

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

SÔNIA APARECIDA CUSTÓDIO

**SENTIMENTOS DO POTENCIAL CUIDADOR NA IMINÊNCIA DA  
ALTA HOSPITALAR DO IDOSO DEPENDENTE**

MARÍLIA

2014

Sônia Aparecida Custódio

Sentimentos do potencial cuidador na iminência da alta hospitalar do idoso dependente

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Marco Karan Barbosa

Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Baliego de Andrade Barbosa

Marília

2014

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada á fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Famema.

C987s Custódio, Sônia Aparecida.  
Sentimentos do potencial cuidador na iminência da alta hospitalar do idoso dependente / Sônia Aparecida Custódio. - - Marília, 2014.  
65 f.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Marco Karan Barbosa.  
Coorientadora: Profa Dra. Vanessa B. de A. Barbosa.  
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento) - Faculdade de Medicina de Marília.

1. Assunto. 2. Assunto. 3. Assunto

Sônia Aparecida Custódio

Sentimentos do potencial cuidador na iminência da alta hospitalar do idoso dependente.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Comissão Examinadora:

---

Prof. Dr. Pedro Marco Karan Barbosa  
Faculdade de Medicina de Marília

---

Profª Drª Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Datilo  
Faculdade de Ciências e Filosofia de Marília  
Universidade Estadual Paulista - UNESP

---

Prof. Dr. Antônio Carlos Siqueira Júnior  
Faculdade de Medicina de Marília

Data da aprovação: \_\_\_\_\_

Ao meu marido Sérgio Xavier,

Ao meu filho Samuel Pedro,

Á minha mãe Domingas,

Pela doação, grandeza e incentivo que sempre dedicaram a mim.

À minha querida avó Evangelina, in memoriam, grande amiga e incentivadora.

## **AGRADECIMENTOS**

Nesse constante processo de lapidação, meus êxitos seriam impossíveis sem a colaboração decisiva desses “outros”, pessoas especiais e instituições que possibilitaram meu crescimento pessoal e acadêmico. Assim, sou e serei eternamente grata.

Aos queridos amigos e orientadores, Marquinhos e Vanessa Karan, pelo apoio, incentivo, carinho e ensinamentos.

Ao querido Dr. Francisco Vendito Soares, pela permissão, incentivo e carinho.

Ao Dr. Paulo Roberto Teixeira Micheloni, pela permissão, incentivo e carinho.

Á querida Vanessa Ap. de Castro, pela amizade, apoio e carinho.

As amigas e bibliotecárias, Cláudia Cabral e Aline Redigolo, pelas correções e apoio.

A Faculdade de Medicina de Marília – Famema, reconhecida por seu nível de excelência, onde tive a oportunidade ímpar de concretizar o mestrado.

Aos familiares e amigos, pelo amor, compreensão e apoio.

A DEUS, por ter permitido que eu vivenciasse tudo isso.

## RESUMO

**Introdução:** A Organização Mundial de Saúde faz previsão de que, no ano 2025, o Brasil será o sexto país no mundo em número de idosos. O rápido envelhecimento populacional, além de trazer mudanças no perfil demográfico, traz mudanças no perfil epidemiológico com o aumento das doenças crônico-degenerativas, principalmente as incapacitantes. Essa realidade é um grande problema de saúde pública. As políticas públicas voltadas para o idoso traz consigo a ideia de compartilhamento de responsabilidades com o envolvimento da família, da sociedade, da comunidade e do Estado. Em relação a família, essa responsabilidade é assumida pelo cuidador familiar que acaba assumindo, sozinho, a tarefa de cuidar do idoso dependente. **Objetivo:** Analisar os sentimentos do acompanhante em se tornar um potencial cuidador de pacientes idosos dependentes. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que envolve perspectivas complementares quando se pretende a aproximação a uma realidade com a finalidade de conhecê-la. Os sujeitos da pesquisa foram acompanhantes de pacientes idosos internados em um hospital escola e dependentes de cuidados. A coleta de dados deu-se por entrevista semiestruturada, não diretiva e audiogravada, a partir de uma questão norteadora: Qual o seu sentimento referente ao processo de cuidar de idosos internados após a alta hospitalar? A transcrição da entrevista foi feita na íntegra pela própria pesquisadora para, posteriormente, estabelecer as temáticas a serem analisadas. A Análise dos dados teve, como referencial metodológico, a análise de conteúdo proposta por Bardin, utilizando a modalidade temática. Os resultados apontam ao predomínio de cuidadores mulheres, com grau de parentesco de filhas, de meia idade e com grau de escolaridade de nível médio. Nas falas dos entrevistados emergiram três temáticas: Sentimento de solidariedade para cuidar; Sentimento de impotência para o cuidado e Sentimento da necessidade do apoio familiar. **Considerações finais:** Existe boa vontade para o cuidado na fase de acompanhamento, em que os familiares são considerados potenciais cuidadores. Acreditamos que mudanças às quais promovam melhor qualidade de vida para idosos dependentes e seus cuidadores devam ser feitas. Entendemos que ainda há omissão do Estado com políticas públicas que beneficiem de fato essas pessoas, como, por exemplo, a criação de uma rede de cuidados a idosos dependentes, maiores investimentos em educação para capacitação de cuidadores, suporte financeiro e educacional para a família, rotatividade de cuidadores entre profissionais para que os cuidados com o doente não fiquem a cargo apenas de um cuidador, dentre outros. Evidentemente, esse assunto não se esgota por aqui. Há de se

pensar urgente na necessidade de maiores estudos, a fim de ajudar uma população que está envelhecendo e carece de cuidado. Por fim, esperamos ter contribuído com a reflexão a respeito do cuidado e ter proporcionado a possibilidade de novos diálogos e novas interações com a família e entre o cuidador formal e informal.

Palavras-chave: Cuidadores. Idoso fragilizado. Emoções. Envelhecimento.



## ABSTRACT

**Introduction:** The World Health Organization is predicting that by 2025, Brazil will be the sixth country in the world in number of elderly. The fast population aging, besides bringing changes in demographic profile, brings changes in the epidemiological profile with the increase in chronic degenerative diseases, especially disabling. This reality is a major public health problem. Public policies for the elderly brings the idea of sharing responsibility with the family, society, community and state involvement. Regarding the family, this responsibility is carried out by the family caregiver who ends up assuming himself the task of taking care of dependent elderly. **Objective:** To analyze the accompanying feelings of becoming a potential caregiver for elderly dependent patients. **Method:** This is a qualitative research which involves complementary perspectives aiming the approach to a reality in order to know it. The research subjects were companions of elderly hospitalized patients in a teaching hospital and care-dependent. Data collection was performed by non-directive, semi-structured and recorded interview, from a guiding question: What is your feeling regarding the care of hospitalized elderly after hospital discharge? The interview transcript was done entirely by the researcher to later establish the themes to be analyzed. The analysis of the data has had, as a methodological reference, content analysis proposed by Bardin, using thematic modality. The results point to the predominance of women with daughter degree kinship, middle aged and high school education level. In the interviewed statements three themes emerged: Solidarity feeling to care; Powerlessness feeling for the care and Necessity feeling of family support. **Conclusion:** There is a willingness to care in the follow-up phase, in which family members are considered potential caregivers. We believe that changes which promote better life quality for dependent elderly and their caregivers should be made. We understand that there is omission of the State with public policies that actually benefit these people, such as, the creation of a care network for dependent elderly, greater investments in education for training caregivers, financial and educational support for the family, turnover among professional caregivers in order to share the care for the sick, among others. Of course, this matter does not end here. One has to think about the urgent need for further studies in order to help a population that is aging and needs care. Finally, we hope to have contributed to the reflection on the care and have provided the possibility of new dialogues and new interactions with family and between formal and informal caregivers.

**Key-words:** Caregivers. Frail elderly. Emotions. Aging.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|       |  |
|-------|--|
| ABVDs | Atividades Básica da Vida Diária           |
| AIVDs | Atividades Instrumentais da Vida Diária    |
| ESF   | Estratégia Saúde da Família                |
| NOAS  | Norma Operacional de Assistência à Saúde   |
| OMS   | Organização Mundial de Saúde               |
| PNI   | Política Nacional do Idoso                 |
| PNSPI | Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa |
| PSF   | Programa de Saúde da Família               |
| SUS   | Sistema Único de Saúde                     |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>10</b> |
| <b>1.1 O envelhecimento e as Políticas de Públicas de Saúde.....</b>                              | <b>12</b> |
| <b>1.2 Envelhecimento: triunfo e desafio .....</b>  | <b>14</b> |
| <b>1.3 A importância do cuidador familiar .....</b>   | <b>16</b> |
| <b>2 SENTIMENTOS DOS CUIDADORES.....</b>  | <b>19</b> |
| <b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>  | <b>26</b> |
| <b>4 OBJETIVOS .....</b>  | <b>28</b> |
| <b>4.1 Objetivo geral .....</b>   | <b>28</b> |
| <b>4.2 Objetivos específicos .....</b>  | <b>28</b> |
| <b>5 MÉTODO .....</b>   | <b>29</b> |
| <b>5.1 Local do estudo.....</b>   | <b>29</b> |
| <b>5.2 Sujeitos do estudo.....</b>  | <b>30</b> |
| <b>5.3 Instrumentos de coleta de dados .....</b>  | <b>31</b> |
| <b>5.4 Procedimentos da coleta de dados .....</b>   | <b>31</b> |
| <b>5.5 Análise dos Dados.....</b>   | <b>32</b> |
| <b>5.6 Aspectos éticos .....</b>  | <b>34</b> |
| <b>6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>   | <b>35</b> |
| <b>6.1 Dados referentes ao perfil dos acompanhantes e dos pacientes idosos .....</b>              | <b>35</b> |
| <b>6.2 Apresentação e discussão dos relatos/entrevistas.....</b>                                  | <b>40</b> |
| <b>6.2.1 Temática 1 - Sentimento de Solidariedade para cuidar.....</b>                            | <b>43</b> |
| <b>6.2.2 Temática 2 - Sentimento de impotência para o cuidado.....</b>                            | <b>48</b> |
| <b>6.2.3 Temática 3 - Sentimento de apoio da família para o cuidado.....</b>                      | <b>52</b> |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>55</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>56</b> |
| <b>APÊNDICE A - Questão norteadora para a entrevista audiogravada.....</b>                        | <b>60</b> |
| <b>APÊNDICE B - Características dos acompanhantes e características dos pacientes idosos.....</b> | <b>61</b> |
| <b>APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>                               | <b>62</b> |
| <b>ANEXO A - Grau de dependência da pessoa que o cuidador cuida – Índice de Katz.....</b>         | <b>63</b> |
| <b>ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP.....</b>  | <b>64</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Há previsão, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), de que o Brasil, até o ano de 2025, será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e os desafios do envelhecimento populacional para saúde pública em nosso contexto social.<sup>1</sup>

Acreditamos que a função das políticas públicas é contribuir para que as pessoas tenham melhor qualidade de vida e de saúde. Na prática, as políticas pouco têm contribuído para melhoria da vida dos que estão em idade avançada. Essa constatação se dá pelo fato de que somos um país em desenvolvimento, com diversos problemas estruturais ainda não resolvidos, e o envelhecimento, rápido e sem planejamento, agrava nossa situação, pois vem acompanhado de transformações no perfil demográfico e epidemiológico. Tal fato se torna um grande desafio para as políticas públicas ao se pensar na efetividade da qualidade de vida voltada à população idosa.

Diante dessa consideração, vale ressaltar que qualidade de vida refere-se à “percepção que o indivíduo tem de sua própria posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora, de maneira complexa, a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente”.<sup>2</sup>

A qualidade de vida da população idosa é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência.<sup>1</sup>

Autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências.<sup>1</sup>

Independência é, em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.<sup>1</sup>

Considerando que autonomia e independência são componentes que estão relacionados diretamente ao envelhecimento ativo, que possibilita uma experiência positiva ao idoso bem como uma vida mais longa, essas situações devem ser acompanhadas de oportunidades contínuas de saúde, de participação e de segurança. A Organização Mundial de Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista dessa visão.<sup>1</sup>

Mas, afinal, o que é o “envelhecimento ativo”?

Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, de participação e de segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.<sup>1</sup>

Portanto, manter a autonomia e a independência durante o processo de envelhecimento deveria ser meta fundamental para indivíduos e governantes.<sup>1</sup>

O aumento da idade, acompanhado pelo aumento das doenças crônicas degenerativas, pode gerar sequelas que comprometem a independência da pessoa idosa. Além disso, produz grande impacto ao Sistema Público de Saúde, tendo em vista a alta prevalência de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes presentes nesse processo de envelhecimento populacional, caracterizando sério problema de Saúde Pública.<sup>3</sup>

A OMS aponta as principais doenças crônicas que afetam os idosos em todo mundo: Doenças Cardiovasculares (tais como as coronarianas); Hipertensão; Derrame; Diabetes; Câncer; Doença pulmonar obstrutiva crônica; Doenças músculo-esqueléticas (como artrite e osteoporose); Doenças mentais (principalmente demência e depressão), diminuição da visão e Cegueira.<sup>1</sup>

É nesse contexto que surge a figura do cuidador familiar. Diante da acelerada mudança no perfil da população brasileira, o modelo de cuidadores domiciliares se reproduz e se reafirma como modelo de assistência. Trata-se de estrutura defendida e apoiada pelas políticas públicas voltadas para os idosos, como, por exemplo, a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Assim, conforme a lei 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, pode-se perceber que tem havido um processo de descentralização das responsabilidades sociais no que se refere às questões ligadas à temática do envelhecimento, envolvendo desde a família, a comunidade, a sociedade e o poder público.<sup>3</sup>

Segundo as políticas públicas acima mencionadas, essa descentralização não é meramente técnica, mas também política e participativa, visto que a sociedade civil deve estar presente na execução da política, como instâncias de proteção social, com ou sem recurso do Estado. Assim, o cuidador familiar, definido como aquele que dá suporte ao idoso em situações variadas de dependência, aparece como parte importante para o sucesso das diretrizes políticas em seu processo de implantação.<sup>3</sup>

## 1.1 O envelhecimento e as Políticas de Públicas de Saúde

A Constituição brasileira de 1988 considera responsabilidade da família, da sociedade e do Estado o suporte ao idoso, além do fornecimento de subsídios que garantam sua participação na comunidade, a defesa de sua dignidade e bem-estar e a garantia do direito à vida. Novas leis e medidas foram empreendidas pelo Estado com o objetivo de proteger a pessoa idosa contra a discriminação, a violência e promover sua saúde e longevidade.<sup>4</sup>

Nos anos 80, durante o processo de reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS), inicia-se a expansão dos programas relativos à saúde dos idosos com o intuito de se trabalhar prevenção e promoção da Saúde. A organização do trabalho é, porém, centrada no atendimento médico, individual e direcionado às doenças crônico-degenerativas.<sup>4</sup>

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

O modelo de atenção voltado para o atendimento das condições agudas não responde, de forma definitiva, a uma situação epidemiológica marcada pelo predomínio relativo das doenças crônicas.<sup>4</sup>

Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, é criado, em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial. Imprimindo uma nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, tende a humanizar esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade. Atualmente não se denomina como programa e, sim, como Estratégia Saúde da Família (ESF).

A partir da regulamentação do SUS e de outras demandas dessa população que envelhece e que precisavam ser respondidas, em 1994, foi promulgada e, em 1996 regulamentada a Política Nacional do Idoso (PNI), com o objetivo de assegurar aos idosos os direitos sociais, de criar condições para promover sua autonomia, integração e

participação efetiva na sociedade. Além disso, a PNI reafirma seu direito à saúde, em todos os níveis de atendimento do SUS.<sup>5</sup>

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), implementada em 2006, a qual determina que os órgãos e as entidades do Ministério da Saúde, relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Essa política assume o principal problema que pode afetar o idoso, a perda da sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.<sup>6</sup>

Vale considerar que as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) envolvem as situações relacionadas ao autocuidado, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, manter controle sobre suas eliminações. As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive e inclui a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar de casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos.<sup>7</sup>

Em 2002, são propostas a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, pela Portaria nº 702/SAS/MS, tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte da operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria 249/SAS/MS, de 2002).<sup>8-9</sup>

Em 2003, é sancionado o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades que defendem os interesses dos idosos. O Estatuto amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto refere-se ao papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral e em todos os níveis de atenção.<sup>10</sup>

Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família, que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social, e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de

Assistência à Saúde do Idoso tornaram necessária a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).<sup>6</sup>

Em 2006, por meio da Portaria 399/GM, foi publicado o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, que contempla o Pacto pela Vida. Nesse documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.<sup>11</sup>

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para todos os idosos, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem estar.<sup>6</sup>

## **1.2 Envelhecimento: triunfo e desafio**

O envelhecimento da população deve ser considerado como um dos maiores triunfos da humanidade. Até há pouco tempo éramos um país jovem. Essa situação, no entanto, vem se modificando ao longo dos anos, o que trará grandes desafios em virtude de não estarmos preparados para assumir essa mudança demográfica em decorrência da dificuldade das políticas públicas em acompanhar o rápido crescimento da população idosa.<sup>1</sup>

Com essa mudança demográfica, a velhice ideal, com independência e autonomia, ainda é um mito, pois a saúde ainda não trabalha na lógica da política do envelhecimento ativo. Por outro lado, os idosos dependentes estão longe de serem notados pela opinião pública, por que vêm sendo mantidos no âmbito familiar dos domicílios, ou nas instituições asilares, impedindo qualquer visibilidade e conseqüentemente qualquer preocupação política de proteção social, na prática.<sup>12</sup>

Apesar dos esforços legais para garantir uma velhice ativa, saudável e com autonomia a maioria dos idosos, nessa fase da vida, experimenta alguma fragilidade, vindo a precisar de ajuda, de cuidadores domiciliares. Na maioria dos casos, essa atividade de cuidar em domicílio fica a cargo de um único membro da família. Legalmente essa obrigação é dos filhos ou cônjuges.

Um dos aspectos a serem considerados é a onerosidade do trabalho de cuidar. A falta de reconhecimento e de apoio formal e familiar são alguns fatores que geram



grande sobrecarga ao cuidador. Essa sobrecarga pode afetar diretamente sua saúde física, mental e social. Além de trazer ônus ao cuidador esse quadro pode comprometer a qualidade do cuidado prestado ao idoso no domicílio.

O rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado, também, por mudanças dramáticas na estrutura e no papel da família. A urbanização, a migração de jovens para as cidades à procura de trabalho, famílias menores e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam menos pessoas disponíveis para cuidar dos idosos.<sup>13</sup>

O cuidador, seja ele familiar ou profissional contratado, é peça fundamental na difícil tarefa de proporcionar um envelhecimento mais saudável, implicando isso em autonomia e menor comprometimento funcional.

Dentro desse contexto e considerando que não nos preparamos para a possibilidade de vir a cuidar de outras pessoas, quer sejam jovens ou idosos, vale ressaltar que o envelhecimento, sendo um fenômeno cada vez mais presente na sociedade contemporânea, está exigindo uma atenção redobrada, tanto por parte dos governantes como da sociedade.

Considerando, ainda, que a longevidade, o aumento das doenças crônico-degenerativas em idosos e o despreparo para o cuidado, como citado acima, associado às principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades, o cuidado para com o idoso precisa também estar consolidado pelo respeito à sua autonomia na tomada de decisões. Não se trata somente do desenvolvimento de ações preventivas, curativas, de promoção à saúde ou de reabilitação, mas do respeito à individualidade do ser humano, mesmo com idade avançada.

Sendo assim, cabe aos cuidadores de idosos refletirem para além do cuidado, considerando o indivíduo como um ser integral, que tem sua reputação, vontade, individualidade, afinidades, interesses e sentimentos, independente da sua idade.

Conviver com uma pessoa idosa e dependente, como é o caso do cuidador, exige uma série de aprendizagens e adaptações, que vão para além do atendimento fragmentado oferecido hoje pelos serviços de saúde. Deve-se considerar o saber popular e o científico, que associados, podem estabelecer uma nova relação de conhecimento para auxílio ao idoso dependente, possibilitando tomadas de decisão que contemplem o atendimento à necessidade de saúde apontada para a demanda do idoso e de seu cuidador.<sup>14</sup>

Nesse sentido, numa época como esta, em que se discute a qualidade de vida dos idosos, pressupõe-se pensar em planejar as ações de cuidado que objetivem a preservação da autonomia, conhecimento, ensino e habilidades porque, de alguma forma, todas as pessoas são cuidadoras, sejam elas profissionais ou não na área da saúde.

### **1.3 A importância do cuidador familiar**

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) conceitua o cuidador como (...) a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano – como a ida a bancos ou farmácias, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados como profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem.<sup>6</sup>

A Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada pela lei nº 8.842/94, no art. 3º seção 1, estabelece que: “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida”.<sup>5</sup>

A lei nº 10.741/03, que regulamenta o Estatuto do Idoso e dá outras providências, no art. 3º, dispõe que “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”; e, no art. 16, dispõe que “ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico”.

Como podemos observar, o papel da família é reconhecido e incentivado cada vez mais no âmbito das políticas públicas, numa conjuntura de redução das atividades do Estado na reprodução social do trabalho, instaurando um novo desenho nessas políticas públicas. Nesse contexto, o cuidador familiar retorna como parte importante das ações de manutenção de autonomia, integração e participação do idoso na sociedade, além de contribuir para o sucesso das políticas públicas.

A utilização de familiares no cuidado de idosos no domicílio é uma realidade cada vez mais presente, visto que a PNSPI apresenta como pressuposto básico a permanência do idoso em seu meio familiar.<sup>6</sup> O cuidador familiar, na atualidade, é visto como uma alternativa frequente na atenção à população idosa, pois traz como ponto positivo o fato de que esse suporte familiar (amor, afeição, preocupação e assistência) tende a reduzir os efeitos negativos do estresse na saúde mental do idoso. Tal situação torna o cuidador familiar um agente importante para concretização das diretrizes das políticas públicas de assistência ao idoso.<sup>15</sup>

O Estatuto do Idoso, além de reafirmar a importância de manter o idoso junto à família, amplia para o convívio com a comunidade, e no art. 16, como já citado anteriormente, lhe é assegurado o direito a acompanhante em situação de internação.

De fato, a necessidade da presença do acompanhante é reforçada por vários estudos, ao considerarem que o idoso é dependente de seus familiares e que a hospitalização o distancia do convívio familiar.<sup>15</sup>

Para a família, o acompanhamento pode causar alguns transtornos, pois muitos podem encontrar dificuldades em deixar de lado a vida cotidiana: trabalho, cuidado com os filhos, principalmente se estes forem menores de idade e o cuidado com o lar. Como não nos preparamos para o envelhecimento e suas consequências, existem situações em que as famílias se recusam a organizar-se para acompanhar o idoso.

Outro fato interessante é que o próprio Estatuto do Idoso preconiza que o hospital deve oferecer condições adequadas para a permanência do acompanhante, porém, sabemos que, na realidade, nem todos os hospitais oferecem as condições adequadas.

De qualquer forma, é certo que a família desempenha um papel importante frente à doença em pacientes idosos. Quando ela responde de forma adequada e positiva às mudanças impostas pela doença, pode ocorrer a absorção do impacto, diminuindo seus efeitos insalubres. Nessas circunstâncias, os familiares passam a colaborar com o indivíduo doente para que enfrente as mudanças ocorridas em sua rotina de vida, bem como as limitações advindas do próprio estado de saúde. Contrariamente, quando as famílias respondem de forma inadequada, pode surgir a confusão de papéis, ocorrendo atritos e sentimentos de isolamento, que influem sensivelmente nos processos de ajuda e cuidado ao indivíduo hospitalizado.<sup>15</sup>

A literatura comprova os benefícios ao paciente decorrentes da participação do familiar no processo de hospitalização, porém há escassez de dados que a favorecem e

sobre os sentimentos que esse familiar experimenta ao se tornar um potencial cuidador de idoso dependente.

## 2 SENTIMENTOS DOS CUIDADORES

Ao buscarmos, na literatura, argumentos que pudessem subsidiar o propósito deste estudo, ou seja, os sentimentos do potencial cuidador de pacientes idosos dependentes, deparamo-nos com limites de publicação de artigos, fato esse que nos surpreende, pois conhecer os sentimentos dessa clientela poderia nos auxiliar na prevenção de situações indesejáveis à qualidade de vida desses cuidadores.

Diante dessa escassez, buscamos artigos que descrevessem os sentimentos dos cuidadores de idosos dependentes e, pudemos verificar que o assunto é vastamente descrito para os que já estão exercendo essa atividade por algum tempo, sejam eles, cuidadores formais ou informais.

Entre 71 estudos localizados, 16 atenderam ao nosso interesse. Em seguida, construiu-se um quadro sinótico para caracterização dos artigos, de modo a dar visibilidade aos principais objetivos de cada um. Dessa forma, os artigos foram apreciados individualmente, bem como comparativamente entre si, a fim de se avaliarem as tendências e características daqueles incluídos na revisão, conforme quadro abaixo.

Quadro 1 – Síntese dos achados nas publicações no período de 2008 a 2013.

(continua)

| <b>Periódico/<br/>ano</b>                | <b>Quantidade /<br/>profissão dos<br/>autores</b> | <b>Objetivo do estudo</b>  | <b>Natureza do<br/>estudo</b> |
|--|---|--|-------------------------------|
| 1 - Rev<br>Eletrônica<br>Enferm<br>/2012 | 2<br>Enfermeiras                                  | Apresentar a análise compreensiva da unidade de significação: vivencia sua presença, na maioria das vezes, na historicidade imprópria. <sup>16</sup> | Fenomenológico                |
| 2 - Rev<br>Eletrônica<br>Enferm/2010     | 5<br>Enfermeiras                                  | Compreender o significado atribuído pelo familiar na prestação do cuidado domiciliar a um paciente portador de DA. <sup>17</sup>                     | Estudo de Caso                |
| 3 - Cienc<br>Enferm/2010                 | 2<br>Enfermeiras                                  | Estabelecer a sobrecarga derivada da tarefa de cuidar e os fatores associados a ela. <sup>18</sup>   | Descritivo<br>correlacional   |

(continuação)

| <b>Periódico/<br/>ano</b>                   | <b>Quantidade /<br/>profissão dos<br/>autores</b> | <b>Objetivo do estudo</b>   | <b>Natureza do<br/>estudo</b>             |
|---|---|---|---|
| 4 - Rev<br>Enferm<br>UERJ/ 2009             | 5<br>Enfermeiras                                  | Identificar os cuidados desenvolvidos pelos cuidadores familiares de idosos acometidos por AVC. <sup>19</sup>   | Descritivo e estatístico                  |
| 5 - Rev<br>Gaúcha<br>Enferm<br>/2008        | 2<br>Enfermeiras                                  | Caracterizar o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. <sup>20</sup>   | Exploratório<br>descritivo<br>qualitativo |
| 6 – Rev<br>Kairós/<br>2010                  | 1 Psicóloga<br>1 Assistente<br>Social             | Ilustrar o impacto inicial do tornar-se cuidadora. Abordar implicações do tornar-se cuidador de idosos dependentes. <sup>14</sup>   | Estudo<br>qualitativo                     |
| 7 - Rev<br>Enferm Esc<br>Anna Nery/<br>2011 | 3<br>Enfermeiras                                  | Compreender que repercussões a busca, a produção e o gerenciamento do cuidado a uma pessoa idosa com condição crônica de sofrimento psíquico, têm na vida de sua família. <sup>21</sup>   | Estudo de Caso                            |
| 8 - Rev<br>Gaúcha<br>Enferm<br>/2010        | 4<br>Enfermeiras                                  | Descrever e interpretar a autonomia e a presença como determinantes e significantes do cuidado intergeracional com o idoso. <sup>22</sup>   | Qualitativa<br>etnográfica                |
| 9 - Rev APS<br>2009                         | 2 Psicólogas                                      | Contribuir para uma melhor compreensão dos cuidadores informais de idosos dependentes. <sup>23</sup>  | Revisão<br>Bibliográfica                  |
| 10 – Rev<br>Gaúcha<br>Enferm<br>/2010       | 2<br>Enfermeiros                                  | Analisar o funcionamento da família cuidadora, relacionando o nível de dependência do familiar idoso e a idade dos cuidadores com a dinâmica familiar. <sup>24</sup>                      | Estudo<br>correlacional<br>transversal    |
| 11 - Acta<br>Paul Enferm/<br>2009           | 5<br>Enfermeiras<br>1 Fisioterap.                 | Avaliar a qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer e relacioná-la ao índice de Katz e ao escore do inventário de depressão de Beck dos cuidadores. <sup>25</sup> | Estudo<br>Transversal                     |
| 12 –Rev<br>Enferm Esc<br>Anna Nery/<br>2009 | 2<br>Enfermeiras                                  | Verificar os motivos que levaram senescentes a se tornarem cuidadoras de idosos dependentes a nível domiciliar. <sup>26</sup>   | Qualitativo                               |
| 13 – Rev<br>Bras<br>Enferm/2012             | 2<br>Enfermeiras                                  | Evidenciar o perfil dos trabalhos publicados em âmbito nacional e internacional. <sup>27</sup>  | Revisão<br>Integrativa                    |

(conclusão)

| <b>Periódico/<br/>ano</b>             | <b>Quantidade /<br/>profissão dos<br/>autores</b> | <b>Objetivo do estudo</b>  | <b>Natureza do<br/>estudo</b> |
|---------------------------------------|---|--|-------------------------------|
| 14 – Rev<br>Kairós /2009              | 2 Assistentes<br>Sociais 1<br>Médico              | Verificar o motivo que levou os<br>filhos a se tornarem cuidadores de<br>seus pais idosos dependentes. <sup>28</sup>   | Qualitativo e<br>Transversal  |
| 15 – Acta<br>Paul<br>Enferm/2013      |   | Estudar a relação entre o estresse<br>psicológico (stress) e a adaptação<br>psicológica (coping) do cuidador<br>informal do idoso em situação de<br>dependência. <sup>29</sup> | Transversal                   |
| 16 – Texto<br>Contexto<br>Enferm/2013 |   | Compreender o cuidado à mãe idosa<br>dependente, na perspectiva das<br>filhas. <sup>30</sup>   | Qualitativo                   |

Quadro 2 – Caracterização dos cuidadores, horas destinadas ao cuidado e sentimentos encontrados no período de 2008 a 2013.

(continua)

| <b>Parentesco, idade,<br/>escolaridade</b>                                     | <b>Tempo</b>   | <b>Sentimento do cuidador</b>  |
|--|----------------|--|
| Nada consta  | Nada<br>consta | Relacionados às finanças, falta de acesso aos serviços formais e informais; falta de ativ.diária ligando-os ao passado; os profis.saúde podem ajudá-los a encarar a dependência não como doença, mas como uma nova possibilidade de ser. <sup>16</sup> |
| Esposo<br>74 anos<br>1º grau incompl.  | Integral       | Precisa ter paciência, dedicação e compreensão. Há uma sobrecarga física, emocional, estresse no convívio. Falta de preparo do setor público para oferecer suporte. <sup>17</sup>  |
| Filhas, Esposas,<br>Irmãs, Noras e<br>Sobrinhas, 54 a 65<br>anos; Ensino médio | Integral       | Sobrecarga no cuidador, ausência de redes sociais de ajuda e o cuidador não é prioridade nos serviços formais de saúde. <sup>18</sup>  |
| Filhas, netas esposas<br>18 a 65 anos  | Integral       | Falta de informação, relatando necessidade de educação em saúde objetivando maior segurança para os cuidadores. <sup>19</sup>  |
| Filhas, irmã, marido,<br>neto, genro, irmão e<br>cunhada.                      | Nada<br>consta | Baseado na retribuição, dever, obrigação. No apoio formal UBS e ESF, apoio afetivo e imbuído de solidariedade ao cuidador. O apoio da comunidade é emocional e financeiro, mas não é constante. <sup>20</sup>  |
| Filhas, ens.<br>Fundamental, médio e<br>Superior                               | Integral       | Mudança radical da vida, medo, culpa, solidão, acolhimento na crença religiosa. <sup>14</sup>  |
| Filha  | Integral       | Culpa, frustração, amor, solidariedade, em um processo que envolve aceitação do fato, mas também é atravessado pela negação, entrega à dor, podendo gerar depressão e suas consequências. <sup>21</sup>  |

(conclusão)

| <b>Parentesco, idade, escolaridade</b>   | <b>Tempo</b>             | <b>Sentimento do cuidador</b>   |
|--|--------------------------|---|
| Filhas, filhos, noras e netos, 10 cuidadores:<br>< 18 anos = 1<br>De 20 a 25 = 2<br>De 30 a 39 = 4<br>De 40 a 49 = 2<br>De 50 a 59 = 1 | Integral                 | Reciprocidade, tendo como mecanismo central a solidariedade, defendendo uma nova moral, baseada no respeito mútuo e na generosidade recíproca. Em algumas mulheres, observaram-se os sentimentos de responsabilidade e obrigação, no sentido de cumprir as expectativas sociais do cuidado. <sup>22</sup>   |
| Filhas Média de 50 anos<br>50% ens. básico<br>32,1%, ens. médio<br>15,6% superior<br>1,7% analf.                                       | Em média 15 horas do dia | Falta de programas e políticas de intervenção para auxílio aos cuidadores e familiares. Vulnerabilidade, assim como intervenções mais efetivas, promoção de melhora nos aspectos cognitivos e habilidade. <sup>23</sup>   |
| Filhas, esposas e noras<br>60 a 76 anos  | Não consta               | Dependendo da idade do cuidador, há uma alteração na dinâmica familiar, induzindo a um potencial patológico. <sup>24</sup>  |
| 101 mulheres e 17 homens<br>Em média 57,4 anos, a maioria casados, maioria filhas.   | Não consta               | Qualidade de vida dos cuidadores de idosos com D.A, mostrou-se alterada; os domínios mais afetados foram o físico e o emocional. O fato de ser mulher e cuidar por várias horas na semana piora a qualidade de vida. <sup>25</sup>  |
| 6 esposas, 5 filhas, 1 irmã, 1 sobrinha.<br>60 anos ou mais  | Integral                 | A mulher como cuidadora é fato visto como natural. Dentre os motivos que levaram as senescentes a se tornarem cuidadoras, foram identificados o conformismo, a resignação, o medo da perda, o compromisso, a compaixão, a imposição familiar e do ser cuidado, além da questão de gênero. Reconhecimento da dependência e a importância do cuidador quando não se tem mais ninguém. <sup>26</sup> |
| Mulheres: filhas ou esposas.   | Integral                 | Escassez de estudos sobre o sentimento dos cuidadores e falta de rede de apoio aos cuidadores. <sup>27</sup>  |
| 4 mulheres e 1 homem.<br>Filhos, idade varia de 39 a 60 anos, 3 solteiros e 1 casado; 2 nível sup., 2 médio, 1 ens. fund.              | Não consta               | Filhos assumem este papel como retribuição de favores, grande parte deles não espera cuidar de seus pais, não estão preparados. Culpa, vergonha por querer intitucionalizar os pais. <sup>28</sup>  |
| 110 sendo 12,7% homens com média de idade 68,5 anos e 87,3% mulheres com 63,6 anos.<br>Escolaridade 67,3% 4º ano ou inferior           | Não consta               | Os cuidadores que desenvolvem estratégias de adaptação (coping) para lidar com situações problemas são os que menos se estressam no ato de cuidar. <sup>29</sup>  |
| 10 mulheres com idade variando entre 42 a 75 anos.   | Não consta               | Reconfiguração da relação de mãe e filha, inversão de papéis; desgaste físico, psíquico e emocional importantes. <sup>30</sup>  |



A maior parte das publicações utilizadas nesta revisão foi encontrada em periódicos brasileiros (n=13) e específicos de enfermagem (n=13), sendo o idioma predominantemente o português. Pode-se perceber que o número de estudos científicos publicados varia no período investigado, havendo nos anos de 2009 e 2010 maior número de publicações.<sup>27</sup>

Foram encontrados sete estudos qualitativos, seis estudos quantitativos, um quali-quantitativo, e dois de revisão bibliográfica. Os resultados obtidos da análise desses estudos apontam para o predomínio de mulheres de meia idade entre os cuidadores, além de muitas idosas exercendo esta função. Destaca-se o baixo índice de escolaridade e períodos prolongados de cuidado, gerando sobrecarga ao cuidador principal. Há ausência de revezamento no cuidado.

Os profissionais que mais fazem pesquisa sobre o tema - cuidador de idosos - são os enfermeiros e os estudos, em sua maioria são publicados em revistas de enfermagem. A maioria deles verifica a sobrecarga, o estresse e a qualidade de vida do cuidador.

O desenho dos estudos, em sua maioria exploratórios, mostra que o tema - sentimento do cuidador informal de idosos dependentes, é pouco abordado na literatura nacional. Verificando o relato dos sentimentos que as pessoas experimentam ao se tornarem um potencial cuidador de idosos, é ainda mais reduzido o número de publicações referentes aos anos selecionados para esta revisão. Apenas um estudo, no ano 2009, analisa o potencial cuidador.

O conteúdo das publicações fica limitado à descrição dos cuidadores quanto às suas características sociodemográficas, qualidade de vida, sobrecarga de trabalho e estresse.<sup>26,31,32</sup> Os estudos de intervenção e que apresentam propostas inovadoras são escassos, bem como não se observam propostas que diminuam a sobrecarga. Além disso, englobam assuntos ligados ao ônus do cuidar na vida do cuidador, deixando de evidenciar os aspectos positivos dessa atividade.

Quanto ao gênero, parentesco e faixa etária, os estudos apontam que a maioria dos cuidadores são mulheres, filhas ou esposas, de meia idade, ou netas adolescentes.<sup>17,25,28</sup> Quanto ao tempo dispensado, os estudos apontam para o cuidado em período integral, sem revezamento, gerando sobrecarga ao cuidador principal.<sup>14,16,19,22,26,27,31</sup> As repercussões do ato de cuidar no contexto familiar, geralmente, resultam em isolamento social e em limitações na vida cotidiana do

cuidador. No caso de o cuidador não se entender bem com o idoso cuidado, isso gera situação de estresse, que intervém negativamente no processo do cuidado.

Nas pesquisas referentes ao relato dos sentimentos que as pessoas experimentam ao se tornarem cuidadoras de idosos dependentes, há sentimentos positivos e sentimentos negativos relacionados ao ato de cuidar. Como sentimentos negativos, apontam-se os seguintes: negar a doença, achando que logo estarão curados; alguns ficam “sem chão”; outros sentem medo, culpa, falta de informação, desvalorização, frustração, obrigação, conformismo, resignação e solidão. Alguns encontram forças na religião para continuar cuidando.<sup>16,17,19,21,23,26,31</sup>

Como sentimentos positivos, encontram-se solidariedade, amor, carinho, paciência, dedicação, compreensão, reciprocidade, respeito mútuo, generosidade, responsabilidade, disponibilidade, e gratidão pelo que os idosos já fizeram outrora. Entre outros benefícios que o cuidar pode trazer está o aumento do sentimento de orgulho, a habilidade para enfrentar desafios e o crescimento pessoal.<sup>17,20,21,23,26</sup>

Os autores apontam para a necessidade de uma rede de apoio ao cuidador. O serviço de saúde, além de tratar o idoso dependente, precisa voltar o olhar para o cuidador para que haja estabelecimento de limites e ele retome às atividades de lazer.

No estudo de Revisão Bibliográfica, há uma sugestão interessante, vinda de países desenvolvidos. Trata-se da construção de uma rede de organizações, que se define como *community care*, cujo objetivo é manter o idoso em casa, oferecendo suporte para a família e para o cuidador. Entre as diferentes modalidades de assistência, destaca-se o serviço de sua substituição por um profissional para que os cuidados com o doente não fiquem a cargo de um cuidador apenas. Outro programa existente em muitos países, o ‘comida sobre rodas’, produz e distribui as refeições programadas para os doentes incapacitados, poupando o cuidador da tarefa de cozinhar diariamente.<sup>14</sup>

Por fim, em um trabalho publicado no ano 2013, há uma estratégia interessante, em que se reforça a importância de o cuidador adotar uma filosofia protetora sobre seu significado para a vida, reforçando valores positivos e estratégias de adaptação positiva (coping) frente a situações problema. Isso evita o estresse. Recomenda-se que o profissional de saúde oriente os cuidadores informais, no sentido de preparar o ambiente em torno do objetivo da prestação de cuidados (ambiente físico e produtos de apoio, capacitação dos cuidadores). Quando passada a fase inicial de desorganização e reorganização, será importante orientar o cuidador para manutenção de sua atividade crônica, ajustando suas expectativas a metas exequíveis e adaptando-se à situação,

utilizando para isso estratégias orientadas para ele e para as percepções alternativas sobre a situação.<sup>29</sup>

Ao analisarmos os sentimentos dos cuidadores de idosos, não poderíamos deixar de citar a responsabilidade legal dos familiares e também o surgimento neste processo de um novo papel social – o cuidador informal de idoso – que, por vezes acaba sendo destinado, em vez de escolhido e decidido. Essa função é resultado de obrigação moral, acordos verbais entre familiares, sobrecarregando uma pessoa, gerando estresse, isolamento social e, ainda, solidão, desencadeando problemas de saúde no cuidador.<sup>28</sup>

Quando nos deparamos com o papel de cuidador em nossas vidas, experimentamos mudanças e desafios. Assumir o cuidado de um idoso, geralmente sozinho, não é uma tarefa fácil, pois o cuidador agrega novas atividades à sua rotina diária. As tarefas são contínuas e duradouras além de incluir sentimentos de amor, carinho e apoio emocional.<sup>12,18,21</sup>

A Política Nacional do Idoso – PNI recomenda, em seu item “apoio ao desenvolvimento de cuidadores informais”, que os cuidadores informais recebam cuidados especiais, considerando que a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica risco de se tornar doente e igualmente dependente de um outro cuidador. Nesse contexto, nota-se a importância de se fazer uma intervenção para que o cuidador de idoso não venha, também, a adoecer.<sup>4</sup>

### 3 JUSTIFICATIVA

Ao longo dos mais de 20 anos, trabalhando na área social, observamos que o ato de envelhecer é um processo complexo, geralmente associado a doenças, incapacidades e dependência. Essa dependência, seja ela total ou parcial, envolve situações de ajuda, solidariedade e responsabilidade para além das instituições de saúde, incluindo nesse contexto a família.

Diante desse fato, temos verificado, em visitas domiciliares à população vulnerável, situações reais que colocam a família em confronto com idosos dependentes, assumindo a responsabilidade em se tornar um cuidador, sem, no entanto, dispor de condições física, emocional, financeira, estrutural e cognitiva para o cuidado que promova o mínimo de qualidade para o idoso dependente.

Não distante dessa situação, também temos encontrado, em leito hospitalar, pacientes idosos em situação de se tornar um dependente, estando acompanhado por um membro da família que terá grande probabilidade de se tornar o cuidador principal desse doente.

De posse dessa constatação e da nossa vivência prática, não poderíamos deixar de sermos solidários a essa clientela que demonstra sofrimento, ao ser colocada em situação desfavorável frente a vida ao se tornar um cuidador com todos os percalços a serem vencidos.

Várias indagações têm-nos remetido a pensar formas de ajudar essa população que carece de informação para assumir o cuidado com esses doentes, como os que seguem. Como posso cuidar sem saber o que fazer? Como assumir o cuidado sem danos financeiros à família? Onde posso buscar ajuda? De que forma posso estruturar o ambiente no domicílio para receber o doente dependente? Como assumir outros afazeres e cuidar do idoso dependente? Todos esses questionamentos são fatores preocupantes àqueles que irão assumir o cuidado. Nossa preocupação, então, está em preservar a saúde física e emocional daquele que pode vir a se tornar o cuidador. Justifica-se, assim, a pergunta orientadora do estudo: Qual o sentimento que o acompanhante apresenta ao se tornar um potencial cuidador de idosos dependentes no domicílio pós-alta hospitalar?

Essa questão se torna relevante, quando, a partir de busca na literatura que pudesse esclarecer nosso questionamento, não conseguimos identificar argumentos que pudessem sustentar uma resposta convincente para ajudar a minimizar possíveis

sofrimentos que hão de vir, com o passar do tempo, a esses cuidadores, pensando em prevenção de situações de agravo à saúde desses indivíduos.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Compreender e analisar os sentimentos dos acompanhantes de idosos dependentes internados ao se tornarem um potencial cuidador após a alta hospitalar.

### **4.2 Objetivos específicos**

- 1) Caracterizar o perfil dos acompanhantes, relacionado a idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, grau de parentesco;
- 2) Caracterizar o perfil dos pacientes idosos internados, relacionado a idade, sexo, estado civil, tempo de internação;
- 3) Identificar as temáticas afetas aos sentimentos, com base nos relatos dos participantes do estudo.

## 5 MÉTODO

Trata-se de um estudo em que se utilizou a abordagem da pesquisa qualitativa, que permite delinear perspectivas complementares quando se pretende a aproximação a de uma realidade com a finalidade de conhecê-la.<sup>31</sup>

Minayo descreve que o método qualitativo aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.<sup>31</sup>

A pesquisa qualitativa, além de compreender os fenômenos, busca entender o contexto onde ocorrem, permitindo, simultaneamente, obter subsídios para aprofundar o conhecimento dos acontecimentos que permitem explicar os comportamentos.<sup>32</sup>

Ressaltamos a importância da objetivação, isto é, do processo de investigação que reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, teoriza, revê criticamente o conhecimento acumulado sobre o tema em pauta, estabelece conceitos e categorias, usa técnicas adequadas e realiza análises, ao mesmo tempo, específicas e contextualizadas.<sup>31</sup>

### 5.1 Local do estudo

Foi realizado no município de Marília (SP), localizado no Centro Oeste Paulista, distante da capital do estado 443 quilômetros. Sua população estimada pelo IBGE em 2013 foi de 228.618 habitantes, cuja atividade econômica baseia-se principalmente na prestação de serviços, na indústria e na agropecuária.<sup>33</sup>

Utilizamos como campo para coleta dos dados um hospital de ensino – Unidade I. É um hospital que atende à alta complexidade e é referência para o atendimento de idosos, conforme portaria nº 677 de 30 de setembro de 2002.<sup>34</sup> A grande maioria é paciente em condições críticas de saúde, com doenças crônico-degenerativas, fato que nos levou a escolher essa unidade hospitalar. Em decorrência do perfil dos pacientes, os acompanhantes estão mais presentes durante o período de internação.

O Estatuto do Idoso<sup>10</sup> referencia a presença do acompanhante, que é reforçada por vários estudos, ao considerarem que o idoso é dependente dos seus familiares e que a hospitalização o distancia do convívio familiar. A presença de um membro da família no hospital é muito importante, não só para acompanhar o idoso, mas também para ser

orientado em seu papel de cuidador leigo. O acompanhante é visto como parceiro e não como complemento de recursos humanos para assistência em enfermagem, na busca da melhoria do cuidado do idoso e, em contrapartida, o trabalho da enfermagem constitui um verdadeiro campo de observação para aprendizagem das habilidades do cuidado.<sup>3,15</sup>

## **5.2 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos deste estudo foram catorze acompanhantes com potencialidade de virem a ser o cuidador familiar e catorze idosos acometidos por patologia crônica com grau de dependência total ou parcial, que demandariam cuidados no domicílio.

Considera-se dependência total quando o idoso depende totalmente do cuidador para atender as suas necessidades de autocuidado e dependência parcial quando necessita de ajuda para alguns cuidados ou atividades.<sup>7</sup>

Para definirmos os sujeitos que comporiam a amostra elencamos os critérios de inclusão e exclusão:

### ***Critérios de inclusão do paciente***

- Pacientes idosos internados com possibilidade de alta hospitalar;
- Ser paciente dependente de cuidados no domicílio, conforme escala de Katz;
- Estar internado, no mínimo, há 10 dias.

### ***Critérios de inclusão do acompanhante***

- Acompanhantes aceitarem participar do estudo;
- Ser acompanhante durante a internação e com possibilidade desse ser o cuidador;
- Ter grau de parentesco com o doente;
- Acompanhantes não terem limitação física e cognitiva que pudesse prejudicar a possibilidade de ser o potencial cuidador.

### ***Critérios de exclusão do acompanhante***

- cuidador formal – contratado com cursos de capacitação



Para definição do número de sujeitos a serem entrevistados, foi utilizado o critério da saturação ou recorrência dos dados, momento esse em que a busca de novos sujeitos não acrescenta mais nenhum dado à investigação. O tamanho amostral, na pesquisa qualitativa, quando se trabalha com amostras intencionais, tem pouca relevância, uma vez que a significância dos dados nos remete à qualidade das informações e não à quantidade, ressaltando que o momento ideal para interromper as entrevistas deve ocorrer quando houver a saturação das informações, ou seja, quando os dados começarem a ser tornar repetitivos. Apesar da pouca relevância no tamanho amostral, é necessário o estabelecimento desse número para evitar problemas futuros com o método.<sup>32</sup>

### **5.3 Instrumentos de coleta de dados**

O instrumento de coleta dos dados foi organizado em duas partes, sendo a primeira com levantamento de dados para conhecer o perfil dos acompanhantes, que foram identificados por idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião e grau de parentesco. Para os sujeitos da pesquisa (idosos dependentes), identificamos idade, sexo, estado civil e tempo de internação.

A segunda parte constou de uma entrevista, cuja questão norteadora foi aplicada aos acompanhantes dos pacientes internados, em horário que fosse conveniente para não prejudicar a assistência ao doente.

Inicialmente aplicamos um pré-teste com o roteiro elaborado para identificar as possíveis readequações do instrumento de coleta de dados. Esse roteiro foi aplicado em cinco acompanhantes, com a seguinte questão: Como você se sente em ser um acompanhante de idoso dependente internado? Após a aplicação dessa questão, fizemos uma avaliação das respostas e verificamos que não havíamos atingido nosso objetivo, sendo necessária uma readequação na questão norteadora.

### **5.4 Procedimentos da coleta de dados**

Os dados foram coletados entre os meses de dezembro de 2013 e maio de 2014, utilizando-se, como instrumentos, um questionário para caracterizar o perfil dos acompanhantes dos idosos internados e a questão norteadora da pesquisa: **Quais os sentimentos referentes ao processo de cuidar de idosos internados após a alta**

**hospitar?** Cujas respostas foram gravadas em MP3 (APÊNDICE A). Para obtenção do grau de dependência foi utilizada a escala de Katz (1963), contemplando as atividades básicas da vida diária (ABVDs), que envolvem as relacionadas ao autocuidado, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se e manter controle sobre suas eliminações<sup>7</sup> (ANEXO A).

Ressalta-se que a aplicação dessa escala foi realizada pela pesquisadora, após ter sido capacitada por um profissional enfermeiro, possibilitando que pudesse fazer a seleção dos pacientes e acompanhantes que atendessem ao propósito do estudo.

Tanto a entrevista quanto a transcrição foram feitas pela própria pesquisadora. Após o término da pesquisa, o conteúdo gravado, contendo as falas dos entrevistados, serão devidamente excluídos. A transcrição e a análise do relatado nas entrevistas propiciaram o estabelecimento das temáticas analisadas na discussão.

Os que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). O documento e seus detalhes explicados ressaltando-se o motivo da pesquisa. Somente após, foi autorizada a gravação dos depoimentos.

## **5.5 Análise dos Dados**

Os dados levantados para caracterização dos participantes da pesquisa, em relação às características dos acompanhantes e dos pacientes internados, foram expostos em quadros para melhor visualização e compreensão das variáveis estudadas: o propósito, descrito nos objetivos específicos, seguido de descrição e de análise comparativa dos relatos observados e áudiogravados, utilizando a análise de conteúdo como referencial.

Assim, foram entrevistados catorze acompanhantes do sexo feminino e masculino, com idades variando entre adultos jovens e idosos. Havia relações de parentesco com os idosos doentes, tornando todos familiares. Quanto à religião, a católica foi predominante. Quanto à escolaridade houve predominância do ensino médio. Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes era casada.

No tocante aos idosos doentes e dependentes, houve predominância do sexo feminino, casados, com tempo de internação acima de dez dias.

Os dados qualitativos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo de Bardin. Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter,

por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.<sup>35</sup>

Foi utilizada a análise temática das unidades de significação identificadas na comunicação. Com essa técnica podemos caminhar na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado.<sup>35</sup>

A análise de conteúdo obedeceu às seguintes etapas: Pré Análise, Exploração do Material, Tratamento dos resultados/inferências/interpretação.<sup>34</sup>

Na primeira etapa, a pré-análise, após a transcrição na íntegra das entrevistas, foi realizada uma leitura flutuante do material coletado, em que nos envolvemos com as falas dos sujeitos, ultrapassando as barreiras do imaginário. Após a organização do material, verificando se respondiam ao objetivo da pesquisa, fizemos a interpretação, selecionando temáticas e os conceitos teóricos para análise.

Na segunda etapa, exploramos o material. Realizou-se a codificação dos dados brutos e, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, criou-se as unidades de registro com recorte das entrevistas, de acordo com as falas de maior significância no material coletado.

Nessa etapa, foram estabelecidas as temáticas que têm, como objetivo, fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos para o tema pesquisado.

Na sequência, na terceira etapa, os resultados obtidos foram tratados e interpretados a partir de inferências previstas no quadro teórico, ou abrindo-se outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas na leitura do material.

Os dados coletados permitiram a organização de três temáticas de análise elaboradas a partir do conteúdo das entrevistas por convergência das ideias:

**1. Sentimento de solidariedade para o cuidado**, identificada por meio dos seguintes núcleos de sentido: importante que ela está sendo cuidada; levaria para morar comigo; é um privilégio; eu gosto muito dele; fazer por ele o que ele não consegue; gratidão; sentimento de amor; carinho; ajudar o outro a ficar bem; sentir bem em cuidar; ter prazer e alegria; humanidade; cuidar não tem preço o que precisar fazer eu faço.

**2. Sentimento de impotência para o cuidado**, temática identificada pelos seguintes núcleos de sentido: impotência; preocupação com as habilidades; ter dificuldade; necessidade de aprendizado; não ter conhecimento; necessidade de ajuda.

**3. Sentimento da necessidade de apoio familiar para o cuidado**, de acordo com os núcleos de sentido assim descritos: a consciência é de cada um; tenho três irmãos se vão ajudar eu não sei; família desestruturada; desunida; não tem muita união; ficar perto das pessoas que ele ama; participação da mãe no cuidar; acredita na ajuda da irmã; amor entre os irmãos; somos filhos e não só por obrigação; fazer por amor e não por obrigação; unir para ajudar; minha irmã vai ter que ficar com ela.

## **5.6 Aspectos éticos**

Para efetivação do estudo, a pesquisa foi aprovada pelo Diretor Clínico do Hospital das Clínicas I e, posteriormente pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília. Sob o Parecer CEP de número 23091213.2.0000.5413(ANEXO B), conforme determina a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.<sup>36</sup>

Queremos aqui ressaltar que, ao trabalhar com os sentimentos, pudemos verificar, durante as entrevistas, que alguns acompanhantes ficaram bastante emocionados e preocupados com o cuidado no domicílio e foram, então, encaminhados à psicóloga do setor para acompanhamento e instruções.

## 6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 6.1 Dados referentes ao perfil dos acompanhantes e dos pacientes idosos

Para melhor visualização, optamos em apresentar quadros com os dados referentes aos acompanhantes e aos pacientes conforme objetivos geral e específicos.

O quadro 3 apresenta o perfil dos acompanhantes, segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião e grau de parentesco.

Quadro 3 – Perfil dos acompanhantes. Marília (SP), 2014.

| Acompa-<br>nhante | Idade | Sexo | Estado<br>Civil | Escolaridade             | Religião   | Grau<br>Parentesco |
|-------------------|-------|------|-----------------|--------------------------|------------|--------------------|
| E <sub>1</sub>    | 45 a  | F    | Casada          | Ens.Méd.Incom.           | Católica   | Filha              |
| E <sub>2</sub>    | 38 a  | F    | Solteira        | 5 <sup>a</sup> . Série   | Evangélica | Filha              |
| E <sub>3</sub>    | 32 a  | F    | Solteira        | 5 <sup>a</sup> . Série   | Católica   | Sobrinha           |
| E <sub>4</sub>    | 32 a  | F    | Solteira        | Ens.Médio                | Católica   | Filha              |
| E <sub>5</sub>    | 36 a  | F    | Casada          | Ens.Médio                | Católica   | Filha              |
| E <sub>6</sub>    | 53 a  | F    | Casada          | Ens.Fund.                | Evangélica | Irmã               |
| E <sub>7</sub>    | 68 a  | M    | Casado          | 4 <sup>o</sup> ano prim. | Católico   | Marido             |
| E <sub>8</sub>    | 38 a  | F    | Solteira        | 7 <sup>a</sup> série     | Evangélica | Filha              |
| E <sub>9</sub>    | 41 a  | F    | Casada          | Ens.Médio                | Católica   | Sobrinha           |
| E <sub>10</sub>   | 65 a  | F    | Casada          | Analfabeta               | Católica   | Esposa             |
| E <sub>11</sub>   | 47 a  | F    | Casada          | Ens.Médio                | Católica   | Sobrinha           |
| E <sub>12</sub>   | 54 a  | F    | Separada        | Ens.Médio                | Católica   | Filha              |
| E <sub>13</sub>   | 54 a  | F    | Divorciada      | 4 <sup>o</sup> ano prim. | Católica   | Filha              |
| E <sub>14</sub>   | 43 a  | F    | Amasiada        | Ens.Méd.Incom.           | Católica   | Filha              |

E – Entrevistado

O quadro apresenta um total de 14 acompanhantes, sendo 13 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades variando entre 32 e 68 anos. As relações de parentesco com os idosos doentes formaram um grupo distinto, sendo: 8 filhas, 3 sobrinhas, 1 irmã, 1 marido e 1 esposa. Quanto à religião, 11 são católicos e 3 evangélicos. Quanto à escolaridade, há 1 analfabeta, 2 possuíam 4<sup>o</sup> ano do antigo ensino primário; 3 ensino

fundamental incompleto; 1, o ensino fundamental completo; 2, ensino médio incompleto e 5 ensino médio completo. Quanto ao estado civil, 7, eram casados, 1 amasiada, 4 solteiras, 1 separada e 1 divorciada.

Como se pode observar, a grande maioria das acompanhantes é casada, com grau de instrução em ensino médio, religião católica e com grau de parentesco de filhos. Esse perfil de cuidadores está em sintonia com o que encontramos na literatura, no que tange à feminização do cuidado.

Um estudo mostrou que o perfil dos cuidadores é de predomínio de filhos (57,6%) ou cônjuges (31,3%), do sexo feminino (74,7%), faixa etária até 53 anos (69,7%), nível superior (43,4%), casados (58,6%).<sup>37</sup>

Outra pesquisa identificada apresenta semelhança no perfil dos cuidadores. Em 98% dos casos pesquisados, o cuidador era alguém da família, predominantemente do sexo feminino (92,9%). A maior parte formada por esposas (44,1%), seguida pelas filhas (31,3%). As noras e as irmãs não foram frequentes. A faixa etária de 59% dos cuidadores estava acima de 50 anos e 41% tinham mais de 60 anos.<sup>13</sup>

Em trabalho de pesquisa, realizado na região do Porto em Portugal, avaliou-se o perfil do cuidador familiar de idoso fragilizado em convívio no domicílio. Também se aponta que são as mulheres que estão envolvidas no cuidado para com os idosos, sendo casadas, com média de 55 anos de idade e com uma reduzida escolaridade, tendo a seu encargo, além do papel de cuidar do idoso, o cuidado do lar, como mãe de família<sup>38</sup>.

As famílias, quase sempre, não estão preparadas para dar conta dessa situação, o que pode comprometer ainda mais o quadro clínico do idoso, além da dinâmica familiar, que é abruptamente alterada pela presença de um idoso dependente dentro de casa.<sup>10</sup>

Comumente a mulher cuida de várias e de todas as gerações: bebês, crianças, adultos, idosos, sadios e doentes. Elas agregam várias funções de cuidado para manter a ordem familiar. Quando se faz necessário, é comum a mulher abandonar tudo para exercer o papel de cuidador, até mesmo sua vida profissional.<sup>37</sup>

O resultado apresentado no quadro três reforça, portanto, o fato de que ainda é comum e cultural que a figura feminina assuma os cuidados necessários para o bem estar familiar. A visibilidade social dessa personagem, porém, ainda é muito restrita, sobretudo nos países em que o envelhecimento da população vem acontecendo há poucas décadas.<sup>12,37</sup>

Ainda que no presente estudo não tenha sido possível verificar o impacto que o nível de escolaridade causa no cuidado de doenças crônicas, podemos inferir que pode

prejudicar o entendimento sobre a doença e sua evolução, bem como o tratamento recomendado.<sup>19</sup>

É necessário enfatizar, pois, que, para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde orientações necessárias, principalmente em relação às doenças crônico-degenerativas, com a qual está eventualmente lidando, bem como sobre como acompanhar o tratamento prescrito. Essas pessoas deverão, também, receber atenção à sua saúde, considerando que a atividade de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos ao cuidador.<sup>20</sup>

Nesse sentido, a ESF constitui uma importante estratégia para enfrentar o desafio de um envelhecimento com qualidade, mas se faz necessário que os profissionais integrantes dessas equipes estejam preparados para atender ao idoso e à família, no seu contexto domiciliar, procurando alcançar os objetivos propostos pela PNSPI, o que constitui num grande desafio para atualidade.<sup>20</sup>

No tocante à religião, todos os cuidadores estavam ligados a uma denominação religiosa. Houve predomínio da católica, referida por onze acompanhantes. Salientamos que, na busca de um equilíbrio com os outros e consigo mesmo, e até para o enfrentamento de uma situação de doença, as pessoas procuram auxílio ou apoio na religião, expressando sua fé pelo ato de rezar ou meditar. A participação em atividades associadas à fé religiosa pode apresentar-se como sendo fator de proteção para sobrecarga e estresse do cuidado, conforme aponta a literatura.<sup>39</sup>

O quadro abaixo apresenta o perfil dos pacientes idosos internados no Hospital Ensino, unidade I, segundo idade, sexo, estado civil e tempo de internação.

Quadro 4 – Perfil dos pacientes internados no Hospital de Ensino – unidade I. Marília (SP), 2014.

| <b>Paciente</b> | <b>Idade</b> | <b>Sexo</b> | <b>Estado Civil</b> | <b>Tempo de Internação</b> |
|-----------------|--------------|-------------|---------------------|----------------------------|
| P <sub>1</sub>  | 70 a         | F           | Desquitada          | 70 dias                    |
| P <sub>2</sub>  | 64 a         | F           | Viúva               | 50 dias                    |
| P <sub>3</sub>  | 82 a         | M           | Viúvo               | 60 dias                    |
| P <sub>4</sub>  | 78 a         | M           | Casado              | 15 dias                    |
| P <sub>5</sub>  | 63 a         | M           | Casado              | 30 dias                    |
| P <sub>6</sub>  | 66 a         | F           | Casada              | 15 dias                    |
| P <sub>7</sub>  | 63 a         | F           | Casada              | 16 dias                    |
| P <sub>8</sub>  | 78 a         | F           | Viúva               | 75 dias                    |
| P <sub>9</sub>  | 71 a         | M           | Casado              | 14 dias                    |
| P <sub>10</sub> | 69 a         | M           | Casado              | 39 dias                    |
| P <sub>11</sub> | 85 a         | F           | Viúva               | 64 dias                    |
| P <sub>12</sub> | 87 a         | F           | Viúva               | 10 dias                    |
| P <sub>13</sub> | 79 a         | F           | Casada              | 47 dias                    |
| P <sub>14</sub> | 71 a         | F           | Casada              | 45 dias                    |

P – Paciente

Podemos identificar que, entre os idosos doentes, 9 eram do sexo feminino e 5, do sexo masculino, com idade variando entre 63 a 87 anos. Quanto ao estado civil, 8 eram casados; 5, viúvos e 1 apenas, desquitado. O tempo de internação variou entre 10 e 75 dias, gerando uma média de 40 dias de internação. Todos necessitariam de cuidados domiciliares pós-alta hospitalar.

Com o progressivo aumento da expectativa de vida da população no mundo atual, é crescente o número de portadores de doenças crônicas incuráveis, que geram em seus portadores perdas sucessivas da independência e autocontrole, necessitando frequentemente de cuidadores.<sup>37</sup>

Quando um idoso começa a se tornar dependente, isso muitas vezes acaba desencadeando um momento crítico para a família. Por dificilmente terem convivido



com alguém nessa situação e, mais raro ainda, terem ouvido alguém falar sobre essa experiência, há uma desestruturação inicial do *status quo* familiar.<sup>14</sup>

O convívio com uma pessoa dependente exige, claro, uma série de aprendizagens e adaptações. Em geral, não são apenas as pessoas que não estão preparadas para cuidar deste idoso. Se formos analisar os recursos disponíveis na rede formal de apoio oferecida em nosso país, perceberemos que esta também está tentando se estruturar à medida que esta problemática vem se acentuando.<sup>14</sup>

As repercussões das doenças crônicas não atingem exclusivamente o indivíduo doente, afetam, também, seus familiares e sua rede social. Os significados que são compartilhados, de forma direta ou indireta, acabam influenciando o curso da doença. Eles podem auxiliar na redução ou aumento dos sintomas, no exagero ou na diminuição das dificuldades, ou ainda nos impedimentos ou facilidades relativas ao tratamento.<sup>37</sup>

A rotina da família pode sofrer alterações por conta das orientações médicas, como mudança na dieta e outras restrições indicadas, fatores que demandam um novo modo de se relacionar com a pessoa que, agora, assume na família um novo papel, o de doente.<sup>37</sup>

Entre 2000 e 2020, a proporção de idosos aumentará de 5% para 10%. A expectativa de vida dos homens passará a ser de 70 anos e das mulheres 76 anos. Uma tendência generalizada no mundo é a longevidade das mulheres. Essa tendência é consequência da sobremortalidade masculina em todas as faixas etárias e para maioria das causas de morte. Possivelmente associa-se à maior exposição dos homens a fatores de risco, como álcool e fumo, aos acidentes de trabalho e homicídios e ao aumento da mortalidade por câncer de pulmão e doenças cardiovasculares.<sup>39</sup>

Por outro lado, o século XX assistiu a um importante declínio na mortalidade materna perinatal e por câncer de útero; fatores hormonais ainda são fatores de proteção cardiovascular que se estendem até alguns anos após a menopausa. A aparente vantagem das mulheres é parcialmente atenuada pela maior prevalência de demências, depressão e dependência funcional, reduzindo sua expectativa de vida sem incapacidades.<sup>39</sup>

As internações hospitalares, de um modo geral, refletem a frequência das doenças de maior gravidade em uma determinada população. São dados úteis para caracterizar a saúde dos idosos, porque o registro da causa e a duração das internações são compulsórios; além disso, durante o período de internação é mais fácil firmar o diagnóstico correto da doença.<sup>39</sup>

Dentre as principais causas de internação de idosos (insuficiência cardíaca e pneumonia), os custos médios dos homens são superiores aos das mulheres. O custo mais baixo das internações de mulheres idosas, quando comparadas aos homens, pode representar a maior gravidade das doenças dos homens. Isto ocorreria porque homens controlam precariamente seus fatores de risco ao longo da vida, beneficiam-se menos de atividades de prevenção e procuram auxílio médico mais tardiamente.<sup>39</sup>

Portanto, há de se pensar em políticas públicas que beneficiem este contingente: idoso e cuidador familiar, simultaneamente.

O grupo de idosos, potencialmente demandador de assistência, precisa de uma atenção especial no que diz respeito aos seus cuidados. Por desenvolver dependência de outras pessoas, conhecer sua composição é fundamental para melhorar o tipo de assistência dada a ele. Esperamos encontrar as incapacidades cada vez mais tarde e que os idosos mais jovens sejam, cada vez menos, parte deste grupo. Evidentemente, não será possível eliminar todas as doenças que fazem o idoso ser dependente de alguém, mas pode-se postergá-las para que se viva um tempo maior de maneira autônoma.<sup>21</sup>

## **6.2 Apresentação e discussão dos relatos/entrevistas**

Ao realizar este estudo buscamos compreender quais os sentimentos do acompanhante de pacientes dependentes internados ao se tornar um potencial cuidador pós-alta hospitalar. Optamos pela imersão nessa realidade pelos relatos de pessoas que estão vivenciando essas experiências na prática em um hospital. Para tanto, utilizamos uma questão norteadora: *Quais os seus sentimentos referentes ao processo de cuidar de idosos internados após a alta hospitalar?*

De posse dos relatos, trabalhamos a possibilidade de compreendê-los à luz da pesquisa qualitativa. A coleta dos dados relatados permitiu a organização de três temáticas de análise, elaboradas a partir do conteúdo das entrevistas por convergência das ideias. As temáticas identificadas foram: Sentimento de solidariedade para o cuidado (Quadro 5); Sentimento de impotência para o cuidado (Quadro 6) e Sentimento da necessidade de apoio familiar para o cuidado (Quadro 7).

Essas abordagens foram expressas por sentimentos diversos e relatados pelos entrevistados, como amor, prazer, gratidão, falta de preparo para o cuidado, impotência, medo, recuperação da saúde, não tem mais jeito acabou, a importância da união familiar

e um curioso sentimento de obrigação, dentre outros, o que nos possibilitou inferir as temáticas descritas acima.

Para a visualização ampliada dessas temáticas e seus relatos, descrevemos abaixo, no quadro de número cinco, as temáticas e seus relatos como forma de organização das falas dos entrevistados.

A partir dos relatos dos acompanhantes, que possivelmente se tornarão cuidadores no domicílio dos pacientes dependentes internados, passamos, agora, a fazer a discussão, considerando as temáticas identificadas.

Quadro 5 – Apresentação dos relatos dos acompanhantes, por temáticas: Sentimento de solidariedade para o cuidado.

**Relato do acompanhante**

E<sub>1</sub> Eu acho que o importante é ela saber que ela está sendo cuidada, que ela não tá abandonada. O primordial é isso.

E<sub>2</sub> [...] é maravilhoso, se eu pudesse eu levaria ela para morar comigo[...] eu queria realmente que ela morasse comigo[...]

E<sub>3</sub> É um privilégio, porque eu gosto muito dele. Eu gosto de ajudar as pessoas, principalmente os idosos [...] Eles são indefesos ... é, eles não reage que nem a gente que somos mais novos. Eles não têm, como a gente tem, eles são fragils[...] Ah, assim eles não consegue, às vezes, ir para o banheiro sozinho. Eles não conseguem se alimentar, fazer a higiene, fazer um passeio, ir a uma farmácia comprar um remédio, não tem como.

E<sub>4</sub> Sentimento de cuidar dele, me criou e agora eu tenho que cuidar dele [...] a gente tem que superar e fazer de tudo para pessoa ficar bem, na casa, na família, para ter a recuperação dela.

E<sub>5</sub> Então é difícil a gente falar de sentimento, não é sentimento de dó, não é pena. É um sentimento de amor que a gente tem que ter pela pessoa para cuidar dela. Bom acho que é isso. É o carinho que você tem que passar para o acompanhante e a dificuldade que a gente passa é normal [...]

E<sub>6</sub> Eu me sinto bem em cuidar dela, [...] fico muito feliz por estar aqui ao lado dela [...] com alegria, com prazer. O melhor é que ela tivesse boa para ela mesmo podê fazê, né? Como ela fazia antigamente.

E<sub>7</sub> Olha é o seguinte: como eu sou casado há 46 anos, agora, agora faz 46 anos, eu cuido bem dela, porque eu acho que é a necessidade de um casal que veve bem cuidar da esposa, porque se o causo acontecesse comigo, ela cuidaria de mim [...] eu cuido e cuido muito bem, como se fosse um enfermeiro, eu cuido bem dela. O que for preciso fazer eu faço.

E<sub>9</sub> Olha o sentimento que eu tenho é assim, todos nós somos humanos, então precisamos de cuidado, porque hoje é ele quem está aqui, daqui a meia hora, um dia pode ser eu que venha a ocupar o lugar dele. Então, assim: Você tem que ser solidário, você tem que [...] para cuidar de uma pessoa paciente, você tem que [...] não é porque ele é seu parente, mas você tem que amar como [...]

E<sub>12</sub> Positiva, não tem preço, o que eu puder fazer por ela eu faço.

E<sub>14</sub> [...] tudo que eu puder fazer de bom pra ela, de bom pra ajuda, nesse momento. Tô tentando fazer o possível pra ... se bem, mesmo ela sendo minha mãe, é a pessoa mais importante pra mim, então tudo que eu puder fazer de bom.

### 6.2.1 Temática 1 - Sentimento de Solidariedade para o cuidado

Ao iniciarmos a discussão da primeira temática, optamos em definir solidariedade e cuidar, procurando dessa forma dar sentido e entendimento ao relatado nas descrições abaixo, apontadas nas falas dos entrevistados.

A princípio, busca-se definir solidariedade enquanto qualidade de ser solidário, laço ou vínculo recíproco de pessoas ou coisas independentes; adesão ou apoio à causa de outrem; sentido moral que vincula o indivíduo à vida, aos interesses e as responsabilidades entre pessoas unidas por interesses comuns, de maneira que cada elemento do grupo se sinta na obrigação moral de apoiar o outro: solidariedade de classe, sentimento de quem é solidário; dependência recíproca.<sup>40</sup>

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.<sup>41</sup>

O filósofo que melhor conceitua a importância essencial do cuidado é Martin Heidegger (1889-1976), em seu famoso *Ser e Tempo*: “Do ponto de vista existencial, o cuidado se acha a *priori*, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato”. Quer dizer, o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. E se fizer, ela sempre vem acompanhada de cuidado e imbuída de cuidado. Significa reconhecer o cuidado como um modo de ser, essencial, sempre presente e irreduzível à outra realidade anterior. É uma dimensão frontal, originária, ontológica, impossível de ser totalmente desvirtuada.<sup>41</sup>

Um modo de ser não é um novo ser. É uma maneira do próprio ser estruturar-se e dar-se a conhecer. O cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano. O modo de ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano.<sup>41</sup>

Sem o cuidado ele deixa de ser humano. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define-se, perde sentido e morre. Por isso o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana. O cuidado deve estar presente em tudo. Nas palavras de Martin Heidegger “cuidado significa um fenômeno ontológico existencial básico”. Traduzindo: um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana enquanto humana.<sup>41</sup>

Concordamos que o cuidado é inerente ao ser humano. Esse fato talvez explique os sentimentos de solidariedade que os acompanhantes em sua maioria expressam. Há uma mistura de sentimentos positivos, conforme podemos verificar abaixo:

*E<sub>1</sub> Eu acho que o importante é ela saber que ela está sendo cuidada, que ela não tá abandonada. O primordial é isso.*

*E<sub>3</sub> É um privilégio, porque eu gosto muito dele. Eu gosto de ajudar as pessoas, principalmente os idosos [...] Eles são indefesos ... é, eles não reage que nem a gente que somos mais novos. Eles não têm, como a gente tem, eles são fragils...*

*E<sub>6</sub> Eu me sinto bem em cuidar dela, [...] fico muito feliz por estar aqui ao lado dela.*

*E<sub>9</sub> Olha o sentimento que eu tenho é assim, todos nós somos humanos, então precisamos de cuidado, porque hoje é ele quem está aqui, daqui a meia hora, um dia pode ser eu que venha a ocupar o lugar dele. Então, assim: Você tem que ser solidário, você tem que [...] para cuidar de uma pessoa paciente, você tem que [...] não é porque ele é seu parente, mas você tem que amar como[...]*

Na família, o indivíduo constrói a sua identidade e se transforma, reconhecendo esse espaço como o seu *habitat natural*. Assim, falar de família é falar da importância que tem na vida do ser humano, o que se reflete nas mudanças que ocorrem na sociedade<sup>28</sup>.

Dessa forma, são encontrados múltiplos modelos de família e várias são as pessoas que dela fazem parte, desempenhando diversos papéis. Mais do que garantir os direitos, conforme preconiza o Estatuto do Idoso, o papel da família tem sido de fundamental importância quando observamos o contexto no qual está inserido o idoso na saúde pública e, ainda mais, quando se torna dependente de cuidados<sup>28</sup>.

Muitas vezes as filhas assumem o papel de cuidadoras por não haver outra pessoa que aceite esse papel. No caso, parece haver um sentimento de obrigatoriedade, quando se trata de filhos que deverão cuidar de seus pais dependentes, misturado com sentimentos de gratidão e cuidado para recuperação, como podemos observar na fala abaixo:

*E<sub>4</sub> Sentimento de cuidar dele, me criou e agora eu tenho que cuidar dele [...], a gente tem que superar e fazer de tudo para pessoa ficar bem, na casa, na família, para ter a recuperação dela.*

A fala nos remete a pensar em obrigatoriedade moral, imposta pelos costumes, pela cultura familiar, sem preocupação com a lei neste primeiro momento, pois as pessoas, ainda, são consideradas potenciais cuidadoras.<sup>28</sup>

Ficou evidente que não há um preparo formal para se tornar cuidador de um familiar. Cuidar de um idoso dependente é uma situação complexa, que acarreta uma sobrecarga de trabalho, responsabilidades, incertezas e cansaço físico. Após a alta hospitalar, muitos são os

problemas vividos pelo paciente e pela família quando, no domicílio, necessitam desenvolver tarefas de cuidados, situações antes vivenciadas junto dos profissionais de saúde do hospital.

A palavra *cuidado*, deriva de cura que, na sua forma latina mais antiga, era usada num contexto de relações de amor e de amizade. Era expressão de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada, ou por um objeto de estimação. Segundo outros autores, cuidado deriva de *cogitare/cogitarus*, cujo sentido é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, desvelo e preocupação.<sup>42</sup>

É a partir de preocupação ou até mesmo de responsabilidade legal dos familiares que surge nesse processo um *novo* papel social que por vezes, acaba sendo destinado, em vez de escolhido e decidido, o chamado cuidador familiar.<sup>28</sup>

Sentimento de obrigatoriedade, quando se trata de cônjuges. Associado ao fato que o cuidar é uma função inerente ao casamento, ao mesmo tempo evidencia-se que também existe um componente afetivo que conduz essa atuação e contribui para que um cônjuge cuide do outro: um sentimento de carinho de gostar do outro como pode ser percebido na fala abaixo<sup>43</sup>:

*E7 Olha é o seguinte, como eu sou casado há 46 anos, agora, agora faz 46 anos, eu cuido bem dela porque eu acho que é a necessidade de um casal que veve bem cuidar da esposa, porque se o caso acontecesse comigo, ela cuidaria de mim [...] eu cuido e cuido muito bem, como se fosse um enfermeiro, eu cuido bem dela. O que for preciso fazer eu faço.*

O cuidar pode ser entendido como uma manifestação de afeto por parte do cônjuge, e a concepção popular de amar remete a essa forma de compromisso com o outro. Na língua portuguesa, cuidar denota “aplicar a atenção; o pensamento; ter cuidado com os outros e consigo mesmo; tratar de assistir”, dentre outros sinônimos<sup>42</sup>.

Embora o cuidador refira-se ao afeto como motivação para cuidar, evidencia-se que o cuidar de sua esposa também é um dever, mais que uma obrigação, podendo-se notar o expressivo traço cultural: sendo esposo, tem que ficar junto e dedicar-se à realização dos cuidados. Assim podemos depreender que, embora o componente afetivo apresente-se como um fator importante e influencie na escolha do cuidador, ele estará acompanhado de valores impostos pela cultura familiar, ou seja, pelos direitos, deveres e obrigações dos membros da família.<sup>28, 37, 43, 44</sup>

Dever é traduzido por ter obrigação ou necessidade de; ser devedor de; aquilo a que está obrigado por lei, pela moral, pelos costumes; incumbência ou obrigação; obrigação é relativa a dever; imposição; tarefa necessária; compromisso; motivo de reconhecimento; favor; serviço, preceito.<sup>42</sup> Assim, quando o cuidador se refere a seu dever ou a sua obrigação,

podemos considerar que está se referindo a uma obrigação moral determinada, expressa em uma regra de ação, que nesse caso é o cuidar<sup>28</sup>.

O dever, entretanto, refere-se, também, às ações impostas por normas sociais, que, por sua vez, estão inscritas num conjunto de crenças e valores compartilhados entre membros de uma sociedade, sendo a família privilegiado lugar de transmissão e manutenção dos valores.<sup>28</sup>

Assumir o fato de ser o responsável pelo cuidado não é uma opção porque, em geral, o cuidador não toma a decisão de cuidar, o que se define na indisponibilidade de outros possíveis cuidadores para cuidar. Quanto mais o cuidador se envolve, mais os não cuidadores se desvencilham do cuidado. Assim, percebemos que, uma vez assumindo, o cuidado dificilmente é transferível.<sup>28</sup>



Quadro 4 – Apresentação dos relatos dos acompanhantes, por temáticas: Sentimento de impotência para o cuidado

**Relato do acompanhante**

E<sub>1</sub> De início, um pouco de impotência, por não saber como agir... Eu estou pronta a aprender e ajudar ela da melhor maneira possível. Eu fico muito preocupada, pois é a primeira vez que ela tá usando sonda, oxigênio, né, fora isso eu tenho experiência de troca de fralda, fazer os curativos dela, também dá banho, né, ... Eu acho tão difícil, né? Porque na família a gente nunca passou por isso, né? Eu não tenho experiência e acho... é triste, né?

E<sub>9</sub> [...] alguns tipos de doença infelizmente a pessoa vai morrer. Dependendo da doença a gente percebe até... o médico já falou que talvez ele vai pra casa, mas talvez não. Talvez acabe aqui e o medo da gente é que acaba aqui, porque se ele for para casa como é que eu vou cuidar dele, eu não sei [...] mas ficá também em cima de uma cama sofrendo, porque sofre a família toda... sofre ele e sofre todo mundo que tá ali em volta dele, sofre também. Então assim, vamos deixar Deus escolher, como eu deixei como foi com minha mãe.

E<sub>10</sub> [...] é, eu queria que ele fosse melhorando, né, mas do jeito que ele tá, não tá melhorando nada, a gente fica sentida... sem saber como cuidar

E<sub>11</sub> [...] ela está muito debilitada e sozinha. É duro virar ela, ela quebrou o fêmur, né, e também como mora praticamente duas idosas, eu teria que ficar lá cuidando 4 a 5 horas por dia. Eu teria que ficar ali passando, lavando, cozinhando, por causa disto [...] Eu fico muito preocupada, pois é a primeira vez que ela tá usando sonda, oxigênio, né. Fora isso, eu tenho experiência de troca de fralda, fazer os curativos dela, também dá banho, né, [...]

E<sub>12</sub> Eu acho tão difícil. Né? Porque na família a gente nunca passou por isso. Né? Eu não tenho experiência e acho... é triste. Né? [...] a gente aprende muita coisa no hospital, como o paciente tá sendo tratado, e as enfermeiras também, a gente vendo o exemplo delas e a dedicação delas, a gente aprende. Né?

E<sub>13</sub> [...] apesar de eu não ter muito conhecimento, apesar que, eu tô tendo ajuda do meu filho, porque ele entende mais.

### 6.2.2 Temática 2 - Sentimento de impotência para o cuidado

Embora não relatado por nós nesse estudo, mas verificado no momento da coleta de dados, os idosos apresentavam doenças crônico-degenerativas, e por se tratar de casos patológicos considerados graves e com co-morbidades, eram doentes acamados dependentes pelo menos por um bom tempo, ou quem sabe o seriam pelo resto de suas vidas. Também podemos observar que a maioria das entrevistadas, acompanhantes, quem sabe futuras cuidadoras domiciliares, ainda não apresentavam habilidade para o cuidado, ocasionando seu sentimento de impotência. Agregado ao fato de serem mulheres, jovens, casadas, com filhos, tendo outros afazeres e compromissos para além de ser um cuidador exclusivo, a falta de habilidade para o cuidado da pessoa dependente as coloca em situação que leva ao sentimento apontado nesta temática.

No momento, as pessoas expressam ter boa vontade para o cuidado, elas foram “pegas no contra pé”, e reconheceram não ter preparo para o cuidado, o que gera sentimento de impotência, conforme trecho da entrevista abaixo nos indica:

*E<sub>1</sub> De início, um pouco de impotência, por não saber como agir... eu estou pronta a aprende e ajudar ela da melhor maneira possível.  
Eu fico muito preocupada, pois é a primeira vez que ela tá usando sonda, oxigênio, né, fora isso eu tenho experiência de troca de fralda, fazer os curativos dela, também dá banho, né, ...  
Eu acho tão difícil. Né? Porque na família a gente nunca passou por isso. Né? Eu não tenho experiência e acho... é triste. Né?*

Cuidar é uma ação e um comportamento que envolve conhecimentos, valores, habilidades e atitudes empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer. O cuidado é inerente ao ser humano, por isso, cuidar de alguém requer do cuidador habilidades que acabam se expressando no cotidiano do cuidado.<sup>12, 15, 21, 26</sup>

Além disso, os problemas gerados na família e para o cuidador informal decorrentes do cuidado de idoso no domicílio com algum grau de dependência, resultam na busca da reorganização para alcançar o equilíbrio por meio de estratégias que possam garantir o enfrentamento dessas situações.<sup>26,28</sup>

Apesar da falta de habilidade para o cuidado apontada por alguns dos sujeitos da pesquisa, existe boa vontade em aprender e boa vontade em ensinar por parte dos profissionais de saúde do hospital:

*E<sub>12</sub> Eu acho tão difícil. Né? Porque na família a gente nunca passou por isso. Né?. Eu não tenho experiência e acho... é triste. Né? [...] a gente aprende muita coisa no hospital, como o paciente tá sendo tratado, e as enfermeiras também, a gente vendo o exemplo delas e a dedicação delas a gente aprende. né?*

O processo de tornar-se cuidador é gerado, então, no enfrentamento diário, aprendendo a lidar com as necessidades do idoso doente e muitas vezes, tendo que se adaptar a elas. A identidade do cuidador, portanto, vai sendo construída no processo de cuidar do outro. É no seu fazer diário que a dimensão do cuidar vai sendo internalizada e concretizada. É no relacionamento com o outro (paciente) e consigo mesmo que o cuidador vai produzindo, para além da atividade de cuidar, a sua identidade.<sup>4,43,44</sup>

Outro sentimento é de medo da morte, de que acabou, de que é o fim da linha. As famílias de pacientes terminais sofrem um estresse permanente em relação à incerteza em que estão submetidas. Em momento algum se sentem seguras com o curso da doença. A família, em especial o cuidador, passa por um esgotamento emocional, pois ver uma pessoa querida morrendo, com dor, e estar impotente frente a isso, torna-se algo massacrante, difícil de lidar. Entretanto a família que consegue trabalhar isso abre a oportunidade de resolver questões de relacionamento tanto entre si quanto com o paciente, possibilitando uma despedida antes do falecimento deste.<sup>45</sup>

*E<sub>9</sub> [...] o médico já falô que talvez ele vai pra casa, mas talvez não. Talvez acabe aqui e o medo da gente é que acaba aqui, porque se ele for para casa como é que eu vou cuidá, eu não sei,.. mas ficá também em cima de uma cama sofrendo, porque sofre a família toda [...]*

*E<sub>10</sub> [...] é, eu queria que ele fosse melhorando, né, mas do jeito que ele tá, não tá melhorando nada, a gente fica sentida [...] sem saber como cuidar*

A morte, apesar de todos os estudos e esforços dos profissionais da saúde, continua sendo um tabu, talvez não por preconceito em relação ao tema, mas por impor ao ser humano a sua finitude, retirando, de forma brusca, a ideia de imortalidade que se faz presente nas pessoas. Falar sobre a morte é assumir a única verdade presente em nossas vidas, verdade contra a qual podemos lutar, retardar, mas não conseguimos mudar a real situação dos seres, não somente humanos, mas dos seres vivos, a mortalidade. Somos mortais, e isso não é uma opção, mas uma realidade.<sup>45</sup>

Há também aqueles acompanhantes que ficam sós nessa fase de internação em que uma doença acomete o idoso, e precisarão de ajuda externa:

*E<sub>11</sub> [...] ela está muito debilitada e sozinha. É duro virar ela, ela quebrou o fêmur, né, e também como mora praticamente duas idosas, eu teria que ficar lá cuidando 4 a 5 horas por dia. Eu teria que ficar ali passando, lavando, cozinhando, por causa disto[...]*

Os cuidadores familiares muitas vezes desconhecem que poderiam recorrer aos profissionais de saúde e aos serviços de saúde para buscar apoio, orientações e ajuda no seu fazer. Algumas ações implantadas pelo sistema de saúde têm buscado fortalecer a contribuição familiar para manutenção e melhora dos níveis de saúde de seus integrantes e, conseqüentemente, dos cuidados realizados nos domicílios às pessoas que apresentam algum tipo de dependência. A implantação desta proposta, na prática, porém ainda carece efetivação.<sup>43</sup>

As políticas públicas de vários países, incluindo o Brasil, reconhecem oficialmente a contribuição dos cuidadores informais, dos familiares, dos voluntários para complementar a assistência pública. Mas a questão do financiamento do cuidado comunitário permanece um desafio a ser enfrentado.<sup>46</sup>

A dependência precisa ser reconhecida como uma importante questão de saúde pública. Seu impacto sobre a família e a sociedade não poder ser subestimado. No Brasil, apesar de a Política Nacional de Saúde do Idoso reconhecer a importância da parceria entre profissional de saúde e as pessoas que cuidam do idoso, aponta que essa parceria deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e isolamento.<sup>46</sup>

Acontece que essa política ainda não foi regulamentada e, portanto não foram abordadas questões relativas ao financiamento das ações previstas na política, tampouco explicitadas as estratégias a serem utilizadas para alcançar os objetivos supracitados, fato que precisa ser merecedor de atenção séria e imediata.<sup>46</sup>

Quadro 5 – Apresentação dos relatos dos acompanhantes, por temáticas: Sentimento da necessidade do apoio familiar para o cuidado.

**Relato do acompanhante**

E<sub>1</sub> [...] eu não quero causar briga, discussão, se vão me ajudar ou não. Eu sei que não vai ser fácil, mas eu acho que o importante é eu fazer minha parte, sem contar ou querer saber se os outros vão fazer, é a consciência de cada um [...] se eu vou precisa de ajuda? Claro que eu vou precisá de ajuda, mas eu não tenho que impor a ninguém a fazer nada. A consciência é de cada um [...] eu tenho mais três irmãos, mais se eles acharem que não vão ajudar, né [...] não tem como obrigar, eu vejo que eu vou fazer a minha parte, espero fazer a minha parte e também diante de Deus, eu fiz o meu melhor e é isso que eu espero.

E<sub>4</sub> [...] ai é complicado, família desestruturada, desunida... desunida... Ah, problema deles mesmo, então não tem muita união.... Não, preocupação os irmãos tem, mas não são unidos para vim cuidar [...] Agora é complicado.

E<sub>5</sub> Ficar bem assim, se recuperar cada vez mais, no caso do meu pai mesmo, ele tava em casa – tava melhor, veio para o hospital teve uma piora. Então é isso aí, ele precisa ficar perto das pessoas que ele ama para recuperar melhor. Aos poucos ele vai se recuperando... Minha mãe participa, ela ajuda a cuidar, é eu e ela mesmo para não cansar tanto... então fica assim... uma luta.... graças a Deus que está dando força e a gente tá conseguindo.

E<sub>6</sub> [...] em Marília nós só temos uma irmã, os outros estão em São Paulo. Eu acredito que a outra também vai ajudar, ela está trabalhando mas eu acredito que ela vai ajudar. Porque ela também é uma pessoa muito boa e com um coração generoso, nós amamos muito essa irmã nossa, por ser a mais velha.

E<sub>8</sub> Com isso a gente só tem a aprender, nós somos filhos, não só por obrigação. A gente só tem que fazer por amor e assim...é... né...e assim é por amor mesmo, né. O amor que eles têm pela mãe, a gente vê família que... tem que ter união, a gente tem que se unir para ajudar, ela é dependente de você. Então você tem que fazer. Não por obrigação, mas por amor de filhos, que somos.

E<sub>12</sub> Não... é outra minha irmã, apesar dela não ter paciência, vai ter que ficar com ela. Assim em geral, ou eu...

### 6.2.3 Temática 3 - Sentimento da necessidade do apoio familiar para o cuidado

Esta terceira temática, a respeito da necessidade de sentir o apoio da família para o cuidado, aparece com bastante força nas falas durante as entrevistas. Acreditamos que este tema aparece de forma natural, pois apesar de todas as mudanças que a família passou ao longo dos séculos, ainda contamos uns com os outros quando somos acometidos pelas intempéries da vida, além disso, não poderíamos deixar de citar a responsabilidade legal dos familiares.

Este contar uns com os outros, flui neste primeiro momento de forma tranquila, quando os familiares se dão bem:

*E<sub>6</sub> [...] em Marília nós só temos uma irmã, os outros estão em São Paulo, eu acredito que a outra também vai ajudar, ela está trabalhando mas eu acredito que ela vai ajudar.  
[...] porque ela também é uma pessoa muito boa e com um coração generoso, nós amamos muito essa irmã nossa, por ser a mais velha.*

*E<sub>8</sub> Com isso a gente só tem a aprender, nós somos filhos, não só por obrigação. A gente só tem que fazer por amor e assim...é... né...e assim é por amor mesmo, né.  
O amor que eles tem pela mãe, a gente vê família que... tem que ter união, a gente tem que se unir para ajudar, ela é dependente de você, então você tem que fazer. Não por obrigação, mas por amor de filhos que somos.*

Podemos evidenciar, também, a existência de um componente afetivo que conduz a atividade do cuidar, contribuindo para que um cônjuge cuide do outro, pois sentimentos de carinho, amor e ternura apresentam-se para os cuidadores como fatores importantes e influenciadores na escolha de tal função.<sup>43,44</sup>

Nesse sentido, também aparecem os filhos como cuidadores principais quando o cônjuge não pode cuidar, por motivo de doença física e mental ou quando um ou outro é falecido. Este sentimento de afeto em relação ao idoso transcende também a outros familiares além dos filhos, pois a relação de parentesco faz com que outros cuidadores potenciais como netos e noras se apresentem no processo de cuidar.<sup>43</sup>

Sendo esposo ou esposa, filho (a), pai, mãe, neta (o) ou sogra (o), percebe-se que a relação de parentesco influencia na escolha de quem cuida do idoso doente, bem como evidencia os laços afetivos entre os familiares. Quanto mais estreita for a relação parenteral, mais chance tem o indivíduo de vir a ser o responsável pelo cuidado.<sup>43</sup>

No entanto, quando os acompanhantes dos pacientes conseguem identificar a possibilidade da não ajuda dos familiares a preocupação passa a ser um fator preponderante apontada por eles nos relatos:

*E<sub>1</sub> [...] eu tenho mais três irmãos, mais se eles acharem que não vão ajudar, né... não tem como obrigar. Eu vejo que eu vou fazer a minha parte, espero fazer a minha parte e também diante de Deus, eu fiz o meu melhor e é isso que eu espero.*

*E [...] aí é complicado, família desestruturada, desunida... Ah, problema deles mesmo. Então não tem muita união [...] Não preocupação os irmãos têm, mas não são unidos para vim cuidar.... Agora é complicado*

Frente á necessidade, toda ajuda é necessária e bem vinda, seja a familiar, ou a de Deus:

*E<sub>5</sub> Minha mãe participa. Ela ajuda a cuidar, é eu e ela mesmo para não cansar tanto... então fica assim... uma luta.... graças a Deus que está dando força e a gente tá conseguindo.*

A crença em um ser superior, a fé, a espiritualidade e as práticas religiosas são percebidas pelos cuidadores como estratégias muito eficazes de enfrentamento da sobrecarga do cuidado, da angústia, do estresse e da depressão decorrentes do processo de cuidar. A religiosidade e a espiritualidade não só funcionam como estratégias de enfrentamento ao estresse e à depressão, como também auxiliam na subsistência, no bem-estar psicológico e no processo de reintegração social desses cuidadores.<sup>47</sup>

Geralmente, a ausência dos demais membros da família no auxílio para o desempenho do cuidar é fator desencadeante para possíveis conflitos. A sobrecarga das tarefas, a não divisão ou, ainda, o monopólio do cuidar resultam ainda em doenças físicas e mentais para o cuidador, tornando-o ímpar às relações sociais externas e ainda solitário pelo não reconhecimento por parte dos demais familiares.<sup>28</sup>

Reconhece que a divisão e a *participação* dos demais filhos e membros no ato de cuidar desenvolvem um compartilhamento positivo no momento de dor e alegria. O conhecimento e a adesão a tratamentos das equipes de saúde (quando destinado ao idoso) levam ao reconhecimento da atuação do ser cuidador.<sup>28</sup>

Devido á desunião, um quer passar a responsabilidade para o outro:

*E<sub>12</sub> Não... é outra minha irmã, apesar dela não ter paciência, vai ter que ficar com ela. Assim em geral, ou eu...*

Quando são os filhos que têm que assumir este papel, aparecem claramente conflitos a respeito de quem vai ser o cuidador principal.<sup>37</sup>

Assim, a *escolha* acaba por ser tomada diante de uma determinada situação, tornando o cuidar além de um ato de reciprocidade de cuidados, também uma questão de obrigação moral, a partir da constatação de que temos em nosso país uma lei (Estatuto do Idoso-2003) que indica o filho como um dos mantenedores dos pais idosos, tendo assim direitos e deveres sobre esses. Os sentimentos como amor, zelo e retribuição de cuidados acabam, então, por serem reforçados ainda mais por uma ação moral.<sup>28</sup>

Quando nos deparamos com o papel de potencial cuidador em nossas vidas, experimentamos mudanças e desafios. Isso nos poderia servir de alerta para repensarmos o que estamos fazendo uns pelos outros enquanto família. Estes significados que são compartilhados, de forma direta ou indireta, acabam influenciando no curso da doença e nas tratativas para o cuidado.

Estes sentimentos e preocupações são notados já no acompanhamento do paciente idoso que se encontra internado, e que sairá de alta com alguma dependência ou totalmente dependente. Nesta fase, os familiares ainda não são cuidadores, mas poderão vir a ser.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com relação aos relatos, buscou-se compreender os sentimentos vivenciados pelo familiar acompanhante de pacientes idosos internados e com possibilidade de alta hospitalar, em tornar-se um potencial cuidador domiciliar.

A análise dos dados relatados pelos acompanhantes possibilitou-nos a identificação três temáticas: Sentimento de solidariedade para cuidar; Sentimento de impotência para o cuidado e Sentimento de apoio familiar. As temáticas identificadas foram construídas a partir dos núcleos de sentidos: amor, prazer, gratidão, falta de preparo para o cuidado, impotência, medo, recuperação da saúde, não tem mais jeito acabou, a importância da união familiar, dever e obrigatoriedade, dentre outros.

Ressaltamos que os sentimentos apontados pelos entrevistados, na sua grande maioria, levaram-nos a acreditar que há boa vontade para o cuidado nessa fase de acompanhamento, embora esses acompanhantes sejam considerados potenciais cuidadores.

Também queremos relatar que sentimentos de estresse, cansaço, sobrecarga, entre outros, também foram apontados no registro dos dados relatados, mostrando-nos que sentimentos considerados prejudiciais à saúde também fizeram parte do dia-a-dia desses acompanhantes, ainda com o paciente no leito hospitalar.

Acreditamos que mudanças que promovam melhor qualidade de vida para idosos dependentes e seus cuidadores devam ser feitas. Nesse sentido, entendemos que ainda há omissão do Estado com políticas públicas que beneficiem de fato essas pessoas, como, por exemplo, criação de uma rede de cuidados a idosos dependentes, investimentos em educação para capacitação de cuidadores, suporte financeiro e educacional para a família, rotatividade de cuidadores entre profissionais para que os cuidados com o doente não fiquem a cargo apenas de um cuidador, dentre outros.

Evidentemente, este assunto não se esgota nesse estudo. Há de se pensar urgente na necessidade de maiores estudos, que possam ajudar uma população que está envelhecendo e carece de cuidado. Por fim, esperamos ter contribuído com a reflexão a respeito do cuidado e ter proporcionado a possibilidade de novos diálogos e novas interações com a família e entre o cuidador formal e informal.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): OPAS; 2005.
2. Organização Mundial da Saúde. Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde Publicada no glossário de Promoção da Saúde da OMS de 1998. OMS/HPR/HEP/98.1. Genebra: OMS, 1994.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 20 out 2006; Seção 1:142.
4. Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. Esc. Anna Nery. 2007;11(3):520-5.
5. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 5 jan 1994; Seção 1:77.
6. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário oficial da União, Brasília (DF); 20 out 2006; Seção 1:142.
7. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(2):317-25.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 702, de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 15 abr 2002; Seção 1:37.
9. Brasil. Ministério da Saúde. SAS. Portaria 249 de 16 de abril de 2002. Aprova na forma do Anexo I desta portaria, as normas para cadastramento de Centros de Referência em Assistência a Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 16 abr 2002; Seção 1:46.
10. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados à pessoa idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 3 de outubro de 2003; Seção 1:1.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 399, de 22 de fev de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde, consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 23 fev 2006; Seção 1:43-51.

12. Karsch UM. Idosos dependentes: família e cuidadores. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):861-6.
13. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2).
14. Bohm V, Carlos SA. Ser cuidador de idosos: sentimentos desencadeados por esta relação. *Rev Kairós*. 2010;13(1):211-20.
15. Pena SB, Diogo MJD. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(5): 663-9.
16. Pedreira LC, Lopes RLM. Vivência do idoso dependente no domicílio: análise compreensiva a partir da historicidade heideggeriana. *Rev Eletrônica Enferm [Internet]*. 2012 [citado 2013 jun 6];14(2):304-12. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n2/v14n2a10.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a10.htm)
17. Valim MD, Damasceno DD, Abi-acl LC, Garcia F, Fava SMCL. A doença de Alzheimer na visão do cuidador: um estudo de caso. *Rev Eletrônica Enferm [Internet]*. 2010 [citado 2013 Jun 5];12(3):528-34.
18. Jofre Aravena V, Sanhueza Alvarado O. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Cienc Enferm*. 2010;16(3):111-20.
19. Souza BC, Abreu RNDC, Brit EM, Moreira TMM, Silva LMS, Vasconcelos SMM. O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(1):41-5.
20. Nardi EFR, Oliveira MLF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Rev Gaúch Enferm*. 2008;29(1):47-53.
21. Hiller M, Bellato R, Araujo LFS. Cuidado familiar á idosa em condições crônicas por sofrimento psíquico. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(3):542-9.
22. Flores GC, Borges ZN, Denardin-Budó ML, Mattioni FC. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Rev Gaúch Enferm*. 2010;31(3):467-74.
23. Pereira MJSB, Filgueiras MST. A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Revista APS*. 2009;12(1):72-82.
24. Salgueiro H, Lopes M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Rev Gaúch Enferm*. 2010;31(1):26-32.
25. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEL, Souza LF, Fram DS, Belasco AGS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(5):652-7.
26. Braz E, Ciosak SI. O tornar-se cuidadora na senescência. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(2):372-7.

27. Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(5):829-38.
28. Augusto FMF, Silva IP, Ventura MM. Filhos cuidadores: escolha, mudanças e desafios. *Rev Kairós.* 2009;12(2):103-18.
29. Rocha BMP, Pacheco JEP. Idosos em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(1):50-6.
30. Jesus MCP, Merighi MAB, Caldeira S, Oliveira DM, Souto RQ, Pinto MA. Cuidar da mãe idosa no contexto domiciliar: perspectiva das filhas. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(4):1081-8.
31. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 13ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2013.
32. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 6ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2008.
33. IBGE. Censo demográfico 2010 e estimativa 2013 [Internet]. [citado 25 ago 2014]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/232G6>
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 677 de 30 de setembro de 2002. Habilita, com pendências a serem regularizadas pelo gestor estadual/municipal, as unidades prestadoras de serviços - UPS, discriminadas em anexo, como Centro de Referência em Saúde do Idoso integrantes da Rede Estadual de Atenção a Saúde do Idoso do Estado de São Paulo, para realizar os procedimentos previstos nas Portarias GM/MS 738 e SAS/MS 249, ambas de 14 de abril de 2001. *Diário Oficial da União, Brasília (DF);* 30 set 2002; Seção 1:89.
35. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo (SP): Edições 70; 2012.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília (DF);* 13 jun 2013; Seção 1:59.
37. Ferreira HP, Martins LC, Braga ALF, Garcia MLB. O impacto da doença crônica no cuidador. *Rev Soc Bras Clin Méd.* 2012;10(4):278-84.
38. Pimenta GMF, Costa MASMC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(3):609-14.
39. Chaimowicz F. et al. *Saúde do idoso, 2ª. ed.* Belo Horizonte. NESCON UFMG; 2013.
40. Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio da língua portuguesa.* 5ª ed. Curitiba (PR): Positivo; 2010. *Solidariedade;* p. 1957.

41. Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis (RJ); Vozes; 2004.
42. Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ªed. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1999. Cuidado; p 589.
43. Cattani RB., Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2004 [citado 10 jul 2014];6(2):[cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/812/929>
44. Dátilo GMPA. A educação e orientação do cuidador de idosos dependentes [tese]. Marília (SP): Universidade Estadual Paulista; 2002. 135 p.
45. Valduga EQ, Hoch VA. Um olhar sobre os familiares cuidadores de pacientes terminais. Unoesc & Cienc ACHS. 2012;3(1):15-32.
46. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Publica. 2003;19(3):733-81.
47. Simão MJP, Saldanha V. Resiliência e psicologia transpessoal: fortalecimento de valores, ações e espiritualidade. Mundo Saúde. 2012;36(2):291-302.

**APÊNDICE A****Questão norteadora para a entrevista audiogravada**

**Quais os sentimentos referentes ao processo de cuidar de idosos internados após a alta hospitalar?**



**APÊNDICE C**  
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título do Estudo: SENTIMENTOS DO POTENCIAL CUIDADOR NA IMINÊNCIA DA ALTA HOSPITALAR DO IDOSO DEPENDENTE**

Informo que sou discente do Programa de Mestrado “Saúde e Envelhecimento” da Faculdade de Medicina de Marília, e estou desenvolvendo um estudo com o objetivo de compreender e analisar os sentimentos do acompanhante de idosos dependentes, internados, ao se tornar um potencial cuidador após a alta hospitalar. Espera-se com este estudo conseguir dados que possam contribuir com a melhoria da qualidade de vida e autonomia, apontando como resultado algumas necessidades de uma nova população que está envelhecendo, proporcionando aos idosos uma vida mais apropriada e digna e, para as equipes de saúde, a possibilidade de pensar em ações interdisciplinares capacitando e apoiando os cuidadores.

Para que seja possível desenvolvê-lo, precisamos contar com sua participação, fornecendo dados para caracterização, bem como respondendo a uma questão norteadora, que será áudiogravada: Qual a sua impressão referente ao processo de cuidar de idosos internados após alta hospitalar?

O desconforto que o estudo poderá gerar refere-se ao tempo gasto para responder à pergunta, o que ocorrerá em aproximadamente uma hora.

Para sua segurança, informamos que terá a garantia de:

- . Receber todas as informações que achar necessárias sobre a pesquisa a ser desenvolvida.
- . Ter sua identificação preservada.
- . Retirar seu consentimento em qualquer parte dos questionários sem problemas por este ato.
- . Não sofrer nenhum prejuízo pela participação;
- . Ser informado dos resultados do estudo;
- . Ser esclarecido de qualquer dúvida por meio do contato com o pesquisador responsável;
- . Sua participação não implicará custos financeiros para você ou para o sistema de saúde.

É importante que saiba que os resultados do estudo poderão ser divulgados em eventos científicos ou publicados em revistas científicas.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador, de forma clara e objetiva, e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente (sem remuneração financeira) em participar da pesquisa. Declaro ainda que recebi uma cópia do presente termo.

Eu \_\_\_\_\_, portadora do RG nº \_\_\_\_\_, após ter sido informado (a) sobre o trabalho, concordo em participar do mesmo.

Marília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante  
Ou responsável legal

\_\_\_\_\_  
Sônia Ap.Custódio RG 9675706-1  
Tel: 34201744 ramal 1372  
sonia@famema.br



## ANEXO A

### Grau de dependência da pessoa que o cuidador cuida – Índice de Katz (1963)

Para cada área de função descrita abaixo, verifique a descrição que se aplica (A palavra “assistência” significa supervisão, direção ou assistência pessoal).

Banho: Tanto o banho de esponja, banho de banheira ou chuveiro.

- não recebe assistência (entra e sai da banheira ou chuveiro sozinho);
- recebe assistência ao lavar somente uma parte do corpo (tal como as costas ou uma perna);
- recebe assistência em lavar mais que uma parte do corpo ( ou não toma banho sozinho);

Vestir-se: Apanha roupas dos armários e gavetas incluindo roupas de baixo e roupas externas.

- pega as roupas e se veste sem assistência;
- pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para assistência ao amarrar os sapatos;
- precisa de assistência para se vestir.

Uso do banheiro: ir ao banheiro para evacuar ou urinar, em seguida se limpa e arruma as roupas.

- vai ao banheiro, se limpa e arruma as roupas sem assistência (pode usar objeto de apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode manejar comadre ou lavatório à noite, esvaziando o mesmo de manhã);
- recebe assistência ao ir ao banheiro ou ao se lavar ou arrumar as roupas após eliminações ou uso de comadre ou lavatório à noite;
- não vai ao banheiro de forma alguma para as eliminações fisiológicas.

Movimentação (transferência):

- deita, levanta e senta-se sem assistência (seja da cama, cadeira de rodas ou utilizando bengala ou andador);
- deita-se e levanta-se da cama ou cadeira com assistência;
- não levanta da cama.

Continência:

- controla urina e evacuação sozinho;
- tem “acidentes” ocasionais;
- necessita de supervisão para controlar a urina ou evacuação ( uso de sondas ou é incontinente).

Alimentação:

- alimenta-se sem assistência;
- alimenta-se exceto ao pedir ajuda para cortar a carne ou passar manteiga no pão;
- recebe assistência na alimentação ou é alimentado parcialmente ou completamente ao usar sondas ou líquidos intravenosos.

Para se obter o Índice de Independência das Atividades da Vida Diária de Katz basta a observação dos seguintes itens:

- a)** Independente na alimentação, continência, movimentação, uso do banheiro, vestuário e banho.
  - b)** Independente em todos, exceto uma destas funções.
  - c)** Independente em todos, exceto banho e uma função adicional.
  - d)** Independente em todos exceto banho, vestuário e uma função adicional
  - e)** Independente em todos, exceto banho, vestuário, uso do banheiro e uma função adicional.
  - f)** Dependente em todas as 6 funções.
- Outro – dependente em pelo menos 2 funções, mas não classificável como c, d, e ou f.

## ANEXO B

## Parecer consubstanciado do CEP

FACULDADE DE MEDICINA DE  
MARÍLIA-FAMEMA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Sentimentos do potencial cuidador na iminência da alta hospitalar do idoso dependente.

**Pesquisador:** Sônia Aparecida Custódio

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 23091213.2.0000.5413

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 861.129

**Data da Relatoria:** 05/11/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo qualitativo que será realizado com acompanhantes de idosos hospitalizados, considerando que pela vulnerabilidade do idoso durante um agravamento no estado de saúde que o levou à hospitalização, ele irá necessitar de um cuidador, que, na maioria das vezes será o acompanhante na hospitalização

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender o sentimento do acompanhante de idosos dependentes, internados, ao se tornar um potencial cuidador após a alta hospitalar

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Trata-se de um estudo que irá se utilizar de um roteiro com dados de identificação e algumas questões sobre o sentimento do acompanhante com a possibilidade de se tornar um cuidado. Sendo assim, não se identificam riscos previsíveis

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Apresenta linguagem clara, sequência lógica e segue os critérios para um trabalho científico

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Justificativa da Emenda: Conforme sugestão da Banca de Qualificação, foi alterado o título do projeto e os objetivos

Endereço: Rua: Orlando Righetti, 269  
 Bairro: Fragata CEP: 17.519-230  
 UF: SP Município: MARILIA  
 Telefone: (14)3402-1744 Fax: (14)3422-1079 E-mail: dirpos@famema.br

FACULDADE DE MEDICINA DE  
MARÍLIA-FAMEMA



Continuação do Parecer: 861.129

**Recomendações:**

Nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Avaliação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP FAMEMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS manifesta-se pela Aprovação do Projeto de Pesquisa.

Aprovado: Retirar Documentos assinados pelo CEP/FAMEMA após 13/11/14

Observação: O CEP FAMEMA informa que, a partir da data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo

MARILIA, 06 de Novembro de 2014

Assinado por:

**Valdeir Fagundes de Queiroz**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua: Orlando Righetti, 269

**Bairro:** Fragata

**CEP:** 17.519-230

**UF:** SP

**Município:** MARILIA

**Telefone:** (14)3402-1744

**Fax:** (14)3422-1079

**E-mail:** dirpos@famema.br