



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS-UFAM  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS-EEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ASSOCIADO EM ENFERMAGEM UEPA-UFAM**



**DEYVYLAN ARAUJO REIS**

**REDE DE APOIO E NECESSIDADES EDUCACIONAIS FRENTE AO  
CUIDADO FAMILIAR DE IDOSOS DEPENDENTES: UMA  
CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM**

**MANAUS  
2013**

**DEYVYLAN ARAUJO REIS**

**REDE DE APOIO E NECESSIDADES EDUCACIONAIS FRENTE AO  
CUIDADO FAMILIAR DE IDOSOS DEPENDENTES: UMA  
CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará & Universidade Federal do Amazonas-UFAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Educação e tecnologia de enfermagem para o cuidado em saúde e indivíduos e grupos sociais.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Pessoa de Oliveira

**Co-orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Yeda Maria Boaventura Corrêa Arruda

**MANAUS  
2013**

Ficha Catalográfica  
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

R375r	<p>Reis, Deyvylan Araujo Rede de apoio e necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes: uma contribuição para a enfermagem /Deyvylan Araújo Reis. - Manaus: UFAM/UEPA, 2013. 178f., il. Color.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — UFAM/UEPA, 2013. Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Paula Pessoa de Oliveira Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Yeda Maria Boaventura Corrêa Arruda</p> <p>1. Cuidado familiar 2. Idoso 3. Rede social 4. Educação em saúde 5. Enfermagem I. Oliveira, Ana Paula Pessoa de (Orient.) II. Arruda, Yeda Maria Boaventura Corrêa III. Universidade Federal do Amazonas IV. Título</p> <p>CDU (2007) 364-053.9(811.3)(043.3)</p>
-------	---

DEYVYLAN ARAUJO REIS

**REDE DE APOIO E NECESSIDADES EDUCACIONAIS FRENTE AO CUIDADO  
FAMILIAR DE IDOSOS DEPENDENTES: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A  
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará & Universidade Federal do Amazonas-UFAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Educação e tecnologia de enfermagem para o cuidado em saúde e indivíduos e grupos sociais.

**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ana Paula Pessoa de Oliveira (Presidente-Orientadora)



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria do Rosário de Menezes (Titular I)



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Arinete Veras Fontes Esteves (Titular II)

*Dedico esta dissertação ao meu pai,  
que sempre me apoiou nessa  
trajetória e que me acolheu em  
momentos difíceis.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, por sempre me amparar nos momentos difíceis dessa trajetória.*

*À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Paula Pessoa de Oliveira, pela amizade e confiança a mim depositadas; por seu jeito, que me fez crescer como profissional; pela competência que tanto admiro; pelas inúmeras partilhas e pelo eterno incentivo e compreensão.*

*À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Yeda Maria Boaventura Corrêa Arruda, pela grande contribuição na construção dessa dissertação.*

*À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Arinete Veras Fontes Esteves, pelo aceite do convite e participação na defesa, bem como pelas contribuições a este estudo.*

*À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nair Chase da Silva, pelo aceite do convite e participação na qualificação, bem como pelas relevantes contribuições a esta pesquisa.*

*À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida, pela valiosa contribuição no exame de qualificação.*

*À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria do Rosário de Menezes, pelo aceite do convite e participação na defesa, bem como importantes contribuições a esta pesquisa.*

*Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará-UEPA e Universidade Federal do Amazonas- UFAM pelo incentivo aos estudos.  
Muito obrigado.*

*A meus pais, Waldecy Reis e Antonia Melo, pelo apoio e incentivo, que mesmo em vários momentos não entendendo o porquê de tanta dedicação ao estudo, sempre me ajudaram, emocional e financeiramente, sendo este apoio essencial para a construção dessa nova etapa profissional. Obrigado por sempre acreditarem em mim.*

*À minha esposa Fabiana da Cunha, pelo apoio incondicional nos momentos difíceis, por entender a minha ausência e pelo pensamento positivo.*

*Aos meus irmãos Willyans Reis e Aline Reis, pelo incentivo e apoio.*

*Ao Agnaldo Amorim e Fátima Silva, pelo apoio e pelas orações.*

*À Marilda da Cunha e Denise Silva, pelo pensamento positivo e pelas orações em momentos difíceis.*

*Aos idosos que fazem parte do Programa de Atenção a Saúde do Idoso (PROASI), pelas palavras de incentivo e pelas orações.*

*À Mestranda Anne Grace Andrade, pelo apoio no período da qualificação.*

*À Prof<sup>ª</sup>. Msc. Joceli Lopes, pela ajuda nos dados estatísticos desse estudo.*

*Ao Prof<sup>o</sup>. Dayan Marques, por me receber em sua casa em Coari/AM, possibilitando assim, a realização da coleta de dados.*

*À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Milena Gaion e à Prof<sup>a</sup>. Esp. Suzana dos Santos, pela ajuda na coleta de dados.*

*Aos alunos do ISB/UFAM, que participaram na realização da coleta de dados.*

*Aos cuidadores familiares, que participaram como sujeitos desta pesquisa, por permitindo minha entrada em seus domicílios e se disponibilizarem a expor suas vivências com o ente querido dependente.*

*A todos os colegas e amigos, que deram provas de presença e apoio a seguir em frente.*

*A FAPEAM, pelo apoio financeiro à realização da pesquisa.*

*Ao Instituto de Saúde e Biotecnologia-ISB/UFAM, pela liberação integral para o Mestrado, o que possibilitou a realização de uma importante etapa da minha vida profissional.*

*O valor das coisas não está no tempo em que elas  
duram, mas na intensidade com que acontecem.  
Por isso, existem momentos inesquecíveis,  
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.  
(Fernando Pessoa)*



REIS, Deyvylan Araujo. **Rede de Apoio e Necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes: uma contribuição para a Enfermagem**. 2013. 178f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Estadual do Pará-UEPA e Universidade Federal do Amazonas-UFAM, Manaus, 2013.

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo investigar a configuração da rede de apoio e as necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes no município de Coari do estado do Amazonas. Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quanti-qualitativa, em que foi aplicado o formulário e o índice de Katz a 76 cuidadores familiares de idosos em situação de dependência cadastrados nas 11 Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Coari (AM), a partir da qual foram obtidas as informações para abordagem quantitativa. Dos 76 cuidadores, 11 foram entrevistados para atender a abordagem qualitativa. Os dados do formulário e do índice de katz foram compilados com o auxílio do programa Microsoft 2007, já a entrevista semiestruturada seguiu a técnica de análise temática. Os resultados mostraram que o perfil dos cuidadores familiares, na sua maioria, são mulheres de meia idade, casadas ou solteiras, com nível sócio econômico e educativo relativamente baixo, que assumem o cuidado por 24 horas. O grau de parentesco entre o cuidador e o idoso sob cuidados de maior representatividade, neste estudo, foi o de filiação. Em relação ao perfil dos idosos dependentes, a pesquisa mostrou predominância da idade acima de 80 anos, sexo feminino, viúvas, com baixo nível de escolaridade, acometidas por várias patologias crônico-degenerativas, que foram as principais causas da dependência, comprometendo a funcionalidade no que se refere às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs). A relação dos membros familiares com o idoso sob cuidados era de respeito, carinho e amor, proporcionando uma harmonia no cuidar; e por outro lado, esse relacionamento se configurou embasado no distanciamento e na indiferença. A rede familiar se configura, em um dado momento, como fonte de apoio advindo das filhas, noras e netas dos cuidadores familiares; já em outro momento como não apoio. A rede social configurada como informal, foi constituída pelos vizinhos, amigos e congregação religiosa, cujo apoio se deu, especificamente, através da visita, ajuda emocional e até mesmo material; já a formal, foi constituída pela Estratégia Saúde da Família-ESF, cujas ações se apresentaram pontuais e focalizadas. Os recursos de enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos cuidadores, estavam relacionados às práticas religiosas, que incluem a fé e a oração, bem como o amor e a ocupação. Cuidar do familiar dependente trouxe diversas repercussões à vida dos cuidadores, tanto pessoais quanto profissionais e sociais. No que se referem às necessidades educacionais, os cuidadores mostraram que precisam obter informações acerca do conhecimento da patologia, o processo de envelhecimento, os cuidados básicos no manejo do idoso dependente (alimentação, medicação, banho, posição, mobilização e movimentos) e as situações de emergência. Diante das questões trazidas neste estudo, reconhecemos a importância de que os profissionais integrantes da equipe ESF estejam mais preparados para atender o idoso e a família no ambiente domiciliar, procurando assim desenvolver ações que busquem alcançar, de uma forma mais efetiva, os objetivos propostos pelo Sistema Único de Saúde por meio da implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

**DESCRITORES:** Cuidado familiar. Idoso. Rede social. Educação em saúde. Enfermagem.

REIS, Deyvylan Araujo. **Support network and educational needs on the family care of elderly dependent people: A contribution to nursing**. 2013. 176f. Master Degree Dissertation- Manaus Nursing School, State University of Pará - UEPA and Federal University of Amazonas-UFAM, Manaus,2013.

### **ABSTRACT**

This study aims to investigate the support network and educational needs considering the family care of dependent elderly people in Coari, a small town in the state of Amazonas. This is a descriptive cross-sectional study with quantitative and qualitative approach in which the form and Katz index were applied to 76 family caregivers of dependent elderly people registered in the 11 existing Basic Health Care Units in Coari urban area that gave rise to the information obtained for the quantitative approach. Eleven out of the 76 family caregivers were interviewed to answer the qualitative approach. The form data, and katz index were compiled with the help of Microsoft 2007 and the semi-structured interview followed the technique of thematic analysis. The results showed that the profile of family caregivers, in majority, are middle aged married or divorced women with relatively low socioeconomic and educational level who become 24 hour caregivers. The most representative degree of relationship between the caregiver and the elderly in this study was as first degree relatives: parents and children. Regarding the profile of the dependent elderly focused on his study, the research has shown predominance age above 80 years old, female, widowed, with low educational level, affected by several chronic degenerative pathologies, which were the main causes of addiction, compromising the functionality concerning the basic activities of daily living. On the one hand the family members relationship with the elderly involved respect, affection and love, providing harmony in their home atmosphere, and on the other hand, this relationship is based on feelings of detachment and indifference. Sometimes the family network is a source of moments of support coming from the family caregivers' daughters, daughters-in-law and granddaughters while there are other moments with no support at all. The informal social network was formed by neighbors, friends and religious communities, whose support was given, specifically, by means of visits, emotional support and even financial support, whereas the formal was established by "Estratégia Saúde da Família – ESF, The Family Health Strategy - FHS, whose actions performed were considered punctual and focused. The coping resources to face the difficulties experienced by caregivers were mostly related to religious practices, which included faith and prayer, as well as love and occupation. Taking care of a dependent elderly in the family brought significant implications to caregivers' lives, such as personal, professional and social ones. Regarding educational needs, caregivers showed that they lack information about the knowledge of pathology, the aging process, basic care in the management of dependent elderly (food, medication, bathing, position, mobilization and movements) and emergency situations. Given the questions raised in this study, we recognize how important it is for the professionals from "The Family Health Strategy" team to be better prepared to meet the elderly and their family needs in the home environment, seeking to develop actions that can achieve the goals proposed by the National Health Care System with the implementation of the National Health Policy for the Elderly in a more effective way.

**DESCRIPTORS:** family care. Elderly. social network. Education in Health. Nursing

REIS, Deyvylan Araujo. **Red de Apoyo e Necesidades educacionales frente al cuidado de ancianos dependientes: una contribución para La enfermería.** 2013. 178F. EXPOSICIÓN (MAESTRADO) - ESCUELA DE ENFERMERIA DE MANAUS, UNIVERSIDAD DEL ESTADO DEL PARÁ-UEPA E UNIVERSIDAD FEDERAL DE AMAZONAS - UFAM, MANAUS, 2013.

## RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo investigar la configuración de la red de apoyo y las necesidades educacionales frente al cuidado familiar de ancianos dependientes en el Municipio de Coari del Estado de Amazonas. Se trata de un estudio transversal y descriptivo con enfoque cuanti-cualitativo, en el que fue aplicado el formulario y el índice de Katz a 76 cuidadores familiares de ancianos en situación de dependencia registrados en las 11 Unidades Básicas de Salud de la zona urbana del Municipio de Coari (AM), a partir de la cual fueron obtenidas informaciones para enfoque cuantitativa. De los 76 cuidadores, 11 fueron entrevistados para atender al enfoque cualitativo. Los datos del formulario y del índice de Katz fueron adjuntados con el auxilio del programa Microsoft 2007, ya la entrevista semiestructurada siguió la técnica de análisis temática. Los resultados muestran que el perfil de los cuidadores familiares, en su mayoría son mujeres de edad media, casadas o solteras, con nivel socio-económico y educativo relativamente bajo, que asumen el cuidado por 24 horas. El grado de parentesco entre el cuidador y el anciano bajo cuidados de mayor representatividad, en este estudio, fue el de parentesco. En relación al perfil de los ancianos dependientes, la búsqueda demostró predominar la edad a mayores de 80 años, de sexo femenino, viudas, con bajo nivel de educación, afectadas por diversas patologías crónicas-degenerativas, que fueron las principales causas de dependencia, comprometiendo la funcionalidad en lo que se refiere a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVDs). La relación de los miembros familiares con el anciano bajo cuidados era de respeto, cariño y amor, proporcionando una armonía en el cuidado; y por otro lado, ese relacionamiento manifestó nebuloso en el distanciamiento e indiferencia. La red familiar se configura, en un determinado momento, como fuente de apoyo derivado de las hijas, nueras y nietas de los cuidadores familiares; ya en otro momento como desamparo. La red social configurada como informal, fue constituida por los vecinos, amigos y congregación religiosa, cuyo apoyo se dió, específicamente, através de la visita, ayuda emocional y hasta mismo ayuda material; ya la formal, fue constituida por la Estrategia Salud de Familia – ESF, las mismas que se presentarán puntuales y centradas. Los recursos de enfrentamiento de las dificultades experimentadas en la tarea del cuidado en domicilio por los cuidadores, estaban relacionados a las prácticas religiosas, que incluyen la fe y la oración, bien como el amor y la ocupación. Cuidar del familiar dependiente trajo diversas repercusiones a la vida de los cuidadores, tanto personales cuanto profesionales y sociales. Em lo que se refiere a las necesidades educacionales, los cuidadores demuestran que precisan obtener información acerca del conocimiento de la patologia, el proceso de envejecimiento, los cuidados básicos en el manejo del anciano dependiente (alimentación, medicación, baño, posición, movilización y movimientos) y las situaciones de emergencia. Delante de las cuestiones levantadas en este estudio, reconocemos la importancia de que los profesionales integrantes del equipo ESF estén mas preparados para atender al anciano y a la familia en ambiente domiciliario, buscando así desarrollar acciones que reconozca alcanzar, de una forma mas efectiva, los objetivos propuestos por el Sistema Único de Salud por medio de la implantación de la Política Nacional de Salud de la Persona Anciana.

**DESCRIPTORES:** Cuidado familiar. Anciano. Red Social. Educación en Salud. Enfermería

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição de frequência do tempo de prestação de cuidado correlacionando com horas dedicadas no cuidado com idoso dependente. Coari-AM, 2012.....	72
<b>Gráfico 2</b> - Atividades desenvolvidas pelos cuidadores no cuidado ao idoso. Coari-AM, 2012.....	73

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição de frequência e porcentagem dos Idosos dependentes por UBS, Coari-AM, 2012.....	58
<b>Tabela 2</b> – Distribuição de frequência de Tamanho amostral por Unidade Básica de Saúde do município de Coari-AM, 2012.....	59
<b>Tabela 3</b> - Distribuição de frequência e porcentagem de cuidadores familiares, segundo as variáveis demográficas, socioeconômicos e sociodemográficos. Coari-AM, 2012.....	70
<b>Tabela 4</b> - Distribuição de frequência e porcentagem do cuidador familiar segundo o grau de parentesco com o idoso. Coari-AM, 2012.....	72
<b>Tabela 5</b> - Distribuição de frequência e porcentagem das dificuldades relatadas pelos cuidadores familiares quanto aos cuidados realizados aos idosos dependentes. Coari-AM, 2012.....	74
<b>Tabela 6</b> - Distribuição de frequência e porcentagem de idosos dependentes, segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas informadas pelos cuidadores familiares. Coari-AM, 2012.....	75
<b>Tabela 7</b> - Distribuição de frequência e porcentagem de idosos, segundo as causas que os levaram à condição de dependência. Coari-AM, 2012.....	76
<b>Tabela 8</b> - Grau de dependência dos 76 idosos nas Atividades da Vida Diária (ABVDs), utilizando o índice de Katz. Coari-AM, 2012.....	77

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABVD	Atividade Básica da Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional da Saúde do Idoso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO 1- ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA.....</b>	<b>22</b>
<b>1.1 Envelhecimento.....</b>	<b>22</b>
<b>1.2 Envelhecimento populacional.....</b>	<b>24</b>
<b>1.3 Envelhecimento e dependência.....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO 2- A FAMÍLIA CUIDADORA .....</b>	<b>30</b>
<b>2.1 Cuidadores familiares de idosos dependentes: desafios e dedicação.....</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO 3- A CONFIGURAÇÃO DA REDE SOCIAL .....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 Cuidadores familiares de idosos dependentes: desafios e dedicação.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 A família como rede social de apoio.....</b>	<b>39</b>
<b>3.3 A Estratégia Saúde da Família como rede social de apoio.....</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO 4- EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1 Educação em saúde ao cuidador familiar.....</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO 5- O CUIDADO E A ENFERMAGEM .....</b>	<b>47</b>
<b>5.1 O cuidador e a Enfermagem.....</b>	<b>47</b>
<b>CAPÍTULO 6- TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>55</b>
<b>6.1 Tipo de estudo.....</b>	<b>55</b>
<b>6.2 Local do estudo.....</b>	<b>56</b>
<b>6.3 Participantes do estudo.....</b>	<b>58</b>
<b>6.4 Procedimentos para coleta de dados.....</b>	<b>59</b>
<b>6.4.1 Ensaio preliminar e teste piloto.....</b>	<b>60</b>
<b>6.4.2 Aplicação da coleta de dados.....</b>	<b>61</b>
<b>6.5 Critério de inclusão no estudo.....</b>	<b>63</b>
<b>6.6 Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>63</b>
<b>6.6.1 Formulário.....</b>	<b>64</b>
<b>6.6.2 Índice de katz.....</b>	<b>64</b>
<b>6.6.3 Roteiro de entrevista.....</b>	<b>64</b>
<b>6.7 Análise dos dados.....</b>	<b>65</b>
<b>6.8 Dificuldades na realização da pesquisa.....</b>	<b>67</b>
<b>6.9 Apresentação dos resultados.....</b>	<b>68</b>
<b>CAPÍTULO 7- RESULTADOS.....</b>	<b>70</b>
<b>7.1 Perfil dos cuidadores familiares.....</b>	<b>70</b>
<b>7.2 Perfil dos idosos sob cuidados.....</b>	<b>74</b>
<b>7.2.1 Fatores causadores da dependência.....</b>	<b>75</b>
<b>7.2.2 Grau de dependência dos idosos nas Atividades da Vida Diária.....</b>	<b>77</b>
<b>7.3 Caracterização dos cuidadores entrevistados.....</b>	<b>79</b>
<b>7.4 Configuração da rede familiar frente ao cuidado do idoso dependente.....</b>	<b>97</b>
<b>7.4.1 Estrutura da rede familiar.....</b>	<b>97</b>
<b>7.4.2 Relação familiar com o idoso.....</b>	<b>98</b>
<b>7.4.3 Relação familiar com o cuidador.....</b>	<b>101</b>
<b>7.4.4 Rede familiar: fonte de apoio.....</b>	<b>102</b>
<b>7.5 Configuração da rede social frente ao cuidado do idoso dependente.....</b>	<b>106</b>
<b>7.6 Recurso de superação das dificuldades no cotidiano do cuidado.....</b>	<b>109</b>
<b>7.6.1 Recursos de superação do cuidador.....</b>	<b>111</b>
<b>7.7 Repercussões na vida do cuidador.....</b>	<b>114</b>
<b>7.8 Necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes.....</b>	<b>117</b>
<b>CAPÍTULO 8- DISCUSSÃO.....</b>	<b>121</b>
<b>8.1 Perfil dos cuidadores familiares.....</b>	<b>121</b>

<b>8.2 Perfil dos idosos sob cuidados.....</b>	<b>125</b>
<b>8.3 Configuração da rede familiar frente ao cuidado do idoso dependente.....</b>	<b>129</b>
8.3.1 Estrutura da rede familiar.....	129
8.3.2 Relações dos membros da rede familiar.....	131
8.3.3 Rede familiar: fonte de apoio.....	132
<b>8.4 Configuração da rede social frente ao cuidado do idoso dependente.....</b>	<b>134</b>
<b>8.5 Cuidados ao idoso: dificuldades, recursos de superação e repercussões.....</b>	<b>136</b>
<b>8.6 Necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes.....</b>	<b>139</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>145</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>176</b>



## APRESENTAÇÃO

Este estudo aborda a configuração da rede de apoio e as necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes no município de Coari, Estado do Amazonas.

A primeira parte aborda, de forma ampla, as perspectivas atuais sobre o envelhecimento, o cuidador familiar no seu processo de cuidar de um idoso dependente, a rede de apoio social, a educação em saúde e a Enfermagem. Diante disso, apresenta-se o objeto de estudo, a motivação para o interesse da pesquisa, as questões norteadoras, os resultados esperados, o objetivo geral e os objetivos específicos. Em seguida, apresenta-se a contextualização do estudo, por meio da fundamentação teórica.

A segunda parte desse trabalho corresponde à fundamentação teórica, que baseia cientificamente a investigação, na qual são abordados os capítulos com temas de envelhecimento e dependência, família cuidadora, educação em saúde e o cuidado e a enfermagem.

A terceira parte diz respeito aos aspectos metodológicos, especificamente o delineamento desse estudo no que concerne à sua natureza, local onde foi realizado, participantes do estudo, procedimentos de coleta de dados, critérios utilizados para a seleção dos cuidadores familiares, especificação dos instrumentos de coleta de dados e análise dos dados.

A quarta parte apresenta os resultados do estudo, os quais foram descritos por meio de tabelas e gráficos para atender aos resultados dos dados quantitativos, em seguida foram apresentados os resultados da análise qualitativa através da categorização dos temas que emergiram por meio dos depoimentos dos cuidadores familiares.

A quinta parte discrimina as discussões do estudo visando criar uma aproximação com estudos nacionais e internacionais, a fim de fundamentar cientificamente os resultados do trabalho.

E por último, apresentam-se as considerações finais, onde são expostos os resultados mais evidentes da pesquisa, com o intuito de despertar novas discussões diante dos resultados encontrados.

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial nos dias atuais, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. No século XX, a expectativa de vida não ultrapassava os 33,5 anos, enquanto que, no ano de 2009, já atingia 73 anos (76,5 para as mulheres e 69 anos para os homens). Houve um aumento na proporção de idosos de 9,1% em 1999 e de 11,3% em 2009, correspondendo a uma população de 22 milhões de pessoas, superando a população de idosos de vários países europeus, como a França, a Inglaterra e a Itália (MINAYO, 2012).

Dessa forma, o envelhecimento populacional levou à alteração do perfil epidemiológico, com a substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis, que são de natureza crônica degenerativa e que podem trazer complicações, incapacidades e, conseqüentemente, a diminuição da qualidade de vida dos idosos (GARCIA, 2011).

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis é maior entre os idosos, sendo considerada uma das principais causas de incapacidade e dependência dos mesmos. Essas limitações podem requerer mais recursos financeiros para a realização de reabilitação, assistência domiciliar e institucionalização (PINTO et al., 2009).

Em função da transição demográfica e da transição epidemiológica no Brasil, é cada vez mais comum o quadro de sobrevivência de idosos na condição de dependência de uma ou mais pessoas que supram suas necessidades frente à realização das atividades de vida diária (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009).

Nesse contexto, surge a figura do cuidador, que tradicionalmente são mulheres atuando na esfera do cuidado domiciliar ao idoso na condição de dependência, que revelam frequentemente sentimentos e sintomas envolvidos nesse cuidado, que são: tensão, fadiga, estresse, frustração, depressão, alteração da autoestima, ansiedade e desespero (VIEIRA et al., 2011). Assim, os cuidadores são pessoas comuns que não tiveram preparo adequado ou apoio para lidar com a prestação do cuidado ao idoso e que, de uma hora para outra, se veem na situação de cuidar de alguém que lhe é próximo. É importante destacar que esses cuidadores são doentes em potencial.

Estudos (MOREIRA et al., 2011; OLIVEIRA, 2011) mostram que a função do cuidador é assumida por uma única pessoa, o cuidador principal, ou seja, o que assume tarefas de cuidado, atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas. Contudo, importa ressaltar que, na maioria das vezes, os mesmos exercem tais atividades sem ter o

devido preparo, gerando insegurança, medo e receio, contribuindo, muitas vezes, para o desencadeamento de complicações decorrentes da realização de cuidados não qualificados (OLIVEIRA; REIS, 2007).

Considerando que o perfil desses cuidadores é constituído por parentes como cônjuges, mães ou filhas, o trabalho dispensado em situação de dependência implica algumas mudanças em suas vidas no âmbito físico, psicológico e social; um dos aspectos mais afetados é a rede e o apoio social devido à falta de oportunidade de atividades de lazer, impossibilidade de trabalho extradomiciliar e mudanças nas rotinas familiares. Desta forma, o cuidador necessita de uma rede de apoio familiar e social estruturada no sentido de amenizar as dificuldades vivenciadas no cotidiano do cuidado (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011).

As relações sociais são dinâmicas por natureza, variam de pessoa para pessoa, de situação para situação e conforme o tipo de interação (DESSEN; BRAZ; 2000). Os relacionamentos sociais, tão importantes para os indivíduos em todo o ciclo vital, têm pesos diferentes de acordo com a época de vida das pessoas, dependendo do gênero, do status conjugal, da presença ou da ausência de filhos, do tipo de arranjo domiciliar, da personalidade, de questões culturais, educacionais e políticas e do contexto como um todo. Além disso, é preciso lembrar que esses aspectos se combinam aos efeitos da estrutura e da função da rede social, em diferentes momentos da vida (PAPALIA; OLDS, 2000).

Domingues (2011) cita que a primeira fonte de apoio social é a família, porque são importantes na nossa vida e podem nos ajudar quando temos uma necessidade, e é quem fornece apoio, conforto, dá e recebe carinho. Esse apoio social oriundo da família é de fundamental importância para a sobrevivência de idosos acometidos por doenças incapacitantes.

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), os profissionais de saúde passaram a atuar com um cuidado que visa promover a saúde de toda a família e comunidade, principalmente por meio da prevenção de doenças. Dentro desse contexto, uma das atividades desenvolvidas pelos profissionais na equipe da ESF é a educação em saúde (ROECKER; MARCON, 2011).

A educação em saúde está baseada em práticas de promoção de saúde que abrangem a participação de toda a população e não apenas das pessoas com risco de adoecer, e, por fim, essa conceituação está direcionada na busca do bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais, pessoais e sociais (MACHADO et al., 2007).

Entre os profissionais de saúde, o enfermeiro é o que está em melhor condição de desempenhar um papel de educador para saúde da díade pessoa idosa dependente-cuidador principal, que conhece bem a problemática de ambos, pois lida diariamente com eles e é muitas vezes visto como o primeiro recurso dos cuidadores em situação de necessidade de cuidados de saúde à pessoa idosa dependente (ANDRADE, 2009).

Isso pode ser reforçado também no estudo de Lenardt et al. (2011), que cita que a enfermagem possui atribuições e competências para atuar junto aos cuidadores familiares, devendo ser prioritária a avaliação das condições de saúde e satisfação da vida desses indivíduos, buscando estratégias de cuidado, intervenções direcionadas aos cuidados específicos que poderão contribuir para obtenção da melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e idosos e, ainda, incluir medidas de suporte e amparo para essas tarefas de cuidar não atingirem de modo negativo a saúde física e emocional.

A equipe da Estratégia Saúde da Família deve contemplar as pessoas que mais estão envolvidas com a continuidade do tratamento do idoso dependente no domicílio, que são os seus familiares, passando a intervir a fim de favorecer e promover condições para que esse indivíduo e os familiares envolvidos com os seus cuidados e sua saúde possam transformar aspectos negativos em positivos, melhorando a qualidade de vida de todos (DUARTE et al., 2005).

O enfermeiro se diferencia de outros profissionais por permanecer mais tempo na Unidade de Saúde, por atuar nas mais diversas áreas e por realizar mais atividades junto à comunidade, permitindo o reconhecimento da profissão como acessível à população (ALVES et al., 2012). A Enfermagem é considerada uma profissão essencial a qualquer sistema de saúde que pressupõe atendimento de qualidade; está fundamentada em técnicas e em um processo de trabalho moderno e aceitável pela sociedade desenvolvida, o que se apresenta como utilidade pública de grande valor social (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

Estudos mostram que, no Brasil, assim como no resto do mundo, os cuidadores familiares envolvidos diretamente na responsabilidade do cuidado ao idoso estão cada vez mais sobrecarregados, estressados ou desgastados, e têm a manutenção de sua saúde e/ou qualidade de vida ameaçada, apresentando, em muitas situações, sentimentos de impotência, preocupação e irritabilidade, interferindo diretamente no processo de cuidado à pessoa idosa em situação de dependência (NARDI et al., 2012). O cuidado é a essência da enfermagem e esta necessita conhecer as várias dimensões inseridas neste contexto que envolve a família e o idoso, principalmente em situação de dependência.

Em experiências anteriores como bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC), enquanto acadêmico de Enfermagem, surgiu a oportunidade de desenvolver um estudo intitulado “Atenção à Saúde do Idoso: Atuação dos Cuidadores Domiciliares”, que teve como objetivo avaliar a atuação dos cuidadores domiciliares de idosos dependentes no Bairro Nossa Senhora das Graças, na cidade de Manaus (AM), por meio do qual se pôde observar idosos acamados no domicílio, com doenças crônicas, necessitando de grande demanda de cuidados, o que gerava ao cuidador familiar preocupação com relação aos cuidados ao idoso, sem apoio da família na maioria das vezes e sem orientação frente às ações do cuidado de um profissional de saúde. O estudo mostrou situações de casais de idosos, em que um idoso cuidava de outro, ou seja, uma pessoa com limitações sendo cuidada por outra. Assim, pôde-se fazer uma reflexão acerca da questão do cuidador familiar, que precisava ser alvo de orientação de como cuidar do outro e também cuidar de si mesmo.

Já na prática profissional como docente, acompanhando os alunos de graduação de Enfermagem<sup>1</sup>, o pesquisador deparou-se com cuidadores de idosos em situação de dependência que relatavam suas dificuldades vivenciadas no cuidado de seus entes queridos (pai, mãe, esposo, irmão, irmã) dependentes. Desde então, as questões envolvendo o cuidado familiar de idoso passaram a ser alvo de atenção enquanto profissional.

Diante das experiências profissionais, percebe-se que as necessidades e limitações dos cuidadores familiares de idosos dependentes devem ser alvo de preocupação, principalmente porque quem cuida do ser dependente, na maioria dos casos, vê-se sobrecarregado no ato de cuidar, pois não possui outra pessoa com quem dividir as tarefas, além de ter de conciliar o cuidado com o idoso com outras atividades no âmbito doméstico e profissional.

Assumir a responsabilidade pelo processo do cuidado ao idoso em situação de dependência se constitui uma tarefa que requer preparo técnico e não somente isso, mas também um apoio por parte dos outros membros da família para que o cuidar do familiar idoso possa ser desenvolvido com maior possibilidade de superação das dificuldades do dia a dia. Sendo assim, o familiar cuidador necessita de uma rede de suporte social formalizada, constituída por profissionais capacitados que possam contribuir com o processo do cuidado, através da valorização de ações educativas referentes à multidimensionalidade do ser idoso sob cuidados (OLIVEIRA, 2011).

---

<sup>1</sup> do Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas-ISB/UFAM do município de Coari do Estado do Amazonas.

Diante das peculiaridades que envolvem o cuidado com a pessoa idosa, é necessário que os seus cuidadores sejam pessoas preparadas para cuidar desses indivíduos e que estes conheçam as suas particularidades, o que proporciona a interação desse ser com o contexto do seu domicílio. A educação em saúde pode oferecer um conhecimento acerca de como cuidar do ser cuidado, e a rede de apoio familiar e social pode ser um agente de ajuda no enfrentamento das várias dificuldades vivenciadas pelo cuidador.

Assim, surge a inquietação em pesquisar a configuração da rede de apoio e as necessidades educacionais aos cuidadores de idosos dependentes no âmbito domiciliar no Município de Coari, com o intuito de contribuir com reflexões acerca das necessidades de se pensar em estratégias de implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, baseada na realidade desse município do Estado do Amazonas. Nessa perspectiva, percebe-se o quanto a enfermagem está diretamente inserida nesse processo, em que o enfermeiro é o responsável pela qualidade do cuidado em prol da saúde da família em todos os aspectos, valorizando cada membro e, em especial, o idoso.

Neste estudo, a configuração de rede de apoio é a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas. Uma rede também é definida como sendo um conjunto de nós interconectados (RIBEIRO, 2008). Assim, entendem-se as redes como estruturas sociais, compostas por sujeitos, relações sociais e instituições, com significados individuais para cada ser humano e conectados, ou seja, a rede é composta por todos e a sua ligação ou funcionamento depende de cada um de nós.

Espera-se que o resultado desta investigação possa contribuir com o redimensionamento das ações desenvolvidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família no que se refere às necessidades de uma maior valorização do processo educativo como um importante fator em busca da promoção, manutenção e reabilitação da saúde da população e ainda na efetivação de políticas públicas embasadas na valorização da rede de suporte familiar e social à pessoa idosa. Por esse prisma, conhecer as necessidades educacionais dos cuidadores de idosos dependentes, bem como as redes sociais com que os cuidadores podem contar irá nos ajudar a entender melhor a configuração do cuidado familiar ao idoso no município de Coari/AM.

Buscando nortear este estudo, estabeleceram-se as seguintes questões de pesquisa: Como é constituída a configuração da rede de apoio aos cuidadores familiares de idosos dependentes no Município de Coari do Estado do Amazonas? Quais as necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependente no Município de Coari-AM?

Assim, o objetivo geral da pesquisa é investigar a configuração da rede de apoio e as necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes no município de Coari do Estado do Amazonas. E para atender o objetivo geral temos como objetivos específicos:

- Levantar o perfil dos cuidadores familiares e dos idosos sob cuidados;
- Investigar a atuação dos cuidadores familiares de idosos dependentes;
- Compreender a configuração da rede familiar e social frente ao cuidado do idoso dependente no município de Coari-AM;
- Levantar as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores e os recursos para superação;
- Investigar as repercussões do cuidado na vida dos cuidadores familiares;
- Levantar as necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes.

## CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

### 1.1 Envelhecimento

Na história da humanidade, sempre existiu a pessoa idosa, como Noé, Abrão, Sara e Jó, todos os patriarcas e matriarcas do antigo testamento, mas constituíam apenas uma proporção pequena daquela população. Através dos estudos, essa realidade é bem diferente, vive-se até os 60, 70, 80 anos, tornando-se uma experiência vivida por milhões de pessoas no mundo todo (JANDREY, 2009).

Considera-se, nos dias atuais, o envelhecimento como um processo progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, desenvolve-se ao longo da vida. Para Moraes, Rodrigues e Gerhardt (2008, p. 374) o envelhecimento é definido como:

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

Por outra perspectiva, o envelhecimento é uma experiência heterogênea que pode ocorrer de modo diferente para indivíduos que vivem em contexto histórico e social distinto. É algo que pode ser aceito de forma variada por pessoas distintas. Geralmente, as que têm nível sociocultural elevado aceitam a velhice sem manifestar impactos, uma vez que já se preparou para ter uma velhice tranquila (FIGUEREDO; TONINI, 2008).

O processo de envelhecimento é diferente em cada indivíduo. Dependendo da forma e dos efeitos que provoca, é inevitável e observável em todos os seres humanos. O processo que se refere a todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas e sociais que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos, culminado em maior fragilidade do ser idoso (RODRIGUES; DIOGO; BARROS, 1996 apud MEIRELES et al., 2007).

Para compreender o processo de envelhecimento, deve-se começar com a definição e a distinção entre os termos senescência e senilidade. A senescência é o processo natural de envelhecimento, que pode ser atribuída aos efeitos dos anos sobre o organismo; e a senilidade é entendida como os danos à saúde associados ao tempo, podendo ser causada por doenças ou maus hábitos de vida (CURTATI; KASAI; NOBREGA, 2011).



Conforme Ballstaedt (2007), envelhecer é um processo que atinge o corpo todo, cada órgão, independentemente, reduz aos poucos sua função e o corpo se torna senil. O envelhecimento é um processo universal e multidimensional, cujos efeitos geralmente são identificados enquanto questão cronológica, envolvendo os aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos.

Nos países mais pobres, a velhice é uma realidade populacional, graças as melhoras nos parâmetros de saúde das populações evidenciadas nesse século XX; mesmo que esteja distante, de forma justa, nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais vantagem de poucos. A continuação da vida é um desejo de qualquer sociedade, contudo, só podemos considerar uma real conquista quando há uma vida plena com qualidade e não só apenas um período de sobrevida (MALTA; JORGE, 2005).

A forma de se encarar a velhice depende também do contexto histórico no qual se vive; em outras épocas, a velhice era considerada de certa forma como algo negativo, pensava-se que a pessoa idosa não seria capaz de realizar nenhum tipo de função, física ou psicológica, como tomar decisões (FIGUEREDO; TONINI, 2008).

Hoje, o envelhecimento é um processo em que, para cada pessoa, as mudanças físicas, comportamentais e sociais desenvolvem-se em ritmos diferentes, sendo a idade cronológica apenas uns dos aspectos, dentre outros, que podem ou não afetar o bem-estar do idoso, para isso é preciso ter um maior empenho da família, educação, cuidados com a própria saúde, motivação e iniciativa do próprio idoso (ARGIMON; STEIN, 2005).

A velhice não é uma doença, mas um processo natural na vida do ser humano, onde ocorrem transformações gradativas nos aspectos físicos, psicológicos, sociais, econômicos e políticos; entretanto, é importante que os idosos estejam preparados para as transformações do organismo, processo esse que difere de pessoa para pessoa (SOARES et al., 2009).

Há uma diferença do ser idoso em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento. No país desenvolvido, são consideradas idosas as pessoas com 65 anos ou mais, enquanto nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, são idosos aqueles com 60 ou mais. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento ocorre de forma lenta e associado à melhoria nas condições gerais de vida, já nos países em desenvolvimento, vem ocorrendo de forma rápida, sem que haja tempo de uma reorganização social e de saúde adequada para atender essa população de idosos (BRASIL, 2010).

## 1.2 Envelhecimento populacional

O envelhecimento é um fenômeno mundial. A população idosa vem aumentando nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, em números absolutos e relativos. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo; em 1998, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas, elevando um acréscimo mesmo após cinco décadas, que passou a corresponder a 8 (oito) milhões de pessoas idosas por ano (IBGE, 2000). Outra tendência observada mundialmente é o aumento da população idosa, principalmente em países desenvolvidos como Estados Unidos, Inglaterra, Japão, Suíça e Alemanha, pois apresentam condições sociais e econômicas mais favoráveis (BIAZIN, 2005).

Com esse ritmo acelerado em que se processa o envelhecimento mundial, por volta do ano de 2050, pela primeira vez na história humana, o número de pessoas idosas será maior que o de crianças abaixo dos 14 anos. Estima-se que a população global será de 9,3 bilhões em 2050. No mesmo período, o número de idosos deve triplicar nos países mais populosos, passando a ser maior que 10,6 bilhões de pessoas na terra (FPNU, 2011).

Segundo Nasri (2008), para uma população tornar-se mais idosa é preciso que aumente a proporção de indivíduos idosos e diminua a proporção de indivíduos mais jovens, e, além disso, também haja uma menor taxa de fecundidade. O que vem de encontro aos resultados do estudo desenvolvido pelo IBGE (2009, p.21) mostrando o aumento exagerado de número de idosos no mundo:

O número de idosos no planeta jamais foi tão grande em toda a história. A maioria deles concentrada no continente europeu. Em 1995, já eram 578 milhões. Em 2050, a expectativa de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres (contra 70,6 e 78,4 anos em 1998). Já nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para homens e 86 para mulheres, ou seja, 21 anos a mais do que hoje, que é de 62,1 e 65,2. Isto se deve, principalmente, à redução na taxa de fecundidade. A mulher, sob a influência das mudanças sociais que ocorreram a partir da década de 60, trouxe com ela alterações que vieram a afetar o emprego, a educação e ainda o casamento. Nos dias atuais, essa mulher tem a metade dos filhos que a geração de sua mãe costumava ter. A medicina preventiva e também programas voltados para a qualidade de vida contribuem para o fato constatado. Sem falar nas baixas taxas de mortalidade infantil ou prematura, aumentando a esperança de vida, devido a uma nutrição adequada, saneamento e tratamento de água ou pelo uso de vacinas e antibióticos.

Os dados acima são discutidos por Veras (2009), que também associa esse aumento do número de pessoas com idade avançada. Essa relação só aconteceu devido a diminuição da taxa de natalidade e de mortalidade em todos os países. Importando registrar ainda que esse aumento, na expectativa de vida, primeiramente foi observado tanto em países desenvolvidos,

e mais recentemente, em países em desenvolvimento como o Brasil (FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

Segundo IBGE (2010), a população de idosos cresceu no Brasil, correspondendo a 11% do total. Sendo que, para ser considerada população envelhecida, necessita-se apenas de 7% do contingente populacional de um país.

O envelhecimento é uma realidade brasileira, cuja projeção demográfica para o ano de 2025 é de que esse país ocupará o 6º lugar no ranking mundial de população idosa. Alcançado, assim, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (MORAES, 2012).

Em decorrência do número de indivíduos nessa população, observa-se que ocorreu uma mudança no perfil da população brasileira e, conseqüentemente, uma mudança demográfica e epidemiológica no país. Acrescenta-se que ocorreu uma redução no número de doenças infecto-contagiosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas (FONSECA; RIZZOTTO, 2008). Tais mudanças estão associadas aos avanços científicos e tecnológicos e a melhores condições de higiene e de saneamento básico (MEIRELES et al., 2007).

A expectativa de vida média do brasileiro era de 73,5 anos em 2010, observando-se um aumento expressivo na população feminina (BRASIL, 2010). Essa transformação não é um fato isolado. A grande conquista do século XX é a longevidade, que, junto com o declínio na taxa de natalidade, vem ocasionando o envelhecimento da população mundial (SILVA F. et al., 2009).

Contudo, importa registrar que, com o aumento da população idosa brasileira, surge o reconhecimento da importância do envelhecimento; e, por isso, foi decretada e sancionada pelo Presidente da República Itamar Franco a Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), tendo como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

Em 1º de outubro de 2003, foi aprovado, no Brasil, o Estatuto do Idoso, o qual abrange desde os direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para crimes cometidos contra a pessoa idosa. Em outubro de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPSI), instituída através da portaria n.º 2.528, tendo como finalidade definir diretrizes para “[...] recuperar, manter e promover autonomia e a independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde [...]”, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (SILVA; BORGES, 2008; BRASIL, 2006a, p.3; BRASIL, 1999).

Mendoza e Peniche (2009), em seu estudo sobre perfil de idosos submetidos à cirurgia, ressaltam que a população idosa tem um cenário amplo de intervalo etário que pode alcançar os 120 anos. Atualmente, conforme a região do mundo, a probabilidade de sobrevivência a partir dos 60 anos vem aumentando progressivamente. Sendo que, o aumento acelerado da população idosa pode ocasionar impacto em diversos setores da sociedade e precisa ser discutido visando a um enfrentamento adequado de suas consequências (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003).

O processo de envelhecimento no Brasil tem se apresentado de forma assustadora devido à rápida transição demográfica, além de impactos econômicos e sociais, tornando-se frequente o aparecimento de doenças crônicas como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Osteoporose, Doença Renal e entre outras (SOUZA; CHAVES, 2005).

As doenças crônico-degenerativas são as principais causas de morte e incapacidades em todo o mundo (GOULART, 2010). Em 2001, atribuíram-se a doenças crônicas degenerativas o total de 33,1 milhões de óbitos, quase 60% da mortalidade mundial e 45,9% de carga global de doenças. Se essa tendência for mantida, as doenças crônicas degenerativas devem alcançar 73% dos óbitos e 60% da carga de doenças no ano de 2020 (OPS, 2003).

As complicações dessas doenças podem tornar o idoso mais vulnerável à dependência física ou mental, limitando sua capacidade de realizar as atividades da vida diária. Além disso, outras causas de dependência podem resultar do próprio envelhecimento, como a perda de uma das capacidades de realizar atividades da vida diária, e outras como sequelas pós-traumáticas ou doenças incuráveis.

### **1.3 Envelhecimento e dependência**

O envelhecimento é uma realidade no Brasil e outros países como já mencionado anteriormente. É possível observar que as pessoas estão vivendo cada vez mais, e, embora a maioria dos idosos não seja doente, nem dependente, o que ocorre são as alterações nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, comum para todos os seres humanos; alterando, assim, seu equilíbrio homeostático, exigindo novo equilíbrio, ao qual cada indivíduo se adapta com maior ou menor facilidade. Com o aumento da expectativa de vida associado à alteração do perfil epidemiológico da população e outros fatores, é possível que haja cada vez mais pessoas atingidas por doenças crônico-degenerativas, podendo apresentar privação da sua independência e, conseqüentemente, necessitem de ajuda (NARDI, 2007).

A dependência, em Gerontologia, é a incapacidade de funcionar satisfatoriamente sem ajuda de outra pessoa ou auxílio de equipamento que permitam adaptação, podendo estar relacionado a limitações físico-funcionais ou a limitações cognitivas (NERI, 2005).

O conceito de dependência pode ser complexo para Cerrato e Baltar (2004) e Lezaun e Salanova (2001) citados por Pereira (2008), pois envolve a presença de três noções fundamentais: multidimensionalidade, que é a dependência que envolve múltiplas dimensões – mental, física e econômica – e todas se combinando entre si; multicausalidade, que se relaciona a vários fatores que influenciam o surgimento da progressão e da manutenção da dependência, nomeadamente fatores físicos, psicológicos e contextuais; multifuncionalidade, que é a dependência que pode assumir várias funções, nomeadas, a de adaptação.

O aprofundamento do conceito de dependência exige o conhecimento de conceitos adjacentes, como autonomia e independência. Autonomia é a capacidade de o indivíduo tomar as suas próprias decisões ou direitos de a pessoa decidir o que é melhor para si. Já a independência é entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade, realizar atividades físicas e mentais necessárias para manutenções das atividades básicas da vida diária (PASCHOAL, 2011).

Alvarenga, Mendoza e Faro (2007), enfatizam que a maioria dos estudos define a dependência em termos de incapacidade funcional, de desamparo prático ou de incapacidade individual para realizar atividades de vida diária, a qual está relacionada diretamente ao conceito de fragilidade, que, na velhice, vincula-se à idade, à presença de doenças e à incapacidade de realizar atividades da vida diária (AVD). Nesse sentido, a dependência está relacionada com a assistência contínua nas atividades da vida diária; o indivíduo não realiza tal atividade porque não pode e porque não quer (comportamento).

A incapacidade funcional é definida como dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que, normalmente, são indispensáveis para uma vida independente na comunidade e tarefas relacionadas à mobilidade (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). Por sua vez, a capacidade funcional se refere à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda, imprescindíveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Pode-se classificar dependência pela limitação estruturada, funcional e comportamental. A definição usada por Miguel, Pinto e Marcon (2007) apresenta três tipos de dependência:

- a. Dependência estruturada: resultante da ideia do valor do ser humano, que é determinada por sua participação do que e enquanto produz;

- b. Dependência física: decorre da incapacidade funcional, isto é, da falta de condições para realizar as atividades da vida diária;
- c. Dependência comportamental: decorre da dependência física; a dependência surge como desamparo aprendido e como instrumento de controle passivo.

Assim, é de fundamental importância que se situe, conceitualmente, o conceito de dependência, pois o grau de dependência do idoso é um elemento importante para planejar as ações de saúde, bem como o tipo de assistência e o suporte necessário ao idoso, à sua família e ao cuidador (NARDI, 2007).

Karsch (2003), afirma que 40% dos idosos com 65 anos ou mais de idade precisa de, pelos menos, algum tipo de ajuda nas atividades cotidianas da vida, como pagar contas, preparar alimentação e o ato de se limpar. E ainda afirma que 10% dos idosos requerem algum auxílio para realizar as atividades da vida diária. As atividades da vida diária são os cuidados pessoais que a própria pessoa pode realizar todos os dias como comer, vestir-se, tomar banho, realizar transferência de posições e controlar bexiga e intestino (OLIVEIRA; REIS, 2007).

Conforme Paschoal (2011), as doenças crônicas levam à maior predominância de incapacidades na velhice. A hipertensão arterial aumenta 39% a probabilidade de ser dependente nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD); a doença cardíaca aumenta em 82%; a artropatia em 59% e a doença pulmonar em 50%. Em relação ao comprometimento das atividades básicas da vida diária do idoso, a chance dobra com a presença de cada uma dessas doenças crônicas.

De acordo com os conceitos gerontológicos, o idoso saudável com a doença crônica é aquele indivíduo que consegue manter a sua capacidade de tomar as suas próprias decisões, sem necessitar de nenhum tipo de ajuda ou auxílio para realizar suas atividades diárias (JEDE; SPULDARO, 2009).

Neste estudo, trabalha-se o conceito da “capacidade funcional”, que, segundo Frank et al. (2007, p.125), é a “[...] capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma”. É com a determinação da capacidade funcional do idoso que se determinam os tipos de cuidados de enfermagem que serão necessários ao indivíduo idoso e à sua família.

A capacidade funcional é a habilidade do indivíduo realizar atividades físicas e instrumentais, ou seja, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar as refeições, manter seu controle financeiro, ingerir remédio, arrumar a casa, fazer compras, usar o transporte coletivo, usar o telefone e caminhar certas distâncias.

Quando acontece o comprometimento da capacidade funcional, impedindo ou limitando o próprio cuidado, implica, ao idoso, a perda da independência e autonomia, além do comprometimento da qualidade de vida, o que conseqüentemente, levá-lo à incapacidade funcional. O aparecimento da dependência no idoso e a necessidade de um cuidador acarretam uma reestruturação familiar e uma redefinição de papéis, o que pode ocasionar, por exemplo, mudanças na rotina e dinâmica familiar (VILAÇA et al., 2005).

Em diversos países, a questão envolvendo o cuidado aos idosos dependentes é bastante discutida. Há países onde o suporte é predominantemente das famílias, em outros, os encargos são de responsabilidade estatal, como é o caso de países como Inglaterra e França, onde os gastos sociais envolvem tanto a saúde como apoio direto ao idoso ou às famílias. Em outros, são divididas as responsabilidades com setor privado e público. Sendo que no Brasil, a responsabilidade ainda recai sobre a família (ALMEIDA, 2005). O estado brasileiro tem atribuído à família a responsabilidade maior dos cuidados dispensados a um idoso dependente.

Nesse contexto, percebe-se a importância de políticas públicas que possam atender essa população e que propiciem apoio aos idosos e ao cuidador, sendo esse um novo desafio para o nosso sistema de saúde. Destaca-se também a importância do papel da família em qualquer estágio da vida, principalmente na situação de cronicidade e longevidade atual dos brasileiros.

## CAPÍTULO 2 – A FAMÍLIA CUIDADORA

### 2.1 Cuidadores familiares de idosos dependentes: desafios e dedicação

Em estudos científicos, quando se menciona a prestação de cuidados aos idosos, pauta-se como papéis centrais desempenhados desde sempre pela família, enquanto principal provedora dos cuidados ao longo de todo o ciclo de vida individual e familiar. Sendo que, o aumento da longevidade pode implicar o aumento do número de idosos acometidos de uma ou mais doenças, o que representa motivo de preocupação para a família, devido à diminuição das habilidades funcionais e ao aumento da dependência do ente familiar.

A família acaba sendo afetada pelas demandas de cuidado ao idoso. Na maioria dos casos, apenas um membro da família assume a responsabilidade e a tarefa de cuidar do parente dependente, que é chamado de cuidador, seja ele membro da família ou não, que voluntariamente ou contratado assume essa atividade (NARDI et al., 2012). O cuidador é uma pessoa que se envolve num processo de cuidar do outro, vive uma experiência contínua de aprendizagem e de vida junto com idoso (LEMOS, 2012; OLIVEIRA; REIS, 2007).

Neste estudo, define-se cuidador como uma pessoa que tem o papel de cuidar de alguém com um grau de dependência física ou mental e que necessite de ajuda (total ou parcial) para a realização das atividades da vida diária no âmbito domiciliar (SOUZA et al., 2006; DUARTE, 2006).

Vários trabalhos de investigação, nacionais e internacionais permitem encontrar dois tipos de cuidador, o informal e o formal (MARQUES et al., 2011; SENA et al., 2006). Cuidadores informais são os familiares, amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos e outras pessoas da comunidade, que se dispõem voluntariamente a cuidar do idoso, sem ter uma formação específica. Enquanto que os cuidadores formais são pessoas contratadas para prestar cuidados no domicílio, podendo ser cumpridas tarefas delegadas pela família ou pelos profissionais de saúde que orientam o cuidador, capacitando-os às tarefas a serem desempenhadas pelo mesmo (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

O Guia Prático do Cuidador, organizado pelo Ministério da Saúde, expõe a função do cuidador, que é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Dentro dessas atividades, destacam-se: escutar e atentar para a pessoa que esta sob cuidados, ajudar nas atividades de higiene, estimular e assistir na alimentação, auxiliar e ajudar na locomoção, incentivar atividades de lazer e



ocupacionais, realizar mudanças de posição, administrar medicamentos e comunicar aos profissionais de saúde sobre a situação de saúde da pessoa cuidada (BRASIL, 2008).

Outras atribuições da atividade de cuidado domiciliar se referem a ajudar ou auxiliar, nas atividades da vida diária, no uso da medicação, na higiene pessoal, na atenção afetiva e outras atividades cotidianas, sendo que a maior parte dessa função é assumida por uma única pessoa, que é chamado de cuidador principal, seja por vontade, disponibilidade ou capacidade.

Diversos estudos apresentam a distinção entre cuidadores primários e secundários, considerando a frequência dos cuidados e o grau de envolvimento, caracterizando-se o cuidador primário como aquele que tem a principal, total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados no domicílio, e o secundário como aquele que presta atividades complementares às do cuidador primário (SEQUEIRA, 2010).

Conforme Luzardo (2006), o cuidador assume um compromisso que vai além de uma relação de troca e passa a tomar sobre si o desafio de cuidar de outra pessoa sem ter qualquer garantia de retribuição sobre esses cuidados.

O estudo de Resta e Budó (2004) com 20 pacientes e seus cuidadores domiciliares tem como objetivo identificar algumas características de pacientes e cuidadores, que poderiam influenciar a situação de saúde e de doença vivenciada pela família, bem como caracterizar diferentes tipos de cuidadores domiciliares em consonância com a cultura e a dinâmica familiar. Os autores classificaram três tipos de cuidadores domiciliares, que são:

- a. Cuidadores dedicados: são aqueles que estão sempre disponíveis e preocupados com quem cuidam, mostrando atenção no cuidado prestado;
- b. Cuidadores por obrigação: são os que prestam cuidados ao familiar por não haver outro que os substituam;
- c. Cuidadores sem iniciativa: são os que não se envolvem e não participam das orientações que possam contribuir para melhorar o bem-estar do idoso.

A escolha do cuidador informal se faz através de uma dinâmica com base em quatro fatores: parentesco – na maioria das vezes é o cônjuge seguido pelos filhos; gênero – predominantemente do sexo feminino (mulheres); proximidade física – quem convive com o idoso; proximidade afetiva – estabelecida pela relação conjugal e pela relação parental (FREITAS, 2006; SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

Assumir o papel de cuidador pode ser motivado por sentimentos de solidariedade ou obrigação para com os pais, companheiros ou outro membro da família, e o desejo de retribuir os cuidados recebidos na infância.

Os cuidadores são classificados em três tipos: cuidador institucional, que é o que presta cuidado na instituição em que o idoso se encontra internado, mas é contratado pela família; cuidador domiciliar, que é uma pessoa contratada pela família por orientação médica para atender às necessidades do idoso; cuidador familiar, que são os cônjuges, filhos ou qualquer membro da família que, voluntariamente ou não, assume a tarefa de cuidar do idoso (ZIMERMAM, 2007).

Segundo Jandrey (2009, p. 24), “o cuidador familiar da pessoa idosa com dependência é compreendido como sendo principal e informal”, sem que haja treinamento ou formação para exercer essa função.

A prestação de cuidado aos idosos domiciliares tem seu valor na recuperação de um idoso dependente, porque como salientam Martins et al. (2007), o domicílio é o local em que os seres humanos convivem e tornam propícios os cuidados individualizados. Esse ambiente é permeado por diversos aspectos culturais, de significância aos seus moradores e frequentadores, portanto, repleto de subjetividades nem sempre compreensíveis para quem não reside ou frequenta aquele ambiente.

O cuidado no domicílio pode ser definido, segundo Caldas (2000), como uma atividade que supera o atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está incapacitado de realizar suas atividades da vida diária, tendo o compromisso com o cuidado existencial, que envolve o autocuidado, a autoestima, a autovalorização, a cidadania do outro e da própria pessoa que cuida.

Na maioria dos países, constata-se que o cuidado do idoso no âmbito do domicílio é exercido geralmente por mulheres. Esses cuidados executados pelas mulheres podem desencadear alguns comprometimentos a sua saúde, principalmente a depressão, a ansiedade e a baixa autoestima, porque acaba respondendo mais intensamente à tensão, além de passar mais tempo engajada no cuidado do idoso e nas tarefas de casa (SANCHEZ, 2001 apud FERNANDES; GARCIA, 2009).

Gonçalves et al. (2006), em sua pesquisa citam que, ao longo da história, o cuidado ao idoso é exercido por mulheres, as quais em nosso meio são, principalmente, as esposas, as filhas ou as netas, o que se justifica pela tradição familiar, na qual as mulheres não desempenhavam funções fora de casa, possuindo tempo suficiente e disponibilidade para o cuidado da família. Atualmente, essa realidade vem mudando com a inserção social da mulher, participando progressivamente no mercado de trabalho.

Cantera e Domingos (2002), elucidam um fator negativo na prestação de cuidado à pessoa idosa no domicílio, pois os familiares que cuidam do parente dependente realizam um

cuidado contínuo, com tempo de, no mínimo, 4 horas da vida diária, 7 dias por semana. Dedicção esta que limita sua vida pessoal e profissional, repercutindo na sua saúde física e mental. Sendo que não tem nenhum apoio profissional e institucional. Assim, o cuidado prestado no domicílio é cada vez mais complexo. Sem um acompanhamento profissional, o cuidador se vê sozinho, desamparado, em risco permanente de provocar danos involuntários ao idoso, devido ao seu despreparo e ao acúmulo de atividades (SILVA B et al, 2009).

A tarefa de cuidar de idosos dependentes pode ocasionar efeitos adversos, gerando impactos negativos e sobrecarga no âmbito físico, psicológico, social e financeiro. E, por isso, devem ser desenvolvidos programas destinados a prevenir esses efeitos e a trabalhar na busca da qualidade de vida do cuidador (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002).

Silveira, Caldas e Carneiro (2006), advogam que o papel de cuidador é construído entre diversos sentimentos referentes à história familiar, dentre eles: amor, raiva, paciência e intolerância, carinho, tristeza, irritação, desânimo, pena, revolta, insegurança, negativismo, solidão, dúvida quanto aos cuidados, medo de ficar doente também, medo de o paciente estar sofrendo e medo de o paciente morrer.

As dificuldades inerentes à tarefa de cuidar, segundo Nardi (2007), são divididas em cinco elementos: a) as tarefas podem levar à sobrecarga e ao aumento do custo financeiro, o que tende a se agravar com a evolução da doença; b) os cuidadores não possuem orientações ou informações suficientes para exercer o cuidado; c) a tarefa de cuidar concorre com as atividades profissionais e domésticas dos cuidadores; d) o cuidador pode apresentar sentimentos negativos na prestação do cuidado, dificultando o manejo; e) um cuidado sem ajuda ou reconhecimento por outro membro da família.

Marques et al. (2011), em sua pesquisa com 18 familiares cuidadores de pessoas com doenças crônicas no domicílio na cidade de Fortaleza-CE, conclui que o componente familiar que cuida de pessoa doente no domicílio é constantemente testado em sua capacidade de discernimento, tal como a adaptação dos seus limites e de posições de enfrentamento. Os mais resistentes encontram, na religião e na ética pessoal, o apoio emocional para justificar a sua dedicação, mas não deixam de sofrer a sobrecarga física e emocional, configurando-se assim doentes em potenciais.

Conforme Schossler (2007, p.18), na prática profissional é “[...] constatado que o foco de cuidado está centrado no idoso, e ao cuidador domiciliar são feitas as cobranças em relação a estes cuidados”. A equipe de saúde, muitas vezes, fornece somente informações técnicas e orientações sobre como esses cuidados devem ser realizados. Com isso, o cuidador familiar não é percebido com uma atenção devida como um ser que requer atenção.

No estudo de Reid et al. (2010), nota-se que o cuidador formal representava, na força de trabalho renumerado, níveis mais elevados de bem-estar, comparado ao cuidador informal, bem como sofre menos pressão e carga de trabalho, além de apresentar uma melhor saúde mental do que os cuidadores que não estão empregados. Essa diferença acontece porque o cuidador formal tem horário fixo para seu trabalho, além de, por direito, poder tirar folga durante sua jornada de trabalho. O que possibilita o descanso, diferentemente do cuidador familiar, que fica 24 horas na prestação dos cuidados ao idoso na condição de dependência.

O cuidador familiar, na situação de cuidado prolongado ao idoso dependente, pode desenvolver vários estressores, e isso acaba desenvolvendo alguns problemas de saúde, como hipertensão arterial, doenças coronarianas, modificações no sistema imunológico, processo doloroso, depressão, ansiedade e baixa autoestima (FERNANDES; GARCIA, 2009). Na prestação do cuidado ao idoso dependente, é importante que toda família esteja participando, para que não se venha sobrecarregar somente uma pessoa nessa tarefa, como é caso do cuidador primário. Portanto, é necessário que o cuidador possa ter descanso; por mais que a pessoa seja preparada, não aguenta mais de 24 horas nos cuidados ao idoso.

Estudos de Fernandes e Garcia (2009), chamam atenção à questão da adesão do autocuidado pelo cuidador familiar no contexto da sobrecarga do papel, esses cuidadores que dedicam suas vidas para a promoção de bem-estar do seu núcleo familiar, especialmente do seu parente idoso incapacitado, não encontram tempo para cuidar de sua própria saúde. A negligência com a saúde pode desenvolver várias doenças. Sendo necessário que a pessoa que esteja na condição de prover cuidados, primeiramente, assuma o compromisso de pensar em cuidar de si mesmo para depois cuidar do próximo.

Para Moreira e Caldas (2007), não basta apenas preparar um cuidador técnico, torna-se fundamental estruturar as intervenções junto a esse cuidador, a fim de que possam ser consideradas também legítimas as suas especificidades, de acordo com os anseios morais existentes, considerando, também, o sentimento de desamparo que afeta concretamente quem cuida desses idosos, muitas vezes sem o suporte necessário.

O estudo de Jandrey (2009), cita que os cuidadores precisam de apoio para atender suas necessidades e o cuidado à pessoa com incapacidade. Também aponta a necessidade de trocar experiências com outros cuidadores, de aprender com profissionais sobre cuidados e de obter informações sobre as doenças que acometem seus familiares.

Essa necessidade do cuidador vai desde os aspectos materiais até os emocionais, passando pela necessidade de informações, cujo aspecto material, segundo Caldas (2003, p.777), inclui:

[...] recursos financeiros, questão de moradia, transporte e acesso a serviços de saúde. Por outro lado, essa família necessita de informação sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente ao idoso. Além disso, são importantes o suporte emocional, uma rede de cuidados que ligue a família aos serviços de apoio e meios que garantem qualidade de vida aos cuidadores principais.

Os cuidadores familiares necessitam de apoio formal ou informal quanto à prestação do cuidado ao idoso dependente. Assim, eles necessitam de um programa de assistência que contemple, além de orientações como cuidar do outro, a manutenção e a promoção da própria condição de saúde.

## CAPÍTULO 3 – A CONFIGURAÇÃO DA REDE SOCIAL

### 3.1 O apoio social ao cuidador familiar de idoso dependente: uma realidade da vida contemporânea

No Brasil, apesar da existência da Política Nacional do Idoso (PNI) desde 1994, não há um programa de governo direcionado para o idoso dependente. Ainda que a mesma esteja prevista na Constituição Federal de 1988, assim como a Política Nacional do Idoso, nesses instrumentos normativos a família aparece como responsável pelo cuidado do idoso em relação ao atendimento de suas necessidades, bem como não há um sistema de apoio às famílias e definição das responsabilidades das instâncias de cuidados informais na prática (CAMARANO; PASINATO, 2004 apud MOREIRA; CALDAS, 2007).

Percebe-se que as políticas públicas no Brasil são insatisfatórias para assistir a essas famílias, cujo responsável assume tais tarefas porque não teve amparo. Surgindo assim, a necessidade de buscar novas estratégias para tentar minimizar ou atender sua fragilidade, o que justifica as redes sociais.

Para Alexandre et al. (2011, p.242), a definição de rede “[...] está atrelada ao termo apoio, que vem complementar à principal função dos mais diversos tipos de rede, que é fornecer apoio”. Ainda pode ser definida como uma teia identificada de relações sociais que cerca o indivíduo, tendo como característica dessa ligação, o conjunto de pessoas com quem se tem contato social (BRITO; PAVARANI, 2012).

A rede de suporte social é caracterizada por um conjunto de pessoas que mantêm um relacionamento entre si como laços típicos das relações sociais, inclusive os membros da família, contribuindo para o bem-estar das pessoas e para o fortalecimento do uso das estratégias para o enfrentamento da situação de doença (SOUSA, 2012; NERI, 2005).

Há dois tipos de redes sociais, que podem ser de natureza primária e secundária. A primeira tem como características as relações de parentesco, amizade ou de vizinhança, estando fundamentadas na troca e confiança. Já a segunda pode ser formal e informal: a formal tem como característica a prestação de serviço como instituição de assistência, saúde, educação; e a informal é aquela que tem como ação a solidariedade como troca de serviço, mas não almeja lucro (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009).

As dimensões compostas pelas redes sociais são: o tamanho, que corresponde ao número de pessoas com quem o indivíduo tem contato; dispersão geográfica, que se refere à

proximidade, favorecendo melhor o contato; força das ligações, que se refere ao grau de intimidade, reciprocidade, expectativas de duração e disponibilidade, intensidade emocional; densidade e integração dos contatos, que correspondem à quantidade de pessoas próximas; composição e homogeneidade dos membros, que se refere ao grau de semelhança entre indivíduos como idade, condição socioeconômica; simetria, que se refere ao grau de reciprocidade dos relacionamentos; enraizamento social, que corresponde à identificação do indivíduo com seu meio (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008).

À medida que pessoas como os idosos seguem o curso de vida, vivenciam inúmeras perdas de algumas pessoas significativas (familiares, amigos, companheiros), e ainda, outra mais dolorosa, que é a perda do cônjuge. Nessa situação de viuvez, o papel das redes sociais familiares é decisivo e fundamental na adaptação da pessoa idosa ao seu novo estado e principalmente o apoio oferecido pelos seus filhos (ANDRADE, 2009).

É importante diferenciar o conceito de rede social e de apoio social. O primeiro se refere à dimensão estrutural ou institucional associada a um indivíduo. Por exemplo, a vizinhança, grupos religiosos, sistema de saúde. Enquanto o segundo possui dimensão individual, que faz parte da rede social como membro e é importante para a pessoa (BULLOCK, 2004 citado por PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008). Além de diferenciar a rede social e apoio social, é necessário definir interação social, que se refere à frequência e duração de contatos efetivos que se estabelecem com a rede social.

Frente aos momentos de situações de crise pessoal, a família é a primeira rede em que o ser humano busca ajuda, apoio e cuidado informal, mas esse apoio nem sempre é eficiente e adequado a esse indivíduo; por muitas vezes a necessidade apresentada refere-se aos aspectos mais formais e técnicos, ou de áreas que fogem ao domínio familiar. É nesse caso que entra o profissional de saúde, advindo da rede formal, que busca melhorias significativas na qualidade de vida dos indivíduos (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCONI, 2010).

O apoio social é definido como a existência ou disponibilidade de pessoas ou grupos em que há relação de confiança, em que se busca preocupar-se com outro, tendo uma valorização e o amor ao próximo (DONG; SIMON, 2010). Existem duas modalidades de apoio social, o apoio formal e o informal.

O primeiro é advindo do sistema de apoio fornecido e provido pelo estado e instituições, que tem como objetivo específico o apoio em determinadas áreas e utiliza profissionais ou voluntários para alcançar suas metas. Já o segundo é fornecido e provido pela família, vizinhos, amigos e comunidade, motivados pelo sentimento de ajuda e de obrigação

(SOUSA; SILVER; GRIEP, 2010). Através do apoio social é que o cuidador ameniza as tensões associadas à dependência do idoso, mantendo o equilíbrio de saúde, satisfazendo as necessidades práticas de informações e aspectos emocionais das tarefas do cuidado.

Quanto a isto, Due, Lund e Modving (1999) citados por Rosa et al. (2007) relatam que a função do apoio social compreende quatro tipos: a) apoio emocional, que está relacionada aos aspectos de afeição amorosa; b) apoio instrumental ou material, advindo de ajuda em trabalhos práticos (limpeza, transporte, preparação na alimentação) e de recursos financeiros; c) apoio de informação, que compreende as informações (aconselhamento, sugestões, orientações) e podem ser usadas para lidar com os problemas e resolvê-los; d) interação social positiva, que resulta da disponibilidade das pessoas com quem se relaxa e diverte.

Estudos argumentam e comprovam que as relações sociais podem promover melhores condições de saúde. Por outro aspecto, a ausência de convívio social causa severos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral, além da depressão (CARNEIRO et al., 2007). O suporte social consiste em oferecer um suporte emocional e sua prática é realizada pela família ou amigos no atendimento de afeto, companhia, assistência e informação, tudo que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro (ANTUNES; FONTAINE, 2005). Esse apoio é encontrado nas redes sociais, que proporcionam ao indivíduo compartilhar os problemas e expressar seus sentimentos, evidenciam sua socialização e suas relações, acessando os recursos de apoio social.

O apoio social é uma das estratégias da população para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde e doença, proporcionando, ao indivíduo, compartilhar os problemas e expressar seus sentimentos, beneficiando a saúde física e mental, estimulando, assim, a autonomia dos sujeitos de interagir e encontrar coerência para a própria vida e para sair do isolamento e do vazio existencial em que se encontram (BRUSAMARELLO et al., 2011; GONÇALVES et al., 2011; GOMES; LACERDA, 2010).

A rede social se constitui por certas funções a serem desempenhadas pelos seus integrantes, tais como: oferecer companhia; destinar apoio emocional; servir como guia de conselhos e de regulação social; fornecer ajuda material e facilitar o acesso a novos contatos (SANCHEZ; MOTA, 2009).

Para Ribeiro (1999) apud Aragão et al. (2009), o suporte social pertence a três classes: informação que leva o sujeito a crer que é amado e que as pessoas se preocupam com ele; outra que o convence de que é apreciado e tem valor; e a da informação, que conduz o sujeito a crer que pertence a uma rede de comunicação e obrigação mútuas.



As redes de suporte social se classificam em formais e informais. A rede de suporte social formal é constituída por serviço de atendimento ao idoso, que inclui hospitais, instituição de longa permanência (ILPI), atendimento domiciliar, programas formais de capacitação de pessoal voltados ao atendimento dessa população, enquanto que a rede de suporte social informal está intimamente ligada à família, amigos, relações de trabalho, de inserção comunitária e de práticas sociais (LEMOS; MEDEIRO, 2006).

Dentre as redes de apoio social, destaca-se a rede de apoio familiar, que é classificada como rede de apoio informal, sendo que essa é a mais importante na literatura, porque é constituída por membros da família, que oferece um suporte ao idoso dependente e ao cuidador familiar.

### **3.2 A família como rede social de apoio**

O papel da família é fundamental no cuidado do idoso, porque predomina como alternativa no sistema de suporte informal. A família é uma célula social, responsável pela formação individual e social de seus membros, e, ainda, exerce funções nas áreas educacional, econômica, doméstica e de cuidado com a saúde de seus membros, além da socialização e afeição (GRATÃO, 2006).

A família tem especial relevância por ser o contexto social mais próximo no qual os indivíduos estão envolvidos, e os relacionamentos mantidos por corresidentes em seus arranjos domiciliares têm implicações tanto positivas quanto negativas para a saúde. Foca-se o arranjo domiciliar pela necessidade de conhecer o processo social pelo qual as novas estruturas familiares dos idosos demandam e fornecem sistemas de apoio formal e informal (SILVA et al., 2012).

O apoio da família tem especial relevância ao idoso dependente, pois fornece informações significativas para melhorar o planejamento do cuidado, atendendo suas necessidades, sejam físicas (alimentação, habitação, cuidados pessoais), psíquicas (autoestima, amor, afeto) ou sociais (identificação, relação, comunicação) (ALVARENGA et al., 2011).

Perante a Política Nacional do Idoso (1994), o atendimento ao idoso deve ser feito por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento ao atendimento asilar. A recente Política Nacional de Saúde do Idoso reconhece a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos, apontando que esta deverá possibilitar a sistematização da atenção no próprio domicílio. Privilegiando assim, tarefas

relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente, bem como o seu cuidador, evitando-se assim, hospitalizações, internações em asilos e outras formas de segregação e isolamento (BRASIL, 1994).

Pául (1997) apud Andrade (2009), afirma que as relações fora da família, como a vizinhança, são uma forma de rede de suporte social que tem uma relação predominantemente instrumental, como compras, olhar pela casa, situações de emergência, e não tem caráter afetivo, como amizade.

Outra forma de acompanhamento de idosos dependentes e seus familiares no Brasil podem ser retratados através da Estratégia Saúde da Família (ESF), que funciona como porta de entrada do sistema de saúde, no entanto, apesar da temática família estar sendo bastante discutida, pouco se tem realizado no apoio e no acompanhamento desses cuidadores informais.

### **3.3 A Estratégia Saúde da Família como rede social de apoio**

Na atenção básica, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), está firmada a atenção à saúde do idoso, promovendo ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, e ainda assegurando todos os direitos de cidadania, defesa de sua dignidade, bem-estar e direito à vida (BRASIL, 2006a).

É papel da equipe de Saúde da Família, em relação à atenção à saúde da pessoa idosa, pertencente a sua área de abrangência, oferecer ao idoso e sua família uma atenção humanizada, através da orientação, acompanhamento e apoio domiciliar. Os profissionais devem planejar e programar ações que possam atender as questões do processo de envelhecimento e a autonomia do usuário (BRASIL, 2006b).

As ações desenvolvidas pelas equipes da ESF são de grande importância para a melhoria da saúde da população idosa. 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 o idoso e família em seu contexto domiciliar, procurando alcançar os objetivos propostos pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

A Estratégia Saúde da Família pode ser um grande instrumento para a implementação desse tipo de programa, uma vez que, por sua proximidade com o território e com a comunidade, tem uma visão mais ampla do contexto de vida cotidiana desses

cuidadores (RODRIGUES et al., 2009). Na prática dos enfermeiros na ESF, visitas domiciliares se fazem presentes como um instrumento de intervenção fundamental, utilizado pelas equipes como forma de conhecer as condições de vida e saúde da população adstrita.

A visita domiciliar é um instrumento de intervenção utilizada pela ESF para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. O enfermeiro, como estabelecido por essa estratégia do SUS, realiza a visita domiciliar somente aos usuários com necessidade de saúde prioritários ou acompanha o Agente Comunitário de Saúde (ACS) na visita, o que facilita a aproximação com a família e programação das práticas de saúde de acordo com a realidade dos usuários (KEBIAN; ACIOLI, 2011).

É através da visita domiciliar que podemos configurar o importante papel da ESF junto às famílias, principalmente daqueles que cuidam de um familiar dependente. O profissional de saúde orienta o cuidador familiar, informando-o sobre a doença, como realizar cuidados de maior complexidade e como proceder diante de algumas alterações. Além disso, o profissional deve conhecer as necessidades que os cuidadores enfrentam durante o processo de cuidar e, assim, colaborar com a assistência tanto do cuidador quanto do doente (SANTOS, 2008).

Giacomozzi e Lacerda (2006) lembram que existem as modalidades de atenção domiciliar:

- a. Visita domiciliar: corresponde à equipe que vai ao domicílio do usuário, com objetivo de avaliar as suas necessidades de saúde e de sua família e promover as ações educativas;
- b. Atendimento domiciliar: corresponde às atividades mais complexas, exigindo, da equipe de saúde, atendimentos técnicos e periódicos de acordo com as suas necessidades evidenciadas;
- c. Internação domiciliar: envolve uso de aparato tecnológico em domicílio, mediante as peculiaridades de cada indivíduo, cuja equipe de saúde responsável, deve permanecer, no mínimo, por quatro horas diárias.

Um dos instrumentos que podemos utilizar na prática assistencial é a educação em saúde aos cuidadores familiares, uma vez que os prepara para preservar sua saúde, ao mesmo tempo que exerce intensamente suas tarefas. Além disso, é importante que o cuidador obtenha pelo profissional de saúde, conhecimento sobre a doença, sobre as estratégias que devem ser usadas no cuidar, compreender seus sentimentos em relação ao doente e ainda conhecer mais a respeito de si mesmo.

## CAPÍTULO 4 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE

### 4.1 Educação em saúde ao cuidador familiar

A expressão educação e saúde tem várias definições. O termo educação, segundo Severino (2000), corresponde ao processo pedagógico sistematizado de intercessão na dinâmica da vida social, cujo objetivo é auxiliar a definição de políticas estratégicas para o desenvolvimento integral da sociedade. E a saúde, conforme a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION apud STARFIELD, 2002, p.21), por ser entendida como:

[...] à medida que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo.

Conforme Rodrigues e Santos (2010), a educação influencia e é influenciada pelas situações de saúde, estabelecendo uma ligação com todos os movimentos de inserção na condição cotidiana em complexos aspectos sociais, políticos, econômicos, culturais e outros.

A educação em saúde no Brasil assumiu vários enfoques de acordo com o modelo econômico vigente, o qual determinava as ações da assistência à saúde direcionadas à população (SANTOS, 2006), predominando o modelo de educação sanitária, surgido no século XX, que previa a introdução de hábitos higiênicos pela população de maneira totalmente obrigatória pelas autoridades sanitárias. Com isso, passou a ser denominada “Educação Sanitária”, cujas características normativas, hábitos e comportamentos adequados, estavam direcionados ao controle da saúde-doença através da transferência do conhecimento à população, sem que houvesse a interação do educador com o educando, quanto aos seus questionamento e dúvidas (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

Ainda nos anos 1970, com o enfraquecimento do regime militar, foram feitos vários movimentos da sociedade em prol de melhores condições de vida e da reorientação das diretrizes de atenção à saúde. Ressaltando, assim, o modelo das ações educativas impositivas, através da transmissão de conhecimento baseadas no saber biomédico (ALVES, 2005). Essas ações visavam determinar os hábitos de cuidado individual à saúde, ou à higiene do ambiente, prescritos nos manuais dos programas governamentais voltados para o controle e tratamento das doenças passíveis de prevenção e desconsiderava a questão da totalidade do homem.

De acordo com Souza et al. (2005), existem diversas abordagens referentes à educação em saúde. Entretanto, considerando suas similitudes, é possível agrupá-las em duas propostas: a educação em saúde tradicional e a educação em saúde radical.

Na educação tradicional, tem-se como base a prevenção de doenças, expressando o modelo da assistência biomédica, o foco de ação é a doença e a mudança de comportamento individual, sendo imposta pelo profissional de saúde. Já educação em saúde radical é o modelo que se propõe a trabalhar com uma perspectiva moderna da educação, estimulando a consciência crítica das pessoas e dos grupos sociais, envolvendo aspectos relacionados à saúde (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

No modelo radical, o educador em saúde tem o papel de facilitador das reflexões dos sujeitos sobre a realidade, sendo que o indivíduo tem autonomia em torno das alternativas no que envolve o processo de cuidar.

O modelo tradicional da educação em saúde deve ser abandonado, surgindo, assim, várias discussões com novas propostas, a exemplo do modelo dialógico de Freire (2005, p.38):

A educação que se impõe aos que realmente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo encha de conteúdos; não pode basear-se numa consciência especializada, mecanicistamente compartimentada, mas nos homens como 'corpos conscientes' e na consciência como consciência intencionalizada ao mundo. Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo.

Nessa definição, Freire subsidia o enfoque à questão social e não à doença do indivíduo, tendo como propósito a melhoria da qualidade de vida, através da promoção da saúde individual e coletiva. Na educação de adultos como prática de liberdade, esse autor enfatiza que a educação não pode ser uma prática de depósito de conteúdos, mas deve ser fundamentada na educação problematizadora com a interação do diálogo entre o educador e o educando, a fim de possibilitar aprendizagem a ambos (CYRINO; PEREIRA, 2004).

A educação em saúde está baseada em práticas de promoção de saúde, as quais abrangem a participação de toda a população e não apenas das pessoas com risco de adoecer, e, por fim, essa conceituação está direcionada para a busca do bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais, pessoal e social (MACHADO et al., 2007).

A educação em saúde é processo de ensino, onde o profissional enfermeiro tem como objetivo ensinar seus clientes a se autocuidarem, além disso, tornarem-se disseminadores dos conhecimentos da área de saúde (REVELES; TAKAHASHI, 2007).

A compreensão da educação em saúde precisa ser uma proposta que estimula, no indivíduo e no grupo, o desenvolvimento da capacidade de pensamento crítico acerca da sua realidade, buscando ações para a resolução dos problemas e modificação de situações vigentes (SANTOS, 2006 apud CECCON et al., 2011). Na Enfermagem, a educação em saúde é um instrumento fundamental para a atuação do enfermeiro, pois através dela, são realizadas ações de educação ao cliente e à família, assim como as orientações.

No serviço de saúde, o contato do enfermeiro com o usuário seria considerado uma oportunidade de ensino de saúde, porque o enfermeiro tem a responsabilidade de apresentar informações ou orientações que irão motivar o usuário quanto à necessidade de aprender. Entretanto, para o usuário, é dado o direito de decidir querer aprender (ROCHA, 2007).

Para Hammerschmidt, Alves e Carmago (2006, p.57), “[...] uma das formas de cuidar é quando o enfermeiro desempenha seu papel de educador e desenvolve ações de educação em saúde”. É fundamental que a enfermagem não esteja focada somente na assistência ao idoso portador de doenças, mas que atue também na promoção, manutenção e recuperação da saúde desse ser humano. Mas, respeitando a independência do ser, tendo a participação do sujeito no processo de cuidado como meta de uma assistência qualificada. Os conhecimentos que fornecem subsídios para uma prática de cuidado integral incluem o entendimento das necessidades humanas, adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida, de dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual (SOUZA et al., 2006).

É importante que, na prática da educação em saúde, “a orientação deve ser clara, partindo de conhecimento trazido pelo indivíduo, completada com termos que ele entenda” (ROCHA, 2007, p.61). A ação educativa em saúde tem como finalidade capacitar os indivíduos e/ou grupos para que possam assumir ou ajudar, visando buscar melhoria de condições de saúde da população. Vale ressaltar que esse processo envolve o diálogo, indagação e reflexão, questionamento e ação partilhada entre os cuidadores leigos e os profissionais de enfermagem (SOUZA et al., 2006).

Essa relação entre o profissional enfermeiro e o cuidador leigo pode proporcionar uma interação, propiciando benefícios para o cuidado da pessoa idosa pelo cuidador, que será capaz de realizar atividades orientadas por um profissional, bem como procurar formas de resolver problemas de saúde e/ou doença.

Machado, Jorge e Freitas (2009) afirmam que, na relação do enfermeiro com o cuidador familiar, deve existir um espaço de educação, no qual a assistência deve ser feita por meio de um trabalho educativo instrumentalizado por técnicas e saberes que visem à

proximidade física, à criatividade, ao respeito pelos costumes e pela cultura e, ainda, ao preparo da família para assumir os cuidados com a saúde do enfermo.

O cuidado ao idoso dependente funcional demanda recursos econômicos, tempo, organização familiar e pessoal, que, somados às outras exigências que os cuidadores têm nos seus diferentes papéis sociais, geram uma sobrecarga de atividade que pode repercutir negativamente no cuidador (GUEDEA et al., 2009). É comum que eles apresentem tristeza e insatisfação com a vida, além de estresse, fadiga, dificuldades econômicas, solidão, sentimentos de culpa, raiva, tristeza, cansaço, ansiedade e desespero.

Quando se discute educação em saúde, o cuidador é um novo ator a ser considerado, tendo em vista que seu trabalho, bem direcionado, pode ser vislumbrado como ferramenta que transformaria, em parte, a área da saúde. Em muitas situações, a pessoa que se encontra acometida por alguma alteração no seu estado de saúde tem alguém que assumi em cuidar dela durante esse período (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

No cuidado ao idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde as orientações necessárias na prestação ou manejo do paciente. Espera-se, com o preparo adequado dessas pessoas, que possam surgir formas mais efetivas e eficazes de manutenção e recuperação da capacidade funcional, além da participação mais adequada das pessoas envolvidas no cuidado ao idoso dependente (FREITAS et al., 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é pautada em políticas de desenvolvimento de ações preventivas a doenças e de promoção à saúde dos indivíduos, família e comunidade, sendo recomendada a realização regular de atividades educativas (SOUZA et al., 2009).

O enfermeiro tem um papel fundamental como educador para família e cuidadores, principalmente na aplicação de orientações aos cuidadores de idosos na condição de dependência, visto que muitas vezes esses cuidadores não têm o conhecimento suficiente sobre a doença do idoso e não sabem como agir quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas. Com as ações educativas, o cuidador pode ampliar seus conhecimentos, ou adquiri-los, de forma a qualificar suas atitudes, configurando possibilidades distintas de realizar com sucesso as atividades dispensadas aos idosos.

Para Cabral et al. (2010), a capacitação dos cuidadores familiares, através da ação da educação em saúde com ênfase na prevenção primária, tem como finalidade habilitar o cuidador nos atos de cuidar do idoso no âmbito domiciliar, como na identificação de intercorrência na segurança da saúde. Além disso, na comunicação com o profissional de saúde, para que em conjunto, possam providenciar soluções rápidas e pertinentes.

No estudo de Vogt, Gonçalves e Silveira (2009, p.99), é destacada a importância da visita domiciliar, sendo essa atividade a mais apropriada para capacitação do cuidador, “[...] pois é diante da real visualização das necessidades deste, do usuário, e da família, que se torna possível capacitar o cuidador para suas ações”, além de sua participação no desenvolvimento das estratégias de saúde.

É necessário orientar a formação profissional e o trabalho da equipe para o fortalecimento das visitas domiciliares e para o universo de olhares sobre a família, possibilitando uma aproximação entre os atores das ações em saúde e promovendo a atenção integral aos sujeitos prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS).



## CAPÍTULO 5 - O CUIDADO E A ENFERMAGEM

### 5.1 O cuidado e a enfermagem

Desde o período antes de Cristo, o cuidado registrava-se no preparo de pessoas com habilidades e conhecimento sobre a prestação dos cuidados aos doentes. Sendo que, normalmente, eram destacados para essas funções, os sacerdotes, feiticeiros e mulheres (MELO, 1986).

Na Idade Média (entre o ano 1.000 até 1.500 d.c), o cuidado foi modificado. Essa responsabilidade não mais cabia ao agente, mas às famílias ou à comunidade, que cuidariam das pessoas ditas loucas e doentes. Sendo que os hospitais não tinham como prioridade a cura de enfermidades, mas eram ponto de referência para abrigo e alimentação gratuita, assim como as paróquias católicas dos vilarejos, que também os recebiam sob as diretrizes de uma suposta misericórdia divina na Terra. Já no século XXI, estenderam-se e ampliaram-se os estabelecimentos que cuidavam dos doentes com tratamentos médicos. Os hospitais iniciaram um ciclo de institucionalização do cuidado, somado à entrada de profissionais para esse atendimento: médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, a fim de receberem o necessitado que precisava de curas e encaminhamentos (FAZENDA; SOUZA, 2012).

O cuidado é uma parte integrante da vida. O ser humano necessita de cuidado desde a sua concepção, porque é dependente de outro indivíduo para que seu conforto seja mantido (LENARDT et al., 2010). Em toda a existência humana está presente o ciclo do cuidado, receber cuidado, ser cuidado e o zelo pelo cuidado do outro. É uma atividade eminentemente humana, transmitida através da cultura e da educação, seja de uma família, de uma comunidade ou até mesmo de uma sociedade (POTTER; PERRY, 2004.).

Na vida do ser humano, é preciso ser cuidado, preservado, amado e cultivado, sendo esse cuidado o que percorre por todas as fases de sua vida, em maior ou menor intensidade, em conformidade com as necessidades e os motivos pessoais de cada um. Há pessoas que cuidam de outras de forma natural e espontânea, pois o cuidado é essencial ao desenvolvimento de quem oferece e de quem o recebe (ABREU; RIBEIRO; PIRES, 2009 apud ARAÚJO et al., 2012). Sendo que, cada cultura tem a sua maneira de cuidar, compreender, expressar e desenvolver suas práticas de cuidados, influenciados pelos seus costumes no âmbito familiar (LENARDT et al., 2010).

E seguindo essas normas culturais no âmbito familiar, espera-se que a tarefa de cuidar do homem seja através do sustento e da autoridade moral, enquanto espera-se da mulher a

organização da vida familiar, o cuidado com os filhos, com o idoso e as atividades domésticas no domicílio (CAMARGO, 2010).

Waldow e Borges (2011, p.415) citam que “o cuidado é entendido como um modo de ser; sem o cuidado deixa de ser humano”, sendo esta uma fundamentação de cunho filosófico, que passa a justificar que o ser humano vive o significado de sua própria vida por meio do cuidado. Sendo importante afirmar que, caso não receba o cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, consome-se aos poucos, perde o sentido e morre (BOFF, 2009 apud FREITAS; NORONHA, 2010). Ao longo da vida, é necessário que o ser humano necessite de cuidados, sendo isso da essência humana.

De acordo com Waldow (2008), a palavra cuidado deriva do latim “coera”, que significa cura, sendo usada para expressar relações de amor e de amizade, dedicação, preocupação com as pessoas queridas (envolvimento afetivo com o outro). Rocha et al. (2011) ressaltam a importância da diferença dos termos de “cuidar” e “cuidado”. Enquanto o primeiro significa uma ação dinâmica, meditada e refletida, envolve um agir, uma atitude integrada pela formação pessoal e profissional; o segundo tem como sentido responsabilidade e zelo.

Waldow e Fensterseifer (2011, p.631) enfatizam que o cuidar “é uma atitude de consideração, de conhecimento, de amor, de solidariedade, de preocupação primordial”. É uma obrigação moral por partes dos profissionais de saúde e outros, em resposta por ajuda incondicional, oferecendo apoio, segurança, compaixão e solidariedade.

Barros, Santos e Erdmann (2008) definiram que cuidar é um verbo, e a sua ação ocorre no mínimo entre duas pessoas envolvidas no cuidado, sendo que um indivíduo aceita a posição de ser cuidador, e outro indivíduo, a posição de ser cuidado.

O cuidar envolve o “olhar o outro, estabelecer condições para que o outro cresça, estar disponível para vê-lo e ouvi-lo, com a finalidade de confortar, aliviar, proteger” (CRIVARO; ALMEIDA; SOUZA, 2007, p.250).

Cuidar é um ato de vida, o qual representa uma atividade que propõe manter e sustentar a vida. Sendo esse cuidar um ato individual, quando prestado a si mesmo. Há ainda o cuidar enquanto ato de reciprocidade, o que é prestado a outras pessoas, temporária ou definitivamente, existindo a necessidade de recebê-lo para manter seu estado vital (PASSOS; SADIGUSKY, 2011).

Os indivíduos desenvolvem diferentes comportamentos quanto ao cuidar e a forma como expressam está ligada a padrões culturais e, em vista disso, o cuidar/cuidado pode significar:

[...] aceitar, assistir os outros, ser autêntica (o), envolver-se, estar presente, confortar, preocupar-se, ter consideração, ter compaixão, expressar sentimentos, fazer, tocar, amar, ser paciente, proteger, respeitar, compartilhar, compreender, ter habilidade técnica, demonstrar conhecimento, segurança, valorizar o outro, ser responsável, usar silêncio, ouvir. (LEININGER, 1991 apud BARBOSA, MARCACINE, 2009, p. 28).

Marques (2007), cita que o cuidado é classificado em dois tipos: o cuidado informal e o cuidado formal. O primeiro está relacionado às ações de ajuda e proteção total ou parcial exercida pela família, vizinho ou amigos de idosos. Já o segundo é conceituado como o conjunto de ações de ajuda e proteção ao idoso, que recebeu treinamento para exercer a função e conta com remuneração de seus serviços, que é prestado por profissionais e pela rede de serviço de saúde.

Estudos realizados por Borges e Silva (2010), sintetizam quanto à natureza do cuidado humano e suas finalidades que são vitais ao ser humano, conforme apresentado a seguir:

- a. Cuidados de estimulação: aqueles que são centrados nos estímulos das capacidades mais fundamentais da vida (como respirar, sentir, ouvir, ver) e desenvolvimento das capacidades motoras (estão na base de todo o desenvolvimento psicomotor);
- b. Cuidados de conforto: os que encorajam, permitem confortar, fortalecer a segurança física e afetiva, favorecem a renovação e a integração da experiência, a fim de manter as capacidades existentes e reconquistar o que pode ser recuperado.
- c. Cuidados de manutenção da vida: aqueles relacionados às necessidades da vida cotidiana, que sustentam e mantêm as capacidades adquiridas, como a alimentação, a eliminação, higiene e outros.
- d. Cuidados de parecer: são aqueles relacionados a permitir limitar e diminuir a degradação da imagem corporal, através de suporte da comunicação não verbal, ao passo de contribuir para promover positivamente a imagem de si próprio, favorecendo a valorização, a construção da identidade e o sentimento da pertença do grupo;
- e. Cuidados de compensação: são os que visam substituir o que ainda não foi adquirido ou que foi só parcialmente adquirido, como a criança que ainda não é capaz de assegurar a sua própria vida, e com o tempo a necessidade vai diminuindo à medida que a criança cresce biologicamente e efetivamente;
- f. Cuidados de apaziguamento: são aqueles que permitem o alívio da dor e permitem suportar melhor o sofrimento físico, afetivo, mental e espiritual.

O cuidado é uma atitude, atenção e desvelo para consigo ou para com outro, constituindo um ato de responsabilidade, ocupação e desenvolvimento afetivo com o cuidar, referindo-se a sentimentos como amor, contribuição, doação e por fim dando o sentido à vida (BOFF, 2008).

Silveira, Caldas e Carneiro (2006), explicam que a tarefa de cuidar pode ser uma continuidade da tradição familiar, como recompensa e gratidão, sendo que um dos motivos pode ser correspondido como satisfação ou obrigação e, quando existe a disfuncionalidade familiar, os cuidadores precisam de apoio para trabalhar com a família.

O cuidado é uma atividade essencial para a saúde e sobrevivência das pessoas, o que se revela a razão da existência da profissão de Enfermagem, uma vez que a essência da profissão de Enfermagem é o cuidado, sendo este seu diferencial das demais profissões da área de saúde.

E o ser humano é foco de atenção da Enfermagem, bem como suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, e seu objetivo é a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a recuperação e reabilitação da saúde (VALE; PAGLIUCA, 2011). Esse cuidado é caracterizado como um processo dinâmico e intencional às necessidades humanas, que tem como qualidade a sensibilidade, afetividade, zelo, atenção, solidariedade e compromisso entre o ser cuidador e o ser cuidado (PROGRAD, 2004 apud MOSTARDEIRO; PEDRO, 2011).

É possível tornar o cuidado humano de Enfermagem através do exercício da solidariedade e sensibilização da profissão. O enfermeiro investiga a necessidade e o desejo do indivíduo de ser cuidado, identifica-se como possuidor do conhecimento e habilidades especiais (como saber/fazer), utilizando instrumentos básicos no cuidado, através dos seus sentidos, a fim de ajudar o outro, de promover a interação entre cuidador e ser cuidado (FONTES; ALVIM, 2008).

Crivaro, Almeida e Sousa (2007), enfatizam que o cuidado de enfermagem é pensar nas atividades do dia a dia que abrangem o ser que cuida e o ser que é cuidado, existindo uma interação, por meio da qual, ambos aprendem, sofrem, esperam e acreditam, a partir da compreensão socialmente construída nas relações profissionais, clientes e equipes.

Na gerontologia, a enfermagem está agregada como conhecimento científico de diversas disciplinas acerca do envelhecimento, em cuja composição se insere a prática da enfermagem e a especialidade, fundamentada nos conhecimentos provenientes da Enfermagem Geral, da Geriatria, que é uma disciplina médica, e da Gerontologia, uma área mais abrangente que se vem construindo à luz do conhecimento de várias disciplinas básicas e

aplicadas, o que passa ser chamada de enfermagem gerontogeriatrica (FERNANDES, 2011; GONÇALVES; ALVAREZ, 2006).

A enfermagem gerontogeriatrica é uma especificidade da enfermagem que cuida do idoso em todos os níveis de prevenção, da promoção da saúde até a sua reabilitação. O trabalho desse profissional consiste em cuidados específicos, o que exige um conhecimento adquirido, no uso de criatividade e da capacidade de compreender as relações existentes entre o idoso, sua família e sua comunidade e a sociedade (SANTOS, 2006).

É importante destacar que a enfermagem geriátrica foi denominada nos Estados Unidos e, após alguns anos, passou a se chamar Enfermagem Gerontológica, como justificativa para a mudança, “foi induzida ao argumento da abrangência da nova ciência emergente, a Gerontologia, que visa tratar do ser humano em processo de envelhecimento em sua mais ampla multidimensionalidade”. Com isso, compreende-se que a geriatria já se encontra incluída na Gerontologia como campo de estudo (GONÇALVES; ALVAREZ, 2006 p.1111).

Para Papaléo Netto (1999), a enfermagem gerontológica é conceituada como a área da enfermagem relacionada à valorização biopsíquica, sociocultural e espiritual das necessidades do idoso. Tem sua ênfase na maximização do nível de independência do indivíduo para o desenvolvimento de suas Atividades de Vida Diária (AVDs), em prevenir as doenças e promover, manter e restaurar a saúde e em preservar a dignidade, o conforto e bem-estar do idoso até que chegue a morte. Além de propor e oferecer suporte a sua família e comunidade no entendimento do processo de envelhecimento como parte da etapa da vida, correspondendo à promoção da saúde e da qualidade de vida (CIRILO; AFFONSO; HORTA, 2010).

Os objetivos específicos da Enfermagem Gerontológica, conforme Gonçalves e Alvarez (2006) são:

- Fornecer a assistência integral ao idoso, à família e à comunidade, de maneira que os indivíduos desse atendimento compreendam as alterações decorrentes do processo de envelhecimento saudável e patológico, ao mesmo tempo em que possa facilitar a adaptação desses ao cotidiano;
- Realizar atividades educativas ao idoso e sua família em nível de prevenção primária, secundária e terciária;
- Preservar a autonomia e o autocuidado do idoso, assim como favorecer a participação dos indivíduos na busca do bem-estar e da qualidade de vida.

A atuação do enfermeiro gerontológico implica no comprometimento com o processo de cuidar e com o idoso, para que este desenvolva suas atividades de forma responsável,

competente, buscando a promoção da saúde do idoso, com respeito a esta população e investigando atentamente as suas necessidades e as representações desta ação nos diferentes tempos, nas perspectivas de planejamento, desenvolvimento, tomada de decisão e políticas públicas para esta classe (HAMMERSCHMIDT, 2009).

Segundo Cirilo, Affonso e Horta (2010), o enfermeiro, com o conhecimento sobre o envelhecimento saudável e o patológico, pode desenvolver a educação para a saúde, que é uma das suas atribuições como profissional, oferecendo, através dessa ação, o bem-estar no cuidado da saúde do idoso, contribuindo assim, não só com o atendimento das suas necessidades básicas, como também com a obtenção de sua independência e autonomia.

Além disso, na avaliação de uma pessoa idosa, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento sobre as mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento, o quadro patológico que pode se instalar e a existência de um componente genético-fisiológico que pode dar uma característica própria a cada idoso. Na prática da enfermagem gerontológica a promoção da saúde do idoso supera a valorização do quadro patológico. O cuidar inclui a redução de fatores de risco previsíveis com o intuito de buscar o melhor funcionamento possível da pessoa (CALDAS, 2000).

A Enfermagem como profissão da área da saúde é considerada, tradicionalmente, como importante componente individual de serviços necessários ao atendimento ao idoso sadio ou enfermo, buscando manter autonomia e o apoio no autocuidado, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida (SALDANHA, 2004 apud MEDEIRO; ARAÚJO; BARBOSA, 2009).

Na atenção primária, principalmente na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro atuando na comunidade, junto à família, identifica fatores que podem ocasionar danos à saúde do idoso e utiliza suas intervenções aos indivíduos, a fim de proporcionar o viver e o envelhecer saudável. Assim, o cenário é favorável para a enfermagem gerontológica desenvolver-se como especialidade emergente, construindo e consolidando coletivamente suas ações junto ao usuário idoso e sua família (MEDEIRO; ARAÚJO; BARBOSA, 2009).

A família cuidadora de idosos dependentes é objeto de cuidado dos enfermeiros gerontogerítricos, pois o cuidado promovido pelo cuidador familiar requer um redirecionamento do olhar daqueles que planejam e realizam ações cuidativas em seu favor, no sentido de implementar intervenções que venham diminuir o impacto da condição de dependência do idoso sobre o cuidador (SANTOS, 2010).

Nesse contexto, assistir a família como unidade de cuidado implica em compreender a forma como essa família cuida; e identificar as suas forças, as suas dificuldades e os seus

esforços para partilhar as responsabilidades. Já para uma intervenção eficaz e sistematizada é importante conhecer quem faz parte da família, o relacionamento entre os seus membros e como se organizam. Assim, através dessa avaliação do desenvolvimento permite-se entender o desenvolvimento do ciclo vital de cada família.

É importante que o profissional de saúde vá além do conhecimento específico sobre a geriatria e a gerontologia, e é necessário conhecer todos os aspectos que envolvem a vida do ser que está sob cuidados, para que o atendimento se torne mais completo e, conseqüentemente, mais humanizado, possibilitando o sucesso da intervenção. Assim, a equipe de saúde que lida com pessoas idosas deve voltar o seu olhar não somente para a prestação de serviço, mas também para o atendimento dos familiares que assumem a responsabilidade pelos cuidados. Esses familiares merecem atenção especial nesse contexto, por vivenciarem dificuldades no cotidiano do cuidado que podem afetar sua saúde física e psicológica, e por serem os responsáveis pela continuidade do tratamento prestado aos idosos, quando estes se encontram em seus domicílios.

A enfermagem é elemento indispensável na ESF e deve estar próxima às necessidades de saúde dos idosos em condição de dependência, bem como estar mais próxima dos cuidadores, no sentido de orientá-los e acompanhar o cuidado, a fim de propor ações que visem ao suporte assistencial de forma ampliada, ou seja, aos idosos cadastrados em sua área de abrangência (FLORIANO et al., 2012).

Uma das atribuições do papel da enfermagem é a possibilidade do desenvolvimento de mecanismo de encorajamento ao cuidador familiar a não se desmotivar para o cuidado ao seu ente querido, que está na condição de dependência. Portanto, o enfermeiro e sua equipe devem oferecer aos cuidadores familiares um suporte adequado, como apoio e escuta, intervindo, estimulando e desenvolvendo ações para tornar o cuidado menos pesado, sofrido e desgastante (ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009).

Os familiares cuidadores que cuidam de seus parentes dependentes necessitam de atenção, orientação e esclarecimento sobre o cuidado, e o profissional mais habilitado é o enfermeiro, que precisa prepará-los para exercer as ações de cuidados integrais ao idoso dependente (SILVA et al., 2012).

Souza, Wegner e Gorini (2007) destacam que a família deve ser uma unidade a ser cuidada, pois os cuidadores sobrecarregados nos cuidados aos idosos dependentes vivenciam diariamente o stress, o cansaço, têm sua saúde e a qualidade de vida ameaçada pela responsabilidade de cuidar e podem desenvolver, em muitas situações, sentimentos de impotência, preocupação e irritabilidade.

Um estudo desenvolvido por Vieira et al. (2012) enfatiza que a família transfere a responsabilidade de cuidar para uma única pessoa, que não conta com ajuda de outra pessoa, obrigando o cuidador a mudar a sua vida em função do cuidado ao idoso, além de conciliar suas necessidades com a do outro e, ainda, por não saber lidar com certas situações de convivências e nunca ter tempo para o descanso e o lazer, passando a viver diariamente a sobrecarga física e emocional na tarefa de cuidar do ente querido dependente.

Acrescenta-se, ainda, ao enunciado acima, que os cuidados prestados sem o mínimo de capacitação e orientação de um enfermeiro podem gerar mais dúvidas ao cuidador, o que se soma às demais dificuldades para a prática diária com o idoso dependente, podendo, com isso, muitas vezes, gerar agravos à saúde do ser que está cuidando devido às práticas errôneas (SILVA et al., 2012).

Cuidar de quem cuida passa ser um problema vivenciado na família e também pelo profissional que assiste o idoso. Fazendo-se necessário, sempre que possível, a capacitação de mais de um membro da família na prestação dos cuidados ao idoso incapacitados por um profissional da área da saúde, para diminuir o desgaste físico e emocional (SOUZA; CALDA, 2008).

Assim, o cuidador familiar e seus familiares que cuidam de um idoso com incapacidade na Atividade da Vida Diária-AVD deve receber continuamente uma capacitação para que favoreça o desenvolvimento de suas capacidades frente ao cuidado ao idoso.



## CAPÍTULO 6 - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quanti-qualitativa. O estudo descritivo acontece quando o pesquisador busca compreender os diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno ou população (CANZONIERI, 2010). Já o estudo transversal é um tipo de pesquisa que envolve a coleta de informações de qualquer amostra de elementos da população somente uma vez (MALHOTRA, 2006).

Optou-se pela abordagem quanti-qualitativa por compreendermos que analisando os dados como um todo, teremos uma maior visão acerca da temática, uma vez que se complementam e ainda podem contribuir para uma melhor compreensão dos fenômenos estudados. Essa combinação de dois métodos é chamada de termo de triangulação, que pretende assim estabelecer ligações entre descobertas obtidas por diferentes fontes, ilustrá-las e torná-las compreensíveis (MINAYO, 2010).

A abordagem quantitativa é a ciência baseada na medida (normalmente numérica) de poucas variáveis objetivas na ênfase em comparação de resultados e no uso de técnicas estatísticas (CANZONIERI, 2010), e a abordagem qualitativa é ciência que trabalha com o universo dos significados, crenças, representações, atitudes, opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

Para Baumgarten (2008), a pesquisa qualitativa é uma ciência que visa à construção da realidade, que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com um universo de crenças, valores, significados e outros construtores profundos das relações que não podem ser reduzidas à operacionalização de variáveis. Busca a compreensão do problema da maneira que os sujeitos a vivenciaram, possibilitando assim a identificação dos fatos em real essência.

As principais características dos métodos qualitativos são o aprofundamento do pesquisador no contexto e a perspectiva interpretativa de condução de pesquisa, onde o pesquisador é um interpretador da realidade (GUNTHER, 2006). Nesse tipo de pesquisa, é possível observar a participação na obtenção de informações sobre um fenômeno, em referência à sua origem e modo de ser, o que torna capaz de unir significado e interação.

O pesquisador que utiliza a pesquisa qualitativa no estudo com seres humanos terá condições de melhor compreendê-los assim como são, como pensam e como sentem, o que

constitui, por si só, uma base mais concreta para a adequação da pesquisa (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

A pesquisa qualitativa é frequentemente utilizada na Enfermagem, porque permite ao enfermeiro pesquisador aprofundar o conhecimento no contexto em que o fenômeno ocorre (BRONDANI, 2008).

## 6.2 Local do estudo

O local do estudo selecionado foi o município de Coari, pertencente à região do Médio Solimões, do Estado do Amazonas, situado na Região Norte do Brasil. A localidade tem uma população de 75.965 habitantes, dividida em área urbana e área rural. Do total da população, 3.997 habitantes são idosos – 2.116 do sexo masculino e 1.881 do sexo feminino. O município está localizado às margens do Rio Solimões, entre o Lago do Mamiá e o Lago de Coari, e ainda limita-se com os municípios de Anori, Tapauá, Tefé, Marã e Codajás, com acesso basicamente por via fluvial e aérea (IBGE, 2010).

**Figura 1** - Cidade de Coari do Estado do Amazonas, Coari-AM, 2013



**Fonte:** City Brasil, 2013.

A cidade é conhecida pela produção de banana, sendo de grande expressão no município, perfazendo em torno de dois terços da renda de produtos da agricultura. A importância do fruto era confirmada pela Festa da Banana, que acontecia anualmente na cidade, e que atualmente foi substituída pela Festa do Gás. O principal produto sazonal cultivado é a mandioca, que, junto ao peixe, apresenta-se como um dos mais importantes

alimentos básicos na Amazônia. O município de Coari exporta produtos agrícolas como: cacau, pimentas-doce e murupi, abacaxi, guaraná, cupuaçu, melancia, pupunha e castanha (SOLER, 2009). Nos dias atuais, o município se destaca pela exploração e produção do petróleo e gás natural pela empresa Petrobras, em uma região chamada Urucu.

Coari fica 363 quilômetros distante de Manaus em linha reta e para se realizar o trajeto, gasta-se em média, 27 horas por meio de transporte fluvial e 50 minutos, por meio de transporte aéreo. O acesso ao município só acontece por esses dois meios de transporte. Na chegada à cidade por via fluvial é possível visualizar um porto flutuante com estrutura metálica destinada ao embarque e desembarque de passageiros e mercadorias que abastecem os mercados da cidade.

O município é a quarta cidade mais rica do Norte brasileiro, superado apenas por Manaus, Belém e Porto Velho. O nome Coari traz uma herança e memória da força dos índios Catuxy, Jurimauas, Passés, Irijus, Jumas, Purus, Solimões, Uaiupis, Uamanis e Uaupés.

A história da criação do município fala que, em 1759, a então Aldeia de Coari foi elevada a lugar, recebendo o nome de Alvelos, de origem portuguesa. Em 2 de dezembro de 1874 foi elevada à vila, e foi chamada de Vila de Coari. Em agosto de 1932, a Vila de Coari foi elevada à categoria de cidade (IBGE, 2010).

Em relação aos serviços de saúde, o município dispõe de 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) compondo a atenção básica, porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), das quais foram selecionadas para a pesquisa: UBS Henrique Octávio Pool; UBS Chico Enfermeiro-Francisco Pereira Batista; UBS Manoel Carlito dos Santos; UBS Dra. Leny Passos Ramosy; UBS Alvéolos Dantas; UBS Maria Fernandes; UBS Eliana Nunes Feijó; UBS Enedino Monteiro; UBS Dr. Genival M. Guerra; UBS Luiz Carlos de Herval e UBS Santa Helena.

O referido município tem 100% de cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF), possuindo onze equipes. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de seis a dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nessas unidades, são desenvolvidos programas de Saúde, como o Programa de Saúde da Mulher, Saúde da Gestante, Saúde da Criança e Hiperdia.

O município conta apenas com um hospital, sendo este um polo que atende à população dos municípios de Codajás, Anori e Tefé.

### 6.3 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo são os cuidadores familiares de idosos em situação de dependência que são cadastrados nas 11 Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Coari (AM). No mês de fevereiro de 2012, o pesquisador viajou para o município de Coari, permanecendo por cinco dias na cidade. Durante a permanência na cidade foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde, por meio do secretário de Saúde do município, para solicitar autorização para reunir-se com os profissionais de saúde das 11 UBSs. Nas reuniões com os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde foi informado que o número total de idosos em situação de dependência atendidos pela Estratégia Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde corresponde a 143 pessoas, distribuídas na tabela 1, a seguir:

**Tabela 1** – Distribuição de frequência e porcentagem dos idosos dependentes por UBSs, Coari-AM, 2012.

N.º UBS	Número de idosos dependentes acompanhados	%
01	26	18
02	6	4
03	22	15
04	10	7
05	08	6
06	13	9
07	08	6
08	12	8
09	12	8
10	11	8
11	15	10
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

Os elementos necessários para a obtenção da amostra e fórmulas utilizadas são apresentados a seguir através da fórmula, bem como seus respectivos resultados:

1. A média ( $\bar{x}$ ) e o desvio padrão ( $\sigma$ ) foram extraídos segundo os dados da Tabela 1.

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i \rightarrow \bar{x} = 13 \text{ e } \sigma^2 = \frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 \rightarrow \sigma^2 = 2,6 \text{ então } \sigma = 1,6$$

2. Amostra piloto ( $n_0$ ) obteve resultado de 157,35, com erro ( $e$ ) igual 0,05% também a partir dos dados fornecidos na tabela 1. .

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot \sigma^2}{e^2} \rightarrow n_0 = 157,35$$

3. Tamanho da amostra ( $n$ )

$$n = \frac{n_0}{\frac{1+n_0-1}{N}} \longrightarrow n = 76$$

Assim, obteve-se o número amostral com o qual se trabalhou neste estudo, 53% dessa população de 143 idosos dependentes que são cuidados pelos seus familiares, correspondendo a 76 cuidadores. Nesse sentido, foram realizados cálculos de amostra para população finita, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 0,05%.

Por se tratar de amostragem por conglomerado por área, a escolha do indivíduo em cada UBS (Tabela 2) foi feita por sorteio, com recurso de ferramentas do programa Microsoft Excel 7.

**Tabela 2** – Distribuição de frequência de Tamanho Amostral por Unidade Básica de Saúde do município de Coari-AM, 2012.

UBS/Coari	Tamanho Amostral
01-UBS Herinque Octávio Pool	14
02-UBS Francisco Pereira Batista	3
03- UBS Manoel Carlito dos Santos	13
04-UBS Dr <sup>a</sup> . Leny Passos Ramosy	5
05-UBS Alveolos Dantas	4
06- UBS Maria Fernandes	7
07-UBS Eliana Nunes Feijó	4
08-UBS Enedino Monteiro	6
09-UBS Dr. Genival M. Guerra	6
10-UBS Luiz Carlos de Herval	6
11-UBS Santa Helena	8
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

Para atender a abordagem qualitativa deste estudo, optou-se por trabalhar com 11 cuidadores familiares, um de cada UBS, porque se entende que esse número de sujeitos alcançou os objetivos baseados nesse tipo de estudo.

#### 6.4 Procedimentos para coleta de dados

O procedimento de coleta de dados ocorreu durante os meses de setembro e outubro de 2012, da seguinte forma:

a. Ao chegar à cidade do município de Coari do Estado do Amazonas, obedecendo ao cronograma para coleta de dados, dirigiu-se às 11 Unidades Básicas de Saúde do referido município, para identificar-se como pesquisador e informar aos profissionais de saúde sobre o estudo em questão, bem como apresentar a carta de anuência que autorizava a

coleta de dados assinado pelo Secretário de Saúde do Município e a aprovação pelo comitê de ética e pesquisa da UFAM, além de solicitar permissão dos enfermeiros responsáveis pelas unidades básicas de saúde para se reunir com os agentes comunitários de saúde.

b. Após esse contato inicial, foram realizadas reuniões com os agentes comunitários de saúde, com intuito de confirmar as informações já coletadas, no mês de fevereiro no ano de 2012, sobre idosos dependentes e seus cuidadores familiares que são atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) das Unidades Básicas de Saúde que acompanhavam a área de abrangência da UBS.

c. Com os dados obtidos através dos agentes comunitários de saúde, fez-se uma planilha no programa de Microsoft Excel, enumerando-se os idosos dependentes e seus cuidadores familiares por cada Unidade Básica de Saúde, para que pudesse posteriormente fazer um sorteio utilizando como recurso, a ferramentas do programa Microsoft Excel 7 chamada de Sistema de sorteio de planilha 1.0<sup>2</sup>. Após realizar o sorteio aleatório para a coleta de dados quantitativos do estudo, passou-se à realização da aplicação do instrumento de obtenção dos dados da pesquisa.

d. De posse dos dados do programa sistema de sorteio de planilha 1.0, impresso por amostra de cada sujeito do estudo nas UBSs, deu-se início à coleta de dados pelo pesquisador e, para a obtenção dos endereços dos cuidadores familiares, obteve-se a colaboração dos ACSs de cada UBSs do município, que faziam acompanhamento das famílias nas suas respectivas microáreas.

#### 6.4.1. Ensaio preliminar e teste piloto

No primeiro momento, foram feitos ensaios preliminares com os 10 (dez) cuidadores familiares de idosos dependentes propostos na pesquisa e que não faziam parte do estudo, a fim de testar e reajustar de modo a atender os objetivos propostos na pesquisa. O instrumento foi aplicado e não se obteve dificuldades por parte dos cuidadores familiares em responder as questões indagadas pelo pesquisador, e, além disso, foi questionado ao cuidador se tinha alguma sugestão para o formulário, e as respostas obtidas foram negativas. Os ensaios preliminares tiveram duração mínima de 15 minutos e no máximo 25 minutos. Para a

---

<sup>2</sup> Este recurso utiliza o programa do Excel, por meio do qual o usuário tem a opção de faixa de números que compõem o sorteio (número inicial e final) e a quantidade de resultados a apresentar. O programa tem 3 botões: reset, realiza sorteio e imprime resultados. Com reset, limpa-se o registro do último sorteio realizado, em seguida, realiza-se sorteio aleatoriamente conforme os parâmetros fornecidos e imprime-se a tela dos resultados.

aplicação dos ensaios preliminares aos cuidadores familiares, foi explicado que a sua participação era voluntária, deixando-os à vontade para participar ou não do teste, bem como o objetivo do estudo em questão, esclarecendo, ainda, que os dados coletados não seriam utilizados para a pesquisa em questão.

Após realizar o ensaio preliminar do formulário, escolheu-se um cuidador familiar que participou do ensaio preliminar para realizar o teste-piloto da entrevista semiestruturada, deixando bem explícito que sua participação era voluntária e que ficasse à vontade para participar ou não do teste. Foi agendado o dia e a hora de melhor conveniência para o mesmo. Depois da aplicação da entrevista semiestruturada foi verificada a sua adequação, bem como feitas alguns ajustes necessários, para assegurar que possa alcançar os objetivos proposto neste estudo.

Para a realização do ensaio preliminar e do teste-piloto, foram escolhidos os cuidadores familiares de idosos dependentes que eram acompanhados pela USB-Chico Enfermeiro, porque o número de cadastrado de idosos dependentes e seus cuidadores era maior, a partir dos dados obtidos pelos ACS e Enfermeiros na visita inicial do pesquisador.

#### 6.4.2. Aplicação da coleta de dados

Foi aplicado o ensaio preliminar para avaliar o formulário e o teste piloto referente às perguntas relativas às entrevistas. Após essa etapa, iniciou-se a coleta de dados junto aos sujeitos do estudo. Na aplicação do formulário e do índice de Katz<sup>3</sup>, contou-se com a colaboração voluntária de três acadêmicas do Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, dos cursos de Enfermagem e Biotecnologia. As acadêmicas foram treinadas quanto à aplicação do formulário e do índice de Katz, mediante a apresentação da pesquisa, o seu objetivo, a metodologia e o público-alvo, bem como inclusão da maneira de aplicação dos referidos instrumentos de coleta de dados.

O treinamento consistiu no acompanhamento do pesquisador na aplicação do formulário e do índice de Katz numa UBS<sup>4</sup> escolhida pelo mesmo para iniciar a coleta de dados. Tiveram, assim, oportunidade de perguntar e esclarecer as suas dúvidas quanto aos instrumentos. Assim, foi oportunizada a aplicação do formulário e do índice de Katz aos

---

<sup>3</sup> foi criado por Sidney Katz, em 1963, com intuito de avaliar a capacidade funcional através das seis atividades da vida diária.

<sup>4</sup> Unidade Básica de Saúde- Dr. Chico Enfermeiro

cuidadores familiares com a presença do pesquisador. Após esse treinamento com as acadêmicas, observou-se segurança das acadêmicas para colaboração na pesquisa através da aplicação do instrumento.

Ressalta-se que as visitas realizadas pelas acadêmicas e o pesquisador tiveram a participação e o acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), com intuito de identificar os cuidadores familiares de idosos dependentes na área de abrangência da UBSs e apresentar o pesquisador do estudo.

Para a coleta de dados nas UBSs, foi feito pelo pesquisador um cronograma, o qual numerava a ordem de coleta de dados por amostra por cada UBSs do município de Coari-AM, totalizando 11 UBSs.

O cuidador familiar recebeu o pesquisador em sua residência junto com o Agente Comunitário de Saúde, onde foram feitas as apresentações individuais, bem como feito o convite para participar da pesquisa, sendo que nessa visita foi informado quanto ao estudo a ser realizado. Após o cuidador aceitar participar do estudo, era marcando um novo encontro, com hora, data e local. No segundo contato com o cuidador, antes da aplicação do formulário, novamente houve a explicação acerca da pesquisa e, depois de confirmado a sua aceitação na pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE C).

No período da manhã o pesquisador realizava as aplicações dos formulários e dos índices de Katz aos cuidadores que obedeciam aos critérios de inclusão do estudo, bem como a sua autorização em participar do estudo.

O pesquisador, após aplicação do formulário, identificava o cuidador familiar que melhor expressasse as suas experiências com o ente querido dependente, e aproveitava para convidá-lo para participar da entrevista, agendando um novo encontro, com dia e hora marcada. As entrevistas aos participantes do estudo eram realizadas no fim de tarde, à noite ou em finais de semana na residência dessas pessoas, por entender que nesse local os cuidadores se sentiriam mais à vontade para falar sobre as suas vivências com o familiar na condição de dependência.

A escolha pelo horário de fim de tarde e noite e aos finais de semana pelo cuidador familiar participante da pesquisa por meio de entrevista deu-se por este encontrar, no domicílio, outro parente que assumisse o cuidado ao idoso dependente nesses momentos, enquanto estava participando da entrevista.

Os cuidadores que aceitaram participar da entrevista foram esclarecidos novamente quanto à pesquisa e seus objetivos, também foi solicitada autorização para participar do



estudo e a utilização do gravador. Em relação ao uso do gravador aos cuidadores familiares ficaram a vontade e despreocupado. Cada entrevista durou em média 4 horas, em todos os casos aconteceram em um único momento.

Os participantes do estudo foram esclarecidos quanto à pesquisa e seus objetivos, também lhes foi solicitada autorização para participar do estudo e a utilização do gravador na entrevista. Logo após explicação, a permissão foi concedida, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), em duas vias, uma que ficou com o pesquisador e outra que foi entregue ao cuidador familiar. Foram seguidos todos os procedimentos éticos de pesquisa com seres humanos.

Essas estratégias atenderam a Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que “[...] prevê procedimento que assegure a confiabilidade e a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização, garantindo a não utilização de informações em prejuízo da pessoa e/ou comunidade, inclusive os termos de autoestima.” (BRASIL, 1996).

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética e pesquisa da UFAM sob o CAAE n.º 06626412.0.0000.5020 (ANEXO B).

## **6.5 Critério de inclusão no estudo**

Os cuidadores que fizeram parte deste estudo atenderam os seguintes critérios de inclusão: ser o cuidador principal; estar cuidando do idoso há pelos menos seis meses; ter a idade igual ou maior que 18 anos e residir na mesma casa que o idoso.

## **6.6 Instrumentos de coleta de dados**

Os dados desta pesquisa foram coletados através de três instrumentos, a saber:

### **6.6.1. Formulário**

O formulário foi construído especificamente para este estudo e aplicado ao cuidador familiar de idoso dependente (APÊNDICE A), com questões que atendem as variáveis sociodemográficas, ocupacionais, socioeconômicas e a relação do cuidado ao idoso, além disso, as variáveis sociodemográficas e as condições de saúde do idoso, visando atender os objetivos do estudo: levantar o perfil dos cuidadores familiares e dos idosos sob cuidados e investigar a atuação dos cuidadores familiares de idosos dependentes.

### 6.6.2. Índice de Katz

Neste estudo, buscou-se avaliar a funcionalidade dos idosos nas Atividades Básicas de Vida Diária, utilizando-se para isso o Índice de Katz (ANEXO A), que consiste em seis atividades da vida diária: banho; vestir-se, uso do banheiro, mobilidade, controle de esfíncteres e alimentação. Essa escala ou índice classifica o idoso quanto à independência, se o indivíduo desenvolve a atividade (qualquer das seis propostas) sem supervisão, orientação ou qualquer tipo de auxílio direto, e o idoso é classificado como independente, dependente parcial ou total. É um instrumento de grande utilidade, principalmente para o enfermeiro, porque descreve o nível funcional do cliente num ponto específico de tempo, e sua aplicação requer apenas 5 minutos (LUECKENOTTE, 2002).

Este instrumento tem sido considerado por alguns autores como a escala mais adequada para avaliar a capacidade funcional, além disso, sua praticidade de sua aplicação e sua confiabilidade (ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

### 6.6.3. Roteiro de Entrevista

O roteiro de entrevista foi aplicado aos cuidadores familiares de idosos dependentes do município de Coari (APÊNDICE B) sob forma de entrevista semiestruturada. O pesquisador elaborou esse instrumento especificamente para este estudo.

A entrevista semiestruturada, conforme Belie et al. (2008), é um guia de questões, o qual permite uma ampliação dos questionamentos à medida que as informações vão sendo fornecidas pelo entrevistado e, além disso, visa atender os objetivos de compreender a configuração da rede familiar e social frente ao cuidado do idoso dependente; levantar as dificuldades vivenciadas pelo cuidador e os seus recursos de superação; investigar as repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar e levantar as necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes.

É um meio básico de coleta de dados na pesquisa qualitativa, pelo qual as informações obtidas são fundamentadas no discurso dos entrevistados. No enfoque qualitativo, a entrevista semiestruturada é um dos tipos mais utilizados, partindo de certos questionamentos básicos contidos em um instrumento apoiado em teorias e hipóteses que possibilitam interrogativas advindas de outros pressupostos, as quais vão surgindo à medida que o pesquisado é entrevistado (MATHEUS; FUSTINONI, 2006). Importando registrar que as entrevistas com

os cuidadores familiares foram gravadas através do gravador de áudio, posteriormente, transcritas na íntegra com boa qualidade e mantendo a forma de expressão de cada cuidador.

## 6.7 Análise dos dados

Os dados coletados, através do formulário e do índice de Katz, neste estudo foram compilados com o auxílio do programa Microsoft Excel 2007 e permitiram a construção das tabelas e gráficos de frequência com as variáveis do estudo, utilizando-se a estatística descritiva. Já os dados coletados, através do roteiro de entrevista, sofreram uma análise qualitativa. Análise que seguiu a definição de Matheus e Fustinoni (2006), que diz ser esta um procedimento discursivo e significativo de reformulação de explicação ou de teorização de um testemunho de uma experiência ou de um fenômeno.

A técnica de análise qualitativa dos dados seguiu os passos sugeridos por análise temática trabalhada por Minayo (2010, p. 316), que afirma que “a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” e abrange operacionalmente as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

- A pré-análise: é a primeira etapa que corresponde à organização do material. Foram escolhidos os documentos a serem analisados, formulando hipóteses ou questões norteadoras, elaborados indicadores que fundamentem a interpretação final. Nessa etapa da pesquisa, as entrevistas gravadas foram transcritas de forma a constituir o corpus do texto a ser trabalhado, os dados em seu estado bruto, e após as transcrições feita a leitura flutuante. Fazem parte dessa etapa:
  - a. Leitura flutuante é o momento que requer que o pesquisador tome contato direto e intenso com material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo.
  - b. Constituição do corpus: organização do material respondendo às normas de validade: exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência.
  - c. Formulação de Hipóteses e Objetivos: consiste na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material das indagações iniciais.

Ainda nessa etapa, transcreveram-se as falas gravadas dos participantes do estudo de forma a constituir o corpus do texto a ser trabalhados, os dados em seu estado bruto. Após isso, foi feito o primeiro contato com as entrevistas, chamada de leitura flutuante, dando maior atenção a tudo o que se leu, depois foram escolhidos os recortes do corpus do texto. Sequencialmente determinou-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais.

- A exploração do material dos dados: a segunda etapa, que compreendeu uma operação classificatória que visava alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, o pesquisador buscou encontrar categorias que são expressões ou palavras significantes em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A codificação consiste na transformação dos dados brutos em núcleo de compreensão do texto, e pode ser por três escolhas, o recorte (escolha da unidade), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação e agregação (escolha das categorias). Para esse estudo segue a escolha para classificação e agregação, a fim de criar categorias.

Nesse estudo realizaram-se várias vezes a leitura das entrevistas, a fim de explorar o material das expressões com sentidos semelhantes, e, através do índice recortados do corpus do texto, identificou-se as unidades de registros.

Após essa identificação das unidades de registros, elencaram-se as categorias que emergiram dos dados, cuja categorização é um processo de redução do texto as palavras e expressões significativas (MINAYO, 2010).

- O tratamento dos resultados obtidos e interpretação: terceira etapa, consistiu em realização das interpretações dos achados (depoimentos), a partir do referencial teórico que deu suporte a esta pesquisa. As interpretações que levam às inferências são sempre no sentido de buscar o que se esconde sob aparente realidade o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, e querem dizer, em profundidade, certas afirmações aparentemente superficiais. Em outras palavras, corresponde ao tratamento dos dados brutos de maneira a serem significativos.

A partir desses passos, passou-se a destacar os objetivos propostos no estudo e seguir todas as etapas da análise temática. Os cuidadores familiares que participaram da entrevista receberam uma pseudo-identificação, ou seja, passaram a ser identificados com nomes de pedras preciosas.

## 6.8 Dificuldades na realização da pesquisa

No período de coleta de dados, o pesquisador teve dificuldades em obter informações sobre os familiares cuidadores de idosos dependentes que eram acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde em cada bairro do município de Coari, porque a cidade estava muito agitada devido ao período eleitoral e muitos profissionais de saúde estavam envolvidos na campanha. Com isso, o pesquisador precisou interromper a coleta de informações nas UBSs e, além disso, alguns setores não estavam em funcionamento, como a Secretaria de Saúde do município.

As dificuldades na realização do trabalho de campo apareceram no processo da coleta de dados, principalmente pelas entrevistas com os sujeitos da pesquisa, que chegaram a durar mais de quatro horas (como aconteceu em quatro domicílios). Além disso, houve demora também na aplicação do formulário e o índice de Katz aos cuidadores familiares, que ultrapassavam mais de 30 minutos para responder as questões dos instrumentos. Uma vez testado, o tempo máximo para responder com calma e clareza todas as questões era de 25 minutos.

Outra dificuldade enfrentada durante a coleta de dados foi os cuidadores familiares, que ficavam emocionados, demonstravam sua angústia pelos relatos, problemas familiares que estavam vivenciando, dificuldades nos cuidados e o medo de perder o ente querido. Sem poder interferir durante a coleta de dados, o pesquisador ficava em silêncio. Ao término da entrevista ou aplicação dos instrumentos, o pesquisador dava alguma palavra de conforto, a fim de amenizar a situação vivenciada pelo cuidador familiar.

Tal acontecimento é rico em significados no contexto familiar. Entretanto, vale ressaltar o quanto evidenciam as demandas pela formulação de políticas públicas voltadas ao cuidador familiar e ao idoso dependente.

Algumas das entrevistas agendadas foram canceladas; quando o pesquisador foi ao domicílio do cuidador familiar, os próprios familiares justificavam que não tinham interesse em participar da pesquisa. Sendo outro motivo, o fato de haver receio e medo de que a pesquisa tivesse alguma participação ou envolvimento com a Prefeitura Municipal de Coari; mesmo que o pesquisador informasse a esses familiares que a pesquisa não tinha participação ou envolvimento direto com esse órgão público.

Outro fato que merece destaque foi o não conhecimento por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), recém-contratados, de todos os familiares, que deveriam ser assistidos pelos mesmos, também o perigo na locomoção até locais de difícil acesso, como

invasões. Nesses locais, as entrevistas eram realizadas à noite, pois, muitas vezes, este era o único horário que o cuidador familiar disponibilizava para participar da pesquisa.

### **6.9 Apresentação dos resultados**

Os resultados deste estudo estão divididos em 7 temas (QUADRO I), segue-se apresentação baseado em dois eixos de análise complementares: análise quantitativa e qualitativa. Os temas 1 e 2 apresentam os resultados dos dados quantitativos e enquanto os temas 3 até 7 demonstram os dados qualitativos.

**Quadro 1-** demonstração dos temas dos resultados do estudo

<p>Tema 1</p> <p><b><u>PERFIL DOS CUIDADORES FAMILIARES</u></b></p> <p>Idade, Sexo, Estado civil, Escolaridade, Religião, Situação ocupacional, Renda familiar</p> <p>Grau de Parentesco com o idoso</p> <p>Tempo de cuidado e horas dedicadas</p> <p>Atividades desenvolvidas pelo cuidado</p> <p>Dificuldades vivenciadas</p>
<p>Tema 2</p> <p><b><u>PERFIL DOS IDOSOS SOB CUIDADOS</u></b></p> <p>Idade, Sexo, Estado civil, Escolaridade</p> <p>Fatores causadores da dependência</p> <p>Grau de dependência dos idosos nas Atividades da Vida Diária</p>
<p>Tema 3</p> <p><b><u>CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES ENTREVISTADOS</u></b></p>
<p>Tema 4</p> <p><b><u>CONFIGURAÇÃO DA REDE FAMILIAR FRENTE AO CUIDADO DO IDOSO DEPENDENTE</u></b></p> <p>Estrutura da rede familiar</p> <p>Relação familiar com o idoso</p> <p>Relação familiar com o cuidador</p> <p>Rede familiar: fonte de apoio</p>
<p>Tema 5</p> <p><b><u>CONFIGURAÇÃO DA REDE SOCIAL FRENTE AO CUIDADO DO IDOSO DEPENDENTE</u></b></p>
<p>Tema 6</p> <p><b><u>RECURSOS DE SUPERAÇÃO DAS DIFICULDADES NO COTIDIANO DO CUIDADO</u></b></p>
<p>Tema 7</p> <p><b><u>REPERCUSSÕES NA VIDA DO CUIDADOR</u></b></p>
<p>Tema 8</p> <p><b><u>NECESSIDADES EDUCACIONAIS FRENTE AO CUIDADO FAMILIAR DE IDOSOS DEPENDENTES</u></b></p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

## CAPÍTULO 7 – RESULTADOS

### 7.1 Perfil dos cuidadores familiares

**Tabela 3** - Distribuição de frequência e porcentagem de cuidadores familiares, segundo as variáveis demográficas, socioeconômicos e sociodemográficos. Coari-AM, 2012.

Variáveis	n (%)
<b>Faixa etária</b>	
18- 24	5 (6,6)
25- 31	7 (9,2)
32- 38	9 (11,8)
39- 45	12 (15,8)
46- 52	9 (11,8)
53- 59	19 (25,0)
60- 66	4 (5,3)
> 67	11 (14,5)
<b>Sexo</b>	
Feminino	66 (86,9)
Masculino	10 (13,1)
<b>Situação conjugal</b>	
Solteiro (a)	32 (42,1)
Casado (a)	29 (38,2)
Divorciado (a)	4 (5,3)
Viúvo (a)	2 (2,6)
União consensual	9 (11,8)
<b>Escolaridade</b>	
Ensino Fund. Incompleto	40 (52,6)
Ensino Fund. Completo	11 (14,5)
Ensino Med. Completo	2 (2,6)
Ensino Med. Incompleto	17 (22,4)
Ensino Sup. Incompleto	2 (2,6)
Ensino Sup. Completo	4 (5,3)
<b>Religião</b>	
Católico (a)	50 (65,8)
Evangélico (a)	25 (32,9)
Espírita	1 (1,3)
<b>Situação ocupacional</b>	
Doméstica	37 (48,7)
Aposentado (a)	12 (15,8)
Estudantes	4 (5,3)
Outros	23 (30,2)
<b>Renda Familiar</b>	
1 salário mínimo	25 (32,9)
2 salários mínimos	22 (28,9)
3 salários mínimos	18 (23,7)
4 salários mínimos	7 (9,2)
5 salários mínimos	4 (5,3)

**Fonte:** Elaborado pelo autor.



As características demográficas, socioeconômicas e ocupacionais dos cuidadores familiares são observadas na Tabela 3.

A faixa etária dos cuidadores familiares foi organizada em oito classes. Merecem destaque cinco classes predominantes: de 53 a 59 anos (25%); de 39 a 46 anos (15,8%); acima de 67 anos (14,5%); de 32 a 39 anos (11,8%) e 46 a 52 anos (11,8%). Verificou-se ainda que em relação ao sexo, a predominância é feminina (86,8%).

Quanto ao estado civil, 32 (42,1%) cuidadores eram solteiros, 29 (38,2%) casados, 4 (5,3%) divorciados, 2 (2,6%) viúvos e 9 (11,8%) estavam em união consensual. Correlacionando as variáveis de estado civil com o sexo, observa-se no estudo, que a maioria das mulheres cuidadoras eram casadas (39,4%), em seguida eram solteiras (37,9%), e uma concentração bem menor de: viúvas (3,0%), divorciadas (6,1%) e união estável 13,6%. Os homens cuidadores eram uma população representada por 70% solteiros e 30% casados (Tabela 3).

O nível de escolaridade dos participantes deste estudo é predominantemente baixo. 40 (52,6%) dos cuidadores familiares referiram ter apenas o ensino fundamental incompleto, 17 (22,3%) o ensino médio completo, 11 (14,5%) o ensino fundamental completo, 4 (5,3%) o ensino superior completo, 2 (2,6%) o ensino médio incompleto e 2 (2,6%) o ensino superior incompleto.

Quanto à religião dos cuidadores familiares, 50 (65,8%) eram católicos, 25 (32,9%) evangélicos e apenas 1 (1,3%) cuidador referiu seguir a religião espírita.

A situação ocupacional dos cuidadores era predominantemente atividades não remuneradas, representada por 37 (48,7%) domésticas e 4 (5,3%) estudantes. Dos que possuíam renda, esta era advinda da aposentadoria (15,8%) e de ocupações profissionais (31,6%) como: agricultores (4), funcionários públicos municipais (5), professores (3), autônomos (5), vigilante (1), comerciantes (2), serviço geral (1) e assistente administrativo (2). É importante ressaltar, que a renda familiar desses cuidadores variou de 1 a 3 salários mínimos (85,5%), possuindo uma renda per capita que varia de 622,00 a 1.866,00 reais<sup>5</sup>.

Outro fato que merece registro, embora não seja objeto de análise estatística, diz respeito à procedência desses cuidadores: 76,3% são da cidade de Coari, Amazonas; 21,1% vieram de diversos municípios desse mesmo Estado; e apenas 2,6% informaram que vieram de outros estados. Do universo de 76,3% cuidadores de Coari, 67,1% eram mulheres e 11,8% homens.

---

<sup>5</sup> O salário vigente no ano de 2012 era de R\$ 622,00.

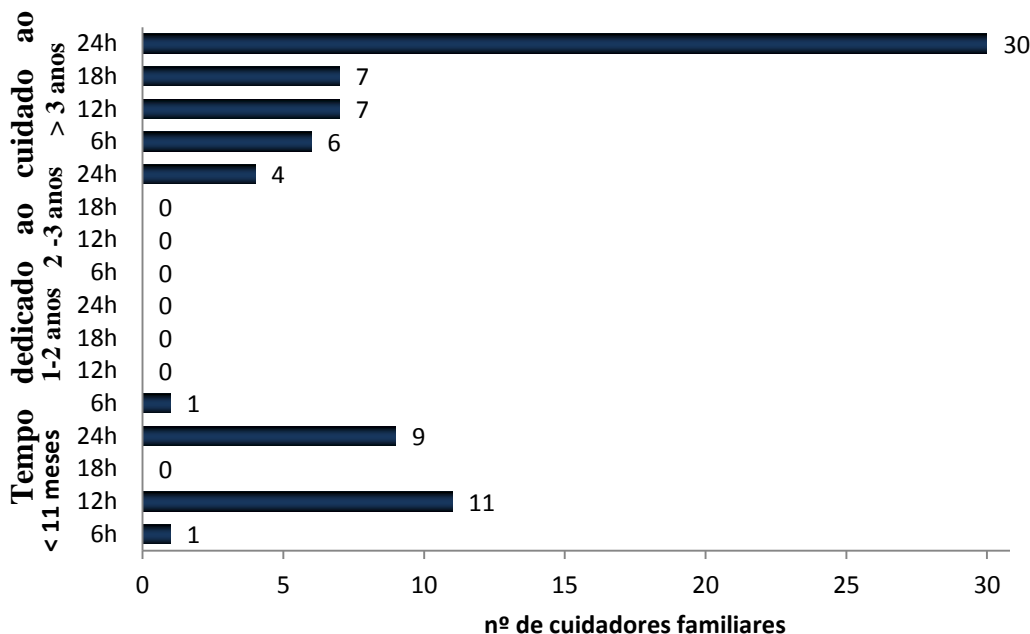
**Tabela 4.** Distribuição de frequência e porcentagem do cuidador familiar segundo o grau de parentesco com o idoso. Coari-AM, 2012.

Grau de parentesco	Feminino	Masculino	Total n (%)
	n (%)	n (%)	
Filho (a)	34 (44,7)	8 (10,5)	42 (55,2)
Esposo (a)	12 (15,8)	1 (1,3)	13 (17,1)
Nora	8 (10,5)	-	8 (10,5)
Neto (a)	7 (9,2)	1 (1,3)	8 (10,5)
Irmã (o)	4 (5,3)	-	4 (5,3)
Sobrinho (a)	1 (1,3)	-	1 (1,3)
<b>TOTAL</b>	<b>66 (86,8)</b>	<b>10 (13,2)</b>	<b>76 (100,0)</b>

Fonte: Elaborado pelo autor

Quanto ao grau de parentesco por sexo dos cuidadores familiares com o idoso, apresentados na Tabela 4, verifica-se que a maioria é constituída por cuidadoras (86,8%), dessas, 44,7% são filhas; 15,8% esposas; 10,5% noras e 6,6% irmãs e uma sobrinha. Já os cuidadores do sexo masculino (13,2%) são representados por 8 (10,5%) filhos, 1 esposo (1,3%) e 1 neto (1,3%).

**Gráfico 1.** Distribuição de frequência do tempo de prestação de cuidado correlacionada às horas dedicadas ao cuidado com idoso dependente. Coari-AM, 2012.



Fonte: Elaborado pelo autor.

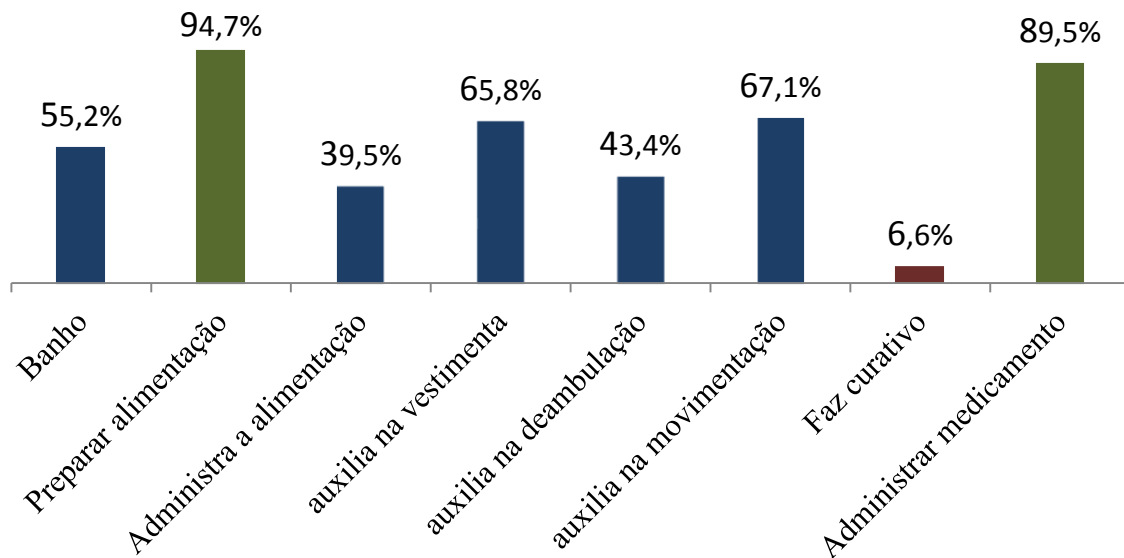
No gráfico 1, demonstra-se a correlação entre o tempo de cuidados prestados e as horas dedicadas aos cuidados dos idosos. Observa-se que, das pessoas que assumem essa tarefa há mais de 3 anos, 30 (39,5%) dedicavam-se 24 horas aos cuidados do familiar dependente, 7 (9,2%) destinavam 18 horas e 7 (9,2%) dedicavam 12 horas por dia. Em relação

ao tempo de 2 a 3 anos de prestação de cuidados ao idoso, verificou-se que 4 (5,3%) dos participantes do estudo promoviam os cuidados por um período de 24 horas.

Considerando o tempo dedicado de 1 a 2 anos de cuidado com os idosos, mostrou-se apenas 1 (1,3%) cuidadora que dedicava 6 horas de seu tempo à prestação de cuidados ao seu avô, sendo esse idoso parcialmente dependente.

Em relação ao tempo menor que 11 meses, observa-se que 9 (11,8%) cuidadores dedicavam-se os cuidados com o familiar dependente por 24 horas, enquanto que 11 (14,5%) dedicavam 12 horas. Apenas 1 (1,3%) cuidadora, sobrinha do idoso, dedicava 6 horas diária na prestação dos cuidados ao seu tio parcialmente dependente.

**Gráfico 2** - Atividades desenvolvidas pelos cuidadores no cuidado ao idoso. Coari-AM, 2012.



**Fonte:** Elaborado pelo autor.

As atividades desenvolvidas pelos cuidadores no cuidado ao idoso estão relacionadas, na sua quase totalidade, às Atividades Instrumentais<sup>6</sup> e Atividades Básicas da Vida Diária (Gráfico 2). Em relação às primeiras, a preparação da alimentação do idoso foi a mais citada pelos cuidadores (94,7%), em seguida, a administração de medicações, representada por 89,5%. No que se referem às ABVDs mais citadas pelos cuidadores foram relacionados ao auxílio na movimentação (67,1%), auxílio na vestimenta (65,8%), banho (55,2%), auxílio na deambulação (43,4%) e a administração da alimentação (39,5%). Uma atividade que apareceu nas respostas de alguns cuidadores, ainda que em menor frequência, refere-se à realização de técnicas específicas dos profissionais da área de saúde, que é a de fazer curativo (6,6%).

<sup>6</sup> Atividades Instrumentais da Vida Diária-AIVD consistem em oito atividades como: usar o telefonema, ir aos locais distantes utilizando algum meio de transporte, fazer compras, arrumar a casa, lavar a roupa, preparar a própria refeição, tomar medicamentos e cuidar do dinheiro.

**Tabela 5** – Distribuição de frequência e porcentagem das dificuldades relatadas pelos cuidadores familiares quanto aos cuidados realizados aos idosos dependentes. Coari-AM, 2012.

<b>Dificuldades</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aspectos físicos:</b>		
Locomoção do idoso	28	36,8
Peso do idoso		
Cansaço		
<b>Aspectos comportamentais</b>		
Teimosia do idoso	25	32,9
Agressividade do idoso		
Medo de deixar só		
<b>Aspectos financeiros:</b>		
Falta de dinheiro para os cuidados	4	5,3
<b>Não tem dificuldades</b>	19	25
<b>TOTAL</b>	76	100,0

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

A Tabela 5 mostra as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores em relação ao cuidado do familiar idoso em situação de dependência. As relacionadas aos aspectos físicos foram as de maior frequência, representando 36,8% no que se refere à locomoção e ao peso do idoso, bem como o cansaço sentido no dia a dia no processo de cuidar. As dificuldades relacionadas aos aspectos comportamentais do idoso e do próprio cuidador estão representadas por 32,9%, que são referentes à teimosia e agressividade do idoso, bem como o medo referido pelo mesmo em deixar o idoso só. Outra dificuldade citada pelos cuidadores está relacionada à falta de dinheiro no cotidiano do cuidado, representando 5,3%. 25% dos cuidadores deste estudo referiram não enfrentar dificuldades diante do cuidado do idoso dependente.

## 7.2 Perfil dos idosos sob cuidados

As características demográficas e socioeconômicas dos idosos dependentes, segundo as informações dos cuidadores, são observadas na Tabela 6.

A faixa etária dos idosos é de 60 a 101 anos. Sendo que 59,2% têm mais de 80 anos; 22,4% estão na faixa dos 70 a 79 anos e 18,4% têm idades entre 60 e 69 anos (Tabela 6). É possível também verificar que entre os idosos dependentes, 65,8% eram do sexo feminino e 34,2% eram do sexo masculino.

De acordo com o estado civil, 56,5% dos idosos analisados são viúvos e 30,3% casados. Desses, a predominância entre os homens é de casados (11,4%) e entre as mulheres viúvas (68%), principalmente para as idosas acima de 80 anos.

**Tabela 6-**Distribuição de frequência e porcentagem de idosos dependentes, segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas informadas pelos cuidadores familiares. Coari-AM, 2012.

Variáveis	n (%)
<b>Faixa etária (1)</b>	
60-69	14 (18,4)
70-79	17 (22,4)
> 80	45 (59,2)
<b>Sexo</b>	
Feminino	50 (65,8)
Masculino	26 (34,2)
<b>Situação conjugal</b>	
Viúvo (a)	43 (56,5)
Casado (a)	23 (30,3)
Solteiro (a)	5 (6,6)
Divorciado (a)	5 (6,6)
<b>Escolaridade</b>	
Nenhuma	33 (43,4)
Ensino Fund. Incompleto	31 (40,8)
Ensino Fund. Completo	7 (9,2)
Ensino Med. Incompleto	-
Ensino Med. Completo	3 (3,9)
Ensino Sup. Incompleto	1 (1,3)
Ensino Sup. Completo	1 (1,3)

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

**Nota:** (1) A classe etária dos idosos foi determinada segundo Veras (2002) que classifica em jovens idosos (60 a 69 anos), meio idoso (70 a 79 anos) e idosos (acima de 80 anos).

Em relação à escolaridade, constatou-se que 43,4% não tinham nenhuma formação escolar 40,8% tinham apenas o ensino fundamental incompleto. Os idosos mais jovens, de 60 a 69 anos, possuem melhor formação escolar quando comparados aos idosos a partir de 80 anos, os quais apresentam escolaridade máxima equivalente ao ensino fundamental incompleto, representando 76%. Apenas 1 idoso mais jovem possui o ensino superior completo. Correlacionando os dados de escolaridade com o sexo, observa-se que a maioria dos idosos que não possui nenhuma formação escolar ou ensino fundamental incompleto são mulheres (84%).

### 7.2.1 Fatores causadores da dependência

As causas que levaram os idosos sob cuidados à situação de dependência são mostradas na Tabela 7.

**Tabela 7-**Distribuição de frequência e porcentagem de idosos, segundo as causas que os levaram à condição de dependência. Coari-AM, 2012.

<b>Causas que levaram o idoso à situação de dependência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Doenças neurológicas</b>		
Acidente Vascular Encefálico-AVE (Derrame)	33	43,4
Doença de parkinson	1	1,3
Doença de alzheimer	1	1,3
Neoplasia cerebral	1	1,3
<b>Doenças cardiovasculares</b>		
Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS	7	9,2
Insuficiência cardíaca	1	1,3
Varizes	1	1,3
<b>Doença ocular</b>		
Catarata	7	9,2
<b>Doença óssea</b>		
Osteoporose	1	1,3
Neoplasia óssea	1	1,3
<b>Doença metabólica</b>		
Diabetes mellitus	4	5,3
<b>Doença renal</b>		
Doença renal crônica	1	1,3
<b>Doença infecciosa</b>		
Dengue	1	1,3
Paralisia infantil	1	1,3
<b>Causas externas</b>		
Fratura de fêmur	8	10,5
<b>Outros</b>		
Não sabe informar	7	9,2
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

Diversas foram as causas referidas pelos cuidadores relacionadas a doenças e causa externas. As doenças neurológicas foram as que mais causaram dependência, possuindo uma representatividade de 43,4% dos idosos acometidos pelo Acidente Vascular Encefálico-AVE, popularmente conhecido como derrame. Em segundo lugar, aparecem as causas externas relacionadas a quedas, que resultaram em fratura de fêmur, representando 10,5% dos idosos. As doenças cardiovasculares como a Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS, e as doenças oculares, precisamente a catarata, ocuparam o terceiro lugar, com representatividade de 9,2% cada. A Diabetes mellitus foi à doença metabólica que ocupou o quarto lugar (5,3%) das causas que levaram os idosos a dependerem de cuidados de seus familiares.

### 7.2.2 Grau de dependência dos idosos nas Atividades Básicas da Vida Diária

**Tabela 8-** Grau de dependência dos 76 idosos nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs), utilizando o índice de Katz. Coari-AM, 2012.

ABVDs	Independentes		Precisam de ajuda não humana parcial		Precisam de ajuda humana parcial		Precisam de ajuda total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Banho	22	28,9	5	6,6	26	34,2	23	30,3
Vestuário	6	7,9	1	1,3	45	59,2	24	31,6
Uso do banheiro	15	19,7	4	5,3	40	52,6	17	22,4
Transferência	17	22,4	9	11,8	36	47,4	14	18,4
Controle Esfinteriano	48	63,1	10	13,1	4	5,3	14	18,4
Alimentação	28	36,8	0	0	36	47,4	12	15,8

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

A Tabela 8 faz uma demonstração da capacidade funcional dos idosos sob cuidados referente às seis Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) avaliadas através da aplicação do índice de Katz. Essas atividades estão relacionadas ao banho, vestuário, a utilização do banheiro, transferência, controle esfinteriano<sup>7</sup> e a alimentação, em que para cada uma destas funcionalidades, foi identificada a situação de dependência ou de independência no processo do cuidado. A condição de dependência do idoso está relacionada à necessidade de ajuda parcial ou total do cuidador em cada ABVD.

A tabela mostra que 63,1% dos idosos possuem controle esfinteriano, tanto miccional quanto intestinal, e que, portanto, não necessitam de auxílio do familiar para tal funcionalidade. Enquanto que 18,4% dos idosos não possuem controle, nem da micção e nem da evacuação, necessitando totalmente de cuidado do familiar na colocação e remoção de fraldas descartáveis nas 24 horas do dia. Já 18,4% dos idosos possuem uma dependência parcial de cuidados, ou seja, esses fazem a atividade parcialmente, não corretamente ou com pouca dificuldade, através de ajuda não humana ou de ajuda humana. Dentre os parcialmente dependentes, a maioria (13,1%) necessita de ajuda através do uso regular de urinol ou comadre, cabendo ao cuidador disponibilizá-los em tempo hábil no dia a dia das atividades diárias. 5,3% dos idosos necessitam de ajuda do cuidador para o controle da micção e/ou defecação através da supervisão ou da disponibilização de fraldas durante a noite.

Em relação ao vestuário, a maioria dos idosos sob cuidados, representando 59,2%, necessita parcialmente de ajuda do cuidador para se vestir, este cuidado se refere à

<sup>7</sup> O controle esfinteriano é a capacidade normal de uma pessoa de acumular a urina e as fezes, com controle consciente sobre o tempo e o lugar para urinar e defecar.

disponibilização da roupa ao alcance do idoso. Já 31,6% dos idosos necessitam de ajuda total dos cuidadores para o ato de vestir. Enquanto que uma pequena parte dos idosos (1,3%) necessita que o cuidador disponibilize algum objeto que sirva de apoio para realização de tal atividade pelo idoso. E outros 7,9% dos idosos realizam de forma independente o ato de pega a roupa e vestir.

Quanto à função do uso do banheiro, 52,6% dos idosos precisavam de ajuda parcial durante o processo de higienização. Enquanto 22,4% dos idosos estão entre os que não conseguem fazer uso do banheiro para o processo de eliminação, necessitando da ajuda do cuidador para tal funcionalidade. Outros 19,7% dos idosos conseguem ir ao banheiro e se limpar. E alguns idosos (5,3%) precisavam que o cuidador disponibilizasse comadres ou papagaios para a higiene.

Em relação à transferência, a maioria dos idosos, representando 47,4%, necessita parcialmente de ajuda do cuidador para entrar e sair do leito, bem como sentar e se levantar da cadeira. Os que conseguem sair da cama, sentar e se levantar da cadeira sem nenhuma ajuda representam 22,4% dos idosos. Já 18,4% dos idosos não conseguem sair da cama, necessitando totalmente do cuidador para realizar os movimentos. Enquanto que 11,8% dos idosos precisam do uso de equipamento ou suporte mecânico para realizar a transferência.

Com relação à alimentação, 47,4% dos idosos possuem dependência parcial de cuidados no ato de cortar os alimentos ou de prepará-los, como passar manteiga no pão. Alguns idosos (36,8%) conseguem pegar o alimento e levá-lo até a boca sem necessitar de ajuda. Enquanto 15,8% dos idosos precisam de ajuda total do cuidador, ou seja, necessita inteiramente do cuidador para se alimentar.

Em relação ao banho, a maioria dos idosos sob cuidados, representando 34,2%, necessita parcialmente de ajuda do cuidador para realizar o ato de higiene, ou seja, recebe o auxílio na limpeza de uma parte específica do corpo, como exemplo, região dorsal ou extremidades. Enquanto que 30,3% dos idosos não conseguem banha-se sozinho, necessitando da ajuda do cuidador para a limpeza de mais de uma parte do corpo. Já 28,9% dos idosos conseguem realizar o banho de forma independente, bem como realizar sua própria higienização. Uma pequena parte, 6,6% dos idosos, necessita que o cuidador disponibilize algum apoio material para o banho.



### **7.3 Caracterização dos cuidadores entrevistados**

Através dos resultados obtidos nas entrevistas foi necessário apresentar algumas informações da vida dos 11 cuidadores e dos idosos sob cuidados, com o intuito de expor sinteticamente as características singular de cada cuidador. Na descrição da caracterização foram inseridos os dados referentes à idade e o sexo do cuidador e do idoso, procedência do cuidador, a escolaridade do idoso e do cuidador, grau de parentesco com idoso, a profissão do cuidador, o estado civil do cuidador e do idoso, a renda familiar, as atividades desenvolvidas no cuidado ao idoso, tempo dedicado no cuidado, além disso, a configuração da rede familiar e social, os recursos de superação das dificuldades no cotidiano do cuidado, as repercussões na vida do cuidador e as necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes.

#### **Esmeralda (Cuidadora)**

Esmeralda, 57 anos, nasceu na zona urbana da cidade de Coari, Estado do Amazonas, divorciada, tem o ensino fundamental incompleto, católica, possui uma renda familiar de quatro salários mínimos. É a filha mais velha de cinco irmãos (três irmãos e duas irmãs), cuida da sua mãe há 10 anos. As atividades que desempenha no cuidado com a idosa são: execução do banho, preparo e oferecimento das refeições, auxílio na vestimenta, transferência, movimentação, realização da mudança de posição, e administração da medicação e troca de fraldas da idosa, que possui incontinência urinária e fecal. A cuidadora relata que se dedica 18 horas do dia aos cuidados com sua mãe.

Atualmente, a idosa é altamente dependente, tem 94 anos de idade, é viúva, não possui formação escolar e é aposentada. Esmeralda informa que o motivo da idosa estar na condição de dependência é devido à própria idade e justifica que sua mãe é uma pessoa sadia, que deixou de falar porque não tinha gente para conversar com ela e de andar devido à idade que tem.

Em virtude da condição de dependência de cuidados da sua mãe, Esmeralda se sente a principal responsável pela mesma, revezando essa responsabilidade com o seu trabalho. Ela informa estar tendo a oportunidade de retribuir tudo que sua mãe fez no passado.

Reside com quatro pessoas no domicílio, sendo um filho, uma nora, um neto e sua mãe. Os membros familiares que coabitam com a cuidadora possuem o ensino médio

completo. O filho e a nora da idosa possuem 32 anos e o neto tem 2 anos. A profissão do filho é motorista e a nora é secretária.

Hoje, Esmeralda tem um negócio próprio e os seus filhos trabalham nesse empreendimento. No empreendimento, sua atividade é administrar as finanças. Ela também tem um emprego em uma escola da rede municipal de Coari, na qual assume atividade de merendeira e trabalha no turno vespertino. Segundo Esmeralda, trabalha em um turno e no outro cuida da sua mãe. Ela disse que precisa trabalhar porque o dinheiro da aposentadoria da idosa não é suficiente para viver e cobrir as despesas no domicílio.

A cuidadora relata que a relação da família com a idosa é boa e a sua é de carinho e respeito, pois ela é sua mãe. Segundo a cuidadora sua relação com os irmãos é distante, pois eles não procuram saber informações e não visitam a mãe, principalmente as irmãs que moram na cidade. Ela reclama que há outras três irmãs que deveriam ajudar nos cuidados ao idoso, porém apenas uma ajuda financeiramente.

Esmeralda afirma que, com a doença de sua mãe, houve mudanças em seu relacionamento com seus filhos, ela se tornou mais próxima a eles, e com as pessoas do trabalho, que passaram a lhe tratar de uma forma mais agradável e diferente.

A cuidadora relata que recebe ajuda do filho que reside no domicílio em algumas atividades, principalmente nas tarefas que exigem força, como carregar a idosa para levá-la até o banheiro ou realizar a transferência da cadeira para a cama. Em relação ao apoio emocional, Esmeralda afirma que recebe do filho mais velho, que a escuta quando está aflita e estressada no cuidado com sua mãe.

O apoio por meio da ajuda financeira vem de uma irmã que mora na capital do Estado do Amazonas, mas esta só ajuda quando é solicitada.

Segundo a cuidadora informa, para conciliar a atividade profissional com o cuidado ao idoso ela recebe ajuda de uma empregada doméstica, que realiza atividade de supervisão e administração de medicamento.

Esmeralda recebe apoio dos membros da Igreja em seu domicílio e estes realizam orações com a idosa e a cuidadora, geralmente duas vezes ao mês.

A cuidadora refere que recebe visita das colegas do trabalho na sua casa, o que a faz se sentir querida pelos conhecidos. Os vizinhos da sua mãe realizam visita à idosa e à cuidadora e sempre buscam saber como elas estão e oferecem palavras de ânimo e encorajamento.

Esmeralda relata que quando precisa da equipe de saúde do posto próximo a sua residência, ela solicita ao Agente Comunitário de Saúde que agenda o atendimento do médico no domicílio.

Ao falar das dificuldades no cuidado à idosa, Esmeralda relata que tem dia em que fica estressada e desesperada no cuidado com sua mãe, porque é muito trabalho e fica muito cansada, principalmente quando precisa carregar e transportar a idosa para realizar o banho. Segundo Esmeralda, para vencer essas dificuldades, ela busca a fé, solicitando ajuda a Deus como forma de superar as dificuldades no cuidado com sua mãe. A cuidadora informa que para se divertir e relaxar, ela costuma passear de moto com o filho, mas essa atividade diminuiu muito quando passou a cuidar de sua mãe.

Esmeralda relata a necessidade de obter conhecimento sobre a doença que acometeu sua mãe, além dos cuidados com a alimentação, informações sobre o uso de medicação no domicílio, o que deve ser feito numa situação de engasgo, o posicionamento no leito e a mobilização da idosa da cama para a cadeira.

O carinho e a proteção com a mãe foi algo que ficou muito presente nos relatos e expressões da cuidadora, pois ela tratava a sua mãe com muito carinho e a cercava de todos os cuidados.

### **Berilo (Cuidador)**

Berilo, 43 anos, nasceu na zona urbana da cidade de Coari, no Estado do Amazonas, casado, tem o ensino superior incompleto, é evangélico, funcionário público, possui uma renda familiar de três salários mínimos, é o único filho homem e tem duas irmãs que residem na capital do Estado do Amazonas. Berilo cuida da sua mãe há seis meses. As atividades que desempenha no cuidado com a idosa são: a execução do banho, o preparo e oferecimento das refeições, auxílio na vestimenta, transferência, movimentação e realização da mudança de posição, administração da medicação e troca de fralda, que possui incontinência urinária e fecal. O cuidador dedica-se integralmente aos cuidados com sua mãe.

Atualmente, a idosa é altamente dependente, tem 65 anos, é viúva, possui ensino fundamental incompleto e é aponsetada. Berilo informa que o motivo da sua mãe estar na condição de dependência é devido a uma neoplasia cerebral.

Reside com cinco pessoas no domicílio, sendo três filhos (uma criança e dois adolescentes homens) e a esposa, além da sua mãe dependente. A escolaridade dos componentes familiares é ensino fundamental incompleto, no caso da esposa (36 anos) e do filho caçula (7 anos); o filho do meio (14 anos) está cursando o ensino médio e o filho mais velho (19 anos) cursa o ensino superior. A esposa dedica-se às tarefas do lar e os filhos estudam.

Berilo é principal cuidador da mãe, dividindo-se com os cuidados com filhos, tarefas domésticas e atividade na Igreja onde ocupa um cargo.

A relação da família com a idosa é de harmonia. Berilo demonstra, pelos relatos, ter com a mãe, uma relação pautada em carinho e amor. Em seus depoimentos classifica a relação com as irmãs como boa, mas revela manter pouco contato com elas devido a distância entre as cidades.

O cuidador informa que recebe ajuda dos filhos e da esposa nos cuidados com a idosa. Os filhos adolescentes ajudam em atividades que exigem força, como carregar e transferir a idosa do leito para a cadeira. Enquanto a esposa assume as tarefas domésticas. Ele informa que quando precisa se ausentar da residência, a esposa assume os cuidados com a idosa.

Conforme o cuidador, ele recebe apoio emocional da esposa e dos filhos quando precisa chorar e desabafar. Com relação às despesas de material ou alimento com a idosa, Berilo informa que não recebe nenhum tipo de ajuda da família.

O cuidador recebe apoio dos membros da Igreja por meio de visita em seu domicílio. Ele relata que os “irmãos” (como são chamados os fiéis) levam palavras de conforto, ânimo e encorajamento, geralmente uma vez ao mês. Berilo disse também que recebe visita dos vizinhos de sua mãe que aconselham e dão palavras de estímulos na tarefa de cuidar. O cuidador também disse que recebe mensagem por telefone de uma colega como forma de encorajamento no cuidado com sua mãe.

Berilo relata que recebe ajuda financeira da Igreja que utiliza para comprar fraldas, alimentos e medicação da idosa.

O cuidador afirma que sente falta da visita de uma equipe do posto em assistir sua mãe. Ele afirma que os profissionais só vão até sua residência quando é solicitado e que nenhuma vez os profissionais de saúde vieram voluntariamente.

Berilo relata que para se distrair no domicílio ele assiste novela e, como atividade social, vai aos domingos à Igreja. O cuidador informa que houve uma perda em sua atividade social e de lazer devido ao fato de ter que cuidar da sua mãe, e que só vai à Igreja porque tem um compromisso.

O cuidador refere que a sua dificuldade está relacionada a deixar de dormir ao lado de sua esposa para promover cuidados contínuos a sua mãe dependente. E outra dificuldade mencionada é que não consegue aceitar a sua condição de dependência, já que a mesma sempre foi uma pessoa ativa. Informa que, nos momentos de angústia e aflições, primeiro busca através da fé em Deus, forma de superar as dificuldades no cuidado com a idosa, e segundo o apoio da esposa e dos filhos.

O cuidador informa que aconteceu uma transformação radical e enorme na sua vida e na vida de sua família em função do adoecimento da sua mãe, que inclui a perda da liberdade, a diminuição do tempo e de atenção para sua esposa e filhos. E ainda refere que teve de renunciar a sua faculdade e ao seu emprego em prol de assumir os cuidados com sua mãe.

Berilo relata necessidade em deter conhecimento a respeito da doença que acometeu sua mãe, além dos cuidados com a alimentação, informações sobre a medicação, o horário do banho, o posicionamento no leito e a mobilização da idosa da cama para a cadeira.

O amor e a dedicação do Berilo com sua mãe foram registrados ao longo da sua entrevista como forma de retribuição aos cuidados recebidos dela quando era criança.

### **Cristal (Cuidadora)**

Cristal, 57 anos, nasceu na zona urbana da cidade de Canutama, Estado do Amazonas, é solteira, tem o ensino fundamental incompleto, é católica, possui uma renda familiar de dois salários mínimos, é a única filha de três irmãos e cuida da sua mãe há cinco anos. As atividades que desempenha no cuidado com a idosa são: o preparo das refeições, o auxílio na vestimenta, a deambulação, a transferência, a movimentação e a administração da medicação. A cuidadora dedica-se integralmente aos cuidados com a sua mãe.

Atualmente, a idosa é parcialmente dependente, tem 101 anos, é viúva, não possui formação escolar e é aponsetada, não enxerga devido a uma cirurgia de catarata que realizou e necessita constantemente de supervisão, de ajuda para se movimentar, banhar, vestir-se e alimentar-se.

Cristal informa que ela abandonou a sua casa para cuidar da sua mãe porque ela se preocupava com a idosa devido o fato dela não enxergar e era necessário que alguém ficasse ao lado dela.

A cuidadora refere que precisa se dividir com os cuidados com os netos, tarefas domésticas e os cuidados com a idosa.

Cristal reside com doze pessoas no domicílio, sendo cinco filhos, cinco netos, uma nora e sua mãe. Os membros da família possuem ensino fundamental completo e incompleto. A idade dos componentes da família varia dos 4 meses até os 33 anos. Em relação à ocupação profissional dos membros familiares apenas o filho mais velho da cuidadora trabalha como ajudante de pedreiro e os outros são estudantes.

A relação da família com a idosa é de respeito e a da cuidadora é normal. Cristal informa que sua relação com os irmãos é tranquila, pois ninguém vive discutindo.

A cuidadora relata que não tem ajuda da família no cuidado com a idosa e em sua ausência ela solicita ajuda da neta para ficar com a sua mãe. Em relação ao apoio emocional informa que não recebe da família. Quanto à ajuda financeira a cuidadora relata que recebe do filho mais velho, e o dinheiro é utilizado na compra de alimentos para sua mãe.

Cristal recebe doação de alimentos de uma vizinha próxima a sua casa. E ainda informa que tem uma vizinha que conversa bastante com ela e, às vezes, ela a procura para desabafar sobre suas aflições frente ao cuidado com sua mãe.

A cuidadora relata que recebe ajuda de um agente comunitário de saúde que pega medicação no posto e agenda a visita do médico para idosa. Segundo Cristal, recebeu orientação da médica do posto de saúde sobre alguns cuidados com a idosa, como os cuidados com a alimentação.

Cristal afirma que sua maior dificuldade é financeira, porque ela não recebe nenhum salário e nenhuma ajuda dos familiares. Ela ainda informa, mesmo quando está ruim devido ao reumatismo, à gastrite ou à pressão alta, não deixa de prestar os cuidados com sua mãe. Segundo a cuidadora, com dor, gemendo ou se arrastando, ela atende à idosa.

A cuidadora informa que para vencer as dificuldades tem que ter pensamentos positivos, pois isso lhe ajuda a superar os problemas vivenciados nos cuidados com a sua mãe. E revela que para se distrair no domicílio e esquecer os problemas diários, costuma assistir televisão, principalmente as novelas.

Cristal afirma que tem necessidade de obter conhecimento sobre os cuidados com a alimentação do idoso. A cuidadora relata que faz de tudo para a idosa se sentir melhor e com a orientação vai ter mais segurança nos cuidados prestados à sua mãe.

A cuidadora demonstrava ser uma pessoa calada e tímida, e no decorrer da entrevista, começou a relatar a sua luta no cuidado com a sua mãe. A cuidadora expressa que assumiu cuidar da sua mãe por ser única filha mulher, por ter sido a filha mais próxima e ainda não estar casada.

### **Ágata (Cuidadora)**

Ágata, 68 anos, nasceu na zona urbana da cidade de Coari, Estado do Amazonas, é divorciada, tem o ensino médio completo, é Testemunha de Jeová, possui renda familiar de três salários mínimos. É a filha mais velha de três irmãos e cuida de seu pai há um ano. As atividades que desempenha no cuidado com o idoso são: a execução do banho, o preparo e

oferecimento das refeições, o auxílio na vestimenta, a transferência, e a administração da medicação. A cuidadora relata que se dedica integralmente aos cuidados com seu pai.

Atualmente, o idoso encontra-se em situação de dependência, tem 86 anos, é casado, não tem nenhuma formação escolar e é aposentado. O idoso necessita da cadeira de rodas para se locomover, de constante supervisão, de ajuda para tomar banho, vestir-se, para transferir-se da cadeira para a cama, na alimentação e administração de medicamento. Ágata informa que o motivo de seu pai estar na condição de dependência é devido a uma seqüela de um Acidente Vascular Encefálico.

A cuidadora reside com dez pessoas no domicílio, sendo dois filhos, quatro netos, uma nora, um bisneto, a mãe e o pai dependente. A escolaridade dos membros familiares varia do ensino fundamental incompleto ao ensino médio completo. A idade dos componentes da família é bastante ampla, variando de 1 a 86 anos de idade. Em relação à ocupação profissional dos membros familiares, apenas o filho mais velho da cuidadora é pedreiro, sua mãe e seu pai são aposentados e os outros são estudantes.

A relação da família com o idoso é de respeito e sua relação com seu pai é de amor. Segundo a cuidadora, a sua relação com os irmãos é de distância, principalmente com uma irmã que mora na mesma cidade e que não visita o pai. A indignação da Ágata ficou bastante evidente na entrevista e ela chega a relatar que qualquer dia vai levar o idoso até o trabalho da irmã, porque ele sente muita falta dessa filha.

A cuidadora se divide entre a responsabilidade de cuidar do idoso e as atividades da Igreja onde congrega.

Ágata relata que recebe ajuda da filha e da nora nas tarefas domésticas no domicílio. No cuidado com o idoso, ela recebe ajuda somente da nora, principalmente em atividades como oferecer a alimentação e ajuda na transferência. Segundo a cuidadora, na sua ausência a nora também assume os cuidados com o idoso. Ágata afirma que não tem ninguém para conversar e desabafar seus problemas no cuidado com seu pai.

A cuidadora relata que recebe apoio dos membros da Igreja Testemunha de Jeová, que fazem orações e encontros em seu domicílio. E relata também que participa dos encontros religiosos promovidos pela Igreja para se distrair e esquecer um pouco dos problemas no dia a dia.

Ágata disse que sente falta da visita de uma equipe do posto de saúde para assistir seu pai. Ela acredita que a falta de visita dos profissionais é devido à reforma do posto de saúde. E ainda informa que não recebeu nenhuma orientação quanto aos cuidados com o idoso pela equipe de saúde do posto próxima de sua casa.

A cuidadora revela que a dificuldade no cuidado com seu pai é a teimosia do mesmo em seguir as dietas estabelecidas pelos profissionais de saúde. E para vencer essas dificuldades e outras procura se despreocupar da situação de estresse e também faz as suas orações, pedindo força a Deus.

Ágata deixa clara a necessidade de obter conhecimento sobre qual alimentação é a mais adequada para seu pai. Ela informa que essa orientação é importante para quem cuida de um idoso dependente.

A cuidadora demonstra na sua entrevista ter compromisso no cuidado de seu pai dependente e ainda sentir um grande carinho pelo idoso, que, quando ela era criança, sempre foi um bom pai.

### **Citrino (Cuidadora)**

Citrino, 48 anos, nasceu na zona urbana da cidade de Coari, Estado do Amazonas, é solteira, tem o ensino fundamental incompleto, católica, cozinheira e possui uma renda familiar de dois salários mínimos. É filha única de dois irmãos e cuida da sua mãe há seis meses. As atividades que desempenha no cuidado com a idosa são: a execução do banho, o preparo e o oferecimento das refeições, o auxílio na vestimenta, a transferência, a movimentação, a realização da mudança da posição, a administração da medicação e a troca da fralda da idosa, que possui incontinência urinária e fecal. A cuidadora informa que se dedica integralmente aos cuidados com a idosa.

Atualmente, a idosa é dependente total, tem 88 anos, é viúva, não possui formação escolar e é aposentada. A mãe de Citrino necessita de supervisão contínua, pois não anda, tem momentos de desorientação temporal, não consegue tomar banho ou se alimentar sozinha, e possui incontinência fecal e urinária. A cuidadora informa que o motivo da idosa estar nessa condição de dependência é devido a sequelas de um Acidente Vascular Encefálico.

A cuidadora revela que tem que se dividir em cuidar de seis filhos, da idosa e também tem de trabalhar para trazer alimentos para o domicílio.

Citrino reside com sete pessoas no domicílio, sendo seis filhos e sua mãe. A escolaridade dos membros familiares varia do ensino fundamental incompleto ao ensino médio completo. A idade dos componentes da família é formada por adolescentes com 11 anos, 16 anos e 19 anos, e apenas uma jovem adulta de 21 anos. Em relação à ocupação profissional dos membros familiares, os filhos são estudantes.



A cuidadora relata que a relação da família com a idosa é de carinho e a sua é boa. Enquanto a relação com seus irmãos é de desentendimento, pois eles não querem aceitar que a cuidadora seja responsável pela idosa e também por ela viver na mesma casa. E ainda relata que fica muita chateada com essa situação, pois os irmãos não compreendem e não compartilham dos sentimentos que a afligem em seu cotidiano.

Citrino informa que recebe ajuda dos filhos nos cuidados com sua mãe. O filho exerce atividades que exigem força, como carregar a idosa até o banheiro e a filha realiza o banho. Ela informa que não tem apoio emocional e financeiro da família.

A cuidadora relata tem dois amigos que são seus vizinhos, que, quando ela necessita, procura-os para conversar ou pedir ajuda, sentindo-se acolhida em momentos de preocupação frente ao cuidado com sua mãe dependente.

Citrino informa que não recebe visita domiciliar da equipe do posto de saúde e ainda menciona que durante os dois anos em que a idosa está na condição de dependência, os profissionais de saúde só compareceram cinco vezes em sua residência.

A cuidadora relata que não participa de nenhuma atividade social e de lazer porque tem que cuidar de sua mãe e que sua rotina é do trabalho para casa. Ela informa que sempre é convidada pelas suas colegas para ir para banhos ou festas e sempre justifica que não pode ir porque não tem quem fique com a sua mãe.

Citrino diz que tem dificuldades com o peso da idosa, principalmente em atividades que exigem força, como carregar a idosa e levá-la até o banheiro. Segundo informou, ela busca, através da fé em Deus, superar as dificuldades no cotidiano do cuidado com sua mãe.

Citrino informa que ocorreu uma mudança na família após o adoecimento da sua mãe: seu filho mais velho teve que cuidar da avó para que a mesma pudesse trabalhar fora de casa.

A cuidadora relata a necessidade de obter informações que pudessem ajudar na recuperação da idosa, através de atividades de movimentos passivos e ativos.

Citrino, ao longo da entrevista, fez um desabafo, ela não conta com a ajuda dos familiares no cuidado com sua mãe, somente seus filhos a ajudam para que ela possa trabalhar e levar proventos ao domicílio.

### **Topázio (Cuidadora)**

Topázio, 46 anos, nasceu na zona urbana da cidade de Coari, Estado do Amazonas, solteira, tem ensino fundamental incompleto, é católica, dona de casa, possui renda familiar de dois salários mínimos. Cuida do seu sogro há 3 anos. As atividades que desempenha no

cuidado com o idoso são: preparo e oferecimento das refeições, auxílio na vestimenta, transferência, movimentação e administração da medicação. A cuidadora relata que se dedica integralmente aos cuidados com o idoso.

Atualmente, o idoso é altamente dependente, tem 72 anos, é viúvo, não tem nenhuma formação escolar e é aposentado. O idoso necessita de constante supervisão, precisa de ajuda para tomar banho, vestir-se, transferir-se da cadeira para cama e na administração de medicamento. Topázio afirma que o motivo de seu sogro estar na condição de dependência se deve a uma queda.

Topázio que tem que se dividir em cuidar dos filhos, do esposo, das tarefas domésticas e dos cuidados com o sogro em virtude de não trabalhar fora.

A cuidadora reside com sete pessoas no domicílio, sendo quatro filhos, o esposo e um neto, além do sogro dependente. Com relação à escolaridade, os filhos adolescentes possuem o ensino fundamental incompleto, o filho mais velho e o esposo possuem o ensino médio completo. A idade dos componentes da família varia de 2 anos até 46 anos. Em relação à ocupação profissional dos membros familiares, o esposo e o filho mais velho são agricultores e os outros filhos são estudantes.

A relação da família com o idoso é de respeito e a relação de Topázio com seu sogro é de carinho. Segundo a cuidadora, a relação com um cunhado é de desentendimento, fruto do desrespeito dele para com o idoso. Informa que o cunhado sempre está bêbado quando visita o sogro, o que ocasiona conflitos com o seu marido, e ela, muitas vezes, acaba se envolvendo nas discussões para evitar brigas. Segundo Topázio, o cunhado não tem respeito com o pai.

A cuidadora relata que tem ajuda dos filhos no cuidado ao idoso, principalmente em atividades que exigem força. O esposo ajuda na realização do banho e a filha auxilia nas tarefas domésticas. Segundo a cuidadora, recebe apoio emocional do marido quando precisa conversar e falar sobre as suas aflições no cotidiano do cuidado ao idoso. Em relação à ajuda financeira não recebe apoio dos familiares, porque os filhos do idoso estão desempregados.

Topázio recebe visita de três irmãs da Igreja que fazem oração em seu domicílio. Ela afirma que se sente muito bem depois dessas visitas.

A cuidadora relata que recebe visita domiciliar da enfermeira do posto de saúde e que essa atividade costuma acontecer uma vez ao mês e, quando precisa, tem que ir ao posto de saúde avisar. Ela informa que recebeu orientações da enfermeira e do médico do posto de saúde sobre os cuidados com o idoso, como a alimentação e a medicação.

Topázio afirma que, para se distrair no domicílio, ela gosta de assistir a televisão, principalmente às novelas. A cuidadora diz que não costuma sair de casa porque não gosta.

A cuidadora informa que não tem dificuldades em cuidar de seu sogro porque ele não escolheu estar nessa situação de dependência. Topázio relata que busca, por meio da fé em Deus, superar as dificuldades no dia a dia do cuidado com seu sogro.

A cuidadora menciona a necessidade de obter informações sobre como realizar um exercício que pudesse ajudar na recuperação do idoso e também gostaria de saber sobre a situação de saúde do seu sogro.

A falta de participação nos cuidados ao idoso pelos filhos do mesmo foi percebida ao longo da entrevista com Topázio, o que a deixa bastante chateada com essa situação. Quanto ao cuidado com o sogro, a cuidadora relata que sente muito carinho pelo idoso, pois ele sempre a tratou bem.

### **Pérola (Cuidadora)**

Pérola, 55 anos, nasceu na zona urbana da cidade de Coari, Estado do Amazonas, é casada, tem ensino fundamental incompleto, evangélica, dona de casa, possui renda familiar de três salários mínimos. Cuida do seu esposo há quatro anos. As atividades que desempenha no cuidado ao idoso são: a execução do banho, o preparo e oferecimento das refeições, o auxílio na vestimenta, a transferência, a movimentação, a realização da mudança de posição e a administração da medicação. A cuidadora relata que se dedica integralmente aos cuidados com o idoso.

Atualmente, o idoso é dependente total, tem 73 anos, é casado, possui o ensino fundamental incompleto e é aponsetado. O idoso necessita de supervisão contínua, pois não consegue tomar banho, não anda, necessita de auxílio para se alimentar, vestir-se, transferir-se da cama para a cadeira de rodas e na administração de medicamento. Pérola relata que o motivo do seu esposo estar nessa condição de dependência é devido a um Acidente Vascular Encefálico.

A cuidadora informa que tem responsabilidade de cuidar do idoso e das tarefas domésticas.

Pérola reside com cinco pessoas, sendo uma filha, um genro, uma sobrinha, uma neta e seu esposo. A escolaridade dos componentes familiares é de ensino fundamental incompleto para a sobrinha, e ensino médio para o genro e a filha. A idade dos membros familiares varia de 1 ano e 7 meses para o neto, 14 anos para a sobrinha, e 31 anos para a filha e o genro. Em relação à ocupação profissional dos familiares, a filha é assistente administrativo, o genro trabalha em um lanche e a sobrinha é estudante.

A cuidadora afirma que a família tem uma relação de carinho com o idoso e a sua relação com ele é de compreensão da sua situação de dependência. Segundo a cuidadora informa, a relação dos filhos do idoso é de distância com seu pai e ela ressalta que não tem desculpa para os filhos não visitarem o idoso. Fato esse que lhe deixa muito chateada.

Pérola relata que uma das mudanças em sua vida foi ter aceitado o marido de volta, pois ele a abandonou e saiu de casa para viver com outra família em outro município e, ao ficar doente, foi trazido de volta pela ex-companheira, que o deixou em frente de sua casa para que ela assumisse a tarefa de cuidar dele. Ela informa que perdoou o marido e assumiu a missão de cuidar dele, porque é evangélica.

A cuidadora recebe ajuda da filha nos cuidados ao idoso e a sobrinha assume as atividades domésticas e os cuidados com o neto da cuidadora. Na ausência da cuidadora, a sobrinha assume a atividade de supervisão do idoso. A cuidadora informa que pode contar com a filha quando precisa conversar e desabafar. E também disse que recebe uma ajuda mensal em alimentos da filha que reside no domicílio.

Pérola relata que recebe doação de alimentos dos irmãos da Igreja onde congrega e de uma vizinha próxima a sua casa, e que costuma receber os vizinhos em seu domicílio para conversar.

A cuidadora relata que recebe ajuda de um Agente Comunitário de Saúde que agenda, com o médico, o atendimento ao idoso ou quando precisa de alguma medicação, pois ele pega e leva até seu domicílio. A cuidadora diz que recebeu informação dos profissionais de saúde de que quando precisasse de alguma coisa da Unidade Básica de Saúde ela teria que avisar o ACS.

A cuidadora frequenta duas vezes na semana as atividades da Igreja e disse que não deixa de ir por causa do idoso.

Pérola afirma que possui dificuldade em cuidar do seu esposo e faz referência ao peso. Ela relata que busca na fé em Deus, forças para superar os obstáculos e aflições do dia a dia no cuidado ao idoso.

A cuidadora relata a necessidade de receber informações sobre como lidar com o seu esposo dependente.

O esforço de perdoar o marido vivenciado ao longo da entrevista da cuidadora chamou a atenção. Pérola sofreu muito quando ele abandonou os filhos pequenos para viver com outra mulher e, mesmo assim, aceitou cuidar do idoso. Atualmente, Pérola afirma ter perdoado o esposo porque é evangélica e segue fielmente as palavras da escritura, que é a Bíblia.

### **Rubi (Cuidadora)**

Rubi, 43 anos, nasceu na cidade de Coari, Estado do Amazonas, é solteira, tem o ensino médio completo, católica, autônoma, possui uma renda familiar de três salários mínimos. Cuida de sua avó materna há três anos e a considera como sua segunda mãe. As atividades que desempenha no cuidado com a idosa são: o preparo da refeição, o auxílio com a vestimenta, a deambulação, o banho e administração da medicação. A cuidadora dedica 12 horas do dia ao cuidado à idosa.

Atualmente, a avó é dependente parcialmente de cuidados, tem 93 anos, é viúva e, possui ensino fundamental incompleto e é aponsetada. Rubi relata que o motivo da idosa estar na condição de dependência é devido a uma neoplasia de osso.

Em virtude da condição de dependência de cuidados da avó, Rubi sente-se responsável pela mesma, dividindo essa responsabilidade com os cuidados com os filhos, o seu próprio negócio e sua mãe que também requer cuidados.

A cuidadora reside com outras quatro pessoas no domicílio, sendo três filhos (dois homens e uma mulher) e sua mãe. A escolaridade dos componentes familiares é de ensino fundamental incompleto para a mãe da cuidadora (62 anos) e o filho caçula (7 anos), o filho (20 anos) e a filha (22 anos) possuem o ensino médio completo. Rubi se ocupa com o trabalho de lavar e passar roupas e os filhos são estudantes.

Rubi relata que a relação da família com a idosa é de tratar bem e sua relação é de preocupação e zelo. Quanto à relação de Rubi com as tias, filhas da avó materna, relata que não é muito boa, principalmente por uma tia que mora com a idosa porque cuida da avó durante o dia, a mesma quer que ela assuma os cuidados pela idosa durante a noite e a cuidadora se recusa a cuidar por se sentir sobrecarregada. E outras tias cobram da cuidadora que ela assuma os cuidados integrais pela avó, já que não tem marido e nem filhos pequenos. Segundo, a cuidadora não acha justo que ela cuide integralmente da avó, já que também têm que ficar com a sua mãe que necessita de cuidados e que as tias têm condição de assumir as tarefas e cuidar de sua avó. E ainda menciona que a avó tem sete filhos e todos têm a obrigação de cuidar dela.

A cuidadora não tem ajuda da família nos cuidados com a idosa e só na sua ausência, sua filha ou filho presta o cuidado de supervisão da sua avó. Informa que cuida durante o dia da sua avó e à noite a tia assume. Em relação ao apoio emocional conta com a filha quando precisa desabafar e conversar. Quanto à ajuda financeira, relata que não tem apoio da família.

Rubi relata que não recebe nenhum apoio da rede informal. A cuidadora informa que recebe ajuda de um Agente Comunitário de Saúde que agenda a visita com o médico. Rubi disse que não recebeu nenhuma orientação da equipe do posto de saúde quanto aos cuidados com sua avó e informa que precisou ler livros para entender o que estava acontecendo com a idosa.

A cuidadora relata que frequenta a Igreja quando é convidada pela filha e costuma participar de grupos de orações às sextas-feiras.

De acordo com Rubi, quando ela não tinha filhos, mãe e avó para cuidar, ela tinha o hábito de sair para dançar e se divertir. E, atualmente, ela não faz mais isso porque se dedica totalmente aos cuidados com sua mãe e sua avó. Ela relata que não tem mais liberdade porque não pode trabalhar e quando informa à idosa que precisa trabalhar a mesma se emociona e começa a chorar.

Rubi afirma que a sua maior dificuldade é não poder trabalhar porque tem de cuidar da avó e da sua mãe.

E informa que, para vencer as dificuldades em cuidar de sua avó ela procura se ocupar nas tarefas domésticas como forma de distração e para esquecer os problemas.

Rubi diz que a mudança que ocorreu em sua vida pessoal foi ter deixado de estudar, namorar e trabalhar para cuidar da mãe e da avó. Ela afirma que se sente presa.

A cuidadora relata a necessidade de obter informações sobre os cuidados com a alimentação e a medicação do idoso.

O amor e o zelo fazem parte do relato da entrevista de Rubi porque sua avó ajudou a criá-la e sempre esteve presente em sua vida. O cuidado representa uma forma de retribuição por tudo de bom que a idosa proporcionou à vida da cuidadora.

### **Sáfira (Cuidadora)**

Sáfira, 46 anos, nasceu na cidade Coari, Estado do Amazonas, é divorciada, tem o ensino fundamental incompleto, é católica, possui uma renda familiar de quatro salários mínimos. É a filha mais velha de quatro irmãos (três homens e uma mulher). As atividades que desempenha no cuidado com a idosa são: a execução do banho, o preparo e o oferecimento das refeições, auxílio na vestimenta, a transferência, a movimentação, a realização da mudança de posição, administração da medicação e a troca da fralda da idosa, que possui incontinência urinária e fecal. A cuidadora relata que se dedica integralmente aos cuidados com sua mãe.

Atualmente, a idosa é altamente dependente, tem 88 anos, é viúva, não tem formação escolar e é aposentada. Sáfira informou que o motivo da idosa estar nessa condição de dependência é devido sequelas de um Acidente Vascular Encefálico.

A cuidadora informa que tem de se dividir na responsabilidade de cuidar da casa, da idosa e do seu neto.

Reside com cinco pessoas no domicílio, dois filhos, uma nora e um neto, além da sua mãe dependente. A escolaridade dos membros da família é ensino fundamental incompleto, no caso da filha adolescente (15 anos) e da nora (18 anos). O filho (18 anos) não tem formação escolar. No que se refere à ocupação profissional dos familiares, o filho é vendedor e a filha e nora são estudantes.

A cuidadora afirma que tanto sua relação com a idosa, quanto a de sua família é baseada em tratar bem uns aos outros; revela ainda que se relaciona bem com os irmãos; mas há uma com quem não tem bom relacionamento, uma vez que quando teve oportunidade de cuidar da mãe, maltratava-a e usufruía do dinheiro de sua aposentadoria.

Sáfira informa que recebe ajuda do filho no cuidado à idosa, principalmente em atividades que exigem força. A filha e a nora ajudam nos cuidados com a idosa e nas tarefas domésticas. Na ausência da cuidadora, a filha e a nora promovem o cuidado com a idosa.

A cuidadora informa que recebe apoio emocional da irmã quando precisa desabafar e conversar sobre seus problemas pessoais e o cuidado que presta à sua mãe dependente. Ela relata que recebe ajuda financeira da família que não reside no domicílio e informa que essa ajuda cobre as despesas de materiais e alimentos da idosa.

A cuidadora relata que recebe doação de fralda de uma vizinha próxima à sua residência.

Sáfira diz que recebe visita do Agente Comunitário de Saúde e que esse profissional busca medicação no posto de saúde quando é necessário e agenda a visita do médico e da enfermeira. A cuidadora informa que recebeu orientação da enfermeira do posto de saúde sobre os cuidados com a alimentação da idosa.

A cuidadora revela que é muito difícil ir para as atividades da Igreja, apesar dela gostar muito de participar dos eventos. Sáfira menciona que quando precisa sair solicita para que a filha, que não reside no domicílio, fique com sua mãe. Ela afirma que só pode sair quando a filha pode ficar com a idosa.

Sáfira refere que a dificuldade nos cuidados com a sua mãe surgem quando ela precisa carregar a idosa para realizar o banho, principalmente por conta do peso. A cuidadora informou que está doente, mas que precisa cuidar de sua mãe. Segundo ela, para vencer as

dificuldades no cuidado do idoso, procura prestar os cuidados com vontade e amor, além de buscar, por meio da fé (solicitando força de Deus), a superação nas dificuldades do dia a dia.

A cuidadora relata a necessidade de obter conhecimento sobre o melhor horário para banho de sol e como deve fazer para conduzir a idosa até o banheiro. A cuidadora diz que esse conhecimento a ajudaria a ter maior segurança nos cuidados com a sua mãe.

O zelo e a preocupação se fizeram presentes na entrevista de Sáfira, evidenciando o carinho imenso que ela sente por sua mãe.

### **Turquesa (Cuidadora)**

Turquesa, 54 anos, nasceu na zona urbana da cidade de Coari, Estado do Amazonas, é casada, possui ensino médio completo, católica, professora e possui uma renda familiar de quatro salários mínimos. É filha única de três irmãos (dois homens e uma mulher) e cuida de sua mãe há um ano. As atividades que desempenha no cuidado com a idosa são: a execução do banho, o auxílio à locomoção, o preparo e o oferecimento das refeições, a execução da vestimenta e a administração de medicamento.

Atualmente, sua mãe é dependente parcialmente, tem 94 anos, é viúva, possui o ensino fundamental incompleto e é aponsetada. A idosa precisa de alguém para ajudá-la no banho, que a auxilie na movimentação, alimentação e vestimenta. Turquesa relata que o motivo de sua mãe estar dependente é devido a sua idade.

Turquesa reside com duas pessoas no domicílio, sendo o esposo e sua mãe. A escolaridade do esposo (54 anos) é ensino superior completo. Em relação à ocupação, o marido é professor.

A cuidadora diz que a família tem uma relação normal com a idosa e a sua é boa. Ela informa que a relação com a tia e a sobrinha é de distância com a sua mãe. O marido tem uma relação de indiferença com sua mãe, segundo ela, o mesmo não tem proximidade e não conversa com a idosa.

A cuidadora informa que ocorreram mudanças em sua vida pessoal e profissional após a sua mãe se tornar dependente de seus cuidados, e que agora ela não tem mais tempo para se cuidar e não pode mais sair para participar de nenhuma atividade de comemoração no trabalho, porque tem de cuidar de sua mãe.

A cuidadora relata que sua rotina é do trabalho para casa. E outro fato de mudança na sua vida foi ter que abandonar o tratamento de sua saúde e deixar de trabalhar em um turno para cuidar da sua mãe.



Turquesa afirma que não recebe ajuda de nenhum familiar e que, às vezes, solicita ajuda do cônjuge para algumas atividades que exigem força, como a transferência da idosa da cama para o leito. Informa que conta com a ajuda da empregada doméstica, que assume a atividade de supervisão quando ela precisa ir para o trabalho. E, nos finais de semana, a cuidadora relata que recebe ajuda de um irmão que promove os cuidados com a idosa e algumas tarefas domésticas.

A cuidadora recebe visita de uma senhora da Igreja que faz oração em sua casa nos dias de sábado intercalados e diz que gosta muito dessa atividade. Em relação ao apoio emocional, a cuidadora conta com uma colega do trabalho, de quem ela pede aconselhamento frente às dificuldades nos cuidados com sua mãe.

Turquesa refere que recebe visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde e disse que sente falta de uma visita periódica dos profissionais de saúde, como o enfermeiro e o médico, e informa que não recebeu nenhuma orientação desses profissionais sobre os cuidados com sua mãe.

A cuidadora relata que não participa de nenhuma atividade social e de lazer porque não tem quem fique com sua mãe, mas sente vontade de participar. Turquesa informa que não tem arrependimento de ter assumido essa tarefa de cuidar de sua mãe e ainda diz que vai cuidar da idosa até o fim de sua vida.

A cuidadora afirma que o único contato que ela tem com outras pessoas é na escola onde trabalha e que esse é o único horário que ela tem para “respirar” e conhecer novas pessoas.

Ao falar das dificuldades, Turquesa refere-se aos momentos em que ela precisa carregar a idosa para colocá-la na cama ou leva-la para o banheiro, principalmente em relação ao peso. A cuidadora afirma que sente dores nas costas quando realiza essas atividades. Ela informa que busca, através da fé em Deus, superar as dificuldades no cuidado com sua mãe.

A cuidadora relata a necessidade de obter conhecimento sobre como realizar um banho no leito, como se deve posicionar no leito e realizar a transferência da cama para a cadeira.

A sobrecarga ficou evidente no relato da cuidadora Turquesa, além da fragilidade dela, facilmente detectada pelo seu olhar cansado e pela falta de cabelo devido a uma doença ocasionada pelo estresse. O choro se fez presente ao longo de sua entrevista ao relatar as dificuldades que vivencia no cuidado com sua mãe.

### **Amazônita (Cuidadora)**

Amazônita, 50 anos, nasceu na zona urbana da cidade de Coari, Estado do Amazonas, é casada, tem o ensino fundamental incompleto, evangélica, possui uma renda familiar de três salários mínimos. Ela cuida de sua irmã há 7 meses e dedica-se integralmente aos cuidados com a idosa. As atividades que a cuidadora desempenha no cuidado com a idosa são: a execução do banho, o preparo e oferecimento das refeições, o auxílio na vestimenta, a transferência, a movimentação, a realização da mudança da posição, administração da medicação e a troca da fralda da idosa, que possui incontinência urinária e fecal.

Atualmente, sua irmã é altamente dependente, tem 62 anos, é solteira e possui ensino fundamental incompleto. A idosa não anda, precisa de alguém para lhe dar banho, ajudá-la a vestir-se e alimentar-se, mudá-la de posição, possui incontinência urinária e fecal. Amazônita diz que o motivo da idosa estar nessa condição de dependência surgiu após um desmaio no roçado no interior de Coari, pois a partir dele a idosa não conseguiu mais andar e nem se movimentar.

A cuidadora reside com cinco pessoas, sendo duas filhas, um neto e o seu esposo, além da sua irmã dependente. A escolaridade dos membros familiares é ensino superior incompleto para as filhas e o esposo não tem formação escolar. Em relação à ocupação profissional, o esposo é vigia e as filhas são estudantes universitárias.

Amazônita informa que tem responsabilidade em cuidar das tarefas domésticas, do esposo, das filhas e da irmã que está dependente. E ainda informa que uma das mudanças que aconteceu na sua vida foi ter que se dedicar exclusivamente ao cuidado de sua irmã.

A cuidadora relata que a família tem uma relação de carinho e amor e a sua é de carinho. Quanto à relação com suas irmãs é boa e de respeito.

A cuidadora revela que recebe ajuda das filhas nas atividades domésticas e nos cuidados com a idosa. Em relação ao apoio emocional, ela conta com a filha mais velha para conversar e pedir aconselhamento quando fica estressada. Amazônita também afirmou que não tem apoio financeiro da família.

Amazônita recebe apoio dos membros da Igreja, que fazem oração em sua casa. Esses membros dedicam parte do tempo da visita escutando a cuidadora e realizando orações. Ela informa que recebe doação de fraldas de uma amiga da sua filha.

A cuidadora recebe visita da equipe do posto de saúde diariamente, principalmente da enfermagem, responsável por fazer o curativo de sua irmã. O médico costuma realizar o atendimento no domicílio uma vez ao mês.

Amazônita relata que gosta de conversar com os amigos e vizinhos, mas é difícil fazer essa atividade porque ela tem de cuidar da irmã.

A cuidadora refere ter dificuldades nos cuidados com sua irmã na realização da transferência da cadeira para a cama e na condução da idosa até o banheiro. A cuidadora informa que não tem condições de carregar a idosa e pede sempre ajuda de seu esposo. Outra dificuldade relatada pela cuidadora é que ela não sabe como fazer o curativo da idosa. Informa que busca, por meio da ajuda da família, superar as dificuldades no cuidado com sua irmã.

A cuidadora relata a necessidade de informações sobre os cuidados que presta a sua irmã como: o melhor horário da medicação, posicionamento da idosa na cama e os cuidados com a alimentação.

O amor é a marca registrada dos relatos de Amazônita, que evidenciou em sua entrevista todo o carinho e zelo na prestação do cuidado a sua irmã.

#### **7.4 Configuração da rede familiar frente ao cuidado do idoso dependente**

A configuração da rede familiar frente ao cuidado do idoso dependente foi analisada com base na estrutura da rede familiar, das relações familiares e da rede de apoio como fonte de apoio advindas dos depoimentos dos cuidadores.

##### **7.4.1 Estrutura da rede familiar**

A rede familiar da maioria dos cuidadores entrevistados possui a estrutura de família extensa, que em sua composição possui no mínimo três e no máximo treze pessoas, residindo no mesmo domicílio do cuidador, incluindo três ou quatro gerações. A quase totalidade desses cuidadores são mulheres, que cuidam de pai, mãe, irmã, esposo, sogro e avó. Apenas um cuidador é do sexo masculino que cuida de sua mãe.

A idade de maior concentração dos cuidadores entrevistados era entre 32 a 46 anos. É importante destacar que um dos cuidadores possui idade superior a 60 anos, neste caso, tem-se um idoso cuidando de outro idoso. Já a faixa etária dos familiares dos cuidadores mostrou-se bastante ampla, estendendo-se dos quatro meses a 56 anos, com maior concentração entre 21 a 56 anos, constituindo-se, em sua maioria, de filhos com predominância do sexo feminino. Já os mais novos são netos e filhos adolescentes dos cuidadores. Em se tratando da cuidadora idosa, os bisnetos também compõem a rede familiar.

Grande parte das cuidadoras é divorciada e mora com os filhos, noras, genros e netos. Já as que são casadas residem com o cônjuge, filhos e netos, além de uma sobrinha adolescente que coabita com uma das cuidadoras deste estudo.

No que se refere ao nível de escolaridade dos cuidadores, grande parte possui o ensino fundamental incompleto, mostrando um baixo grau de formação. A ocupação desses entrevistados, ou melhor, das cuidadoras, resume-se a merendeira e donas de casa. Apenas uma cuidadora é professora. A maioria dos cuidadores não trabalha fora e se dedica integralmente ao cuidado dos idosos.

Os idosos cuidados pelos participantes deste estudo, em sua maioria, são mulheres, viúvas, com idades entre 62 a 101 anos, com maior concentração na faixa etária acima de 80 anos, analfabetas e aposentadas.

Em relação ao comprometimento da capacidade funcional dos idosos, cinco encontram-se em situação de dependência total e seis em dependência parcial para realização das AVDs.

#### 7.4.2 Relação familiar com o idoso

A relação familiar com o idoso aparece nos relatos dos entrevistados, em alguns casos, como uma relação de carinho, amor e respeito, que favorece o processo de cuidado e gera uma relação de harmonia; e em outros, como uma relação de indiferença e distanciamento, o que dificulta o processo de cuidado.

Na família de Citrino e Esmeralda, a relação dos filhos com o idoso é de carinho e amor. Todos se envolvem através de gestos, toques e demonstração de carinho. Esse sentimento, nesse contato ou na tarefa de cuidar, envolve a aceitação e a compreensão da situação do familiar dependente e ainda busca valorizar a pessoa que está sob cuidados, levando-o a se sentir amada pela família:

*“[...] gostam muito dela [...] abraçam e beijam [...]” (Citrino)*

*“[...] têm muito cuidado [...] e gostam muito de cuidar dela [...]” (Esmeralda)*

Na família da Amazônita, as filhas e o esposo têm uma relação de carinho e amor com sua irmã sob cuidados. As filhas demonstram, através do ato de cuidar, o carinho e o amor à idosa e o esposo, trata-a muito bem. Essa relação é de extrema importância para o cuidador e

para o idoso sob cuidados, porque fica nítido o apoio da família, o que pode se tornar um componente positivo para o enfrentamento das dificuldades diárias no cuidado pelo cuidador:

*“[...] a minha família trata bem, tem carinho e amor [...] cuida [...] bastante dela [...]” (Amazônita)*

Berilo relata que a sua família tem uma relação boa com a sua mãe, o que favorece a criação de um ambiente agradável e de união familiar. Ele afirma que sua esposa tem uma relação de proximidade e de carinho com sua mãe; e os seus filhos, através de seus atos, demonstram carinho pela avó. Esses filhos são criados em um ambiente de harmonia entre os pais, respeito para com o próximo e, principalmente, de valorização dos mais velhos, em uma educação embasada na importância da família. Assim, essa relação é fundamental para que a idosa se sinta querida por todos os membros da família:

*“[...] sempre tivemos uma boa harmonia [...] e hoje, meu Deus, o que seria de mim, sem a minha esposa né? [...] é muito carinhosa, muito mesmo [...] os meus filhos são muito carinhosos [...] de vez em quando [...] vão lá, dão um abraço e um beijo [...] mas [...] são muito carinhosos, graças a Deus [...]” (Berilo)*

Na família de Topázio, Cristal, Ágata e Pérola todos tratam o idoso sob cuidados com muito respeito. Filhos, netos e bisnetos têm uma relação de proximidade, em que todos interagem por meio da ajuda ou solicitação do idoso, bem como há uma clara demonstração de preocupação em relação ao dependente. Sendo que, essa relação é importante para o bem-estar do ente querido e de uma grande ajuda para o cuidador:

*“[...] trata bem, né? Meus meninos tratam [...] bem, respeitam [...] tudinho [...] gostam muito do avô [...] se preocupam muito com o avô deles [...] respeitam [...] não ficam com ignorância” (Topázio)*  
*“[...] bem, todo mundo aqui respeita [...] e faz o que a mãe (idosa) pede [...] não maltrata não [...]” (Ágata)*  
*“[...] É aqui é bem. Na minha casa é bem [...] bem porque nenhum maltrata [...] bisneto nenhum maltrata [...] nem neto e nem bisneto [...]” (Cristal)*  
*“[...] Nossa relação é boa, graças a Deus [...] as meninas trata [...] com respeito [...]” (Pérola)*

Já na família de Turquesa, a relação do cônjuge com a sua mãe dependente é de indiferença, o mesmo não tem uma proximidade e não conversa com a idosa. Segundo a cuidadora, o marido não procura ter contato com a sogra, não busca saber como ela está, e muitas vezes, parece que a idosa não existe para ele. Essa relação faz com que a cuidadora sinta falta de uma maior participação do marido, havendo a possibilidade de a idosa se sentir rejeitada pelo genro, já que mora com o casal:

*[...] meu marido vai ao quarto dela [...] mas não é uma pessoa de ir lá conversar [...] né [...] perguntar como a mamãe está [...] como é que está a senhora? [...] como amanheceu? [...] o que a senhora quer comer hoje? [...] assim não [...] (Turquesa)*

Na família de Ágata e Pérola, a relação dos filhos com o idoso é distante. A cuidadora Ágata relata que existe uma irmã que mora na cidade e que não vem visitar o pai, mantém-se distante. Em certo momento, a cuidadora, bastante aborrecida, afirma que qualquer dia vai levar o idoso até o trabalho da irmã, porque ele sente muita saudade dela. A cuidadora Pérola afirma que os outros filhos nunca têm tempo para visitar o pai e quando têm tempo não visitam, fato esse que a deixa muito chateada:

*“[...] tem dois filhos, né [...] um rapaz mora em Manaus [...] desde quando [...] adoeceu os filhos nunca vieram ver, né [...] e aí nunca mais sequer deram notícias, e tem outra a minha irmã que trabalha no mercado, mas faz um ano que não vem aqui, então eu não sei por que [...] não veio mais [...] até eu falei que eu ia colocar o papai numa cadeira (cadeira de rodas) e pagar uma pessoa para leva-lo lá no trabalho dela [...] pra [...] ver que eu tenho coragem [...] o meu pai [...] tem muita saudade de ver e [...] gosta muito dela [...] e [...] não vem aqui e nem sequer ajuda [...] nunca veio [...]” (Ágata)*  
*“[...] trabalham, não têm tempo de estarem aqui, né [...] e o tempo que têm [...] não vêm, então porque não querem, né, [...] tão sabendo que tá aqui, não vêm, e eu também não mando chamar [...]” (Pérola)*

A tia e a sobrinha de Turquesa possuem um relacionamento distante com a sua mãe. Conforme a cuidadora, o distanciamento aconteceu após a mãe ficar doente e passar a precisar de alguns cuidados. A partir desse momento, elas não foram mais visitá-la como antes e, muito menos, buscam informações sobre a idosa e a cuidadora. A cuidadora afirma que sente falta dessa visita:

*“[...] olha, eu tenho uma tia [...] e uma sobrinha [...] que mora bem aqui, no fundo do meu quintal [...] aí depois que a minha mãe tá aqui [...] vai fazer um ano [...] que [...] vieram aqui [...] mora bem aqui né, eu acho assim, que [...] deviam visitar mais eu [...] porque [...] sabe [...] que eu [...] não posso visitar [...] e não vêm me visitar [...]” (Turquesa)*

A cuidadora Esmeralda relata que a sua irmã, que mora na mesma rua onde mora sua mãe, mantém-se distante da idosa, não busca informações e não visita a mãe, assim como os outros irmãos que moram na mesma cidade. A cuidadora afirma que sente falta de todos juntos, principalmente em relação à ajuda nos cuidados com a idosa.

*“[...] não vem [...] não vem cuidar [...] ninguém vem cuidar dela [...] não tem [...] ninguém chega aqui e pergunta como é que está à mamãe, como a mamãe amanheceu [...]” (Esmeralda)*

Assim, pode-se perceber que a relação de indiferença e distanciamento familiar a que o idoso é submetido pode dificultar o processo de cuidado, porque o cuidador acaba se sentindo sozinho nesse processo, o que possivelmente acarreta sentimentos não agradáveis no cuidado e acaba interferindo, de alguma forma, a tarefa de cuidar do idoso.

#### 7.4.3 Relação familiar com o cuidador

A relação familiar com o cuidador é de fundamental importância para compreender o contato e o envolvimento no processo de cuidar do idoso dependente. A forma como essas percepções são demonstradas, por meio de atitudes e comportamentos, parece determinar o tipo de relacionamento entre os irmãos, tia e cunhado dos cuidadores deste estudo. Nas entrevistas, foram detectadas algumas relações conflituosas, ocasionadas, em alguns casos, pela não aceitação da cuidadora, pelos maus-tratos, desentendimentos em função ao desrespeito para com o idoso e a não aceitação da necessidade de cuidado contínuo.

Na família de Citrino, o desentendimento com os irmãos se configura em não aceitar que a cuidadora seja responsável pelo cuidado com a sua mãe dependente e também que ela conviva na mesma casa que a idosa. Este acontecimento acaba deixando a cuidadora bastante irritada com os irmãos, e a demonstração dessa chateação fica evidente nos conflitos e brigas. Assim, a cuidadora sente-se sozinha no processo de cuidado, pois os irmãos não compreendem a sua situação e não compartilham dos sentimentos que a afligem:

*“[...] porque eu moro com minha mãe [...] meus irmãos não gostam de mim, eu tenho pouca conversa [...] e [...] gostam de falar [...] que eu quero mandar em tudo [...] tem um que nem fala comigo, eu não me dou bem com meus irmãos [...]”  
(Citrino)*

Outro grande causador de conflitos é a não aceitação que um dos irmãos participe do processo de cuidar de sua mãe. Conforme relata Sáfira, ela não aceita que o irmão cuide porque ele, no passado, maltratava-a e usufruía do dinheiro de sua aposentadoria. As constantes brigas entre os familiares podem ser responsáveis por danos psicológicos à idosa, o que também pode interferir diretamente no processo de cuidado:

*“[...] eu só tenho um irmão, esse que a minha mãe morava lá. Esse meu irmão judiava muito dela [...] maltratava muito minha mãe. [...] não queria cuidar dela [...] só tinha interesse pelo dinheiro dela e [...] passava necessidade [...] mas a minha relação com os outros irmãos é boa [...]” (Sáfira)*

Na família de Topázio, o desentendimento acontece em função do desrespeito para com o idoso pelo próprio filho. Segunda a cuidadora, o cunhado sempre está bêbado quando visita o sogro, o que ocasiona conflitos com o seu marido, e ela, muitas vezes, acaba se envolvendo nas discussões para evitar brigas. O fato do cunhado de Topázio sempre ir embriagado visitar o idoso pode ser um mecanismo de defesa do próprio indivíduo, que pode não ter coragem para enfrentar a situação de dependência de seu pai. Na visão de Topázio, o cunhado não tem respeito com o pai:

*“[...] assim é esse que mora bem ali né, às vezes quando [...] bebe, né, [...] vem aqui [...] gosta de vir bêbado aqui, aí eu me meto, começo a falar, né, que não é pra [...] tá perturbando o pai dele [...] o problema é só com esse filho dele né, bebe muito, quando bebe muito só serve de vir pra cá [...] aí quando, às vezes, meu marido fala, né [...] acontece a discussão [...] a briga [...] o desentendimento com a família [...]” (Topázio)*

Na família de Rubi, o conflito entre as tias se configura na não aceitação do cuidado da avó por 24 horas. Segunda a cuidadora, ela cuida da avó durante o dia para que sua tia possa trabalhar, mas recusa-se a cuidar da avó durante a noite, porque já cuida da sua mãe também e se sente sobrecarregada. E já outras tias cobram que ela assuma os cuidados integrais pela avó, já que não tem marido e nem filhos pequenos. Porém, a cuidadora acha que não é justo que ela cuide integralmente da avó já que também têm de ficar com a sua mãe que requer cuidados e que as tias têm condição de assumir as tarefas e cuidar de sua avó:

*“[...] a minha tia [...] que dorme com [...] a vovó [...] a minha relação [...] não é das melhores [...] porque além de eu passar o dia [...] quer que eu passe a noite também [...] aí fica muito cansativo [...] como eu não reparo [...] fica chateada [...] já as outras tias [...] acham que é minha a obrigação de cuidar [...] dela (idosa) porque eu não tenho marido e meus filhos já estão grandes [...]” (Rubi)*

#### 7.4.4 Rede familiar: fonte de apoio

A rede familiar aparece nas entrevistas também como fonte de apoio ao cuidador no cotidiano do cuidado. Neste estudo, o apoio relacionado à ajuda ao cuidador no processo de cuidado ao idoso nas Atividades da Vida Diária - AVD é considerado como apoio instrumental; o apoio emocional é aquele advindo do acolhimento pelos familiares; o apoio nas despesas com o cuidado ao idoso, no sentido de conceder ajuda em dinheiro, chamamos de apoio financeiro.



Os cuidadores relatam que recebiam apoio dos familiares no cuidado ao idoso nas AVDs, em sua maioria de filhos, seguidos de sobrinha e nora. Esse apoio dos filhos estava somente relacionado às atividades que exigiam força, como a transferência e a mobilização do idoso. Enquanto a ajuda das filhas, sobrinha e nora eram voltadas às atividades relacionadas ao cuidado do idoso, como alimentação, banho e transferência:

*“[...] minha filha [...] ajuda a levantar [...] ajuda levantar da cadeira [...] pra tomar banho [...] leva a merenda [...] leva para dar almoço [...]” (Pérola)*  
*“[...] agora pela manhã só é essa [...] minha filha de [...] 16 anos e o [...] filho de 19 anos (filho) que carrega [...] dá banho, toma conta dela [...]” (Citrino)*  
*“[...] descer ali na escada na hora de dar banho nela, que eu tenho que descer a escada [...] meu filho [...] me ajuda [...]” (Esmeralda)*  
*“[...] minha filha caçula né, faz a comida dá merenda [...]” (Sáfira)*  
*“[...] dá banho nela, faz o almoço dela, merenda [...] me ajudam bastante [...]” (Amazônita)*

O marido aparece como fonte de apoio muito valorizada pelas cuidadoras casadas, principalmente na ajuda em relação às tarefas de cuidar do idoso. A cuidadora Turquesa relata que seu marido presta um auxílio pontual no cuidado a sua mãe, principalmente em atividades que exigem força. Já Topázio afirma que o apoio do marido se concentra, principalmente, em relação ao banho, sendo essa sua grande ajuda em relação ao cuidado com o idoso.

*“[...] o meu marido [...] ajuda também, assim no caso de querer colocar [...] a mamãe [...] no meio da cama [...] pega nas pernas aqui [...] aí pego por aqui, solta mais no meio para poder deitar [...] às vezes [...] dá água para mamãe [...]” (Turquesa)*  
*“[...] meu marido [...] que dá o banho [...] eu cuido da comida [...] alimentação [...] dou o almoço [...] dou jantar [...] a merenda dele, tudinho, né [...]” (Topázio)*

Um cuidador conta com a ajuda de seu filho e da esposa nas tarefas de cuidar da idosa. Conforme Berilo, ele recebe ajuda do filho adolescente nas tarefas de transferência e locomoção da idosa, enquanto que sua esposa assume as tarefas domésticas e, em sua ausência, assume também os cuidados com a sua mãe dependente, exercendo o papel de cuidadora secundária:

*“[...] o de 14 anos, o adolescente [...] já ajuda a gente a tirar do leito, colocar na cadeira de banho, levar até o local de banho [...] no banheiro ou aqui na varanda [...] também já oferece uma água, e quando a gente pede [...] ajuda também dando uma medicação. A minha esposa é meu braço forte [...] faz todas as refeições e, quando não estou [...] cuida dela [...]” (Berilo)*

Outro apoio que os cuidadores relataram foi em relação à ajuda nas tarefas domésticas pelos familiares. Desses familiares, foram citadas as filhas e a nora, que compartilhavam com os cuidadores as atividades de organização e limpeza do ambiente. Assim contribuindo para diminuir a sobrecarga de trabalho do cuidador, deixando-o exclusivamente para as atividades referentes ao cuidado direto com o idoso:

*“[...] enquanto eu tô dando banho nele [...] minha filha [...] tá cuidando da casa [...] faz [...] o almoço pra colocar na mesa e dou pra ele [...] aí a gente se divide assim [...]” (Pérola)*

*“[...] minha nora [...] faz o almoço, limpa a casa [...] e eu cuido dele [...]” (Ágata)*

*“[...] a minha menina já varre a casa, né [...] me ajuda e, às vezes, quando não lavo roupa [...] ela lava [...]” (Topázio)*

*“[...] eu dou banho nele [...] minha filha [...] tá cuidando da casa [...]” (Pérola)*

As cuidadoras Rubi e Amazônita mencionaram o apoio advindo dos familiares quando elas precisam se ausentar do domicílio para resolver questões financeiras, como receber proventos do idoso, realizar compras ou visitar um parente. A responsabilidade da tarefa de cuidar do idoso, nesses casos, é designada, na maioria das vezes às filhas, como fica evidente nas falas a seguir:

*“[...] meus filhos ficam [...] com a avó [...] quando eu preciso sair [...] e quando a vó [...] precisa de alguma coisa [...] chama um deles [...] e [...] servem ela [...] meus filhos têm aquele cuidado de não sair pra não deixar ela só, enquanto eu não chego [...]” (Rubi)*

*“[...] minha filhas [...] fazem o mesmo serviço que eu faço, o mesmo que eu cuido dela quando eu saio [...] dão o banho nela [...] fazem o almoço dela, merenda, fazem tudo [...] e me ajudam bastante [...]” (Amazônita)*

Outro fato verificado no estudo foi à participação de empregadas domésticas no apoio instrumental ao cuidador familiar. Duas cuidadoras contavam com o apoio de empregada doméstica, que assumia a atividade de cuidar da casa e, em alguns momentos, contribuía com a atividade de cuidar do idoso, principalmente na ajuda de transferência, na mobilização, na supervisão e na administração de medicamento. A presença desse apoio, por parte das empregadas, proporcionava às cuidadoras a possibilidade de ir trabalhar fora:

*“[...] a pessoa que trabalha aqui em casa [...] fica cuidando dela [...] mas aí a [...] mamãe [...] fica deitadinha, é só para ver [...] dar água [...] quando eu saio para trabalhar [...]” (Esmeralda)*

*“[...] a moça [...] me ajuda ficando com ela para eu trabalhar [...]” (Turquesa)*

Verificou-se apenas um caso de uma cuidadora que relata receber auxílio pontual do irmão, que não reside no domicílio, mas que comparece aos finais de semana para desempenhar atividades domésticas e alguns cuidados para com a sua mãe dependente. Conforme a cuidadora, os outros irmãos não oferecem nenhum apoio no cuidado ao idoso e ela relata que se cada um fizesse sua parte, não haveria sobrecarga para uma só pessoa:

*“[...] da minha família não tenho [...] quem ajuda é meu irmão [...] varre a calçada [...] fica comigo aqui [...] faz tudo [...] dá merenda pra mamãe [...] faz as coisas pra [...] comer [...] se cada um fizesse a sua parte não ficava pesado só pra uma pessoa [...]” (Turquesa)*

Já Esmeralda e Amazônita relatam que não recebem apoio das irmãs nos cuidados ao idoso. Conforme as cuidadoras, as irmãs se ausentaram da responsabilidade de cuidar do idoso e não têm contato com os mesmos, o que deixa evidente o abandono dos demais familiares:

*“[...] nós somos três irmãs, uma mora em Manaus e outra mora aqui nessa rua [...] muito difícil [...] não tem nenhum [...] para me ajudar [...]” (Esmeralda)*  
*“[...] tenho duas irmãs que moram aqui perto [...] não ajudam e [...] ninguém vem aqui [...]” (Amazônita)*

Em relação ao apoio emocional, os cuidadores Berilo, Amazônita e Esmeralda contam com apoio, por meios das conversas e desabafos, como forma de expressar seus sentimentos com relação aos cuidados que são prestados aos seus entes queridos. Nesses casos, os membros da rede familiar que prestavam esse apoio eram os filhos e o cônjuge. Assim, os cuidadores se sentem acolhidos pelos seus familiares em momento de tristeza e angústia:

*“[...] a única pessoa que tem me acompanhado é minha esposa, eu choro pra ela meus sentimentos [...] é a única pessoa que tem dado um apoio psicológico [...]” (Berilo)*  
*“[...] é minha filha mais velha, que mora comigo, nós conversamos muito [...]” (Amazônita)*  
*“[...] o meu filho mais velho, porque [...] me dá mais apoio, conversa comigo [...]” (Esmeralda)*

A cuidadora Pérola, em sua entrevista, relata a importância de ter um momento para desabafar. Segundo ela, o desabafo é uma maneira de compartilhar os sentimentos com alguém, principalmente o isolamento e a angústia vivenciados no processo de cuidar, e mostra a necessidade da conversa como uma forma de atenção e distração dos problemas vivenciados. Ela afirma que é muito importante ter alguém para oferecer esse apoio, que não seja só fisicamente, mas também no aspecto emocional. Assim, esse apoio que é oferecido

pela família ao cuidador tem relevância para diminuir alguns sentimentos desagradáveis (tristeza, angústia e preocupação), que comumente estão envolvidos nesse processo de cuidar de um parente querido na condição de dependência, além de ajudar a evitar a sobrecarga emocional e a solidão, como mostra a seguir:

*“[...] desabafar com outra pessoa é muito bom, você não fica prendendo aquilo dentro de você sozinha, você não fica lutando com aquilo também ali sozinha, você tá dividindo com outro nem que seja somente o assunto. Pode não tá sendo dividido em braço fisicamente, fazendo força com a mão, lutando, mas em assunto você fica se dividindo, e é bom assim [...]” (Pérola)*

Outro apoio advindo da família é o financeiro. A cuidadora Cristal afirma que recebe ajuda do filho mais velho através da doação de alimentos e diz que, quando necessita de dinheiro para as despesas com a sua mãe dependente, ela solicita do mesmo. Assim, percebe que os familiares oferecem esse apoio na tentativa de diminuir as despesas com o idoso:

*“[...] o meu filho [...] ele me ajuda na alimentação [...] e se preciso do dinheiro vou lá [...] tu tem [...] tanto para me emprestar [...] pra me dar [...] ele me dá [...]” (Cristal)*

As cuidadoras Esmeralda e Sáfira relatam que dispõem de ajuda financeira dos irmãos. Esmeralda recebe ajuda da irmã quando precisa dividir despesas na compra de um material necessário para o cuidado com a sua mãe e Sáfira recorre ao irmão quando necessita de dinheiro para comprar fraldas para a idosa, como mostra a seguir:

*“[...] só a minha irmã de lá de Manaus quando eu pedi [...] para comprar o colchão de água [...] aí eu dei uma parte e [...] deu outra [...] mas dos outros irmãos não tenho apoio [...]” (Esmeralda).*  
*“[...] eu ligo [...] e digo que eu não tenho dinheiro [...] para comprar fralda pra mamãe [...] fica doidinho [...] e me dá” (Sáfira).*

Deve-se destacar que a maioria dos cuidadores familiares não recebe apoio de recurso financeiro da família e acaba utilizando a aposentadoria do idoso dependente para pagar as despesas dos materiais necessários para o cuidado.

## **7.5 Configuração da rede social frente ao cuidado do idoso dependente**

A rede social, neste estudo, configura-se como apoio de vizinhos, amigos e grupo religiosos e/ou advindo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os primeiros, consideramos como rede informal e a rede composta pela estrutura organizacional formal, neste caso, proveniente do Serviço de Saúde.

Os vizinhos e amigos se fazem presente nos relatos dos cuidadores familiares como fonte de apoio através da visita, da ajuda material e do apoio através da conversa. As visitas dos vizinhos foram relatadas como importante fonte de apoio, demonstrando que essas pessoas se importavam com a situação do idoso, bem como ofereciam ao cuidador palavras de estímulo e incentivo para a tarefa de cuidar. Conforme demonstrado nos depoimentos a seguir:

*“[...] os meus vizinhos também sempre vêm [...] ver [...] a mamãe [...] e [...] sempre perguntam dela [...]” (Esmeralda)*

*“[...] os vizinhos [...] vêm visitar [...] ela [...] aí vêm com a gente [...] poxa o que você está fazendo com sua mãe é muito bom [...] você vai ser recompensado não por ela [...] mas Deus vai dar recompensa [...]” (Berilo)*

Outra forma de apoio oferecida pelos vizinhos foi mencionada pela cuidadora Cristal; a mesma procura a vizinha para conversar como uma forma de distração, e ainda afirma receber ajuda de alimentos da mesma. Esse tipo de contato é importante, pois faz uma diferença significativa para o cuidador poder contar com o vizinho quando necessita expressar seus sentimentos ou de alguma ajuda material:

*“[...] aí eu vou lá e a gente começa a conversar muito mesmo, às vezes [...] a minha vizinha [...] me ajuda, né, [...] me dá [...] alimentação [...]” (Cristal)*

A cuidadora Pérola informa que também recebe ajuda de alimentos da vizinha que mora próximo a sua casa. O sentimento de solidariedade da vizinha com a cuidadora, através da doação de alimentos à idosa contribui para amenizar as despesas que a cuidadora tem no processo de cuidar do familiar dependente:

*“[...] essa mulher aqui do lado [...] minha vizinha [...] tem me dado muitas coisas [...]” (Pérola)*

O cuidador Berilo relata que recebe mensagem por telefone de uma amiga, que procura saber como ele está se sentido e também busca informações sobre a sua mãe. Ele ainda informa que tem muitos colegas e amigos com os quais não tem mais contato, e afirma que ninguém o procura para perguntar como ele está emocional ou psicologicamente:

*“[...] sempre pergunta como estou por telefone [...] quase todos os dias [...] mandava mensagem [...] é a única pessoa que não esquece de mim [...] mas temos uma série de colegas e amigos [...] que a gente nem ouve [...] assim [...] um como tá sentindo [...] como tá hoje a tua cabeça [...]” (Berilo).*

O apoio advindo dos grupos religiosos também foi referido pelos cuidadores familiares, como as orações, conversas e a ajuda financeira. Os cuidadores Esmeralda, Amazônita e Berilo relataram que recebem visitas de membros de sua congregação, em que relatam suas angústias e preocupações do dia a dia. A participação de grupos religiosos pode proporcionar ao cuidador um envolvimento maior com pessoas que lhe ajudem a se sentir melhor e amenizar o estresse:

*“[...] da igreja vêm às pessoas eleitas, né [...] dão hóstia [...] a gente se reúne de repente sabe, converso [...] bastante” [...]” (Esmeralda)*  
*“[...] tenho apoio [...] da igreja [...] os irmãos da igreja fazem a oração e reúnem aqui em casa e [...] eu desabafo com eles [...] tenho esse apoio [...]” (Amazônita)*  
*“[...] dos irmãos [...] temos recebido sempre uma visita, uma palavra de conforto, uma palavra de ânimo e de encorajamento [...]” (Berilo)*  
*“[...] vem uma senhora [...] dia de sábado [...] reza um pouco aqui com nós [...] duas [...] prega a palavra de Deus e dá a hóstia pra gente [...] pra mim e pra [...] mamãe [...]” (Turquesa)*

Outra forma de ajuda advinda dos grupos religiosos é o apoio financeiro. Segundo Berilo, ele recebe uma ajuda financeira da congregação onde ocupa um cargo. Esse apoio financeiro é utilizado para comprar fraldas, alimentos e medicação para a sua mãe, que é dependente:

*“[...] temos um apoio financeiro da igreja [...] a gente usa para comprar as fraldas [...] a alimentação dela [...] a medicação [...] e algumas coisas que faltam pra gente, né [...] a gente usa esse dinheiro porque [...] não estamos na ativa [...] a gente usa esse dinheiro naquilo que nós precisamos [...]” (Berilo)*

Em relação à rede social formal, Turquesa e Berilo relatam que o apoio advindo dos profissionais de saúde da rede básica costuma não ser uma visita de rotina e, muitas vezes, eles têm de solicitar, do serviço, a visita da equipe na residência, evidenciando assim a necessidade de uma periodicidade de programação da Equipe da ESF para o acompanhamento do idoso e do cuidador:

*“[...] o apoio [...] que eu tenho [...] é pouco [...] que é do posto de saúde daqui [...] vem somente duas vezes por mês [...] que vêm aqui [...]” (Turquesa)*  
*“[...] o apoio que nós recebemos é da unidade básica de saúde daqui do bairro [...] mas assim [...] nós fomos lá [...] e pedimos [...] um acompanhamento [...] do enfermeiro e do médico [...]” (Berilo)*

Os agentes Comunitários de Saúde, segundo os relatos dos cuidadores, prestam apoio através das visitas direcionadas aos idosos sob cuidados, pesando, medindo, levando medicação quando o cuidador não pode pegar. Nos depoimentos dos cuidadores a seguir, evidencia-se que estas visitas são periódicas e frequentes:

*“[...] vem visitar [...] sempre estão aqui visitando [...] pesando [...] perguntando [...] como tá [...] ver se tem alguma receita aqui [...] que eu não possa pegar o remédio [...] levam, pegam e vêm deixar [...]” (Cristal)*

*“[...] a agente de saúde [...] vem aqui [...] e se estou precisando de alguma coisa, um remédio [...] pega a carteira dele [...] e traz o remédio ou se não [...] traz a enfermeira [...] ou então [...] falo pra ela [...]” (Pérola)*

*“[...] passam [...] por aqui [...] dando a hidroclorotiazida, que [...] avó toma pra pressão [...] às vezes, eu não posso ir lá [...] agente de saúde traz o médico e a enfermeira aqui [...] mas dão muito apoio nessa parte aí, né [...] toda semana passa aqui [...]” (Rubi)*

O apoio advindo dos profissionais da ESF no cuidados ao idoso é pontual e que está relacionado à realização de curativo e orientação referente ao uso de medicação. Conforme Amazônita e Topázio relatam em seus depoimentos:

*“[...] as enfermeiras vêm [...] vêm visitar [...] fazem o curativo [...]” (Amazônita)*

*“[...] às vezes a enfermeira vem, né, conversa com [...] meu sogro [...] faz pergunta, vê o que [...] tá sentindo, se [...] tá precisando de algum remédio [...] explica tudinho na caixinha [...] cuida bem dele [...]” (Topázio)*

A cuidadora Citrino e Ágata informaram que não recebem periodicamente visitas dos profissionais de saúde. A primeira relata que, durante os dois anos que mora na comunidade, só recebeu um total de cinco visitas da enfermagem, não tendo a certeza de definição de técnico ou enfermeiro e da médica. Já Ágata relata que ultimamente as visitas da enfermeira se tornaram escassas:

*“[...] não, nunca veio [...] ninguém da casinha de saúde [...] vêm aqui [...] passam de quatro a cinco meses aí vêm ver como é que tá [...] a menina [...] agente de saúde [...] passa aí na porta e pergunta como é que ela tá [...] enfermeira acho que vieram durante esses dois anos [...] acho que veio umas cinco vezes e [...] o médico acho que veio três vezes [...]” (Citrino)*

*“[...] anteriormente, a enfermeira vinha [...] que era um amor de pessoa [...] sempre estava aqui toda semana [...] depois ficou escasso [...]” (Ágata)*

Assim, percebe-se, através dos relatos, que a equipe da ESF não está conseguindo ter uma rede estruturada para oferecer apoio a esses cuidadores com relação ao processo de cuidar do familiar na condição de dependência.

## **7.6 Recursos de superação das dificuldades no cotidiano do cuidado**

Neste estudo, percebeu-se a necessidade de falar primeiro das dificuldades enfrentadas pelos cuidadores e das repercussões do cuidado na vida deste, através dos seus relatos, para

que ficasse mais clara a apresentação dos recursos de superação utilizados pelos participantes desta pesquisa frente ao dia a dia do cuidado ao idoso.

As atividades que requerem força representam as de maior dificuldade para o cuidador deste estudo, principalmente aquelas em que há a necessidade de carregar, mobilizar ou transferir o idoso de lugar, como da cama para cadeira, bem como conduzi-lo até o banheiro. A cuidadora Esmeralda relata, em seu discurso, que o cuidado com a sua mãe dependente é difícil para uma só pessoa, porque é muito cansativo realizar algumas atividades que exigem força, levando à sobrecarga física nesse cuidado. Pérola, que cuida do seu esposo, faz referência ao peso como uma grande dificuldade no momento em que ela tem de promover os cuidados, bem como enxugá-lo após o banho e trocar a roupa:

*“[...] uma pessoa acamada só uma pessoa para cuidar é muito cansativo [...] tem muita dificuldade de locomover [...] carregar [...] transportar [...] principalmente na hora de dar banho [...] é isso aí que eu sofro [...]” (Esmeralda)*

*“[...] porque se fosse uma pessoa pequena, assim magra, dava pra gente fazer uma coisa assim com mais facilidade, mas um homem gordo [...] pra gente dar banho [...] enxugar [...] trocar a roupa [...] é a dificuldade maior que eu enfrento [...]” (Pérola)*

As cuidadoras Turquesa e Amazônita relatam, nas entrevistas, que a grande dificuldade é o peso do idoso e também a falta de ajuda de outra pessoa nesse cuidado. Fato mostrado a seguir:

*“[...] a minha dificuldade é o peso dela [...] pra mim [...] mover [...] de um canto pro outro [...] a dificuldade [...] é essa [...]” (Turquesa).*

*“[...] a dificuldade é que eu não posso carregar colocar na cadeira [...] levar para dar banho [...]” (Amazônita).*

Cristal, outra cuidadora, afirma, em seu depoimento, que sua dificuldade está relacionada a adquirir recursos financeiros para cuidar de sua mãe. Ela informa que a única renda da família é a ajuda do filho mais velho e a aposentadoria da idosa, já que ela não possui nenhuma fonte de renda, pois têm que cuidar da mãe:

*“[...] mais a financeira, né [...] é porque eu não posso trabalhar e não estou trabalhando [...] o dinheiro que entra dentro de casa só é o dela e do meu filho que trabalha de ajudante de pedreiro [...] dificuldade é essa [...] porque não tem salário [...] eu não sou aposentada [...] eu não posso sair para trabalhar fora [...]” (Cristal).*

Além da dificuldade financeira, Cristal relata uma dificuldade relacionada às suas próprias limitações, pois ela, muitas vezes doente, tem de cuidar da mãe idosa. Assim, o



cuidador doente pode agravar o seu quadro clínico ao se dedica aos cuidados contínuos com o idoso dependente:

*“[...] tem vez que passo de dois a três dias quase me arrastando com reumatismo [...] pressão alta [...] gastrite [...] isso que é [...] minha dificuldade, quando eu estou ruim [...] aí vou me arrastando, mas eu vou [...] gemendo, às vezes [...] eu vou fazer [...]” (Cristal)*

Já Berilo relata que sua dificuldade está relacionada à necessidade contínua de cuidados por parte de sua mãe dependente, que o levou, inclusive, a dormir no mesmo quarto que ela para supervisioná-la, além de ter de trocar, por várias vezes, a fralda dela durante à noite. Segundo o cuidador, a dedicação exclusiva a esse cuidado acaba diminuindo a intimidade dele com sua esposa. Ele ainda revela que, muitas vezes, deixa de viver a sua vida para viver a vida de sua mãe. Assim, a pessoa que cuida do idoso dependente por um longo tempo se desgasta física e emocionalmente, pois todo ser humano necessita ter uma vida própria e não viver a vida do outro:

*“[...] a dificuldade é que eu não durmo no meu quarto, né, junto com a minha esposa, durmo lá do lado dela [...] o dia é a mesma coisa, [...] deixo de viver a minha vida para viver o momento que a [...] mamãe está precisando de mim [...]” (Berilo)*

Outra dificuldade que também foi evidenciada na entrevista de Berilo foi a não aceitação da condição de dependência da sua mãe:

*“[...] só de ver [...] no leito é uma dificuldade muito grande [...] é muito difícil de ver [...] dessa forma [...]” (Berilo)*

Percebe-se que a saúde do cuidador pode ser comprometida pela exposição à sobrecarga física no exercício da função de cuidar do idoso, trabalho esse que, muitas vezes, ele realiza sozinho, gerando um desgaste físico que pode favorecer o surgimento de doenças.

#### 7.6.1 Recursos de superação dos cuidadores

Entre os recursos de superação dos cuidadores familiares no cotidiano do cuidado aos parentes dependentes, foram citadas as práticas religiosas, que incluem a fé e a oração, bem como o amor e a ocupação, que são utilizados pelos familiares para vencer as dificuldades decorrentes do processo de cuidar.

Os relatos dos cuidadores familiares citavam a religiosidade como apoio no sentido de buscar em um ser superior a força, a coragem e a paciência para superar as dificuldades e auxiliar no enfrentamento das aflições no cuidado do ente dependente. Essa é uma estratégia utilizada pelos cuidadores para vencer a difícil tarefa de cuidar de um familiar dependente e também de ajuda para enfrentar as angústias e os estresses do dia a dia, conforme demonstrado nos depoimentos a seguir:

*“[...] toda hora eu peço no meu trabalho, em casa, que Deus me dê força, ajuda e coragem [...]” (Citrino).*

*“[...] eu tenho um Deus [...] nele eu ponho toda a minha fé [...] a minha devoção [...] a ele que peço [...] para me dar coragem [...]” (Berilo).*

*“[...] primeiramente peço a ajuda de Deus [...] que Deus me dê muita paciência e principalmente sabedoria e saúde para ela e pra mim vencer [...]” (Esmeralda)*

*“[...] só Deus [...] para ter misericórdia [...] no dia que Deus quiser levantar ele de cima dessa cama, né [...] só Deus mesmo [...]” (Topázio).*

*“[...] eu peço muito a ajuda de Deus, seis horas da tarde, seis horas da manhã [...] não me desampare [...] nunca deixe faltar nada na minha casa, me ajude com a minha mãe, tem hora que só [...] Deus pode me ajudar porque [...] eu passo cada aflição [...]” (Sáfira).*

A oração é uma estratégia utilizada pela cuidadora Ágata para suportar as dificuldades no cotidiano do cuidado com seu pai. As orações fazem parte do dia a dia dessa cuidadora. Segundo ela, a força que pede a Deus é para ajudá-la nas tarefas diárias. Ela também afirma que vai cuidar do idoso até chegar o final, que quer dizer a sua morte:

*“[...] faço as minhas orações, peço a Deus pra me dar força, sempre isso, é o principal [...] até chegar o final, o que eu puder fazer eu vou fazer [...]” (Ágata)*

A religiosidade também está presente, por exemplo, na entrevista da cuidadora Pérola. Ela afirma que cuida do marido que um dia a abandonou e saiu de casa para viver com outra família em outro município e que, ao ficar doente, foi trazido de volta pela ex-companheira, que o deixou em frente da sua casa para que assumisse a tarefa de cuidar dele. A cuidadora afirma, em seu depoimento, que perdoou o marido e assumiu a missão de cuidar dele, buscando a palavra de Deus:

*“[...] mas eu fico olhando assim pra ele [...], pois [...] me procurou na doença [...] na saúde ele fez o que fez comigo [...] foi curtir a vida dele no mundo [...] me deixou criando o pessoal sozinho e foi viver com outra pessoa [...] e na doença, quando [...] não pôde mais seguir a vida em frente, [...] me procurou [...] e eu aceitei cuidar dele [...] a minha mudança foi aí [...] porque eu tenho motivo de ter ficado com ele [...] porque eu procurei a Deus na minha vida [...] as palavras que estão nas Escrituras são uma lição [...] pra gente ser uma pessoa assim humana com uma pessoa que já errou [...]” (Pérola)*

Pérola é evangélica praticante, frequenta a igreja duas vezes na semana e afirma que esse fato fez com que ela perdoasse e aceitasse o marido.

A ocupação nas tarefas domésticas é uma estratégia utilizada pela cuidadora Rubi para superar as dificuldades no cuidado com a sua mãe e avó dependente, e conforme a cuidadora, é uma atividade realizada para se distrair e passar o tempo, sendo uma forma de esquecer os problemas:

*“[...] eu venço dia a dia [...] vou fazendo uma coisa daqui [...] uma coisa acolá [...] e vou me distraindo [...] e anoitece e depois durmo [...] e não vejo nada [...] aí já quando me acordo já é o tamanho dia, já tem muita coisa pra fazer, aí se leva, vai levando [...] e tem que superar [...] aí quando eu penso que é terça-feira, já é quinta-feira, quando penso que é domingo, já é segunda, aí vou levando a vida [...]”*  
(Rubi)

Turquesa relata que o amor pela mãe e a força de Deus a fazem superar as dificuldades vivenciadas na tarefa de cuidar. Esse é um sentimento importante para superar as barreiras da dependência do ente querido da família:

*“[...] fazendo com amor [...] porque aquela vontade de fazer [...] com amor porque o amor supera tudo, né, e a força vem de Deus [...] porque se não fosse ele [...] eu não conseguiria cuidar dela [...]”* (Turquesa)

Outros recurso utilizado pelos cuidadores, relatados na sua quase totalidade, é a ida à igreja. Conforme os cuidadores, eles têm uma participação regular nas atividades da igreja e isso proporciona a eles o contato com outras pessoas e, ao mesmo tempo, é uma forma de sair da rotina em função dos cuidados com o idoso, conforme demonstrado nos depoimentos a seguir:

*“[...] a atividade [...] que eu participo é só ir à igreja [...] no domingo [...] e [...] duas vezes na semana [...] Graças a Deus [...] eu nunca deixei de ir por causa dele [...]”* (Pérola)  
*“[...] vou pra igreja porque nós temos um compromisso lá [...] um compromisso com Deus [...] e também tenho um compromisso [...] eu sou diretor financeiro da igreja [...] eu cuido das finanças da igreja, preciso estar lá, eu tenho uma responsabilidade muito grande porque eu cuido do dinheiro que não é meu [...]”*  
(Berilo)

Os participantes do estudo informaram que uma das atividades de diversão que gostam de realizar é assistir às novelas, o que se apresenta como meio de recurso para superar as dificuldades diárias na tarefa de cuidar. Como demonstrado nas falas:

*“[...] a minha diversão mesmo é a televisão, quando eu posso eu assisto à novela [...] que é a coisa que eu gosto mais [...]” (Cristal)*  
*“[...] aqui eu [...] gosto é de assistir uma novela [...] eu assisto [...] até termina novela [...] é todo o tempo aqui dentro de casa mesmo [...]” (Topázio)*  
*“[...] a minha diversão mesmo é a televisão, quando eu posso [...] eu assisto à novela [...] que gosto demais [...]” (Berilo)*

A cuidadora Esmeralda relata que, para se divertir e relaxar, ela gosta de passear de moto com o filho. Conforme a cuidadora, essa atividade lhe dá bastante prazer, porém, após sua mãe ficar dependente de seus cuidados, ela diminuiu muito os passeios:

*“[...] às vezes eu saio para dar uma volta de moto com meu filho, mas é rápido [...] e, depois que passei a cuidar dela, [...] a gente vai [...] mais é muito pouco [...]” (Esmeralda)*

Apenas uma cuidadora relatou que para vencer, as dificuldades no cotidiano da tarefa de cuidar da sua irmã dependente, solicita ajuda da família, como diz a cuidadora Amazônita: *“[...] Pedindo ajuda da família [...]” (Amazônita)*. Essa cuidadora tem o apoio da família no cuidado à idosa dependente, principalmente das filhas e, frente às dificuldades do dia a dia, recorre sempre à sua família, que reside no mesmo domicílio.

## **7.7 Repercussões na vida do cuidador**

As repercussões na vida dos cuidadores participantes deste estudo mostraram que, para promover cuidados a um familiar dependente, às vezes, é necessário fazer algumas renúncias na sua vida, como deixar de fazer uma tarefa, sair de um emprego, abandonar a família ou um tratamento de saúde.

As renúncias de deixar o trabalho se fazem presentes nos relatos das entrevistas das cuidadoras Ágata e Sáfira. Ágata afirma que, quando os seus pais não moravam em sua casa, ela trabalhava e participava das atividades da igreja com maior frequência e, agora que seu pai está em uma situação de dependência, ela fica impedida de fazer essas atividades porque tem de se dedicar exclusivamente ao cuidado dele. Sáfira relata que vendia comida em frente a sua casa e não realiza mais essa atividade, porque cuida de sua mãe dependente, o que ocupa grande parte do seu tempo. Assim, os cuidadores têm, muitas vezes, que deixar seu emprego em função dos cuidados a um familiar dependente, por se sentirem na obrigação de dedicar-se inteiramente aos cuidados a essa pessoa idosa:

*“[...] enquanto eles não existiam aqui, eu trabalhava [...] eu cuidava de uma idosa [...] eu saí [...] do trabalho [...] e também do trabalho de pregação, agora não faço mais o que eu fazia, né [...] só mesmo cuidando deles [...]” (Ágata)*

*“[...] eu vendia comida aqui em frente [...] agora, não posso fazer mais nada porque eu tenho que cuidar dela, né [...]” (Sáfira)*

A mudança no contexto familiar, advinda do papel de assumir o cuidado com o idoso, fez parte da vida do cuidador Berilo que se responsabiliza em cuidar da sua mãe. Conforme o cuidador, ao assumir o cuidado exclusivo da idosa, passou a ter menos tempo para sua esposa e seus filhos, bem como perdeu parte de sua liberdade. Assim, o cuidador muitas vezes tem de renunciar parte de sua vida pessoal para se dedicar ao dependente, o que interfere em seu relacionamento com o restante da família:

*“[...] uma mudança enorme e radical [...] a gente vivia nossa vida no cotidiano normal com liberdade [...] quando ela adoeceu nós tivemos que [...] cuidar dela [...] e outra mudança foi também o relacionamento com minha esposa [...] pois agora tenho menos tempo pra minha esposa [...] mas, graças a Deus, ela é compreensiva [...] mas não mudou a relação, apenas ficou [...] um pouco [...] distante a atenção[...] que eu tinha [...] e já as crianças [...] a gente sempre saía para dar uma volta [...] agora a gente não sai mais [...] nós ficamos privados disso [...] mudou muito [...] e foi uma mudança muito grande [...]” (Berilo)*

Além das mudanças ocorridas no contexto familiar, Berilo teve que renunciar também à sua faculdade e ao seu emprego em prol dos cuidados com a sua mãe dependente:

*“[...] eu deixei a faculdade [...] tive que optar por um ou outro [...] eu devia isso pra ela [...] eu [...] pedi licença especial para cuidar dela [...]” (Berilo)*

Outro tipo de renúncia, mencionada pela cuidadora Rubi, foi a perda da vida social em função do cuidado com a sua mãe e avó dependente. Segundo a cuidadora, foi uma tarefa difícil deixar de estudar, de fazer novas amizades e de namorar para se dedicar exclusivamente ao cuidado. É notório que a tarefa de cuidar do idoso, sem apoio da família, afeta a sua vida e sua rotina e pode ter consequências diretas sobre o cuidador:

*“[...] eu parei de estudar, não consegui mais estudar, aí então deixei de ir pra festa, de namorar por aí [...] eu tinha aquele cuidado de quem ia ficar com ela, aí pronto parei, né, de sair de curtir a minha vida [...] cuido só delas [...] eu não saio pra nenhum canto [...] e não tenho coragem de deixar elas só [...]” (Rubi)*

O fato de abandonar a família para cuidar do idoso dependente foi relatado por Cristal. Conforme a cuidadora, ela assumiu os cuidados de sua mãe por ser a única filha e também por ela precisar de seus cuidados para atender às suas necessidades devido à sua deficiência visual:

*“[...] depois que ela ficou desse jeito [...] aí eu já mudei de lá pra cá [...] porque eu não dormia aqui [...] a mamãe [...] não enxerga [...] precisa de uma pessoa do lado dela [...] e a única filha só eu [...]” (Cristal)*

O abandono do tratamento de saúde faz parte do quadro de renúncia de Sáfira para cuidar da sua mãe. A cuidadora relata que abandonou o seu tratamento de saúde em função do cuidado da idosa. Percebe-se que a cuidadora priorizou o bem-estar de sua mãe em detrimento do seu:

*“[...] eu abandonei meu tratamento [...] é muito sério [...] eu já fiquei paralisada, eu não andava [...] eu não pegava nem numa caneta [...]” (Sáfira).*

O cuidador, muitas vezes, só pensa na situação do dependente familiar que requer cuidados e acaba esquecendo-se de si mesmo. E, nesse caso, cuidador tem sérios riscos de agravar ainda mais a sua situação de saúde.

Outra repercussão significativa do cuidado e que se fez presente nos relatos dos cuidadores deste estudo foram os sentimentos vivenciados no cotidiano do cuidado ao familiar dependente. A solidão é um sentimento expressado pela maioria dos cuidadores deste estudo, por exercerem a atividade de maneira solitária no cuidado com o familiar dependente e por não receberem nenhuma ajuda da família, como relatado a seguir.

*“[...] porque no meio de tanto irmãos [...] às vezes não vem ninguém [...] que diga assim [...] mana, vamos pagar uma pessoa para ajudar [...] isso não existe [...]” (Esmeralda).*

*“[...] somos quatro irmãos [...] mas ninguém vem ajudar, só veem olhar e vão para casa [...]” (Sáfira).*

*“[...] tem dias que eu choro [...] aí fico pensando também se eu for primeiro do que ela [...] vai sofrer mais ainda [...]” (Turquesa).*

A cuidadora Esmeralda relatou que a mudança que aconteceu em sua vida pessoal, familiar e profissional após ter assumido os cuidados com a mãe foi positiva. A cuidadora expressa em seu discurso que, após ter assumido a tarefa de cuidar da sua mãe dependente, tudo se tornou mais fácil. O relacionamento com a família se tornou mais próximo e o contato com as pessoas do trabalho ficou de uma forma diferente e agradável:

*“[...] eu cuido da mamãe diretamente [...] a minha vida mudou muito [...] com meus filhos o relacionamento [...] no meu trabalho [...] tudo é mais fácil, porque a gente fica perto dela e tudo se torna mais fácil, e tudo veio com mais facilidade [...] pra mim [...] cuidar dela é uma satisfação [...] é maravilhoso [...] isso que é mudança na minha vida com meus filhos sempre perto de mim, tudo isso foi mudança em nossa vida [...] dentro de casa e no trabalho [...] como eu digo tenho essa pérola dentro de casa, pra mim tudo isso foi mudança na vida da gente [...]” (Esmeralda).*

## 7.8 Necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes

As necessidades educacionais identificadas nas entrevistas dos cuidadores foram relacionadas ao conhecimento específico da patologia, as doenças que acometem mais os idosos, o processo de envelhecimento, os cuidados com a alimentação e os cuidados básicos no manejo do idoso dependente.

Os cuidadores relataram a necessidade de receber informações sobre a patologia do idoso sob cuidados. Conforme esclareceram nas entrevistas, o conhecimento da patologia ajuda a desempenhar a tarefa do cuidado com maior segurança. Assim, o cuidador que compreende a situação do idoso, tende a diminuir as suas preocupações, angústias e medos, e pode ajudar muito mais nos cuidados que são prestados ao idoso:

*“[...] explicar como é esse problema dele [...] pra gente [...] porque está assim [...] se tivesse uma pessoa pra explicar pra gente seria bom [...] porque agente sabendo [...] a agente vai cuidar melhor [...]” (Topázio)*

Alguns cuidadores compreendem, de forma superficial, a causa que levaram os idosos à condição de dependência, mas não conhecem exatamente os fatores que os levaram a adquirir a patologia:

*“[...] teve derrame devido à pressão, né [...] eu acho assim [...] comia muita gordura e muito sal [...] só sei que apareceu [...] e levaram para o hospital [...]” (Ágata)*

Assim, o cuidador orientado tende a amenizar as dúvidas, fortalecendo a assistência prestada ao idoso.

O cuidador Berilo mostra em seu relato a necessidade em deter conhecimento a respeito da doença que acometeu sua mãe, principalmente em relação a sua evolução:

*“[...] eu necessito [...] de informações [...] sobre como [...] essa doença evolui [...] eu sei que um câncer [...] que é gliosarcoma [...] e que dificilmente tem cura [...] a gente tá consciente que só cuida com muito carinho para evitar mais sofrimento [...] o câncer é muito agressivo [...] sabe que não passa de um ser humano para outro, que ele não contamina o outro [...]” (Berilo)*

A cuidadora Esmeralda, em seu depoimento, associa a condição de dependência da sua mãe ao processo de envelhecimento, sem mostrar conhecimento a respeito dos fatores que levaram a idosa a depender de seus cuidados. Percebe-se, a necessidade que a cuidadora tem

de obter informações a respeito das alterações normativas provenientes do envelhecimento, bem como das alterações advindas das doenças que podem acometer os idosos:

*“[...] a minha mãe é uma pessoa muito sadia, graças a Deus [...] não fala [...] e não anda [...] acho que foi a idade [...] que cair [...] não caiu [...] tá assim [...] 6 a 7 anos [...] não andou mais [...]” (Esmeralda)*

Ainda sobre a importância de ações educativas sobre o processo de envelhecimento, há o caso da infantilização da pessoa idosa, que ocorre quando o idoso dependente de cuidados é comparado a uma criança. É importante realizar ações educativas para que não haja essa comparação, pois essa é uma compreensão errônea de pessoas que não possuem um conhecimento sobre o processo de envelhecimento, como é o caso da cuidadora Topázio diante de seu sogro:

*“[...] ele é uma criança. Olha o jeito que [...] tá aí [...]” (Topázio)*

As necessidades educativas sobre os cuidados na alimentação do idoso aparecem em quase todas as entrevistas. O cuidador sente a necessidade de adquirir orientação sobre o alimento adequado, o seu preparo, bem como em relação aos cuidados básicos que devem ser prestados ao idoso. O não conhecimento da alimentação adequada ao idoso sob cuidados gera, nos cuidadores deste estudo, uma certa insegurança e ansiedade. Conforme demonstradas nos relatos a seguir:

*“[...] quem é que não gosta de receber uma ajuda [...] eu [...] gostaria de receber uma ajuda sobre como a gente deve cuidar do idoso [...] sobre a alimentação [...] Essa orientação é muito boa [...]” (Ágata)*

*“[...] qual é a alimentação adequada para ela [...] porque eu dou suco, sopa, caldo de sopa [...] se essa alimentação que eu dou é adequada, isso aí eu gostaria de saber [...] quanto mais eu souber melhor [...] para ela [...] e pra mim que cuido dela” (Esmeralda)*

*“[...] a comida também [...] que não sei qual alimento posso oferecer para ela [...]” (Amazônita)*

*“[...] primeiro a dieta dela [...] é uma informação que nós gostaríamos muito de receber [...]” (Berilo)*

Os cuidadores familiares deste estudo relataram a necessidade de se deter informações a respeito dos cuidados com a medicação. Esmeralda informa, em seu depoimento, que não pode administrar qualquer medicação porque a mãe já tem idade avançada e ainda enfatiza que gostaria de receber informações sobre os medicamentos que pode administrar ou fazer uso no domicílio. Berilo expressa em seu depoimento a necessidade de orientação sobre a



interação medicamentosa, porque a sua mãe faz uso de vários fármacos. Rubi relata a necessidade de alguém orientá-la quanto aos cuidados com a medicação da sua avó. Amazônita, em seu discurso, mostra a necessidade de orientação sobre como se administra o medicamento e os horários adequados:

*“[...] uma pessoa idosa dessa, nem todo remédio podemos dar [...] porque tem idade do jeito que tem [...] isso é uma coisa que precisamos saber em primeira mão [...]” (Esmeralda)*

*“[...] a medicação, se pode haver ou não interação com outras medicações [...]” (Berilo)*

*“[...] cuidado com o remédio [...] eu gostaria que alguém me ensinasse como tem que ser feito, pra mim aprender mais [...]e muito mais ainda [...]” (Rubi)*

*“[...] informação sobre [...] qual o horário certo para dar o remédio [...] me orientar como se dá o remédio, essas coisas assim [...]” (Amazônita)*

Os cuidadores Sáfira, Turquesa e Berilo relataram a necessidade de ser orientados em relação aos cuidados com o banho, no que se refere ao horário, à indicação do banho no leito ou no chuveiro, à melhor técnica para realizar o banho, além da necessidade de obter conhecimentos sobre a higiene íntima e oral do idoso. Ainda durante as entrevistas, eles relataram que gostariam de ser acompanhados para avaliar sua atuação frente a esse cuidado. Conforme os depoimentos:

*“[...] eu não sei se o horário do banho influencia [...] mas também era bom pela manhã ou à tarde, a higiene bucal, a gente aprende, nem sempre é o certo, nem sempre é tudo, sempre falta alguma coisa [...]” (Berilo)*

*“[...] dar banho nela [...] e como é que pode fazer né [...] se tem outro jeito, se não é como eu faço [...]” (Sáfira)*

*“[...] gostaria [...] assim, no caso [...] que ela não pode tomar banho todo dia [...] saber como é que dá um banho [...] aquele banho na cama e [...] como fazer o asseio. Eu faço, mas eu não sei se eu tô fazendo correto, né [...]” (Turquesa)*

A necessidade educativa sobre os cuidados na posição do idoso no leito foi citada por alguns dos cuidadores deste estudo. Os cuidadores sentem necessidade de orientação sobre o melhor posicionamento do idoso no leito, bem como sobre a realização da mudança de decúbito, o horário e a técnica a ser realizada nessa atividade:

*“[...] assim deitar [...] qual é a melhor posição pro idoso deitar [...]” (Esmeralda)*

*“[...] o cuidado dela na cama [...] nas posições, né [...] a mudança de decúbito [...]” (Berilo)*

Vale a pena ressaltar que Berilo utiliza a palavra decúbito por ter um pouco de conhecimento de alguns termos técnicos em função de ter acompanhado a mãe em período de internação hospitalar.

Os cuidadores também revelaram, nas entrevistas, a necessidade educativa sobre os cuidados na mobilização do idoso. Os cuidadores relatam a necessidade de orientação sobre como realizar as atividades de mobilidade do idoso com mais segurança, principalmente na transferência do leito para a cadeira ou para a rede, bem como saber como realizar essa atividade corretamente. É importante informar que o cuidador orientado sobre a técnica de transferência, pode evitar agressões à coluna vertebral e o surgimento de dores lombares, evitando também o risco de quedas:

*“[...] a locomoção dela [...] quando tira ela do leito para colocar na cadeira [...] ou colocar na rede [...]” (Berilo)*  
*“[...] como que eu posso carregar [...] do leito para [...] a cadeira de rodas [...] se tem outra maneira de pegar [...] se não é como eu faço [...]” (Sáfira)*

Os cuidadores Citrino e Topázio citaram a necessidade de se obter informações referentes aos cuidados com os exercícios para ajudar na recuperação do idoso, principalmente na realização de movimentos ativos e passivos. Os cuidadores referiram a necessidade de orientação e informação sobre como realizar essa atividade de movimento, bem como a quantidade a ser realizada e em que momento realizar:

*“[...] porque eu queria uma ajuda assim [...] que me explicasse na parte onde eu tava errada [...] mais ou menos como era pra cuidar [...] e fazer a movimento nela [...]” (Citrino)*  
*“[...] eu gostaria [...] de fazer alguma coisa assim [...] que eu [...] pudesse ajudar [...] fazer algum movimento no corpo dele [...]” (Topázio)*

A necessidade educativa sobre situações de emergência foi mencionada pela cuidadora Esmeralda, que gostaria de receber informações sobre quais os cuidados que se deve ter numa situação de engasgo com o idoso. Na visão da cuidadora, o conhecimento vai ajudá-la a ter maior segurança nos cuidados prestados a sua mãe dependente, como enfatiza a seguir:

*“[...] no caso da minha mãe que ela, às vezes, se entala [...] o que devo fazer [...] o que devo fazer em primeira mão [...] vai me ajudar muito saber desse cuidado [...] eu ia fica mais tranquila [...]” (Esmeralda)*

## CAPÍTULO 8 – DISCUSSÃO

### 8.1 Perfil dos cuidadores familiares

A família tem sido apontada, em estudos e pesquisas, como a responsável pelos cuidados com o familiar dependente, e dentro desse contexto, o cuidador é um membro da família que assume a função de cuidar de um parente na condição de dependência, buscando atender suas necessidades.

Os resultados deste trabalho mostram que a faixa etária dos cuidadores estava entre 32 a 59 anos, predominando os de 53 a 59 anos (25%). Esses resultados apresentam semelhança com estudos realizados em Portugal e no Brasil. Pimenta et al. (2009), em Portugal, durante a caracterização de familiares cuidadores de idosos fragilizados em convívio doméstico, mostraram que a média das idades dos mesmos corresponde a 55 anos. E no Brasil, os dados levantados por Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008) e Nardi et al. (2012), corroboram com do estudo.

Os cuidadores jovens entre 18 a 24 anos (6,6%) e 25 a 31 anos (9,2%), que juntos somam (15,8%), também merecem atenção. Os estudos realizados por Yamashita (2010) servem de alerta sobre a condição desses jovens cuidadores de idosos na situação de dependência, considerando os riscos de sofrer mais com o isolamento e maiores restrições sociais, evitando atividades sociais e de lazer.

Os dados mostram também, que 19,8% dos cuidadores eram idosos, sendo 14 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Nesse sentido, representa uma maioria de cuidadores idosos do gênero feminino. Além disso, outro fator que chama atenção é idoso cuidando de outro idoso, ou seja, um ser já com algumas limitações cuidando de outro que necessita de cuidados para atender suas necessidades humanas básicas, corroborando com estudo de Oliveira (2011).

Quanto ao sexo, 86,9% dos cuidadores deste estudo eram mulheres, o que se assemelha aos resultados de estudos e pesquisas nacionais e internacionais (SILVA, 2012; DUCA; MARTINEZ; BASTOS, 2012; AGUILAR; ZAMORA PEÑA; PONCE, 2012; UESUGUI, FAGUNDES; PINHO, 2011; OLIVEIRA, 2011; SEIMA; LENARDT, 2011; REIS et al., 2010; MIGUEL, FIGUEIRA; NARDI, 2010; TRELHAS et al., 2006), para os quais a maioria dos cuidadores de idosos e incapacitados são mulheres, bem como enfatizam que as razões disto podem estar associadas à questão cultural.

Segundo Vieira et al. (2012) e Salgueiro e Lopes (2010), afirmam que a atividade de cuidar de um parente dependente é uma atribuição exclusiva da mulher, situação esta imposta pela sociedade, sendo delas também a responsabilidade das tarefas no domicílio, da educação e cuidados dos filhos, bem como da saúde dos membros de sua família.

O cuidador masculino aparece discretamente neste estudo, com 13,1% no universo de 76 cuidadores. Contudo, este perfil vem sendo paulatinamente alterado, conforme aparece nos estudos realizados na cidade de Porto, em Portugal, por Gonçalves et al. (2011), que identificaram que 40% dos familiares cuidadores constituídos por filhos, sobrinhos jovens e os maridos idosos, os quais assumem a responsabilidade pelo cuidado com o idoso. A justificativa para que os cuidadores masculinos assumam a responsabilidade de cuidar do idoso está relacionada ao dever, à obrigação, ao compromisso estabelecido na relação conjugal, e à reciprocidade – que incluem amor e a gratidão. Na nossa cultura, o homem não é preparado para assumir a tarefa de cuidar, o que é bem diferente com as mulheres, que desde cedo aprendem as incumbências do papel de cuidadora.

Em relação ao estado civil dos cuidadores familiares, 42,1% eram solteiros, número representado, na sua maioria, pelos homens, vindo em seguida os casados, com 38,2%, que, na sua grande parte, são mulheres, o que confirma os achados em outros estudos como de Pimenta et al. (2009). O fato dos cuidadores serem casados pode ser um fator facilitador de apoio para as atividades desenvolvidas com o idoso, mas também pode levar à sobrecarga ao cuidador, porque além de cuidar do idoso dependente, tende a cuidar das tarefas e atividades domiciliares (NARDI, 2007).

O nível de escolaridade do cuidador apresentou-se baixo, variando de ensino fundamental incompleto (52,6%) a completo (14,5%), totalizando 67,1%. Dados que corroboram com os resultados obtidos na pesquisa de Santos e Pavarini (2010), os quais apresentaram uma significativa porcentagem a partir de levantamentos realizados junto a 72 cuidadores de idosos com ensino fundamental incompleto (47%). E também, Gonçalves et al. (2006), identificaram que 50,3% dos 115 familiares cuidadores da população identificada nas Unidades Básicas de Saúde do Programa de Saúde da Família (PSF), no município de Florianópolis/SC cursaram somente o ensino básico. Assim, o baixo nível de escolaridade pode interferir diretamente na qualidade dos cuidados prestados aos idosos dependentes, considerando que os cuidadores necessitam seguir dietas, prescrições e manusear medicamentos.

O Brasil é um país de grande diversidade religiosa. A população de Coari é predominantemente católica (IBGE, 2010). A maioria dos cuidadores familiares do estudo

declarou-se católico (65,8%) ou evangélico (32,9%). O estudo realizado por Miguel, Figuera e Nardi (2010), com 45 cuidadores familiares de idosos dependentes residentes na área de abrangência de uma UBS da cidade de Apucarana/PR, mostrou que 76% dos entrevistados identificaram-se como católicos. O fator que auxilia na saúde mental do cuidador é a atividade associada à fé religiosa, pois está relacionada ao equilíbrio com os outros ou consigo mesmo, e até para o enfrentamento de uma situação de doença, o que é expresso através da fé. Assim, a religião ajuda o cuidador familiar a enfrentar as dificuldades inerentes ao cuidar do idoso dependente no contexto domiciliar.

No concernente à situação ocupacional, 48,7% das cuidadoras eram domésticas. Esse pode ser um fator preocupante, pelo fato de assumirem o cuidado com ente familiar dependente por um tempo prolongado e, às vezes, sem ajuda de outros componentes da família, impossibilitando-as de procurar serviço que lhes ofereça uma renda, acabando por viverem dos proventos do próprio idoso, o que influencia na qualidade dos cuidados que são oferecidos aos idosos, principalmente no tocante à compra de medicamentos, materiais necessários para realização do cuidado, alimentação e tratamentos especializados que não são oferecidos pelo Sistema Único de Saúde.

Os cuidadores do estudo, de uma forma geral, têm uma renda mensal de 1 a 3 salários mínimos (85,5%). É importante ressaltar que a renda familiar do cuidador é baixa, porque grande parte dos participantes do estudo vive em arranjos multigeracionais e outros tipos de arranjos, que incluem netos, nora, sobrinha, genro e outros familiares. Esses dados revelam uma preocupação na qualidade do cuidado prestado, visto que cuidar de um ente querido dependente onera o sistema familiar (ORSO, 2008). Os dados referentes à renda familiar de 4 a 5 salários mínimos referidos pelos cuidadores estavam associados aos de formações educacionais mais elevadas (ensino médio, ensino superior completo ou incompleto) e também ocupacionais (professores, assistente administrativo, comerciantes e autônomos).

Com relação ao grau de parentesco do cuidador com o idoso, é possível verificar que, na sua maioria, é representado pelos filhos (55,2%), com uma maior representatividade pelas filhas (44,7%), o que vem confirmar os achados na literatura (OLIVEIRA, 2011; MIGUEL; FIGUEIRA; NARDI, 2010; TRELHAS et al, 2006). As esposas aparecem logo em seguida com 15,8%, assumindo a função de cuidar dos seus cônjuges. Segundo Lavinsky e Vieira (2004), o cuidar tem sido a forma encontrada pelas filhas cuidadoras de retribuir a atenção e cuidados que lhes foram prestados enquanto criança. Já no caso das esposas cuidadoras, estudos como os de Araújo, Paul e Martins (2009) alegam que a incumbência de cuidar do esposo em decorrência do acordo que assumiram no casamento, de um cuidar do outro.

A prestação de cuidados aos familiares dependentes, com relação ao tempo e às horas dedicadas, mostrou que 39,5% dos cuidadores exercem atividade de cuidar por 24 horas há mais de 3 anos, esse resultado apresentou dados semelhantes com estudos (LEMOS, 2012; FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011). Para Cerqueira e Oliveira (2002), o tempo dedicado pelo cuidador deve ser alvo de atenção, porque as atividades exercidas nos cuidados podem ser desgastantes. E a tarefa de cuidar de um adulto dependente pode implicar o risco de tornar o cuidador doente, o que também pode acontecer com o ser cuidado. Assim, a pessoa responsável, por um longo tempo, pelos cuidados ao idoso, pode ter desgaste físico ou emocional, pois todo ser humano ter uma vida própria e não pode viver a do outro.

Em relação às atividades desenvolvidas no cuidado ao idoso, o estudo mostrou que os cuidadores que desempenhavam as Atividades Instrumentais da Vida Diária, como a preparação da alimentação, correspondiam a 94,7%, vindo em seguida administração de medicamento (89,5%). Segundo Oliveira e Reis (2007) a atividade de preparar a alimentação não deveria estar sob a responsabilidade de quem cuida do idoso, pois preparar alimentação demanda tempo, e em alguns casos, termina afastando o cuidador da sua atividade de supervisão do familiar na condição de dependência. Os autores ainda mencionam que, quando o idoso com dependência física percebe que o seu cuidador está ocupado com outros afazeres, evitam lhe pedir ajuda, a fim de não atrapalhar o serviço. Sendo assim, o idoso corre risco de acidentes, durante tentativas de transferência, por exemplo, bem como o desenvolvimento de infecções urinárias em virtude de continências prolongadas da urina. Já em relação à atividade de administração de medicamentos, o cuidador familiar realiza essa atividade a fim de seguir o horário da medicação e por sentir-se na obrigação desse cuidado.

Ainda sobre os cuidados aos idosos pelos cuidadores deste estudo, referente às Atividades Básicas da Vida Diária-ABVD, apresentaram-se com maior frequência o auxílio na vestimenta (65,8%), o auxílio na movimentação (67,1%) e o banho (55,3%), o que corrobora com estudo (MIGUEL; FIGUEIRA; NARDI, 2010; FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011), que discutem sobre as atividades desenvolvidas pelos cuidadores familiares de idosos.

A grande parte das dificuldades dos cuidadores desta pesquisa está relacionada aos aspectos físicos (36,9%), como locomoção, peso do idoso e cansaço. Na pesquisa de Perlini e Faro (2005), os participantes informaram que a grande dificuldade estava relacionada ao esforço físico, principalmente na realização do banho no leito. E o estudo de Oliveira e Reis (2007) com cuidadores de idosos na cidade de Manaus, informa que a grande dificuldade do

cuidador estava relacionada ao peso para locomover o familiar até o banheiro, a fim de atender suas necessidades.

No que diz respeito às dificuldades vivenciadas pelos cuidadores deste estudo, estavam relacionadas aos aspectos comportamentais, como: teimosia, agressividade do idoso, além do medo de deixar o idoso só. Cuidar de idoso no domicílio torna-se um grande desafio, principalmente considerando a resistência por parte dos idosos em seguir as orientações da alimentação e uso da medicação prescrita. Quanto ao o medo de deixar o idoso só, o cuidador tem a preocupação com o risco dele sofrer queda, fato identificado nesse estudo. Santos (2008), desenvolveu um estudo com 30 cuidadores de idosos, em que ressalta que as principais dificuldades dos cuidadores eram o cansaço físico, a doença, e o agravamento do estado de dependência do idoso, os problemas psicológicos devido a não aceitação do estado de dependência tanto pelo cuidador quanto pelo idoso, e que podem levar a sentimentos de solidão, tristeza e angústia, além de referir as dificuldades no relacionamento social e financeiro.

## **8.2 Perfil dos idosos sob cuidados**

A faixa etária dos idosos dependentes encontrados neste estudo revelou-se em maior concentração na idade acima de 80 anos (59,2%), resultado semelhante ao de outros estudos (GRATÃO et al., 2013; MARTINS et al., 2007). O estudo de Araújo, Pául e Martins (2011), conclui que a idade elevada dos idosos leva a uma menor capacidade funcional, sendo necessário um cuidador para atender suas necessidades frente às atividades da vida diária. Percebe-se ainda que os idosos dependentes deste estudo estão ultrapassando a expectativa de vida dos brasileiros ao nascer, que é 73,5 anos (IBGE, 2010).

Neste estudo, outro aspecto evidenciado foi o predomínio do sexo feminino (65,8%) entre os idosos dependentes, corroborando com estudos e pesquisas acerca da temática (TORRES et al., 2009; TRELHAS et al., 2006, ARAÚJO et al., 2012; SALGUEIRO; LOPES, 2010), que apontaram a predominância do sexo feminino em idosos na condição de dependência com idade superior a 80 anos.

O estudo de Gaspar, Oliveira e Duayer (2007), buscou compreender como as desigualdades sociais e de saúde expressam-se no perfil saúde-doença de pessoas com perdas funcionais e dependência, atendidas no domicílio por equipes de Saúde da Família nos distritos administrativos do município de São Paulo. Na discussão dos dados, os autores fizeram uma relação da idade com o sexo, onde concluíram que entre os indivíduos com até

39 anos, a frequência de homens é o dobro da de mulheres. A partir dos 60 anos, as mulheres passam a ser maioria, e a partir dos 75 anos ocorre diminuição crescente do número de homens. Com a idade acima de 85 anos, a proporção é de cinco mulheres para um homem. Sendo que, nos resultados dessa pesquisa, correlacionando a idade com o sexo dos idosos; percebe-se que na idade entre 60 a 69 anos, as mulheres e os homens se igualam; na faixa de 70 a 79 anos, começa a parecer a diferença: são 9 mulheres para 7 homens; na idade acima de 80 anos, a proporção é de 32 mulheres para 12 homens.

Os idosos do sexo masculino (34,2%) apresentaram uma frequência inferior aos indivíduos do sexo feminino, o que talvez se justifique com fato de que as mulheres, em quase todo o mundo, vivem, em média, mais que os homens. No Brasil, segundo o Censo de 2010, a diferença de sexo corresponde à expectativa de vida de sete anos (IBGE, 2010). Apesar das mulheres viverem mais anos, a esperança de vida sem incapacidade é bastante reduzida comparada a dos homens (ARAÚJO; PÁUL; MARTINS, 2011). A predominância feminina pode ser explicada por uma menor exposição a determinados fatores de riscos do que os homens, como os relacionados ao ambiente de trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool e a ainda a procura precoce ao atendimento em saúde (FILHO; KIKUCHI, 2011).

Em relação ao estado civil dos idosos deste estudo, sua grande maioria são viúvos (56,5%) e em seguida, os casados (30,3%), corroborando com os achados identificados no estudo (ARAÚJO; PÁUL; MARTINS, 2011; TORRES et al., 2009), que apontaram com maior frequência de idosos dependentes, viúvos seguidos de casados. Neste estudo houve uma maior prevalência para as mulheres idosas viúvas e para os homens casados.

Com relação à escolaridade, os resultados apontam que a maioria dos idosos apresenta o nível baixo de escolaridade, com nenhuma formação escolar ou com o ensino fundamental incompleto, totalizando 84,2%, corroborando com o estudo de Pereira et al. (2006), que identificou 71,1% dos participantes com menos de quatro anos de escolaridade. O baixo nível de escolaridade entre as mulheres idosas foi maior do que a observada entre os homens idosos. Jacob Filho e Kikuchi (2011), justificam que na época em que os idosos eram jovens, o acesso da mulher à educação formal era bem mais limitado. As mulheres representavam um papel mais domiciliar, aliado à inacessibilidade do sistema de educação formal. Já para Aires, Paz e Pedrosa (2006), na época, e no contexto em que os idosos eram crianças, o estudo era pouco valorizado, evidenciando assim, o baixo índice de grau de escolaridade entre as pessoas idosas.



Quanto à causa que levou à condição de dependência dos idosos, as mais frequentemente referidas pelos cuidadores foram: Acidente Vascular Encefálico-AVE (43,4%), Fratura de fêmur (10,5%), Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS (9,2%) e Catarata (9,2%). Entre as doenças neurológicas destacou-se o Acidente Vascular Encefálico, com predominância das mulheres acima de 80 anos, corroborando com o estudo de Cartaxo, Gaudêncio e Lacerda (2011) com 13 cuidadores familiares idosos dependentes adscritos em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), localizada na Cidade de Campina Grande/PB, a qual constatou que a afecção neuropsiquiátrica mais referida foi a AVE com 44,6%.

O estudo de Freitas (2012) menciona que o AVE é a terceira causa de morte nos países desenvolvidos, ficando atrás apenas da neoplasia e doenças cardiovasculares em geral. Por esta razão, colocam-se em destaque as seguintes estatísticas: 31% dos sobreviventes de um acidente vascular encefálico precisam de auxílio para realizar as atividades da vida diária; 20% requerem para deambular e 16% necessitam de assistência institucional, como internação em hospitais de apoio. A partir do estudo desenvolvido por Souza et al. (2005), pode-se afirmar que os idosos sequelados por AVE, geralmente não têm a capacidade de realizar atividades cotidianas simples, tais como alimentar-se, tomar banho, usar toalete, vestir-se, deitar-se ou levantar-se e deambular. Assim, faz-se necessário a presença de um cuidador para que essas atividades sejam supridas, mantendo assim, uma sobrevivência saudável dos acometidos pelo AVE.

Além da doença neurológica, especialmente o AVE, os cuidadores referiram que também a causa que levou à dependência do familiar idoso, foi representada por causas externas, como a fratura de fêmur (10,5%). A pesquisa de Carvalho et al. (2010), ressalta que cerca de 90% das fraturas da extremidade proximal do fêmur são secundárias a quedas, em consequência, pode levar o idoso a ter dificuldades nas realizações das Atividades da Vida Diária (AVD), gerando maior dependência funcional, necessitando de uma pessoa que preste cuidado, como os cuidadores de idosos desse estudo.

Outra doença mencionada pelos cuidadores foi a doença cardiovascular representada pela Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS (9,2%). Essa é uma doença mais frequente entre as doenças crônico-degenerativas, sendo ela o principal fator de risco para complicações, como acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio (AIRES; PAZ; PEROSA, 2006).

A doença ocular como a catarata (9,2%) foi referida pelos cuidadores deste estudo como uma das doenças que levou à dependência do idoso. Essa doença pode surgir devido às alterações estruturais e funcionais do olho. Ao mesmo tempo, a catarata é considerada, nos

países desenvolvidos, a principal causa de cegueira em idosos, levando à incapacidade e dependência nas atividades do cotidiano, demandando assim, ajuda de algum membro da família para atender suas necessidades. A maioria dos idosos representados nessa classe é do sexo feminino, com a idade igual ou superior a 80 anos.

Com relação ao grau de dependência nas Atividades da Vida Diária, é possível verificar que a maioria dos idosos é independente quanto ao controle das eliminações urinárias e fecais (63,1%), vindo em seguida à alimentação (36,8%). Esses resultados podem ser explicados, segundo Moraes (2012), em virtude do declínio funcional do idoso para o desempenho das AVDs ocorrer numa sequência previsível e hierárquica como: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se, ter continência e alimenta-se.

Nesta pesquisa, os idosos que apresentam maior representatividade, requerendo ajuda parcial ou total no cotidiano do cuidado, apresentam necessidades relacionadas ao ato de se vestir, com 92%; uso do banheiro, com 80%; ato de transferir-se, com 78%; tomar banho, com 71% e alimentação, com 63%, corroborando com estudo (DUCA; MARTINEZ; BASTOS, 2012; MIGUEL; FIGUEIRA; NARDI, 2010; THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005), que apresentam maior prevalência de incapacidade funcional dos idosos para tomar banho, transferência, ir ao banheiro, ato de vestir e alimentação. Neste estudo, os idosos que apresentaram dependência parcial ou total possuíam características específicas: sexo feminino, com idade superior a 80 anos, viúvas e analfabetas.

O estudo de Minosso et al. (2010), afirma que os idosos com faixa etária mais elevada apresentaram maior prevalência de incapacidade funcional. Essas limitações funcionais são mais frequentes em indivíduos mais velhos, principalmente entre os idosos, pois o risco de incapacidade funcional aumenta consideravelmente com o passar dos anos.

No que se refere ao nível de dependência do idoso associado ao sexo, constatou-se que a maior predominância estava entre as mulheres idosas. Esse dado corrobora com as pesquisa de (NUNES et al., 2009), as quais destacam que as mulheres não desenvolvem incapacidade funcional com maior frequência que os homens, mas sobrevivem mais tempo que eles em função dessas limitações. Murtagh e Hubert (2004), apontam três hipóteses para justificar as mulheres idosas serem mais prováveis de apresentar incapacidade funcional que os homens: a primeira, pela maior sobrevivência das mulheres; a segunda, em função da prevalência de condições incapacitantes não fatais entre as mulheres; e a terceira seria atribuída à habilidade de a mulher procurar o serviço de saúde em relação aos homens da mesma idade.

Rosa et al. (2003), Nunes et al. (2009) demonstraram nos seus estudos sobre os idosos viúvos que os mesmos possuíam maiores chances de dependência funcional. E outro estudo

de Zem-Mascarenhas e Barros (2009), mostrou que o resultado, em relação ao estado civil dos idosos dependentes, era de 42,5% de viúvos; confirmando com os achados neste estudo, cujos idosos, na condição de dependência, na sua grande parte, são viúvas.

Em relação à escolaridade dos idosos dependentes, este estudo apresenta maioria como analfabetos, concordando com o estudo de Rosa et al. (2003), em que os idosos com baixo nível de escolaridade têm probabilidade cinco vezes maior de dependência. A educação determina as vantagens para a saúde porque influencia diretamente nos fatores psicossociais e comportamentais. O idoso com melhor formação tem menos risco de se expor a fatores de risco para a doença (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010).

### **8.3 Configuração da rede familiar frente ao cuidado do idoso dependente**

#### **8.3.1 Estrutura da rede familiar**

Neste estudo, a estrutura da rede familiar refere-se ao número de membros da família que mora junto com o cuidador familiar e o idoso dependente, bem como à idade, à escolaridade e à profissão dessas pessoas.

Figueredo (2007) citado por Araújo, Paul e Martins (2010) evidencia que o número de membros da família pode ser um apoio ao familiar dependente, podendo contribuir para compartilhar atividades no seio familiar. As famílias numerosas, normalmente, são fontes de suporte mais estruturadas para os seus membros dependentes. No entanto, neste estudo isso não se constitui fator determinante para o compartilhamento de atividades referente às responsabilidades familiares no cuidado com o idoso dependente.

A faixa etária dos membros familiares desta pesquisa compreende, em sua maioria, a idade adulta, incluindo noras, genros e filhos dos cuidadores familiares e netos dos idosos dependentes, convivendo no mesmo domicílio. Constatou-se que a presença de crianças e adolescentes estabelece uma importante relação intergeracional: a de avós e netos em convivência direta no mesmo espaço familiar. Gonçalves et al. (2006), em seu estudo constaram que a convivência com várias pessoas morando na mesma residência pode ser favorável tanto para os idosos quanto para o cuidador familiar, pois os membros da família podem ajudar nos cuidados com o idoso e, com isso, pode-se minimizar a situação de sobrecarga para uma única pessoa. Nesse estudo, essa convivência não contribui para amenizar a sobrecarga do cuidador.

Quanto à escolaridade dos membros familiares, os adultos, incluindo os filhos, as noras e os genros, possuem nível de escolaridade baixa, com apenas o ensino fundamental incompleto. Os adultos que concluíram o ensino médio eram minoria no estudo, sendo representados apenas pelos filhos. Em relação à faixa etária dos cuidadores familiares, esta é formada por adultos de meia idade e adultos idosos. Tais resultados corroboram com outros estudos e pesquisas realizadas (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011; REIS et al., 2010).

Nessa pesquisa, observa-se que a maioria dos cuidadores familiares entrevistados pertence ao gênero feminino, incluindo filhas, esposa, neta e irmã, o que corrobora com os achados na literatura (PINTO et al., 2009; SALGUEIRO; LOPES, 2010; MARQUES et al., 2011), como o estudo de Fernandes e Garcia (2009) e de Oliveira (2012), que afirmam que a prestação de cuidados é uma função socialmente atribuída às mulheres. No grupo de entrevistados, somente um cuidador é do sexo masculino.

A escolaridade dos cuidadores familiares entrevistados é, em sua maioria, ensino fundamental incompleto. O baixo nível de escolaridade do cuidador pode interferir no cuidado com o idoso, quando se considera a necessidade de entender, muitas vezes, as prescrições médicas, além de compreender as orientações da equipe de saúde, que podem trazer benefícios ao idoso dependente. Pereira et al. (2013), em seu estudo afirmam que o nível baixo de escolaridade dos cuidadores pode dificultar a compreensão do que acontece com o idoso.

A idade dos idosos dependentes deste estudo teve maior concentração na faixa acima dos oitenta anos, sendo que a maioria era constituída por mulheres, o que corrobora com os estudos (TORRES et al., 2009; TRELHAS et al., 2006), que apontam maior prevalência de idosos dependentes com a idade superior a 80 anos.

A maioria das idosas dependentes era de viúvas, sendo que a mulher alcança uma maior longevidade quando comparada ao homem, com uma expectativa de vida de sete anos a mais, e que, por viver mais anos, a esperança de vida sem incapacidade é bastante reduzida comparada aos homens (ARAÚJO; PAUL; MARTINS, 2011).

Os idosos dependentes deste estudo não possuíam nenhuma formação escolar. O baixo nível de escolaridade, associado a fatores socioeconômicos e culturais, pode ser um fator para o aparecimento de doenças, principalmente na dificuldade de conscientização em relação ao autocuidado no decorrer da vida, para a manutenção de um estilo de vida saudável, para a adesão a um tratamento adequado, limitando a ação de fatores de riscos (PERLINI; FARO, 2005).

A maioria dos idosos deste estudo reside em domicílio multigeracional (com a presença de filhos e netos). Por conta da necessidade de cuidados, grande parte desses idosos passou a residir na casa dos filhos, que já possuem seus próprios filhos, netos e outros parentes convivendo no mesmo domicílio.

Para Araújo (2010), a família contemporânea vem sendo modificadas em relação ao surgimento de novos papéis e a longevidade tem assegurado a convivência intergeracional, encontrando-se até quatro gerações em um mesmo domicílio, como foi identificado nesse estudo.

Faz-se importante a Enfermagem conhecer a estrutura familiar quando trabalhar com a rede familiar de apoio, principalmente no cuidado ao idoso dependente. Essa participação na construção desta estrutura de apoio ao idoso e o conhecimento da sua realidade vai poder proporcionar uma intervenção eficaz e eficiente (SILVA et al., 2004).

### 8.3.2 Relações dos membros da rede familiar

A relação dos membros da rede familiar dos idosos dependentes deste estudo se configura como de carinho e amor. Essa relação é importante porque vai ajudar o cuidador a superar as dificuldades no dia a dia no cuidado com o idoso, passando a se sentir amado por todos os elementos da família. O estudo de Borba et al. (2011, p. 446) menciona que “o ser humano é único, especial, não consegue viver isolado, e é entendido como ser de relações, que, com suas qualidades e limitações, precisa receber amor, atenção e afeto”.

O relacionamento afetivo da família com o ente querido dependente é extremamente importante, porque ajuda a proporcionar um ambiente favorável ao cuidador: por um lado, o idoso sob cuidados recebe afeto e, por outro, o cuidador familiar sente um ambiente propício para exercer o processo de cuidar. A base sustentável para o bom convívio familiar é a afetividade, que proporciona uma expressão positiva de humor e emoções dentro do ambiente familiar (REIS et al., 2011).

Outra forma de relação da família com o idoso dependente é o respeito, que é mencionado pelos cuidadores familiares deste estudo. Essa relação da família com o idoso é necessária para que haja uma compreensão da situação do ente familiar dependente, muitas vezes demonstrada por meio de atitudes e comportamentos de todos os elementos da família. Assim, o ser dependente com limitações impostas pela incapacidade necessita que todos os membros da família compreendam que ele é um ser humano que precisa ser tratado com respeito.

As relações saudáveis com o idoso dependente através de afeto e o respeito, pode permitir a pessoa se sentir importante no convívio domiciliar, sendo esse fator de ajuda ao ser sob cuidados e ao ser que presta cuidados para superar e vencer as dificuldades decorrentes da doença e nas tarefas do dia a dia.

Os cuidadores familiares relataram, no estudo, que a relação familiar com o idoso, em sua maioria, é de distanciamento e indiferença. Essa relação de distanciamento com os demais membros familiares está vinculada à falta de interesse pela situação de dependência ou doença, bem como ao desamparo dos membros da família no cuidado com o idoso dependente.

Silveira, Caldas e Carneiro (2006) relatam que, com a dependência do idoso, tendem a ocorrer mudanças no âmbito familiar, como o afastamento dos parentes, que não oferecem apoio emocional e financeiro. Tais questões se confirmam neste estudo, como a não participação de familiares que não residem com o idoso dependente e tampouco oferecem ajuda ao cuidador familiar.

A relação de conflito, mencionada pelos cuidadores deste estudo com os familiares, aponta uma relação de desentendimento e de não aceitação de uma cuidadora com o irmão nos cuidados com a idosa, maus tratos, o desrespeito com idoso sob cuidados e a não aceitação do cuidado por 24 horas. Esses são fatores geradores de crise no contexto familiar dos cuidadores, após a dependência do idoso, e esta crise parece afetar diretamente a qualidade do cuidado, uma vez que desestabiliza a saúde do cuidador. Conforme Vieira, Alvarez e Gonçalves (2009), em seu estudo com 11 familiares acompanhantes de idosos dependentes internados em uma clínica médica hospitalar da rede pública da Região Sul, as relações familiares conturbadas influenciam negativamente na recuperação do idoso e na organização do cuidado familiar.

A família, que assume a responsabilidade de ser prestadora de cuidados ao idoso, constitui uma rede social que merece atenção dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem para esta mais próxima, diminuindo as relações de conflito e comprometimento tanto ao idoso quanto a família.

### 8.3.3 Rede familiar: fonte de apoio

Os membros familiares que ofereciam apoio instrumental aos cuidadores familiares, em sua maioria, eram os próprios filhos. Essa participação dos filhos (as) na divisão da tarefa de cuidar evidencia os “sentimentos afetivos, dever e obrigações, influenciados culturalmente

por valores e crenças, refletindo a maneira de ser e cuidar de cada família” (NARDI, 2007, p.73).

Araújo, Paul e Martins (2010), em estudo com 108 cuidadores principais de idosos dependentes em Portugal, constataram que os filhos foram a figura mais persistente no apoio instrumental e emocional, confirmando com os achados dessa pesquisa. Outros membros citados no estudo são cônjuges, noras e sobrinhas, que ajudavam o cuidador nas tarefas dos cuidados diários com o parente dependente.

Em relação às tarefas domésticas no domicílio, os cuidadores contavam com ajuda de alguns membros da família, principalmente das filhas e das noras. Esse apoio dado pelos familiares foi igualmente relatado pelos cuidadores de outros estudos como de Nardi e Oliveira (2008).

Os cuidadores familiares desta pesquisa que tinham apoio emocional de seus filhos e cônjuges sentiam-se protegidos em seus momentos de dificuldades. O compartilhamento de angústia, de sentimentos intensos, de emoções e a divisão das decisões a serem tomadas parecem amenizar a sobrecarga que está envolvida no processo de cuidar do idoso dependente. Já os participantes que não tinham apoio emocional da família evidenciam que o não compartilhamento das dificuldades vivenciadas no cuidado com o idoso pode levar o cuidador ao adoecimento, vivendo constantemente o desgaste físico e emocional que estão envolvidos nesse processo de cuidar (OLIVEIRA, 2009).

Nesse estudo, as cuidadoras que tinham apoio de seus maridos nos cuidados com o idoso sentiam-se acolhidas em seus momentos de dificuldades. Segundo Oliveira (2011) esse compartilhamento de sentimentos, emoções e tomadas de decisões parece minimizar a sobrecarga advinda da tarefa de cuidar de um familiar dependente.

Estudo de Nogueira et al. (2009), menciona que os indivíduos que não possuem apoio emocional tendem a ter maiores dificuldades em lidar com o estresse. Assim, é importante destacar que o familiar que cuida de um parente dependente necessita de apoio no enfrentamento das dificuldades diárias no cuidado ao idoso, como se pôde perceber nos relatos dos cuidadores.

Quanto ao apoio financeiro advindo da família dos cuidadores da pesquisa, constatou-se, neste estudo, que a maioria dos cuidadores não recebe apoio financeiro. Somente quatro cuidadores recebem ajuda, como doação de material (fralda, por exemplo), divisão de despesas e disponibilidade de dinheiro. Os familiares que participavam nesse apoio eram os filhos e os irmãos. Caldas (2003 p.774) ressalta a questão financeira: “mais de 90% dos

cuidadores declaram que nem os pacientes nem eles próprios recebem apoio financeiro de qualquer instituição, salvo, eventualmente, de familiares mais próximos”.

Com a falta de ajuda financeira pode resultar ao cuidador familiar uma sobrecarga emocional, o que contribui para conflitos constantes com outros membros da família, os quais não contribui para as despesas com o idoso sob cuidados, e não busca compreender e minimizar esses conflitos (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

#### **8.4 Configuração da rede social frente ao cuidado do idoso dependente**

A rede de apoio social é compreendida como o conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, com o objetivo de preencher a necessidade que a pessoa tem de se relacionar com o outro, tanto no aspecto físico quanto no afetivo. Essas relações podem ir além do contato com amigos e familiares e incluir diversas formas de participação social (BRUSAMARELO et al., 2011).

Nesta pesquisa, a rede social que fornece apoio aos cuidadores foi composta primeiramente pela família, seguida dos vizinhos, amigos e grupos religiosos, configurando o apoio informal. O serviço de saúde, por meio da Unidade Básica de Saúde e seus profissionais, foi denominado como fonte de apoio formal. Tal fato é corroborado pela pesquisa de Nardi e Oliveira (2008) que foi realizada com 19 cuidadores familiares de idosos dependentes atendidos pelo Programa Saúde da Família da área urbana do município de Jandaia/PR, que mostrou a importância da família, vizinhos e profissionais de saúde como fonte de apoio informal e formal.

O apoio advindo dos vizinhos referidos pelos participantes desse estudo através de visita, apoio emocional por meio de aconselhamento, incentivo, estímulo através da conversa, bem como ajuda de material como alimentação e/ou doação de fraldas, constitui uma importante fonte de apoio informal ao cuidador principal em sua tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente. No estudo de Faquinello e Marcon (2011), observou-se que depois da família, vizinhos e amigos são referidos como os mais importantes membros da rede de relações do cuidador, sendo que os melhores amigos citados foram aqueles que moram próximo à residência dos cuidadores.

O relacionamento entre vizinhos ocorre devido à proximidade geográfica, que pode levar as pessoas a se encontrarem com muita frequência, sendo essa duas características importantes em uma rede de apoio social (FILHO; KIKUCHI, 2011).



As visitas dos vizinhos para os cuidadores são importantes recursos para manter o contato e cultivar as amizades (FAQUINELLO; MARCON, 2011), pois o apoio emocional fornecido se mostra eficaz para o cuidador, no sentido de superar as dificuldades vivenciadas no processo de cuidar do familiar dependente.

No estudo de Ribeiro (2009), constatou-se que, em momentos de crise, os vizinhos oferecem diversos tipos de apoio, inclusive material. E o mesmo autor cita que, à medida que outros atores da rede tendem a se afastar, os vizinhos representam o grupo social externo à família de maior convivência para a pessoa, oferecendo, desse modo, outra forma de apoio, em uma dimensão mais psicológica e afetiva.

A solidariedade dos vizinhos com os cuidadores se fez presente nesta pesquisa por meio do fornecimento de alimentos e da doação de fraldas. Para Ribeiro (2009), a solidariedade é incentivada pelo sofrimento do outro e pela noção de sua própria precariedade, enquanto ser humano, a oferecer apoio mesmo em circunstância adversas.

Conforme Faquinello e Marcon (2011), a amizade faz parte da rede social do ser humano e, além disso, é de extrema importância para o bem-estar emocional, afetivo e psicológico dos indivíduos. Já para Araújo et al. (2012), as amizades constituem um importante apoio social, caracterizado pelas relações livres, voluntárias, baseadas na reciprocidade e no afeto, diferenciando-se, assim, das relações familiares que são essenciais ao sujeito.

Nesta pesquisa, a maioria dos cuidadores afirmou receber apoio informal de grupos religiosos. A pesquisa de Silveira et al. (2009), ressalta a importância desses grupos religiosos na rede social dos cuidadores, uma vez que eles oferecem apoio e conforto espiritual, além de fortalecer a esperança e a renovação da fé.

As instituições religiosas, assim como as pessoas que fazem parte delas, são importantes fontes de apoio social, por proporcionarem o sentimento de crença ao cuidador, promovendo uma cadeia de ajuda, de modo que o apoio recebido não constitui a solução para uma situação, mas ajuda a diminuir a sobrecarga dos problemas e, com isso, ameniza a sensação de estresse (FLORES, 2007 apud BRONDANI, 2008).

Essa pesquisa mostra que a rede de apoio formal referido pelos cuidadores é proveniente de serviços de saúde como a Estratégia Saúde da Família (ESF). A participação de seus profissionais, como enfermeiros e médicos torna-se um apoio pontual nos cuidados ao idoso, o que vem confirma com os achados de estudo de Floriano, Azevedo e Reiners (2012) que o apoio da ESF ocorre de forma pontual e a resolutividade está centrada nas necessidades de saúde do idoso dependente.

Segundo Silveira et al. (2009), os profissionais do serviço de saúde devem se empenhar em desenvolver trabalhos junto às pessoas, fazendo parte de sua rede social, desempenhando atividades de orientação e apoio, tanto nas questões relacionadas à saúde como em outras.

Dentre os profissionais da equipe da ESF lembrados e percebidos como apoio através das visitas direcionadas ao idoso sob cuidados pelos cuidadores desta pesquisa, destacam-se o Agente Comunitário de Saúde – ACS, corroborando com os estudos de Nardi e Oliveira (2008); Silveira et al. (2009); que apontam maior participação dos ACS na ajuda aos cuidadores familiares.

O conhecimento sobre as redes sociais contribuem com a informação a respeito às relações que os usuários estabelecem ou pode estabelecer. Desta forma, o enfermeiro pode planejar um cuidado na realidade na qual os usuários vivem, além de incentivá-los a utilizar para ampliar seu ciclo de convivência e se fortalecer mutuamente (BRUSAMARELLO et al., 2011)

A enfermagem tem um papel fundamental no suporte ao cuidador e sua família, que busca atender suas reais necessidades, pois à medida que presta assistência também conhece a sua estrutura familiar, sua dinâmica e as interações (FLORIANO; AZEVEDO e REINERS, 2012).

### **8.5 Cuidados ao idoso: dificuldades, recursos de superação e repercussões**

Cuidar de um idoso na condição de dependência por um longo período exige dedicação constante do cuidador, fazendo com que sua saúde corra riscos, principalmente quando o cuidado é realizado com pouco ou sem nenhum apoio familiar ou social, o que faz com que o cuidador sinta-se sobrecarregado. Vários são os estudos que demonstram tal resultado (VIEIRA et al., 2012; PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

As dificuldades relatadas pelos cuidadores entrevistados, neste estudo, estão relacionadas às atividades que requerem força, às limitações devido à doença, à dedicação exclusiva no cuidado e à falta de recursos financeiros. Tais resultados corroboram com o estudo de Machado et al. (2011), que afirma que cuidar do idoso dependente no domicílio é uma tarefa exaustiva e estressante para o familiar cuidador, que tem o envolvimento emocional e físico afetados.

Colomé et al. (2011), em seu estudo com 11 cuidadores de uma Instituição de Longa Permanência, localizada em um município da região norte do Rio Grande do Sul/RS, afirmam

que entre as dificuldades mais apontadas pelos cuidadores estavam a sobrecarga de trabalho e a exigência física no cuidado ao idoso dependente. Esses cuidadores apresentaram problemas de saúde, como dores na coluna, provavelmente decorrentes da postura inadequada e do uso da força muscular.

Para Bocchi (2004), o grau de dependência física dos idosos está associado à sobrecarga do cuidador, ou seja, quanto maior o número de atividades que os cuidadores desenvolvem, maior o esforço e, conseqüentemente, maior o desgaste físico. Nesse estudo, a maior parte dos entrevistados cuidava de idosos que eram parcial ou totalmente dependentes e tinham de realizar várias atividades na rotina diária, o que pode ter contribuído para os relatos referentes às dificuldades quanto ao peso do idoso. Sena et al. (2006), afirmam que as dificuldades que acarretam o desgaste físico são evidenciadas por dores no corpo advindas de esforço para a realização de ações que variam de acordo com o peso e a dependência da pessoa cuidada.

Fernandes e Garcia (2009) enfatizam que o cuidador familiar que assume os cuidados diários com o idoso dependente se expõe, de maneira prolongada, a diferentes estressores, o que o leva a desenvolver problemas de saúde semelhantes ao do familiar ao qual presta cuidados, tais como: hipertensão arterial, artrose, processos dolorosos e/ou agravamento de problemas de saúde. Esses resultados são fortalecidos com os achados desta pesquisa nos quais os cuidadores relatam dificuldades relacionadas a limitações oriundas de doenças adquiridas no ato de cuidar do familiar dependente, como hipertensão e processos dolorosos.

Os cuidadores, desse estudo, estão expostos a vários estressores na situação de promover cuidados ao familiar dependente no domicílio. Fernandes e Garcia (2009) ressaltam que as alterações na saúde são manifestadas pelo comprometimento no cuidado, que resultam em maior disposição ao desequilíbrio físico e mental que, por sua vez, reduz seus recursos pessoais para mobilizar formas efetivas de lidar e se adaptar ao ato de cuidar.

No que diz respeito às dificuldades financeiras relatadas pelos cuidadores deste estudo, elas estavam relacionadas à falta de recursos para adquirir material para cuidar do familiar dependente. Farias et al. (2005), afirmam que muitos cuidadores deixam o emprego que auxiliava na renda familiar para cuidar de um parente idoso e, com isso, diminui a participação na arrecadação financeira da família. Vieira et al. (2012), ressaltam que a família pode se sobrecarregar financeiramente devido aos gastos com a saúde do idoso e também do cuidador.

Fernandes e Garcia (2009) definem a sobrecarga como um fenômeno multidimensional que envolve alterações no estado físico, no estado mental, desequilíbrio

entre atividade e repouso, e enfrentamento individual comprometido. E, para o cuidador informal, é uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo de atenção e de cuidados (PEREIRA et al., 2013). A tarefa imposta no desempenho do cuidado, muitas vezes, impossibilita o cuidador de participar de relações sociais, como foi encontrado nesta pesquisa, corroborando com o estudo de Nardi e Oliveira (2008).

A sobrecarga do cuidador, por ser o único naquela função perante um tempo prolongado; além de sua própria função perante a família e o acúmulo de fatores estressantes são indicadores potenciais para a violência em família (MEIRA; GONÇALVES; XAVIER, 2007).

Montezuma, Freitas e Monteiro (2008) ressaltam que é fundamental o apoio aos cuidadores familiares por parte dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, para que eles sejam capazes de conciliar o cuidado prestado às suas necessidades pessoais, enfrentando com menor dificuldade a condição de adoecimento, dependência e fragilidade do idoso.

Os recursos de enfrentamento das dificuldades vivenciadas no processo do cuidado informados pelos entrevistados estão relacionados às práticas religiosas, por meio da fé, crença e oração, bem como com o amor e a ocupação. A maioria demonstrou que a religiosidade tem um importante papel para superar as dificuldades da tarefa de cuidar de um familiar dependente. Tais questões corroboram com os estudos de Rocha, Vieira e Sena (2008), que enfatizam que a religiosidade e a espiritualidade não só funcionam como estratégia de enfrentamento ao estresse e à depressão, como também auxiliam no bem-estar e no processo de reintegração social.

Marques et al. (2011), pontuam que a igreja e os grupos de oração funcionam como uma fonte de apoio emocional, ajudando a administrar as tensões e os sofrimentos. Sendo reafirmados por Marques, Bessa e Silva (2013) que afirmam que as atividades religiosas são um importante meio de enfrentamento do cuidador para superar sentimentos negativos, bem como para encontrar sentido e apoio em seu papel, amenizando a sobrecarga que lhe é conferida e o desgaste enfrentado em sua rotina.

Em todas as entrevistas, os cuidadores fizeram referências às renúncias em suas vidas após assumirem os cuidados com o dependente. Muitos tiveram que deixar de realizar determinadas tarefas, sair do emprego, abandonar a família ou algum tratamento de saúde. Para Perlini e Faro (2005), o familiar cuidador, ao assumir o cuidado de um indivíduo

dependente, percebe que esse é um papel ao qual tem que se doar, privando-se, muitas vezes, das atividades que praticava habitualmente antes de se tornar cuidador.

O compromisso, a responsabilidade e a dificuldade em ser substituído levam o cuidador a afastar-se das atividades que, para ele, têm um significado importante (BIOLO; PORTELLA, 2010). Tais mudanças podem provocar, com o passar do tempo, o adoecimento do cuidador, além de causarem prejuízos à vida familiar e conjugal (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

Machado, Freitas e Jorge (2007) afirmam que sentimentos de privação ou de anulação do lazer, da liberdade de ir e vir, bem como o afastamento dos filhos ou ainda a desistência dos sonhos ou planos de vida estão presentes na vida dos cuidadores. Essas situações fazem parte dos depoimentos dos cuidadores deste estudo.

A solidão foi constante nos discursos das cuidadoras no que se refere à falta de apoio da família nos cuidados com o familiar dependente. Sentimento este que também foi encontrado nos estudos de Silveira, Caldas e Carneiros (2006), bem como de Oliveira (2011) com cuidadores principais de idosos com diagnóstico de síndrome demencial.

## **8.6 Necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes**

Os resultados deste estudo mostraram que a tarefa de cuidar de um idoso dependente implica em exercer atividades complexas e específicas, permeadas de dificuldades que podem ser agravadas pela escassez de preparo e de informações do cuidador. A falta de informações e orientações pode gerar insegurança e temores que se configuram no despreparo desse cuidador, gerando prejuízos ao cuidado, além de mais desgaste físico e mental (VIEIRA et al., 2011).

Nessa pesquisa, a maioria dos cuidadores relatou as necessidades de se deter informações acerca do conhecimento específico da doença que acometeu o idoso sob cuidados. O estudo de Teston, Oliveira e Marcon (2012), enfatiza que existe uma necessidade de que a família e o cuidador sejam bem informados quanto à patologia do idoso sob cuidados, os danos e suas consequências, o que irá contribuir para um cuidado consciente, responsável e de qualidade por parte do cuidador, e irá influenciar diretamente para evitar complicações da patologia. Vieira et al. (2011), afirmam também que os cuidadores também necessitam de orientação quanto aos sintomas das doenças que acometem os idosos no domicílio, bem como sobre as condutas que devem ser adotadas. Na medida em que os

cuidadores passam a conhecer melhor a doença e aprendem a lidar com o idoso, sentem mais segurança nos cuidados prestados.

Perlini e Faro (2005), em seu estudo realizado com 35 cuidadores familiares de pessoas incapacitadas por AVC residentes na zona urbana do município de Ijuí/RS, afirmam que os cuidadores não têm conhecimento a respeito da patologia das pessoas sob cuidado, bem como sobre a evolução do quadro clínico, suas possíveis complicações e a forma mais adequada para realizar o cuidado, o que é confirmado com os achados dessa pesquisa. Os mesmos autores enfatizam que o cuidador orientado sobre as possíveis formas de atender as necessidades da pessoa sob sua responsabilidade e conhecimento sobre a doença pode tornar-se mais seguro e confiante nos cuidados prestado.

O estudo de Guedea et al. (2009), realizado com 96 cuidadores familiares de idosos com Diabetes Mellitus, referiram a necessidade de orientação aos cuidadores referente aos cuidados com o idoso dependente. Essa orientação pode contribuir com o tratamento das enfermidades, sobre como e qual melhor método para administrar a medicação do idoso, indicações alimentícias, medidas preventivas de complicações, além de favorecer uma convivência harmoniosa diante das dificuldades de comportamento com o idoso, o que vem corroborar com os achados deste estudo.

A necessidade de orientação sobre o processo de envelhecimento também foi identificada nos relatos dos cuidadores deste estudo. Para Cabral et al. (2010), o cuidador precisa ter compreensão do processo de envelhecimento humano, porque vai garantir uma atenção adequada às pessoas idosas que apresentam limitações para as atividades básicas e instrumentais da vida diária e/ou problemas relacionados ao envelhecimento patológico.

Outra necessidade identificada também nas entrevistas está relacionada às informações referentes ao tornar-se idoso, com intuito de evitar a infantilização deste, comparando o ser dependente a uma criança. O estudo de Floriano et al. (2012), menciona que, quando o cuidador infantiliza o idoso, passa a desconsiderá-lo como uma pessoa adulta, com suas vivências, sua história de vida, suas capacidades intelectuais, cognitivas, e passa a agir de maneira negativa e inapropriada em relação ao idoso, o que pode contribuir com a perda de sua autonomia e com a dependência emocional do idoso em relação ao cuidador.

As necessidades de informações referentes aos cuidados com a alimentação fizeram parte da maioria dos relatos dos cuidadores dessa pesquisa, corroborando com estudo de Andrade et al. (2009), que afirmam que os cuidadores demonstraram dúvidas sobre os cuidados com a alimentação do idoso, principalmente sobre o alimento adequado, como oferecer o alimento e situações como quando ele não consegue mastigar ou tem dificuldades

para deglutir. O cuidador orientado sobre como lidar com as necessidades do idoso dependente nas realizações das atividades cotidianas sente maior facilidade para cuidar, reduzindo a carga de estresse (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Essa pesquisa mostra que os cuidadores familiares precisam de ações educativas acerca dos cuidados com a medicação. Souza et al. (2009), salientam a importância do profissional de saúde informar claramente ao idoso e ao principal cuidador o nome correto dos medicamentos, a dosagem, o horário, os efeitos colaterais e as principais alterações medicamentosas. Para Brasil (2010), a doença e os medicamentos estão presentes no dia a dia das pessoas idosas e as estratégias para gerenciar essa situação são muito particulares. A utilização criteriosa e cautelosa dos medicamentos e a orientação adequada das pessoas idosas e seus familiares são essenciais na manutenção da qualidade de vida do idoso.

No que diz respeito às necessidades de informação referentes ao banho do idoso, grande parte dos cuidadores mencionaram a orientação sobre esta atividade. Segundo Vieira et al. (2011), a execução da higiene corporal do idoso pelo cuidador requer não apenas conhecimento e orientação de como realizá-la, mas também o preparo e a habilidade emocional para lidar com situações subjetivas inerentes ao processo de cuidar. Essa orientação vai ajudar o cuidador a determinar o tipo de banho, a frequência, o horário a ser realizado e sobre como utilizar a técnica adequada que lhe dê confiança e segurança nos cuidados que são prestados ao idoso nesse momento, além do preparo emocional.

Os cuidadores familiares, desse estudo, relataram a necessidade de receber orientação referente aos movimentos ativos e passivos a serem realizados com o idoso no domicílio, bem como a necessidade de apoio nessa atividade. O cuidador, instruído sobre como realizar essa atividade com o idoso sob cuidados, vai ajudar a pessoa cuidada a se recuperar, ou seja, ajudar a recuperar os movimentos e funções do corpo (BRASIL, 2008). O profissional de saúde pode realizar a orientação e conceder as informações necessárias para o cuidador prestar os cuidados ao familiar dependente.

O estudo de Martins et al. (2007), realizado com seis cuidadoras domiciliares, mostrou que as mesmas apontaram a necessidade de orientação sobre as doenças, os medicamentos, a dieta e os exercícios físicos, evidenciando que não possuíam nenhuma formação para cuidar dos idosos, o que vem confirmar com os achados desta pesquisa.

Os cuidadores desse estudo afirmaram sentir necessidade de obter orientação acerca dos cuidados no posicionamento do idoso, bem como na realização de mudança de decúbito, a técnica a ser realizada, além do horário e frequência dessa atividade. Esta orientação vai ajudar o cuidador a oferecer um cuidado que possa proporcionar ao idoso um maior conforto,

evitando dores na coluna e dificuldades respiratórias pela permanência prolongada na cama. A mudança de posição do idoso realizada pelo cuidador também pode prevenir o aparecimento de feridas na pele (BRASIL, 2008).

A maioria dos cuidadores relatou que recebia orientação da Equipe da ESF de forma pontual, priorizando as orientações mais focalizadas na alimentação, no ambiente, na mobilidade e no exercício, o que não atendia a totalidade das necessidades nos cuidados aos idosos. Perlini e Faro (2005) afirmam, em seu estudo, que há consenso entre alguns autores de que os cuidadores familiares recebem escassa orientação por parte dos profissionais de saúde a respeito dos cuidados a serem realizados com a pessoa que está sendo cuidada. Os autores informam ainda que, embora haja falta de informação, os cuidadores cuidam de seus familiares doentes, mesmo que de uma forma intuitiva, com base em suas crenças e possíveis experiências anteriores.

Os participantes desse estudo demonstraram que “a habilidade e o conhecimento da atividade de cuidar são construídos na prática diária, na qual o familiar aprende com os seus erros e acertos, seguindo um caminho inverso da trajetória profissional” (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005, p. 440).

Lavinsky e Vieira (2004) mostraram que os cuidadores necessitam de um preparo técnico para que possam prestar cuidados de qualidade ao idoso, no domicílio, de forma mais eficiente possível, evitando quedas, falta de manejo na movimentação e de destreza manual na realização das tarefas, por mais simples que elas sejam. Esta necessidade tem sido um dos problemas do cuidado em domicílio, por ser uma atividade complexa aos familiares que recebem e assumem esse compromisso para o qual não foram devidamente preparados, resultados semelhantes com os achados deste estudo.

Os familiares dos idosos sabem que precisam de um profissional que venha ao seu domicílio realizar orientações específicas e que avalie e faça o acompanhamento do cliente, e o enfermeiro é o profissional ideal para essa intervenção (LACERDA; OLINISKI, 2004). O cuidado instruído pelo enfermeiro ao cuidador familiar deve receber orientações acerca do auxílio ao doente para os hábitos da vida diária, exercícios físicos que não comprometam a condição clínica do doente, o uso da medicação, higiene pessoal, entre outros (BICALHO; LACERDA; CAFESTA, 2008).

O enfermeiro, como integrante da Estratégia Saúde da Família, tem um papel de destaque no processo educativo com os cuidadores de idosos dependentes, utilizando como estratégia a educação em saúde. Esse profissional tem o compromisso de ensinar e orientar o cuidador leigo no momento de promover os cuidados com mais segurança e confiança.



A educação em saúde é uma atividade própria do profissional enfermeiro, sendo uma das propostas da Estratégia Saúde da Família e da lei do exercício profissional, que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, realizar a educação em saúde visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral (BRASIL, 1986).

Segundo Silva, Oliveira e Marta (2013), o enfermeiro educador necessita desenvolver ações que vão proporcionar ao cuidador habilidade de reconhecer as deficiências, inseguranças e incapacidades do idoso, além também de promover o seu autocuidado para minimizar os agravos a sua saúde.

O despreparo dos familiares diante do cuidado com o idoso acamado evidencia a necessidade urgente da criação de orientações aos cuidadores e de manejos fundamentais ao idoso. Dessa forma, a orientação promovida ao cuidador nos lares pode promover o maior tempo de convívio familiar, diminuindo o tempo de internação hospitalar e, dessa forma, reduzindo as complicações decorrentes de longas internações hospitalares (CONCEIÇÃO, 2010).

No entanto, o cuidador precisar estar habilitado a desenvolver os cuidados diários e saber agir nas situações mais difíceis que poderão surgir no decorrer da prestação de cuidado. É necessário estar seguro ao desenvolver essa assistência (SILVA; OLIVEIRA; MARTA, 2013). Assim, o enfermeiro gerontológico pode proporcionar essa intervenção junto ao cuidador e a família, buscando, através de ações educativas, sua intervenção no intuito de minimizar o impacto da condição de dependência do idoso sobre o ser que cuida.

Garcia et al. (2011) concluem em seu estudo que é necessário ao enfermeiro atuar como facilitador do processo de cuidado domiciliar, compreendendo e respeitando as diferentes culturas existentes, que podem modificar as maneiras de cuidar conforme as particularidades de cada núcleo familiar. Isso pode ser operacionalizado por meio das visitas domiciliares, nas consultas de enfermagem, entre outras ocasiões que permitam uma comunicação adequada para a orientação do cuidado. Assim, também pode ser possível promover o intercâmbio dos saberes e práticas, vislumbrando a melhora da qualidade de vida do indivíduo com doença crônica incapacitante, bem como da família provedora do cuidado.

Silva, Oliveira e Marta (2013), afirmam que o profissional enfermeiro deve promover a capacitação dos cuidadores familiares e, para isso, precisa utilizar uma linguagem simples e objetiva, sendo o ambiente domiciliar o lugar apropriado para desenvolver essa atividade. Esse profissional pode contribuir para atividades dirigidas ao ser que presta cuidados ao idoso dependente, na prevenção de complicações, orientando-o sobre como promover cuidados ao ser cuidado, além de incentivá-lo ao autocuidado (SOUZA et al., 2006).

Outra forma de ações que podem ser promovidas aos cuidadores de idosos dependentes são os grupos de apoio. O grupo de apoio é o espaço de cuidado, de escuta, de valorização pessoal e de alternativa na potencialização das mudanças na vida pessoal e familiar. O grupo deve propiciar o autoconhecimento e a autoaceitação; possibilitar vivências corporais e artísticas integradas à relação corpo e mente; promover um espaço significativo para a expressão dos sentimentos pessoais e o acolhimento dessas expressões; deve valorizar o espaço pessoal de cada um dentro do seu meio familiar; fortalecer as relações individuais e grupais; abrir espaço para que cada pessoa possa redescobrir desejos, emoções e sonhos que guardava para si e promover a reflexão para busca da concretização de objetivos futuros (CARDOSO; ROSALINI; PEREIRA, 2010).

Segundo Brasil (2008), o grupo de apoio é um espaço de troca de experiência, nos quais os cuidadores podem conversar, aprender e ensinar a arte de cuidar, formando uma rede de apoio entre eles. Essa participação dos indivíduos é de grande importância para a valorização dos cuidadores, possibilitando aprender, trocar experiência entre os pares e tornando-se um espaço de autocuidado.

No estudo de Simonetti e Ferreira (2008) com 16 cuidadores de idosos portadores de doenças crônicas que eram atendidas em um Centro de Saúde Escola de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, pertencente à Universidade Estadual Paulista, conclui-se que é necessário preparar profissionais para promover a assistência às famílias que estão enfrentando a situação de cuidar de um parente idoso com doença crônica, além também de elaborar um programa para os cuidadores, a fim de garantir a prestação dos cuidados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo acerca da configuração da rede social e das necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes permitiu-nos realizar algumas considerações sobre os resultados até aqui discutidos. No primeiro momento vamos apresentar algumas considerações sobre a metodologia adotada neste estudo, que foi a triangulação, e posteriormente apontar alguns aspectos que poderão contribuir para a enfermagem no atendimento gerontológico.

Para alcançar o propósito do método de triangulação que visa explorar descobertas de diferentes fontes para tornarem-se compreensíveis à realidade do sujeito pesquisado, utilizou-se como instrumento, o formulário e a entrevista, a fim de compreender as diversas realidades vivenciadas pelos cuidadores durante os cuidados com o idoso. O formulário proporcionou investigar o perfil de cuidadores e idosos sob cuidados, enquanto a entrevista buscou compreender como se configura a rede familiar e social frente ao cuidado do idoso dependente, e ainda as dificuldades, recursos de superação, repercussões e necessidades educacionais desses cuidadores.

Trabalhar com os métodos de abordagem quantitativa e qualitativa permitiu-nos refletir sobre a importância que cada método possui na investigação acerca do cuidado familiar ao idoso dependente. Neste estudo, os dois tipos de abordagem se complementaram de uma forma tão salutar no alcance dos objetivos propostos, que proporcionaram revelação, interpretação e compreensão do fenômeno estudado em prol do avanço do bem-estar do idoso-família.

Em relação aos resultados da pesquisa, no que tange ao perfil dos cuidadores familiares de idosos dependentes do município de Coari-Amazonas, observou-se que houve um predomínio das mulheres de meia idade, que assumem o cuidado por 24 horas, casadas ou solteiras, e com nível sócio-econômico e educativo relativamente baixo. Considerando a relação entre cuidador e o idoso sob cuidados, o grau de parentesco de maior representatividade foi o de filiação. Assumir a responsabilidade pelo cuidado sozinho, contínuo e por um tempo prolongado, acaba levando os cuidadores a passarem por várias situações com as quais ainda não sabem lidar. O que nos remete a perceber que tais cuidadores estão expostos a sobrecarga emocional e física, além do risco do surgimento de patologias. Conhecer o perfil do cuidador e do idoso sob cuidados, através do diagnóstico situacional, poderá ajudar os profissionais de saúde da atenção básica a planejar e implementar ações, baseadas na particularidade de atendimento dessa população.

No que se refere ao perfil dos idosos dependentes do município de Coari, a pesquisa mostrou maior representatividade a idade acima dos 80 anos, predominando o sexo feminino, viúvas, com baixo nível de escolaridade, acometidas por várias patologias crônico-degenerativas que foram as principais causas da dependência, comprometendo a funcionalidade no que se referem às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs). Faz-se importante conhecer este perfil de idosos para que a assistência promovida pela equipe da ESF, sobretudo do enfermeiro, inclua na sua prática assistencial, principalmente aos idosos acima de 60 anos de idade, um instrumento que possa avaliar a capacidade funcional dos mesmos, buscando identificar o grau de dependência e as necessidades frente aos cuidados prestados pelos familiares, para com isso, oferecer uma adequada orientação quanto ao manejo do idoso, bem como a manutenção e preservação da independência, respeitando as limitações de cada um.

Em relação à configuração da rede familiar, os resultados deste estudo mostraram que a relação de seus membros com o idoso sob cuidados era, para uma parte, de respeito, carinho e amor, proporcionando uma harmonia no cuidar; e para outra parte, embasada no distanciamento e indiferença, o que causava sentimentos de insatisfação do cuidador e do idoso para com seus familiares, sobretudo irmãos e filhos consecutivamente. Estes fatos refletem diretamente no estabelecimento de uma relação conflituosa no seio familiar, ocasionando brigas e frequentes desentendimentos, interferindo direta ou indiretamente no processo do cuidado. É de extrema importância que o enfermeiro possa perceber os fatores geradores de conflito no domicílio do idoso, a fim de buscar estratégias que possam contribuir para minimizá-los, prevenindo a angústia, a ansiedade e o estresse gerados no contexto do cuidado.

A pesquisa também mostrou que a rede familiar se configura, em um dado momento, como fonte de apoio advindo das filhas, noras e netas dos cuidadores familiares; já em outro momento como não apoio. O apoio advindo dos familiares estava relacionado ao auxílio ou realização das ABVDs do idoso, ao apoio emocional ao cuidador e ao apoio financeiro no dia-a-dia do cuidado. Esses cuidadores que recebiam algum tipo de apoio de seus familiares demonstram se sentir mais seguros e acolhidos em suas dificuldades. O que nos remete a refletir sobre a importância de serem criadas estratégias pelos profissionais de saúde para que a família do idoso possa ser envolvida no planejamento do cuidado de forma que cada membro se perceba importante e acolhido pelos familiares e que o apoio mútuo possa favorecer recursos de superação das dificuldades vivenciadas.

Sabe-se que, quando se cuida de um idoso na condição de dependência, as dificuldades são várias. Neste estudo, os cuidadores utilizam várias estratégias como recursos para superar e vencer as situações vivenciadas na tarefa do cuidado no domicílio, como se ocupar com uma determinada tarefa para esquecer os problemas diários, bem como buscar, através da religiosidade, uma forma de superar suas ansiedades, medos, angústias e preocupações diárias. Deste modo, faz-se necessário afirmar que os profissionais de saúde precisam planejar a melhor estratégia para oferecer orientação e ajuda aos familiares, enfatizando a importância do fortalecimento das diversas formas de enfrentamento das dificuldades de que cada indivíduo lança mão.

Em relação às repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar, percebe-se que os cuidadores passaram por algumas mudanças em sua vida pessoal, profissional e social, sendo essa uma decisão muito difícil para cada cuidador entrevistado: deixar de lado a sua vida para se dedicar a viver a vida do outro. Os resultados mostram que estes fatores, dentre outros, são fortes geradores de possíveis situações de estresse. É importante que os familiares cuidadores sejam mais bem percebidos pelos profissionais de saúde, de forma que os fatores geradores de estresse sejam avaliados para que a equipe de saúde, juntamente com os familiares, possam planejar estratégias mais viáveis de intervenção.

Os resultados mostraram que os cuidadores deste estudo necessitam de informações e orientações sobre os cuidados que são prestados ao familiar dependente. Isto nos faz pensar numa maior valorização da educação em saúde dos profissionais da ESF, especialmente o enfermeiro, que assume ações de orientação aos cuidadores familiares para amenizar as suas dúvidas referentes ao cuidado do idoso, através de um processo educacional contínuo e sistemático.

Nessa perspectiva, considera-se que uma das maiores contribuições deste estudo está relacionada às necessidades educativas levantadas pelos cuidadores familiares, sendo essa de grande contribuição para que a equipe da Estratégia Saúde da Família possa planejar suas ações educativas junto à família e ao cuidador no domicílio. Assim, acredita-se que estes cuidadores estarão mais preparados para enfrentar suas inseguranças advindas das dificuldades vivenciadas nos cuidados prestados ao ser dependente, além de também amenizar suas dúvidas e angústias nessa tarefa de cuidar.

Os cuidadores participantes desta pesquisa mostraram receber um apoio pontual e focalizado da rede social relacionada aos serviços dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Coari, no que se refere às visitas e algumas orientações, sem,

contudo, ser de uma forma frequente e sistemática. Já a rede composta por vizinhos e congregações religiosas constituíram-se um dos apoios fundamentais no contexto do cuidado.

Diante das questões abordadas neste estudo, reconhecemos a importância dos profissionais integrantes da equipe ESF estarem mais preparados para atender o idoso e a família no ambiente domiciliar, procurando desenvolver ações que busquem alcançar, de uma forma mais efetiva, os objetivos propostos pelo Sistema Único de Saúde por meio da implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; além de também fortalecer as diretrizes da Estratégia Saúde da Família no âmbito da Atenção Básica, onde as famílias são o foco da prestação dos serviços de forma que os profissionais de saúde possam reconduzir seu processo de trabalho, em prol do atendimento às necessidades de cada estrutura familiar. Pensamos que, para que tal focalização seja mais bem efetivada, é necessário que os profissionais, sobretudo o enfermeiro e o médico, mergulhem no contexto de cada família, a fim de que possam ter uma percepção mais fidedigna da realidade vivenciada em cada domicílio, evidenciando assim maior valorização de um acompanhamento frequente e sistematizado.

Os resultados desta pesquisa dão indícios da necessidade de se aumentar as discussões sobre a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, considerando mais fortemente as diretrizes preconizadas pelo nosso Sistema de Saúde através da promoção da saúde e prevenção de agravos, no sentido de fazer um redimensionamento do planejamento voltado para a efetivação de uma rede de suporte social formalizada, com um atendimento em diversas instâncias para esses cuidadores familiares de idosos em situação de dependência, bem como da necessidade da Estratégia Saúde da Família estar preparada para lidar não somente com o idoso, mas também com a sua família nas suas várias dimensões. Assim, pensamos que é de extrema importância a construção de intervenções que necessitam ser conduzidas por uma equipe interdisciplinar capacitada para propiciar melhor adaptação do cuidador ao contexto do cuidado de seu familiar no município de Coari no Estado do Amazonas.

Diante das várias dimensões acerca da configuração da rede de apoio e das necessidades educacionais no cuidado familiar de idosos dependentes mostradas neste estudo, percebe-se a importância da realização de investigações científicas voltadas para novas descobertas na área do cuidado familiar gerontológico, especialmente no contexto do Estado do Amazonas.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR, Villarejo Luis; ZAMORA PEÑA, MA; PONCE, Gaspar Casado. Sobrecarga y dolor percibido em cuidadoras de ancianos dependientes. **Revista Electrónica trimestral de Enfermería**, v.11, n.3, jul. 2012. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.3.155111>. Acesso em: 10 jul. 2013.

AIRES, Marinês; PAZ, Adriana Aparecida; PEROSA, Cleci Terezinha. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 79-91, jul/dez. 2006. Disponível em: < <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/index>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

ALEXANDRE, Ana Maria Cosvoski et al. Rede Social de Apoio no Brasil: Grupo e linhas de pesquisa. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.2, n. 20, p. 241-246, abr/jun. 2011.

ALMEIDA, Katiele dos Santos; LEITE, Marinês Tambara; HILDEBRANDT, Leila Mariza. Cuidadores Familiares de pessoas portadores de Doença de Alzheimer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 403-412, 2009. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n2/pdf/v11n2a23.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/pdf/v11n2a23.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2013.

ALMEIDA, Tatiana Lemos. **Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família**. 2005. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade)–Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-03102006-144231/pt-br.php>>. Acesso em: 4 jan. 2012.

ALVARENGA, Márcia Regina Martins et al. Rede de suporte social do idoso atendido por Equipes de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n. 16, p. 2063-2611, 2011.

ALVARENGA, Márcia Regina Martins; MENDOZA, Isabel Yovana Quispe; FARO, Ana Cristina Mancussi E. Instrumentos de avaliação funcional de idosos submetidos à cirurgia ortopédica: revisão integrativa da literatura. **Acta Fisiátrica**, v. 14, n. 1, p. 32-40, 2007. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/v1/frm.Artigo.aspx?artigo=317>. Acesso em: 3 jan. 2012.

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/16.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista Saúde Pública**, v.44, n.3, 2010.

ALVES, Marcelo da Silva Alves et al. Saberes de Enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde sobre conceitos de Enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 2, n. 1, p.1-9, jan/abr. 2012.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunic., Saúde. Educ.** v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

AMENDOLA, Fernanda; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; ALVARENGA, Márcia Regina Martins. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-72, abr/jun. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/07.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2012.

AMENDOLA, Fernanda.; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos.; ALVARENGA, Márcia Regina Martins. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Revista da Escola de Enfermagem de São Paulo**, v. 45, n. 4, p. 884-889, 2011.

ANDRADE, Fernanda Maria Mendes de. **O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal.** 2009. 345f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação)–Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Braga, Portugal, 2009. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10460>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

ANDRADE, Luciene Miranda de et al. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.1, p.37-43, 2009.

ANTUNES, Cristina; FONTAINE, Anne Marie. Percepção e apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social. **Support Appraisals. Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 32, p. 355-366, dez. 2005.

ARAGÃO, Ellen Ingrid Souza, et al. Suporte social e estresse: uma revisão da literatura. **Psicologia em Foco**, Aracaju, v. 2, n. 1, p.79-90, jan/jun. 2009. Disponível em: <<http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/-Suportesocialeestresse-umarevisaodaliteratura.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2011.

ARGIMON, Irani I. de Lima; STEIN, Lilian Milnitsky. Habilidades cognitivas em indivíduos muitos idosos: um estudo longitudinal. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 64-72, jan/fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/08.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

ARAÚJO, Maria Odete Pereira Hidalgo de; CEOLIM, Maria Filomena. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.3, n.41, p.378-385, 2007.

ARAÚJO, Isabel; PAUL, Constança; MARTINS, Manuela. Cuidar de Idosos Dependentes no Domicílio: Desabafos de quem cuida. **Ciência e Cuidado Saúde**, v.8, n.2, p.191-197, abr./jun. 2009.

ARAÚJO, Isabel; PAUL, Constança; MARTINS, Manuela. Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. **Revista de Enfermagem Referência**, serie III, n.2, dez. 2010.



ARAÚJO, Isabel; PAUL, Constança; MARTINS, Manuela. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 869-877, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a11.pdf>>. Acesso em: 29 de maio 2013.

ARAÚJO, Jeferson Santos et al. O conhecimento do cuidar nas representações sociais de cuidadores. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2012.

ARAÚJO, Maria de Fátima Santos de; OLIVEIRA, Fabíola Moreira Casimiro. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n. 14, p.3-14, set. 2009. Disponível em: <<http://www.editoraufjf.com.br/revista/index.php/csonlinev>>. Acesso em: 20 de maio 2013.

BALLSTAEDT, Ana Luiza Maia Pederneiras. **Comportamento e estilo de vida da população idosa e seu poder de consumo**. Santa Catarina: Universidade do Estado de Santa Catarina, 2007. Disponível em: <[http://fido.palermo.edu/servicios\\_dyc/encuentro2007/02\\_auspicios\\_publicaciones/actas\\_diseno/articulos\\_pdf/A004.pdf](http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/encuentro2007/02_auspicios_publicaciones/actas_diseno/articulos_pdf/A004.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2011.

BARBOSA, Pedro Marco Karan; MARCACINE, Karla Oliveira. Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma contribuição para o processo de ensino-aprendizagem ao paciente e familiares. **Revista Nursing**, v. 11, n. 128, p. 26-34, 2009.

BARROS, Edaiane Joana Lima; SANTOS, Silvana Sidney Costa; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. O cuidado de enfermagem à pessoa idosa estomizada na perspectiva da complexidade. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 28-37, abr/jun. 2008. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/549/pdf>. Acesso em: 15 set. 2012.

BAUMGARTEN, Larissa. Idoso e Enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde da Família. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA; ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO. **Anais eletrônicos**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS\\_01949.pdf](http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS_01949.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2011.

BELIE, Renata Aparecida et al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**, Pelotas, v.30, p.187-199, jan/jun. 2008.

BIAZIN, Damares Tomasin. **Avaliação da capacidade funcional pós-trauma em idosos**. 2005. 225 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental)-Curso de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-26112006-210940/pt-br.php>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BICALHO, Cleide Straub; LACERDA, Maria Ribeiro; CATAFESTA, Fernanda. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare de Enfermagem**, v.13, n.1, p. 118-123, jan/mar. 2008.

BIOLO, Helena Fiad; PORTELLA, Marilene Rodrigues. Vivência do Cuidador Familiar: casos acompanhados pela estratégia da saúde da família na cidade de Passos Fundo-RS. **Estudo Interdisciplinar do envelhecimento**, Porto Alegre, v.15, n.2, p.117-195, 2010.

BOFF, Leornado. **Saber Cuidar: ética do humano- compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BORBA, Letícia de Oliveira et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.2, p.442-449, 2011.

BORGES, Moema da Silva; SILVA, Hellen Cristina Pereira da. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 63-65, set/out. 2010.

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário oficial da União 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2013.

BRASIL. Política Nacional do Idoso, 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**, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1395, de 10 de dez. 1999. **Aprova a Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao\\_impressao.php?id=6621](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6621)>. Acesso em: 10 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção a Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília, 2010. (Série Pactos pela Saúde). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BOCCHI, Silva Cristina Mangini. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Revista latino Americana de Enfermagem**, v.12, n.1, p.115-121, 2004.

BRITO, Tábatta Renata Pereira de; PAVARINI, Sofia Cristina Lost. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.20, n.4, jul/ago. 2012.

BRONDANI, Cecília Maria. **Desafio de cuidadores familiares no contexto da internação domiciliar**. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2008. Disponível em: <[http://www.ufsm.br/ppgenf/dissertacoes2008/Cecilia\\_Maria\\_Brondani.pdf](http://www.ufsm.br/ppgenf/dissertacoes2008/Cecilia_Maria_Brondani.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2012.

BRUSAMARELLO, Tatiana et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 33-40, jan/mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/04.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

CABRAL, Luciane Patrícia et al. A importância da educação em saúde aos cuidadores de idosos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO, 1994. Ponta Grossa, Paraná. **Anais**. [S.l: s.n.], 2010. Disponível em: <<http://www.isapg.com.br/2010/ciepg/selecionados.php?ordem01=titulo&ordem02=titulo>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio/jun. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 13 jan. 2012.

CALDAS, Célia Pereira. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.3, n.4, jul, 2000. Disponível em: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282000000200004&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 de mar. 2013.

CAMARGO, Renata Cristina Virgolin Ferreira de. Implicações na Saúde Mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 6, n.2, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n2/2.pdf>>. Acesso em: 21. fev. 2012.

CANTERA, Isosoro Ruipérez; DOMINGO, Paloma Llorente. **Guia prático de enfermagem: geriatria**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002.

CANZONIERI, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CARDOSO, Cinira Conceição Longo; ROSALINI, Maria Helena Pereira; PEREIRA, Maria Tereza Mendes Laves. O cuidar na Concepção dos Cuidadores: um estudo com familiares de doentes crônicos em duas unidades de saúde da família de São Carlos-SP. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v.13, n.1, p.24-42, jul./dez. 2010.

CARNEIRO, Rachel Shimba et al. Qualidade de vida, Apoio Social e depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007.

CARTAXO, Hemília Gabrielly de Oliveira; GAUDÊNCIO, Mércia Maria Paiva; LACERDA, Gersiane da Silva. Caracterização de Idosos Sintomáticos ou Portadores de Afecções Neuropsiquiátricas segundo cuidadores Familiares. **Revista Cogitare de**

**Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 319-325, abr/jun. 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/viewFile/21821/14232>>. Acesso em: 21 de jun. 2013.

CARVALHO, Emmanuella Maussara Rocha de et al. O olhar e o sentir do idoso no pós queda. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.7-16, 2010.

CECCON, Roger Flores et al. Educação em saúde: percepção de profissionais atuantes em uma Coordenadoria Regional de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 32, n. 1, p. 56-62, 2011.

CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; OLIVEIRA, Nair Isabel Lapenta de. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia-USP**, v. 13 n. 1, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 fev. 2012.

CIRILO, Aline da Costa; AFFONSO, Bianca Donato; HORTA, Heloisa Helena Lemos. A enfermagem na promoção do envelhecimento saudável: preparo do idoso e sua família. **Investigação**, v.10, n.1, p.19-25, 2010.

COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.13, n.2, p.306-312, abr/jun, 2011. Disponível em: <<http://www.feb.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a17.htm>>. Acesso em: 20 de jun. 2013.

CRIVARO, Elizabeth Timotheo; ALMEIDA, Inez Silva de; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. O Cuidar Humano: articulando a produção acadêmica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 248-54, abr/jun. 2007.

CONCEIÇÃO, Luiz Fabiano Soriano da. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.20, n.1, p.81-91, 2010.

CURTATI, José Antônio Esper; KASAI, Juliana Yumi Tizon; NÓBREGA, Thais Cano Miranda de. Senescência e Senilidade. In: JACOB FILHO, Wilson; KIKUCHI, Elina Lika. **Geriatria e Gerontologia Básicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 496p.

CYRINO, Eliana Goldfard; PEREIRA, Maria Lúcia Toralles. Trabalhando com estratégias e ensino-aprendizado por descoberta a área da saúde: a problematização a aprendizagem baseada em problemas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-788, maio/jun. 2004. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2013.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela Pereira. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Revista de Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n3/4809.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

DOMINGUES, Marisa Accioly. O cuidador e a Rede de Suporte Social do Idoso. In: JACOB FILHO, Wilson; KIKUCHI, Elina Lika. **Geriatría e gerontologia básicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

DONG, Xinqi; SIMON, Melissa A. Gender variations in the levels of social support and risk of Elder Mistreatment in a Chinese Community Population. **Journal of Applied Gerontology**, v. 29, n. 6, p. 720-739, 2010. Disponível em: <<http://www.mendeley.com/research/gender-variations-levels-social-support-risk-elder-mistreatment-chinese-community-population/>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

DUARTE, Veridiana Bohns et al. A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família. **Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.7, n.1, p.42-50, jan./abr. 2005.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. O cuidador no cenário assistencial. **O mundo da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 37-44, jan./mar, 2006. Disponível em: <[http://www.saocamilos-sp.br/pdf/mundo\\_saude/34/cuidados\\_cenario.pdf](http://www.saocamilos-sp.br/pdf/mundo_saude/34/cuidados_cenario.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2013.

DUCA, Giovâni Firpo Del; MARTINEZ, Aline de Deus; BASTOS, Gisele Alsina Nader. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1159-1165, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a10v17n5.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2013.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro. Cuidar de familiares idosos com a doença de alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Psicologia em estudo [online]**, v. 14, n. 4, p. 777-786. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a18.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2013.

FAQUINELLO, Paula; CARREIRA, Ligia; MARCONI, Sonia Silva. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de Apoio Social ao Hipertenso. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 736-744. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/17.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2012.

FAQUINELLO, Paula; MARCON, Sonia Silva. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1345-1352, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a10.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

FARIAS, Helóisa Helena Queiroz de et al. O Ser Cuidador da Pessoa Idosa com Lesão Cerebral: Um Estudo Teórico. **Rev. RENE Fortaleza**, v.6, n.3, p.112-119, set/dez. 2005.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes; SOUZA, Fernando César de. Diálogos Interdisciplinares em Saúde e Educação: a arte do cuidar. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 107-124, jan./abr. 2012.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; GARCIA, Telma Ribeiro. Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 3, n. 11, p. 469-476, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a02.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

FERNANDES, Maria Julia Carneiro. Enfermagem gerontogeriatrica em Portugal: uma prática emergente. **RBECH**, Passos Fundos, v.8, n.1, p.120-135, jan/abr. 2011.

FERREIRA, Caroline Gomes; ALEXANDRE, Tiago da Silva; LEMOS, Naira Dutra. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 398-409, 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200012)>. Acesso em: 20 jun. 2013.

FIGUEIREDO, Daniela. **Cuidados familiares ao idoso dependente**. Lisboa: Climepsi, 2007.

FIGUEREDO, Nébia Maria Almeida; TONINI, Tereza. **Gerontologia**: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento. Yedis: São Paulo, 2008.

FILHO, Wilson Jacob; KIKUCHI, Elina Lika. **Geriatrics e Gerontologia Básicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

FLORIANO, Luciene Almeida; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza; REINERS, Annelita Almeida Oliveira. Cuidador Familiar de Idosos: a busca pelo apoio social formal e informal. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.11, n.1, p.018-025, jan./mar. 2012.

FLORIANO, Luciene Almeida et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.3, p.543-548, 2012.

FONSECA, Francielli Brito; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 365-373, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/20.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2012.

FONTES, Conceição Adriana Sales; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p.77-83, 2008.

FRANK, Stefanie et al. Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na saúde comunitária. **Estudo Interdisciplinar do envelhecimento**, Porto Alegre, v. 11, p. 123-134, 2007. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4816>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, Adriana Valéria da Silva; NORONHA, Ceci Vilar. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 359-69, abr./jun. 2010.

FREITAS, Elizabeth Viana, et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FREITAS, Elizabeth Viana. **Manual prático de geriatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

GARCIA, Raquel Potter Garcia et al. Cotidiano e Aprendizado de cuidadores familiares de doentes crônicos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.4, n.10, p.690-696, 2011.

GARCIA, Yolanda Maria. Epidemiologia do envelhecimento. In: FILHO, Wilson Jacob; KIKUCHI, Elina Lika. **Geriatria e gerontologia básicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GASPAR, Jaqueline Correia; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; DUAYER, Maria de Fátima Faria. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 619-628, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/11.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n.4, p.645-653, out/dez. 2006.

GOMES, Ingrid Meireles; LACERDA, Maria Ribeiro. Correlations between social support and the home nursing – Integrative review. **Online brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 9, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2876/658>>. Acesso em: 22 mar. 2013.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; ALVARES, Angela Maria. In: FREITAS, Elizabeth Viana et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase et al. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.19, n.3, maio/jun. 2011.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

GOULART, Flavio A. de Andrade. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para o os sistemas de saúde. **Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. Disponível em:<[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas\\_flavio1.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2011.

GRATÃO, Aline Cristina Martins. **Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado**. 2006. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Curso de Mestrado em Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25052007-161750/pt-br.php>>. Acesso em: 22 jan. 2012.

GRATÃO, Aline Cristina Martins et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.4, n.1, p.137-144, 2013.

GUEDEA, Miriam Teresa Dominguez et al. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. **Revista de Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 242-249, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a11.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2012.

GUNTHER, Honorato. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Revista da Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, maio/ago. 2006.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; ALVES, Maria Helena Leviski; CAMARGO, Vania Carla. Educação em saúde para o cuidado de si com pacientes diabéticos. **Revista Nursing**, v. 98, n. 8, p. 56-63, jul. 2006.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida. Peculiaridades do cuidado gerontológico de Enfermagem: revisão de literatura. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, v. 3, n.4, p.1079-86, out/dez, 2009.

IBGE. **Censo 2010**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01. Abr. 2012.

IBGE. **Idosos no mundo**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 5 dez. 2011.

JANDREY, Carla Vilma. **O cuidador familiar de pessoa idosa: o desafio de cuidar de quem cuida**. 2009. 116 f. Dissertação (Mestrado em Teologia)- Escola Superior de teologia, São Leopoldo, 2009. Disponível em: <[http://tede.est.edu.br/tede/tde\\_arquivos/1/TDE-2009-0917T131412Z143/Publico/jandrey\\_cv\\_tm204.pdf](http://tede.est.edu.br/tede/tde_arquivos/1/TDE-2009-0917T131412Z143/Publico/jandrey_cv_tm204.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2012.

JEDE, Marina; SPULDARO, Mariana. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 413-421, set/dez. 2009. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/375>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

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

KEBIAN, Luciana Valadão; ACIOLI, Sonia. Visita Domiciliar: espaço de práticas de Cuidado do Enfermeiro e do Agente Comunitário de Saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 403-409, jul/set. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a11.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2012.

LACERDA, Maria Ribeiro; OLINISKI, Samantha Reikdal. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v.26, n.1, p.239-248, 2004. Disponível em:



<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1699/1078>. Acesso em: 10 de jun. 2013.

LAVINSKY, Andréa Evangelista; VIEIRA, Therezinha Texeira. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v.26, n.1, p.41-45, 2004.

LEMOS, Jacinta Almeida. **Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes**. 2012. 113 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Ativo)-Instituto Politécnico de Bragança-Escola Superior de Saúde, Bragança, 2012. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8088/1/Jacinta%20Almeida%20Lemos.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

LEMOS Naira Dutra; MEDEIROS, Sonia Lima. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, Elizabeth Viana et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 892-897, 2006.

LENARDT, Maria Helena et al. O idoso portador da doença de Alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.14, n.3, p.301-307, jul/set, 2010. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acesso em: 20 de fev. 2013.

LENARDT, Maria Helena et al. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Colombia Médica**, v.42, n.2, abr/jun. 2011. Disponível em: <<http://www.bioline.org.br/pdf/rc11036>>. Acesso em: 10 de mar.2012.

LUECKENOTTE, Annette. **Avaliação em Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichaman e Affonso, 2002.

LUZARDO, Adriana Remião. **Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores**: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. 2006. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/6070>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

MACHADO, Ana Larissa Gomes; FREITAS, Consuelo Helena Aires de; JORGE, Maria Salete Bessa. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.5, p.530-534, set/out. 2007.

MACHADO, Ana Larissa Gomes; JORGE, Maria Salete Bessa; FREITAS, Consuelo Helena Aires. A vivência do cuidador familiar de vítima de acidente vascular encefálico: uma abordagem interacionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 246-251, mar./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a12v62n2.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde**

**Coletiva**, v. 2, n. 12, p. 335-342, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

MACHADO, Roberta Antunes et al. O cuidador familiar no foco do programa de assistência domiciliar de uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre. **Jornal of Nursing Health**, Faculdade de Enfermagem UFPel, 2011.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MALTA Deborah Carvalho; JORGE, Alzira de Oliveira. Breve caracterização da saúde suplementar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dois faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro, p. 37-60, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Regulacao\\_Saude\\_4.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Regulacao_Saude_4.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2013.

MARQUES, Ana Karlina Monte Cunha. **Apoio social na experiência do familiar cuidador de pessoas com doença crônica**. 2007. 96 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade de Fortaleza, CE, 2007. Disponível em: <[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fuol01.unifor.br%2Foul%2Fconteudosite%2F%3FcdConteudo%3D1135860&ei=k97yUcG\\_OIPe8wT1m4DgAQ&usq=AFQjCNFTGVVegh3ZCeURYCFciCR-A17lcg&sig2=k4UcqHCgOdYKG5W8BpxxbQ&bvm=bv.49784469,d.dmg](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fuol01.unifor.br%2Foul%2Fconteudosite%2F%3FcdConteudo%3D1135860&ei=k97yUcG_OIPe8wT1m4DgAQ&usq=AFQjCNFTGVVegh3ZCeURYCFciCR-A17lcg&sig2=k4UcqHCgOdYKG5W8BpxxbQ&bvm=bv.49784469,d.dmg)>. Acesso em: 20 jun.2013.

MARQUES, Ana Karlina Monte Cunha et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 945-955, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a26v16s1.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

MARQUES, Marília Braga; BESSA, Maria Eliana Peixoto; SILVA, Maria Josefina da. Autocuidado de cuidadores familiares de idosos. **Revista Portal de Divulgação (São Paulo)**, v.30, n.3 mar. 2013. Disponível em: <[WWW.portaldoenvelhecimento.org.br/revista](http://WWW.portaldoenvelhecimento.org.br/revista)>. Acesso em: 20 de mar. 2013.

MARTINS, Josiane de Jesus, et al. Necessidade de educação em saúde dos cuidadores de pessoa idosa no domicílio. **Revista Texto e Contexto**. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-62, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2011.

MATHEUS, Maria Clara Cassuli; FUSTINONI, Suzete Maria. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

MEDEIROS, Fabíola de Araújo Leite; ARAÚJO, Daísy Vieira de; BARBOSA, Larissa Nogueira de Siqueira. Percepção de Acadêmicos de Enfermagem sobre cuidar de Idosos. **Cogitare Enfermagem**, v.1, n.14, p.85-89, jan./mar. 2009.

MEIRELES, Viviani Camboin et al. Características dos Idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 69-80, jan./abr. 2007.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/07.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

MEIRA, Edméia Campos; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; XAVIER, Jacilene de Oliveira. Relatos Oraís de Cuidadores de Idosos Doentes e Fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.6, n.2, p.171-180, abr/jun. 2007.

MELO, Cristina Melo Meira de. **Divisão social do trabalho Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MENDOZA, Isabel Yovana Quispe; PENICHE, Aparecida de Cassia Giani. Conhecendo o perfil do idoso cirúrgico. **Saúde Coletiva**, v. 06, n. 30, p. 104-110, 2009.

MIGUEL, Maria Emília Grassi Busto; PINTO, Meyre Eiras de Barros Pinto; MARCON, Sonia Silva Marcon. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.3, p.784-795, 2007. Disponível em: < [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v9/n3/v9n3a17.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/v9n3a17.htm)>. Acesso em: 10 de jan. 2012.

MIGUEL, Maria Emília Grassi Busto; FIGUEIRA, Michele de Oliveira; NARDI, Edileuza de Fátima Rosina. Perfil dos Cuidadores familiares de idosos dependentes de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista F@pciência**, Apucarana, PR, v. 6, n. 14, p.118-127, 2010. Disponível em: <[http://www.fap.com.br/fapciencia/006/edicao\\_2010/014.pdf](http://www.fap.com.br/fapciencia/006/edicao_2010/014.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-209, fev. 2012.

MINOSSO, Jéssiaca Sponton Moura et al. Prevalência de Incapacidade Funcional e Dependência em Idosos Atendidos em um Centro de Saúde-Escola da Universidade de São Paulo. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 12-18, 2010.

MONTEZUMA, Camila Araújo; FREITAS, Maria Célia de; MONTEIRO, Ana Ruth Macedo. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 2, n.10, p.395-404, 2008.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2012. p. 98. Disponível em: <http://www.http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em 10 jan. 2013.

MORAIS, Eliane Pinheiro de; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; GERHARDT, Tatiana Engel. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**,

Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-83, abr/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/21.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

MOREIRA, Márcia Duarte; CALDAS, Célia Pereira. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, v. 11, n. 3, p. 520-525, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a19.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

MOREIRA, Paulo Henrique Bittencourt et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos vinculados ao Programa Saúde da Família - Teixeira, MG. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 433-440, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n3/v14n3a04.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

MOSTARDEIRO, Sadjá Crsitina Tassinari de Souza; PEDRO, Eva Néri Rubim. O cuidado de enfermagem em situações de alteração da imagem facial. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 32, n. 2, jun. p. 294-301, 2011.

MURTAGH Kirsten Naumann; HUBERT, Helen B. Gender differences in physical disability among an elderly cohort. **Amercian Jornal Public Health**, v.94, n.8, p.1406-1411, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448463/>>. Acesso em: 20 de fev. 2012.

NARDI, Edileuza de Fátima Rosina. **Apoio Social ao Cuidador Familiar do Idoso Dependente**. 2007. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007. Disponível em: <<http://nou-rau.uem.br/nou-rau/document/?code=vtls000165022>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

NARDI, Edileuza de Fátima Rosina et al. Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidado de um idoso dependente no domicílio. **Ciência e Cuidado em Saúde**, v. 11, n. 1, p.098-105, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18864>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

NARDI, Edileuza de Fátima Rosina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix. Conhecendo o Apoio Social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 47-53, 2008.

NASRI, Fabio. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, 2008.

NERI Anita Liberalesco. **Palavras chaves em gerontologia**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2005.

NOGUEIRA, Eliete Jussara et al. Rede de Relações Sociais e Apoio Emocional: Pesquisa com idosos. **Iniciação Científica CESUMAR**, v.11, n.1, p.65-70, jan/jun. 2009.

NUNES, Maria Célia R et al. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 376-82, set./out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n5/aop053\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n5/aop053_09.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2013.

OLIVEIRA, Ana Paula de; REIS, Deyvylan Araújo. Saúde do Idoso: Atuação dos cuidadores domiciliares. In: OLIVEIRA, Ana Paula Pessoa de. **Saúde do Idoso: um enfoque multidimensional**. Manaus: FSDB/BK, 2007.

OLIVEIRA, Ana Paula. **O Cuidado familiar na perspectiva de cuidadores de idosos com demência de Alzheimer**. Curitiba: CRV, 2011.

OLIVEIRA, Ana Paula. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.3, p.675-685, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Doenças crônicas degenerativas: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2003. Disponível em: <<http://www.maeterra.com.br/site/biblioteca/Obesidade-OPAS.pdf>>. Acesso em: 15 de jan. 2012.

ORSO, Zuleica Regina Aléssio. **Perfil do Cuidador Informal de Idosos Dependentes do Município de Veranópolis-RS**, 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica)-Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS, 2008. Disponível em: <[http://tede.pucrs.br/tde\\_arquivos/14/TDE-2008-09-26T073552Z-1521/Publico/405286.pdf](http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/14/TDE-2008-09-26T073552Z-1521/Publico/405286.pdf)>. Acesso em: 14 jun. 2013.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Independência e Autonomia. In: FILHO, Wilson Jacob; KIKUCHI, Elina Lika. **Geriatria e Gerontologia Básicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

PAPALIA, Diane E; OLDS, Sally Wendkos. **Desenvolvimento Humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1999.

PASSOS, Silvia da Silva Santos; SADIGUSKY, Dora. Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 598-603, 2011.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?. **Texto Contexto Enferm**, v.14, n.3, p.398-402, jul./set. 2005.

PEDRO, Iara Cristina da Silva; ROCHA, Semiramis Melani Melo; NASCIMENTO, Lucila Castanheira. Apoio e Rede Social em Enfermagem Familiar: Revendo conceitos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 1-4, mar/abr. 2008. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 20 fev. 2012.

PEDREIRA, Larissa Chaves; OLIVEIRA, Amanda Maria Souza. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.5, p.730-736, set/out. 2012.

PEREIRA, Ana Sofia Carvalho Alves. **Cuidadores familiares e idosos dependentes: perfil, motivos e Satisfação com a vida**. 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em

Gerontologia)-Escola Superior de Saúde. Universidade de Aveiro, 2008. Disponível em: < <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2009000054>>. Acesso em: 19 jan. 2012.

PEREIRA, Renata Junqueira et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do RS**, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082006000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082006000100005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 maio 2013.

PEREIRA, Roberta Amorim et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 185-192, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a23v47n1.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

PEREIRA, Renata Santos; CURIONI, Cíntia Chaves; VERAS, Renato. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. Texto sobre envelhecimento, v.6, n.1, p.43-59, 2003. Disponível em: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282003000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 de jun. 2012.

PERLINI, Nara Marilene Oliveira Girardon; FARO, Ana Cristina Mancussi e. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 2, p. 154-163, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/05.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

PIMENTA, Graça Maria Ferreira et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.3, p. 609-614, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a16v43n3.pdf>>. Acesso em: 12. fev. 2013.

PINTO, Meiry Fernanda et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 652-7, 2009.

POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

REID, R. Colin. et al. The Impact of Work Interferences on Family Caregiver Outcomes. **Journal of Applied Gerontology**. v. 29, n. 3, p.267-289, June. 2010. Disponível em: <<http://jag.sagepub.com/content/29/3/267.short>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

REIS, Luciana Araújo dos et al. Perfil de familiares cuidadores de idosos doentes e/ou fragilizados residentes no bairro do INOCOP no município de Jequié/BA. **Revista Saúde Complementar**, v. 6, n. 2, p. 99-105, 2010.

REIS, Luciana Araújo dos et al. Percepção do Suporte Familiar em Idosos de baixa renda e fatores associados. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p. 52-58, 2011.

RESTA, Darielli Gindri; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. **Acta Scientiarum**.

**Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 53-60, 2004. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1617/1058>>. Acesso em: 22 abr. 2013.

REVELES, Audrey Garcia; TAKAHASHI, Regina Toshie. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 245-250, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000200010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 dez. 2011.

RIBEIRO, Daniele Favaro et al. Processo de cuidar do idoso em diálise peritoneal Ambulatorial Contínua no domicílio. **Acta Paulista em Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 761-6, 2009.

RIBEIRO, Kátia Sueli Queiroz Silva. Ampliando a atenção à saúde pela valorização das redes sociais nas práticas de educação popular em saúde. **Revista APS**, v. 11, n. 3, p. 235-248, jul./set. 2008.

ROCHA, Francisca Cecília Viana et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 186-91, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a03.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2013.

ROCHA, Karen Patrícia Wike Ferreira. A educação em saúde no ambiente hospitalar. **Revista Nursing**, v. 108, n. 9, p. 60-66, maio 2007.

ROCHA, Michel Patrick Fonseca; VIEIRA, Maria Aparecida; SENA, Roseni Rosângela de. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 801-808, nov./dez. 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>>. Acesso em: 22 Abr. 2013.

RODRIGUES, Davi; SANTOS, Vilmar Ezequiel dos. Educação em saúde na estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **Jornal Health Sci Ins**, v. 28, n. 4, p. 321-4, 2010. Disponível em: <[http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/04\\_out-dez/V28\\_n4\\_2010\\_p321-324.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/04_out-dez/V28_n4_2010_p321-324.pdf)>. Acesso em: 1 dez. 2011.

RODRIGUES, Maria Aparecida P. et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condição crônicas, Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 604-12, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/2009nahead/7272.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2012.

ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Educação em saúde: relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. **Investigação na Educação em Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 381-390, 2011.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2982-2992, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/18.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

SALGUEIRO, Hugo; LOPES, Manuel. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, v. 31, n. 1, p. 26-32, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/14579>>. Acesso em: 4 jun. 2013.

SANCHEZ, Maria Angélica dos; MOTA, Gabriela Maia da S. A entrevista social no processo de avaliação geriátrica ampla. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 1, p. 25-33, 2009.

SANTOS, Antonia Maria de Oliveira Sena dos. **Representações sociais de idosos sobre as ações educativas no Programa Saúde da Família em Santo Antônio de Jesus-Bahia**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2006. Disponível em: <[http://www.uefs.br/scoletiva/arquivos/2006/ANTONIA\\_MARIA\\_DE\\_OLIVEIRA\\_SENA\\_DOS\\_SANTOS.pdf](http://www.uefs.br/scoletiva/arquivos/2006/ANTONIA_MARIA_DE_OLIVEIRA_SENA_DOS_SANTOS.pdf)>. Acesso em: 2 fev. 2012.

SANTOS, Ariene Angelini dos; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 31, n. 1, p. 115-122, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n1/a16v31n1.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2013.

SANTOS, Juliana Alexandrino. **Cotidiano familiar e qualidade de vida de usuários dependentes de cuidado-Programa de Saúde da Família, Viçosa/MG**. 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica)-Universidade Federal de Viçosa-MG, Viçosa, MG, 2008. Disponível em: <[http://www.tede.ufv.br/tedesimplificado/tde\\_arquivos/46/TDE-2008-09-25T112736Z-1388/Publico/texto%20completo.pdf](http://www.tede.ufv.br/tedesimplificado/tde_arquivos/46/TDE-2008-09-25T112736Z-1388/Publico/texto%20completo.pdf)>. Acesso em: 4 fev. 2012.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.6, p. 1035-1039, nov./dez. 2010.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. O ensino da Enfermagem Gerontogeriatrica e a complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n.2, p. 228-35, 2006.

SCHOSSLER, Thais. **Cuidado domiciliar do idoso cuidando de si e sendo cuidado pela equipe de saúde: uma análise através da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson**. 2007. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem. Universidade Federal Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/10984>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

SEIMA, Márcia Danielle; LENARDT, Maria Helena. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Porto Alegre, v.10, n.2, p.388-398, ago./dez. 2011.



SENA, Roseni Rosângela de et al. O Cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Cogitare de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p.124-32, 2006.

SEQUEIRA, Carlos. **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Lisboa: LIDEL, 2010.

SEVERINO, Antonio J. Educação, trabalho e cidadania: a educação brasileira e o desafio da formação humana no atual cenário histórico. **São Paulo em Perspectiva**, v.14, n.2, p. 65-71, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9790.pdf>>. Acesso em: 12 de jan. 2012.

SILVA, Ana Lúcia Cardoso Nogueira da; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; MARCON, Sônia Silva. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 213-220, mar./abr. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a07v62n2.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

SILVA, Andréia Assis; BORGES, Maria Marta Marques de Castro. Humanização da assistência de enfermagem ao idoso em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Integrada de Enfermagem**, Ipatinga, Unileste, MG, v. 1, n. 1, nov./dez. 2008. Disponível em: <[http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/andrea\\_silva\\_e\\_marta\\_borges.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/andrea_silva_e_marta_borges.pdf)>. Acesso em: 2 jan. 2012.

SILVA, Ariane Guilherme et al. Perfil de cuidadores familiares no ambiente hospitalar e a rede de suporte para assistência domiciliar. **Enfermagem Revista**, v. 15, n. 1, jan./abr. 2012.

SILVA, Bárbara Taroucosa et al. Percepção das pessoas idosas sobre institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 118-125, out./dez. 2009.

SILVA, Elizabeth Ferreira da; OLIVEIRA, Priscila Pradonoff; MARTA, Cristoano Bertolossi. O papel do Enfermeiro como Educador no Programa de Atendimento domiciliar terapêutico aos pacientes idosos. **Revista Saúde, Corpo, Ambiente e Cuidado**, v.1, n.1, p.104-113, jan./mar. 2013.

SILVA, Francisca Odalice da et al. Perspectiva de um envelhecimento ativo e saudável da população da vila dos idosos em Porto Velho. **Revista Nursing**, v. 12, n. 132, p. 221-226, 2009.

SILVA, Maria Josefina da et al. Tamanho e Estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. **CIENCIA Y ENFERMERIA**, v.1, p. 31-39, 2004.

SILVEIRA, Celso Leonel et al. Rede social das cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. **Ciência e Cuidado Saúde**, v.8, n.4, p.667-674, out./dez. 2009.

SILVEIRA, Teresinha Mello da; CALDAS, Célia Pereira; CARNEIRO, Terezinha Féres. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 n. 8, p. 1629-

1638, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/11.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

SIMONETTI, Janete Pessuto; FERREIRA, Jóice Cristina Ferreira. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 19-25, 2008.

SOARES, Juliana Augusto et al. O idoso institucionalizado e a reflexão sobre a própria morte. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 135-147, jan. 2009.

SOLER, Cláudia. A cidade de Coari/AM e os reflexos da exploração de Petróleo e Gás natural pelo Petrobras. **Paper do NAEA**, n. 253, dez. 2009.

SOUSA, Ana Inês; SILVER, Lynn Dee; GRIEP, Rosane Harter. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 625-31, 2010.

SOUSA, Liliana. Redes sociais na velhice. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 1, fev. p. 3-9, 2012.

SOUZA, Aline Corrêa et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 147-53, 2005.

SOUZA, Juliana Nery de; CHAVES, Eliane Corrêa. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 1, p. 13-19, 2005.

SOUZA, Edilson Régio de Moraes et al. Contribuição da enfermagem nas educação em saúde de pacientes hipertensos com enfoque na prevenção da insuficiência renal crônica. **Revista Nursing**, v. 12, n. 137, p. 55-62, 2009.

SOUZA, Edinilsa Ramos de et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1153-1163, jul./ago. 2008.

SOUZA, Iracema Radael de; CALDAS, Célia Pereira. Atendimento domiciliário Gerontológico: Contribuições para o cuidado do idoso na comunidade. **RBPS**, v. 21, n. 1, p. 61-68, 2008.

SOUZA, Luccas Melo de; WEGNER, Wiliam; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador Leigo. **Revista Latino Americano em Enfermagem**, v. 15, n. 2, mar./abr. 2007.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira; TOCANTINS, Florence Romijn. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem das mulheres que amamentam. **Revista Latino Americano em Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 1-4, maio/jun. 2009. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 20 fev. 2012.

SOUZA, Wanusa Grasiela Amante de et al. Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 56-63, 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/395.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2011.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco Brasil; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2013.

TESTON, Elen Ferraz; OLIVEIRA, Ana Paula de; MARCON, Sonia Silva. Necessidades de Educação em Saúde Experienciadas por cuidadores de indivíduos dependentes de cuidado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.720-725, dez. 2012.

THOBER, Evelise; CREUTZBERG, Marion; VIEGAS, Karin. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 438-443, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a11v58n4.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

TORRES, Gilson de Vasconcelos et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Avaliação Psicológica**, v. 8, n. 3, p. 415-423, 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712009000300013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300013)>. Acesso em: 10 fev.2012.

TRELHAS, Celita Salmaso et al. Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 1, p. 20-7, dez. 2006. Disponível em: <[http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1\\_artigo\\_4.pdf](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_4.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2013.

UESUGUI, Helena Meika; FAGUNDES, Diego Santos; PINHO, Diana Lucia Moura. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 689-694, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/15v24n5.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

VALE, Eucléia Gomes; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.1, p.106-113, jan./fev. 2011.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 20. jan. 2012.

VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 570-579, maio/jun. 2011.

VIEIRA, Gilson Bittencourt; ALVAREZ, Angela Maria; GONÇALVES, Lúcia Takase Isako. A Enfermagem diante dos estressores de familiares acompanhantes de idosos

dependentes no processo de hospitalização e de alta. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 4, p. 645-651, out./dez. 2009.

VIEIRA, Lizyana et al. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 255-263, 2012.

VILAÇA, Cynthia Marques et al. O autocuidado de cuidadores informais em domicílio - percepção de acadêmicos de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 221-226, 2005. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_2/relat](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/relat)>. Acesso em: 22 mar. 2013.

VOGT, Maria Saleti Lock; GONÇALVES, Marisa Pereira; SILVEIRA, Daiane. Ações para capacitação de cuidadores em Unidades de Saúde da Família **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 93-101, nov. 2009. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4416/2988>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

ZEM-MASCARENHAS, Silvia Helena; BARROS, Ana Claudia T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.1, p.45-54, 2009.

ZIMERMAM, Guite I. **Velhice aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

YAMASHITA, Cintia Hotomi et al. Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos por uma unidade de saúde da família no município de São Paulo. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 20-24, 2010.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 414-8, 2011.

WALDOW, Vera Regina. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2008.

WALDOW, Vera Regina; FENSTERSEIFER, Lísia Maria. Saberes da enfermagem: a solidariedade como categoria do cuidado. **Revista da Escola Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 629-632, jul./set. 2011.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - FORMULÁRIO

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ TERMÍNO: \_\_\_\_\_

### I- CUIDADOR FAMILIAR

#### Sócio-demográfico:

IDADE: \_\_\_\_\_ (anos completo)

SEXO: ( ) Masculino ( ) Feminino

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a)/Separado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Solteiro(a)  
( ) Outra situação: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: ( ) Nenhum ( ) Ensino Fundamental completo ( ) Ensino Fundamental incompleto ( ) Ensino Médio completo ( ) Ensino Médio incompleto ( ) Ensino Superior incompleto ( ) Ensino Superior completo

RELIGIÃO: ( ) Católico (a) ( ) Evangélico (a) ( ) Espírita ( ) Outros: \_\_\_\_\_

#### Ocupacionais:

SITUAÇÃO PROFISSIONAL (Empregado (a) Profissão): ( ) Aposentado (a) ( ) Estudante Desempregado(a) ( ) Doméstica ( ) Outra situação: \_\_\_\_\_

#### Sócio-econômica:

RENDA FAMILIAR: \_\_\_\_\_ (em salário mínimo)

CASA PRÓPRIA: ( ) Sim ( ) Não

#### Relação do cuidado ao idoso:

GRAU DE PARENTESCO COM IDOSO: \_\_\_\_\_

HÁ QUANTO TEMPO PRESTA CUIDADOS AO IDOSO: \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_ Meses

QUAIS SÃO AS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESEMPENHA NO CUIDADO COM O SEU FAMILIAR

DEPENDENTE: ( ) Banho ( ) Prepara alimentação ( ) Administração da alimentação ( )

Auxilia a vestimenta ( ) Auxilia na deambulação ( ) Auxilia na movimentação ( ) Faz curativos ( )

Administra medicamentos ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Nº DE HORAS DEDICADO AO CUIDADO DO IDOSO: \_\_\_\_\_

QUAIS SÃO AS SUAS DIFICULDADES NO CUIDADO COM O SEU FAMILIAR

### II- IDOSO

#### Sócio-demográfico:

IDADE: \_\_\_\_\_ (anos completo) SEXO: ( ) Feminino ( ) Masculino

ESTADO CIVIL: ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a)/Separado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Solteiro(a)  
( ) Outra situação: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: ( ) Nenhum ( ) Ensino Fundamental completo ( ) Ensino Fundamental incompleto ( ) Ensino Médio completo ( ) Ensino Médio incompleto ( ) Ensino Superior incompleto ( ) Ensino Superior completo

Condições de saúde do idoso:

VOCÊ SABE O QUE LEVOU O IDOSO A CONDIÇÃO DE DEPENDÊNCIA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **EIXO- REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL**

**1. Composição familiar** (nº de membros, idade, grau de escolaridade, profissão)

**2. Descrições referentes ao cuidado ao idoso dependente**

Concepção de cuidado

Tarefa de cada membro da família no cuidado ao idoso

Ao cotidiano de trabalho do cuidador

Ao cotidiano de trabalho das pessoas da família

As relações familiares

As relações dos membros da família com o idoso

As relações do cuidador e as outras pessoas da família

A concepção da doença/situação do idoso

**3. Dificuldade enfrentada pela família no cuidado**

**4. Dificuldade enfrentada pelo cuidador no cuidado**

**5. Superação das dificuldades no cuidado ao idoso**

**6. Descrição das alterações ocorridas na vida pessoal e familiar em função do adoecimento**

**7. Descrição referente à rede de apoio social ao cuidador familiar**

Apoio informal e formal no cuidado ao idoso

Duração desse apoio

Quem oferece esse apoio

Atividades sociais/Atividades de lazer

### **EIXO-NECESSIDADES EDUCACIONAIS**

**8. Descrição referente a necessidades educacionais ao cuidador familiar**

Informações sobre o cuidado ao idoso

Necessidades de algum tipo de ajuda, de orientação para atender o idoso dependente

Recebe orientação da ESF para o cuidado ao idoso dependente

### APÊNDICE C - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar do projeto de pesquisa **“Rede de Apoio e Necessidades Educacionais frente ao Cuidado Familiar de Idosos Dependentes: Uma Contribuição para a Enfermagem”**, sob responsabilidade do pesquisador Deyvylan Araujo Reis, aluno regular do Programa de Mestrado em Enfermagem Associado com a Universidade do Estado do Pará –UEPA e Universidade Federal do Amazonas-UFAM e sua orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Pessoa de Oliveira, docente da Escola de Enfermagem de Manaus-EEM e do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas-UFAM, sendo que essa pesquisa pretende investigar a configuração da rede de apoio e as necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes no município de Coari-Amazonas. Portanto, solicitamos seu consentimento para participar da aplicação do formulário e do índice de Katz. Caso após aplicação do formulário e do índice de Katz o(a) Sr (a) desista de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Para qualquer outra informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (92) 81869666, ou poderá entrar em contato com a Coordenação do Mestrado em Enfermagem da UEPA/UFAM, na Rua: Terezinha, nº. 495- Bairro: Adrianópolis- Escola de Enfermagem de Manaus-EEM-UFAM, telefone (92) 3305-5125.

Fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e por que precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____	ou	_____ - _____ - _____
Assinatura do participante		Data
_____		_____ - _____ - _____
Pesquisador Responsável		Data



## APÊNDICE D - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar do projeto de pesquisa **“Rede de Apoio e Necessidades Educacionais frente ao Cuidado Familiar de Idosos Dependentes: Uma Contribuição para a Enfermagem”**, sob responsabilidade do pesquisador Deyvylan Araujo Reis, aluno regular do Programa de Mestrado em Enfermagem Associado com a Universidade do Estado do Pará –UEPA e Universidade Federal do Amazonas-UFAM e sua orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Pessoa de Oliveira, docente da Escola de Enfermagem de Manaus-EEM e do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas-UFAM, sendo que essa pesquisa pretende investigar a configuração da rede de apoio e as necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes no município de Coari-Amazonas. Portanto, solicitamos seu consentimento para participar de uma entrevista que segue um roteiro de pergunta. Caso após a entrevista o Sr (a) desista de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Para qualquer outra informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (92) 8186-9666, ou poderá entrar em contato com a Coordenação do Mestrado em Enfermagem da UEPA/UFAM, na Rua: Terezinha, nº. 495- Bairro: Adrianópolis- Escola de Enfermagem de Manaus-EEM-UFAM, telefone (92) 3305-5125.

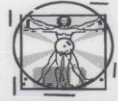
Fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e por que precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

	ou	
Assinatura do participante		Data
Pesquisador Responsável		Data

**ANEXOS**

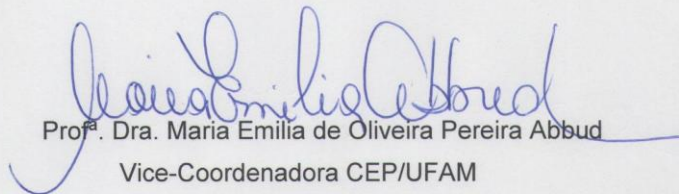
## ANEXO A - ÍNDICE DE KATZ

FUNÇÃO	INDEPENDÊNCIA Faz sozinho, totalmente, habitualmente e corretamente atividade considerada.	DEPENDÊNCIA			
		PARCIAL		COMPLETA	
		Faz parcialmente ou não corretamente a atividade ou com pouca dificuldade		O idoso não faz a atividade considerada	
		Ajuda não humana	Ajuda humana		
<b>BANHAR-SE</b> Usa adequadamente chuveiro, sabão e/ou esponja	Independente para entrar e sair do banheiro.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou algum apoio material para o banho	Necessidade de ajuda humana para lavar algumas partes do corpo (costas ou pernas) ou supervisão	Recebe assistência no banho para mais de uma parte do corpo (ou não se banha)	
<b>VESTIR-SE</b> Apanha a roupa do armário ou gaveta, veste-se e consegue despir-se.	Independente para pegar a roupa e se vestir	Necessidade de apoio de algum objeto para se vestir	Necessidade de ajuda humana para pegar a roupa	Dependência total para vestir-se	
<b>USO DO BANHEIRO</b> Locomove-se até o banheiro, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.	Independente para ir ao banheiro e se limpar.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou marreco, comadre e urinol para a higiene	Necessidade de ajuda humana para ir ao banheiro ou se limpar.	Não vai ao banheiro para o processo de eliminação	
<b>TRANSFERIR-SE</b> Locomove-se da cama para a cadeira e vice-versa	Independente para entrar ou sair do leito, sentar e levantar da cadeira	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou de algum apoio material para realizar a transferência	Necessidade de ajuda humana parcial para entrar e sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Não sai da cama. Restrito ao leito	
<b>CONTROLE ESFINCTERIANO</b>  (Considerar o escore mais alto)	<b>Micção</b>	Independência para controlar a micção	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da micção e defecação	Necessidade de ajuda humana para controle da micção ou usa fralda noturna somente (supervisão)	Dependência total através do uso constante de cateteres ou fraldas
	<b>Evacuação</b>	Independência para controlar os movimentos intestinais	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da defecação	Necessidade de ajuda humana para controle da defecação (supervisão) ou usa fralda noturna somente	Dependência total através do uso constante de fraldas
<b>ALIMENTAR-SE</b> Consegue apanhar a comida do prato ou equivalente e levar à boca	Independente para pegar o alimento e levá-lo até a boca.	Necessidade de ajuda através do uso de adaptadores para a alimentação	Alimenta-se sozinho exceto pela assistência para cortar a carne e passar manteiga no pão	Dependência total para a alimentação	

**ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM****PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº 06626412.0.0000.5020, intitulado: **“REDE DE APOIO E NECESSIDADES EDUCACIONAIS FRENTE AO CUIDADO FAMILIAR DE IDOSOS DEPENDENTES: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM”**, tendo como Pesquisador Responsável Deyvylan Araujo Reis.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 12 de setembro 2012.



Prof.ª Dra. Maria Emilia de Oliveira Pereira Abbud  
Vice-Coordenadora CEP/UFAM