UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSOS: uma abordagem compreensiva

Adriana Rocha de Araújo

Fortaleza
2003

13831297/04

1

ADRIANA ROCHA DE ARAÚJO

CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSOS: uma abordagem compreensiva

FORTALEZA
2003

ADRIANA ROCHA DE ARAÚJO

CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSOS: uma abordagem compreensiva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem junto ao Departamento de Enfermagem.

Mestranda: Adriana Rocha de Araújo

Orientadora: Profª. Dra. Maria Josefina da Silva

FORTALEZA
2003

ADRIANA ROCHA DE ARAÚJO

CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSOS: uma abordagem compreensiva

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós- graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pela comissão formada pelas professora :

Data da aprovação:

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profª Dra. Josefina Maria da Silva
Programa de Pós-graduação / Departamento de Enfermagem/UFC

Profª Dra. Silvana Sidney Costa Santos
Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG).
Universidade de Pernambuco (UPE).

Profª Dra. Maria Fátima Maciel
Programa de Pós-graduação / Departamento de Enfermagem/UFC

Fortaleza, 2003

"... o cuidar é um exercício constante de amor e compaixão, sem o qual nos tornamos uma mera executiva de normas pré-estabelecidas, que nos orientam, sem dúvida, porém são insuficientes quando diante dos enigmas do ser humano".

Mabel Imbassahy, 2000

Ao meu marido Claudemir, pelo amor e compreensão, dedicados a mim, em cada passo dessa caminhada.

A minha filha Ana Alicia que ao final dessa caminhada nasceu e me fez descobrir o prazer de ser mãe.....

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo devo agradecer a Deus por ter me dada perseverança para vencer todos os obstáculos que se colocaram na concretização deste mestrado.

A minha orientadora, Dra. Josefina, que por todo esse período, soube ouvir, elogiar e criticar, no momento certo. Por sua paciência e disponibilidade, o meu muito obrigado.

As professoras Fátima Maciel e Silvana Sidney pelo interesse e relevantes contribuições no trabalho.

A minha mãe Lucimar (in memorian) e meu pai Edilberto, por terem sempre acreditado e investido no meu potencial, como estudante e como filha.

A minha avó Salvelina e meu avô Joaquim que me deram inspiração para explorar a temática do cuidador.

Ao meu irmão Beto Filho por seu apoio e a todos os meus parentes que de alguma forma me ajudaram.

A tia Célia que na etapa final me ajudou como ninguém a cuidar de minha filha.

A minha amiga Janaína que sempre me incentivou e esteve presente nos momentos mais difíceis desta caminhada.

A minha amiga Alessandra, que apesar da distância, sempre se fez presente quando necessário.

As minhas colegas de mestrado, em especial Mônica, Cinthya, Alessandra, Aline, Verônica, Daniele, Leila pelos bons momentos.

As professoras do mestrado por terem contribuído na minha formação.

Aos meus amigos da UBASF César Cals, em especial Adriana Valéria, Feliciana Eulália e Ricardo.

Ao grupo Feliz Idade que tivemos o prazer de vê-lo surgir e conviver no seu dia a dia, compartilhando as alegres manhãs de terças e quintas.

Aos cuidadores, sujeitos do estudo por permitirem minha presença em seus lares e colaborarem na realização do estudo.

A FUNCAP pela concessão da bolsa de estudo.

A todos que de alguma forma me ajudaram na concretização da primeira etapa de um sonho.

RESUMO

ARAÚJO, Adriana Rocha. O cuidador de idosos: uma abordagem compreensiva. 2003. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará.

O envelhecimento populacional e a dependência decorrente do aumento da longevidade evidenciam a figura do cuidador domiciliar, foco do nosso estudo. Os objetivos deste estudo foram compreender o cuidador familiar de idosos. Para tento buscou-se caracterizar o cuidador familiar de idosos, quanto sexo, faixa etária, grau de parentesco, estado civil, renda; identificar os determinantes sociais e culturais presentes na decisão de cuidar do ente idoso; identificar a partir da percepção dos sujeitos as facilidades e dificuldades de cuidar do idoso; conhecer as repercussões do cuidado no âmbito social e familiar do cuidador e identificar a presença ou ausência de uma rede social de apoio e origem de sua formação.Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo e utilizou dos princípios da abordagem compreensiva. A pesquisa foi realizada com os cuidadores familiares de idosos dependentes, residentes nos bairros Dom Lustosa e Pici, no município de Fortaleza - CE. Os critérios de seleção foram: cuidar do idoso com dependência total no mínimo nas de locomoção, higiene, alimentação e hidratação por um período superior a seis meses. Para esta seleção utilizou-se a escala de Katz, que avalia o índice de independência em atividades da vida diária (AVDs). Seguindo os critérios, o estudo contou com a participação de dez cuidadores. Para coleta de dados utilizou-se da observação, entrevista semi- estruturada e o uso do diário de campo. As entrevistas foram gravadas em fita K-7 e transcritas na integra, seguidas de codificação e análise. As categorias foram agrupadas seguindo os grandes temas que emergiram: o percurso da dependência, o cotidiano do cuidado, repercussões do cuidar, rede social de apoio e perspectivas do cuidar. Os resultados obtidos revelaram que nove dos cuidadores eram mulheres, seis eram filhas, dez não exerciam atividades laborativas, nove dividiam o mesmo domicílio que o idoso, oito tinham acima de 43 anos, a média de anos direcionados ao cuidar girava em torno de 3,3 anos, quatro eram casados e em nove a renda variava entre R$ 200 e 400. O estudo também revelou que a principal causa de dependência foram as quedas, tratando-se portanto, de causas possivelmente evitáveis. Demonstrou que a decisão de ser cuidador nem sempre partiu da própria pessoa que assumiu o cuidado e que os principais motivos que determinaram foram: obrigação, pena, gratidão e amor, que por sua vez foram influenciados pela sua história de vida e pelos padrões culturais de cada um. As dificuldades são referidas com maior freqüência e as principais são: ausência de estrutura do domicilio, agressividade do idoso, falta de recursos financeiros, acúmulo de tarefas e falta de condições físicas. Quanto as repercussões do cuidar, constatou-se que estas são predominantemente negativas, levando a discussões familiares e insatisfação pessoal. Outra evidência e a carência de uma rede formal e informal de apoio. Constatou-se que não se deve negligenciar os relatos do cotidiano do cuidar o profissional de saúde têm a obrigação de ajudar a manter um nível de satisfação pessoal e de ser cuidador, tornando-se desejável conhecer esse cliente ainda na penumbra das ações governamentais.

ABSTRACT

The populational eldemente and the depenan ocassioned by the increasing of longevity underline the figure of domiciliar professional, the focus of study. The objectives of this study were to comprehend the elder's professional familiar. To this seached to features the elder's professional familiar, regading Sex, age, parentship, civil state, income; to identify the social and cultural determinant present in the decision of take care of the elder, to know the repercussion of care in social and familiar range of the professional and to identify the presence or lack of a social net of spport and origin of their formation. It leads of a qualitive study of descriptive type and used from pinciples of complehensive approach. The research took place with the familiar professional of the dependet elder, living in the Dom Lustosa and PICi's nighborhood, in the municipal of Fortaleza - CE. The critria of seletion were to care of the elder with total dependance at minimum in the locomoyion, hygiene, nutrition, and hidratation, for a period superior to six mounths. To this selection we used the Kat'z scale, tht estimate the independance indice in activities of selection we used the Kat'z scale, that estimates the independence indice in activities of daily life (AVDs). Followings the criteria the studyhad participation of tem professionals . to cot ta it used the observation, semi-structured interview and the use of camp diary. The interviews were recorded in K7 tape and transcriped in full, followed of condification and analysis. The categories were reunited following the great thermes that emerged: the trail of dependance, the daily of the care, social nt of support and prpctivies of take care. The reults gotten revealed that 90% of profesional were women, 60% were daughters, 100% didn't work, 90% shared the same home with the lder, 80% had age above 43 years, the average of years directed to he care were about 3.3 years, 40% were married and in 90% the income ranged from R200 to R400. The suy also reveald tha the main cause of dependance were the falls, it is does, causes possible avoidable. It demonstrad that the decision of to be professional not alwals came from the own person that assumpted the care and the main reasons were: feeling of obligation, pity, gratitude and love, that for our un were influented by their life study and y the cultural standards of each one. The difilties referred were: lack of home's structure, agressivity of the elder, lack of financial resources, argumented of works and lack of physical conditions. Regarding the repercussion of care, it viewed that these are mainly negativies, taking to familiar discussions and personal insatisfaction. Another evidence is the lack of a formal and informal net of support. We viewed that should not ommit the reports of daily care and the health professional have obligation to help to keep the personal saisfacion level of the professional, becoming desirable to ow this cient, still in the shade of governamental actions.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1. 1. INSERÇÃO DA PESQUISADORA NO PROBLEMA

A problemática deste estudo surgiu em meados de 1996, logo em seguida a minha conclusão do curso de graduação em enfermagem, em 1995. Nesse período, meu avó, então com 80 anos de idade, porém dinâmico e em pleno gozo de suas funções físicas e mentais, tornou-se fisicamente dependente na realização das atividades da vida diária, em decorrência de um episódio de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Para os idosos o AVC é visto como algo assustador, pois nele está embutido o "fantasma da dependência". Neste sentido a autonomia e a independência tornam-se imprescindíveis para os idosos em geral, pois eles percebem que haverá modificações de quesitos fundamentais no autocuidado. Autocuidado, segundo Oren, citada por Foster, Janssens é entendido aqui como "a prática

de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar" (FOSTER; JANSSENS, 1993, p.91).

O surgimento abrupto da dependência de meu avô desencadeou uma crise familiar. Em seu domicílio residiam apenas ele e minha avó esta com 67 anos e acometida por problemas cardiovasculares. No período, esforços foram realizados e toda a família se mobilizou para a resolução do problema. Na concepção de Boyd (1979) esses períodos de transição caracterizam-se por frustração e estresse e via de regra, rompem a estabilidade da família. Para a autora citada, o evento é classificado como paranormativo, ou seja, aquele que acontece freqüentemente, mas não é universal, como são a procriação e o matrimônio.

A primeira questão, talvez a mais importante, era decidir quem da família deveria cuidar de meu avô, então já acamado e impossibilitado para o autocuidado. Após inúmeras ponderações, a família chegou ao consenso de que uma filha sua separada do marido e um neto iriam ajudar nessa árdua tarefa. O processo da tomada de decisão se deu pela questão de gênero, que atribui à mulher, o papel do cuidado. O fato de minha tia ser separada e sem renda contribuiu para a decisão da família, além de tratar-se de uma situação culturalmente aceita por nossos parâmetros sociais.

Em nossa cultura espera-se que cada família cuide de seus idosos. As famílias então tentam dar respostas a essa expectativa geral, assumindo o cuidado de seus parentes mais velhos. Contudo, mesmo a família se declarando responsável pelo cuidado do idoso, um de seus membros é quem realmente irá assumir, de fato, tal responsabilidade. Essa pessoa é geralmente uma mulher: esposa, filha/ nora ou neta (ALVAREZ, 2001).

Buscando, na literatura, autores que definissem as tarefas básicas da família, encontrou-se:

> "As tarefas mais esperadas dentre as atribuições da família são: prover necessidades básicas como alimento, vestuário e cuidado de saúde; distribuir os recursos, bens materiais, respeito, afeto de acordo com a necessidade de cada um; divisão do trabalho; socialização dos membros da família; reprodução e inúmeros outros" (BOYD, 1979, p. 191).

Durante 7 anos todos os cuidados foram prestados visando ao bem-estar de meu avô, tais como: banhos diários, mudanças de decúbito, massagens, fisioterapia, mudança da cama para a cadeira, preparo de alimentação pastosa, administração de medicamentos, tudo isso feito com muito carinho, e muitas vezes também, cansaço físico e emocional, além do medo de perdê-lo a qualquer momento.

Inúmeras vezes eu e minha tia passamos noites em claro dispondo de todo o aparato de uma unidade hospitalar dentro do quarto de meu avô: soro, medicação endovenosa, nebulização constante, na tentativa de se restabelecer seus padrões de normalidade fisiológica.

O seu sofrimento contínuo nos fazia perguntar o porquê de tanto desgaste. Ele, homem trabalhador, cheio de energia, que antes cuidava da casa, das plantas e ainda encontrava tempo para dar atenção aos netos e filhos, naquele momento ali se achava sem perspectivas de sair daquela situação. Por outro lado, era difícil perceber a minha avó, em idade avançada, assistindo a todos os acontecimentos, cansada, sem esperança e cheia de dúvidas de como cuidar dele, não obstante a presença de uma neta enfermeira.

Logo após a formatura, iniciei minhas atividades profissionais no Programa de Saúde da Família-PSF, no município de Quixadá-CE. Atualmente trabalho no município de Fortaleza-CE. No início, desempenhei atividades junto às famílias do bairro Praia do Futuro – Secretaria Executiva Regional II - SER II por 2 anos. Há 2 anos atuo no

bairro Dom Lustosa - Secretaria Executiva Regional III - SER III, campo onde foi desenvolvido este estudo.

Meu trabalho profissional facilitou o acesso a essas famílias, possibilitando-me uma convivência maior com elas e um olhar mais acurado em seus problemas. Mais uma vez deparei-me com a problemática do idoso acamado, fenômeno ora presente em muitas outras famílias.

O problema então se tomava maior, pois as famílias da região dispunham de poucos recursos financeiros, com a agravante da grande ou total desinformação sobre os cuidados necessários aos idosos acamados. Isso pude observar através de inúmeras visitas realizadas a pacientes e de conversas com os familiares que desempenhavam o papel de cuidador.

Durante os contatos com cuidadores familiares verifiquei a ansiedade presente nessas pessoas, o que culminava em inúmeras perguntas, tais como: *"Dra. O que eu posso dar para ele comer? Que remédio é bom para ele? Por que ele está ferido nos quarto? O que eu passo na ferida? Porque ele não faz" cocô "?* Além de tantas perguntas, ainda observei a face cansada pela árdua luta diária de pessoas que não eram remuneradas e ainda desempenhavam inúmeras outras atividades domésticas.

As observações referidas me permitiram levantar algumas questões: quem são os idosos que necessitam de cuidador familiar? Qual o perfil desses cuidadores: relação de parentesco com o idoso, idade, escolaridade, sexo...? Por que cuidam? Há quanto tempo cuidam? Existem outras pessoas que possam ajudar no cuidar? Que cuidados prestam ao idoso? Qual o tempo disponível para o cuidar? Elas possuem preparo técnico e apoio psicológico para as atividades? Como o cuidador se sente no papel? Que influências teve o

cuidador para assumir a função? Como construiu o aprendizado do cuidar? Quais as motivações que o direcionaram para ser cuidador?

Embora todas as questões sejam relevantes para a compreensão da problemática do idoso acamado, considero de fundamental importância o papel do cuidador na manutenção do bem-estar e qualidade de vida dessa clientela. Sobre a temática, cabe ressaltar ainda as lacunas existentes no campo da geriatria e gerontologia, principalmente no que diz respeito aos idosos dependentes e aos seus cuidadores.

No estudo considero idosa a pessoa acima de 60 anos (BRASIL, 1999a) e com alto grau de dependência, aquele com dependência total em pelo menos 03 atividades da vida diária: locomoção, higiene corporal, alimentação e hidratação, por um período superior a 6 meses, conforme está descrito na metodologia da pesquisa.

O Ministério da Saúde, BRASIL (1999b), diferencia os cuidadores em informais, formais e profissionais. Cuidador informal é aquele que presta cuidados à pessoa idosa no domicílio, com ou sem vínculo familiar, e que não é remunerado. Cuidador formal é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações em realizar as atividades e tarefas da vida cotidiana e geralmente é remunerado. Cuidador profissional é a pessoa que possui educação formal com diploma conferido por instituição de ensino reconhecida em organismos oficiais e que presta assistência profissional ao idoso, à família e à comunidade.

Como exerço minha atividade profissional junto a uma população carente, não encontramos cuidador formal ou profissional, razão por que trabalhei com o cuidador informal, no caso, o cuidador familiar. Sendo o cuidar, objeto central da prática de enfermagem, o enfermeiro de Saúde da Família tem muito a contribuir em relação ao

cuidador familiar de idosos. Sua contribuição pode ser realizada a partir de um diagnóstico familiar, para identificar os principais problemas relacionados ao cuidar, seguido da proposta de intervenção, direcionada para cada caso.

Outra questão a ser levantada é a sobrecarga dos cuidadores de idosos com alto grau de dependência nas atividades de vida diárias, pois se sabe que: quanto maior a complexidade do cuidado, bem como o tempo dispensado para este, maior será o nível de estresse vivenciados pelos cuidadores, acarretando em desgaste físico e mental destas pessoas, além da possibilidade de agravos no quadro de saúde da pessoa cuidada, ou seja, do idoso.

No entendimento de Carpenito (2001. p.142), um dos diagnósticos de enfermagem importantes é "o desgaste do papel do cuidador". Esse diagnóstico pode estar relacionado às exigências complexas e permanentes de cuidados ao tratamento que requer responsabilidade diuturnas, aliadas aos problemas pessoais do cuidador e aos problemas ambientais onde é realizado o cuidado.

Com base nesse diagnóstico de enfermagem optei pela pesquisa junto aos cuidadores de idosos acamados, cuja pergunta norteadora será: qual a compreensão da experiência de cuidar relatada por cuidadores familiares de idosos com alto grau de dependência na realização das atividades de vida diária- AVD?

1. 2. A RELEVÂNCIA DO ESTUDO.

O estudo surgiu da necessidade de se trabalhar com os cuidadores familiares de idosos em uma perspectiva contextualizada, possibilitando assim a compreensão do seu cotidiano, ao englobar os fatores que influenciam no cuidar, as facilidades e dificuldades encontradas nesta tarefa, as repercussões do cuidar no cuidador e na família, dentre outros aspectos igualmente relevantes.

Outro fator importante surgiu a partir de um levantamento bibliográfico acerca do tema, o qual apontou lacunas existentes, particularmente no Brasil. Os dados foram pesquisados nas bibliotecas universitárias da cidade de Fortaleza: Universidade Federal do Ceará (UFC); Universidade Estadual do Ceará (UECE); Universidade de Fortaleza (UNIFOR); Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE); Biblioteca Regional de Medicina da Organização Panamericana de Saúde-BIREME (LILACS e MEDLINE); sites de busca: alta vista, cadê, google; nos Anais dos últimos quatro anos do Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn); finalmente nos resumos referentes à saúde do idoso. O levantamento evidenciou a existência de poucos estudos que enfocam o cuidador, despertando-me ainda mais o interesse pelo assunto.

No que diz respeito aos Congressos Brasileiros de Enfermagem, verifiquei os livros-resumo dos anos de 1998, 1999, 2000 e 2001, cujos números de trabalhos apresentados na área de saúde do idoso totalizaram 448. Em 1998, foram 43 trabalhos; em 1999, 99 trabalhos; em 2000, 103 e, em 2001, 203 trabalhos englobando apresentação oral e pôsteres. Observa-se, por esses números, uma tendência no aumento de

interesse pela temática, porém, no que diz respeito aos cuidadores de idosos, foram encontrados, no período analisado apenas 22 trabalhos.

Nos 448 trabalhos apresentados, os principais temas de pesquisa foram: qualidade de vida na terceira idade; perfil dos idosos em bairros e em clínicas; exclusão social do idoso; assistência domiciliar; cuidado com pé diabético; conhecimento sobre hipertensão e diabetes; promoção do autocuidado; sexualidade na terceira idade; estratégias educativas; universidade sem fronteiras; saúde mental; consulta de enfermagem em geriatria; avaliação do grau de autonomia; exame físico do idoso.

Nos 22 trabalhos sobre cuidadores de idosos destaco como principais assuntos abordados: proposta para o preparo do cuidador familiar de idosos; caracterização de idosos dependentes e seus cuidadores; experiência do familiar no cuidado do idoso hospitalizado e em domicílio; revisão internacional sobre cuidadores de idosos; experiência no cuidado de pacientes com Alzheimer.

1. 3. SITUAÇÃO ATUAL DO ENVELHECIMENTO.

A pós-modernidade [1] trouxe mudanças radicais no contexto mundial; entre as quais se destacam a globalização da economia e dos costumes, a informatização e o desenvolvimento de tecnologias que proporcionaram melhorias consideráveis no nível de vida das populações, especialmente das residentes no chamado "primeiro mundo". No

[1] Apesar do termo ser refratário a uma definição precisa, o sentido em que é utilizado no presente trabalho se enquadra na concepção de algo que representa uma ruptura cultural (...) uma ruptura iniciada no modernismo, no século XIX que, embora mantenha este ato de referência ao mesmo tempo se movimenta para além ou longe dele. Para autores como KROKEN e COOK "o pós-modernismo comercial está ligado ao novo estágio do capitalismo multinacional e regidos pela regra do consumo e de todas as novas tecnologias que este estágio produziu (KAPLAN,1993; p.15).

âmbito da saúde, um dos eventos decorrentes das grandes transformações do século XX foi o fenômeno mundial do envelhecimento populacional.

Envelhecimento populacional significa o aumento da proporção de idosos na população, fenômeno ocorrido por dois principais motivos: o primeiro é a redução da mortalidade infantil, o que leva a um aumento da expectativa de vida. O segundo é a diminuição da fecundidade. Um terceiro fator é a migração, cuja importância é relativa, visto que ajuda a alterar a distribuição etária da população (PASCHOAL, 1996).

Diogo e Duarte (1998), citando a Organização Mundial de Saúde (OMS) complementam a definição de que um país pode ser considerado estruturalmente envelhecido quando sua taxa de idosos, ou seja, maiores de 60 anos para países em desenvolvimento e acima de 65, para países ricos, ultrapassa os 7% da população total.

Os fatores que levam ao envelhecimento populacional possuem elementos comuns a todos os países que vivenciam o fenômeno. A grande diferença está no tempo e na forma com que estes países enfrentam o problema. Na França a transição no perfil populacional ocorreu em torno de 120 anos. Entretanto no Brasil esse processo vem ocorrendo desde a década de 60 e, em apenas 40 anos, tomou grandes proporções, necessitando assim de políticas efetivas que propiciem o mínimo de condições para satisfazer as demandas emergentes dessa população.

Hayflick (1997), fornece dados estatísticos do U.S. Bureau of the census (1992), que indicam uma lista dos países com maior concentração de pessoas maiores de 65 anos, dentre eles: em 1° lugar, Suécia- com 17,9% da população ; 2°, Noruega, com 16,3%; em 3°, Reino Unido com 15,7%; em 4°, Bélgica com 15,4%; em 5°, Dinamarca com 15,4%; o Japão aparece em 19° lugar com 12, 8% e os EUA, em 20° com 12,6% de sua

população acima da faixa etária citada. O autor ainda afirma que em 2.020, 69% da população acima de 65 anos viverão nos países em desenvolvimento.

No Brasil serão necessários maiores investimentos na área de atenção ao idoso, para que setores como a previdência social e saúde, planejem estratégias de ação viáveis, a curto, a médio e a longo prazos.

No que se refere à atenção ao idoso, o Brasil já deu alguns passos. O primeiro foi a realização do I Seminário Internacional de Envelhecimento Populacional ocorrido em 1996, em Brasília, o qual contou com a participação de vários especialistas e teve como objetivo principal à troca de experiências sobre as estratégias de políticas públicas para a terceira idade em diversos países (BRASIL, 1996).

Segundo Berquó (1996), no Brasil, inicialmente, ocorreu à diminuição da taxa de mortalidade, permanecendo a taxa de fecundidade constante entre 1940 e 1960. Só a partir da década de 60, houve declínio das taxas de fecundidade e mortalidade, o que repercutiu significativamente na esperança de vida ao nascer, ou seja, no acréscimo do número de pessoas idosas.

Segundo Veras (1994), a expectativa de vida ao nascer em 1890, era de 33,7 anos. Em 2000 subiu para 68,6 anos. No Brasil esse aumento da esperança de vida ao nascer, surgiu principalmente devido ao acesso a novas tecnologias e a vários recursos terapêuticos na área médica, tais como imunubiológicos, antibióticos de última geração, métodos anticoncepcionais acessíveis à maioria da população muito mais do que em decorrência do desenvolvimento de políticas públicas que destinassem recursos para melhorar a qualidade de vida da população, entre os quais, o saneamento básico, a melhoria nas condições de moradia e a geração de emprego e renda.

No Brasil, dados do IBGE apurados em 1999, referem que o percentual de pessoas acima de 60 anos correspondeu a 8,8% da população geral, tendo sido em termos percentuais a população que mais cresceu nos últimos anos. Levando-se em conta que essa população é considerada como economicamente improdutiva- assim, também é a população infantil-, o impacto que seu crescimento provocará na economia brasileira será bastante significativo.

Estimou-se que, a partir do ano 2000, ocorreria o mais rápido incremento na proporção de idosos, alcançando mais de 9% da população geral. Pode-se dizer que o número de idosos brasileiros já é um dos maiores do mundo, com cerca de 14,5 milhões, numa população total de mais de 170 milhões de habitantes (IBGE, 2001).

França (1999) enfatiza que as mulheres, no mundo inteiro, vivem mais. No Brasil elas vivem atualmente seis anos a mais que os homens. Dados do IBGE/PNAD (1999) projetam que a esperança de vida ao nascer, para o ano de 2000, deverá ser de 68 anos, sendo de 65 anos para os homens e de 71 anos para as mulheres. Alguns estudos confirmam essa projeção do IBGE e atribuem a ocorrência, a fatores como: proteção hormonal, menor exposição a riscos como cigarro, álcool e acidentes de trânsito, além da procura, com maior freqüência, à assistência médica. Atualmente alguns desses pontos são discutíveis, uma vez que as mulheres passaram a acumular o trabalho de casa com o trabalho fora de casa, a adotar o hábito de ingestão de bebidas alcoólicas e fumo e a sofrer pressões da família e da sociedade em decorrência de seus novos papéis sociais.

Por conta da expectativa de vida maior entre as mulheres, ocorre uma tendência a feminilização da população idosa, oferecendo pontos importantes para discussão: normalmente a mulher idosa viúva não se casa novamente, o que contribui para

a solidão e a depressão á medida que vive sozinha torna-se mais dependente de outras principalmente quando começa a perder a saúde.

Segundo Hayflick (1997), alguns biogerontologistas ponderam que a taxa metabólica maior dos homens, em comparação a das mulheres, reduz sua longevidade. Outros autores ainda descrevem que a quantidade e a diferença dos hormônios sexuais encontrados em homens e mulheres tornam as mulheres menos susceptíveis às doenças cardíacas. Mas não existem indícios concretos que sustentem tais afirmações.

Estimativas para o ano de 2020 projetam que haverá 1,2 bilhões de idosos em todo o mundo, sendo que três quartos deles viverão nos países em desenvolvimento, dentre eles, México, Paquistão, Nigéria e Brasil. Nosso país estará em 6° lugar no *ranking* mundial, com 32 milhões de pessoas acima de 60 anos (KALACHE, 1996).

A preocupação com esses dados é contínua principalmente no tocante à saúde do idoso. De acordo com dados do Informe Epidemiológico do SUS-IESUS (2000) a mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi à primeira causa de morte entre os idosos brasileiros, nas últimas décadas: em 1980, 44,7% , em 1991, 40% e em 1996, 38.1% do total de óbitos. Em meio às principais doenças do aparelho circulatório há um predomínio das doenças cerebrovasculares, seguidas pelas doenças isquêmicas do coração.

Além da mortalidade, essas doenças foram as causas mais freqüentes de internações hospitalares, revertendo-se em gastos para o SUS, em torno de 23% com referida população, ocorrendo também aumento nas reintemações que, em idosos, são cinco vezes maiores do que na faixa etária de 15- 59 anos (IESUS, 2000).

Quanto à morbidade, um estudo realizado para identificar o perfil multidimensional dos idosos residentes em Fortaleza (COELHO FILHO; RAMOS, 1999) revelou que somente 7,6% da população estudada não referiram qualquer um dos seguintes problemas de saúde: reumatismo, asma/bronquite, hipertensão, má circulação (varizes), diabetes, derrame, prisão de ventre, insônia, incontinência urinária, catarata, problemas de coluna, obesidade. Outro estudo revela que a maioria dos idosos possui pluripatologias (CHAIMOWICZ, 1998).

Na opinião de Berger e Mailloux-Poirier (1995), os principais problemas de saúde no idoso são: problemas cardíacos e cérebro-vasculares, hipertensão, artrite e reumatismo, diabetes, dentre outras. Sabe-se que tais doenças, por serem crônicas, demandam custos elevados para o Estado, o portador e sua família. Em razão disso, deve-se lançar mão de diversas estratégias de prevenção e controle, diminuindo sensivelmente os riscos como: perda de autonomia e independência, perda da auto-estima e interferência na interação com a família e a comunidade, pois todos esses fatores dificultam ou, em casos extremos, inviabilizam a permanência do idoso na família.

Ao constatar a situação descrita, sou de parecer que estudos nas diversas áreas do conhecimento, seja em educação, saúde, economia, cultura e em outras devam surgir cada vez mais e embasar ações que visem a melhorar o perfil da população idosa no Brasil.

1.4. O ESTADO E O ENVELHECIMETO POPULACIONAL

O envelhecimento, como o grande desafio contemporâneo, chega a países ricos e pobres, sem distinção. Modificar a visão que se tem de país jovem, como até há pouco se considerava o Brasil, exige um melhor direcionamento no uso de recursos destinados a sua população idosa, através de planejamento participativo contando com a presença de idosos, cuidadores, profissionais de saúde e outros, de forma a estabelecer prioridades para cada realidade, interrompendo assim planejamentos verticalizados, pouco efetivos e de pequeno impacto social.

No Brasil, apesar de o envelhecimento evidente da população, ainda são tímidas as iniciativas voltadas para a problemática. A Política Nacional do Idoso (PNI), estabelecida pela Lei n° 8.842/94 e pelo Decreto n. 1.948/96 (BRASIL, 1999b), adveio com o intuito de contribuir para proporcionar uma forma digna de vida aos idosos.

No sentido de viabilizar a implementação da Política Nacional do Idoso, a Secretaria de Assistência Social consolidou parcerias com as organizações governamentais e não governamentais e estabeleceu o "Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (PAG-PNI)". Este plano tem como principal objetivo, promover ações setoriais integradas, de forma a viabilizar a implementação do PNI (BRASIL/MPAS,1997).

O PAG-PNI preceitua ações a serem desenvolvidas ou coordenadas por diversos órgãos ministeriais: Previdência e Assistência Social, Cultura, Educação e Desporto, Justiça, Saúde, Trabalho, Planejamento e Orçamento e ainda com a participação

final das Universidades Federais de Goiás e de Santa Catarina, da Assessoria Especial da Terceira Idade (GDF), Associação Nacional de Gerontologia (ANG), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), Serviço Social do Comercio de São Paulo (SESC/SP), Associação Cearense Pró-idoso (ACEPI) e Conselho Estadual do Direito do Idoso do Rio Grande do Sul (CEDI-RS). A conjunção de todos esses órgãos tem, como objetivo principal, manter o idoso fora do ambiente institucionalizado e dentro do seio familiar, possibilitando assim um melhor atendimento a suas necessidades biopsicosociais (BRASIL, 1997).

A criação do PNI é um marco na atenção à saúde do idoso, pois se sabe que não só os problemas físicos, como também os problemas sociais e ambientais interferem nas condições de vida do idoso, refletindo, portanto, nas condições do envelhecimento de cada individuo. Afinal, o envelhecimento é um processo complexo, e como tal, exige ações complexas e multidisciplinares.

Seguindo as diretrizes políticas, o Ministério da Saúde traçou as seguintes estratégias de ação: desenvolver ações de prevenção e recuperação de incapacidade, priorizando o autocuidado, o cuidado informal e estimulando a formação de grupos de auto-ajuda; organizar a rede de serviços de saúde para atenção à clientela idosa; capacitar recursos humanos e gerenciais; trabalhar com equipes multiprofissionais; implantar estudos e pesquisas sobre o envelhecimento (BRASIL, 1997).

A partir dessas diretrizes, o Ministério da Saúde possibilitou o desenvolvimento de outras estratégias importantes e condizentes com a realidade. Uma delas é a utilização do Programa de Saúde da Família. Por meio deste Programa, a assistência ao idoso poderá ser prestada de forma significativa, resgatando o contexto dessa

clientela, incentivando as famílias e a rede social de apoio a cuidar de seus idosos. No que diz respeito ao idoso fragilizado, é necessário inserir a figura do cuidador familiar, enfatizando o seu bem-estar uma vez que ambos estão vinculados.

O Programa de Saúde da Família destaca a importância da organização dos serviços e o atendimento integral às necessidades da população, seguindo os princípios propostos pelo SUS, quais sejam: universalização, equidade, integralidade, participação comunitária, intersetorialidade.

Fundamentadas nesses critérios, as equipes de Saúde da Família desenvolvem suas ações e planejam suas atividades na área adscrita. A partir da constatação do crescente envelhecimento populacional, nada mais justo do que se redimencionar o foco de atenção, que antes era o binômio mãe – filho e incluir nas estratégias de atendimento a população idosa.

Diante da situação, o Ministério da Saúde estimula a realização de pesquisas com a temática sobre o envelhecimento e a capacitação dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, terapeutas, psicólogos, assistentes sociais e outros), para um atendimento integral a esses idosos embora na prática, isso não seja destacado como prioritário.

Enfatizando-se: considera-se idoso a pessoa maior de 60 anos, diferentemente dos países desenvolvidos em que idoso, é a pessoa acima de 65 anos. É importante ressalvar que não existe conceito universalmente aceitável com relação ao envelhecimento e a demarcação de velhice pela idade cronológica é apenas uma convenção. Na concepção de Santos (2003), apesar de ser dos menos precisos, o critério cronológico é um dos mais utilizados para definir o ser idoso, até para delimitar a população de um

determinado estudo, ou para análise epidemiológica ou com propósitos administrativos e legais voltados para o desenho de políticas públicas e para o planejamento ou oferta de serviços. Neste estudo, será utilizada a definição de idoso constante do art. 2° da Lei n° 8.842/94: aquele indivíduo com 60 anos e mais.

Outros Ministérios trabalharam principalmente com a questão social do idoso, assegurando-lhe direitos importantes (MPAS,1998):

- O idoso não pode sofrer discriminação de qualquer espécie, portanto devemos garantir seu acesso aos serviços de saúde, a participação no mercado de trabalho, a aposentadoria justa que possa lhe assegurar o mínimo necessário para uma vida saudável.

- Prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas. Cabe às esferas federal, estaduais e municipais, direcionar os recursos e estabelecer prioridades que visem manter a autonomia e independência, resguardando desta forma uma melhor qualidade de vida aos idosos.

- Não só a família, como a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade através das pastorais, dos conselhos locais, associações comunitárias e outros, propiciando assim sua integração às demais gerações e, aos poucos, a quebra de preconceitos estabelecidos pela sociedade.

Antigamente as famílias eram extensas o que possibilitava uma melhor divisão de tarefas e responsabilidades entre seus membros. Além disso, a responsabilidade de cuidar da casa, dos filhos e dos idosos era prioritariamente da mulher. Hoje esse panorama vem se modificando; as mulheres se inserem cada vez mais cedo no mercado de

trabalho, o número de filhos diminui e se torna mais difícil a permanência dos idosos na família, aumentando significativamente o número deles em ambiente asilar, embora, em relação à população de idosos, o número de asilos seja bem menor que a demanda.

A lei é clara em reconhecer a importância da família na manutenção de um ambiente saudável para cada cidadão. A família tem importante função social; é ela quem norteia o intercâmbio entre indivíduos e sociedade. É nela também onde que se formam indivíduos, se trocam experiências, onde se tem suporte para enfrentar as adversidades de nossa sociedade. Portanto, nada mais aceitável que o idoso tenha o direito de permanecer no seio familiar.

1.5. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO AO IDOSO

O Programa de Saúde da Família teve inicio no Ceará, em janeiro de 1994, no município de Quixadá, com o objetivo principal de melhorar os indicadores de mortalidade infantil e materna, os quais eram elevados no Brasil e maiores ainda na Região Norte-Nordeste do País. O sistema de trabalho focalizava as ações básicas de saúde: acompanhamento pré-natal, imunização, planejamento familiar, prevenção do câncer, hipertensão e diabetes, além de outros.

A partir desse período, os municípios do Ceará foram implantando o Programa e estabelecendo o número de equipes, de acordo com a população residente em cada localidade e as prioridades identificadas pelas respectivas prefeituras. Hoje o Estado

conta com 922 equipes de Saúde da Família, em 169 municípios do Ceará (Célula de Atenção Primária/SESA- junho, 2001). Na capital do Estado, Fortaleza, o Programa surgiu apenas em março de 1998, inicialmente com 32 equipes dispõe de 107 equipes (Coordenação do PSF- Fortaleza). Vale esclarecer que os dados cedidos pelo Município se diferenciam daqueles apontados pela SESA, no que diz respeito ao número de equipes em Fortaleza, já que a Secretaria mesma refere que a cidade possui 97 equipes e uma cobertura de 15,64% (Célula de atenção primária-SESA). As equipes são distribuídas em 6 Secretarias Executivas Regionais (SERs) sendo muito pequeno o número de equipes cadastradas no município diante da necessidade de atendimento à população que, segundo IBGE, é de 2.141.402 habitantes. Essas equipes atendem a aproximadamente 107.000 famílias.

Por haver trabalhado no interior do Estado e agora encontrar-me em exercício da profissão na capital, a experiência adquirida em 7 anos me faz refletir sobres alguns pontos importantes:

✓ O número de famílias muitas vezes ultrapassa o limite de atendimento das equipes, ou seja: em áreas com indicadores mais precários, as equipes de Saúde da Família devem prestar uma maior assistência à saúde das famílias para poder reverter os indicadores de saúde. Entretanto pelo número elevado de famílias sob a responsabilidade de cada equipe, as dificuldades são ainda maiores, o que reflete negativamente na satisfação do usuário e dos profissionais.

✓ A falta de intersetorialidade no atendimento das demandas da população é outro ponto importante. Considero que a saúde da família vai além dos aspectos biológicos, constituindo ações de diversos setores, tais como saúde, educação, emprego e renda, cultura, infra-estrutura. O Programa não é uma espécie de "salva vidas"

dessas famílias; é apenas uma estratégia para melhorar as condições de saúde da população e, se não houver ajuda destes e de outros setores institucionais, pouco se poderá fazer pelas famílias assistidas. Torna-se desejável então repensar a situação e trabalhar para que as mudanças ocorram, ainda que a médio e a longo prazos.

✓ Outro problema identificado é a adoção do sistema de referência e contra-referência. É verdade que, embora não todos, os profissionais têm, no nível primário, capacidade resolutiva para muitos dos problemas de saúde da comunidade. Por isso, a reorganização nos níveis de atenção torna-se imperativa, pois só dessa forma podem-se obter resultados satisfatórios na saúde do País.

✓ Outro problema vivenciado pelas equipes é o excesso de ações verticalizadas: reuniões freqüentes e de pouca resolutividade; campanhas anuais como prevenção de hipertensão e diabetes e de câncer de colo de útero e mama, ações essas impostas aos profissionais, não obstante os poucos recursos e a falta de programação, em termos de encaminhamento e tratamento dos casos detectados. São situações que dificultam a atenção integral e sistematizada da população assistida, desestimulado os profissionais e ocasionando descrédito das ações, por parte das famílias.

Os problemas citados trazem inúmeras repercussões na promoção da saúde das famílias atendidas pelo Programa. Para revertê-los, não basta a mobilização apenas dos profissionais, mas também dos nossos gestores. A luta por mais dignidade na saúde, especialmente na atenção primária, é dever do Estado e direito de todo cidadão.

Enfatizo aqui a atenção primária porque acredito que grande parte dos problemas de saúde são resolvidos nesse nível de atenção. Outro ponto muito importante é o seu menor custo, quando comparado à atenção secundária e a terciária. Os escândalos recentes das mortes em Fortaleza, com repercussão nacional, por falta de leitos de UTIs

(adulto e infantil) no Sistema Único de Saúde (SUS), vêm demonstrar o quanto a saúde do nosso Estado está comprometida. E os custos desses leitos são altíssimos em torno de R$ 600 a R$ 1.000 /dia.

Por outro lado, a maioria dos casos semelhantes ao descrito acima não estaria necessitando dos serviços de UTIs se a atenção básica aos municípios se encontrasse em bom funcionamento, principalmente em relação aos idosos, pois um grande número dos pacientes de UTI tem diagnóstico de AVC, ou de problemas cardiovasculares. Daí, mais uma vez, ressalto a importância do trabalho voltado a promoção da saúde.

Em Fortaleza, as ações de promoção à saúde do idoso deram os primeiros passos em outubro/2001, quando a Secretária de Saúde do Estado (SESA) reuniu os profissionais de Saúde da Família de Fortaleza, para informar-lhes sobre a Política Nacional do Idoso, apresentando então dados epidemiológicos da população idosa no País e as suas repercussões na sociedade, além de ressaltar a importância de se trabalhar a saúde do idoso de forma multidisciplinar. Durante todos esses momentos foi destacada a importância do trabalho com o idoso no PSF, o qual, apesar de não possuir uma equipe multidisciplinar, tem como um de seus preceitos básicos, a humanização do paciente e o atendimento diferenciado aos serviços de saúde tradicionais ainda existentes.

As diretrizes do novo modelo de atenção à saúde invertem a visão centrada na doença, como é apresentada no modelo hospitalocêntrico e prioriza a saúde em termos de atenção integral, com ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças. A inversão desse modelo não desconsidera os setores secundários e terciários. Estes ao contrário, deverão garantir apoio à organização do sistema de saúde no país, cuja porta de entrada no SUS é a atenção primária à saúde.

No PSF, apesar das ações verticalizadas, os profissionais têm certa autonomia na organização de sua área. Isto permite ao profissional, ultrapassar as barreiras arquitetônicas do Centro de Saúde e do ambiente hospitalar e adentrar no cotidiano das famílias, vivenciando com elas as práticas culturais enraizadas a cada geração. Nesses momentos a elaboração de estratégias embasadas na realidade de cada família torna-se mais fácil.

No Programa de Saúde da Família, o trabalho com a saúde do idoso já é desenvolvido em algumas Unidades de Saúde, por iniciativa das próprias equipes que, observando o crescimento dessa camada da população, definiram várias estratégias de ação: grupos de caminhadas semanais e grupos de auto–ajuda; visitas domiciliares; consultas médicas e de enfermagem aos hipertensos e diabéticos, estas últimas preconizadas pelo Programa.

O trabalho com o idoso é viável e importante, pois os profissionais de Saúde da Família têm acesso a todas as famílias adscritas à área de sua abrangência. Há, portanto, a possibilidade de realizar um trabalho planejado e adaptado às necessidades do idoso e do cuidador, no interior de suas famílias. Além disso, promove-se o autocuidado, a socialização, a formação de uma rede social de apoio e ainda se presta atendimento aos idosos acamados, que necessitam de maior atenção, juntamente, com seus cuidadores, normalmente membros da família, sendo eles, na quase totalidade das situações de cuidado, sem treinamento ou orientação para realizar o cuidado de seus idosos.

1. 6. O CUIDADOR DE IDOSOS

O cuidador informal, mais comumente, o cuidador familiar de idosos, vem numericamente crescendo dia a dia em virtude do aumento substancial da população de pessoas maiores de 60 anos. Em decorrência do fato, faz-se importante definir tais papéis e capacitar os cuidadores, no intuito de ajudá-los no atendimento às necessidades da população idosa.

São os cuidadores familiares, os mais facilmente encontrados na sociedade, pois as condições financeiras da população dificultam o pagamento de mão-de-obra permanente e qualificada: enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem, por seus trabalhos serem de custo elevado para a grande maioria das famílias que têm idosos acamados. Outro ponto importante é que nem todos os idosos dependentes precisam de mão de obra qualificada por tempo integral. Para muitas atividades desenvolvidas, o cuidador familiar oferece uma boa resolutividade, necessitando apenas de supervisão periódica.

Não quero aqui transferir competências do enfermeiro para pessoas leigas. Meu intuito é o de valorizar o papel do cuidador informal nas atividades de sua competência, no que diz respeito à saúde do idoso. Para dar relevância ao fato, concordo com Gonçalves (1999), que ressalta as tendências alternativas e assistenciais direcionadas ao idoso: hospital-dia geriátrico (Portaria MS - N° 2.414/98), ambulatório gerontogeriátrico, assistência domiciliar/ internação domiciliar, unidade paliativa ("Hospice"), asilo/lar de idosos e grupos de ajuda mútua e de convivência. São todos espaços de trabalho promissores ao enfermeiro.

O Programa de Saúde da Família é outra área de atuação para os enfermeiros. O enfermeiro, como membro da equipe do Programa, tem mostrado inúmeras experiências positivas, inclusive com relação aos idosos, tais como: grupos de caminhada, grupos de convivência, visitação periódica aos acamados para supervisão dos cuidados, etc.

No Programa de Saúde da Família o enfermeiro tem a oportunidade impar de supervisionar, orientar e estimular o cuidado dos idosos em domicilio. Nos ambientes desta pesquisa, os idosos são cuidados por familiares e assim irão permanecer, pois a sua situação financeira não permite a presença de um profissional melhor qualificado na promoção destes cuidados em tempo integral. Portanto, torna-se imperativo que os enfermeiros se mobilizem para poderem propiciar o mínimo de suporte para estas famílias, no intuito de diminuir o risco de um cuidado inadequado.

Na minha percepção, reconheço a necessidade de que o cuidador profissional-o enfermeiro, além de demonstrar conhecimento técnico sobre o idoso, saber lidar também com o cuidador não-profissional-o cuidador familiar, com habilidade, compreensão, sabedoria, para tê-lo como um elo entre o profissional, o idoso e sua família, além de minimizar suas angústias e medos tão comum nos familiares.

Em 1999, o Ministério da Previdência e Assistência Social promoveu o 1° Curso para Cuidadores de Idosos. Entre os profissionais presentes, estavam enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, unidos numa tentativa de construir uma equipe multidisciplinar, para atender ao idoso em todas as suas necessidades. Nesse Encontro abordaram-se temas como direito, idoso e família, alterações normais e patológicas do envelhecimento, morte e luto, dentre outros, contemplando-se todas as áreas de atuação dos profissionais presentes.

É de interesse do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criar o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, para facilitar novas experiências e provocar a motivação necessária a uma atuação no contexto familiar do idoso, reforçando vínculos familiares e comunitários e evitando a institucionalização e os riscos que dela decorrem (BRASIL, 1997).

O MPAS classifica os cuidadores em informais, formais e profissionais. Como já foi explicado, os familiares estão enquadrados na classificação como cuidadores informais (BRASIL/MPAS, 1997).

No entendimento de Costenato e Lacerda (2001), os cuidadores podem ser percebidos em duas vertentes: os da equipe de saúde, em grande maioria a de enfermagem; e a dos significantes. As mesmas autoras definem como significantes, a pessoa do familiar, amigos, vizinhos, colegas, compadres, irmãos da igreja e outros que, de alguma forma, se apresentam como aqueles que compõem a rede social de relações básicas do indivíduo que está sendo cuidado.

Na opinião de Leme e Silva (1996), os cuidadores informais são os cônjuges, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais que se dispõem, ainda que sem uma formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob sua responsabilidade, os cuidados indispensáveis. Apesar dessa outra visão, no presente estudo serão considerados apenas os cuidadores familiares.

O cuidado com o idoso é geralmente percebido como uma tarefa árdua e cansativa, em especial se vier acompanhada de incapacidades físicas ou mentais no indivíduo, que necessitará, portanto de um cuidado direcionado, tomando grande parte do tempo do cuidador e exigindo-lhe muita dedicação e paciência.

O cuidar é o objeto mestre da enfermagem. Ferreira (1988), define cuidar como ter cuidado, tratar. Horta (1979) refere que o objeto da enfermagem é assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas. Portanto, a união entre o cuidador familiar e o enfermeiro proporcionam uma melhor qualidade da assistência ao idoso no seio familiar, pela atenção e carinho das pessoas de sua família.

Os cuidadores familiares apresentam algumas vantagens, tais como: intimidade, afeição, carisma. Em contraposição, há inúmeras desvantagens, como: despreparo, falta de tempo, outras atividades no domicílio, falta de pessoas com quem dividam a tarefa, dentre outras.

Uma das grandes dificuldades dos cuidadores se coloca geralmente em relação ao grau de dependência e autonomia do idoso que, muitas vezes, necessita de cuidados mais complexos, para evitar piora no seu quadro de saúde. Pouco se sabe sobre esses cuidadores. Quem são? Quantos são? Onde vivem? A partir de tais questionamentos busquei realizar uma revisão mais apurada acerca da temática, no desenvolvimento da pesquisa.

Segundo dados do Instituto de Migraciones y Servicios Sociales de España- IMSERSO (1999), estima-se que de 10 a 15% de pessoas acima de 65 anos possuem dependência importante. Considero, neste estudo, dependência importante, a verificada naquelas pessoas acima de 60 anos de idade que estejam impossibilitadas de realizar ao menos três AVDs.

Wolff (1996), citado por Costenato e Lacerda, refere que o cuidado ao outro é, por natureza inseparável da condição feminina. Meleis (1987), também citada por essas autoras, discorre que, em muitas ocasiões, as mulheres, devido ao grau de

comprometimento com o núcleo familiar e as suas responsabilidades domésticas, tendem a ser cuidadoras significantes. Isto reflete um forte traço cultural em nossa sociedade.

Abbott (1997) apontou os principais efeitos negativos do cuidado realizado por cuidadores familiares: estresse, ansiedade, fadiga, perda de sono, custo financeiro, perda de privacidade. Este relato condiz com o que me foi dado observar entre os cuidadores de idosos dos bairros estudados. É importante que a equipe de Saúde da Família trabalhe com a situação identificada e planeje formas de ações que favoreçam a redução desses efeitos, trazendo conseqüentemente benefícios para cuidadores e idosos.

Quanto aos benefícios para os idosos, identifiquei por meio do estudo: mais companhia, possibilidade de o idoso permanecer em casa, segurança, menores gastos, melhor saúde mental, maior apoio social e criação e utilização de uma rede social de apoio.

Outro assunto em questão é a manutenção da autonomia e da independência dos idosos, aspectos importantes e vitais para o planejamento do cuidado. A autonomia é a capacidade da pessoa de tomar decisões e de executá-las e independência é a capacidade física, mental e social para realizar as atividades de vida diária, bem como as atividades instrumentais da vida diária (BRASIL, 1997).

1.7. OBJETIVOS

GERAL:

Compreender a experiência do cuidador familiar de idosos dependentes, a partir do seu cotidiano, de suas crenças e valores.

ESPECÍFICOS:

a) Caracterizar o cuidador familiar de idosos, quanto a sexo, faixa etária, grau de parentesco, estado civil, renda;

b) Identificar os determinantes sociais e culturais presentes na decisão de cuidar do ente idoso;

c) Identificar, a partir da percepção dos sujeitos, as facilidades e dificuldades de cuidar do idoso;

d) Conhecer as repercussões do cuidado no âmbito social e familiar do cuidador;

e) Identificar a presença ou ausência de uma rede social de apoio e aorigem de sua formação.

Capítulo 2

ESTRUTURA TÉORICA E METODOLOGICA DO ESTUDO

Capítulo II

ESTRUTURA TÉORICA E METODOLOGICA DO ESTUDO

Este capítulo tem como objetivo descrever o referencial teórico que apoiou o estudo, situando o leitor no local da pesquisa, descrevendo o ambiente, os participantes e os instrumentos que foram utilizados para a coleta e análise de dados. Enfim, pretende-se explicitar todo o percurso metodológico do estudo.

> Minayo (1999, p.22), conceitua metodologia como: o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, incluindo, por conseguinte, as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

Para responder aos objetivos do estudo, o caminho metodológico escolhido foi a abordagem qualitativa, já que esta pesquisa adentra o universo natural do cuidador a partir de sua história pessoal e familiar.

Polit e Hungler (1995) referem ser este tipo de pesquisa fundamentado na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana.

Em outra opinião Minayo, (1994) descreve que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares; ocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados,

motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidas à operacionalização de variáveis.

Seguindo a metodologia qualitativa, optei por trabalhar com o método compreensivo, uma vez que é o método por excelência para se chegar ao sentido da experiência humana.

2. 1. METODOLOGIA DO ESTUDO

A corrente qualitativa pode ter diversas abordagens metodológicas, dentre as principais: fenomenologia, hermenêutica, representação social, etnografia, interacionismo simbólico e outras. Cada uma delas trabalha o objeto de estudo por um prisma diferente e sua utilização dependerá do objeto alvo e dos objetivos definidos na pesquisa

Para compreender o cotidiano dos cuidadores de idosos, faz-se necessário adentrar em seu universo-seu passado, presente e perspectivas para o futuro e descobrir os elementos que estão contidos no processo de cuidar. Como optei por um estudo compreensivo, utilizei os princípios da metodologia da interpretação: a hermenêutica.

A hermenêutica, dirige-se a compreender as formas e conteúdos da comunicação humana, em toda sua complexidade e simplicidade (DEMO, 1995). Sua origem vem desde a antiguidade clássica e permanece até os dias atuais. Um dos seus

principais adeptos é Gadamer, que publicou a obra: "Verdade e método", considerada clássica para a teoria hermenêutica (MOREIRA et. al., 1999)

Para Mora (1982) a hermenêutica não é uma técnica de interpretação meramente, mas "um método que permite fundamentar a validez universal da interpretação histórica" (p. 176). "É uma interpretação baseada num prévio conhecimento dos dados (...) da realidade que se trata de compreender, mas que simultaneamente dá sentido aos citados dados por intermédio de um processo inevitavelmente circular, muito típico da compreensão"(MORA, 1882, P. 177).

Por sua vez, compreender significa

> passar de uma exteriorização do espírito à sua vivência originária, isto é, ao conjunto de atos que produzem ou produziram, sob as mais diversas formas, - gestos linguagem, objetos da cultura, etc – à mencionada exteriorização (MOTA, 1982, p. 67)

Numa abordagem temática, a interpretação hermenêutica se preocupa com a compreensão simbólica de uma realidade que se pretende compreender.

Gadamer vê a hermenêutica à luz de Martin Heidegger, que descreve um movimento circular: compreender-interpretar. Ele entende que na estrutura circular da compreensão, o sentido real do círculo entre o todo e a parte deve se completar (MOREIRA et al. 1999). A esta estrutura denominamos de circulo hermenêutico (GADAMER, 1998).

A hermenêutica de Gadamer vai buscar a compreensão do sentido dado na comunicação interpessoal pela linguagem. Por sua vez, a linguagem e a comunicação são marcadas pela sua historicidade, da qual fazemos parte e somos influenciados pelos preconceitos de nosso tempo (MINAYO, 1993)

A linguagem revela a cultura de outras épocas diferentes da nossa, contextos que se expressam às vezes, estranhos para nós. A experiência hermenêutica, na abordagem de Gadamer (1987) in Minayo (1993, p. 220), " balança entre o familiar e o estanho, entre a subjetividade de um acordo ilimitado e o rompimento da possibilidade de compreensão". Nesta perspectiva, a abordagem compreensiva deve ser capaz de se relacionar com a linguagem mas também com a praxis do grupo estudado.

A pesquisa hermenêutica, segundo Minayo (1993, p. 221), analisa os dados da realidade tendo como ponto de partida a manutenção e a extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador de uma ação. Mas esta ação não é apreendida no seu sentido de forma imediata, portanto a compreensão nasce do estranhamento frente ao dito. Somente frente ao fracasso desta compreensão transparente do dito "pode levar alguém a penetrar na opinião do outro, na busca da racionalidade e verdade, dentro de um sistema de racionalidade" (MINAYO, 1993, p. 221).

Buscar compreender o significado do cuidar para os cuidadores exige apreender a partir dos seus discursos cuidadores esta relação circular, de compreensão do cuidar através da história de vida do cuidador, de suas perspectivas e do seu cotidiano, com o objetivo de preencher as lacunas existentes relacionadas ao cuidar.

2.2. LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, cuja área é de 312 km^2 sendo localizada à beira mar, tem uma população é de 2.141.402 habitantes, que vivem em área urbana e corresponde a 30% da população de estado (IBGE, 2000).

Em 1997, quando o atual Prefeito assumiu sua primeira gestão, trouxe consigo mudanças na organização administrativa do Município. Os, até então, Distritos Sanitários foram extintos e transformados em seis Secretarias Executivas Regionais- SERs, responsáveis pela execução dos Serviços de Saúde, infra-estrutura, habitacionais e outros. O que pode-se chamar de "mini-prefeituras".

O principal objetivo da reforma administrativa da Prefeitura municipal de Fortaleza, foram a descentralização e a intersetorialidade, viabilizando assim a identificação e a solução dos problemas de cada região, de forma singular e completa.

Quanto à infra-estrutura o município conta em sua rede com 58 hospitais com 6.294 leitos, 375 unidades ambulatoriais, 1093 escolas de ensino fundamental e 230 escolas de ensino médio, uma universidade Federal, uma estadual e diversas particulares. Distribuídos nas seis SERs.

Em relação ao N° de bairros Fortaleza se divide da seguinte forma: SER I - 15, SER II - 20, SER III - 16, SER IV - 18, SER V - 17 e SER VI - 27. A Secretária Executiva Regional III (SER III) em cuja área foi realizado o estudo abrange bairros da

Região Oeste de Fortaleza com sede no bairro da Parquelândia, sua população é estimada em 378.360 habitantes, dos seus 16 bairros, dois podem ser classificados de classe média e os demais classificados como pobre.

Dos bairros que constituem a Regional III, o bairro do Pici, foi o escolhido para sediar uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF), situada no interior de um Centro de Cidadania. Este centro presta diversos serviços à população dos bairros adjacentes: Dom Lustosa, Pici, Henrique Jorge, Antônio Bezerra e outros, oferecendo-lhes atividades de ginástica, hidroginástica, esportes, cursos profissionalizantes e ainda contando com uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, advogados, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais. Em todas essas áreas de atuação, a UBASF busca proporcionar melhores oportunidades de atendimento a clientela da comunidade.

É necessário enfatizar que os enfermeiros e médicos lotados nessa Unidade integram o Programa de Saúde da Família. Já os outros profissionais são funcionários da Prefeitura de Fortaleza e prestam serviços a toda a comunidade, inclusive a de outros bairros, diferentemente das equipes de Saúde da Família que tem uma área adscrita para sua atuação, os bairros Dom Lustosa e Pici.

Na Unidade de Saúde inicialmente foram lotadas três equipes de Saúde da Família que atendiam a área do Pici. Em setembro de 2000 foram implantadas mais duas equipes para atender o bairro Dom Lustosa. Vale salientar que o bairro Dom Lustosa foi totalmente englobado pelas equipes, enquanto o Pici não o é totalmente, por possuir um grande contingente populacional e maior área territorial.

Portanto, este estudo foi realizado nos bairros do Pici e de Dom Lustosa, tendo como sujeitos os cuidadores familiares de idosos dependentes, pertencentes às cinco equipes do Programa de Saúde da Família local.

2. 3. ATORES SOCIAIS DO ESTUDO

Antes de descrever os narradores, cabe esclarecer que os registros do IBGE não mencionam dados que revelem a situação dos atores sociais da pesquisa. Por este motivo, traço o perfil dos cuidadores atendidos pelas Unidades de Saúde da Família, já descrito e mais bem apresentados, conforme se verá no próximo capítulo do trabalho.

Os atores do estudo são os cuidadores de idosos residentes nos bairros Pici e Dom Lustosa, que fazem parte das equipes de saúde da família local e cuidam de idosos com alto grau de dependência.

Os critérios de seleção para esses cuidadores integrarem a pesquisa foram: a pessoa ser cuidadora do idoso com dependência total em pelo menos, três atividades da vida diária: locomoção, higiene corporal, alimentação e hidratação; e por um período superior a seis meses. Isto porque acredito; quanto maior a dependência do idoso cuidado e quanto mais tempo se necessita destinar a esse cuidado, mais repercussões como estresse e conflitos pode apresentar-se no cuidador.

Seguindo os critérios descritos encontrei um total de três cuidadores no bairro Dom Lustosa e de sete, no bairro do Pici, decidindo-me por este último para definir a população do estudo. Polit e Hungler (1995) referem que na pesquisa qualitativa é

impraticável o pesquisador utilizar grandes amostras, uma vez que os dados são descritivos e complexos.

2.4. COLETA DE DADOS

Na concepção de Minayo(1999), o trabalho de campo constitui uma etapa essencial na pesquisa qualitativa, assim como a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados. Concordo com a autora, pois, para apreender o real significado das falas dos sujeitos, o pesquisador necessita estar presente durante todo o processo da pesquisa e manter um vínculo com o sujeito em estudo.

Alguns autores ainda descrevem os métodos mais utilizados na pesquisa qualitativa: observação, entrevista, análise documental. No presente estudo, utilizo a observação e a entrevista semi-estruturada como instrumentos de coleta.

Minayo (1999) considera a observação como uma forma complementar de captação da realidade empírica. Por isso a utilizo, no intuito de apreender atitudes, gestos, olhares que acompanham o discurso dos sujeitos. Dentre as inúmeras vantagens da observação, destaca-se a possibilidade de um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno estudado, permitindo ao pesquisador, chegar mais perto das perspectivas do sujeito, além de tratar-se de um método extremamente útil para se descobrir mais aspectos do problema.

Na observação, foi feito uso do diário de campo, pois Winkin (1999) o coloca como instrumento essencial da pesquisa, além de possuir funções emotiva, empírica,

reflexiva e analítica. As anotações no diário de campo eram realizadas ao final de cada dia de trabalho.

Ludke e André (1996) me põem frente a um dilema, pois apresentam algumas críticas relacionadas ao contato direto e prolongado do pesquisador com a situação pesquisada. Uma das críticas diz respeito às alterações no ambiente e no comportamento dos sujeitos; outra, é a representação parcial da realidade. As mesmas autoras citam Guba e Lincoln (1981), as quais contradizem essas objeções e argumentam serem as repercussões desse contato, menores do que se pensa, podendo ainda os pesquisadores utilizar inúmeros outros métodos para validação de seus dados.

A entrevista do tipo semi-estruturado serviu como instrumento de coleta por possibilitar uma maior flexibilidade, ao entrevistado, deixando-lhes maior espaço para fazer suas indagações e reflexões da temática. Para tanto segui um roteiro com algumas perguntas norteadoras, assim formuladas: o que levou você a cuidar do seu parente idoso? O que facilita e o que dificulta o seu cuidar do idoso? Como está sua relação com os amigos, a família e o idoso? Existem pessoas da família, amigos ou instituições que o ajuda no cuidar? (ANEXO 01). É importante deixar claro que se tratava apenas de um roteiro para direcionar a entrevista cuja realização se deu somente após um maior envolvimento do pesquisador com os sujeitos.

O envolvimento com os sujeitos do estudo ocorreu de forma diferenciada e essa diferenciação teve como principal motivação, o fato de três cuidadores residirem no bairro Dom Lustosa, cujos idosos por eles cuidados são pacientes visitados pela equipe do PSF sob minha responsabilidade. A situação, porém algumas vezes trouxe problemas porquanto, no início das visitas, os pacientes achavam que eu estava ali para realizar o

trabalho de enfermeira, mesmo depois de lhes esclarecer que, naquele momento, eu desenvolvia o papel de pesquisadora. Outras vezes o envolvimento facilitou-me o trabalho, pelo grau de abertura vivenciada entre todos, pois eu já os acompanhava há pelo menos dois anos. No caso dos cuidadores do bairro do Pici, a aproximação deu-se aos poucos, exigindo que o tempo dispensado a esses cuidadores fosse um pouco maior, em relação aos cuidadores do outro bairro.

As entrevistas foram gravadas em fita K-7 e transcritas na íntegra, seguidas da codificação e análise.

A coleta teve início logo após a aprovação do Conselho de Ética (Comitê de Ética e Pesquisa da UFC), em maio de 2002, sendo concluída em outubro do mesmo ano, quando a pesquisadora continuou a análise e discussão dos dados. Como ocorre freqüentemente em pesquisas qualitativas, à medida que os dados iam sendo colhidos, eram concomitantemente analisados.

Para seleção dos cuidadores, foi realizada uma reunião com os agentes de saúde das cinco áreas de abrangência, que identificaram os idosos dependentes em atividades de locomoção, higiene corporal, alimentação e hidratação e que eram cuidados por membros da família.

No segundo momento da pesquisa, foi elaborado um cronograma com cada agente de saúde e realizada visita aos idosos e a seus cuidadores selecionados pelos critérios anteriormente descritos. Nesse momento, conversei com cada cuidador e respectivo idoso por ele cuidado, para saber se aceitavam ou não participarem da pesquisa, explicando-lhes detalhadamente os objetivos do trabalho e como seriam feitas as entrevistas. Na oportunidade, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

obedecendo aos critérios éticos de pesquisa em seres humanos segundo a resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Apenas um cuidador demonstrou insatisfação em participar, supondo que seria tomado muito de seu tempo. Consegui, no entanto, convencê-lo a colaborar explicando que as visitas seriam agendadas anteriormente, além do que e no momento em que ele quisesse desistir da participação na pesquisa, não haveria impedimento algum em fazê-lo. Com a explicação prestada, logo ele aceitou desempenhar o papel de um dos sujeitos do estudo.

Na primeira visita apliquei a escala de Kartz (ANEXO 02) nos idosos, para avaliar o seu grau de dependência nas atividades de vida diária e confirmar a participação do cuidador. Afinal, o foco deste estudo centra-se na figura do cuidador. Paschoal (1996) afirma que a escala de Katz, foi criada na década de 50 para avaliar as AVDs e durante todo este período, os estudos e ensaios clínicos estabeleceu a confiabilidade e a validade desta medida, fazendo com que a maioria das escalas se baseie nela.

As visitas eram sempre agendadas de acordo com a disponibilidade de cada cuidador, em horários e dias previamente definidos. Algumas se realizavam nos dias úteis, outras, algumas vezes, nos finais da semana. Os cuidadores, em sua maioria, optavam pelo período da tarde, já que no período da manhã, eles estavam mais ocupados com as tarefas domésticas. Quando as visitas eram marcadas nos dias úteis da semana, eu tirava a folga, a que tinha direito na Unidade ou alí chegava mais cedo para desenvolver as atividades do trabalho e poder assim me retirar mais cedo. Para isso, pude contar com o apoio dos colegas de trabalho, inclusive do Coordenador da Unidade.

A duração das visitas girava em torno de uma hora, variando em alguns casos específicos: quando o cuidador ficava muito emocionado e eu lhe dedicava uma maior atenção; quando ele cuidador estava realizando algum procedimento como banho ou alimentação do idoso; em outras ocasiões por chegarem visitas inesperadas ao domicílio.

Por algumas vezes as visitas não eram realizadas, pois os cuidadores não se encontravam em casa no momento, mesmo com o agendamento anterior. Houve casos também em que os cuidadores me enviavam recados pelos agentes de saúde, avisando que não poderiam, por algum motivo, receber a visita marcada naquele dia. Essas situações já previstas eram via de regra contornadas.

2.5 ASPECTOS OPERACIONAIS DA COLETA DE DADOS

Os bairros do Pici e Dom Lustosa possuem características distintas. No primeiro, as famílias apresentam menor renda, o saneamento é precário, as casas estreitas e bem próximas umas das outras. Existem várias vilas sem saída e muitos pontos de venda de drogas. Embora não houvesse escolhido o segundo bairro como minha área de pesquisa, por esse motivos e outros anteriormente citados; essa realidade me levou a solicitar acompanhamento de uma agente de saúde para a realização das visitas domiciliárias em cada área.

No bairro Dom Lustosa a realidade é bem diferente. As ruas são largas, pavimentadas e com tráfego freqüente de transeuntes e veículos. Não existem pontos de drogas conhecidos pelos agentes de saúde. A área é assistida pela equipe do PSF onde atuo,

o que facilitou o acesso às casas e aos moradores. É importante esclarecer o seguinte: embora o agente de saúde tenha-me acompanhado nas visitas, ele não permanecia no domicílio durante os diálogos e principalmente por ocasião das entrevistas. Sua presença se justificava por proporcionar-me maior segurança, pois conhecia as famílias e o trajeto até suas casas.

2.6.ANÁLISE DOS DADOS

Para Polit e Hungler (1995), nos estudos qualitativos a coleta de dados e a sua análise podem ocorrem de modo simultâneo. Ludke e André (1986) afirmam que embora a análise esteja presente em vários estágios da investigação, torna-se mais sistemática e formal após o encerramento da coleta de dados.

Neste estudo a análise de dados ocorreu concomitantemente a coleta de dados. A partir de então, identifiquei o conjunto de fatores que conduziram e construíram o ser cuidador. O sentido deste ser foi buscado a partir do processo compreensivo.

Conforme referido anteriormente, a cada entrevista realizada era feita uma leitura exaustiva dos registros, com o objetivo de encontrar as unidades de sentido. No momento seguinte, fazia-se uma leitura transversal das entrevistas, com o objetivo de encontrar semelhanças nas histórias individuais, o que originou as categorias de análise, refletidas no conjunto das entrevistas. Agrupei as falas seguindo os grandes temas que emergiram: o percurso da dependência, o cotidiano do cuidado, as repercussões do cuidar, a rede social de apoio e as perspectivas do cuidar.

Esse material empírico foi triangulado com as anotações de campo e as observações registradas durante as visitas, ajudando-me a compor as respostas às questões que motivaram o estudo.

2. 7. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para realizar a coleta de dados, seguiram-se os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução n° 196/96, outorgada pelo decreto n° 93.933/ 87 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Os referenciais supracitados tiveram como objetivos assegurar os direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa e dos pesquisadores do estudo.

De acordo com a recomendação da Portaria, foi garantida aos sujeitos, a liberdade de participar ou não do estudo. No primeiro contato, esclareci a cada participante quanto aos objetivos do estudo e solicitei-lhes a assinatura do termo de consentimento (ANEXOS 03 e 04).

Foram ainda asseguradas a confidencialidade, a privacidade, a proteção de imagem e a não utilização das informações, visando justamente evitar qualquer tipo de constrangimento aos sujeitos envolvidos na pesquisa. Assim, quando era necessário o uso de gravador nas entrevistas, consultava-se o entrevistado antecipadamente e seu uso dependia do seu consentimento.

Com o fim de manter o anonimato dos sujeitos, lhe foram atribuídos pseudônimos com nomes de nove mulheres e um homem historicamente marcantes. Ademais; suas entrevistas foram transcritas na íntegra e confirmadas pelos sujeitos, enquanto as observações se registravam no diário de campo, da forma mais fidedigna possível.

É importante ressaltar o meu compromisso e responsabilidade pela pesquisa, que cumpro todas as regras dispostas na Resolução específica, além de submeter o trabalho à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, o qual foi aprovado em reunião, no dia 30 de abril de 2002.

Capítulo 3

O SURGIMENTO DO CUIDADOR DO IDOSO

CAPÍTULO 3

O SURGIMENTO DO CUIDADOR DO IDOSO

O esforço de compreensão do universo do cuidado ao idoso dependente remete-me à configuração do contexto do cuidar, no caso, o cuidado no domicílio. Quem é esse cuidador? Esta é a questão que me ocupa primeiramente. A seguir, procuro organizar as narrativas seguindo o fio condutor dos discursos dos cuidadores, assim organizando este capítulo: percurso da dependência, o cotidiano do cuidado, o cuidado no contexto social e familiar e a visão prospectiva do cuidado.

Segundo a UAM (2001), cuidar é uma situação que muitas pessoas viverão no decorrer de suas vidas. O cuidar como experiência, vai ter aspectos que variam de cuidador para cuidador, dependente do porquê se cuida, de quem se cuida, que tipo de relação prévia existia entre cuidador e cuidado, a causa e o grau de dependência, a ajuda que o cuidador recebe de outras pessoas da família, o nível de exigência sobre o cuidador. Estes são alguns aspectos que merecem ser considerados nesse esforço de compreensão.

3.1 O CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO: CARACTERIZAÇÃO

Os narradores deste estudo, em número de 10, à exceção de um homem, eram mulheres; oito dos cuidadores principais eram familiares e dois, não. Todavia, ressalto que, mesmo assim, os familiares participavam do cuidar de forma secundária, ou seja, nas folgas dos cuidadores principais, como nos períodos noturnos, finais de semana ou desenvolvendo outras tarefas domiciliares: tomando conta da casa e ou do comércio, como era o caso dos participantes do estudo. A média das idades dos cuidadores foi de 51,4 anos, sendo a idade maior 73 anos e a menor, 26 anos. No que diz respeito à escolaridade, oito não concluíram o ensino fundamental, uma cuidadora era analfabeta e um não concluiu o ensino médio. Em relação ao estado civil; três eram casadas, duas separadas, três solteiras e uma viúva. O homem participante da pesquisa era casado. Quanto à religião, seis eram evangélicas e quatro, católicas. Sobre o grau de parentesco dos cuidadores seis eram filhas do respectivo idoso, três, cônjuges e uma neta. A média de anos direcionados ao cuidar girava em torno de 3,3 anos, o menor tempo era de 1,4 anos e o maior, de 8 anos.

A Universidade Autônoma de Madrid (2001), após um estudo realizado na Espanha, aponta o seguinte perfil do cuidador: 83% são mulheres; 72,5% dos cuidadores, membros da família do paciente; dentre as mulheres, 43% são filhas; 22% são esposas e 7,5%, noras da pessoa cuidada. A idade média dos cuidadores é de 52 anos. Destes, 20% superam os 65 anos. A maioria das mulheres cuidadoras é casada (77%). No mais os cuidadores não recebem remuneração para desempenhar as atividades de cuidar (80%); 85% executam esses cuidados diariamente; em geral parte não recebem ajuda de outras pessoas (60%). Este mesmo percentual de cuidadores divide o domicílio com a pessoa cuidada (UAM, 2001).

Os sujeitos do estudo, corroborando os dados referidos, apresentaram as seguintes características como cuidadores: oito cuidadores principais são membros da família; nove cuidadores são mulheres com idades variando de 26 a 73 anos, entre os quais seis filhas. Oito deles residem no domicílio com o idoso, enquanto os outros dois moram em casas vizinhas. Nenhum dos cuidadores familiares recebe qualquer remuneração pela atividade de cuidar, além de nenhum cuidador poder exercer atividades laborativas fora do domicílio, em decorrência das demandas do ato de cuidar.

Os números da Universidade de Madrid refletem a realidade deste estudo, portanto não muito diferenciado do encontrado na literatura, apesar de a referência daqueles números ser a de cuidadores de idosos residentes na Espanha. O Brasil ainda não dispõe de um estudo que retrate a realidade dos cuidadores, sendo um dos motivos da realização desta pesquisa acerca do perfil do cuidador, comparado-o com outros países que não o próprio Brasil.

Os dados apresentados sobre o perfil do cuidador e revelados neste estudo tornam-se interessantes, para o nosso país, pois o Brasil está em franco envelhecimento populacional, necessitando, por conseguinte, de investimentos de forma direcionada e racionalizada, com base em estudos sistematizados nas diversas regiões do País, considerando-se ainda a existência, no Brasil de realidades bastante distintas.

A realidade estudada indica que a grande maioria dos idosos, mesmo os que apresentam algum grau de dependência, permanecem em seus lares. Se for considerado que o suporte domiciliar ao idoso acompanha a tendência atual das alterações das estruturas familiares, ou seja, se reduz de forma rápida e irreversível, pode-se inferir que o problema se agrava. Estudo realizado em São Paulo, por Ramos (1993), aponta que 42% dos idosos necessitavam de ajuda para realizar ao menos uma das atividades de vida diária e cerca de

7% demonstram uma alta dependência na vida diária. A tendência é a ampliação desse perfil, levando-se em conta que a população está vivendo por mais tempo, o que aumenta proporcionalmente o grau de dependência do idoso.

Outro aspecto a ser analisado aqui é o fato de 90% dos cuidadores serem mulheres e sobre isso Gonzáles (1999) refere que, já na Idade Média, a tradição designava à mulher o cuidado de enfermos e de filhos, a alimentação dos membros da família, dentre outros atributos.

Também Boff (2001), ao falar das figuras exemplares de cuidado, se inicia pelas mães e avós. Diz que ser mãe não é uma função, mas um modo de ser que delimita, de forma indelével toda a nossa vida, tendo como marco, seu cuidado.

Algumas medidas voltadas para a satisfação das demandas dos idosos já estão sendo ativadas. É o caso da Política Nacional do Idoso (PNI) que, mesmo já transformada em Decreto-Lei, portanto de caráter obrigatório no País, ainda não foi implementada em sua plenitude. Essa Política tem origem na própria Constituição Federal, em seu Artigo 230, onde se lê: "a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida". E ainda, no Parágrafo 2°: "os programas de amparo ao idoso serão executados preferentemente em seus lares".

A PNI sugere algumas medidas de amparo à pessoa idosa. De acordo com uma delas, a família, a sociedade e o Estado têm o dever constitucional de assegurar aos idosos todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e direito à vida. Apoiando-me nesse princípio entendo que o Estado deve promover uma situação favorável à família para que possa ter o suporte indispensável e assim desempenhar o cuidado de forma adequada, com o mínimo de

planejamento e apoio. Daí, acredito, o impacto da dependência diminuirá para o idoso e principalmente para sua família.

O Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1999, realizou um curso para os profissionais de saúde, no intuito de capacitá-los, no cuidado com os idosos. Dentre as metas do Ministério, cita-se a criação do Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, com o objetivo de facilitar novas experiências e provocar a motivação necessária para uma atuação no contexto familiar do idoso, reforçando os vínculos familiares e comunitários e evitando a institucionalização e os riscos que dela decorrem (BRASIL, 1999). O trabalho de capacitação dos cuidadores deveria fazer parte dos diversos níveis do sistema (federal, estaduais e municipais). Seria então um trabalho pertinente à realidade vivenciada pelos cuidadores sujeitos do nosso estudo.

Segundo dados do IBGE (1991) 25,14% da população brasileira é analfabeta. No caso dos cuidadores pesquisados, oito não concluíram o ensino fundamental. Tão pouca escolaridade interfere significativamente na apreensão de informações por esses indivíduos, podendo advir repercussões na saúde do idoso cuidado, na sua auto-estima e principalmente na renda familiar, pois o campo de trabalho cada vez mais exige um maior grau de escolaridade e uma maior capacitação de seus recursos humanos. Na fala a seguir ressalto a importância da escolaridade na vida dos cuidadores.

> "...eu não quis estudar, não quis ser nada na vida, por isso eu peno e fico calada. Onde eu fui criada eu podia ser qualquer coisa, hoje eu tenho uma irmã que também foi criada pelo meu padrinho que se formou, é professora..." (Joana)

Um dado recorrente nas falas foi a influência da cultura local na baixa escolaridade. A mulher residente no interior do Estado, na roça, como elas diziam, cedo começava a ajudar no trabalho de roçar e plantar a terra, trabalho que não exigia nenhum grau de esforço intelectual. Seu dia de trabalho era complementado com o trabalho doméstico, ajudando à mãe ou desempenhando tarefas em sua nova família, pois cedo casavam.

A religiosidade se apresenta como outro aspecto relevante identificado na caracterização do cuidador. Percebi, de certa forma, o quanto a religião interfere na concepção dos cuidadores sobre doença, o modo de tratar os seus idosos e na decisão de ser cuidador. Nas falas abaixo descritas pude perceber esse fenômeno:

> "...tivemos que cuidar dele porque ele disse que aceitava Jesus. E se ele aceitou Jesus de coração, nós temos que abrigá-lo..." (Anita)

> "...o jeito de Deus é bom demais, Deus é maravilhoso, ele me ajuda, me dá força e paciência, que isso ai não é qualquer pessoa, fez muita coisa ruim...." (Anita)

> "...não me vejo nesse momento sem cuidar de minha mãe, foi uma tarefa que Deus me deu e eu espero cumpri-la até o dia que ele quiser, estou feliz com isso. Sou uma pessoa feliz com a graça de Deus..." (Cristina)

A fé em que o ato de ser cuidador foi decidido por Deus ou que Este reconhece a aceitação de cuidar trás um alento aos que se vêem diante de situações por vezes inesperadas e desconhecidas e, não menos freqüentemente, geradoras de estresse.

Fazer o bem e ter como recompensa a salvação divina ainda é algo muito forte no imaginário do povo e um resquício da mentalidade medieval.

A idade dos cuidadores também interfere, e muito, no cuidar. Quanto mais tempo de vida do idoso maior é a probabilidade de surgir prematuramente o esgotamento físico, do cuidador, diminuindo-lhe a capacidade de fazer tarefas pesadas, aumentando o stress provocado pelo cuidar contínuo, além de doenças que podem ser atribuídas a essa tarefa. As falas abaixo confirmam a situação.

> "... estou cheia de dores, cheia de gasturas e a cabeça chega doer bastante. Às vezes fico desorientada de tanta dor. É minha filha, a vida é difícil (...), mas Deus sabe o que faz, a mamãe é minha companheira, eu cuido dela com todo amor do mundo..." (Florense)

> "... a maior dificuldade é levantar ela, pois é muito pesada. Eu já tenho 65 anos e um problema sério de coluna. Só eu e Deus sabemos como é sério o meu problema". (Jesus)

> "... por eu não ter saúde e condições de cuidar dele e pela idade também, botei uma pessoa para cuidar dele. Se eu fosse uma velha sadia, ah! Eu mesmo cuidaria dele". (Anita)

Mais uma vez percebe-se nas falas o peso que parece ser o cuidado contínuo para algumas pessoas que têm, concomitantemente, a transferência de seus próprios problemas de saúde para um ente maior, que, certamente, as compensará ou já as compreende agora e lhes dá forças: Deus.

3.2. O PERCURSO DA DEPENDÊNCIA

Em cada área específica da ciência é comum o uso de termos peculiares à área, os chamados "jargões". As pessoas leigas no assunto têm dificuldade em descrever e compreender os significados desses termos. Em nossa área de interesse, a gerontologia, o fato não é diferente, razão por que se faz importante a descrição de alguns conceitos básicos.

Iniciei este capítulo descrevendo os conceito de *autonomia e independência*. Dei-lhes ênfase por serem importantes na nomenclatura gerontológica e por revelarem o nível com que cada pessoa consegue conduzir sua vida. "Autonomia é a capacidade de a pessoa tomar decisões e executá-las e independência relaciona-se com capacidade física, mental e social para realizar as atividades requeridas para a vida diária". (MS, 1999, p.27)

Néri e Sommerhalder (2002, p.10) afirmam que dependência pode estar ligada a diversos fatores, tais como: incapacidade funcional devido a doenças, desmotivação, quedas, desestruturação do ambiente físico em conseqüência da pobreza, do abandono ou da negligência, presença de barreiras arquitetônicas, tratamento medicamentoso inadequado (iatrogenia) dentre outros. Embora por questões didáticas a autora separa estas causas elas estão entrelaçadas e são interdependentes. A queda pode ocorrer por motivações arquitetônicas, por abandono ou negligência. Assim, o estudo das causas deve ser contextualizado para se alcançá-las sempre além da aparência. Da mesma forma, a desmotivação pode ter sua gênese em um evento de queda que suprimiu a autonomia do idoso.

No estudo verifiquei serem as quedas as principais causas de dependência decorrentes principalmente, da dificuldade de deambulação devido ao AVC; depois as amputações e problemas visuais decorrentes do diabetes mellitus, assim como a falta de condições estruturais no domicílio onde reside o idoso, como descrito nas falas:

> "...há 6 anos ele teve trombose, esta doença deixou ele um bom tempo na cadeira de rodas. Depois, pouco a pouco, começou a andar se segurando nas paredes, em um e outro para ficar em pé (...) nessa arrumação ele conseguiu andar um pouquinho, apesar da trombose. Em 2000, ele teve uma queda no quintal, daí ele fraturou o fêmur, foi para o Frotão[1] e lá colocaram platina. Por isso depois dessa queda ele não anda mais de jeito nenhum..." (Dulce)

Nesta fala verifiquei uma série de eventos atribuídos à dependência: trombose, incapacidade temporária, reabilitação e, por fim, a própria dependência. O que se pode perceber é a falta de qualquer aparato arquitetônico para que o idoso se adapte sem riscos ao seu domicílio, não somente no caso específico da queda no quintal.

Em quase todas as casas em que realizei visitas domiciliárias, o quintal era de areia grossa, barro ou terra batida. Com a chuva ou até mesmo com os esgotos a céu aberto, esse quintal fica escorregadio, aumentando a probabilidade de ocorrerem quedas em qualquer pessoa da casa, seja idoso, adulto ou criança. Nos idosos, o risco aumenta ainda mais. Nos dois casos citados, os idosos já tinham seqüela de AVC e conseqüente perda de estabilidade, agravando ainda mais o problema, levando-os à imobilidade total.

---

[1] Instituto Dr. José Frota- unidade municipal que concentra o atendimento de urgência e emergência, especialmente acidentes.

A verdade é que tais eventos poderiam ser evitados se houvesse uma adaptação no domicílio como: cimentar o quintal; colocar pisos antiderrapantes na casa; providenciar corrimão no banheiro, retirar os batentes, escadas, tapetes e implantar outras medidas de segurança para facilitar a deambulação do idoso e evitar tantos desfechos desfavoráveis. Mas, provavelmente, tudo isso não se coaduna com a realidade socioeconômica dos idosos cujos cuidadores compõem este estudo.

> "... a mãe piorou por causa da diabete que a gente só veio descobrir quando o exame de sangue acusou. Com o tempo ela não enxerga mais nada. Mas mesmo sem enxergar, ela fazia comida, lavava as coisas, a comida dela era tão bem feita que parecia ser feita por uma pessoa que enxergava. Com pouco tempo ela caiu mesmo em casa, porque gostava de cozinhar e lavar as roupas dela, por isso caiu no chão molhado do quintal e quebrou o fêmur..."(Maria)

> "... quando foi um dia, ele tava lá no Horizonte[2], em uma casinha que é em cima e em baixo. A casa tinha escada, quando ele foi descendo sozinho, caiu e quebrou o fêmur, daí ficou gritando no chão pedindo ajuda, pois além disso ele ainda tinha tido trombose..." (Anita)

O que há de comum nos dois eventos descritos é que ambos ocorreram por situações evitáveis. A falta de recursos financeiros foi o que mais contribuiu para tais incidentes, pois se tratava de famílias com poucos recursos, impossibilitando a readaptação da casa à nova realidade vivenciada.

---

[2] Município da região metropolitana de Fortaleza.

Chaimowicz (1998) deu relevância ao surgimento de instabilidade postural e quedas como um dos "gigantes da geriatria". Segundo Bernard Isaacs (MS, 1999), são problemas típicos da terceira idade: incontinência urinária, depressão, delirium, demência, instabilidade postural e quedas, além da imobilidade. Exton –Smith e Evans, citados por Yuaso e Sguizzatto(1996), descrevem a instabilidade do porte e as quedas como a maior causa de incapacidade entre idosos. Coelho Filho e Ramos (1999), em um estudo do perfil multidimensional dos idosos, realizado no município de Fortaleza, revelaram que um terço dos idosos estudados tiveram pelo menos um episódio de queda nos últimos doze meses.

Outros autores também estimam que há história de uma queda para um em cada três indivíduos com mais de 65 anos. E ainda: um em vinte daqueles que sofreram uma queda tiveram uma fratura ou necessitaram de internação. Dentre os mais idosos, com 80 anos ou mais, 40% caem a cada ano. Dos que moram em asilos e em casas de repouso, a freqüência de quedas é de 50% (JACOB FILHO; PASCHOAL, 2003).

O Projeto Diretrizes, criado pela Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina revelam dados importantes: as quedas têm relação causal com 12% de todos os óbitos na população geriátrica; constituem a sexta causa de óbito em pacientes com mais de 65 anos; 5% das quedas resultam em fraturas; os idosos de 75 a 84 anos que necessitam de ajuda nas atividades de vida diária têm uma probabilidade de cair 14 vezes mais do que pessoas independentes da mesma idade. (PEREIRA; BUSKMAN,S.; et al, 2003).

No desenrolar da pesquisa, constatei naqueles portadores de AVC que as quedas são fatores secundários para a sua dependência e que essa realidade, além de freqüente entre eles, deixa graves conseqüências, como diminuição da auto-estima,

depressão, isolamento e a principal, que é a dependência total do idoso. As situações foram testemunhadas durante as visitas domiciliárias, onde o idoso acamado, por algumas vezes, não queria conversar, chorava ou empurrava minha mão caso eu fosse realizar algum procedimento.

Embora já se dispondo em algumas Unidades Básicas de Saúde, de uma estrutura de atendimento diversificada, como na Unidade onde esta pesquisa foi realizada, inclusive de atenção terciária no campo da reabilitação, como terapia ocupacional e fisioterapia, pude constatar a falta de um acompanhamento de reabilitação, após ocorrências de queda.

Não obstante os atendimentos disponíveis, o número de profissionais em relação à demanda de pacientes é muito restrito, fazendo com que uma pequena parcela dessa demanda seja atendida. Outro dado importante: muitos idosos que requerem esse tipo de atendimento não têm condições de se locomover até a Unidade de Saúde, necessitando de que o profissional se desloque até seu domicilio, o que atualmente se torna inviável para o Serviço, tendo em vista a existência de poucos profissionais na Unidade. Portanto, os idosos que não podem se locomover até a Unidade de Saúde são deixados sem os serviços imprescindíveis à recuperação de suas funções motoras comprometidas e esse trabalho fica a critério da improvisação dos cuidadores. Não há também a preocupação dos Órgãos do governo em instrumentalizar os cuidadores domiciliares para atividades que promovam a reabilitação dos idosos cuidados, criando portanto situações de futuras dependências e de perda de capacidade funcional irreversíveis.

O idoso e a família não estão suficientemente orientados sobre os tratamentos necessários para a recuperação da saúde do paciente; e por isso, se desestimulam e não investem em ações efetivas de reabilitação. Tampouco as famílias

recebem sistematicamente profissionais do Serviço Público de Saúde para orientar o cuidado no domicílio, pois é precário o suprimento de programas de reabilitação gerontogeriátrica nos serviços públicos de saúde, levando o idoso e a família a desistirem das ações, e assim das tentativas de recuperação (ALVAREZ, 2001, P.64).

No estudo nove dos dez idosos entraram no processo de dependência em decorrência de AVC, fator este comprovado por pesquisas citadas no IESUS (2000), que confirmam as doenças do aparelho circulatório como as causas mais freqüentes de internações hospitalares entre idosos, nos anos de 1995 (32,5%); 1996 (31,6%) e 1997 (31,5%).

O mesmo trabalho revela que as doenças do aparelho circulatório foram a primeira causa de morte entre os idosos brasileiros, sendo 44,7; 40,0 e 38,1% dos óbitos entre pessoas com 60 anos e mais de idade em 1980, 1991 e 1996, respectivamente. Esta situação evidencia a grande atenção que o trabalho com o idoso requer, não só no âmbito da saúde, mas também com outros setores do governo como assistência social, previdência e outros, para que os gastos e as conseqüências desses males não sejam piores para o idoso e para a família.

Também se pode pensar nas ações de caráter preventivo junto aos programas de doenças crônicas de que os serviços, em sua maioria, já dispõem. Medidas preventivas são mais viáveis pelo baixo custo, pela necessidade de pessoal qualificado, além da possibilidade de virem a ser aplicadas nos mais diferentes espaços de convívio do idoso.

A questão da dependência é um problema muito temido pelos idosos. Apesar desse temor, a prevenção da dependência parece algo distante de suas realidades. Trata-se de uma situação diariamente percebida, durante as consultas de hipertensão e

diabetes ao grupo de idosos que acompanho na Unidade. Aí, mensalmente acontecem reuniões e discutem questões sobre a doença, a dependência, os hábitos de vida. Nos grupos observa-se a dificuldade que os idosos têm de cumprir a dieta e o programa de atividades físicas. Chega às vezes a ser contraditório. Os idosos, embora enfrentem o temor da dependência, suas condutas diárias muitas vezes os levam a serem fortes candidatos ao infarto, ao AVC, as amputações, e a outras seqüelas das doenças cardiovasculares.

Questiono algumas vezes se as informações comentadas anteriormente foram fornecidas de modo adequado, o que me sugere as seguintes indagações: será que os profissionais de saúde utilizam um vocabulário compatível com a escolaridade dos cuidadores? Suas orientações estarão compatíveis com as diversas realidades? Os familiares do idoso contribuem no seu tratamento? As informações prestadas serão aquelas que os cuidadores e idosos gostariam e necessitam de receber? Todos esse pontos devem ser avaliados quando se analisa a contradição das suas condutas dos pacientes. Todavia, neste trabalho não serão respondidos tais indagações, mesmo porque este não é o objetivo da pesquisa.

Quanto às famílias dos idosos em estudo, percebi que muitos cuidadores não conheciam a gravidade das doenças cardiovasculares e vislumbravam a realidade da dependência também como algo distante, razão porque não havia um controle mais rigoroso desses males, até por lhes faltarem orientações mais freqüentes em relação à mudança dos hábitos de vida de seus familiares.

Isto geralmente se dava por falta de conhecimento sobre tais patologias. Em algumas nuances das entrevistas, pude deparar-me com algumas dessas situações relacionadas às impressões errôneas a respeito das doenças encontradas;

> "....desde os 30 anos, ela descobriu que tinha diabete, sabia e não se tratou, deixou para tratar depois. A diabete deu no sangue, se tratou e ficou só na urina, daí tomou uns remédios, umas garrafada, uns chás e ficou bem melhor. Anos depois ela começou a se internar com problemas de vista e pressão alta, parecia que a diabete tinha voltado mais forte do que nunca..." (Tereza)

> "...então ela ficou assim mesmo do jeito que tá. Agora é que ela não enxerga nada mesmo. Mas eu acho que se não fosse ela passar a noite acordada vendendo comida, ela não estaria com a vista ruim desse jeito..." (Maria)

As pessoas com baixa escolaridade tendem a minimizar ou algumas vezes, a agravar a sua real situação de saúde. Na realidade estudada, verifiquei, nos sujeitos da pesquisa, que ter saúde, para eles é apenas não ter sintomatologia. Tratando-se de uma visão simplista do conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que considera saúde um completo bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doença.

No entendimento de Boltanski (1989), os membros das classes populares usam o corpo como instrumento de trabalho e lhe pedem apenas que funcione. Não percebem os sinais precursores da doença ou se recusam a percebê-los, vendo-a apenas como um acidente imprevisível e súbito. A diabete e a hipertensão não fazem "barulho", daí não haver preocupação com o que não é perceptível.

As falsas impressões sobre a etiologia, sobre os fatores predisponentes e complicadores das doenças podem fazer com que o idoso e a família desconheçam suas conseqüências e com isso não dêem a importância devida a seu controle e ao tratamento correto. No caso das doenças crônico-degenerativas, seu controle é indispensável, pois o

tratamento não se baseia apenas em medicamentos, mas também na dieta, em atividades físicas, no abandono de vícios como o tabagismo, o uso e abuso de bebidas alcoólicas, além de acompanhamento regular com consultas e exames laboratoriais.

Dentre as doenças crônico-degenerativas, as mais difundidas no Brasil são a diabetes mellitus, que atinge 7,6% da população na faixa etária de 30 a 69 anos e a hipertensão, esta última presente em 11 a 20% da população adulta acima de 20 anos (BRASIL,2001).

Diabetes mellitus é uma doença metabólica acompanhada de complicações crônicas características, sendo as principais hipertensão, retinopatia, nefropatia e neuropatia.

Hipertensão arterial sistêmica também é uma doença crônica, caracterizada pelo aumento dos níveis tensionais, que podem lesionar órgãos alvo como coração (angina, infarto, insuficiência cardíaca); cérebro (Acidente Vascular Cerebral) e outros (DUNCAN, 1996). Além desses esclarecimentos é importante ressaltar que a literatura não cita nenhuma informação sobre a cura desta doença comprovando má informação das pessoas a seu respeito.

A falta de condições financeiras é outra agravante no tratamento das doenças crônico degenerativas, por serem elas de tratamento prolongado, gerarem altos custos para o paciente e para o Estado, favorecendo, dessa forma não adesão ao tratamento, ou a sua descontinuidade, conseqüentemente, agravamento das patologias. Na concepção de Chaimowicz (1998), uma das características marcantes da população idosa no Brasil é o baixo poder aquisitivo. Sabe-se que as aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de renda do idoso. Portanto, a manutenção de uma boa assistência de saúde pública a esses indivíduos é fundamental para a melhoria da sua qualidade de vida. Dados do IPEA

(1999) sugerem que a pobreza nas famílias de idosos está fortemente associada ao baixo nível educacional dos chefes dessas famílias, o que pode ser resultado de sua menor escolaridade, reflexo de menores oportunidades de estudo no passado o que afetou principalmente as mulheres, já que uma elevada proporção de chefes de família é do sexo feminino.

> "... os médicos passavam remédio para ela, ela tomava uns comprimidos, só que quando faltava no posto, ela deixava de tomar, porque o dinheiro era pouco e não dava pra comprar os remédios que ela precisava..." (Tereza).

O trabalho em uma Unidade Básica de Saúde oferece a oportunidade de se vivenciar diariamente, dificuldades em termos de recursos humanos. São as mais visíveis: o número de equipes de Saúde da Família insuficiente para cobertura total de uma área e o excesso de famílias cadastradas pelas equipes. Quanto aos recursos materiais, constata-se: falta de receituários, dificuldades nas solicitações de exames, falta de fitas de glicemia e de outros insumos. Os medicamentos são em número insuficiente ou sua distribuição é irregular; o número de exames laboratoriais estabelecido é também insuficiente para a demanda atendida; não há um sistema de referência e contra-referência efetivo.

No enfoque das doenças crônico-degenerativas, o panorama não é diferente. Cito exemplo: estão cadastrados, na Unidade onde trabalho, cerca de 750 pacientes hipertensos e diabéticos e esses números tendem a crescer a cada dia; inversamente, os insumos em termos de medicamentos específicos duram cada vez menos.

Hoje, os insumos para o programa de hipertensão e diabetes só duram cerca de 15 dias, ao mesmo tempo em que nem sempre a Unidade dispõe de medicamentos

essenciais, como é o caso da clorpropamida, metildopa e outros usados no tratamento dessas patologias.

Retornando à problemática de dependência: esta traz consigo uma série de agravos para o idoso e também para a família. O idoso com seqüelas de AVC tem inúmeras dificuldades em realizar atividades na vida diária; quanto mais graves as seqüelas, maior o número de atividades para as quais ele necessitará de ajuda, chegando muitas vezes ao ponto de não poder realizá-las. Diante de uma situação assim, a família tem de se mobilizar para dar o mínimo de suporte ao idoso.

> "...depois da trombose as coisas pioraram muito, antes ela fazia as coisinhas dela e hoje ela fica triste, às vezes chora de tanta tristeza por estar daquele jeito, sem poder fazer nada do que fazia antes..." (Tereza)

> "... no período que ela chegou em casa foi muito difícil. Ela chorava porque não podia mais fazer as coisas, e a gente da família tudo triste com aquela situação que ela estava passando e todos com medo da nova realidade. Ela era uma mulher muito esperta, fazia tudo, cuidava da neta, ajudava no comércio, fazia as tarefas de casa sem nenhuma ajuda, e agora precisava de uma pessoa para fazer tudo pra ela, desde a comida a te o banho"(Jesus)

Alvarez (2001) em sua tese de doutorado comenta que o idoso dependente tem consciência de que está sendo um peso para o cuidador e sofre com isto. Deseja mesmo morrer ou pensar em outra solução para o problema, no caso, o asilamento, solução que muitas vezes a família resiste em aceitar pois acha que tem obrigação de cuidar do idoso, mesmo presenciando a tristeza e a infelicidade do idoso.

De acordo com Papaléo e Ponte (1996, p.09.) após a revolução industrial, ganha importância a força de produção e o homem passa a ser valorizado pela sua capacidade de produzir. O resultado final é a marginalização do idoso e a perda de sua condição social. Como mantenho uma convivência freqüente com idosos, quer seja através das atividades grupais, quer seja nas consultas, observo: mesmo ainda mantendo sua autonomia e independência, os idosos mesmos se colocam como excluídos da sociedade. No cotidiano do consultório de enfermagem costumo ouvir suas queixas. Alguns dos exemplos citados: a falta de consideração dos filhos e como relatam os idosos: "eles não visitam, não ajudam..."; a falta de respeito, por parte dos mais jovens, com agressões do tipo: "sai daqui, vovô"; a falta oportunidade de emprego, tendo que ouvir: "o senhor não tem mais idade para trabalhar".

Os idosos do estudo também vivenciam essa situação, e de forma ainda mais dramática, pois se encontram totalmente dependentes no desempenho das atividades básicas da vida diária.

A população ainda absorve um conceito muito restrito de saúde, principalmente para as pessoas de baixa renda, que vivem em situação de grande miséria onde predomina a pouca escolaridade e o desemprego. Para essas pessoas, o conceito de saúde é sinônimo de ausência de doenças. Entretanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vê a saúde de forma ampla, considerando-a como estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não apenas como ausência de doença. No idoso, a saúde está associada à autonomia e a independência.

Outra fala deixa claro, mais uma vez, a relação entre doença e dependência.

> "... ela é diabética e logo começou sentir dores e dormência nas pernas. Com algum tempo ela não queria mais andar, queria apenas ficar sentada e se acomodou com aquela situação". (Joana)

Durante as visitas realizadas a essa idosa diabética e a sua cuidadora, pude em várias ocasiões observar que a cuidadora ligava muito para a opinião dos vizinhos, dos amigos. "*... aí a gente pelejava para ela andar e ela gritava. Ficávamos com medo de pensarem que a gente estava judiando dela....*" (Joana). Talvez por esse motivo, logo deixaram de realizar tentativas para que andasse novamente, fazendo com que a idosa também se acomodasse. É natural na pessoa acamada a tendência de acomodar-se na posição menos dolorosa; e faltou aí a ação de um profissional que investisse na reabilitação dessa senhora.

Cabe indagar se, apesar de todas essas dores, por que não houve o devido acompanhamento? Então páro para me perguntar: faltaram recursos financeiros? Faltou assistência médica adequada? Faltou tempo disponível ao cuidador? Quem sabe, com o tratamento adequado, tais dores diminuíssem e a idosa não desistisse de tentar andar... É provável que a cuidadora, por estar com 54 anos, ter problemas de saúde, neta e filha adotiva ainda pequenas para cuidar, além de trabalhar fora nos finais de semana, não dispusesse de tempo para prestar maiores cuidados à idosa, fazendo com que desistisse mais facilmente da reabilitação de sua mãe.

Quanto à questão de infra-estrutura adequada nos domicílios, pude constatar que nas casas onde realizei a visita domiciliária havia pouca ou quase nenhuma estrutura para locomoção dos idosos. Em algumas casas havia corredores estreitos por onde não passava a cadeira de rodas; em outras havia barreiras como batentes ou degraus; em

outras, o pequeno espaço e a grande quantidade de móveis prejudicavam a passagem da cadeira, em outras, o banheiro situava-se fora do domicílio.

Em algumas casas o cuidado era realizado em redes ou em camas de pouca altura, dificultando ao cuidador, a realização da higiene diária do idoso; em vários domicílios o idoso não tinha cadeira de rodas para se locomover a outros lugares- para a fisioterapia, por exemplo; em algumas casas as portas eram estreitas, os quartos escuros com inúmeros outros móveis; cheguei a observar aqui o idoso na cozinha ou na sala. As situações eram as mais diversas possíveis e eu as considero sérias barreiras, algumas, obstáculos intransponíveis, principalmente pela falta de recursos das famílias.

Mesmo no interior das casas as possibilidades de modificações para atender às necessidades do idoso apresentavam-se mínimas. A situação financeira e a falta de conhecimento da família não permitem investimentos que possam facilitar o viver diário e o cuidado da saúde que melhore a qualidade de vida do idoso no domicílio (ALVAREZ, 2001).

Capítulo 4

O COTIDIANO DO CUIDADO

CAPÍTULO 4

O cotidiano do cuidado

A vida cotidiana,

> é a vida de todos os dias e de todos os homens, é percebida e apresentada diversamente em suas múltiplas cores e faces: a vida dos gestos, relações e atividades rotineiras de todos os dias; um mundo de alienação: em espaço do banal, da rotina e da mediocridade: o espaço privado de cada um, rico em ambivalências, tragicidade, sonho e ilusões, um modo de existência social factício/real, abstrato/concreto, heterogêneo/homogêneo, fragmentário/hierárquico... (Netto e Carvalho, 1987, p. 14).

Discorrerei sobre o cotidiano dos cuidadores resgatando suas memórias, sua trajetória de vida, suas maiores dificuldades e suas facilidades em cuidar e principalmente o que os levou a cuidar. Considero essas situações o ponto-chave na questão cuidar pois, através da entrevista, esses cuidadores puderam expor seus conflitos, contradições, angústias, alegrias e vivências, ainda pouco reveladas no seu cotidiano.

Segundo Heller (1972, p. 20), "a vida cotidiana não está fora da história, mas no centro do acontecer histórico: é a verdadeira essência da substância social."

4.1 O UNIVERSO DO CUIDAR

É importante relembrar que o foco deste estudo é o cuidador familiar. O cuidador familiar é o membro da família que cuida do idoso e o ajuda parcial ou totalmente no desempenho de atividades da vida diária, como banhar-se, vestir-se, higienizar-se, alimentar-se. Estas tarefas na maioria das vezes, são desgastantes e demandam muito tempo do cuidador, fazendo com que ele enfrente o acúmulo de funções, quer seja com tarefas de casa, do trabalho ou qualquer outra.

Alguns autores definem cuidadores familiares como aquelas pessoas que, por diferentes motivos, dedicam parte de seu tempo e esforço para que outras pessoas possam desempenhar suas atividades diárias, ajudando-as a adaptar-se às limitações que sua incapacidade funcional lhes impõe (SOBRE EL...,2002)

Segundo dados do IMSERSO (1999), na Espanha estima-se que 72% de pessoas idosas que apresentam dependência importante são cuidadas pela família.

Pelos dados obtidos no estudo dos idosos com alto grau de dependência, apenas dois não tinham, como cuidador principal, um membro da família. Mesmo assim este presta, de alguma forma, cuidado aos seus parentes. No caso de Anita, ao esposo. De Jesus, à esposa, como se vê nas seguintes falas:

> "... a maior dificuldade, é que no começo eu estava só, apenas meus filhos me ajudavam. Pouco tempo depois eles se empregaram, pois tinham que sustentar suas famílias, daí foi o jeito arrumar uma

> pessoa para cuidar, pois não dava conta de tanta tarefa, lavar, passar, cozinhar e ainda dar banho, limpar e dar comida ao 'véio'.." (Anita)

> "... agora nós colocamos outra menina para ajudar a cuidar da Zuleica e da casa. Ela passa o dia todo aqui, mas sou eu que levanto ela e coloco na cadeira, porque ela é muito pesada, gosto também de dar os remédios dela. Desde que ela veio do hospital estou controlando a pressão dela, com a comida e os remédios, conforme é pra ser. A fisioterapia agora, sou eu que tenho que fazer, porque o dinheiro tá curto. Além disso ainda cuido da mercearia e da minha neta, que eu crio desde 1 a 3 meses, pois tem problema, você sabe...."(Jesus)

Os familiares citados fazem parte de uma minoria de famílias nos bairros onde desenvolvi o trabalho. O que encontrei na realidade, foram famílias de baixa renda, cuja possibilidade de contratar pessoas para ajudar no cuidado era praticamente impossível. Com a contratação, percebi que há um alívio muito grande para o familiar que cuida, dando-lhe oportunidade de exercer outras funções. No caso de Anita, faz caminhadas pela manhã, realiza as tarefas de casa, vai à igreja, ler a Bíblia diariamente e somente ajuda ao idoso quando é solicitada ou na falta da ajudante. Especificamente em Anita, percebi que a presença da ajudante aliviou-lhe nas tarefas, mas também, segundo ela, diminuiu um pouco o contato com o idoso, no caso o seu marido.

Ao falar na situação que antecedeu o AVC em seu marido, Anita denotava ressentimento, pois ele tivera o AVC na casa de outra mulher e ali sofrera maus tratos físicos e psicológicos. Tudo isso transparecia durante as entrevistas, pelas pausas, por suas feições e pelas suas falas:

> "... o jeito de Deus é bom demais, Deus é maravilhoso, ele me ajuda, me dá força e paciência, porque tem horas que a gente quer perder a paciência. Isso aí não é qualquer pessoa [dirigindo ao marido dependente], fez muita coisa ruim, mas aí a gente para pra pensar um pouquinho, e lembra que ele também é ser humano. Neste momento difícil não é a hora da gente desprezar ninguém, e sim fazer um esforço grande para esquecer os problemas passados e ir em frente. Eu já perdoei, Jesus perdoa a quem pede, ele fez muito mal para mim, me batia, não ligava para mim, me deixava sozinha em casa e ia "farriar" com as outras mulheres, eu sofri muito com essas coisas..." (Anita)

Quando a interação entre o cuidador e o idoso é amorosa, quando o cuidador tem a colaboração e o reconhecimento do idoso pelo cuidar, o peso do cuidar é aliviado (ALVAREZ, 2001). As relações entre pais e filhos, marido e esposa são firmadas no dia a dia e construídas, com respeito, carinho, amor, compreensão de ambas as partes. Esses sentimentos são a base de sustentação dos relacionamentos e, no caso de Anita, tal sustentação há muito tempo havia se deteriorado, o que trouxe à tona sentimentos negativos de rancor, raiva, ressentimento que, de alguma forma, refletinham no cuidar de seu esposo, que para ela se tornava um fardo. Como estratégia de sublimar um sentimento que é rejeitado por parecer inadequado ao espírito religioso, Anita "entrega a Deus" a sua realidade.

A literatura sobre o cuidador refere esse sentimento de culpa como normal. Há o sentimento de não ser capaz de fazer o suficiente, de ter cansaço e de se sentir incapaz de continuar prestando ajuda. É evidente que o cuidador precisa, na maioria das vezes, de ajuda, de apoio, especialmente quando a situação do doente se complica. Se não

houver esse espaço de externalização dos sentimentos, o prejuízo é geral: tanto para o ser que está sendo cuidado como para o cuidador.

Alguns sentimentos podem estar presentes no cotidiano do cuidador: constrangimento em determinadas situações. O próprio idoso doente pode criar constrangimentos; medo pelo desconhecimento da doença; pesar pela perda progressiva do ente amado; ira e frustração, pela lembrança do que era e no que se transformou o idoso dependente; culpa; depressão; incapacidade (O DESAFIO..., 2002).

No caso de Jesus, por ser homem, a pessoa contratada tanto cuidar de sua esposa, como ajuda nos afazeres domésticos. Como se observa na sua narrativa, Jesus realiza cuidados como levantar a esposa, fazer-lhe a fisioterapia, dar os remédios, controlar a pressão, além de cuidar da neta e da mercearia, enquanto a ajudante cuida da higiene, alimentação e tantas outras tarefas.

Nas tarefas desempenhadas por Jesus, observei, durante as visitas domiciliares, muito empenho no cuidar de sua esposa. Ele sempre participava e dava suas contribuições como chamar uma pessoa para verificar-lhe a pressão semanalmente, filtrava as informações que sua esposa recebia, evitando que ficasse nervosa com os problemas da casa; controlava sua alimentação para que fosse pobre em sal e gordura, além de atualmente estar fazendo os exercícios que antes eram feitos pela fisioterapeuta. É importante ressaltar que Jesus se preocupava muito com o estado de saúde da esposa. Afinal, ele sabia que se o quadro dela agravasse, o sofrimento e a mobilização da família seriam ainda maiores.

Outro aspecto relevante no contexto foi a **mobilização da família** para a atividade do cuidar. No entendimento de Leme e Silva (1996), a família é a base e a raiz da estrutura social. Portanto, conhecer como se dá o relacionamento do idoso com a família é de primordial importância no estudo das peculiaridades da vida e da saúde desse individuo.

Entre os participantes do estudo, constatei a riqueza de estratégias em termos de mobilização familiar.

> "... no período da trombose, ele estava morando com meu irmão. Meu irmão, trabalhava a noite, e nesse período quem tomava conta era minha cunhada, mas ela já estava se cansando, pois era doente do coração e precisava se operar por causa desse problema. Como eu trouxe ele para passar uns dias aqui em casa, e ele gostou muito, eu fiquei cuidando dele. Todos os irmãos concordaram, deu continuar tomando conta, acharam que eu tava cuidando bem dele" (Dulce)

No caso de Dulce, houve concordância na responsabilidade de cuidar. Os irmãos se reuniram e viram que a irmã estava cuidando bem e que o idoso estava gostando do novo ambiente, das pessoas. Para reforçar minha impressão, em todas as visitas que realizei ao domicílio de Dulce, sempre chegava ou já estava ali uma pessoa da família para visitar e passar alguns períodos com o idoso. Eram principalmente os filhos. Além disso, o ambiente se apresentava muito agradável e descontraído, eles conversavam com o pai, brincavam, depois logo os netos apareciam a tarde parecia uma festa.

Durante a entrevista, Dulce demonstrou-se muito emocionada ao falar do pai. Disse-me do quanto ela o amava e de como ele era um bom pai para ela e para os irmãos. Percebi que ele fazia parte de sua vida e que cuidar dele lhe trazia prazer e satisfação. Outra situação importante em Dulce é que o cuidar estava presente em toda sua trajetória de vida.

> "...gosto de ficar na minha casinha, cuidando do meu marido, do meu pai, dos meus netos. Minha vida sempre foi dentro de casa..." (Dulce)

Outra forma evidente de mobilização familiar foi verificada no caso de Joana:

> "... nós combinamos dela passar um ano em cada casa, na minha e da minha irmã, pois é muito cansativo, pra apenas uma cuidar. Agora nós vamos diminuir este tempo para seis meses, pois a luta está aumentando" (Joana)

No caso de Joana, a mobilização se deu no sentido de diminuir as atividades laborativas das cuidadoras, pois as duas filhas trabalhavam e o irmão casado, segundo as mesmas, não se preocupava com a questão do cuidar da mãe. Assim, as duas irmãs decidiram que o cuidar seria dividido pelo fator tempo: por um ano, a mãe ficaria na casa de uma filha, no ano seguinte na casa da outra. Essa divisão teve com objetivo amenizar a tarefa do cuidar, pois as duas irmãs já estão entrando na velhice, apresentam problemas de saúde, trabalham fora e ainda cuidam dos afazeres domésticos. Joana, por exemplo, cuidava das duas netas pequenas.

Arranjos familiares estão presentes em algumas famílias. Estas foram situações explícitas de organização familiar, onde houve um comprometimento e ajuda mútua entre seus membros. Porém, é sabido que a maioria delas ocorre de forma implícita, muitas vezes impostas pela sociedade e pela própria família, como é a questão de escolha por gênero. A exemplo, cito as entrevistas de Cristina e Maria:

> "..sabe, a mamãe teve 14 filhos e criaram-se doze, porque dois morreram ainda pequenos. Morando aqui em casa tem eu que sou solteira e uma irmã que é mãe solteira, mas trabalha o dia todo. O restante dos meus irmãos todos são casados, tem suas

> responsabilidades e suas famílias para cuidar. Por serem todos casados, eu que cuido, porque tenho mais tempo..." (Cristina)

Na verdade o depoimento de Cristina é contraditório, pois descreveu, no início da sua narrativa, que precisou deixar o emprego e os estudos para cuidar da mãe. Outro dado importante é que ela mesma se reveste de justificativas por ter aceitado esse papel:

> "...os outros irmãos foram para suas casas e eu sempre fiquei por aqui... (...) sou muito apegada a ela, não me vejo sem a minha mãe...(..) ela não pedia para eu não ir trabalhar, mas só o jeitinho dela já me dizia que só tinha eu para cuidar dela..."

> "... depois que meu pai morreu, ela não quis saber mais de ninguém. Ela só tem a mim, não posso contar com os dois irmãos, porque cada qual tem sua vida. Na verdade, eu quero também levar a minha vida, arranjar um companheiro, mas não tem ninguém que cuide dela e as coisas sempre caem pra cima de mim, mulher e solteira, pra que melhor..." (Maria)

A situação de Maria é diferente da anteriormente citada. A cuidadora é filha adotiva da idosa; durante a entrevista, Maria citou muitas vezes que a mãe não era carinhosa com os filhos, mas grosseira e briguenta ao contrário do pai que já falecido que era muito bom e carinhoso. Sua fala expressa a realidade da pressão que a mulher sofre para assumir o papel de cuidadora.

Segundo mostra a literatura gerontológica, na grande maioria dos países ocidentais, quem desempenha as tarefas de cuidar, em família, é geralmente uma mulher, uma vez que o prestar cuidados, seja aos filhos, à casa, ao conjugue, é secularmente uma

atribuição feminina. Portanto, a mulher tem de assumir o cuidado, mesmo quando trabalha fora. As conseqüências para ela são a diminuição de lazer e das oportunidades, de uma vida social. Se vier a não assumir o cuidado, a mulher torna-se alvo de pressão social e familiar, e daí surgem conflitos familiares e, geralmente, sentimento de culpa (NERI; SOMMERHALDER, 2002.)

Neste estudo nove dos dez cuidadores são mulheres, reafirmando os dados da literatura que colocam a mulher como papel de cuidadora.

> "....só tem eu de filha solteira, e uma irmã que é mãe solteira, que mora aqui em casa, mas trabalha o dia todo. O resto dos meus irmãos são casados, tem suas responsabilidades e suas famílias para cuidar..." (Cristina)

Os arranjos familiares na situação de algumas famílias estudadas são importantes, não só para os idosos, mas também para as famílias, as quais muitas vezes têm como fonte de renda parcial ou total, a aposentadoria do idoso, tratando-se assim, de uma situação em que ocorre ajuda mútua . Vale ressaltar que as famílias onde estão inseridos esses cuidadores e os idosos são famílias de baixa renda que vivem em um bairro de periferia.

4.2 MOTIVAÇÕES PARA O CUIDAR

Neste momento serão levantadas as principais motivações que levaram o familiar a cuidar do idoso. Dentre os principais motivos, encontram-se: obrigação, pena, gratidão, amor.

O idoso, na realidade cultural brasileira, espera ser um dia seja cuidado pela família. Dessa forma, a condição de ser cuidado no contexto familiar é permeada de sentimentos e de valores que se sobrepõem, como: o desejo de ser acolhido pela família e o constrangimento por sentir que causa diversos transtornos para os familiares, sobretudo ao cuidador principal (ALVAREZ, 2001).

A população idosa atual pertence a uma época anterior, com inúmeros valores culturais, diferenciados dos de hoje e pelos quais a família ampliada exercia importante papel e provia as necessidades de saúde dos seus membros. Assim, o cuidado dos doentes da família correspondia a uma tarefa da qual não se podia furtar nenhum membro da família. Este traço cultural permanece de maneira nítida no consciente ou no subconsciente da grande maioria dos idosos (LEME; SILVA, 1996)

> "...sabe minha filha, ele foi um excelente pai, nunca deu palmada na gente, nem em mim, nem nos meus irmãos, cuidava muito bem de nossa mãe, é uma ótima pessoa. E foi da minha vontade que ele viesse pra minha casa, eu era doida pra cuidar dele...." (Dulce)

> "... escolhi cuidar da minha mãe, porque primeiro, mãe é mãe. Foi ela quem cuidou de mim e de todos meus irmãos, pois meu pai trabalhava fora para sustentar a casa e no fim de semana ainda ia beber, quase não dava atenção para gente. Lembro muito quando a gente era pequeno, ela cuidava da casa, limpava, cozinhava, lavava roupa e ainda encontrava tempo para sair, pra passear e conversar

> com a gente. Tenho quatro irmãos mais sempre tem aquele que mais se preocupa, que sou eu. Eu sempre fui mais apegada a mãe. Eu que quis ajudar, porque tinha que ajudar assim mesmo, não tinha ninguém pra cuidar..." (Ana)

> "... sabe, a mamãe teve 14 filhos e criaram-se 12, só tem eu de solteira e uma irmã minha que mora aqui em casa e que é mãe solteira, mas trabalha o dia todo, o resto dos meus irmãos, todos são casados, tem suas responsabilidades e suas famílias para cuidar. Por serem todos casados , eu que cuido, pois tenho mais tempo...."(Cristina)

Esses depoimentos demonstram o compromisso com a família, assumido pelas gerações mais antigas e que, na atual estrutura familiar, está ficando cada vez mais tênue. É a aceitação inconteste de que é uma obrigação familiar cuidar dos seus. Nem sempre o cuidado dedicado a um ente significativo é um evento negativo. Percebe-se, pelos depoimentos, que a relação de afeto está presente nas relações entre cuidador/cuidado. Esta ambigüidade, às vezes consciente, outras não, é expressa por Imbassahy (2000) ao narrar o cuidado dedicado a sua mãe, com 90 anos.

> Essa tarefa constitui um desafio na medida em que exige um recorte conciso sobre uma experiência vivida no meu cotidiano, repleta de sutilezas e fatos inesperados, em que a cada momento me surpreendo. As minhas atitudes, algumas vezes contraditórias, sinalizam-me limitações inerentes ao ato de existir.(IMBASSAHY, 2000, P. 2)

Na literatura consultada, encontrei os principais motivos por que se cuida da pessoa idosa: gratidão e estima; sentimento de culpa; aprovação social; dever moral; reciprocidade. O maior peso de um ou outro motivo influencia a qualidade, quantidade e o tipo de ajuda, além da satisfação do cuidador (IMSERSO, 1999).

Assumir o cuidado com idosos corresponde a atender às normas sociais relativas ao dever de manter, proteger e ajudar os mais velhos, retribuindo-lhes a

contribuição à sobrevivência e a continuidade da família e da sociedade. Além dos fatores geracionais, de gênero e parentesco, ser escolhido para assumir a tarefa do cuidar pode depender de outros eventos. Entre eles, morar na mesma casa, ter condições financeiras, dispor de tempo, ter laços afetivos, além da personalidade do cuidador. Todos esses elementos são determinantes comuns da elegebilidade para o cuidado (NERI; SOMMERHALDER, 2002).

Na geração atual o conceito de família mudou. Para a grande maioria das pessoas e em nossa sociedade, as famílias estão cada vez menores em seu tamanho. Estes números vêm decrescendo desde a década de 60, quando a média de filhos era de 6,2 filhos. Em 1991, passou a ser de 2,5 filhos com tendência a diminuir ainda mais. Pode-se associar a esta queda, fatores como: a melhoria na oferta de métodos anticoncepcionais, o aumento do nível de escolaridade dos brasileiros, os problemas financeiros que enfrentam constantemente as famílias (falta de moradia, alimentação), enfim, condições mínimas de sobrevivência.

Além disso, as mulheres cada vez mais vêm tomando espaço no mercado de trabalho, fazendo com que o tempo para cuidar da família diminua consideravelmente. Também houve mudanças na estrutura da família; muitas mulheres assumiram o papel de chefe de família.

Em estudo recente, ainda em fase de conclusão e na mesma área que este, Silva; Bessa, Oliveira (2003), encontrei o perfil das famílias de idosos com uma tendência a diminuir de tamanho. A média de pessoas por família com idosos, variou de 3,7 a 2,3 para o grupo etário entre 75 e 80 anos, revelando uma tendência à diminuição do número de acordo com o aumento da faixa etária do idoso. Após esta idade, há uma tendência ao acréscimo do número de membros por família. Outro aspecto relevante é a faixa etária dos

membros dessas famílias, predominantemente acima de 60 anos, o que reforça a literatura que diz ser o cuidador do idoso um outro idoso, complexificando a situação. (SILVA; BESSA, OLIVEIRA, 2003). Este aspecto reveste-se de importância quando verifico que a demanda para o cuidador familiar vai aumentando, à medida que aumenta a longevidade.

Ao falar de cotidiano, recordo do dia a dia, **das facilidades e dificuldades** encontradas pelo cuidador, no lidar com o idoso. Sabe-se que quanto maior o grau de dependência do idoso, maiores serão os cuidados de que este necessitará, fazendo muitas vezes com que o cuidador dedique mais tempo e mais recursos a essa tarefa.

Comparando as facilidades com as dificuldades, é possível perceber uma grande diferença nas entrevistas, pois a maioria absoluta descreveu mais dificuldades que facilidades, sem que elas nem sempre fossem citadas. Era necessário perguntar se existia algum, aspecto no cuidado, que eles achavam mais fácil. Outro fato interessante é que as dificuldades se repetiam do começo ao fim da entrevista, fazendo com que o cuidador se reportasse a cada dificuldade com muita emoção, expressando-se através do choro, das feições, das interrupções no decorrer da entrevista.

4.3 FACILIDADES NO CUIDAR

❖ *Criação de códigos que facilitam a comunicação:*

> "... se ele fizer xixi, ele não sabe ficar perturbando, eu é que percebo. Ele fica com um jeitinho diferente, com os olhos bem abertos, daí eu corro e vou limpar, trocar os paninhos dele e da cama...." (Dulce)

A criação de códigos, descrita na citação anterior faz parte de uma rotina criada entre o cuidador e o idoso, o que permite o convívio entre ambos, harmonizando o ambiente, favorecendo o convívio entre os dois. O idoso com seqüela de AVC muitas vezes tem dificuldades de fala ou até mesmo pára de falar, dependendo da área do cérebro afetada. Esta limitação pode tornar, o cuidador ansioso por não compreender o que o idoso está tentando dizer, ativando-se assim um dos agentes estressores vivenciados pelos cuidadores. Segundo Imbassahy (2000, p. 6)

> cada pessoa apresenta singularidades: um olhar, um gesto, uma expressão fazem parte de uma pesquisa, que pode ser o instrumento para chegarmos ao ser que sofre. Os estereótipos, tão comuns aos cuidadores, tais como o idoso é assim... são meros enganadores. Há de se ter sensibilidade, sobretudo para não se perder o que o conhecimento tem para nos apoiar.

- *As equipes de Saúde da Família*

> "... quando nós chegamos aqui no bairro, nós éramos sempre visitados pelo agente de saúde, e quando ele teve mesmo a trombose nós falamos pra ela e os doutor do posto ficarem visitando ele em casa, isso foi muito bom, porque fica muito difícil a gente levar ele até lá..."(Isabel)

> "... eu aprendi com as enfermeiras lá do hospital que a gente tava, o modo de trocar ela, a dar banho, porque ela é muito pesada, e a gente tinha dificuldade de virar ela..." (Ana)

O atendimento na rede básica de saúde, oferecido de forma efetiva, é muito importante para o acompanhamento do cuidador e do idoso. Através dele o cuidador terá acesso ao aprendizado sobre a patologia de base do idoso, a conhecer as formas com que o cuidado deve ser prestado. Outro ponto interessante seria dar apoio formal às famílias

que mantivessem o idoso no seio familiar, evitando o cuidado institucionalizado. A institucionalização, relacionando-me aqui às instituições de longa permanência ou ainda às casas de repouso no Brasil ou aos chamados asilos, já foram vítimas de uma série de escândalos, como foi o caso da clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, no ano de 1996, que teve repercussão nacional. Mas, se sabe que este não foi e nem será o último caso registrado. Isto se repetirá enquanto o governo e a sociedade civil não abraçarem o fato evidente do envelhecimento no País e não trouxerem para si a responsabilidade por seus idosos.

O abandono do poder público se faz sentir especialmente entre os 19 mil idosos que, de acordo com estimativas do governo, vivem em asilos (GARDA, Cynthia, 2003). Em reportagem publicada no Jornal do Brasil, em 17/03/2002, é mencionada a visita de inspeção da Comissão Parlamentar de Inquérito da Câmara dos Deputados a 28 asilos em quatro Estados brasileiros. Nessas visitas os deputados ficaram chocados com a realidade vivida pelos idosos nestas instituições. Dentre os problemas identificados estavam: alimentação inadequada; falta de privacidade nos quartos; falta de segurança causadas por armadilhas arquitetônicas presentes nos banheiros, nas camas, nas escadas, ocasionando diversos casos de idosos feridos e com fratura; o mais chocante dos dados verificados foram casos de tortura, um desrespeito inaceitável aos direitos humanos.

Uma pesquisa realizada pela faculdade de enfermagem da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP) evidencia realidades muito semelhantes em 29 asilos cadastrados na Vigilância Sanitária da zona sul da cidade de São Paulo. Pelos resultados obtidos 35% desses asilos eram mantidos por instituições beneficentes ou filantrópicas e 65%, por associações com fins lucrativos, com custos de 4 a 7 salários mínimos mensais per capita. Quanto à estrutura, os principais problemas identificados

foram instalações sanitárias inadequadas, excesso de camas por quarto, rampas muito inclinadas, falta de pisos antiderrapantes, assistência à saúde deficiente. Nesses asilos, apenas em 4 instituições havia enfermeiros e em 70% destas, os médicos eram voluntários (CASTRO, 2003).

Em Fortaleza a situação não é muito diferente. Os asilos não têm condições de receber os idosos com problemas de saúde e com dependência total. Faltam profissionais, faltam condições físicas, faltam recursos.

Os mais modernos conceitos terapêuticos em geriatria e em gerontologia priorizam uma abordagem profissional dos cuidadores, através de cursos, treinamentos, informações continuadas. Tais medidas são de baixíssimo custo, apresentam um impacto muito positivo na saúde de cada idoso em si e sobre a saúde da população idosa como um todo (LEME; SILVA., 1996).

Na contramão desta tendência e necessidade, os Conselho Regionais de Enfermagem baixam resolução proibindo o treinamento de cuidadores, criando uma reserva de mercado para a equipe de enfermagem reconhecida legalmente. Esta postura desconhece a realidade dos idosos dependente, em sua grande maioria no domicílio e a falta de recursos destes e do estado para contratar serviços especializados que dê cobertura universal a esta demanda que cresce exponencialmente.

Parece que o cuidar é aliviado quando a interação entre o cuidador e o idoso é amorosa, quando o cuidador tem a colaboração e o reconhecimento do idoso e da família. O cuidado também pode ser um instrumento de aprendizado para despertar a sensibilidade e uma nova visão para a vida. Outro aspecto que torna o cuidado mais fácil é aprender a realizá-lo e estabelecer uma rotina de cuidados (ALVAREZ, 2001).

4.4 DIFICULDADES NO CUIDAR:

❖ *Problemas de infra-estrutura no domicílio.*

> "... a cadeira de rodas dela não entra no banheiro, é larga. A gente tem que levar ela nos braços..." (Tereza)

> "...a mãe tem cadeira de rodas que a gente ganhou, mas não serve de nada, pois não passa dentro da casa por causa do corredor..." (Joana)

Das famílias em estudo, três residiam no bairro Dom Lustosa e sete, no bairro do Pici. As casas localizadas no Dom Lustosa eram maiores em tamanho, os cômodos mais bem divididos e onde havia corredores, esses eram mais largos, possibilitando a passagem de cadeira de rodas. Ao contrário, no bairro do Pici as casas eram bem menores, mais estreitas e com um menor número de cômodos: em média, cinco cômodos, incluindo o banheiro. Quanto ao piso em nenhuma das casas encontrei o do tipo antiderrapante. O piso dos banheiros ou era de azulejo ou cimento morto, todos escorregadios para os idosos. Alguns dos banheiros situavam-se fora da casa, mais precisamente no quintal e neles não havia nenhuma barra de proteção onde o idoso pudesse se apoiar, ou seja, nada que favorecesse ao idoso, manter sua autonomia e independência, isto quando ainda podia se locomover com ajuda. Aí a situação já se tornará mais difícil pois os idosos só iriam se locomover com auxílio da cadeira de rodas e alguns, nem assim.

Para ilustrar a dificuldade em adequar o domicílio à casa do idoso dependente e de baixa renda familiar, descrevo, a partir de Santos (2001), a "planta da casa segura", defendida pala Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), que termina apresentando algumas alterações simples, que podem ser realizadas nas casas dos

idosos e são suficientes para evitar as quedas. Armários: luz interna para localização das roupas, portas leves e com maçanetas grandes, cabides baixos. Camas: devem ser mais altas que os modelos comuns, tornando mais fácil o sentar-se e o levantar-se; a altura recomendada é de 55 a 65 cm. Criado-mudo: deve ter a mesma altura da cama, presença de abajur ou de uma lanterna, para o caso de o idoso precisar levantar-se à noite. É aconselhável ter por perto o número de telefones de pessoas. Banheiro: piso antiderrapante, principalmente no box, corrimão dentro do box e ao lado do vaso, ducha móvel, tapete de borracha. Sala: poltronas e sofás na mesma altura da cama, poucos móveis distribuidos de modo a dar "espaço" ao idoso. É importante o cuidado com fios soltos e tapetes, devendo-se evitá-los. Cozinha: a bancada deve de 80 a 90 cm, é bom dispor de um carrinho com rodas para transportar a comida do idoso.

Entretanto, é importante enfatizar que as famílias do estudo, em sua maioria, são de baixa renda e possuem condições mínimas para sobrevivência, pois o salário que recebem muitas vezes só dá para alimentação e pagamento das contas de casa. Sendo assim, como as famílias iriam pensar em reformar ou adequar a casa para melhor abrigar o idoso dependente?

A infra-estrutura do domicílio não é apenas um capricho dos estudiosos em gerontologia, mas sim, uma necessidade. Constatei isso aqui mesmo em Fortaleza, entre as famílias pesquisadas. No estudo identifiquei que três dos dez idosos tornaram-se dependentes em decorrência de AVC, seguido de quedas e conseqüente fratura do fêmur. Quer dizer, se eles não tivessem sido acometidos por fraturas, talvez ainda estivessem deambulando com ajuda e não totalmente acamados, como hoje estão.

- *Falta de colaboração do idoso*

> "...às vezes eu digo: meu Deus me dê força, nunca me deixe ficar irritada com ela. Digo isso porque muitas vezes ela fica me batendo com a mão que mexe, por não querer tirar a roupa suja..." (Cristina)

> "... minha situação com a mãe é muito difícil, não dá pra conversar com ela, você mesmo viu, toda vez que eu falo ela grita. Ela não está bem do juízo..." (Maria)

O cuidador algumas vezes tem dificuldade em aceitar e compreender a situação dos idosos. Na vivência descrita, a idoso tem problemas psiquiátricos associados e no caso de Maria também. Todavia, não só esses fatores podem levar à falta de colaboração. Os idosos vivem estressados por estarem naquela situação de dependência, têm pudor de retirar a roupa na frente de outras pessoas apesar de serem da família, nem sempre se acham sujos, pois tem o olfato diminuído. Em alguns casos, existem problemas auditivos, aumentando conseqüentemente o tom de voz. Por outro lado, há a agressividade do idoso em situação de dependência, cujo elo mais frágil para ele é o cuidador. Há relatos de agressão verbal, física e moral por parte dos idosos cuidados, especialmente quando o cuidador é a esposa/companheira e este está impossibilitado de exercer sua sexualidade (MORAES, 2002).

- *Falta de condições financeiras da família*

> "... para dar banho nela é muito difícil. A cama é muito baixa e não tem grade, só essa madeira que a gente colocou para quebrar o galho. Ela é muito pesada e passa o dia em cima da cama, pois não

tem homem para botar ela na cadeira e nem pra ajudar a botar de lado..." (Ana)

"...não dá para ficar de fralda direto, porque é cara e ela fica assada. Por isso todo dia é lençol, é colcha..." (Cristina),

"... eu não tenho sossego com ela, é dia e noite nessa luta, não sei até quando vou agüentar cuidar dela sozinha..." (Maria)

"... agora sou eu que tenho que fazer fisioterapia nela, porque o dinheiro está curto e nós não temos mais condições de pagar como antes a gente fazia..." (Jesus)

Conforme citado anteriormente, a falta de recursos das famílias em estudo é um problema, pois o cuidado dos idosos requer, não só a atenção dos cuidadores, mas medicações, alimentação balanceada e recursos como fisioterapia, divisão de tarefas entre os familiares, apoio formal aos cuidadores, cadeira de rodas, camas hospitalares, transporte nos casos de haver necessidade de ir ao hospital ou fazer alguns exames.

- *Falta e ou assistência inadequada do serviço público*

Embora já exista um embrião de atenção domiciliar, especialmente prestada pelas equipes do Programa de Saúde da Família, essa atenção é ainda numericamente insignificante diante da enorme demanda que surge ao acontecer a acessibilidade a este tipo de evento, antes invisível aos olhos do sistema formal de saúde.

> "...eu tentei várias vezes vê se conseguia uma cama de hospital, mas nunca consegui. É muito difícil, já pedi no centro[1], na santa casa[2], aos conhecidos, mas até agora nada. O tempo também é curto para ficar andando atrás, pois sempre tem que pedir alguém para ficar com ela, além do dinheiro para o transporte que não é fácil..." (Ana)

> "... outro final de semana tive de levar ela para o hospital, pois a pressão estava muito alta. Foi o maior sacrifício para colocá-la dento do carro, foi preciso quatro homens para levantá-la, deram uma injeção e mandaram para casa pois disseram que não tinha vaga e no caso de piora levasse novamente..." (Ana)

> "... não temos condições de ir fazer a fisioterapia dele no centro, porque ele não tem cadeira de rodas e não temos como chegar lá..." (Isabel)

As duas situações agravantes do cuidado são cumulativas. A falta de recurso é reforçada pela falta de uma estrutura pública que dê suporte às famílias. Aqui é que se tem clareza do quanto a Política Nacional do Idoso é apenas uma imagem subjetiva, sem qualquer aderência à realidade crua dos lares pobres com idoso dependentes. As famílias de baixa renda deveriam ter um suporte formal dos órgãos públicos, governantes, pois uma de suas maiores dificuldades, em termos de cuidar, está relacionada à questão financeira. Dos cuidadores entrevistados, apenas um tinha condição econômica suficiente e por isso pagava um plano de saúde para o idoso, o que lhe o permitia fazer fisioterapia em

---

[1] Centro de cidadania governador César Cals- Local de atuação das equipes de saúde da família que abrange os bairros do Pici e Dom Lustosa. Dispõe de diversos projetos para comunidade como serviços de psicologia, advocacia, serviço social, creches, cursos profissionalizantes.

[2] Santa Casa de Misericórdia- Hospital Filantrópico do município de Fortaleza-CE.

casa, ter acesso a exames, consultas e serviço de home care[3]. Além disso, o idoso possuía cadeira de rodas, cama hospitalar e uma pessoa em casa para ajudá-lo, além de sua esposa. As outras nove famílias dependiam do SUS para o acompanhamento de seus idosos.

❖ *Falta de condições físicas, problemas de saúde do cuidador*

Como foi possível constatar, as famílias com idosos são, em sua maioria, formadas também por idosos. São os filhos que não saíram ou voltaram para casa, o cônjuge ou um parente que vem prestar o cuidado. Em todas as situações estudadas, o cuidar do idoso não é uma atividade exclusiva. Ela se soma a outras que são tão ou até mais exigentes, física e emocionalmente. Quando é possível, busca-se a contratação de uma pessoa para ajuda.

> "... o mais dificil é tirar ela da rede e levar para o banheiro, porque é muito peso é meu avô que levanta ela já é doente..." (Tereza)

> "...além disso tenho muitas dores nas costas, devido pegar ela sozinha. Não é brincadeira não, ela deve pesar uns 100Kg, e sou eu que coloco na cadeira, na cama..." (Jesus)

> "... eu estou andando muito doente minha filha, quando eu trabalho esse meu joelho aqui falta não agüentar, não posso nem andar de tanta dor, e tem ainda a dor neste braço, que esta até inchado, veja só..." (Joana)

> "... agora eu queria ter minha vida livre para ver se eu melhoro, porque é só eu sair que eu fico bem. Em casa fico doente, tenho

[3] Home care- serviço de atendimento domiciliar prestado por alguns planos de saúde, onde o paciente dispõe de auxiliar de enfermagem 24 horas e visitas médicas e de enfermagem, diárias ou semanais, no domicílio.

> fortes dores de cabeça, mas quando saio a dor logo passa, fico mais alegre, mais feliz, converso e em casa, é o contrário fico cada vez mais triste..." (Maria)

A idade média dos cuidadores é de 51, 4 anos, sendo a maior, de 73 anos e a menor, de 26 anos. Essa média de idades dificulta o cuidar. Nessa idade inicia-se a descoberta de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão e diabetes, problemas reumáticos, ortopédicos. Nas mulheres, ocorre em sua maioria, o aparecimento e a progressão da osteoporose, mal que as predispõe a fraturas, quedas, dores na região lombar e em outras partes do corpo.

Não apenas os problemas de saúde dos cuidadores, como algumas características dos idosos fragilizados se transformou em problemas do cuidar. Um deles é o peso; todos pesavam mais que 80 Kg, alguns chegavam aos 100 Kg. Era esta uma de minhas preocupações: como o cuidador suporta levantar tanto peso? E mesmo consciente disso, nós, profissionais de saúde, sobrecarregamos o cuidador de obrigações: proceder à mudança de posição de 2 em 2 horas; colocar ou remover o idoso da cadeira de rodas; banhá-lo diariamente; alimentá-lo de forma cuidadosa; proporcionar conforto e outras atenções. Nunca porém, atentamos em nos colocar em seu lugar para vivenciarmos tão difícil situação.

> "...eu cuido dela, mas também tenho que cuidar das minhas duas meninas, uma tem 3 e a outra tem 1 ano e 3 meses..." (Tereza)

O acúmulo de atividades também dificulta o desempenho do papel do cuidador, pois a atividade de casa consome muito tempo. Lavar roupa, cozinhar, varrer a

casa, limpar os móveis, cuidar de filhos , netos , marido e ainda encontrar tempo para cuidar de si. Mesmo o dia tendo 24 horas, ainda é dificil o gerenciamento dessa situação.

- *-Inversão dos horários de repouso entre o idoso e o cuidador*

> "...hoje faz três noites que não durmo com ela chorando direto, acho que ela está com o corpo todo dolorido, cansada de viver naquela cama. Muitas vezes eu me pergunto como ela se sente. É muito triste ver minha mãe nessa situação..." (Ana)

> "... a mãe tira o dia para dormir e eu tiro para trabalhar, fazer a comida, lavar as coisas dela. Quando eu vou me deitar, ela diz: me tira dessa rede, eu quero ir pro banheiro, eu quero café ..." (Florense)

Muitas vezes, a inatividade decorrente das limitações faz com que o idoso acamado passe o dia dormindo, invertendo portanto os horários de sono. O cuidador quase sempre não pode acompanhar o regime invertido do sono do idoso e sofre com a situação, já que na maioria dos casos, acumula funções como cuidar da casa, dos netos, dos filhos. Essa realidade ocasiona mais rapidamente um esgotamento físico e mental no cuidador. Caldas (2002) refere que esses ritmos diferentes, desgastam o cuidador, até mesmo aquele que oferece dedicação exclusiva, deixando-o no limite de suas próprias forças.

Outra possível justificativa: fisiologicamente falando, o idoso tem, necessidade de sono menor que o adulto jovem e a criança, fazendo com que aquele se satisfaça com quatro ou cinco horas de sono diárias. A situação provoca estresse no cuidador pelo desconhecimento desta característica própria da idade madura, fazendo com e

que isso redunda em queixas freqüentes nos consultórios e na procura de "remédio para dormir", fato constatado nas consultas médicas e de enfermagem nas Unidades de Saúde.

Há ainda a questão seguinte: alguns dos problemas de saúde se fazem presentes quase que diariamente, acarretando ao cuidador, dedicação dioturna ao idoso. Lembro o caso de Ana, cuja mãe sofria de constipação, problema presente na maioria dos idosos acamados, em decorrência da imobilidade física, da alimentação pobre em fibras e da ingestão insuficiente de água. Isso fazia com que a idosa passasse dias sem defecar, ocasionando grande distensão abdominal e conseqüentemente intensas cólicas intestinais que não desapareciam enquanto não eliminasse todo o conteúdo fecal, para o que levava alguns dias.

4.5 A VIDA PESSOAL DO CUIDADOR

Diante da possibilidade de compartilhar os seus problemas, o cuidador nos revelou-me diversas facetas de sua vida pessoal, como cito a seguir:

> "... minha mãe criou dois filhos. Eu fui criada pelo meu padrinho, e quando tinha 18 anos vim embora. Eu não quis estudar, não quis ser nada. Onde eu fui criada eu podia ser qualquer coisa. Eu nasci com uma estrela e sentei em cima dela...(Joana)".

Nessa narrativa a cuidadora fala dos estudo e de como eles poderiam ter sido importantes em sua vida. Hoje ela se coloca impotente em relação a própria vida, cansada e com problemas de saúde, tendo que cuidar de sua mãe, das netas, da filha que trabalha e mais ainda, trabalhar em casa de família nos fins de semana para complementar a

renda familiar. Para manter a casa, conta apenas com a ajuda da filha. Durante a semana o trabalho fora de casa é impossível, pois não existe ninguém que possa cuidar das netas e da mãe. Já nos fins de semana a filha fica em casa, permanecendo provisoriamente no papel cuidadora.

Outros relatos com pontos em comum se evidenciam nos casos dos maus-tratos por parte dos maridos, da infidelidade e do alcoolismo. As singularidades vêm na forma de enfrentamento da situação. Em uma das mulheres existe mágoa ou ressentimentos encobertos com a questão religiosa. Veja o relato:

> "...eu tive muitos filhos, porque eu gostava muito dele. Ele sempre foi um homem que bebeu muito, me maltratava muito, me batia, tanto fazia eu tá operada, como 'buchuda', como de resguardo. Chegava em casa botando boneco era um problema sério, mas ele era bom pai e marido quando não estava bêbado. Quando ele estava bêbado ele fazia era abanar o dedo na minha cara e dizer que tinha dinheiro para beber e 'raparigar'. E apesar de tudo isso eu cuido dele..." (Isabel)

A força para o enfrentamento de situações negativas como abandono, violência, traição, pobreza e carência no atendimento das necessidades básicas vai ser buscado na fé, como se verifica nestes depoimentos:

> "... Deus é maravilhoso, ele me ajuda, me dá força e paciência." (Anita).; na compreensão da fatalidade, na compensação em outros aspectos da vida, como o cuidado com os filhos: " "passava a noite na farra com um monte de mulher (...) mas ele foi um bom pai e um

bom dono de casa. (Isabel), a manutenção da família: 'a casa era sempre arrumada , tinha o que comer, isso não faltava... (Anita).

4.6 REPERCUSSÕES DO CUIDAR NO CUIDADOR

Grande parte da literatura consultada apresenta o cuidar associado a repercussões negativas. Porém, autoras como Néri (2002) já trazem algumas menções do cuidar associado a repercussões positivas. Mas essa associação ainda é pouco difundida em nosso meio, havendo predominância quase que total dos efeitos negativos, o que se pode comprovar pelos dados, neste estudo, nove cuidadores associaram somente efeitos negativos ao ato do cuidar e apenas uma cuidadora, efeitos positivos.

As repercussões podem ocorrer do ponto de vista físico, familiar, financeiro, profissional, pessoal, dentre outros. Algumas delas já foram descritas quando coloquei as dificuldades do cuidar, portanto, neste momento irei discorrer sobre as repercussões familiares e pessoais.

4.6.1 Repercussões familiares

- *Relacionamento com os membros da família e falta de apoio da família*

> "... outra coisa difícil é o marido. Ele não acha ruim que eu cuide dela, ela acha ruim eu cuidar sozinha dela. Porque nós somos quatro irmãos, mas só conta com dois, porque os outros dois moram longe, e ele sempre diz, o direito que um tem a outro tem. Por isso sempre

> tem discussão em casa. Além disso a bebedeira dele é muito dificil para mim, pois eu que sustento a casa, e ele já está desempregado há muito tempo..." (Ana)

Culturalmente o cuidar é um atributo da família, mas, apesar disso a responsabilidade maior sempre recai sobre um de seus membros. A falta ou a divisão inadequada do trabalho repercute no cuidador de forma mais acelerada, acarretando desgaste fisico e mental. No caso de Ana, a repercussão deu-se com o marido, que cobrava a presença dos irmãos de sua esposa na divisão das tarefas.

Um ponto que também interfere na estabilidade familiar é o alcoolismo, que acarreta problemas financeiros e emocionais no seio familiar, colaborando, ainda mais para o estresse da cuidadora.

A semelhança da história de Ana, as repercussões do grau de parentesco e a situação conjugal, também ocorreram em outra família do estudo. No entanto, contrastando as duas situações, encontrei pontos específicos. Sobre Ana, o marido critica, não ajuda na sustento da casa e muito menos no cuidar da idosa. No outro caso, o marido ajuda a cuidadora no cuidar do pai, da casa e dos netos, além de mantê-la financeiramente. A situação desta segunda família modificou-se devido ao atropelamento do marido da cuidadora, dificultando a renda e a divisão de tarefas; porém apesar do ocorrido, a família mobilizou-se e os filhos do casal passaram a ajudar mais, assim como os netos e os outros parentes do idoso.

> "... quando ele chegou aqui, as mãos dele eram todas dormentes. Por isso em sempre fazia massagem na mão dele, meu marido ajudava muito quando podia, agora sou eu..." (Dulce)

> "... o que mais me chateia é meu irmão. Um dia desse eu pedi a ele, para comprar dois pacotes de fraldas para a mãe, e ele não deu a mínima para o problema. Fico triste com isso, porque ele trabalha e não ajuda em nada com o cuidado da mãe, agora eu que não fui criada por ela é que me sacrifico pra ficar com ela hoje." (Joana)

No caso de Joana, ela não foi criada por sua mãe e sim por um padrinho que, à época, possuía maiores recursos financeiros. Por este motivo a cuidadora ressalta que, apesar de não ter sido criada por sua mãe biológica, ela é que está se sacrificando para cuidar enquanto apenas com uma irmã divide a tarefa. Como já se descreveu, o único irmão não ajuda de forma alguma e sua esposa ainda é suspeita de realizar maus tratos à idosa.

> "... eu disse pra ele que ia mandar ela ficar lá seis meses, mas ele disse: 'aqui ninguém pode cuidar dela. Só se vocês pagarem uma pessoa', mas eu e minha irmã não temos coragem de mandar, pois teve uma época que a mãe disse que a nora tocou fogo na roupa dela, mas eu não sei se é verdade..." (Maria)

Leme e Silva (1996. p.96) apontam que estudos norte-americanos referem:

> entre um e dois milhões de idosos, naquele país sofrem maus-tratos a cada ano, e que outro estudo em Boston, verificou a presença de maus tratos em 3,2% da população acima de 65 anos, distribuídos entre abusos físicos, agressão verbal e negligência.

O mau-trato é uma situação ainda muito mascarada na sociedade, apesar de algumas situações já estarem sendo expostas, como é o caso dos abusos em asilos, os

quais comentei há pouco. No que diz respeito à família, a situação é bem diferente, pois é difícil imaginar um membro da família que maltrate um idoso dependente. Surge-me outra preocupação: o que faz essas pessoas tomarem atitudes tão extremas?

Apesar de a cuidadora ter sido criada pelo padrinho, ela dividia a tarefa do cuidar com a irmã, obedecendo ao seguinte esquema: um ano na casa de uma e outro ano na casa da outra, situação que não ocorria no caso de Maria. Neste caso, a filha adotiva é a cuidadora e a idosa possuía apenas dois filhos legítimos.

> "... sou eu que cuido dela, ninguém me ajuda, os meus irmãos que são filhos legítimos dela, nunca se interessaram. Não tão nem aí pra mãe..." (Maria)
>
> "... Eu falo muito pro meu irmão colocar uma pessoa pra cuidar da mãe.'Ele diz tá bom, tá certo', e nada de colocar..." (Maria)

Repercussões na vida do cuidador (lazer, trabalho, estudos, companheiro, amigos, tristeza).

Na mesma proporção que encontrei as dificuldades no cuidar, obtive repercussões negativas para os cuidadores. Com a progressão da dependência, a necessidade de tempo despendido ao cuidar também aumenta, surgindo, quase sempre a necessidade de o cuidador permanecer as 24 horas do dia com o idoso. Neste estudo, todos os cuidadores precisavam se dedicar em tempo integral ao idoso, fazendo com que deixassem de desempenhar qualquer outro tipo de atividade extra-domicílio, como passeios, trabalho, estudo e outros. Essa realidade não apenas prejudica as condições

financeiras da família, mas também retira do cuidador as oportunidades de estudar, de conhecer novas pessoas, de progredir no emprego, enfim, de ter outras chances na vida.

Segundo dados do IBGE, o Nordeste é a região do Brasil com menor rendimento familiar mensal: 47,5% das famílias vivem com até dois salários mínimos. Outro dado importante é que o Nordeste, também possui a menor média mensal de rendimento entre as mulheres, R$ 151,00 enquanto no Sudeste essa média é de R$ 320,00 (IBGE, 2000).

> "... o meu trabalho foi o que mais prejudiquei, trabalhava em uma casa de família há mais de 25 anos, sai para cuidar da mãe, mas apesar disso ainda trabalho lá no fim de semana..." (Joana).

> "... a minha vida, deu uma vira-volta, antes eu só trabalhava e estudava, hoje estou aqui parada..." (Cristina).

O lazer, os amigos, um companheiro, a vida social também são necessidades do ser humano, assim como as necessidades fisiológicas e os denominados "mecanismos de escape". É através desses mecanismos que liberam-se as tensões do dia a dia e a pessoa se revigora para enfrentar as adversidades da vida diária. Sem eles possivelmente o ser humano viveria em constante tensão, com desgaste físico e psíquico.

> "... dividindo a luta eu posso ter uma vida mais saudável, por que eu não tenho. Eu tenho vontade de ir a uma festa, mas não posso ir. E ficar dentro de casa não tem quem agüente. Eu não agüento mais..." (Maria).

Para Imbassahy (2000), a perda de um mundo no qual duas pessoas – meus pais, eram cercados por amigos em diferentes ocasiões, por terem sido pessoas extremamente versáteis, sem estigmas trazidos pela velhice, cultas, interessadas no mundo externo; "raras" como era afirmado se acaba, trás sérias repercussões para o idoso que ficou dependente como para o cuidador, que vê, em breve tempo, suas relações de amizades serem fragilizadas. Semelhante situação ocorreu entre os narradores deste estudo.

Especificamente no caso de Maria, a cuidadora não era filha legítima da idosa. Outro fator agravante é que havia uma carência em relação ao carinho da mãe, evidenciada na fala abaixo.

> "... as minhas irmãs tiveram sorte de serem criadas por outras pessoas, elas recebiam carinho de mãe, coisa que toda mãe dá para um filho, e eu não tive. Minha mãe nunca foi carinhosa com os filhos, ela era bruta, briguenta..." (Maria)

> "... tem dias que eu choro de tristeza de me ver nesta situação, de não ter um companheiro, de não ter quem me ajude..." (Maria).

> "...minha relação com meus amigos prejudicou, e muitos se afastaram de mim, porque não podia sair com eles pra canto nenhum...." (Maria)

Já a situação vivenciada por Tereza trazia à tona a tristeza de ver a sua avó naquela situação de dependência. Ela deixava fluir, com palavras e expressões, o carinho e a gratidão que experimentava por sua avó que a criou como filha, quem sabe, pensando que um dia poderia precisar ser cuidada.

> "... é muito triste vê minha vó daquele jeito, ela era uma mulher tão disposta...." (Tereza).

4.7 REDE SOCIAL DE APOIO

Entendo por rede social de apoio o conjunto de pessoas da família ou não, que ajudam direta ou indiretamente no cuidar. Esta ajuda pode se dar de diversas formas: financeira, espiritual, instrumental e inúmeras outras. Néri (2002, p.13) descreve rede social de apoio como "grupos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si, laços e relações de dar e receber".

Da mesma forma como se classificam os cuidadores também foi classificada a rede de apoio. Néri (2002, p.13) a classificou em formal e informal, a rede formal atua com base em relações profissionais e a informal a partir das relações de parentesco, amizade e coletivismo. A mesma autora refere, que quanto mais organizada e eficiente for à rede formal, melhor será a qualidade de vida do idoso e do cuidador.

Na população em estudo, verifiquei com maior freqüência a rede de apoio informal, composta por parentes. Os agregados existem em apenas duas das dez famílias e os vizinhos não foram citados em nenhuma das entrevistas, como evidenciado nas falas abaixo:

> "... às vezes minha filha dá uma ajudinha, ela mora nesta rua lá em baixo. Quando ela vem me ajudar a limpar a casa. Mas sempre os meus dois netos ajudam o pai a fazer exercício nas pernas e nos braços, para não endurecer os nervos, além disso fazem muita companhia a ele. Eles são o bem querer dele, eles brincam, cantam música pra ele ouvir, ele ri que só...." (Dulce)

É oportuno mencionar que a ajuda oferecida por esses parentes em 100% dos casos, é a ajuda instrumental: lavar roupa, colocar na cadeira, dar banho. A ajuda financeira inexiste nesta população, pois as condições sócio-econômicas das famílias, na maioria das vezes, são precárias. Nesses arranjos de ajuda mútua incluem-se irmãs solteiras e casadas que não residem com o idoso, filhos e noras, netos, todos residindo nas cercanias da residência do idoso cuidado. A solidariedade dessas pessoas supera os limites impostos pela pobreza, maximizando os parcos recursos de que dispõem. A religião, mais precisamente Deus, aparece como uma força a mais e aqui vale o adágio: o pouco com Deus é muito (...). Por isso, segundo os cuidadores entrevistados, "não falta nada, sempre tem uma coisinha."

Quanto ao apoio formal, pode-se classificar o trabalho das equipes de PSF como sendo desse tipo, pois uma das atividades descritas pelo Ministério da Saúde é a visita domiciliária, é direcionada às pessoas que, de alguma forma, não podem se locomover à Unidade Básica de Saúde. Como se sabe, a maioria dessas pessoas são idosos com algum grau de dependência.

> "... outra coisa boa, é que os doutores do posto todo mês vem aqui, dá vacina, dizem o remédio que ele tem que tomar, como é pra gente cuidar...." (Dulce)
>
> "... vocês do posto também ajudam, vem visitar todo mês, passa remédio, conversam com a gente, explicam como cuidar dele. O agente de saúde também sempre passa perguntando como a gente tá..." (Anita)

Considero também importante a ajuda formal representada pela aposentadoria e ou pensão que os idosos, em sua maioria, recebem da Previdência Social. Embora em grande número, corresponda a apenas um salário mínimo, em certos casos é a única renda de que a família dispõe para manter a casa. Em outros casos, os membros da família que residem no mesmo domicílio trabalham, aumentando dessa maneira a renda familiar.

> "... a única coisa boa que nos recebemos, é o aposentadoriazinha dele, que ajuda a comprar remédio, leite, pois ele toma muito mingau e chá também, pior é se não tivesse...." (Dulce)
>
> " ... a vó é aposentada do funrural, meu vô também, é com esse dinheiro que a gente compra a comida, e paga as contas da bodega..." (Tereza)
>
> "... é só o dinheiro da aposentadoria dela e o meu dinheiro do Estado, onde eu trabalho na limpeza, e estou de licença para cuidar dela.. É só esses dois salários pra tudo, comida, remédio, água, luz...." (Maria)

As respostas do Estado à necessidade da criação das redes formais ainda são muito incipientes. Na realidade, a população brasileira necessita de ações dessa natureza, como forma de manter o bem -estar do idoso e de seu cuidador.

Uma instituição com a qual se podería contar como apoio são as instituições de longa permanência, ou seja, os asilos; mas como foi descrito, são instituições que estão à margem de qualquer benefício dos órgãos governamentais. Tanto descaso é mostrado na mídia, transformando-se em escândalos públicos recorrentes. Isso faz com que a população tenha total descrédito nestas instituições.

> "... eu sempre coloquei no meu coração que eu ia cuidar deles. Eu nunca tive coragem de colocar eles num asilo..." (Cristina)
>
> "... eu não tenho coragem de colocar ela num asilo, eu tenho medo de judiarem dela...." (Joana).

Além de essas instituições inspirarem insegurança, por outro lado, existe uma pressão da sociedade, da família e muitas vezes do próprio cuidador contra a internação, fazendo com que o asilo seja sinônimo de abandono.

4.8. PERSPECTIVAS DO CUIDADOR EM RELAÇÃO AO IDOSO:

Ao usar a palavra perspectiva, procuro relacioná-la ao futuro. O futuro, para os narradores do estudo, é sinônimo de perda e perda de um ente querido: de um pai, de uma mãe, de uma esposa, de um marido. É sinônimo também de progressão do quadro de dependência e conseqüente complexidade do cuidado.

No entendimento de Luders e Storani (1996, p.157), algumas vezes o familiar não consegue admitir que também existe um desejo inconsciente de morte, como observado abaixo:

> "... todos os dias rezo para Deus diminuir este sofrimento dela, peço para que ele tire a dor do corpo dela, pra ela dormir direito, pois assim acho que ela descansa mais..." (Ana)
>
> "... quanto ao futuro, sei lá, eu tô achando a mãe tão fraca, tão mole, tem dia que a mãe dá tanto trabalho. Chora demais e a gente tem que adivinhar o que ela tem...." (Ana)

> "... eu acho que é daqui pro cemitério, mas ele não morre agora não, ainda vai dá um bocado de trabalho pra nós e pra vocês. Mas estou conformada com tudo que Deus faz..." (Anita)

Segundo Alvarez (2001), quando o nível de dependência é muito grande, a morte é um desfecho esperado pelos cuidadores familiares. Nas falas observa-se que, quando flagrado o pensamento nessa direção, o cuidador empenha-se em negar peremptoriamente o desejo, ainda que momentâneo, de ver-se liberto do esforço de cuidar para a morte. Este é um aspecto que merece destaque: o cuidado com a criança é na direção da independência; o cuidado com o idoso com doenças crônicas ou incapacitante, é na direção de uma dependência cada vez maior com o desfecho na morte. E este não é um evento com qual se saiba lidar com tranqüilidade. O desejo, mesmo que momentâneo, de que o idoso morra, é carregado de culpa e de sentimentos de pecado.

Capítulo 5

Reflexões finais sobre o cuidar

Capítulo 5

Reflexões finais sobre o cuidar

Para compreender o cuidado ao idoso na perspectiva do seu cuidador familiar, foi necessário entrar em seu cotidiano e buscar, no seu contexto de vida, respostas às indagações deste estudo.

O estudo permitiu a pesquisadora caracterizar o cuidador familiar de idosos com alto grau de dependência, identificar os principais determinantes sociais e culturais que influenciaram na decisão do cuidar, identificar as facilidades e dificuldades encontradas no cuidar; conhecer as repercussões do cuidado no âmbito pessoal, social e familiar do cuidador e identificar sua rede social de apoio.

Os dados apresentados no estudo revelam uma situação muito semelhante ao que está posto na literatura, no que diz respeito à caracterização dos cuidadores: nove eram mulheres, seis eram filhos/filhas, nenhum deles podia exercer atividades laborativas, nove dividiam o mesmo domicílio com o idoso; oito dos cuidadores têm acima de 43 anos, a média de anos direcionadas ao cuidar girava em torno de 3,3 anos, quatro eram casados,

em nove a renda variava entre R$ 200,00 e R$ 400,00, correspondendo à faixa de um a dois salários mínimos.

O estudo também revelou que as principais causas de dependência foram: as quedas que os idosos sofreram ocorridas após um AVC; distúrbios visuais ocasionados por diabetes; amputações. Trata-se portanto de causas possivelmente evitáveis. Os domicílios em que estes idosos estão são, na sua maioria, desprovidos de qualquer possibilidade de adaptação à situação de dependência do idoso. Estes permanecem em espaços mínimos, como salas, cantos de quarto, camas desconfortáveis e inadequadas para o cuidado ao idoso com dependência na deambulação, o que prejudica a execução dos cuidados a serem dispensados pelo cuidador.

A decisão de ser cuidador nem sempre partiu da própria pessoa que assumiu o cuidado. Os aspectos mais presentes e que determinaram, de certa forma, a tomada da decisão de cuidar foram: o sentido da obrigação, o sentimento de pena, gratidão e amor, que por sua vez, é influenciado pela história de vida e pelos padrões culturais de cada um; a falta de alternativas e acordos entre os membros da família para que um deles assuma o cuidar. Isto feito, muitos parecem que se sentiram sem a obrigação de prestar maiores ajudas, o que repercutiu negativamente para o cuidador principal.

Relacionando as facilidades e as dificuldades do cuidar, ficou evidente que as dificuldades são referidas em maior freqüência e as principais são: ausência de estrutura no domicílio para facilitar a autonomia do idoso e as tarefas do cuidador; agressividade do idoso; falta de recursos financeiros; falta e ou assistência inadequada do sistema formal de saúde no apoio ao cuidador; acúmulo de tarefas por parte do cuidador, de certa forma, decorrente da "desobrigação" dos outros membros da família quanto ao

cuidado com o idoso; falta de condições físicas e problemas de saúde do próprio cuidador dificultando as tarefas de cuidar e criando neste último um fator a mais de estresse.

Constatei que as repercussões do cuidar são predominantemente negativas, levando a discussões familiares, a insatisfação pessoal e conseqüente, ao aumento do estresse na família.

Outro ponto crítico encontrado no estudo é a carência de uma rede formal de apoio, estruturada nos moldes das necessidades dos idosos e de seus cuidadores e a rede informal de ações limitadas.

Embora os aspectos negativos tenham se destacado nas narrativas do cuidador, percebe-se também um fato extremamente importante, que é a satisfação de fazer algo pelo outro, de retribuir o cuidado recebido na infância; de fazer o bem pelo sentido de cumprimento do dever cristão. A importância desses aspectos positivos do cuidar decorre do potencial que os cuidadores têm de difundir essa satisfação, gerando um alento para quem está no cotidiano de cuidar de um idoso dependente.

Cuidar pode ser um meio de se crescer como pessoa e de se compreender a vida de forma diferente, sem o imediatismo que está presente nos dias atuais. Conviver com quem está caminhando para um grau de dependência cada vez maior e procurar manter a serenidade pode ser a chave para a saúde mental do cuidador e uma melhor qualidade de vida do idoso cuidado.

Não se devem negligenciar os relatos negativos do cotidiano do cuidar. O cuidado ao idoso dependente é uma tarefa ininterrupta da qual, na maioria das vezes, não se tem como "escapar". É o que acontece com os cuidadores pesquisados. Mas, como

profissionais de saúde, temos a obrigação de ajudar a manter um nível de satisfação pessoal na tarefa de ser cuidador e, para isso, torna-se desejável conhecer este cliente ainda na penumbra das ações governamentais.

O reconhecimento de que o cuidador domiciliar ou familiar pode ser mais um a engrossar as fileiras da manutenção da qualidade de vida dos idosos é admitir que ele precisa de atenção, de cuidado, de informações e sobretudo, de valorização. Cuidar de quem cuida - esta deve ser uma bandeira levantada pelos que fazem a enfermagem. Ser parceiro e ter como parceiro o cuidador pode redimensionar o poder de extensão de cobertura aos idosos e de promoção da saúde.

Cuidar é uma atitude, uma escolha, um despertar para uma sensibilidade talvez até então inexplorada. É preciso, como profissionais, estar presentes nesse eventos do cuidar no interior das famílias, de modo que se tenham instrumentos intelectuais, pessoais e sobretudo, afetivos, humanos para contribuir com o outro cliente: o cuidador familiar.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABBOTT, Max. Cuidadores informales de las personas mayores dependiente: quienes son?, qué hacen?, qué les sucede?. **Revista de Psiquiatria**, Chile, n. 14, p. 111-120, 1997.

ALVAREZ, Ângela, M.**Tendo que cuidar:** a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianopólis: UPF, 2001.

BERGER, L.; POIRIER, D. M. **Pessoas idosas:** uma abordagem global. 2. ed. Lisboa: Lusodidacta, 1995. 594 p.

BERQUÓ, Elza. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO, 1., 1996, **Anais...** Brasília: MPAS, 1996.

BOFF, L. **Saber cuidar:** ética do homem, compaixão da terra. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989. 191 p.

BOYD, Sheryl T. Base conceptual para la intervención de la enfermería com las famílias. In: WEAVER, B.R.; HALL, J.E. **Enfermeria em salud comunitária:** um enfoque de sistemas. Washington, D.C.: OPAS, 1990. p. 184-199.

BRASIL. 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. Disponível em: <http.//www.mj.gov.br/ddh_idoso_lei.htm>. Acesso em: 16 ago. 1999.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Idosos:** problemas e cuidados básicos. Brasília, DF, 1999.

_____. **Plano integrado de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional do idoso**. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus:** hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF, 2001.

_____. **Programa de saúde do idoso**. Disponível em: <http.//www.saude.gov.br/programas/idoso/programas.htm>. Acesso em: 10 jun. 1999.

_____. **Resolução 196/96 que normaliza a pesquisa em seres humanos**. Brasília, DF, 1996. 24 p. Mimeografado.

CALDAS, Célia P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 51-71.

CAMARANO, A.A.. **Como vai o idoso brasileiro?**. Rio de Janeiro: Instituto de pesquisa Econômica Aplicada, 1999. 57 p. (Texto para discussão, n. 681).

CARPENITO, Lynda Juall. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

CASTRO, Isabel A. **Asilos não têm estrutura para abrigar idosos**. Disponível em: <http:// www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed147/pesqui2.htm>. Acesso em: 17 fev. 2003.

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI:** demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998. 90 p.

COELHO FILHO, João Macedo; RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, ano 5, n. 33, out. 1999.

COSTA, M. F. L. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, ano 8, n. 1, p. 23-41, jan./mar. 2000.

COSTENARO, Regina Gema Santini; Lacerda Maria Ribeiro. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?**. Santa Maria: Centro Universitário Fransciscano, 2001.

DADOS populacionais. **Boletim Saúde Fortaleza - Sala de Situação**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 8, 2000.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 1995.

O DESAFIO do cuidar. Disponível em: <http://www.terravista.pt/potosanto/%20Idosos.htm>. Acesso em: 2 jun. 2002.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. O. O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual a uma proposta de conteúdo programático. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 370-376, dez. 1999.

DUNCAN, Bruce; SCHMIDT, Maria. Bases clínico epidemiológicas das condutas clínicas. In: DUNCAN, Bruce; SHMIDT,Maria; GIUGLIANI, Elsa (Coord.). **Medicina ambulatorial:** condutas clínicas em atenção primária. 2. ed. Porto alegre: Artes Médicas Sul, 1996. p. 40-42.

FERREIRA,A.B.H. **Dicionário Aurélio escolar da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988. 687 p.

FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J.B (Org.). **Teorias de enfermagem:** os fundamentos para a prática profissional. Porto alegre: Artes Médicas, 1993. p. 90-105

FRANÇA, Lúcia. Preparação da aposentadoria: desafios a enfrentar. In. VERAS, Renato (Org.). **Terceira idade:** alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999.

GADAMER, H.G. **O problema da consciência histórica**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

GARDA, Cynthia. **Abandono em asilos revolta deputados**. Disponível em: <http://jbonline.terra.com.br/jb/papel/brasil/2002/03/17/jorbra20020317001.html> Acesso em: 17 fev. 2003.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem:** os fundamentos da prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GONÇALVES, Lúcia H. Takase. Tendências assistenciais de enfermagem: assistência ao idoso. In. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51., CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERIA, 10., 1999, **Anais...** Florianópolis, 1999.

GONZÁLEZ, José Siles. **Historia de la enfermería**. Espanha: Cosejo de enfermería de la comunidad Valenciana., 1999. V.1.

HAYFLICK, Leonerd. **Como e por que envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, [197?].

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IBGE. **Censo demográfico 2000:** resultados da amostra. Disponível em: <http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/cens2000/primeiros_resultados_amostra/brasil/pdf/tabela_1_1_1.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2003.

_____. **Pesquisa nacional de amostragem domiciliar 1996**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 24.fev. 2002.

_____. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro, 2001. 368 p.

IMBASSEHY, M. O Cuidado em uma relação muito delicada. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, jul. 2000.Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: dia mês ano.

JACOB FILHO, Wilson; PASCHOAL, Sérgio M.P. **Alterações de equilíbrio e prevenção de quedas no idoso**. Disponível em:< http://ids-saude.uol.com.br/psf/medicina/tema6/texto98_definição.asp.>. Acesso: 27 jan. 2003.

KALACHE, Alexandre. Envelhecimento no contexto mundial a perspectiva da organização mundial de saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO, 1., 1996, **Anais...** Brasília, DF: MPAS, 1996.

KAPLAN, E.A. Introdução. In: _____. **O mal-estar do pós-modernismo:** teorias e práticas. Rio de Janeiro: Jorge Zahan, 1993. p. 11-21.

LEME, L.E.G ; SILVA, P.S.C.P. O idoso e a família. In: NETTO, M. P. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli.E.D. **A pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MORA, J. F. **Dicionário de filosofia**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1982.

MORAES, G. L. A. **O cuidador domiciliar do idoso acamado:** perfil do cuidador e seu vínculo com o idoso acamado da área de abrangência do bairro do Pirambu, Fortaleza-Ce. 2002. 53 f. Monografia (Especialização em Gerontologia) - Universidade Estadual Vale do Acaraú, Fortaleza, 2002.

MOREIRA, R.V.O et al. A hermenêutica filosófica de Gadamer. In: BARRETO, J.A E.; MOREIRA, R.V.O. (Org.). **O elefante e os cegos**. Fortaleza: Casa de José de Alencar, 1997. p. 47-71.

NERI, Anita L.; SOMMERHALDER, Cinara. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, Anita (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família:** questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, 2002. p. 9-31.

NETTO, J. P.; CARVALHO, M. C. **Cotidiano:** conhecimento e crítica. São Paulo: Cortez, 1987.

NETTO PAPALÉO, M. ; PONTE, J.R. Envelhecimento: Desafio na transição do século. In: NETTO, M. P. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 26-43.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e independência. In: NETTO, M. P. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 26-43.

_____. Epidemiologia do envelhecimento. In: NETTO, M. P. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 26-43.

PEREIRA, S.R.M. et al. **Queda em idosos**. Disponível em: <http://www.amb.org.br/projeto_diretrizes/quedas_idosos.pdf.>. Acesso em: 17 fev. 2003.

POLIT,D.F.; HUNGLE,B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. **O ensino da enfermagem gerontogeriátrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morin**. 2003. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

SANTOS, S. S. C. **Enfermagem gerontogeriátrica:** da reflexão à ação cuidativa. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 2001. 161 p.

SILVA, M. J. ; BESSA. M. E. P.; OLIVEIRA. A. M. **O Idoso dependente e o universo do cuidado domiciliar**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2003.

SOBRE el cuidadores. Disponível em: <http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cuidadores>. Acesso em: 22 jun. 2002.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. New York: Horlt, Rinehart and Winston, 1980. 195 p.

VERAS, Renato P. **País jovem de cabelos brancos:** a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

YUASO, D.R.; SGUIZZATTO,G.T. Fisioterapia em pacientes idosos. In: NETTO, M. P. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 331-347.