Eu corro atrás, eu procuro, e consigo, né? E eu me sinto bem diante disso. (E4)

> Que nem, pedir uma ajuda? Nada disso aí... eu tô controlando, né? Então a gente vai levando, né? Num tenho o que... que reclamar nada não. Pra mim a vida continua. Tudo bem. (E14)

Os discursos acima mostram uma realidade diferente daquela instituída pelos programas de atendimento a esta clientela, uma vez que o preconizado pelos serviços existentes no município é a integralidade da assistência, por meio do sistema de referência e contra referência entre os diferentes segmentos da rede.

Concordamos com Martins et al[142:256], quando estes afirmam que “para a atenção adequada ao idoso, juntamente com a magnitude e a severidade de seus problemas funcionais, é imperativo o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde factíveis e condizentes com as reais necessidades deste estrato populacional”.

O cuidado domiciliar, nesse segmento, em contraste com o institucionalizado, é bastante diferenciado, por tratar-se de um ambiente com características próprias, onde há dificuldades de acesso às informações, tecnologias e programas de assistência, necessitando maior apoio logístico aos idosos e ao seu cuidador para garantir o direito a uma vida com

qualidade e dignidade.

5.2.3.2 Capacitação do cuidador informal

Esta unidade temática, vinculada ao tema central rede de apoio, foi identificada a partir da análise dos discursos dos atores sociais, referentes a dificuldades vivenciadas por estes no processo do cuidar, relacionadas a execução das tarefas do cuidado.

O estado de saúde do idoso pode ser comprometido pela falta de habilidade do cuidador e pela pressão ao qual ele possivelmente estará submetido. A expectativa de ajuda e de apoio por parte de outros familiares no processo do cuidar pode afetar a avaliação da situação vivenciada, levando-o a considerá-la positiva ou negativa[104].

O cuidado domiciliar realizado por leigos é o do cotidiano, essencial "para a manutenção da vida do idoso, somado à disponibilidade, à boa vontade [...] ao respeito à pessoa humana" onde o suporte e a independência do idoso são valorizados, sem, no entanto, haver espaço para a submissão de ambas as partes[110: 7].

Assim, o dia-a-dia é o espaço do imediato, na qual os cuidadores, de modo geral, devem agir pelo saber prático[93].

A situação relatada a seguir retrata uma realidade nem sempre vivenciada pela maioria dos cuidadores:

> *A gente paga uma diarista, paga uma enfermeira pra ela me ajudar dar banho aqui e, né? Todos os dias, nós damos um banho nela e ela também orienta também, porque ela é enfermeira prática, e eu agora já to também prático assim de... o que ela precisar eu to sabendo resolver também. (E8)*

Nesse discurso, é importante destacar que a pessoa a qual o cuidador denomina "enfermeira" (grifo nosso) é alguém que não possui formação superior para essa atividade, mas que cuida com um saber diferenciado. Sobre este aspecto, Lavisky e Vieira[122] comentam que a indisponibilidade financeira de grande parte da população faz com que esta,

impossibilitada de contratar serviços especializados ou profissionais tecnicamente preparados, contrate leigos para assumirem o papel de cuidador.

A incerteza e a insegurança geradas pela falta de conhecimento e preparo para o cuidado acaba gradativamente sendo substituídas "por segurança a partir do momento em que consegue organizar-se e perceber o cuidado como fácil" [108: 439].

O sentir-se "perdido" diante de uma situação nova e inesperada é o primeiro sentimento despertado diante do desconhecido, do inusitado. A necessidade imposta pelo cotidiano do cuidar, ainda que gerando outros sentimentos, traz consigo uma segurança gradativa, na medida em que o cuidador passa a desenvolver o cuidado.

> *mais é... aprendi um pouco na vida. Comecei as coisas, porque quando aconteceu isso com a mãe a gente nem sabia como lidar, nem sabia como faze, não eu, todos nós. Nos vimos perdidos. (E12)*

> *Num tem meios. ...mas a gente tem uma noção, né?(E14)*

Para Thober, Creutzberg e Viegas[108: 439], "a habilidade e o conhecimento da atividade de cuidar são construídos na prática diária, na qual o familiar aprende com os seus próprios erros e acertos, seguindo o caminho inverso da trajetória profissional [...]".

O discurso do senescente E16 atribuiu uma maior facilidade no cuidar que foi aprimorada ao longo dessa atividade. Entretanto, a habilidade em executar algumas tarefas relacionadas ao cuidado não está relacionada com a qualidade do mesmo. Em algumas situações, a habilidade pode ser comprometida com o passar do tempo, pelo avanço da idade:

> *No início era mais difícil, agora já tô mais... tô acostumando. No começo eu demorava mais, agora eu já tô mais prática. (E16)*

Entretanto, a prática do dia-a-dia, sem uma orientação ou supervisão adequada, pode gerar um conceito simplista do cuidado, aumentando as chances de iatrogenias e, dessa forma, agravar o estado de

saúde do dependente.

Outro fato interessante corre com o cuidador E9, que mostra uma realidade não muito comum em nosso meio, uma vez que raramente é o cuidador quem permanece com o idoso doente, por ocasião de seu período de internação hospitalar.

> *Não é difícil, agora acho fácil cuidar... já foi mais difícil.... Depois que ele foi ao hospital, aprendi a dar banho e tudo lá mesmo...(E9).*

Ressalte-se que, nas instituições hospitalares do município, particulares ou não, inexistem programas instituídos para treinamento ou orientação de cuidadores, mesmo durante o período de institucionalização do cliente, ficando esta prática a cargo da iniciativa individualizada dos enfermeiros responsáveis pelas diferentes clínicas, quando estes reconhecem a importância dessa prática e ainda, de forma não sistematizada.

Uma das dificuldades ligadas ao ato de cuidar, embora não observada em nenhum discurso, está ligada à questão da baixa escolaridade do cuidador. A necessidade de cumprimento de uma prescrição médica, composta de vários medicamentos com diversas dosagens e horários, tendo em vista associação de diferentes agravos no mesmo idoso, além da elaboração e administração de dietas específicas e até mesmo a execução de curativos, exigem do cuidador analfabeto, ou com baixa escolaridade, o desenvolvimento de recursos que facilitem o desempenhar de suas funções. Assim, o reconhecimento das diferentes medicações se dá em geral pelo tamanho, cor do comprimido, líquido a ser administrado, o que aumenta as possibilidades de erro.

A situação de despreparo técnico dos cuidadores pode culminar em sobrecargas pessoais, alterações em seu modo de vida e exteriorização de sentimentos, quando não são capazes de “administrar bem o cuidado de si à medida que cuidam do outro – requisito indispensável à prestação de cuidados de qualidade que, sem dúvida, surgem como resultado de uma boa qualidade de vida do cuidador”[122: 42].

Aliado a esses fatores, a possibilidade de adequação do ambiente domiciliar, nem sempre é possível de ser realizada, pela falta de disponibilidade e acesso a equipamentos que facilitem o cuidar. Os aspectos culturais dos moradores e freqüentadores daquele domicílio, onde as particularidades individuais são bem definidas, exige dos profissionais, diferentes modos de olhar, saber e fazer.

Dentre as alternativas existentes para se assegurar um envelhecer com qualidade além da autonomia e independência do idoso, a ação educativa para o cuidado surge como uma das opções disponíveis[142].

Entretanto, essa mesma ação não assegura ao senescente cuidador uma maior tranqüilidade em relação ao desgaste físico e emocional. O fazer com segurança não vai garantir a diminuição do estresse causado pela falta de lazer e do isolamento social, considerando que as necessidades básicas do ser humano tais como as fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e auto-realização, necessitam ser atendidas. Entende-se por necessidades humanas básicas:

> *[...] estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes de desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. São aquelas condições ou situações que o indivíduo, família ou comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não*[143: 39].

Dessa forma, é mister que no conhecimento necessário para subsidiar o cuidar do idoso dependente e de seu cuidador, deve estar incluído, além do entendimento das necessidades humanas, as adaptações e mudanças que ocorrem no curso da vida, as quais apresentam diferentes dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual.

O modelo atual, centrado na atenção médica, privilegiando as ações curativas, desconsideram o papel ativo que pode ser desempenhado pelo indivíduo, deixando-o à margem de um processo no qual ele é a mola propulsora. Assim, concordamos com Martins et al[142], quando estes referem que no cuidar do ser idoso e de seu cuidador, o foco não deve ser a patologia, mas sim a priorização, promoção, manutenção e recuperação da saúde, respeitando a independência e propiciando a participação de ambos

no processo do cuidado familiar e, desse modo, favorecer a assistência qualificada.

O atual desafio, em se tratando de idosos, cuidadores e indivíduos cuidados, constituem-se em desenvolver mecanismos capazes de "compatibilizar o aumento da expectativa de vida com a necessária qualidade em seu desenrolar"[142: 255], e nele, o Estado possui um papel preponderante no que se refere à promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Ainda que o cuidado domiciliar de idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, demande programas de orientação, informação e assessoria de profissionais devidamente capacitados em saúde do idoso, este depende do apoio informal e familiar, constituindo-se um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional, de forma a otimizar o suporte familiar sem, no entanto, transferir para a família a total responsabilidade em relação a esse grupo populacional.

Assim sendo, as estratégias a serem utilizadas para a assistência domiciliar do idoso dependente, também, deverão dispor de medidas que visem ao seu cuidador, em particular o senescente, buscando mantê-lo em sua rotina, no seu ambiente familiar e na sua comunidade uma vez que este, diante da situação do cuidar solitário, carente de orientação e recursos, torna-se extremamente vulnerável a agravos tantos físicos como psico-emocionais.

5.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO COTIDIANO DO CUIDADOR

Para Cardoso e Arruda[59: 153], a doença representa uma ameaça na vida das pessoas e ao "darmos sentido para ela, ao representarmo-la dentro de nós, tornamo-la não só mais próxima e familiar, mas também mais compreensível em nosso universo social".

Em nosso entendimento, assim como a doença, o cuidado

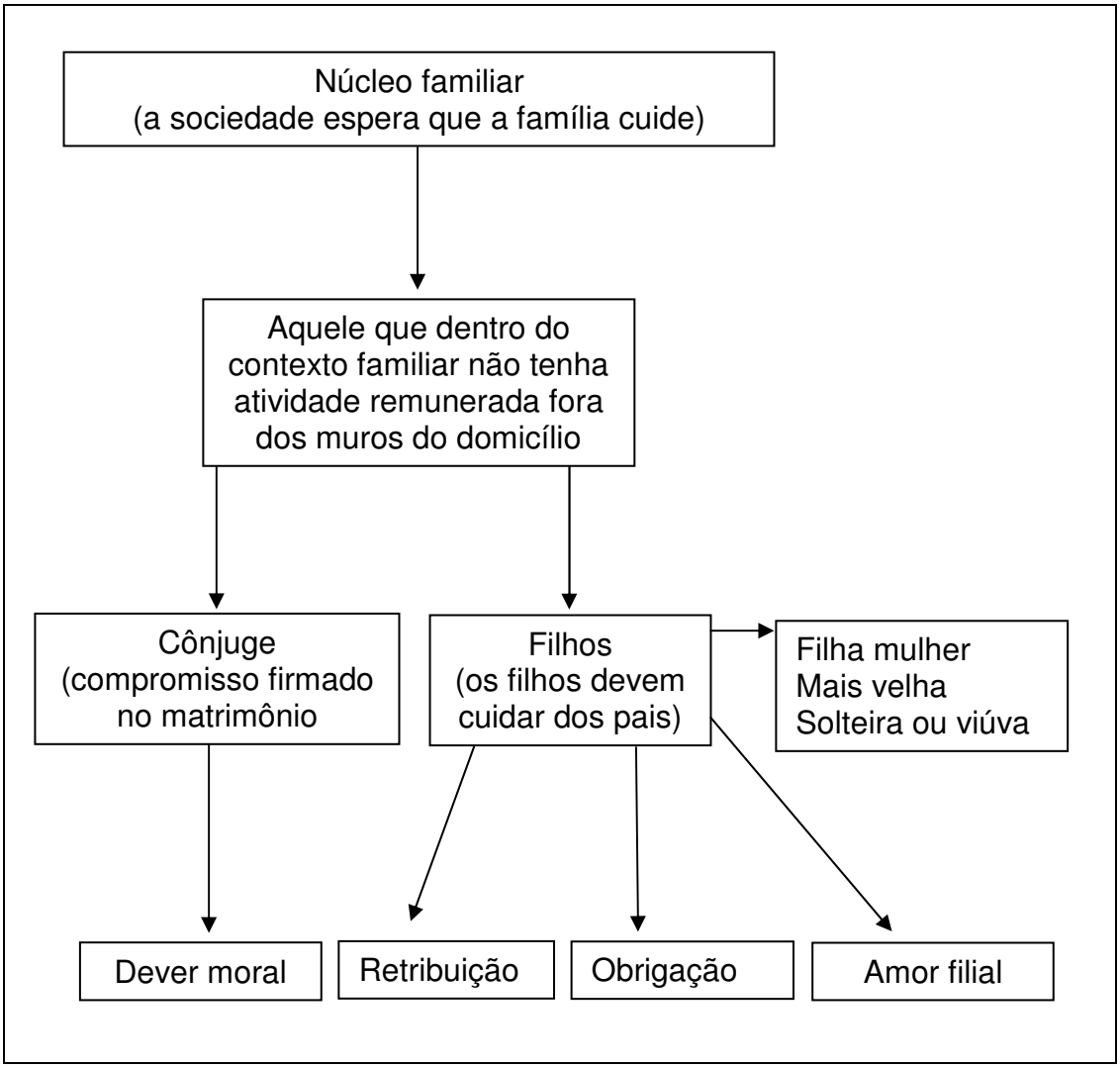
domiciliar, como algo novo na dinâmica familiar e no cotidiano do cuidador, necessita ser entendido. Para tanto buscamos na Representação Social, apreender os motivos que levaram o idoso a se tornar e a se manter como cuidador, bem como aqueles relacionados ao cuidado, visando viabilizar a elaboração de propostas de mudanças, para minimizar as situações de de vulnerabilidade ao adoecimento do cuidador senescente, bem como a elaboração de estratégias que poderiam ser utilizadas para minimizar os processos de desgaste e potencializar os de fortalecimento a que estes são submetidas em seu cotidiano.

Assim, concordamos com Lavinsky e Vieira[122] quando estes referem que as representações sociais construídas em torno do cuidar de um familiar resultam da vida e do contexto de situações que culminam por despertar sentimentos que originam comportamentos.

As representações sociais neste estudo foram identificadas a partir dos relatos das experiências vivenciadas pelos senescentes cuidadores de idosos dependentes no ambiente domiciliar.

No que se relaciona ao tornar-se cuidador, pôde se perceber que em ambas as situações, é esperado que este seja eleito dentro do núcleo familiar e, que esta escolha recaia sobre o (a) cônjuge ou filho (a) (nesta ordem). Quando a opção se volta para a figura do filho, esta geralmente recai na do sexo feminino, mais velho dentre os demais ou, então, pela viúva ou solteira (Figura 1). Pelos discursos dos entrevistados, se nota que as razões que levaram a escolha do cuidador, são as mesmas que os mantém como provedores do cuidado do idoso dependente, mesmo que este acarrete em situação de desgaste físico, psíquico e emocional.

Figura 1 - Representações Sociais envolvendo o tornar-se e manter-se cuidador.



Já no tocante ao cuidar no cotidiano do cuidador, nota-se que condições, como insônia, cansaço físico e estado de doença são atribuídas ao processo de envelhecimento e que também, existe um sentimento de "prestação de contas a sociedade", envolvendo normas sociais de atribuições e de aprovação de papéis (grifo nosso).

Sentimentos negativos percebidos nos discursos, como: solidão, culpa, impotência, intolerância e revolta, parecem não possuir uma estruturação dentro das RS, o que pode ser explicado por Cardoso e Arruda[59: 159], quando estes comentam que "aquilo que gera excessiva ansiedade dificulta a estruturação da representação".

O cuidado, como parte integrante do cotidiano desses senescentes cuidadores foi, de certa maneira, imposto e assim, ao aceitarem de forma aparentemente passiva mais este encargo, deixam de ser protagonistas de sua própria história. Neste sentido, a idéia de tornar o não familiar em familiar, o recriar, o reconstruir, não parece acontecer de forma esperada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciado pelo país nas últimas décadas, evidenciando um acréscimo acelerado da população idosa, traz uma série de questões importantes tanto para a sociedade, como para os gestores do Sistema de Saúde, uma vez que estas ocorrem dentro de um contexto de desigualdade social e fragilidade das instituições tanto da iniciativa privada quanto da pública.

O Ministério da Saúde, ao instituir a internação domiciliar no âmbito do SUS como diretriz para a equipe básica de saúde, buscou a construção e a operacionalização de práticas voltadas para uma assistência mais humanizada além da racionalização na utilização dos leitos hospitalares, com a redução do período de hospitalização.

No entanto, por ocasião da desospitalização, diante de uma situação de dependência, o impacto emocional, social e financeiro, muitas vezes, iniciado ainda no momento da internação hospitalar, estende-se ao domicílio, exigindo uma reorganização nos papéis familiares, no sentindo de propiciar a continuidade do cotidiano familiar gerando, via de regra, conflitos entre os membros deste núcleo.

Na presente investigação, o estudo das representações sociais sobre o cotidiano do cuidador senescente de idosos dependentes tornou evidente a subjetividade existente, apreendida pelos sentimentos, pensamentos e ações, identificadas na vivência do cuidar.

Embora os temas centrais identificados nos discursos dos atores sociais — determinação do valor sócio-cultural, repercussão do cuidar no cotidiano do cuidador e rede de apoio — tenham sido considerados separadamente, é inegável a inter-relação existente entre eles, dificultando uma análise pontual, baseada no fato de que sentimentos que o sujeito desenvolve sobre si mesmo, sobre os que o cercam e seu cotidiano, são construídos a partir de apropriações da cultura e do (con)viver em sociedade.

As influências negativas percebidas nos relatos foram àquelas relacionadas à saúde orgânica funcional e à sobrecarga geral. As alterações

de saúde relatadas pelos cuidadores abarcaram o aspecto físico e o psicológico.

Esses dados evidenciaram o estado de vulnerabilidade a qual o cuidador senescente encontrava-se exposto, considerando que o estado de vulnerabilidade é determinado por fatores circunstanciais aos quais o indivíduo é submetido. Assim, tratar de assuntos referentes ao cotidiano do senescente cuidador implica a consideração de situações relacionadas aos aspectos sociais, culturais, econômicos, psicológios, de crença além da condição de acesso aos serviços de saúde.

Os dados obtidos revelaram que não existe uma política de apoio efetivo ao cuidador de idosos e, em especial, aos senescentes cuidadores, com o intuito de atender suas reais necessidades e, para que isso ocorra de maneira efetiva são necessárias ações que assegurem a longitudinalidade, integralidade, acesso equânime e de qualidade[120].

Assim, torna-se importante uma maior articulação e comprometimento entre os diferentes segmentos da rede de assistência de saúde, de apoio e de formação de mão de obra profissional, para viabilizar as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 2.529/2006[35] e expandidas aos seus cuidadores, em especial aos longevos, uma vez que estes são indivíduos com necessidades próprias e particulares de atenção à saúde.

Outro aspecto a ser considerado é o relacionado ao despreparo técnico do cuidador. A inexistência de um programa específico voltado para esta necessidade constitui em mais uma dificuldade a ser enfrentada por este ator social, uma vez que o aprendizado do cuidado passa a ser uma atividade a ser aprendida no dia a dia, com o fazer, por meio de acertos e erros, expondo o idoso cuidado a riscos quanto a sua integridade física.

Assim, o modelo de assistência domiciliar em que um membro da família é o cuidador principal e, em particular, o cuidador senescente, exige dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, uma atuação mais efetiva e dinâmica, principalmente no que se refere à orientação e supervisão do cuidado, tomada de decisões na prevenção de desgastes, considerando que este se torna tão, ou mais vulnerável que o próprio

doente.

Desta forma, programas devem ser desenvolvidos com objetivo de promover, implantar, implementar e avaliar a sua eficiência na capacitação dessa população, em decorrência do crescente fenômeno do envelhecimento, bem como as complicações advindas desse processo[142]. Considerando sempre que, o processo de construção de cuidador se inicia a partir do enfrentamento e da reflexão da rotina diária, sendo estabelecida uma relação de ajuda entre os indivíduos envolvidos sempre que uma pessoa se percebe dependente e sem possibilidade de sobreviver só.

Os enfermeiros necessitam voltar seu olhar para esse segmento da população, de forma mais concreta e com a percepção que este é um grupo altamente vulnerável. Ações de educação em saúde, uma das atribuições deste profissional, podem e devem ser utilizadas como instrumento para essa prática.

Uma das formas de melhorar a percepção dos profissionais de saúde é despertar desde a academia, o olhar crítico sobre o envelhecimento e as implicações de suas condições especiais e ampliá-lo, principalmente quando se tornam acamados, dependentes ou cuidadores destes, assim como conhecer os recursos disponíveis para essa fase da vida.

Entretanto, esta discussão requer a superação do modelo hegemônico vigente, onde é priorizada a atenção médica, centrado na doença, para uma *práxis* voltada para o processo saúde–doença, centrada no cliente, sua família e no cuidado.

O cuidar de um paciente idoso no domicílio requer respeito, afetividade, entendimento sobre o envelhecimento e organização de tarefas diárias que envolvam o cuidador e o idoso, suas crenças, seus valores, suas dificuldades financeiras, físicas e materiais, além da percepção das relações de intersubjetividade existente tanto entre os membros do núcleo familiar, como entre estes e os profissionais envolvidos nesse processo.

As articulações entre os atores e o imaginário social em que se originam as representações sociais, permitiram identificar as fortalezas e vulnerabilidades desse grupo de idosos, o que possibilita nortear estratégias que envolvam o cuidar do idoso dependente e principalmente o seu

cuidador, também idoso, situação cada vez mais freqüente em nossa sociedade.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁAFICAS

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moraes GLA, Silva MJ. Explorando o universo do cuidado de idosos dependentes pelo cuidador familiar. Rev. RENE. 2004;5(1):33-40.

2. Santos, GF. O ser no mundo: vida e morte. Enferm rev. 1996; 2(5):213.

3. Stuart-Hamilton, I. A psicologia do envelhecimento: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2002.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 [citado 2008 out. 06]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf

5. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3):866-67.

6. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. Cad. Saúde Pública. 2003; 19 (3): 773-81.

7. Néri AL. A pesquisa em gerontologia no Brasil. Texto e Contexto Enferm.1997;6(2):69-105.

8. Santos ACA et al. A morte de idosos asilados – percepção dos cuidadores de enfermagem. Ciência e Saúde. 2004;3(3):277-86.

9. Berquó E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. Trabalho apresentado no Seminário Internacional sobre o Envelhecimento Populacional: uma agenda para o fim do século. 1996. Brasília.

10. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará. UERJ; 1992.

11. Duarte YAO. O processo de envelhecimento e a Assistência ao Idoso. Programa de Saúde da Família. Manual de Enfermagem. Ministério da Saúde, São Paulo; 2001.

12. Séguin E. O idoso aqui e agora. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris,; 2001.

13. Barreto J. Atendimento ao velho. H.U. Rev. Juiz de Fora. 1991; 18(3): 161-66.

14. Veloz MCT, Nascimento-Schulze CM, Camargo BV. Representações sociais do envelhecimento. Psicol. Reflex. Crit. 1999: 12(2).

15. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2003:19 (3): 700-01.

16. Veras R. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cad.Saúde Pública, Rio de Janeiro: 2007:23(10):2463-2466.

17. Manganaro MM, Murta GF. Enfermagem na saúde do idoso. In Murta GF (org.) Saberes e Práticas: guia para o ensino e aprendizagem de enfermagem. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão editora, 2006. cap 8.

18. Brêtas ACP. Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde. Rev.. Bras. Enferm. 2003; 56(3):298-301.

19. Organización Panamericana de Salut. Guia clínico para atención primaria a las personas mayores.3° ed. Washington:OPAS;2003.

20. Jacob Filho W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: Duarte YAO, Diogo MJD'E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.

21. Martin GB, Cordoni Júnior L, Bastos YGL. Aspectos demográficos do processo de envelhecimento populacional em cidade do sul do Brasil. Epidemiologia e Serviço de saúde 2005;14(3): 151-58.

22. Dallari DA. O que é participação política. São Paulo: Editora Brasiliense; 1993.

23. Vieira EA. Democracia e políticas sócias. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1992.

24. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília [citado em 2008 ago. 03] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

25. Brasil. Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. [legislação na internet]. Brasília; 1998 [citado em 2008 ago. 03] Disponível em: htt//dtr2001. saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM2528.html.

26. Brasil. Lei 8742 de 07 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. LOAS. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União;08 dez.1993.

27. Brasil. Lei 8842 de 4 de janeiro de 1994 Dispõe sobre a política nacional do idoso, cúria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília; 1994 [citado em 2008 out. 17] Disponível em: http://www.planalto.bov.br/ccicivil_03/leis/18842.htm.

28. Brasil. Decreto 1948 de 3 de agosto de 1996 Regulamenta da Lei 8842 de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a política Nacional do Idoso, e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília; 1996 [citado em 2008 out. 13] Disponível em: http://www.dji.com.br/decretos/1996-001948/1996-001948.htm.

29. Brasil. Portaria 2416/GM, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação familiar no SUS. [legislação na internet]. Brasília; 1998 [citado em 2008 ago. 03] Disponível em: htt//dtr2001.saude.gov.br/sãs/portarias/port98/GM/GM2416.html.

30. Brasil. Portaria 1395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências [legislação na internet]. Brasília; 1996 [citado em 2007 fev. 20] Disponível em: htt//www.unioeste.br.

31. Brasil. Lei 10424 de 15 de abril de 2002 Acrescenta capítulo e artigos à lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. [legislação na internet]. Brasília; 2002 [citado em 2008 ago. 03] Disponível em: http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10424.htm

32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

34. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada- RDC n° 11 de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. [legislação na internet]. Brasília; 2006 [citado em 2008 ago.03] Disponível em: http://www.sbn.org.br/Portarias/11_06.pdf.

35. Brasil. Portaria 2529/GM, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. [legislação na internet]. Brasília; 2006 [citado em 2008 ago.03] Disponível em: http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf

36. Heidgger M. Ser e tempo. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2001. 2 v.

37. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989.

38. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.

39. Santos SMA. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas, SP: Editora Alínea; 2003.

40. Pessini L. Humanização da dor e sofrimento no contexto hospitalar. Bioética. 2002;10(2):51-72.

41. Souza ML, Sarter VVB, Padilha MICS, Prado ML. O cuidado em enfermagem- uma aproximação teórica. Texto e Contexto Enferm. 2005;14 (2): 316-70.

42. Chaimowic, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública.1997;31(2) :184-200.

43. Párraga Diaz M. Quien cuida a los cuidadores? Enfermeria Global. [periódico na internet]. 2005[citado 2007 jul 06]; 6(5). Disponível em: http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/issue/archive

44. Leitão GCM, Almeida DT. O cuidador e sua qualidade de vida. Acta Paul. Enf. 2000;13(1): 80-5.

45. Sena RR, Leite JCA, Costa FM, Santos FCO, Gonzaga RL. O cuidado no domicílio: um desafio em construção. Cogitare Enferm 1999; 4(2):58-62.

46. Sena RR, Silva KL, Rates HF, Vivas KL, Queiros CM, Barreto FO. O cotidiano da cuidadors no domicílio: desafios de um fazer solitário. Cogitare Enferm. 2006; 11(2): 124-32.

47. Diogo, MJD. ; Ceolim, MF. ; Cintra, FA. Orientações para idosas no domicílio. Rev. Esc Eferm. USP 2005; 39 (1): 97-102.

48. Costenaro RGS, Lacerda MR. Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano; 2001.

49. González Varea, J Armengol, J Cuixart, I Manteca, H, Carbonell M, Azcón MA. Cuidar a los cuidadores: atencion familiar. Enfermeria Global. [periódico na internet]. 2005 [citado 2007 jul 06]; 6(5). Disponível em: http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/issue/archive.

50. Viorst J. Perdas necessárias. São Paulo: Ed. Melhoramentos;1988.

51. Minayo MCS(org.) Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.

52. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco; 1996.

53. Jovchelovitch S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: Guareschi P, Jovchelovitch S. Textos em representações sociais. Rio de Janeiro, Petrópolis: Editora Vozes; 2003.

54. Jodelet, D. (org.) Les representations sociales. Paris: Pufd; 1989.

55. Bonfim, ZAC; Almeida, SFC. Representação social: conceituação, dimensão e funções. Revista do psicólogo. 1991/92; 9 (1/2), 10 (1/2):5-89.

56. Souza Filho EA. Análise de Representações Sociais. In: Spink MJP. (org.) O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1995.

57. Abric JCA. Abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP. Oliveira DC. (org). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB; 1998.

58. Sá CP. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink MJP (org.) O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1995.

59. Cardoso GP, Arruda A. As representações sociais da soroposutividade e sua relação com a observância terapêutica. Ciências & Saúde Coletiva,10(1):151-162,2004.

60. PARANA, Instituto Paranaense de desenvolvimento econômico e social – IPARDES [legislação na internet]. Curitiba; [citado em 2007 fev. 20]. Disponível em : http://www.ipardes.gov.br.

61. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- Censo 2006 [citado em 2007 mar. 20]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/seculoxxestatiticas_populacionais.shtm.

62. Conselho Estadual dos Direitos do Idoso – CEDI. Perfil do Idoso do Estado do Paraná. Relatório preliminar de Pesquisa. Curitiba, 2001.

63. Maciel A. Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter; 2002.

64. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuropsiquiatr. 1999;57(2-B):421-26.

65. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev.Saúde Pública. 2005;39(6):918-23.

66. Taub A, Andreoli SB, Bertolucci PH. Dementia caregiver burden: reliability of the brazilian versión of de Zarit caregiver burden interview. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2):371-76.

67. Bocquet H, Pous J, Charlet JP, Grand A. Mesure de la charge des aidants de personnes âgées dependants par la grille de Zarit. Rev. Epidém. Et Santé Publi., 1996;44:57-65.

68. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. Rev. Saúde Publica. 2004; 38(6):835-41.

69. Ruipérez I, Llorente P. Geriatria. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2000.

70. Néri AL. Palavras-chaves em gerontologia. 2ª.ed. Campinas, SP: Editora Alínea; 2005.

71. Pereira LSM. Avaliação pelo fisioterapeuta In: Maciel A. Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter; 2002.

72. Lobiondo-Wood G., Haber J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

73. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 1991.

74. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 3ª Ed. São Paulo: Atlas; 1994.

75. Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS (org.). Pesquisa social teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1996.

76. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa; 1977.

77. Sena, DM; Antunes, EH. Abordagem da família (a criança, o adolescente, o adulto e o idoso no contexto da família). In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de condutas médicas/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

78. Côrte B, Oliveira B, Medeiros S. Brasil: o de dizem os números sobre a pessoa idosa? Trabalho apresentado no XV Encontro nacional de estudos populacionais, ABEP. Caxambú-MG- Brasil, de 18 a 22 de setembro de 2006 [citado 2008 ago. 03] Disponível em www.portaldoenvelhecimento.net.

79. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. Estud. Interdiscip. Envelhec. 2002; 4:7-19.

80. Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Néri AL, D GG. (orgs). Velhice e Sociedade. 2ª.ed. Campinas, SP:Papirus; 2004.

81. Laks J et al. Mini mental state examination norms in a community-dwlling sample of ederly with low scholing in Brazil. Cad. Saúde Pública. 2007;23(2): 315-19.

82. Lebão ML, Laurent R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. Rev. Bras. Epidemiol. 2005; 8(2):127-41.

83. Brito-Marques PR, Cabral-Filho J. The role of education in mini mental state examination: a study in Northeast Brazil. Arq Neuropsiquiatr. 2004;62 (2-A):206-11.

84. Laks J et al. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antonio de Pádua, Rio de Janeiro. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(3-B):782-85.

85. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Saúde do Idoso. Brasília. Redes estaduais de atenção ao idoso. [citado em 2008 fev.05]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/redes_estaduais_idoso.pdf.

86. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis. Rio de Janeiro: Ed. Vozes; 1999.

87. Vilela ABA et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2006;9 (1): 55-69.

88. Garcia MAA, Frigério RM, Miyamoto DA, Melin SS. Idosos e cuidadores fragilizados? O Mundo da Saúde. 2005;29(4):645-52.

89. Domingos Sobrinho M. “Habitus” e Representações Sociais: questões para o estudo de identidades coletivas. In Moreira ASP, Oliveira DC. (orgs.) Estudos interdisciplinares de Representação Social. Goiânia: AB; 1998.

90. Marques SM, Ferraz AF. A vivencia do cuidado domiciliar durante o processo de morrer: a perspectiva de familiares cuidadores. REME – Rev. Min. Enf. 2004; 8(1):165-252.

91. Ferreira ABH. Novo dicionário d língua portuguesa. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; (s/d).

92. Nóbrega SM. Maioria e minorias: do conformismo à inovação. In: Moreira ASP, Oliveira DC. (orgs). Estudos interdisciplinares de Representação Social. Goiânia, Goiás: AB; 1998 .

93. Perracini MR, Néri AL. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: Néri, AL (org). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas, SP: Editora Alínea; 2006.

94. Bueno S. Mini dicionário da língua portuguesa. São Paulo: FTD:LISA; 1996.

95. Néri AL., Carvalho VAML. O bem estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: Freitas EV et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

96. Caldas CP. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA. (org.). Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.

97. Santos SMA. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas, SP: Editora Alínea; 2003.

98. Leme LEG. O idoso, a morte e o sofrimento. In: PY L. (org.) Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: NAU Editora; 1999.

99. Pierre C. A arte de viver e morrer. São Paulo: Ateliê Editorial; 1998.

100. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1997.

101. Houaiss, A. Minidicionário Houaiss da língua portuguesa. Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de dados da Língua Portuguesa S/C Ltda- Rio de Janeiro: Objetiva; 2004.

102. Stedeford A. Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.

103. Parkes CM. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus; 1998.

104. Sommerhalder C., Néri AL. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadores familiares de idosos de alta dependência. In: Néri AL (org). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas, SP: Editora Alínea; 2006.

105. Goldstein LL, Sommerhalder C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e na velhice. In: Freitas EV et al Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2002.

106. Fitch M. Necessidades emocionais de pacientes e cuidadores em cuidados paliativos. In: Pimenta CA, Mota DDCF, Cruz DALM. Dor e Cuidados Paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole; 2006.

107. Silveira TM, Caldas CP, Carneiro FT. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(8):1629-38.

108. Thober E, Creutzberg M, Viegas K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito familiar. Rev. Brás. Enferm. 2005; 58(4):438-43.

109. Caldas CP. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: Saldanha AL, Caldas CP. Saúde do idoso: a arte de cuidar. São Paulo: Interciência; 2004.

110. Mazza MMPR, Lefèvre F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. Rev. Brás. Cresc Desenv Hum. 2005;15 (1):01-10.

111. Jovchelovitch S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: Guareschi P., Jovchelovitch S. (org.). Psicologia social: textos em representações sociais. Petrópolis, RJ: Vozes; 1995.

112. Carstensen LL. Motivação para contato social ao longo do curso de vida: uma teoria de seletividade socioemocional. In: Néri AL. (org.). Psicologia do envelhecimento. Campinas, SP: Papirus; 1995.

113. Floriani CA, Schramm FR. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. Cad. Saúde Pública. 2006;22(3):527-34.

114. Gonçalves LHT, Flores e Silva Y, Pfeiffer S. O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. Cogitare Enferm. 1996; 1(2): 39-47.

115. Mazza MMR. O cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.

116. Caldas CP. O sentido do ser cuidador de uma pessoa idosa que vivencia um processo de demência [tese]. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN: Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

117. Perracini MR. Análise multidimensional de tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência [dissertação]. Campinas, SP: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 1994.

118. Bocchi, SCM. Movendo-se entre a liberdade e a reclusão: vivendo uma experiência de poucos prazeres ao vir-a-ser um familiar cuidador de uma pessoa com AVC [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2001.

119. Sportello EF. Caracterização das formas de vida e trabalho das cuidadores familiares do Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2001.

120. Sena RE, Silva KL, Rates HF, Vivas KL,Queiroz CM, Barreto, FO. O cotidiano da cuidadores no domicílio: desafios de um fazer solitário. Cogitare Enferm 2006 maio/ago; 11(2):124-32.

121. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(3): 861-66.

122. Lavinsky AE, Vieira TT. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. Acta Scientiarum, Health Sciences. 2004;26(1): 41-45.

123. Oliveira SK, Landgraf Júnior F, Dellaroza MSG, Yamada KN, Trelha CS, Cabrera MSS. Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo projeto de assistência interdisciplinar a idosos em nível primário – PAINP – Londrina – PR. Ciência, Cuidado e Saúde. 2006; 5(2):184-92.

124. Teixeira MCTV, Schulze CMN, Camargo BV. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. Psicol. Reflex. Crit., 1999; 12(2) :479-501.

125. Rodrigues, RAP. Mulheres em mudança no processo de vida e envelhecer [tese livre docência]. Ribeirão Preto, São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo; 1997.

126. Seffer F. O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório [citado 2007 jul. 06] . Disponível em: http://www.aids.gov.br/final/dh/afroatitude/vulnerabilidade_protagonismo/vulnerabilidade.rtf.

127. Hayflick L. Como e porque morremos. Rio de Janeiro: Campus; 1996.

128. Santos L.L.C. Ações de enfermagem e sua importância segundo o enfermeiro e o paciente geriátrico. Rev. Esc. Enf. USP. 1982;16(1): 37-52.

129. Câmara VD, Câmara WS. Distúrbios do sono no idoso. In: Freitas EV., Py L., Néri AL., Cançado FAX., Gozzoni ML., Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002.

130. Gordilho A. Depressão, ansiedade,outros distúrbios afetivos e suicídios. In: Freitas EV, Py L, Néri AL. Cançado FAX., Gozzoni ML., Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002.

131. Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. Ciência e Saúde Coletiva. 2002: 7(4): 899-906.

132. Watanabe HAW, Derntl AM. Cuidadores de idosos: uma experiência em Unidade Básica de Saúde - Projeto CapacIDADE. O Mundo da saúde. 2005; 29(4).639-44.

133. Teixeira MH. Relação interpessoal: cuidador-idoso dependente/cuidador família. In: Caldas CP. A saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: EdUERJ;1998.

134. Essex EL, Hong J. Older caregiving parents: division of household labor, marital satisfaction, and caregiver burden. Family Relations. 2005;54(7): 448-60.

135. Nakatani AYK., Souto CCS., Paulette IM., Melo TS., Souza MM. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. Revista Eletrônica de Enfermagem [periódico na internet] 2003 [citado em 2008 fev.05]; 5 (1). Disponível em http:/www.fen.ufg.br/revista.

136. Vargas HS. A Sociologia do envelhecimento. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Universidade Aberta da Terceira Idade. 2o Curso de Formação de Cuidadores de Idosos Dependentes. Rio de Janeiro: UERJ; 1997.

137. Cruz DALM. Desesperança e impotência frente à dependência. In: Duarte YAO, Diogo MJD'E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.

138. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Saúde do Idoso. Brasília, 1999 [citado 2008 fev.05]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/idosos/propostas.htm.

139. Silva KL, Sena RE, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internaçao domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública 2005.; 39(3): 391-7.

140. Ramos LR, Perracini MR, Rosa TE, Kalache AA. Significance and management of disabilit among urban elderly residents in Brazil. J.Cross Cult. Gerontol. 1993;8:313-23.

141. Dellasega C. Caregiving stress among community caregivers for the elderly: does institutionalization make a difference? Journal of Community Health Nursing. 1991; 8(4):197-205.

142. Martins JJ, et aL. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. Texto e Contexto Enferm. 2007; 16(2):254-62.

143. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

APÊNDICE

APÊNDICE 01

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: IDOSO CUIDADOR

A - Identificação do Cuidador

Iniciais_____ idade: _____ Sexo_____ Escolaridade_____
Grau de parentesco com o idoso: _____
È cuidador há quanto tempo? _____
Já foi cuidador anteriormente? ( ) não ( ) sim

O Sr (a) recebeu alguma orientação da equipe de saúde sobre o cuidado?
( ) não
( ) sim de quem? _____
Que tipo de orientação? _____
_____

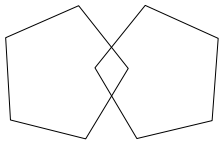
O Sr(a) recebe algum apoio da equipe de saúde?
( ) não ( ) sim Que tipo de
apoio?_____

B- Escala De Depressão Geriátrica

1. Está satisfeito(a) com sua vida?	Sim ( )	Não ( )
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	Sim ( )	Não ( )
3. Acha sua vida vazia?	Sim ( )	Não ( )
4. Aborrece-se com freqüência?	Sim ( )	Não ( )
5. O(A) Sr(a) tem muita fé no futuro?	Sim ( )	Não ( )
6. O(A) Sr(a) tem pensamentos negativos?	Sim ( )	Não ( )
7. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo	Sim ( )	Não ( )
8. Teme que algo ruim lhe aconteça?	Sim ( )	Não ( )
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim ( )	Não ( )
10. Sente-se desamparado com freqüência?	Sim ( )	Não ( )
11. Sente-se freqüentemente intranqüilo(a)?	Sim ( )	Não ( )
12. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim ( )	Não ( )
13. Preocupa-se muito com o futuro?	Sim ( )	Não ( )
14. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	Sim ( )	Não ( )
15. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ( )	Não ( )
16. Fica freqüentemente triste?	Sim ( )	Não ( )
17. Sente-se inútil?	Sim ( )	Não ( )
18. Preocupa-se muito com o passado?	Sim ( )	Não ( )
19. Acha a vida muito interessante?	Sim ( )	Não ( )
20. Para o(a) Sr(a) é difícil começar novos projetos?	Sim ( )	Não ( )
21. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim ( )	Não ( )
22. Sente-se sem esperança?	Sim ( )	Não ( )
23. Acha que os outros tem mais sorte que você?	Sim ( )	Não ( )
24. Preocupa-se com coisas sem importância?	Sim ( )	Não ( )
25. Sente freqüentemente vontade de chorar?	Sim ( )	Não ( )
26. É difícil para o(a) Sr(a) concentrar-se?	Sim ( )	Não ( )
27. Sente-se bem ao despertar?	Sim ( )	Não ( )
28. Prefere evitar reuniões sociais?	Sim ( )	Não ( )
29. É fácil para você tomar decisões?	Sim ( )	Não ( )
30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente?	Sim ( )	Não ( )

Pontuação entre 0 e 10 – normal;
11 a 20 indica depressão leve;
21 a 30 depressão severa.

C - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições) No de repetições: _____	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R$100,00 fossem tirados R$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-3 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para que leia a ordem do cartão e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

D -Avaliação da sobrecarga dos cuidadores

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Sempre
O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com NOME DO IDOSO(A) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO IDOSO(A) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO IDOSO(A) ?					
O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de NOME DO IDOSO(A)?					
O(a) Sr(a) sente que de NOME DO IDOSO(A) depende do(a) Sr(a)?					
O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO IDOSO(A)?					
O(a) Sr(a) sente que Não tem tanta privacidade como gostaria por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					
O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de NOME DO IDOSO(A)?					

O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de NOME DO IDOSO(A) somando-se às suas outras despesas?					
O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de NOME DO IDOSO(A) por muito mais tempo?					
O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de NOME DO IDOSO(A)?					
O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de NOME DO IDOSO(A)?					
O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por NOME DO IDOSO(A)?					
O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por NOME DO IDOSO(A)?					
O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de NOME DO IDOSO(A)?					
De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					

E - <u>Questões norteadoras</u>

1. Como o (a) Sr. (a) percebe o seu estado de saúde?
2. Como e' para o (a) Sr. (a) cuidar de Nome do Idoso?
3.Como o (a) Sr(a) se tornou cuidador ?
4..Ao cuidar do Sr (a) Nome do Idoso qual foi a repercussão em sua vida?
5. O Sr (a) gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

APÊNDICE 02

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: IDOSO DEPENDENTE

A. Identificação

Iniciais_____Idade: ____Sexo_____ Diagnóstico clínico:_____
Seqüelas físicas _____Tp de acamado no domicílio: ____
Grau de dependência _____

INDICE DE KATZ

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA, KATZ

Nome:		Data da avaliação: __/__/____
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxilio pessoal.		
Banho – banho de leito, banheira ou chuveiro		
Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.
Vestir – pega a roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.

Ir ao banheiro – dirige-se ao banheiro para urinar ou evacuar; faz sua higiene e se veste após as eliminações.		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite.	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.
Transferência		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.	Não sai da cama.
Continência		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.	Tem "acidentes"* ocasionais. * acidentes = perdas urinárias ou fecais	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
Alimentação		
Alimenta-se sem assistência.	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

APÊNDICE 03
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: O contexto do cuidar e suas implicaçoes no cotidiano do ser cuidador senescente no cuidar do idoso acamado

Orientadora da Pesquisa: Profa. Dra. Suely Itsuko Ciosak
Executora da pesquisa: Profa. Elizabeth Braz

Este é um estudo que será realizado junto aos idosos dependentes e seus cuidadores senescentes do município de Cascavel –PR. e possui como objetivos: Identificar o processo do cuidar e suas implicações no dia a dia da pessoa idosa cuidadora no cuidar do idoso dependente, identificar o grau de dependência dos idosos dependentes, identificar o estado físico e mental dos idosos cuidadores e dos idosos dependentes,verificar a situação da rede de apoio na percepção dos cuidadores e verificar como o cuidador idoso percebe o seu dia a dia no cuidar do idoso dependente. Para tanto, nossa conversa deverá ser gravada e mais tarde analisada. Em momento algum sua identidade, ou qualquer indício dela, será divulgado. Como não será feito nenhum procedimento invasivo, não existe nenhum risco ou possibilidade de prejuízo à sua saúde.

Confirmo que li e recebi explicações sobre a pesquisa e que está garantido meus direitos de:

1. Receber respostas a qualquer pergunta e esclarecimentos sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
2. Ser mantido, sem qualquer interferência ou modificação, o atendimento recebido pelo Serviço de Saúde;
3. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
4. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a privacidade;
5. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo, através do telefone (11) 3061 7548, em caso de dúvida ou notificação de acontecimentos não previstos,

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa ou que _____participe da pesquisa.

Cascavel,.....de.....de 2006.

Nome do usuário ou do sujeito: _____

Assinatura: _____

Eu, Elizabeth Braz, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participante e/ou responsável.

Ass: _____

Telefone (45) 3223-2965 ou (11) 6909 7259

Telefone da Secretaria do Comite de Ética da EEUSP (11) 3061 7548

ANEXOS

ANEXO 01

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
☎ Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 20 de outubro de 2006.

Ilm.ª Sr.ª
Elizabeth Braz

Ref.: Processo nº 587/2006/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "O CONTEXTO DO CUIDAR E SUAS IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO DO SER CUIDADOR SENESCENTE NO CUIDAR DO IDOSO ACAMADO", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

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

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

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 02

AUTORIZAÇÃO DA Secretaria municipal de saúde de cascavel

MUNICÍPIO DE
CASCAVEL
SECRETARIA DE SAÚDE

Ofício DAS nº 086/2006 Cascavel, 28 de Junho, de 2006.

Ao Comitê de Ética,

Encaminhamos ao Comitê de Ética a autorização para o desenvolvimento do Projeto de pesquisa intitulado, **"O CONTEXTO DO CUIDAR E SUAS IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO DO SER CUIDADOR SENESCENTE NO CUIDAR DO IDOSO ACAMADO" da Universidade de São Paulo, Brasil"** de autoria de **Elizabeth Braz** sob a orientação da **Profª Drª Suely Itusuko Ciosak** para ser avaliado do ponto de vista ético.

Ressaltamos que a pesquisa poderá ser realizada em nossas Unidades, Programas ou Serviços após aprovação do Comitê de Ética, com idosos acamados e seus cuidadores, sendo assegurado que este estudo será realizado dentro dos maiores rigores científicos.

Atenciosamente

Eva T. L. Tonello
Diretora de Atenção à Saúde
Secretaria de Saúde

Rua Paraná, 5000 0(**)321.2229 – Fax 0(**) 321.2216 – CEP 85807-900 Cascavel - Paraná