

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - RIMS
SERVIÇO SOCIAL

CUIDADORES IDOSOS: significado e implicações do cuidado em saúde

THAIS CAROLINE STEIGLEDER

Porto Alegre
2018

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - RIMS
SERVIÇO SOCIAL

CUIDADORES IDOSOS: significado e implicações do cuidado em saúde

Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação latu-sensu com ênfase no campo Adulto Crítico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como pré-requisito para obtenção do título especialista. Desenvolvido sob a orientação da Msc. Rosana Maria de Lima.

Porto Alegre
2018

Sumário

1. INTRODUÇÃO	6
2. REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 Envelhecimento.....	10
2.2 Integralidade em Saúde.....	12
2.3 Cuidado em Saúde.....	14
2.4 Cuidador	15
3 OBJETIVOS	17
3.1 Geral	17
3.2 Específicos.....	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES.....	39
ANEXOS	40

Agradecimentos

Primeiramente, aos meus pais, que eu amo, por todo o suporte na minha caminhada, não só acadêmica, mas também ao longo da minha vida. Vocês são a minha base.

A minha irmã por todas as conversas e trocas de angústias e medos mas também as risadas e suporte mútuo. Obrigada!

À minha orientadora, colega de profissão e amiga Msc. Rosana M^a de Lima, por todas as sugestões, trocas e paciência na releitura dos meus textos. Muito obrigada por ter aceito o desafio de me orientar e ter me proporcionado tanta liberdade e espaço para reflexões, trocas e inquietações. Tu é uma pessoa incrível, de uma dedicação e entrega sem limites. Obrigada por ser exatamente assim e por ter me acolhido em todo este processo. Sou muito grata por tu ter se tornado muito mais que uma orientadora, tornou-se uma amiga querida, divertida e parceira para as mais diversas situações. Tu é luz, deixe-se brilhar! Amo-te.

Aos colegas do Serviço Social da Emergência (Lani, Rosana, Xênia, Vera, Joelsa e Alexandra) pelas inúmeras trocas, risadas, bolinhos, mateadas e principalmente pelos momentos sérios de aprendizado e discussão de casos.

Obrigada Alexandra, pela tua chegada, com toda a tua inocência, parceria e alegria e ainda assim teus questionamentos e colocações de uma pessoa observadora e com um grande coração, saiba que tu conquistou um espaço no meu coração.

Aos queridos colegas do Programa Adulto Crítico (Éder, Paula “Fono”, Paula “Psico”, Raquel, Luana, Lara) meu agradecimento por toda a parceria e coleguismo que desenvolvemos neste processo intenso, que só quem vivência consegue ter a sua dimensão. Obrigada pelos momentos de leveza, as escapadas no almoço, as festas que vivenciamos e todos os momentos em que crescemos juntos como equipe multi, vários deles não foram fáceis, porém nunca desistimos e buscamos o nosso melhor, nos apoiando como um grupo.

Obrigada em especial às amigas do Núcleo de Serviço Social, às que foram minhas R2 Bia, Lide e a Paola (minha maravilhosa), e às colegas - atuais R2 - com quem muito discuti e problematizei ao longo de algumas reuniões, manhãs ou sempre que possível. Vocês são incríveis, meninas. Obrigada pela forma como cada

uma buscava auxiliar e resgatar as outras, nos momentos de medo, cansaço e às vezes inseguranças, nós somos o nosso porto seguro.

Obrigada muito especial a Manu por todo o carinho e as puxadas para a realidade que só ela sabe dar e por esta amizade para além da RIMS que só se fortaleceu neste 2 anos. Obrigada Isa por toda a luz e alegria que tu emana (já pode botar no currículo que aprendeu a fazer mate também) só te digo uma coisa: vai e voa que a gente vai estar aqui pra te amparar sempre. Obrigada também a Paola pelos momentos que vivemos neste um ano juntas na RIMS, que criou esta relação tão especial que tenho hoje com você. Obrigada meninas, pelo refúgio que tínhamos em nossas conversas, que certamente trouxeram mais leveza ao longo deste período.

Obrigada aos colegas do Núcleo de Serviço Social com quem convivi e dividi o espaço nesses dois anos. Obrigada por todas as risadas, ensinamentos e bons momentos.

Às colegas da “Carreta”, obrigada pelo companheirismo ainda que por vezes à distância nesses dois anos. Amo-as. Obrigada!

Ao meu amigo Roberto pelas ideias, trocas e questionamentos, e por estar ao meu lado em parte deste meu processo de aprendizado.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

1. INTRODUÇÃO

O local onde desenvolveu-se a pesquisa foi um Hospital Universitário de Alta Complexidade localizado no Sul do Brasil, que atende, principalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS). Neste espaço há o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), que agrega diversas profissões e áreas de concentração, dentre elas, a área do Adulto Crítico, que divide-se em dois cenários de atuação: o Serviço de Emergência e o Centro de Tratamento Intensivo (CTI).

A emergência é caracterizada pela “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (BRASIL, 1995, p.1). O Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre possui capacidade para 49 pacientes adultos e 09 pediátricos, atendendo cerca de 5 mil pacientes por mês. De acordo com informações disponibilizadas no site da instituição, as principais patologias atendidas são:

[. . .] Intercorrências no paciente oncológico, insuficiência coronariana aguda, pneumonia em adulto, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, diabetes melitus, pielonefrite, intercorrências clínicas em pacientes com AIDS, hemorragia digestiva, crise asmática, AVC agudo e bronquiolite aguda (pediatria) (HCPA, 2016).

A complexidade das demandas atendidas, devido ao nível de gravidade das doenças e a fragilidade da rede de suporte familiar e social, soma-se aos agravos oriundos do contexto econômico e social. O desmonte do sistema público de proteção social transfere responsabilidades da esfera estatal para a esfera de interesses privados, muitas vezes mascarados de ajuda, caridade e voluntarismo, na forma de execução das políticas sociais.

Este cenário faz com que a procura pelo Serviço de Emergência seja crescente, acarretando na superlotação do espaço. É neste local, onde o profissional assistente social está inserido como residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, onde surge o interesse em realizar uma pesquisa, que parte de indagações oriundas da observação e do trabalho direto com pacientes e suas famílias, em uma perspectiva multidisciplinar.

O envelhecimento tem sido foco de muitas discussões no âmbito da sociedade e do Estado, devido ao aumento significativo do contingente da

população idosa somada a expectativa de vida que vem aumentando historicamente. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Censo Demográfico 2010, revelaram que no Brasil há cerca de 20.590.599 idosos residentes e apontam que a expectativa de vida do brasileiro atingiu 75,5 anos (75 anos, 5 meses e 21 dias) em 2015. As projeções indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país no mundo com elevado número de habitantes idosos (IBGE, 2010). Sabe-se que isso decorre de vários fatores, como, por exemplo, o avanço de novas tecnologias na área da medicina, a queda da mortalidade infantil e das taxas de fertilidade no nosso país. O envelhecimento populacional ou demográfico é, então uma das consequências da transição demográfica (SILVA; DAL PRÁ, 2014).

As repercussões desta transformação podem ser percebidas no cotidiano do Serviço de Emergência do HCPA, na medida em que observa-se a recorrência de familiares/cuidadores/acompanhantes idosos. Esta realidade levou ao questionamento sobre as implicações do exercício do cuidado em saúde na vida dos idosos, para além de uma preocupação acerca das condições que enfrentam para acompanhar o paciente no Serviço de Emergência, mas também no pós-alta, que compreende as necessidades de cuidado do paciente no domicílio, afinal,

O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital. (CECILIO; MERHY, 2003, p. 02).

No período da internação, o paciente recebe suporte de uma equipe multiprofissional para as demandas em saúde, na realização de procedimentos, administração de medicamentos, oxigenoterapia, curativos, sondagens, entre outros processos, e, após a alta hospitalar família/cuidador se vê responsabilizado por todos os cuidados do enfermo, sendo que, em alguns casos tratam-se de cuidados específicos. A isso, soma-se uma indefinição de natureza assistencial do SUS sobre a responsabilidade pelos cuidados que uma pessoa passa a depender após a internação hospitalar (sobretudo nos casos de doença grave), que gera um dilema, pois os “usuários não se encontram incluídos no conjunto de atividades

rotineiramente ofertadas pelas equipes de saúde da família e nem tampouco no das equipes de especialistas no interior dos hospitais” (CASTRO; CAMARGO JUNIOR, 2008, p. 2076).

No presente estudo, a perspectiva de cuidador adotada tem base na definição de Papaleo Neto (apud ROCHA VIEIRA SENA, 2008, p. 802) sobre cuidadores informais, que são os

[...] familiares, amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos e outras pessoas da comunidade. São voluntários que se dispõem, sem formação profissional específica, a cuidar [...], sendo que a disponibilidade e a boa vontade são fatores preponderantes.

Neste sentido, a pesquisa pretende voltar o olhar para a compreensão dos próprios idosos acerca de seu papel como referência de cuidado em saúde para uma pessoa dependente e o significado que atribuem a prática do cuidado. Será uma forma de ouvi-los, já que os estudos em sua grande maioria voltam-se para o paciente ou para a equipe assistente, dando pouca voz aos cuidadores.

Além disso, é direito do idoso e obrigação do Estado, segundo o Art 9º, “[. . .] garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.” (BRASIL, 2003). No contexto das políticas públicas, o foco também se dá no cuidado do usuário, havendo pouco planejamento de ações voltadas aos cuidadores, o que se torna um desafio ainda maior quando se trata de idosos, evidenciando a relevância institucional, acadêmica e social do tema em questão.

O Estatuto do Idoso em seu Artigo 18º afirma que “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.” (BRASIL, 2003). Neste sentido, o presente estudo é relevante para a instituição, pois poderá contribuir no planejamento de ações para esse fim.

Entende-se que os cuidados em saúde não se restringem apenas ao âmbito hospitalar e familiar, mas sim devem ser compartilhados com a rede de serviços do território. A RAS (Rede de Atenção à Saúde) é uma forma de articular os serviços de saúde, unindo os pontos da rede, que compreende três níveis de atenção: primária,

secundária e terciária, como estratégia para aperfeiçoar o funcionamento do SUS e superar a fragmentação da atenção e da gestão (BRASIL, 2010).

Para pensar o cuidado em saúde, o sujeito deve ser visto na sua totalidade. Diante disto, a integralidade, um dos princípios do SUS, deve estar presente, não apenas nas discussões, mas também nas práticas da área da saúde.

A integralidade está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do sujeito, por isso, o sistema de saúde deve preparar-se para ouvir seu usuário, compreender seu contexto social e a partir deste momento, atender às suas demandas e necessidades. A integralidade como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (PINHEIRO, 2009).

Apesar de todos os avanços no campo da legislação, a política de saúde no Brasil encontra inúmeros obstáculos para a sua materialização, tendo em vista o contexto político, econômico e social em que deve ser implementada. Inserida neste contexto, as instituições de alta complexidade enfrentam dificuldades que refletem diretamente no cuidado em saúde de forma integral, a qual se observa a falta de suporte da rede de saúde e de articulação entre as diversas políticas que deveriam garantir o acesso aos direitos dos usuários.

O cotidiano institucional mostra que, muitas vezes, o idoso é a principal referência de cuidado do paciente e não conta com o auxílio de outros familiares para desempenhar tal função. Neste sentido, surge o interesse em pesquisar a respeito da realidade destes sujeitos, tendo em vista a necessidade de refletir sobre o tratamento dispensado ao cuidador idoso, dada a importância do mesmo no processo saúde-doença, também com base no Estatuto do Idoso e demais políticas sociais públicas.

Estes são alguns dos indicadores que demonstram a necessidade de melhor conhecer o perfil e as necessidades da população atendida nestes serviços, buscando contribuir para a discussão de estratégias que visem a superação destes desafios, para a garantia do cuidado integral em saúde. Assim, a investigação guiou-se pelo seguinte problema de pesquisa: Como o cuidador idoso vivencia o cuidado do seu familiar no processo saúde-doença? O problema de pesquisa desdobrou-se

nas seguintes questões norteadoras: 1) Qual o perfil do cuidador idoso de pacientes que acessam o serviço de Emergência do HCPA? 2) Qual a perspectiva do cuidador idoso sobre a política de saúde e o seu papel de cuidador? 3) Quais são os impactos da prática do cuidado em saúde na vida do cuidador idoso?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste item será exposta a revisão de literatura que embasa teoricamente esta pesquisa e serão apresentadas as seguintes categorias: Envelhecimento; Integralidade; Cuidado em saúde e Cuidador.

2.1 Envelhecimento

O Brasil, como um todo, está envelhecendo. Cerca de 14,9 milhões (7,4% do total) da população já se encontra na faixa de 60 anos e mais, que é considerada como idosa (IBGE, 2010). Este trabalho será fundamentado na definição da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) que baseiam-se no limite etário para definir idoso.

O conceito de idoso envolve então, mais do que a simples determinação de idade cronológica e apresenta, segundo Camarano (2004), pelo menos, três limitações: a primeira seria com relação à heterogeneidade entre os indivíduos no espaço, entre grupos sociais, raça/cor e no tempo, ou seja, é muito abrangente e varia de um indivíduo para outro, não é algo estanque, como podemos observar hoje em dia centenários muito ativos. A segunda é associada à suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais, assim, por mais que exista uma preocupação com corpo e a intervenção médica ainda assim vamos envelhecer. A terceira e última é a finalidade social do conceito de idoso, entendo como mais uma divisão criada pelos homens das fases da vida, como quando se é criança e depois vira adolescente, de fato não há necessidade desta subdivisão porém criamos estas definições.

O número de idosos e a sua expectativa de vida têm aumentado nas últimas décadas devido a alguns fatores, dentre os quais a evolução da medicina. Segundo dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), em 1999, 9,1% da população possuía idade superior a 60 anos, em 2004 este percentual aumentou para 9,7%,

em 2009 para 11,3% e a projeção para 2020 é de que 14,2% da população brasileira tenha ultrapassado os 60 anos de idade. Além disso, a população de 80 anos ou mais também está aumentando, o que altera a composição etária dentro do próprio grupo. Segundo Camarano (2004), estas alterações levam a uma heterogeneidade do segmento populacional chamado idoso, pois esse grupo etário abrange um intervalo de mais de 30 anos, por exemplo, compreende pessoas na faixa de 60 anos, que, pelos avanços tecnológicos da medicina, podem estar em pleno vigor físico e mental bem como pessoas na faixa de 90 anos e mais, que devem se encontrar em situações de maior vulnerabilidade. Isso quer dizer que a população considerada idosa também está envelhecendo.

Tal quadro vem acompanhado da discussão sobre as condições e qualidade de vida destes idosos para que desfrutem de uma velhice saudável. Segundo Neri (1993), a promoção da boa qualidade de vida não pode ser atribuída apenas como responsabilidade individual, mas deve estar pautada nas oportunidades e condições de vida dos sujeitos, além de um investimento de caráter sociocultural, visto que é resultado da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Neste sentido, apresenta-se o papel fundamental do Estado na implementação de leis, bem como de políticas sociais e programas que visem a garantia da qualidade de vida na velhice. Para compor com tais direitos, pode-se referir a Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994, pois os direitos previstos na Constituição só foram instituídos por meio da Lei 8.842/1994, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948. A criação dessa política somente foi possível devido aos esforços e mobilizações por parte dos técnicos envolvidos em Programas, dos próprios idosos, das entidades privadas e associações de idosos. A PNI amplia os direitos dos idosos para além do benefício de Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 1993).

Caracterizada como um conjunto de diretrizes e orientações básicas para as Políticas Sociais focadas nos idosos, esta política estipulou atribuições a cada órgão governamental e criou os espaços de controle social por meio dos Conselhos dos Idosos. De acordo com Fernandes e Santos (2007, p. 56), a Política Nacional do Idoso é norteadada por cinco princípios:

1. Dever da família, da sociedade e do Estado assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

2. O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objetivo de conhecimento e informação para todos;
3. O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
4. O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através dessa política;
5. As diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral na aplicação dessa lei.

A Política Nacional do Idoso introduz também a ideia de que o envelhecimento é responsabilidade da sociedade e do Estado, não um “problema” que deve ser tratado no seio familiar. Tal quadro vem acompanhado da discussão sobre as condições e qualidade de vida destes idosos para que desfrutem de uma velhice saudável. Segundo Neri (1993), a promoção da boa qualidade de vida não pode ser atribuída apenas como responsabilidade individual, mas deve estar pautada nas oportunidades e condições de vida dos sujeitos, além de um investimento de caráter sociocultural, pois é resultado da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Já o Estatuto do Idoso, lei nº 10741/2003, reforça os direitos já existentes, introduz novos direitos, e estabelece algumas medidas protetivas. Propõe em seu cerne assegurar aos idosos a efetivação de seus direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação de forma efetiva na sociedade. A referida legislação é composta por 118 artigos que são distribuídos conforme as categorias temáticas. Estabelece que o idoso goza de todos os direitos fundamentais à pessoa humana, sendo-lhes assegurada a liberdade, saúde, educação, trabalho, assistência social, habitação e outros (BRASIL, 2003).

2.2 Integralidade em Saúde

O Sistema Público de Saúde resultou de décadas de luta do movimento que se denominou Movimento da Reforma Sanitária. Instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142, foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Algumas das características do SUS, começando pela mais essencial, diz respeito à colocação constitucional de que, no Art. 196 “A Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988). A saúde começa então a ser reconhecida como um direito fundamental de todo cidadão independente de contribuição ou poder econômico.

Tendo em vista a regulamentação do SUS, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) reforça o dever do Estado em garantir a saúde através de políticas econômicas e sociais e estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Assim como estabelecido no art. 198 da Constituição, I “do atendimento integral” (BRASIL, 1988), a Lei 8.080/90 aborda que as ações e serviços que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) devem obedecer a alguns princípios, sendo um deles a integralidade de atenção à saúde (BRASIL, 1990).

O conceito de integralidade como definição legal e institucional é entendida como um conjunto de serviços de saúde e ações, sejam eles preventivos ou curativos, individuais ou coletivos, conforme cada caso, nos diferentes níveis de complexidade do sistema (PINHEIRO, 2009).

Porém, na prática o conceito ganha um sentido mais ampliado que sua definição legal, assim, ações integrais consistem em uma estratégia concreta de um fazer coletivo realizado por indivíduos em defesa da vida, ou seja uma interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema (PINHEIRO, 2009).

Pensando a integralidade em saúde no contexto hospitalar, a atenção integral a um paciente, neste ambiente, se dá através da busca por uma abordagem completa de cada sujeito e de suas necessidades de saúde. Tal abordagem parte da noção de cuidado integral em saúde que ocorre a partir da combinação de três tecnologias, que são: tecnologias duras são aquelas ligadas a equipamentos e procedimentos, as leve-duras que dizem respeito ao uso racional dos saberes teóricos e as leves que estão relacionadas a intersubjetividade do profissional de saúde e do paciente (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Trabalhar nesta perspectiva é perceber o hospital no cuidado integral, onde o cuidar dentro deste ambiente é multiprofissional, apesar das relações assimétricas de poder dentre as diferentes profissões, devendo haver cooperação entre os profissionais, afinal, os saberes e fazeres das diferentes profissões se complementam e geram no paciente o somatório destes diversos cuidados (CECÍLIO; MERHY, 2003).

No ano de 2003 foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), que busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar através do estímulo da

comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia (BRASIL, 2007).

A PNH, ou HumanizaSUS, como também é conhecida, traz a humanização como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, de modo que estas mudanças não são construídas por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. (BRASIL, 2007). Assim, a inclusão estimula a produção de novos modos de cuidar.

Neste sentido, Cecílio (2009) reforça que possibilitar a expressão do cuidado torna-se imprescindível para que o sujeito possa vivenciar seu adoecer sob uma escuta integral de suas demandas, o que facilita a prática da integralidade a partir da troca de saberes e esforços mútuos em uma equipe de saúde, da promoção e do acolhimento do sujeito adoecido. O autor destaca também que os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção constituem um conceito tríplice que se entrelaça e expressa a cidadania, a saúde como direito de todos e a superação das injustiças resultantes da nossa estrutura social, ideários da Reforma Sanitária.

Além de pensar o indivíduo como um todo, devemos também refletir o cuidado para além do ambiente hospitalar, pensando o pós-alta, afinal, “É o viver que está por detrás da luta por condições de tratamento” (CASTRO; CAMARGO JUNIOR, 2008, p. 2077).

2.3 Cuidado em Saúde

Em ritmo acelerado a população mundial está envelhecendo. Esta mudança do perfil populacional gera mudanças com relação às demandas e necessidades dos sujeitos. Ainda que a velhice não seja sinônimo de doença e dependência, o crescimento dessa população leva ao aumento do número de pessoas com debilidades físicas e emocionais e, em muitos casos “[...] a solidariedade entre os membros da família é considerada como dada em um modelo de família idealizado, em que as relações de gênero são consideradas irrelevantes” (GOLDANI, 2004, p. 233).

Neste sentido, quando o Estado não consegue prestar a assistência adequada a esta população envelhecida diversas vezes esta responsabilidade recai sobre os familiares destes pacientes. Porém, segundo Silva e Dal Prá (2014) a composição das famílias vem sofrendo modificações e a família nuclear tem deixado de ser predominante na sociedade brasileira. Em algum momento da vida, as pessoas estão sujeitas a necessitarem de cuidados de outros, e as crianças e os idosos são os extremos de começo e de final de vida e compõem grupos que necessitarão de cuidados (CASTRO; CAMARGO JUNIOR, 2008). Sobre a compreensão do cuidado em saúde,

[...] um cuidar que resulta do homem em suas relações sociais, dificilmente o conseguimos através de metodologias estruturadas, que, antes de interpretar os significados de cada fio de uma teia culturalmente tecida pelo homem que cuida, consideram o cuidado especializado como um objeto cognoscível, possível de ser identificado ou definido a partir de fórmulas ou operações matemáticas (CASTRO; CAMARGO JUNIOR, 2008, p. 2079).

Diante deste contexto, entende-se que será cada vez maior o número de idosos sendo responsáveis pelos cuidados em saúde de outras pessoas, assumindo assim o papel de cuidador informal. Afinal, por natureza, o homem possui potencial para cuidar de si e dos outros, sendo o cuidado significativo para o homem. O processo de cuidado não pode ser generalizado pois varia de uma cultura para a outra; ainda que existam aspectos comuns e universais na necessidade da prática do cuidado, os “modos de cuidar” divergem. Além disso, pode se tornar um cuidado técnico em virtude de uma doença ou tratamento no setor de saúde (CASTRO; CAMARGO JUNIOR, 2008).

2.4 Cuidador

É de fundamental importância discutir sobre os cuidadores, conforme Baptista et al. (2012, p.152) “o cuidar solitário configura-se na imagem do cuidador familiar que assume a tarefa de cuidar com pouca ou nenhuma ajuda dos outros familiares”. O cuidador principal ou cuidador primário seria o familiar responsável pelo trabalho de rotina e as diversas demandas que o doente necessita e os outros familiares que se responsabilizam por funções mais esporádicas (ajuda econômica, transporte e

substituição temporária do principal cuidador) seriam considerados como cuidadores secundários (BAPTISTA et al., 2012).

Por vezes, o cuidador encontra-se em condições de sobrecarga de trabalho que acaba contribuindo para o adoecimento e na geração de situações de conflito entre o cuidador e seu ente doente, afinal, o cuidador também deve ter atenção a própria saúde pois a atividade de cuidar de um adulto dependente é desgastante e por vezes implica riscos à saúde (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

O Caderno de Atenção Domiciliar do Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), ao longo do seu documento aborda em um de seus tópicos o papel do cuidador onde reforça que “a figura do cuidador não deve constituir, necessariamente, uma profissão ou função formalizada na área da saúde, uma vez que não possui formação técnica específica” e ainda propõem que “o cuidador seja orientado pela equipe de saúde nos cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio”, afinal, as atribuições do cuidado “devem ser pactuadas entre equipe, família e cuidador, democratizando saberes, poderes e responsabilidades.” (BRASIL, 2012, p. 25).

Conhecendo o perfil do cuidador e suas dificuldades no processo de cuidar possibilita buscar um melhor planejamento e implantação de políticas e programas públicos que dêem suporte. Proposta que é apresentada no Caderno de Atenção Domiciliar do Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde:

[. . .] O cuidador também deve ter o suporte das equipes de saúde, que devem estar atentas para as dificuldades, ouvir suas queixas, atender às suas demandas em saúde, incentivar a substituição de cuidadores e rever o processo de cuidado conforme sua condição. Com o objetivo de propiciar um espaço onde os cuidadores possam trazer suas angústias, medos e dificuldades, uma vez que, ao longo do tempo sentem-se sobrecarregados, recomenda-se à equipe a organização e desenvolvimento de grupos. O grupo de cuidadores também pode oportunizar a troca de saberes, possibilitando que diferentes tecnologias desenvolvidas pelos cuidadores possam ser compartilhadas, enriquecendo o processo de trabalho de ambos, equipe e cuidador (BRASIL, 2012, p. 25).

Diante do exposto, entende-se que a responsabilidade pelo cuidado do familiar adoecido não deve recair apenas sobre um cuidador, pois este necessita de uma equipe que possa capacitá-lo a cuidar de seu ente e que ainda possa auxiliá-lo com um suporte emocional.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Compreender as implicações da prática do cuidado em saúde na vida do cuidador idoso, a fim de contribuir na discussão de estratégias para o avanço da assistência integral em saúde para essa população.

3.2 Específicos

- Identificar o perfil do cuidador idoso de pacientes que acessam o serviço de Emergência do HCPA;
- Conhecer a perspectiva do cuidador idoso sobre a política de saúde e o seu papel de cuidador;
- Compreender de que forma se dá a prática do cuidado em saúde e sua repercussão para o cuidador idoso.

4. RESULTADOS

CUIDADORES IDOSOS: significado e implicações do cuidado em saúde

Thais Caroline Steigleder¹
Rosana Maria de Lima²

Resumo

Este artigo aborda os resultados de uma pesquisa qualitativa desenvolvida durante a inserção na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, em um hospital de grande porte, no município de Porto Alegre. Desenvolveu-se o estudo com o objetivo de compreender as implicações da prática do cuidado em saúde na vida do cuidador idoso, a fim de contribuir na discussão de estratégias para o avanço da assistência integral em saúde para essa população. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cuidadores idosos de pacientes que acessaram o serviço de emergência do hospital, e a análise das informações se deu através da técnica da análise de conteúdo. Os resultados indicam a necessidade de políticas e práticas voltadas para o suporte aos cuidadores, sobretudo na condição de idosos, tendo em vista que a maioria possui uma rede social e de serviços fragmentada. Entende-se que a atenção aos cuidadores é parte fundamental do atendimento humanizado em saúde.

Palavras-chave: cuidado em saúde; cuidador idoso; integralidade em saúde.

1. Introdução

O envelhecimento tem sido foco de muitas discussões no âmbito da sociedade e do Estado devido ao aumento significativo do contingente da população idosa, somada a expectativa de vida que vem aumentando historicamente. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Censo Demográfico 2010, revelaram que no Brasil há cerca de 20.590.599 de idosos residentes e apontam que a expectativa de vida do brasileiro atingiu 75,5 anos (75 anos, 5 meses e 21 dias) em 2015. As projeções indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país no mundo com um elevado número de habitantes idosos (IBGE, 2010). Sabe-se que isso decorre de vários fatores, como, por exemplo, o avanço de novas tecnologias na área da medicina e a queda da mortalidade infantil e das taxas de fertilidade no país.

¹ Assistente social, residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - RIMS - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

² Assistente social, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Mestre em Serviço social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

As repercussões desta transição demográfica foram percebidas no cotidiano do Serviço de Emergência de um hospital universitário, na medida em que observou-se a recorrência de familiares/cuidadores/acompanhantes idosos. Esta realidade levou ao questionamento sobre as implicações do exercício do cuidado em saúde na vida destes sujeitos. Para além de uma preocupação acerca das condições que enfrentam para acompanhar o paciente no Serviço de Emergência, considerar o pós-alta hospitalar, que compreende as necessidades de cuidado do paciente no domicílio, faz parte da integralidade em saúde.

No período da internação, o paciente recebe suporte de uma equipe multiprofissional para as demandas em saúde, na realização de procedimentos, administração de medicamentos, oxigenoterapia, curativos, sondagens, entre outros processos. Após a alta, a família/cuidador se vê responsabilizado por todos os cuidados, sendo que em alguns casos trata-se de cuidados específicos. A isso, soma-se uma indefinição de natureza assistencial do SUS sobre a responsabilidade pelos cuidados que uma pessoa passa a depender após a internação hospitalar (sobretudo nos casos de doença grave), que gera um dilema, pois os “usuários não se encontram incluídos no conjunto de atividades rotineiramente ofertadas pelas equipes de saúde da família e nem tampouco no das equipes de especialistas no interior dos hospitais” (CASTRO; CAMARGO JUNIOR, 2008, p. 2076).

No presente estudo, a perspectiva de cuidador adotada tem base na definição de Papaleo Neto (apud ROCHA VIEIRA SENA, 2008, p. 802) sobre cuidadores informais, que são os

[. . .] familiares, amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos e outras pessoas da comunidade. São voluntários que se dispõem, sem formação profissional específica, a cuidar [. . .], sendo que a disponibilidade e a boa vontade são fatores preponderantes.

Neste sentido, esta pesquisa pretendeu voltar o olhar para a compreensão dos próprios idosos acerca de seu papel como referência de cuidado em saúde para uma pessoa dependente e o significado que atribuem à prática do cuidado. Sendo assim uma forma de ouvi-los, já que os estudos em sua grande maioria voltam-se para o paciente ou para a equipe assistente, dando pouca voz aos cuidadores.

A necessidade de refletir sobre o tratamento dispensado ao cuidador idoso, dada a importância do mesmo no processo saúde-doença, tem intrínseca relação

com a integralidade em saúde, um objetivo ainda a ser alcançado pelos serviços do SUS.

2. Delineamento metodológico do estudo

Foi desenvolvida uma pesquisa de natureza qualitativa, de nível de abordagem explicativa, que “se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (MINAYO, 2001, p. 21). Neste sentido, o principal objetivo é compreender, descrever, analisar e explicar os dados coletados que serão de natureza subjetiva (GIL, 2002).

O estudo foi realizado no Serviço de Emergência de um hospital universitário, no período de **fevereiro a dezembro de 2018**. A amostra, do tipo não probabilística intencional, foi composta por 10 cuidadores idosos que acessaram o serviço de emergência acompanhando pacientes dependentes de cuidados.

A participação dos sujeitos se deu através de entrevistas semiestruturadas, com questões abertas e fechadas, mediante a assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 2.489.246.

Para o processo de análise das informações, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas que visa obter, “por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 2016, p. 42). Tal processo é dividido em três momentos, sendo: pré-análise; exploração do material e interpretação dos dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Descrição dos cuidadores entrevistados

O Serviço de Emergência do hospital onde foi desenvolvida a pesquisa, atende cerca de cinco mil pacientes por mês. Por se tratar de uma emergência clínica, as principais patologias atendidas são intercorrências com pacientes oncológicos, com diagnósticos de AIDS, AVC agudo, crises asmáticas, casos

crônicos como doença pulmonar obstrutiva, diabetes melitus, hemorragias digestivas, entre outros (HCPA, 2016).

A complexidade das demandas, devido ao nível de gravidade das doenças e a fragilidade da rede de suporte familiar e social, soma-se aos agravos oriundos do contexto econômico e social. As desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização, compõem algumas das expressões da questão social (IAMAMOTO, 2007), objeto de intervenção do assistente social. Este cenário faz com que a procura pelo Serviço de Emergência seja crescente, acarretando na superlotação do espaço.

O quadro abaixo apresenta algumas características da descrição dos entrevistados:

Quadro 1 - descrição dos Cuidadores Idosos Entrevistados

Características	Masculino	Feminino
Média de Idade	Entre 61 e 83	Entre 60 e 78
Escolaridade	Fundamental Incompleto (01) 2º Grau Incompleto (02) Curso Profissionalizante (01)	Fundamental Incompleto (03) 2º Grau completo (01) Magistério (01) Superior Completo (01)
Parentesco	Esposo (4 pessoas)	Esposa (4 pessoas) Filha (1 pessoa) Irmã (1 pessoa)
Renda	1 Salário Mínimo (02) 1 e ½ Salário Mínimo (02)	1 Salário Mínimo (03) 1 e ½ Salário Mínimo (01) 2 Salário Mínimo (01) Mais de 3 Salários Mínimos (01)
Total de Cuidadores	4	6

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados durante a pesquisa

Todos os cuidadores participantes do estudo fazem parte do grupo familiar do paciente internado, sendo quatro esposos, quatro esposas, uma filha e uma irmã e a idade variou de 60 até 80 anos. Estes dados corroboram a discussão de Faleiros, et.al. (2016), sobre tornar-se comum que apenas um membro da família assuma a maior parte da responsabilidade pelo cuidado. Entretanto, a divisão desta tarefa é de extrema importância para que o cuidador não sinta-se sobrecarregado.

O estudo aponta que dos dez entrevistados, seis (06) são do sexo feminino, demonstrando que são as mulheres que geralmente assumem este papel, influenciadas por diversos fatores, inclusive pela lógica dos programas sociais de família onde o cuidado é delegado à figura feminina. Ao mesmo tempo, o Estado não estabelece políticas de suporte familiar, fato que resulta uma atenção precarizada à saúde (FALEIROS, et.al, 2016). No que diz respeito ao tempo em que o cuidador exerce esse papel, identificou-se que cinco dos entrevistados cuidam desde a internação atual até 2 anos; quatro cuidam pelo período 3 a 5 anos e apenas um cuida há mais de 5 anos.

No que se refere à ocupação dos entrevistados, sete são aposentados; um é “do lar” e dois estão inseridos no mercado de trabalho. A maioria informou como renda apenas um salário mínimo. Estes dados nos levam a refletir sobre as condições socioeconômicas das famílias com pacientes dependentes, pois os gastos são os mais diversos dentre eles alimentação, deslocamento para consultas e exames, medicamentos que o sistema público de saúde não fornece ou por vezes não possui estoque disponível por um período, entre tantos outros. Segundo Carvalho (2012, p. 19), “as condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações”.

Referente à escolaridade dos sujeitos, identificou-se que quatro não concluíram o ensino fundamental; dois possuem o ensino médio incompleto; dois concluíram o ensino médio; um possui curso profissionalizante e apenas um cuidador possui curso superior completo. Esta informação faz-se relevante pois a baixa escolaridade pode ser um fator limitante para que os cuidadores idosos compreendam de forma clara as orientações com relação ao exercício do cuidado, como curativos, horário de medicamentos entre outros, administração de dieta enteral, etc.

Mediante este fato, cabe à equipe de saúde, seja ela multiprofissional ou médica, utilizar-se de linguagem acessível, minimizando as possibilidades de

dúvidas e explorando técnicas que facilitem o entendimento por parte do cuidador. Para Matta e Morosini (2008, p. 43):

A complexidade dos problemas de saúde requer para o seu enfrentamento a utilização de múltiplos saberes e práticas. O sentido da mudança do foco dos serviços e áreas de saúde para as necessidades individuais e coletivas, portanto para o cuidado, implica a produção de relações de acolhimento, de vínculo e de responsabilização entre os trabalhadores e a população, reforçando a centralidade do trabalho da equipe multiprofissional.

Conhecer o perfil dos cuidadores idosos e sua realidade para além do ambiente hospitalar é imprescindível para que as equipes de saúde possam planejar ações voltadas a esta população. A equipe pode desta forma desenvolver melhores estratégias, que potencializem o cuidado em saúde evitando reinternações desnecessárias.

3.2 A prática do cuidado em saúde e sua repercussão para o cuidador idoso

O envelhecimento da população é crescente em todas as sociedades economicamente desenvolvidas ou em desenvolvimento, sendo uma das transformações sociais mais importantes (OSÓRIO; PINTO, 2007). Assim, o acelerado ritmo de aumento do número de idosos no Brasil gera novos desafios para a sociedade contemporânea, afinal, esse processo ocorre num cenário de profundas transformações sociais, urbanas, industriais e familiares.

O idoso tem sua capacidade funcional reduzida com o passar dos anos, tal como em todos os organismos vivos, caracterizando o acúmulo de incapacidades progressivas nas suas atividades funcionais e de vida diária. Este processo está associado a condições socioeconômicas adversas, embora não limitem o desenvolvimento de uma vida plena (OSÓRIO; PINTO, 2007).

A pesquisa aponta que todos os entrevistados relatam possuir algum problema de saúde. Os acometimentos são os mais variados, resultando em doenças crônicas como hipertensão e diabetes; já outros falam de tratamentos de saúde para câncer e também limitações físicas.

Diante destas informações, cabe uma reflexão sobre este recorte da população e ao fato de como estes sujeitos, com suas próprias comorbidades,

vivenciam a prática do cuidado, sendo por vezes os únicos responsáveis pelos cuidados de seus entes.

Nesse cenário os cuidadores familiares idosos estão mais sujeitos aos impactos negativos do cuidado, uma vez que normalmente apresentam condições de vida semelhante ao idoso cuidado, além de também vivenciarem as mudanças relacionadas ao próprio envelhecimento. Cuidar de um idoso dependente pode suscitar nos cuidadores a preocupação com uma possível proximidade da própria dependência ou da sua finitude. (FALEIROS, et.al, 2016, p. 148).

Na prática do cuidado diário, o idoso se identifica com o processo de saúde-doença vivenciado pelo familiar que está sob sua responsabilidade. Assim, além dos conflitos e dificuldades inerentes aos desafios do cuidar, surge a preocupação com a sua própria qualidade de vida, que naquele momento está “sucumbida” ao cuidar do outro. Entretanto, esta não deve ser uma preocupação do campo privado, afinal, enquanto espaço de saúde, qual suporte ofertamos aos cuidadores idosos, cada vez mais presentes no contexto hospitalar?

É imprescindível pensar cada vez mais na promoção da saúde, cujo conceito está associado a um conjunto de valores como qualidade de vida, democracia, cidadania, solidariedade, desenvolvimento, entre tantos outros. Para garantir a promoção da saúde, faz-se necessário uma combinação de estratégias, dentre elas

ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2000, p. 165).

Trata-se de uma lógica onde a responsabilização é múltipla, ou pelos problemas, ou pelas soluções desenvolvidas para solucionar os mesmos. Desta forma, para que o direito à saúde seja de fato universal, faz-se necessário ações intersetoriais e políticas públicas saudáveis.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o envelhecimento do organismo por si só já diminui a capacidade funcional do ser humano, e por consequência as doenças crônicas tendem a acelerar esse processo, principalmente quando não houver o devido acompanhamento médico. Desta forma, à medida que os índices de expectativa de vida crescem, há uma

tendência de aumento da incapacidade funcional da população idosa, fato que acarreta uma maior necessidade de cuidados em saúde.

O estudo demonstra que alguns cuidadores acabam negligenciando a sua própria saúde para poder prestar a assistência necessária ao seu familiar, como podemos observar na seguinte fala: “[...] Eu tive um acidente, eu tive uma fratura eu tenho osteopenia, eu tenho uma série de problemas que vem com a idade também. Então tu vai mentindo pra ti mesmo que tá tudo bem né, e tu vai levando (risos)” *She-ra*³. Outro sujeito relata:

Olha eu tenho muitas dores, eu agora to até bem do estômago, eu tenho uma tosse muito seca... **Eu não tava me tratando**, ai minha amiga e minhas filhas diziam que desse jeito eu não ia aguentar cuidar dos outros, quando eu fui na médica ela brigou comigo “do jeito que a senhora tá a senhora não vai tratar dos dois a senhora vai antes deles”. Ela pediu exame, pro laboratório. **Eu não podia ir atrás de médico porque eu tava vendo médico pra ele, eu tava cuidando dele e do filho né** (*Supergirl*).

Os cuidadores informais colocam a necessidade de seu familiar doente em primeiro lugar e esquecem-se de si. Observamos nas falas que os entrevistados diversas vezes abrem mão de sua vida, pois o cuidado constante despendido ao seu familiar acaba por consumir quase que todas as suas forças e seu tempo (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

Mioto (2010) ressalta que a família tem papel importante na estrutura da sociedade quanto aos aspectos sociais, políticos e econômicos e que as deficiências das políticas públicas as impactam diretamente, gerando uma sobrecarga. Destaca ainda que há muita diversidade nas configurações familiares, pois a família se constrói e se modifica de acordo com os contextos históricos e o seu cotidiano, entre Estado, mercado e trabalho, por exemplo.

O Art. 196 da Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos e prevê ainda o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Já o Estatuto do Idoso de 2003, em seu Art. 3, faz referência que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público que

³ Os nomes utilizados para identificar as falas dos cuidadores são meramente ilustrativos e pertencem à super-heróis da ficção trazendo assim esta conotação a estes cuidadores.

assegurem ao idoso a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003). Coloca, assim, uma corresponsabilização pelo cuidado dos idosos, o que na prática não observamos de fato.

A centralidade na família como provedora de proteção aos seus membros e até mesmo a sua culpabilização quando “falha” tem intrínseca relação com a ausência do Estado, sendo esses dois aspectos a tônica da discussão do cuidado (FALEIROS, et.al, 2016). Quando consegue cumprir a tarefa de cuidar, o cuidador sente-se bem pois está fazendo aquilo que se esperava dele. Porém, quando a tarefa perdura por um longo período ou exige recursos que este cuidador não possui, este começa a sentir-se sobrecarregado e deixa de perceber os aspectos positivos que envolvem esta relação, passando a crer que está oferecendo muito mais do que recebe (MAFRA, 2011).

Por vezes, este cuidador passa a se sentir sobrecarregado e pouco recompensado, mas “nem sempre o ato de cuidar permeia ou permite a liberdade de decidir como, quando e quem é o responsável por fazê-lo” (MAFRA, 2011, p. 359). O cuidar envolve diversos fatores que vão além da questão emocional, dentre eles, as dificuldades financeiras, a questão da moradia, a própria falta de assistência à saúde e uma rede de suporte social fragilizada (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

Alguns dos cuidadores conseguem refletir de forma crítica a respeito de sua condição de idoso e os impactos da prática do cuidado em suas vidas, como é possível observar no seguinte trecho: “Ah ficou ruim... Tanto que eu to emagrecendo. Ta se terminando eu junto. Tem vizinho que até já falou ‘seu N. o senhor se cuida porque até ‘periga’ o senhor ir antes dela.’” (*Superman*).

Mesmo com os avanços constitucionais, a família no Brasil continua sendo considerada como fonte privada e natural de proteção social, o que pode acabar responsabilizando-a ainda mais pelo sucesso ou fracasso de seus membros (MIOTO, 2008). Esta grande tendência é identificada por familismo, que se dá a partir de um

projeto neoliberal que preconiza a centralidade da família, apostando na sua capacidade de cuidado e proteção, enquanto canal natural de proteção social, junto com o mercado e organizações da sociedade civil. A intervenção do Estado se daria somente quando falhassem esses canais naturais (TEIXEIRA, 2009, pg. 256).

Não podemos deixar de tencionar e reforçar que a família não seja a única responsável pelo cuidado de seus familiares. Para além desta família, as políticas públicas devem suprir as demandas de seus usuários, compreender seu contexto social e a partir deste momento atender às suas necessidades entendendo assim esse sujeito como um todo no sentido mais amplo do conceito “saúde como defesa da vida, situada como um estado que pode ser promovido, buscado, cultivado e aperfeiçoado” (ARAUJO, XAVIER, 2014, pg. 146).

Segundo Pinheiro (2009), a integralidade enquanto meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade.

Identificou-se na maioria das falas dos entrevistados o quanto a prática do cuidado é desgastante e com isso surge o desejo dos mesmos em contratar um cuidador formal para auxiliá-los. Apesar de expressarem esta vontade, apresentam dois empecilhos para concretizá-la, sendo o primeiro de cunho financeiro. Os entrevistados, em sua maioria possuem a renda de um salário mínimo.

Segundo Mafra (2011), as famílias optam em assumir os cuidados com este ente pois não possuem condição de transferir esta responsabilidade a uma instituição ou a um cuidador pago, além do fato que muitas famílias contam com a renda deste familiar, que em sua grande maioria é a única renda. O desejo de receber ajuda especializada tem relação com a insegurança gerada no familiar pelo ato de cuidar, ao passo que a família é chamada a assumir responsabilidades que não faziam parte de sua rotina, como administração de medicações, higienização do paciente, manipulação de sondas e drenos além de agravamentos do quadro de saúde e possibilidade de óbito. Todos estes fatores afetam a qualidade de vida destes cuidadores, gerando assim uma sobrecarga física, social e também econômica (FERREIRA, et. al., 2017).

Como segundo empecilho, alguns entrevistados apresentaram o receio de inserir uma pessoa “estranha” para cuidar de seu ente:

Olha até já pensei que alguém para nos ajudar seria bom, mas aí botar alguém que a gente não conhece... Eu tenho medo, porque às vezes as pessoas parecem boas e não são. Eu tenho uma vizinha que ficou viúva e os filhos contrataram uma moça pra ficar com ela, e essa moça tava até batendo nela. Aí parecia ser boa, mas não era... Aí eu não quero não... Não quero botar uma pessoa que não conheço na minha casa. *Batman*

A prática do cuidado, conforme evidenciado acima, repercute das mais variadas formas na vida e na rotina do familiar. A partir das entrevistas, podemos destacar como dificuldades a própria rotina de cuidado de um lar (preparação das refeições, limpeza do local e contas mensais) além da mudança da organização da vida com privações de atividades de lazer e como já destacado o cuidado com a própria saúde. Assim observa *She-ra*:

Olha mudou bastante coisa porque eu deixo de fazer muita coisa em função da situação dele porque ele veio agora em 2015 e descobriu um câncer de próstata que ele trata inclusive aqui no hospital. Então muita coisa a gente deixou... **Eu abandonei o esporte**, também por problema de saúde meu, eu tenho problema de coluna, mas **eu tenho me privado assim de algumas coisas né...** A gente viajava muito [. . .] Mas como ele tem assim, um tratamento aqui as vezes a gente tem se privado bastante. Tem exame marcado não pode deixar de vir na consulta nem no exame por causa de um lazer. Então tu fica mais dependente, quando tu tá doente tu fica mais dependente. Muda a rotina, tem que mudar ciclo natural da vida. *She-ra*

Embora tanto a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6º, como o Estatuto do Idoso, no artigo 20, contemplem o direito dos idosos ao lazer, Mito (2008) ressalta que inúmeros autores já reconheceram que o Estado de Bem-Estar Social desenvolveu-se de diferentes formas e maneiras, em diferentes contextos e países, e mesmo que em cada sociedade tivesse sido adotado um modelo diferente de proteção social. A maioria desses modelos não assumiram o papel de principal agente provedor de bem-estar, e sim, transferiram para a família a função de proteger e promover o bem-estar dos seus membros.

Assim responsabiliza um dos entrevistados: “Tudo! Tudo. Quando ele descobriu esse câncer a minha vida era uma estabilidade [. . .]. De repente no dia que eu descobri tudo mudou, 100%. [. . .] Te vira do avesso, é uma grande mudança, totalmente, 100% não é 99% é 100%.” (*Tempestade*).

Apreende-se, desta forma, que cuidadores informais acabam vivenciando um maior isolamento social, na maioria das vezes não possuem tempo para si e para o contato com amigos e familiares, passam por interrupções na carreira

profissional, aumento dos gastos e falta de tempo para lazer (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

Conforme Faleiros, et.al. (2016), os cuidadores necessitam uma maior atenção por parte da sociedade e do Estado, afinal, estão inseridos em um contexto complexo pois não há legislações ou diretrizes na lei que orientem atividade do cuidador familiar, deixando assim este sujeito sem suporte para realizar o cuidado. Observamos cuidadores na condição de idosos, sobrecarregados, muitas vezes sem o apoio de outros familiares para compartilhar e que acabam por prestar os cuidados ao seus familiares doentes completamente sozinhos.

Apesar da saúde ser um direito de todos, não tem sido viabilizada de forma igualitária e universal. Desta forma, entende-se a importância de envolver estes cuidadores e considerá-los, de fato, como parte importante deste cuidado e assim oferecer a eles um suporte adequado, viabilizando assim a qualidade desta assistência domiciliar e fazendo deste cuidador um aliado da equipe e proporcionando um cuidado em saúde mais integral ao paciente (FERREIRA et. al, 2017).

3.3. A perspectiva do cuidador idoso sobre a prática do cuidado em saúde

A pesquisa qualitativa possibilitou conhecer alguns significados do cuidar na perspectiva dos cuidadores, o que é imprescindível para o planejamento de ações voltadas às necessidades desta população, afinal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a atenção dos profissionais de saúde se volte também para os cuidadores (WHO, 2011).

Os achados da pesquisa permitiram identificar que na maioria (06) dos casos, residem no domicílio apenas o casal (paciente e cuidador). Os dados mostram famílias reduzidas, onde a maioria tem apenas o companheiro/a como referência e este acaba assumindo os cuidados sozinho.

Esse papel é baseado em questões de parentesco, gênero e idade, sendo uma norma influenciada por eventos socioculturais que vivenciamos. O ato de cuidar está ligado a sentimentos de amor, carinho, paciência, generosidade, proteção, evidenciando aspectos afetivos do cuidado, como observamos no seguinte trecho:

Eu cuido dela, eu trato bem ela, eu cuido dela, da banho, eu lavo ela, não judio dela, não xingo faço nada. Faço tudo direitinho, isso é meu cuidado. Eu acho que é isso (risos) não sei se é isso aí. [. . .] Porque nós moremos juntos né?! Ela ficou doente, não caminha mais, ficou acamada, daí ela largou a cozinha, não fez mais daí eu peguei tudo. Eu cozinho, faço tudo, lavo roupa, tudo eu faço... Faço almoço... (*Homem Aranha*).

Além disso, os entrevistados associam cuidado à “obrigação”, devido ao laço familiar que possuem com o paciente, ao passo que a maioria dos cuidadores são cônjuges: “Ah... Eu acho que faz parte né?! A gente é uma família. Eu acho que um tem que cuidar do outro né?! Quando a gente casa, a gente casa pra ficar junto, na alegria e na tristeza, na saúde e na doença” (*She-ra*).

Assim refere outro entrevistado: “O cuidado, o cuidado na real se a gente gosta ou não gosta tem que cuidar de tudo, tem que cuidar bem né. Tem que cuidar e gostar” (*Batman*). Desta forma, alguns sentimentos como o de evitar culpa, ligação afetiva, sentimento de cumprimento de normas sociais, entre outros, são alguns dos fatores que levam um familiar a assumir o cuidado por seu ente (MAFRA, 2011).

A perspectiva de obrigatoriedade em assumir o cuidado integral pelo seu familiar pode estar ligado a diversos aspectos entre eles a própria religiosidade, ancorado no simbolismo tradicional da dedicação, “inclusive inculcado pela religião e a religiosidade. Em várias religiões, a dedicação ao próximo é dedicação a deus ou Deus, com renúncia pessoal, e significa abdicar ou adiar os próprios projetos pessoais” (GUEDES; DAROS apud FALEIROS, et.al., 2016, p. 149).

Apesar de diversos entrevistados compreenderem o cuidado em saúde enquanto obrigação ou até dever moral, assim referiu outro sujeito:

Mesmo eu ficando com medo não tem como ser diferente e eu não me queixo. Eu tenho as pessoas mas eu escolhi estar aqui, eu tenho as minhas noras que ficam me incomodando mas eu digo “não é obrigação” é o que eu te disse é o companheirismo com ele e egoísmo também de querer ficar junto com ele neste momento. (*Tempestade*).

Este cuidador inclusive faz a crítica à sua própria escolha, questionando uma possível atitude “egoísta” pelo fato de centrar os cuidados de seu companheiro. O ato de cuidar pode trazer algumas consequências como o surgimento de conflitos emocionais pois este cuidador experimenta tanto sentimentos positivos como por exemplo a satisfação em exercer o cuidado mas também experimentar alguns sentimentos negativos como tristeza, impotência e a preocupação (FALEIROS, et.al., 2016; MAFRA, 2011).

Com relação ao significado de saúde, observa-se que há uma unanimidade entre os cuidadores idosos em conceituar saúde como “todo” ou “tudo”, como reflete o entrevistado “Eu diria neste momento que é tudo. Tu pode ter dinheiro, tu pode não ter, mas se não tem saúde não adianta ter dinheiro” (*Tempestade*). Observa-se, também, uma perspectiva para além da ausência da doença, conforme o entrevistado: “Saúde é desde a alimentação até o lazer e ter a tua renda e até...tudo! Saúde não é só tomar remédio. Aliás saúde é evitar remédio” (*Mulher gato*).

A reflexão do cuidador remete ao que estabelece a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080) de 1990, que no art. 3º detalha que como determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, estão a “alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

Conforme Carvalho (2012), grande parte das doenças ocorrem devido às condições em que as pessoas nascem, crescem e vivem. Assim, os determinantes sociais de saúde são um conjunto de determinantes resumidos em um único termo, são eles: Determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Estes fatores influenciam diretamente na ocorrência dos problemas de saúde da população.

Chamou atenção o fato de apenas um entrevistado ter o entendimento de saúde como política pública, na perspectiva de direito do cidadão:

Ah eu acho que saúde é tudo né! Eu acho que a gente tem direito de ter uma dor, de ter um atendimento, de ter um... Porque a vida inteira tu contribui e o que eu vejo assim muitas vezes a gente ser atendido como se a gente estivesse mendigando alguma coisa. E eu não vejo saúde dessa forma. Eu acho que a saúde é paga e é um direito da gente. Pena que não é tão paga quanto deveria porque dinheiro não falta. Porque chega uma certa idade tu não tem mais saúde né... O teu corpo é uma peça velha né?! Então tu tem que ter um amparo, tu tem que ter um médico, tu tem que ter um tratamento. (*She-ra*)

O cuidador realiza uma análise crítica, entendendo saúde como um direito e não como benesse. O SUS está consolidado na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica de Saúde (8080/90), na Lei Federal 8142/90 e por outras legislações. Tem por princípios básicos a universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde, a descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede e participação social. Segundo Mafra (2011), ainda que reconhecidas pelas

legislações, as necessidades de saúde dos cuidadores acabam sendo frequentemente negligenciadas pelos serviços de saúde.

O profissionais de saúde, ao prestar assistência ao indivíduo, família ou à comunidade, devem considerar quem são estes usuários, quais as suas necessidades de saúde, seu direitos e deveres. O local onde os usuários se encontram e que o compõem exercem influências afetando-os de diversas maneiras. Faz-se necessário que o aprendizado do uso dos instrumentos e das tecnologias para o cuidado componham a formação destes profissionais (UNASUS, 2012).

Apesar da pesquisa ter sido realizada dentro de um hospital de alta complexidade, entende-se que a atenção integral em saúde vai muito além do âmbito hospitalar. A saúde necessita de uma estrutura em rede, onde seus diversos componentes funcionem. Um único entrevistado fez uma reflexão ao longo de sua entrevista e apresentou o quanto a atenção básica o auxilia a cuidar de seu familiar doente:

As enfermeiras vão lá, a médica vai lá... Eles tem que ir, ela não pode ir então eles vão lá. Eles dão apoio né?! Dão apoio pra mim. Eles me ajudam. Esses dias foram lá e deram banho, me explicaram como é que tem que fazer. Olha faz assim, assim, assim. Me ensinaram a fazer curativo nela...Tudo eu ganho, tudo eles me dão, me dão gaze, me dão tudo eu só vou lá e peço. Esse dias eu fui lá, a enfermeira foi lá e me chamou lá e me deu lençol, eu não pedi, eu tenho né... Me deu lençol [. . .] (*Homem Aranha*)

As novas demandas do envelhecimento não são atendidas pelo modelo de saúde centrado no atendimento hospitalar. O Brasil, como país que está cada vez mais maduro, precisa cuidar da saúde de seus usuários e não de sua doença, amparando assim a família para este desafio (MAFRA, 2011).

Também se faz necessário discutir os programas assistenciais no âmbito de apoio ao cuidador deste idoso. Precisamos tencionar para o desenvolvimento de projetos que realizem a promoção da saúde buscando uma capacitação destes usuários levando em conta suas diferenças sociais, econômicas e culturais.

4 CONCLUSÃO

Apesar dos avanços no campo da legislação, a política de saúde no Brasil encontra inúmeros obstáculos para a sua materialização, tendo em vista o contexto político, econômico e social em que deve ser implementada. Esse cenário reflete

nas instituições de saúde, que enfrentam dificuldades para executar o cuidado integral.

A partir das alusões da pesquisa, entende-se que para o atendimento humanizado e a integralidade em saúde acontecerem, é necessário que as equipes incluam a atenção ao cuidador em seus processos de trabalho, sobretudo os cuidadores idosos. Em uma visão ampliada, percebe-se a necessidade de programas e políticas voltadas a esta população, dando suporte aos usuários e aos profissionais.

Este estudo evidencia que os cuidadores não podem ser os únicos responsáveis pela gestão do cuidado do paciente, que deve, ao contrário, ser compartilhado com a equipe multiprofissional e com a rede de serviços do território. A partir disso, acredita-se que um maior investimento em ações de promoção da saúde pode contribuir para a garantia da integralidade.

Enquanto possibilidade dentro do ambiente hospitalar, acredita-se que ações de educação em saúde são uma potencialidade a ser melhor desenvolvida pelas equipes multiprofissionais, incluindo médicos, junto aos cuidadores idosos. Acredita-se que a assistência em saúde não pode ser humanizada se as ações desenvolvidas não incluírem os cuidadores.

Referências

ARAÚJO, Juliana Sampaio, XAVIER, Monalisa Pontes. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 1, art. 10, p.117-149, jan./jul. 2014. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/viewFile/326/382&qws_rd=cr&ei=ycB-WJeGNMebwASnrrwAg> Acesso em: 1 out. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em 1 out. 2018.

_____. **Lei no.10741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm>> Acesso em: 1 out. 2018.

_____. Lei No. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 05 set. 2018.

_____. Casa Civil. Subchefia de Assuntos jurídicos. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 1 out. 2017.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em: 1 out. 2018.

CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. Por uma etnografia dos cuidados de saúde após a alta hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2075-2088, Dez. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 Out. 2017.

CARVALHO, Antônio Ivo. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FALEIROS, Vicente de Paula, et.al. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Rev. katálysis** [online]. 2016, vol.19, n.1. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802016000100143&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 out 2018.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; SANTOS, Sérgio Ribeiro dos. Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. **Revista Ciência Política**. Rio de Janeiro, n.34, Acheegas, mar./abr., 2007, p. 49-60. Disponível em: http://www.acheegas.net/numero/34/idoso_34.pdf Acesso em: 21 nov. 2018.

FERREIRA, Amanda Magaly, et.al. **Projeto Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar. Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI- SUS**. Brasil, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/20/Apostila-CCAD-interativo.pdf>. Acesso em 30 out 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ªed. São Paulo: Atlas. 2002.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Dados da Emergência**. Porto Alegre, RS, 2016.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Serviço Social em tempo de Capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010.

MAFRA, Simone Caldas Tavares. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Rev. Bras. Geriatr. Geront.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000200015&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 17 abr. 2018.

MATTA, Gustavo Corrêa, MOROSINI, Marcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2009 disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em 9 out. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIOTO, Regina Célia. Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Família; trabalho com família e Serviço Social. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 163-176, jan./jun. 2010. Disponível em: . Acesso em: 17 abr. 2018.

OSÓRIO, Augustin Requejo.; PINTO, Fernando Cabral. As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Horizontes Pedagógicos, 2007.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 25 de set. 2018.

ROCHA, Michel Patrick Fonseca; VIEIRA, Maria Aparecida; SENA, Roseni Rosângela de. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. In Rev Bras Enferm, Brasília 2008 nov-dez; 61(6): 801-8. Universidade Estadual de Montes Claros. Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>>. Acesso em 19 out. 2018.

TEIXEIRA, Solange Maria. Família na política de assistência social: avanços e retrocessos com a matricialidade sociofamiliar. In: Política Públicas, São Luiz, n. 2, v. 13, p. 255-264, semestral, jul./dez. 2009.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNASUS), Processo saúde doença. 2012. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade01/unidade01.pdf>. Acesso em 19 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2011). Cancer: palliative care. Recuperado em 20 de setembro, 2012. Organização Mundial de Saúde: <<http://www.who.int/cancer/palliative/en/>>. Acesso em 19 out. 2018.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório de conclusão de residência seguiu os objetivos propostos pela Residência Multiprofissional Integrada do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Visa a capacitação, formação e atuação em serviço de profissionais de diversas áreas da saúde, através do trabalho interdisciplinar, da reflexão teórico-prática, do seguimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do conhecimento sobre a realidade/necessidades dos usuários do SUS.

No que tange especificamente ao processo de construção, orientação, aplicação e escrita do projeto de pesquisa e de seus resultados, esse proporcionou-me à amplitude de seu conhecimento sobre a temática da implicação da prática do cuidado em saúde na vida do cuidador na condição de idoso. Tal questão permitiu a aproximação à realidade social vivenciada pelas cuidadores que acompanham seus entes durante o período de internação e também contribuiu para entender como este processo de cuidado se dá para além dos muros da instituição.

Conforme os resultados obtidos e já apresentados no artigo, buscou-se contribuir na discussão de estratégias para o avanço da assistência em saúde para esta parcela da população que acaba ficando responsável por exercer os cuidados de seu familiar, mas em sua grande maioria contando apenas com o suporte de poucos familiares. Faz-se necessário o tencionamento para a revisão/e ou criação de políticas públicas, as quais ofereçam uma rede adequada de suporte e amparo a esses cuidadores. Gerando assim o fortalecimento destes usuários responsáveis por prestar estes cuidados e que em sua enorme maioria os assumem por amor ou pelos laços afetivos que possuem com seu familiar doente.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Bruna Olegário, BEUTER, Margrid, GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira, BRONDANI, Cecília Maria, BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin, SANTOS, Naiana Oliveira. **A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura.** *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33(1). 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a20v33n1.pdf>. Acesso em 1 dez. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em 1 out. 2017.

_____. Casa Civil. Subchefia de Assuntos jurídicos. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 1 out. 2017.

_____. Lei No. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 05 set. 2018.

_____. **Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993:** Lei Orgânica da Assistência. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em: 1 out. 2017.

_____. **Lei nº 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.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em 1 out. 2017.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1451/95**, de 10 de março de 1995. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm> Acesso em 1 out. 2017.

_____. **Lei no.10741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm>> Acesso em: 1 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH):** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Portaria nº 4.279** de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em 19 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. v. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/melhor_em_casa> Acesso em: 1 dez. 2017.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos:** muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. Por uma etnografia dos cuidados de saúde após a alta hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2075-2088, Dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Out. 2017.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas/SP. Março de 2003. Disponível em:<

<http://docplayer.com.br/11198473-A-integralidade-do-cuidado-como-eixo-da-gestao-hospitalar.html>>
Acesso em: 06 out 2017.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atuação em Saúde. In R. Pinheiro (Org), **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde** (pp. 115-128). Rio de Janeiro: Uerj, Ims, ABRASCO. 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ªed. São Paulo: Atlas. 2002.

GOLDANI, Ana Maria. **Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar**. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? APEP/ Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2004. Disponível em: <www.apep.org.br>. Acesso em: 15 out 2017.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Dados da Emergência**. Porto Alegre, RS, 2016.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Apresentação Institucional**. Porto Alegre, RS, 2017. Disponível em:<<https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao>>Acesso em: 15 set 2017.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Serviço Social em tempo de Capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílio – 2010**. Disponível <<http://www.ibge.gov.br/censo2010/>> Acesso em: 1 out. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, Anita Liberalesso (org.). **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas, SP: Papyrus, 1993.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 25 de set. 2017.

ROCHA, Michel Patrick Fonseca; VIEIRA, Maria Aparecida; SENA, Roseni Rosângela de. **Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos**. In Rev Bras Enferm, Brasília 2008 nov-dez; 61(6): 801-8. Universidade Estadual de Montes Claros. Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>>. Acesso em 19 out. 2017.

SILVA, Adriana; DAL PRÁ, Keli Regina. **Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos**. Argumentum, v.6, pg. 99-115. 2014.

World Health Organization (WHO). Chronic diseases and their common risk factors [Internet]. Geneva; 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet1.pdf>. Acesso em 19 jan. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

1 - INFORMAÇÕES DO PERFIL

Iniciais do Cuidador:	Iniciais do paciente:
Idade do cuidador:	Nº do Prontuário:
Sexo: F () M ()	Idade:
Tipo de vínculo com o paciente:	Sexo: F () M ()
Tempo que cuida do paciente:	Principal doença:
Ocupação: Renda:	Renda:
Escolaridade:	
Procedência:	
Com quem residem?	

1. Qual o seu entendimento sobre o que significa saúde?
2. O que significa cuidado para o senhor(a)?
3. Por que assumiu os cuidados?
4. Em que aspectos sua vida mudou após assumir os cuidados em saúde do paciente?
5. Tem alguma dificuldade para cuidar do paciente? Quais?
6. O que poderia lhe auxiliar nos cuidados do paciente?
7. Possui alguma doença? Se sim, o que o senhor(a) faz para cuidar da sua saúde? Há algum outro problema de saúde na família?

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do CAAE: 81651617.5.0000.5327

Título do Projeto: Cuidadores Idosos: significado e implicações da prática do cuidado em saúde

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é Compreender as implicações da prática do cuidado em saúde na vida do cuidador idoso, a fim de contribuir na discussão de estratégias para o avanço da assistência integral em saúde para essa população. Esta pesquisa está sendo realizada pela equipe de Serviço Social da Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Estamos realizando este convite, pois foi identificado que você é o principal cuidador de um paciente que está internado.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

Será realizada uma entrevista na qual iremos fazer algumas perguntas sobre dados pessoais como idade, escolaridade, renda e cerca de sete perguntas sobre o seu dia a dia como cuidador. Esta entrevista terá duração de aproximadamente trinta minutos e será realizada no Serviço de Emergência, na sala de atendimento multiprofissional ou na sala do Serviço Social do Ambulatório. A entrevista será gravada (voz) e depois as suas respostas serão passadas para papel. Caso você queira falar algo que não deseja ser gravado, isso será feito com o gravador desligado. Somente a equipe de pesquisa terá acesso à entrevista gravada. Sua participação neste projeto é apenas durante a realização da entrevista. Você não será consultado novamente após o término da entrevista.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: sentimento de desconforto em relação ao assunto abordado bem como o tempo dedicado à entrevista. Se houver algum desconforto, você poderá interromper a entrevista a qualquer momento. A pesquisadora estará à disposição para auxiliá-lo.

A participação não lhe trará benefícios diretos, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e, se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes e seus cuidadores.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo.

Caso ocorra alguma intercorrência resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Entretanto, poderão ser utilizados trechos das entrevistas registradas em papel, sem a utilização de nomes (serão utilizados códigos).

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Rosana Maria de Lima, pelo telefone (51) 3359-8432, ou com a pesquisadora Thais Caroline Steigleder, pelo telefone (51) 3359-8432/8305 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO B - Aprovação da Comissão Científica



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 180064

Data da Versão do Projeto: 29/01/2018

Pesquisadores:

ROSANA MARIA DE LIMA

THAIS CAROLINE STEIGLEDER

Título: CUIDADORES IDOSOS: significado e implicações do cuidado em saúde

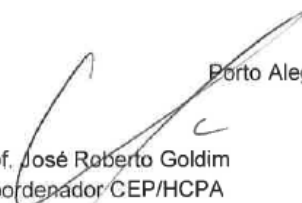
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 07 de março de 2018.



Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA