

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**RITA DE CÁSSIA HENZ**

**O PERFIL DO CUIDADOR FAMILIAR E SUAS NECESSIDADES COM RELAÇÃO  
AOS CUIDADOS PRESTADOS AO IDOSO COM DEPENDÊNCIA EM UMA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

**Porto Alegre**

**2010**

**RITA DE CÁSSIA HENZ**

**O PERFIL DO CUIDADOR FAMILIAR E SUAS NECESSIDADES COM  
RELAÇÃO AOS CUIDADOS PRESTADOS AO IDOSO COM DEPENDÊNCIA  
EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Profª Drª Eliane Pinheiro de  
Morais

**Porto Alegre**

**2010**

## AGRADECIMENTOS

À Deus que me deu forças e persistência, abençoando-me a cada novo dia;

In Memoriam de Maria Luisa, Milton, Tia Téia e meu irmão Roberto, que sempre me incentivaram a estudar e seguir em frente;

Ao meu marido Leandro que muito me ajudou nesta caminhada;

Aos Diretores da DVH/DMAE Luciano H. Dutra, Júlio César L. Abrantes e a Assessora Maria Denise Rodrigues que me deram a oportunidade de estudar;

Aos colegas Karina Solka, Aline F. Sallis, Anderson Simanke e Carlos Gallo que me acalmavam e levantavam meu astral;

À Enfermeira Juliana C. Neves que muito me auxiliou para concretizar este trabalho;

À Psicóloga Márcia Knack que me ajudou nos momentos mais difíceis;

E principalmente à Professora Orientadora Eliane Pinheiro de Moraes que teve paciência, dedicação, me ensinou muito e me cobrou mais ainda fazendo-me crescer.

Cheguei até aqui, graças a vocês.

Muito obrigada.

## RESUMO

O presente estudo foi realizado no PSF São Gabriel, Porto Alegre (RS) e teve como objetivos identificar o perfil do cuidador familiar de idoso dependente quanto às variáveis sócio-demográficas, condições de saúde, questões relacionadas ao cuidado prestado e verificar suas necessidades de educação com relação a estes cuidados prestados nas atividades de vida diária. Foi um estudo transversal, exploratório de levantamento com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados através de instrumento estruturado, em entrevistas domiciliares, sendo analisados e gerenciados através do banco de dados *SPSS for Windows* versão 18.0. Teve aprovação do Comitê de Ética da Secretaria de Saúde de Porto Alegre. A maioria dos cuidadores eram mulheres, filhas, entre 51 a 70 anos, que moravam junto com o idoso, com autopercepção de saúde bom ou regular e eram portadoras de doenças crônicas como HAS e doenças cardíacas. Os idosos dependentes eram na maioria mulheres, viúvas, com HAS ou seqüelas de AVC, na faixa etária entre 85 a 90 anos. O cuidador presta auxílio há mais de 5 anos, de modo permanente, recebendo auxílio de outros familiares como filhos e cônjuge. O cuidador auxilia o idoso no banho, alimentação, vestir-se, cozinhar, lavar, pagar contas, lazer entre outros. Dentre os motivos para se tornar cuidador estão a iniciativa própria e decisão familiar. Todos cuidadores referiram que o ato de cuidar acarreta conseqüências que afetam suas vidas. A relação com o idoso foi considerada normal ou de grande afetividade antes da dependência e após permaneceu igual, e em muitos casos, piorou. Relataram receber escassa orientação do hospital para o cuidado no domicílio. Necessitam de orientações sobre os cuidados principalmente sobre a doença, evolução e suas conseqüências, e ainda sobre emergências no domicílio e como proceder no caso de falecimento. Acreditam que a tarefa de cuidar os dignifica como pessoa e que são valorizados pela sociedade e família. Conhecer o perfil e as necessidades relatadas pelo cuidador, permite o planejamento de ações voltadas para orientações básicas sobre o cuidado adequado ao idoso dependente no domicílio

**Descritores:** Cuidadores; Idoso Dependente; Educação em Saúde; Cuidados Domiciliares de Saúde

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICO

<b>Tabela 1-</b> Dados sócio-demográficos dos cuidadores de idosos dependentes do PSF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010.....	19
<b>Tabela 2-</b> Descrição das características referentes a saúde dos cuidadores de idosos dependentes do PSF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010.....	21
<b>Tabela 3-</b> Tabela 3 Descrição das características demográficas do idoso com dependência do PSF São Gabriel . Porto Alegre (RS), 2010.....	22
<b>Tabela 4-</b> Características referentes a presença de doenças crônicas e o tempo de dependência do Idoso do PSF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010.....	23
<b>Gráfico 1-</b> Tipo de ajuda e frequência que o cuidador presta ao idosos dependente do PSF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010.....	25
<b>Tabela 5-</b> Descrição das características referentes ao tempo e frequência do cuidado ao idoso do PSF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010.....	25
<b>Tabela 6-</b> Consequências para o cuidador advindas da tarefa de cuidar do idoso dependente do PSF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010.....	27
<b>Tabela 7-</b> Relação entre o cuidador e o idoso antes deste se tornar dependente relativas ao Idoso do PSF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010.....	28
<b>Tabela 8-</b> Relação entre o cuidador e o idoso após a dependência relativas ao Idoso do PSF São Gabriel . Porto Alegre (RS), 2010.....	28
<b>Tabela 9-</b> Descrição do tipo de orientações fornecidas pela equipe da saúde hospitalar, tarefas mais difíceis no cuidado e orientações que o cuidador gostaria de receber do PSF em relação ao cuidado domiciliar relativas ao Idoso do PSF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010.....	30

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>8</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>9</b>
<b>3.1 Envelhecimento da população nas últimas décadas.....</b>	<b>9</b>
<b>3.2 Envelhecimento no Brasil e sua relação com o aumento das DCNT e a consequente repercussão para os serviços de saúde.....</b>	<b>9</b>
<b>3.3 O cuidador familiar .....</b>	<b>10</b>
<b>3.4 Atendimento domiciliar e a importância para a Enfermagem na orientação e educação em saúde .....</b>	<b>11</b>
<b>3.5 Conceito Dependência e Atividades da Vida Diária.....</b>	<b>13</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>4.1 Tipo de estudo.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2 Campo de estudo.....</b>	<b>15</b>
<b>4.3 População/amostra .....</b>	<b>15</b>
<b>4.4 Coleta dos dados .....</b>	<b>16</b>
<b>4.5 Análise dos dados.....</b>	<b>17</b>
<b>4.6 Aspectos éticos.....</b>	<b>17</b>
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>18</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>37</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO 1 - Ficha de Cadastro de Pacientes Acamados.....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO 2 - Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS.....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO 3- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.....</b>	<b>49</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira fazendo com que o Brasil envelheça de forma rápida e intensa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2001). No Brasil, idoso é definido como a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. Essa mudança no perfil demográfico repercute na área de saúde de inúmeras maneiras, dentre elas a necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais, uma vez que o sistema de saúde tradicional está organizado para atender prioritariamente a saúde materno-infantil. Soma-se a essa transição demográfica a transição epidemiológica, em que doenças infecto-contagiosas (controladas pelas vacinas, drogas e medidas de saneamento) diminuíram sua incidência, enquanto as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passaram a prevalecer, atingindo principalmente a população idosa, resultando na demanda crescente por serviços sociais e de saúde (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Deve-se ainda considerar que estes idosos, muitas vezes, são cuidados em seus lares, onde contam com a assistência de um cuidador, que geralmente é um membro da própria família.

Para Mendes (1995) a escolha do cuidador dentro da família é informal e resulta de uma dinâmica que atende a certas regras fundamentadas em quatro fatores como: o parentesco (em sua maioria os cônjuges), o gênero (predominantemente a mulher), a proximidade física (quem convive com o idoso) e a proximidade afetiva (estabelecida pela relação conjugal e pela relação entre pais e filhos).

No Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde (2008, p. 8) “cuidador é a pessoa da família ou da comunidade, que presta cuidados a outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração”. Ainda segundo esse guia, a função do cuidador é fazer pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. O conceito acima descrito será utilizado no desenvolvimento deste trabalho

Para Caldas (2003), a dependência de um familiar idoso gera impacto na dinâmica, na economia familiar e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados.

Entendemos a relevância para a Enfermagem em conhecer o perfil do cuidador familiar e suas demandas para, posteriormente orientar e educar no domicílio. Esta estratégia, utilizada pela Enfermagem no domicílio mostra-se como um sistema de parceria com metas

estabelecidas entre a enfermeira, o cuidador e o paciente, visando ajudá-los a gerenciar os problemas relacionados à doença e a manutenção da sua qualidade de vida.

Assim, acredito que é importante termos uma visão mais abrangente do cuidador da pessoa idosa dependente, ou seja, a visão de cuidar de quem cuida. Ao direcionarmos os olhares não apenas ao doente, mas também ao cuidador familiar, percebemos a vulnerabilidade do mesmo, possibilitando precocemente auxiliá-lo a enfrentar essa nova etapa de sua vida que é a doença de um ente e a tarefa de cuidar. Ao conhecermos o cuidador familiar e suas reais necessidades, buscamos dar suporte e apoio visando minimizar e até mesmo evitar que este venha a adoecer posteriormente e comprometer sua qualidade de vida. Pensando nisso, e procurando prevenir que esse cuidador seja uma nova demanda para os serviços de saúde é que o presente trabalho motivou-me a realizá-lo.

Com base no exposto, pergunto: qual é o perfil desse cuidador e quais são as suas necessidades de orientação e educação em saúde em relação aos cuidados prestados aos idosos dependentes na área de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) São Gabriel, pertencente ao Distrito Glória, Cruzeiro, Cristal.

Justificamos a escolha da ESF São Gabriel por ser uma das unidades pertencentes ao Distrito Docente Assistencial Glória, Cruzeiro e Cristal (DDGCC), onde está sendo desenvolvido o Projeto Pró Saúde e PET Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Somou-se ainda o fato de que naquela unidade não há um atendimento sistematizado aos idosos dependentes, e a equipe de saúde demonstrou interesse em implementar este programa, conforme contato prévio feito com os profissionais daquela unidade. Além disso, a ESF São Gabriel foi meu campo de Estágio Curricular II.

## **2 OBJETIVOS**

Foram objetivos deste trabalho.

### **2.1 Objetivo geral**

Conhecer o perfil do cuidador familiar de idoso com dependências e suas necessidades de orientação e educação em saúde.

### **2.2 Objetivos específicos**

Identificar o perfil do cuidador quanto às variáveis sócio-demográficas, condições de saúde e questões relacionadas ao cuidado prestado por esse ao idoso.

Verificar as necessidades de educação do cuidador com relação aos cuidados prestados nas atividades de vida diária.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Envelhecimento da população nas últimas décadas**

O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo. Em 1988, quase cinco décadas depois, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1 bilhão e 900 milhões de pessoas. Hoje, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais, já em 2050 estima-se que a relação será de um para cinco para o mundo em seu conjunto (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003).

#### **3.2 Envelhecimento no Brasil e sua relação com o aumento das DCNT e a conseqüente repercussão para os serviços de saúde**

O crescimento da população idosa no Brasil vem ocorrendo de forma bastante acelerada. As projeções indicam que a proporção de idosos passará de 9,72% em 2009 para 16,23% em 2025 e em 2050 representará 29,75% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008). Esse rápido envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea.

Pavarini *et al* (2005) afirmam que o perfil de saúde no Brasil está sofrendo mudanças, no lugar das doenças infecto contagiosas estamos nos deparando com doenças crônicas não transmissíveis. As mais frequentes são a hipertensão, diabetes, artrite, insuficiência renal crônica, osteoporose e demências. Complementam dizendo que vários estudos demonstram que a maior parte dos idosos apresenta pelo menos uma enfermidade crônica e algum grau de dependência, devido à perda da funcionalidade. Ressalta ainda que, embora a maioria dos idosos apresente pelo menos uma doença crônica, é possível continuar vivendo com qualidade desde que estas doenças sejam controladas.

Colaborando com os autores acima, Gonçalves (2006) estima que no Brasil 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e destes pelo menos 10% com sobreposição de afecções concomitantes.

Para Lima-Costa e Veras (2003), essa mudança no perfil demográfico repercute na área de saúde de inúmeras maneiras, pois há uma escassez de recursos para uma demanda crescente devido: ao idoso consumir mais serviços de saúde, as internações hospitalares serem mais frequentes e o tempo de ocupação do leito ser maior quando comparado a outras faixas etárias. Complementam ainda informando que as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes e exames periódicos.

### 3.3 O cuidador familiar

Segundo a portaria nº 2.528, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso:

“Cuidador é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano-como a ida a bancos ou farmácias-, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados como profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem” (BRASIL, 2006).

Para Freitas *et al* (2002), o cuidador é muito importante na concretização de uma estratégia de assistência domiciliar, pois representa o elo entre o idoso, sua família e a equipe multiprofissional.

Freitas *et al* (2002) dizem que os membros da família são, na maioria das vezes, os responsáveis pela escolha do cuidador, ou seja, da pessoa que irá assumir a responsabilidade pelo cuidado do idoso. Geralmente a função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade.

Para Pavarini *et al* (2006) quando existe a necessidade de um cuidador, cada família enfrenta a situação de acordo com a sua estrutura e com a relação estabelecida com o idoso no decorrer dos anos. Quando há uma boa relação entre o cuidador familiar e o idoso dependente, pode ocorrer um maior grau de intimidade, de confiança e de respeito. Entretanto quando o

histórico familiar é construído a partir de crises e conflitos, grandes dificuldades podem ser geradas, tornando o cuidado inadequado e penoso para o cuidador.

Já o cuidador secundário é aquela pessoa que cuida ocasionalmente do idoso, não mantém compromisso e responsabilidade formal pelo cuidado, embora divida, de algum modo, responsabilidades com o cuidador principal nas tarefas de âmbito financeiro, de transporte, sociais ou, ainda, auxiliando-o e substituindo-o quando necessário (FREITAS, 2002)

O cuidador informal é um elemento da rede social do idoso, sendo na maioria das vezes um familiar. O cuidado que este presta é caracterizado por ser regular, não remunerado e sem vínculo formal. Amigos, vizinhos, colegas entre outros, também fazem parte da rede social. Os cuidados realizados pelos cuidadores informais incluem auxílio nas atividades instrumentais, como transporte, tarefas domésticas e gestão do dinheiro, além de cuidados pessoais como vestir-se, alimentar-se. Já o cuidador formal é um profissional contratado e que recebe remuneração para prestar serviços aos idosos. Ele possui formação e faz uso de suas habilidades e conhecimentos específicos para atender aos cuidados de saúde do idoso (SOUSA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA, 2006).

### **3.4 Atendimento domiciliar e a importância para a Enfermagem na orientação e educação em saúde**

Nota-se a importância da Enfermagem na orientação e educação em saúde principalmente no atendimento domiciliar.

Segundo Floriani e Schramm:

“O atendimento domiciliar compreende uma gama de serviços realizados no domicílio e destina-se ao suporte terapêutico do paciente. Estes serviços vão desde cuidados pessoais de suas atividades de vida diária (higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário), cuidados com sua medicação e realização de curativos de ferimentos, cuidados com escaras e ostomias, até o uso de alta tecnologia hospitalar como nutrição enteral/parenteral, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, com serviço médico e de enfermagem 24 horas/dia, e uma rede de apoio para diagnóstico e para outras medidas terapêuticas” (FORIANI; SCHRAMM, 2004, p. 987).

Para os mesmos autores, dentre os vários objetivos do atendimento domiciliar citam-se: contribuir para otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial visando à redução de custos; reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio, proporcionar assistência humanizada e integral, por meio de uma maior aproximação da equipe de saúde com a família, estimular uma maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto, promover educação em saúde. E abordando mais especificamente o idoso, o atendimento domiciliar visaria, na medida do possível, inserir-lo novamente na comunidade, preservando ao máximo sua autonomia, buscando a recuperação de sua independência funcional e na busca de manter estes idosos um cidadão ativo, participativo, produtivo e efetivo.

Para Lacerda *et al* (2006) o objetivo do atendimento domiciliar é permitir que os indivíduos que necessitem de cuidados para circunstâncias agudas ou crônicas de saúde recebam o tratamento de alta qualidade no domicílio ou na comunidade, ou facilidades a longo prazo do cuidado, sendo a sustentação ou cuidado para amigos e família, que fornecem o cuidado para seus familiares doentes também é importante.

Ainda conforme Lacerda *et al.* (2006), o atendimento domiciliar envolve a realização de ações educativas, orientação, demonstração de procedimentos técnicos a serem delegados ao cliente ou ao seu cuidador, bem como a execução destes procedimentos pela equipe multiprofissional no domicílio do cliente.

Segundo Paskulin e Dias (2002), o atendimento domiciliar pode propiciar um contato mais estreito dos profissionais de saúde com o paciente e seus familiares em seu próprio meio, podendo este momento ser útil para uma avaliação das condições que o cercam, por vezes, de grande importância para o sucesso do acompanhamento.

Bocchi (2004) recomenda que o processo educativo seja fundamentado por uma teoria educacional destinada a adultos, onde os enfermeiros devem avaliar individualmente, as necessidades educacionais dos cuidadores familiares, da mesma forma que faz com as necessidades físicas e emocionais, levando-se sempre em consideração as incapacidades dos pacientes. Acrescenta ainda que as necessidades educacionais precisam ser reavaliadas continuamente, assim como o ensino deve acompanhá-las.

Para Martins *et al* (2007) cuidar no domicílio é uma tarefa cheia de desafios para o cuidador, porém a educação em saúde pode contribuir para a realização segura deste procedimento, pois permite que os envolvidos neste processo manifestem suas reais necessidades e dialoguem com os profissionais de saúde, possibilitando ações condizentes para ambos. Acrescentam que o cuidado no domicílio exige a reorganização dos serviços de

saúde, com ênfase na promoção e educação, identificando as reais necessidades dos envolvidos, permitindo a autonomia e a co-responsabilidade, a valorização da subjetividade e a criação de vínculo. E finaliza dizendo que a intervenção educativa pode contribuir para mudanças no estilo de vida, favorecendo o conhecimento, propiciando o aprendizado de novas formas de cuidar, ampliando as oportunidades para resgatar seu bem-estar físico e emocional.

### **3.5 Conceito de Dependência e Atividades da Vida Diária**

Conforme Caldas (2003), o termo dependência liga-se à fragilidade, à vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente, que reduzem a sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalizações ou outras situações de risco.

Já para Freitas (2006) a dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de outra pessoa ou de equipamentos que lhe permitam adaptação, podendo ainda estar relacionada com o estado de desamparo ou de impotência.

Ainda segundo Freitas (2006), a dependência na velhice tem muitas faces e diferentes etiologias. Tem também, diferentes conseqüências sobre as relações do idoso consigo próprio e com as outras pessoas, com o mundo natural, e as instituições sociais.

Para Caldas (2003), o grau de dependência é que determina os tipos de cuidados que serão necessários e para avaliar o grau de dependência utiliza-se o método de avaliação funcional.

Caldas (2003) ainda afirma que função é avaliada baseando-se na capacidade de execução das Atividades da Vida Diária (AVD), que se dividem em:

1-Atividades Básicas da Vida Diária, que são tarefas próprias do autocuidado como alimentar-se, controlar os esfíncteres, vestir-se, banhar-se, locomover-se entre outras;

2- Atividades Instrumentais da Vida Diária, que são indicativas da capacidade de levar uma vida independente no meio em que vive, como realizar as tarefas domésticas, comprar, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro entre outras;

3- Atividades Avançadas da Vida Diária que são marcadores de atos mais complexos e ligados em grande parte a motivação como o trabalho, contatos sociais, atividades físicas, atividades de lazer, entre outras.

Segundo Freitas (2006), entre adultos e idosos, o sentimento de estar dependente de outras pessoas, de aparelhos ou remédios é um desafio que provoca diversas respostas. Ainda menciona que o fato do idoso saber que pode controlar o ambiente pela dependência pode exercer um efeito benéfico sobre seu bem estar.

Assim, com o aumento da expectativa de vida, o cuidador familiar deve também estar preparado para auxiliar o idoso com dependência.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal, exploratório de levantamento com abordagem quantitativa (POLIT, 2004).

### **4.2 Campo de estudo**

O estudo foi realizado na área de abrangência da ESF São Gabriel, situado na Rua Gilberto Jaime, 65 B, no bairro Cristal, Porto Alegre (RS), que faz parte da Gerência Distrital Glória, Cruzeiro e Cristal.

### **4.3 População/amostra**

Os participantes do estudo foram os cuidadores familiares dos idosos com alguma dependência, atendidos pela equipe da ESF São Gabriel. A ESF ainda não possui um programa de atendimento sistematizado aos dependentes. O atendimento é feito conforme demanda das famílias ou por necessidades levantadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os cuidadores foram selecionados segundo os seguintes critérios: se autodefinir cuidador familiar do idoso com algum grau de dependência para as atividades da vida diária, aceitar participar da pesquisa, residir na área de atuação da ESF São Gabriel; responsabilizar-se pelos cuidados e cumprimento do plano de cuidados estabelecidos pela equipe de saúde ao idoso dependente.

Os critérios de exclusão foram: não aceitar participar da pesquisa, não ser encontrado após três tentativas, o familiar dependente dos cuidados ter menos de 60 anos.

Segundo o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB, 2009) a população adscrita da ESF São Gabriel é de 2.900 usuários. Já a população com 60 anos ou mais de idade é de 512 idosos. Diante destes dados, juntamente com o auxílio dos ACS, foram separados e analisados todos os prontuários família que tinham idosos, sendo selecionados os prontuários que se enquadravam nos critérios de inclusão estabelecidos neste trabalho. A amostra inicial foi de 31 cuidadores familiares. Destes, 4 mudaram-se da área de abrangência da ESF São Gabriel, 3 idosos foram a óbito após o início da pesquisa, de modo que 24 fizeram parte do estudo.

#### **4.4 Coleta dos dados**

A coleta de dados foi realizada de maio a junho de 2010, e feita através de um instrumento aplicado em entrevista domiciliar ao cuidador familiar do idoso com dependência (Apêndice B), subdividido em três partes, incluindo na primeira: a identificação do familiar cuidador principal, destacando as variáveis sociais, demográficas e o estado de saúde; na segunda: o estado de saúde do idoso dependente e suas necessidades envolvidas; na terceira, identificação do contexto do cuidado. O instrumento de coleta dos dados foi baseado no Questionário do Perfil da Família Cuidadora de Pessoas Idosas – QPFC, elaborado pela equipe de pesquisa do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas - GESPI e submetido a vários testes em diferentes contextos de aplicação (GONÇALVES et. al., 2006).

Antecedendo a esta pesquisa, foi realizado pela colega de estágio curricular um levantamento de todos os idosos dependentes residentes na área adscrita da ESF São Gabriel e através de uma visita domiciliar , juntamente com os ACS foi preenchido um cadastro elaborado para esta finalidade (ANEXO 1)

Nas visitas domiciliares seguintes, a pesquisadora juntamente com os ACS, convidaram os cuidadores para participar da pesquisa. Uma vez que o cuidador concordou em participar, foi oferecido para a assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados foram analisados e gerenciados através do banco de dados *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 18.0 (frequência simples e porcentagem válida).

#### **4.6 Aspectos éticos**

Os princípios éticos foram rigorosamente respeitados, com o intuito de proteger os direitos dos participantes da pesquisa, em atenção às determinações dos órgãos que legislam sobre a pesquisa com seres humanos no país, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Para contemplar os aspectos éticos, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que foi assinado pelo cuidador familiar em duas vias, ficando uma com o entrevistado e outra com a pesquisadora. No termo constou, de forma simplificada, os objetivos da pesquisa, o direito à participação voluntária e à recusa de responder quaisquer das questões, os riscos e benefícios previstos, a garantia de privacidade das informações e de uso exclusivo com finalidade científica, a garantia de anonimato dos participantes e do direito de desistirem de participar do estudo a qualquer momento (GOLDIM, 2000).

Os dados foram coletados após avaliação, com a aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EEUFRGS), Projeto TCC n° 51/06, versão 02/2010 datado de 22/02/2010 (ANEXO 2) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre no processo n° 001.013263.10.2, registro do CEP 479, datado de 07/05//2010 (ANEXO 3).

## 5 ANÁLISE e DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados serão analisados e discutidos conjuntamente por opção da pesquisadora, seguindo a ordem do instrumento da coleta de dados, subdividido em três partes. Inclui na primeira parte: a identificação do familiar cuidador principal, destacando as variáveis sociais, demográficas e o estado de saúde; na segunda: o estado de saúde do idoso dependente e suas necessidades envolvidas; na terceira, identificação do contexto do cuidado.

A Tabela 1 demonstra que 20 (83,3%) dos cuidadores dos idosos com dependência são mulheres, sendo a faixa etária predominante 14 (58,3%) com idade entre 51 a 70 anos, seguidos por 5 (20,9 %) entre 31 e 50 anos de idade.

Em relação ao estado conjugal, 14 (58,3%) dos entrevistados eram casados ou moravam junto com seus parceiros, 5 (20,8%) eram solteiros, 4 (16,7%) divorciados e apenas 1 (4,2%) era viúvo .

Todos os 24 entrevistados (100%) responderam que tinham ou eram praticantes de alguma religião ou crença.

Quanto à escolaridade, 13 (4,2%) referiram ter estudado até o ginásio ou 1º grau (completo ou incompleto); 5 (20,8%) até o 2º grau (completo ou incompleto); 4 (16,7 %) até a 4ª série e 2 ( 8,4)% mencionaram ter cursado até ensino superior (completo ou incompleto).

Em se tratando da ocupação profissional dos cuidadores, 8 (34,8%) referiram ser dona de casa; 7 (29,2%) aposentados ou pensionistas. Porcentagem esta idêntica para cuidadores que exerciam trabalho informal ou outras modalidades e apenas 2 (8,3%) referiram desenvolver atividades na a área de comércio ou comunicação.

Observa-se ainda pela Tabela 1 que 14 (58,3%) dos cuidadores possui de um a três filhos; 7 ( 29,2%) referiram não ter nenhum filho e 3 (12,5 %) entre quatro a seis filhos.

Dos 24 cuidadores entrevistados, 16 (66,7%) não cuidavam de outras pessoas dependentes e 8 (33,3%) cuidam também de outras pessoas dependentes como filhos, netos, sobrinhos e demais familiares.

Quando questionados se moravam junto com o idoso dependente, 23 (95,8%) referiram que residiam junto. Quanto ao grau de parentesco, 12 (50%) eram filhos e 6 (25%) eram cônjuges ou companheiro, sendo os demais netos, nora, genro ou irmã do idoso com dependência.

Tabela 1 –Dados sócio-demográficos dos cuidadores de idosos dependentes da ESF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010.

	n	%
<b>SEXO</b>		
Masculino	4	16,7
Feminino	20	83,3
<b>IDADE</b>		
Menor que 30 anos	2	8,4
31 a 50 anos	5	20,9
51 a 70 anos	14	58,3
Acima de 70 anos	3	12,5
<b>ESTADO CONJUGAL</b>		
Casado/morando junto	14	58,3
viuvo (a)	1	4,2
divorciado(a)/separado (a)	4	16,7
solteiro (a)	5	20,8
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Até 4ª série	4	16,7
ginásio ou 1º grau (completo ou incompleto)	13	54,2
2ª grau (completo ou incompleto)	5	20,8
Superior (completo ou incompleto)	2	8,4
<b>OCUPAÇÃO PROFISSIONAL</b>		
Dona de Casa	8	34,8
aposentada ou pensionista	7	29,2
Área de comércio ou comunicação	2	8,3
Trabalho informal /outros	7	29,2
<b>QUANTIDADE DE FILHOS</b>		
Nenhum	7	29,2
1 a 3	14	58,3
4 A 6	3	12,5
<b>CUIDA DE OUTRAS PESSOAS</b>		
não	16	66,7
1a 3	8	33,3
<b>MORA JUNTO COM O IDOSO</b>		
Sim	23	95,8
Não	1	4,2
<b>PARENTESCO COM O IDOSO</b>		
conjuge/companheiro	6	25
filho (a)	12	50
neto(a)	2	8,3
irmão(ã)	1	4,2
nora/genro	2	8,3
outro	1	4,2

Pimenta (2009) ratifica que na maioria dos países, ao longo da história, o cuidado do idoso sempre foi exercido por mulheres, principalmente as esposas, filhas e netas. Este fato pode ser explicado pela tradição de, no passado, as mulheres não terem desempenhado

funções fora de casa, justificando sua maior disponibilidade para o cuidado dos membros da família.

Para Caldas (2003), a faixa etária dos cuidadores pode ser assim enunciada “são idosos jovens independentes cuidando de idosos dependentes”. Corroborando com isto, Pimenta (2009) diz que os dados continuam demonstrando que os cuidadores de idosos são predominantemente as mulheres de meia idade, o que confirmou-se pela Tabela 1.

Segundo Thober (2005), os idosos dependentes recebem o apoio de uma ou mais pessoas dentre familiares, especialmente mulheres, que residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e irmãos.

A escolaridade é predominantemente baixa em diversos estudos com cuidadores. O baixo nível escolar pode contribuir para o papel de cuidador ser atribuído a essas pessoas na medida em que se sabe que a entrada no mercado de trabalho formal é mais difícil para os indivíduos com baixa escolaridade. Assim é mais provável que essas pessoas se dediquem aos serviços domésticos e a tarefa de cuidar do familiar dependente como uma extensão desta atividade. (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008)

Para Medonça (2008), independentemente da forma como cada pessoa entende a religião ou crença, isto está associado a busca de amparo do sujeito no contexto da instabilidade gerado pela doença .

Ainda conforme Medonça (2008), ser cuidador tem sido a forma encontrada pelos filhos de retribuir o cuidado que outrora receberam dos pais.

Na Tabela 2 a seguir, encontra-se a descrição das características referentes a saúde dos cuidadores de idosos dependentes.

Em se tratando da auto avaliação da saúde do cuidador, 8 (33,3%) responderam que era boa; 8 (3,3%) regular; 3 (12,5%) avaliam como boa 3 (12,5%) ótima e 8,5 % mencionaram que seu estado de saúde está péssimo.

Fazendo uma comparação entre a saúde atual com a anterior a ser cuidador, 12 (50%) responderam que sua saúde está a mesma coisa e 12 (50%) acham que sua saúde piorou. Chama a atenção o fato de que nenhum entrevistado referiu que sua saúde estava melhor atualmente do que antes de se tornar cuidador.

Quando solicitados a comparar seu estado de saúde com outras pessoas de sua idade que não cuidam de doentes dependentes, 11 (45,8%) acham que sua saúde está igual; 11 (45,8 %) a pior e apenas 2 (8,3) % acreditam que sua saúde está melhor do que a saúde de outras pessoas de igual idade que não são cuidadores de idosos dependentes.

Questionados sobre a presença de doenças crônicas, 15 (62,5%) tem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); (8) 33,3% alguma doença cardíaca e 25 % mencionaram outras patologias. Ressalta-se que alguns cuidadores referiram ter mais que uma doença crônica.

Quanto a pergunta onde os cuidadores fazem o tratamento de seus problemas de saúde (23) 95,8 % responderam que utilizam Sistema Único de Saúde (SUS) e 9 (37,5 %) possuem plano de saúde. Salienta-se que alguns cuidadores utilizam tanto os serviços de saúde públicos quanto s privados.

Tabela 2 Descrição das características referentes a saúde dos cuidadores de idosos dependentes da ESF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010.

	n	%
<b>AUTO AVALIAÇÃO SAÚDE</b>		
Ótima	3	12,5
Boa	8	33,3
Regular	8	33,3
ruim	2	8,3
Péssima	3	12,5
<b>COMPARAÇÃO SAUDE ATUAL COM A ANTERIOR A SER CUIDADOR</b>		
Mesma Coisa	12	50
Pior	12	50
<b>SUA SAÚDE EM COMPARAÇÃO COM OUTRAS PESSOAS</b>		
Melhor	2	8,3
Igual	11	45,8
Pior	11	45,8
<b>PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS</b>		
Hipertensão Arterial	15	62,5
Diabetes Melitus	1	4,2
Doença Cardíaca	8	33,3
Doença Pulmonar	4	16,7
Obesidade	3	12,5
Outras	5	25
<b>ONDE FAZ TRATAMENTO DE SAÚDE*</b>		
SUS( ESF, Posto de Saúde_ou Hosptal)	23	95,8
Plano de Saúde	9	37,5
Serviços particulares	2	8,3

\*Ressalta-se que alguns cuidadores utilizam mais que uma opção de serviços de saúde em seu tratamento

Para Brito (2009), em nossa cultura ocidental, é tradição que o cuidador seja pertencente ao sexo feminino e em muitos casos esse cuidador é também uma pessoa frágil, já em idade de envelhecimento ou com a sua saúde debilitada.

Cerqueira & Oliveira (2002) alertam que cuidadores podem ter mais problemas de saúde que pessoas da mesma idade que não são cuidadoras.

Para Fernandes (2009), o cuidador familiar, em virtude de sua exposição prolongada aos diferentes estressores presentes na tarefa de cuidar, está sob risco de apresentar problemas de saúde semelhantes aos evidenciados pela pessoa, para a qual ele provê cuidado, tais como: Hipertensão Arterial, doenças coronarianas, entre outras.

Na Tabela 3, temos a descrição das características demográficas do idoso com dependência

Tabela 3 Descrição das características demográficas do idoso com dependência da ESF São Gabriel . Porto Alegre (RS), 2010.

	n	%
<b>SEXO</b>		
Masculino	10	41,7
Feminino	14	58,3
<b>IDADE</b>		
60 a 65 anos	3	12,5
66-70 anos	3	12,5
71 a 75 anos	3	12,5
76 a 80 anos	4	16,7
81 a 85 anos	4	16,7
86 a 90 anos	5	20,8
91 ou mais anos	2	8,3
<b>ESTADO CONJUGAL</b>		
Solteiro (a)	1	4,2
Casado com o cuidador	6	25
Viúvo (a)	15	62,5
Separado/divorciado (a)	2	8,3

Analisando a Tabela 3, encontramos que 14 (58,3%) são idosos com dependência pertencentes ao sexo feminino e 10 (41,7 %) são do sexo masculino.

A faixa etária levemente predominante 5 (20,8%) são de idosos dependentes entre 86 a 90 anos; 4 (16,7 %) tem de 76 a 80 anos; 4 (16,7 %) de 81 a 85 anos; 3 (12,5 %) tem entre 60 a 65 anos; 3 (12,5 %) entre 66 a 70 anos; 3 (12,5%) entre 71 a 75 anos e apenas 2 (8,3 %) tem 91 anos ou mais de idade.

Em relação ao estado conjugal, a maioria 15 (62,5%) são viúvos; 6 (25%) são idosos dependentes casados com cuidador entrevistado. Há ainda 2 (8,3%) idosos dependentes que estão na condição de separados ou divorciados e 1 (4,2 %) é solteiro.

O número de idosos está distribuído uniformemente entre as faixas etárias, sendo que o estado conjugal predominante é o de viúvo.

Segundo Karsch (2003) é sabido que em quase todo mundo que às mulheres vivem em média mais que os homens. No Brasil esta diferença corresponde a mais de sete anos. Em 1991 a razão dos sexos para a população idosa brasileira era de 100 mulheres para cada 83 homens de mais de 65 anos. Este dado torna visível o reforço gradual do contingente de viúvas na sociedade brasileira.

A Tabela 4 fornece dados sobre as características referentes a presença de doenças crônicas e o tempo de dependência do Idoso

Tabela 4 Características referentes a presença de doenças crônicas e o tempo de dependência do Idoso da ESF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010.

	n	%
<b>PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS*</b>		
Hipertensão Arterial	20	83,3
Doenças Cardíacas	8	33,3
Sequelas de AVC	16	66,7
Diabetes Melitus	8	33,3
Osteoporose	8	33,3
Doença de Parkison	2	8,3
Câncer	1	4,2
Outras	5	20,8
<b>TEMPO DE DEPENDÊNCIA</b>		
até 1 ano	2	8,3
1 ano e 1 dia até 2 anos	3	12,5
2 anos e 1 dia até 3 anos	4	16,7
3 anos e 1 dia até 4 anos	1	4,2
4 anos e 1 dia até 5 anos	1	4,2
5 anos e 1 dia ou mais	13	54,2

\*Alguns idosos tem mais que uma doença crônica.

A Tabela 4 mostra que há uma predominância de Hipertensão Arterial Sistêmica e sequelas de Acidente Vascular Cerebral entre os idosos dependentes na proporção de 20 (83,3%) e 16 (66,7%), respectivamente. Observa-se ainda uma distribuição uniforme entre as doenças cardíacas, Diabetes Melitus e Osteoporose, representando cada uma 8 (33,3%). Observa-se ainda que 5 (20,8%) tem outras patologias. Salienta-se que alguns idosos têm mais que uma doença crônica.

Com relação ao tempo de dependência do idoso, há um predomínio de 13 (54,2%), que encontra-se a mais de 5 anos dependentes do auxílio do cuidador e 4 (16,7%) estão dependentes de 2 anos e 1 dia a 3 anos.

Para Gonçalves (2006), estima-se que 85 % dos idosos brasileiros apresentem pelo menos uma doença crônica, e destes pelo menos 10 % com sobreposição de afecções concomitantes.

Segundo Perlini (2005), as doenças crônico-degenerativas, principalmente as cérebro vasculares, constituem a terceira causa de morte no mundo. A mesma autora enfatiza ainda, que há dados suficientes para afirmar que o AVC é uma doença grave no Brasil, geradora de incapacidades crônicas, com perda de independência e, muitas vezes, da autonomia, o que traz como consequência a necessidade de se ter alguém que auxilie o paciente nas suas atividades de desempenho das atividades diárias.

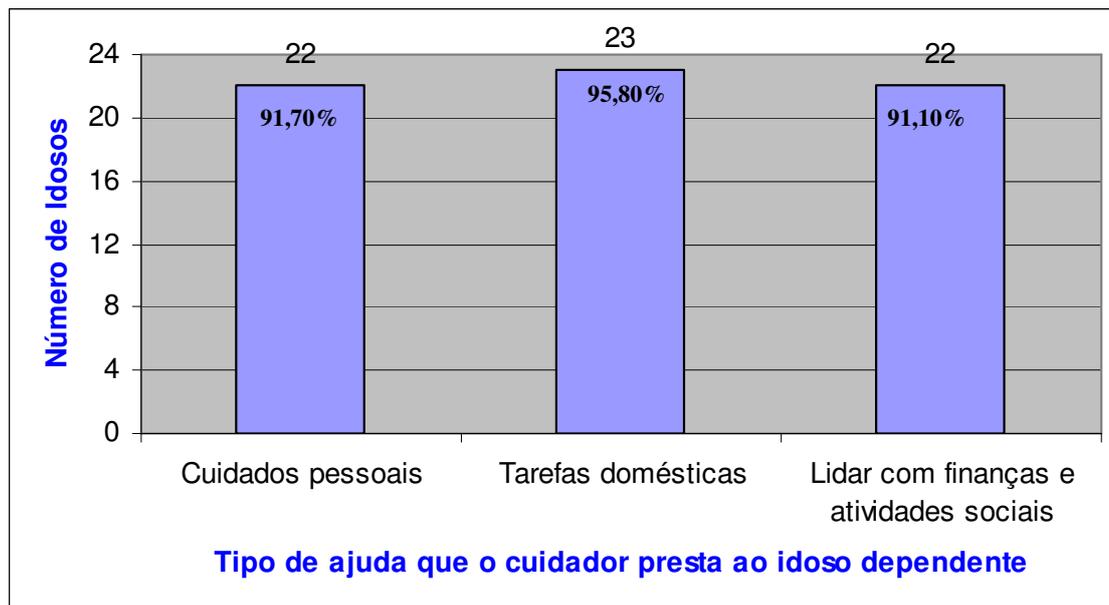
Corroborando com isto, Andrade (2009) informara que após um AVC, pelo menos dois terços dos sobreviventes permanecem com algum grau de deficiência e tornam-se dependentes, principalmente para falar, deambular, ver ou sentir, e por vezes, são incapacitados para exercerem suas atividades da vida diária.

No Gráfico 1 a seguir, observa-se o tipo de ajuda que o cuidador presta ao idoso dependente, entre elas os cuidados pessoais (ajudas no banho, vestir-se, alimentar-se, caminhar, acomodar-se na cama entre outras); em tarefas domésticas (cozinhar, lavar, fazer faxina, entre outras) ou ainda em tarefas como lidar com as finanças e atividades sociais (pagar contas, fazer compras, sair com o idoso para distrai-se, acompanhar para ir ao médico etc).

Conforme Caldas (2003), o termo dependência liga-se a fragilidade, a vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente que reduzem a sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalizações ou outras situações de risco. O grau de dependência é que determina os tipos de cuidados que serão necessários

Salienta-se que neste trabalho são citadas várias atividades possíveis de serem realizadas pelos idosos dependentes, sendo que estas podem necessitar de maior ou menor envolvimento por parte do cuidador, de acordo com o nível de dependência de cada idoso. Os dados permitem identificar as atividades realizadas, mas não o envolvimento exigido para a execução.

Gráfico 1: Tipo de ajuda que o cuidador presta ao idosos dependente da ESF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010.



Conforme Karsch (2003), a perda da independência, e às vezes até da autonomia do idoso pressupõe que alguém, no caso o cuidador, assuma as tarefas que o doente não tem mais possibilidade de fazê-las. Este cuidador realiza tarefas que vão desde a higiene pessoal do idoso até a administração financeira da família.

Na Tabela 5, com relação ao tempo como cuidador familiar, 9 (37,5%) mencionaram que cuidam do idoso dependente há mais de 5 anos; 6 (25%) cuidam de dois anos e 1 dia até 3 anos e 5 (20,8%) são cuidadores a menos de 1 ano.

Tabela 5 Descrição das características referentes ao tempo e freqüência do cuidado ao idoso da ESF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010.

	n	%
<b>TEMPO COMO CUIDADOR FAMILIAR</b>		
Menos de 1 ano	5	20,8
1 ano e 1 dia até 2 anos	2	8,3
2 anos e 1 dia até 3 anos	6	25
3 anos e 1 dia até 4 anos	1	4,2
4 anos e 1 dia até 5 anos	1	4,2
5anos e 1 dia ou mais	9	37,5
<b>FREQUÊNCIA DO CUIDADO</b>		
De modo permanente	21	87,5
Em um turno fixo do dia	1	4,2
Em dias fixos da semana	2	8,3

Quanto a frequência do cuidado, a Tabela 5 revelou que 87,5 % dos cuidadores atuavam de modo permanente.

Quando questionados sobre a média de tempo por dia destinados aos cuidados do idoso dependente os 24 cuidadores (100%) responderam que utilizam mais de 5 horas por dia nesta tarefa. Segundo Thober (2005), o cuidado constante depende do cuidador praticamente todo o seu tempo.

Em relação a questão do cuidador receber ou não auxílio de outras pessoas no cuidado ao idoso dependente, 7 entrevistados (29,2%) referiram que eram os únicos cuidadores. Entretanto 17 cuidadores (70,8%) referiram que são os principais cuidadores familiares dos idosos dependentes, mas que contam esporadicamente com o auxílio de outras pessoas que se revezam no cuidado. Dentre os familiares que se revezam no cuidado do idoso dependente 62,5 % são filhos (as) do cuidador; 16,7% cônjuge do cuidador ; 8,3% cunhada do cuidador; 8,3 % nora ou genro do idoso dependente. Os demais familiares citados, representando cada categoria 4,2 %, foram : cônjuge do idoso; irmão do idoso, neto do cuidador; mãe do cuidador; prima da cuidadora e empregada formal.

Segundo Pimenta (2009), a convivência intergeracional pode mostrar relação positiva na medida que membros da família assumem o papel de cuidadores secundários, minimizando situação geradora de estresse sobre a cuidadora principal.

Dentre os motivos que fizeram os entrevistados se tornarem cuidador familiar principal do idoso dependente, 87,5% mencionaram que foi por iniciativa própria; 66,7% referiram que foi por decisão familiar; 20,8 % foi porque o idoso dependente pediu. Ainda sobre esta questão, 3 cuidadores (12,5%) referiram que eram a única pessoa que podia cuidá-lo e 3 pessoas (12,5 %) ainda referiram outros motivos, dentre eles: porque ninguém queria assumir as responsabilidades , por questões financeiras e por questões afetivas. Salienta-se que os cuidadores enquadraram-se em mais de uma categoria de resposta.

Pela análise dos dados da Tabela 6, observa-se que praticamente todos os cuidadores afirmaram que sentem conseqüências advindas da tarefa de cuidar do idoso dependente.

Chama a atenção que as conseqüências menos mencionadas foram: 11 (45,8%) ter que reduzir a jornada de trabalho; 9 (37,5 %) ter que deixar o trabalho; 9 (37,5%) não ter tido aumento nos problemas econômicos e 3 (12,5%) ter conflitos com o cônjuge.

Tabela 6-Consequências para o cuidador advindas da tarefa de cuidar do idoso dependente da ESF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010.

	n	%
Sinto consequências que afetam minha vida	22	91,7
Não posso trabalhar fora	14	58,3
Tive que deixar meu trabalho	9	37,5
Tive que reduzir a jornada de trabalho	11	45,8
Tive que reduzir meu tempo de lazer	20	83,3
Não posso sair de férias	13	54,2
Não posso cuidar de outras pessoa ( filhos, netos etc)	14	58,3
Tenho tido conflitos com o cônjuge	3	12,5
Não tenho tempo para desfrutar com os amigos	16	66,7
Não tenho tempo para cuidar-me	16	66,7
Encontro-me sempre cansado (a)	15	62,5
Sinto-me deprimido (a)	16	66,7
Aumentaram meus problemas econômicos	9	37,5
Sinto a minha saúde piorada	14	58,3

A tarefa de cuidar de um familiar dependente expõe o indivíduo a uma série de situações adversas e implica mudanças no estilo de vida do cuidador. (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002).

Para Fonseca (2008), o alto grau de envolvimento com os cuidados do paciente, acrescido do déficit no autocuidado apontam que ser cuidador implica, muitas vezes, anular-se, deixar de lado sua vida particular para assumir a vida do outro.

Para Thober (2005), o cuidado a um familiar envolve projetos de vida, gerando menos conflito quando o cuidado é realizado pelo cônjuge, pois ambos compartilham o mesmo projeto de vida. Já quando a relação do cuidado se estabelece entre o idoso e seu filho as exigências do cuidado são maiores, pois existem projetos de vida diferentes que deverão ser redefinidos ou até mesmo abandonados em detrimento do familiar. Ainda conforme esta autora a rotina diária que determina os afazeres do cuidador exclui a sua vontade ou preferência, e o cuidador abre mão da sua vida pela daquele ao qual esta cuidando.

Fonseca (2008) ratifica que os cuidadores tem problemas em conciliar o cuidado do familiar ao trabalho fora de casa, muitos deles tendo que abandoná-lo ou reduzir a jornada de trabalho.

Caldas (2003), afirma que evidências empíricas apontam que doenças causadoras de dependência geram gastos crescentes, cujo impacto na economia familiar ainda não é conhecido no Brasil. A necessidade de assistência permanente ao enfermo gera um custo elevado para os familiares em virtude que nenhum sistema de atenção à saúde prevê uma

oferta dos serviços necessários a uma população de idosos com dependência. Prossegue afirmando que hoje pouco se conhece sobre o impacto econômico da dependência do idoso na família e no próprio sistema de saúde. Assim, apesar do que informa a literatura, para 37,5 % dos cuidadores estes gastos se confirmam, sendo que para a grande maioria 62,5 % o impacto econômico não foi considerado relevante.

A Tabela 7 abaixo mostra dados referentes a relação entre o cuidador e o idoso antes deste ter alguma dependência. Para 12 (50 %) dos entrevistados a relação entre ambos era de grande intimidade e afeto; para 9 (37,5%) era considerada como normal, conforme o vínculo familiar e apenas 1 cuidador referiu não ter vínculo afetivo com o idoso dependente.

Tabela 7-Relação entre o cuidador e o idoso antes deste se tornar dependente relativas ao Idoso da ESF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010

	n	%
Grande intimidade e afeto	12	50
Normal, conforme o vínculo familiar	9	37,5
Distante e fria	1	4,2
Problemática, conflituosa	1	4,2
Outra forma*	1	4,2

\*cuidador familiar veio do interior do RS e não tinha vínculo com o idoso

Já pela Tabela 8 os dados reportam-se a relação entre o cuidador e o idoso após a dependência. Para 11 (46 %) a relação melhorou; 7 (29 %) piorou e 25 % responderam que segue igual a com era antes da situação de dependência.

Tabela 8 Relação entre o cuidador e o idoso após a dependência relativas ao Idoso da ESF São Gabriel . Porto Alegre (RS), 2010

	n	%
Tem melhorado	11	46
Tem piorado	7	29
Segue igual	6	25

Pelos dados apresentados nas Tabelas 7 e 8 infere-se que a dependência do idoso causa modificações nas relações entre este e seu cuidador.

Para Thober (2005), a relação do cuidador com seu familiar é uma relação fundamentada em uma história anterior e a fragilidade gera novas percepções.

Fonseca (2008 ) afirma que o tipo de relação afetiva existente entre o cuidador e o paciente anteriormente à doença também contribuem no processo de adaptação do cuidador a este papel.

Ainda segundo Thober (2005), a relação do cuidador com o idoso sofre influencia da personalidade e do caráter do idoso e do relacionamento durante o decorrer dos anos. A forma negativa como o idoso trata o cuidador pode ser compreendido como a não aceitação da relação de dependência, já a forma positiva no tratamento do idoso e vice-versa, é um reflexo do bom relacionamento que existiu entre as partes, e na ocasião da dependência o cuidado é visto como uma retribuição pelo bom relacionamento cultivado.

A situação comportamento agressivo do paciente em relação ao cuidador é justificada como uma maneira que o paciente encontra de externar sua frustração com a doença e suas próprias limitações, pois o paciente acaba demonstrando sua angustia por meio da agressividade com a pessoa que está mais próxima, alguém que ele sabe que, apesar disto, não vai abandoná-lo (LAHAM, 2003).

Quanto perguntado se o idoso dependente esteve internado nos últimos 6 meses, apenas 9 (37,5%) estiveram hospitalizados.

Já com relação a pergunta se cuidador familiar recebeu alguma orientação da equipe de saúde hospitalar para prestar o cuidado no domicílio, 19 (79,2 %) afirmaram que receberam alguma orientação em internações prévias para prestar o cuidado no domicílio.

Marin e Angerami (2002) informam que o cuidador recebe dos profissionais da saúde que atuam na área hospitalar pouca atenção no sentido de capacitá-lo para a continuidade da assistência no domicílio.

Caldas (2003) informa que os cuidadores raramente recebem informações claras a respeito da doença, orientação ou apoio para os cuidados, sendo que a maioria destes cuidadores são orientados superficialmente sobre medicação, alimentação e retornos.

Já para Perlini (2005) há consenso entre alguns autores que os cuidadores familiares recebem escassa orientação dos profissionais da saúde a respeito dos cuidados com a saúde, entre esses, os necessários a idosos acometidos com AVC. A autora informa ainda que embora haja falta de informação, os cuidadores cuidam de seus familiares doentes, mesmo que de uma forma intuitiva, com base em suas crenças, possíveis experiências anteriores, bem como pela troca de informações com outras pessoas, amigos vizinhos, entre outros

Na Tabela 9, encontra-se a descrição do tipo de orientações fornecidas pela equipe da saúde hospitalar, tarefas mais difíceis no cuidado e orientações que o cuidador gostaria de receber da ESF em relação ao cuidado domiciliar.

Tabela 9 Descrição do tipo de orientações fornecidas pela equipe da saúde hospitalar, tarefas mais difíceis no cuidado e orientações que o cuidador gostaria de receber da ESF em relação ao cuidado domiciliar relativas ao Idoso da ESF São Gabriel. Porto Alegre (RS), 2010

	orientações recebidas*		Tarefas mais difíceis		Orientações que gostaria receber receber ESF	
	n	%	n	%	n	%
Higiene	10	47,1	10	41,7	13	54,2
Cuidados com a pele assaduras	10	41,7	8	33,3	17	70,8
Alimentação	16	66,7	4	16,7	15	62,5
Eliminações	12	50	7	29,2	12	50
Mudança de decúbito	10	41,7	10	41,7	16	66,7
Tratamento de feridas e lesões	10	41,7	5	20,8	16	66,7
Comunicação	7	29,2	7	29,2	13	54,2
Sono e repouso	6	25	9	37,5	15	64,5
Exercícios físicos	11	45,8	5	20,8	16	66,7
Lazer	8	33,3	14	58,3	15	62,5
Adaptações ambiente	7	29,2	9	37,5	13	54,2
Prevenção acidentes	8	33,3	8	33,3	17	70,8
Vestuário	3	12,5	5	20,8	11	45,8
Medicação	17	70,8	4	16,7	16	66,7
Emergências no domicilio	5	20,8	16	66,7	21	87,5
Como proceder no caso falecimento	1	4,2	21	87,5	22	91,7
Evolução da doença e conseqüências	10	41,7	18	75	19	91,7

\*Informações recebidas no hospital em internações prévias

Chama a atenção na Tabela 9 que as tarefas consideradas mais difíceis pelo cuidador são justamente as que os cuidadores gostariam de receber mais orientações da equipe da saúde da ESF tais como: a emergências no domicilio 21 (87,5%), como proceder no caso de falecimento 22 (91,7 %) e evolução da doença e suas conseqüências 19 (91,7%).

Observa-se ainda pela Tabela 9, que a maioria das tarefas elencadas não são consideradas de difícil realização pelo cuidador. Entretanto, embora os cuidadores refiram que, receberam poucas orientações do hospital e não consideram estas tarefas de difícil realização, observa-se que em praticamente todas as categorias, os cuidadores gostariam de receber orientações que auxiliem ou complementem a realização do cuidado aos idosos dependente.

Segundo Thober (2005), a habilidade e o conhecimento da atividade de cuidar são construídos na prática diária, nas necessidades emergentes do dia a dia, na qual o cuidador aprende com seus erros e acertos, seguindo o caminho inverso da trajetória profissional, a qual primeiro tem contato com conhecimento e é treinado e só depois esta habilitado para exercer a atividade. A falta de preparo para o cuidado gera no cuidador uma ansiedade que é

substituída por segurança a partir do momento em que consegue organizar-se e perceber o cuidado como fácil, pois é através das dificuldades que os cuidadores adaptam a sua vida e o ambiente para o cuidado.

Em situações de emergência, a avaliação do idoso dependente e seu atendimento deve ser rápido, correto e eficaz, permitindo a redução de seqüelas e o aumento da sobrevida até que o suporte profissional chegue para prestar a assistência.

Acrescenta-se que a população deve estar capacitada para agir em qualquer situação de emergência, prestando o atendimento de primeiros socorros. (PERGOLA; ARAÚJO, 2008)

Já com relação ao tema “como proceder no caso de falecimento em idoso”, observa-se que é um assunto não abordado diretamente pela área da Enfermagem e sim pela Psicologia ou Assistência Social o que comprova-se até pela literatura, em virtude do pouco material encontrado.

Para Fernandes (2009), defrontar-se com a expectativa da morte do idoso constitui fortes determinantes de pesar, pois a morte leva consigo o encerramento da convivência.

A morte é algo relegado a um segundo plano, a não ser discutido, como se isto pudesse evitá-la. Em decorrência desse modelo o luto deve ser valorizado, fato que repercute no meio acadêmico pela ausência significativa de estudos referentes a temática, cujo resgate se faz necessário, principalmente na atualidade, quando discutimos e vivemos a longevidade. O luto pode representar um processo de grande impacto, pois ele traz consigo perdas pessoais e sociais decorrentes de a velhice ser estigmatizada como a fase da invalidez ou da condescendência. Encarar a morte como parte da vida é algo rejeitado pela consciência. (OLIVEIRA; LOPES, 2008).

Em se tratando da pergunta referente aos esclarecimentos repassados pela equipe de saúde em relação a evolução da doença e suas conseqüências, uma das formas de ajuda às famílias em seu processo de cuidar é aquela advinda dos profissionais, que incluem orientações básicas à saúde, e sobre cuidados específicos em casos de doenças degenerativas, suas complicações e sintomas (KARSCH,2003).

Já quando perguntado se o cuidador familiar costuma receber ajuda e orientação dos profissionais ou postos onde o idoso é atendido, 24 (100%) responderam que costumam receber ajuda e orientação destes profissionais da saúde.

Para Caldas (2003), a família cuidadora necessita de informações sobre como realizar o cuidado, incluindo a adaptação do ambiente do idoso. Refere ainda que quando contam com uma estrutura de apoio institucional, estratégico, material e emocional, os cuidadores tem a

possibilidade de exercer o cuidado e permanecer inseridos socialmente sem imobilizar-se pela sobrecarga determinada pela difícil tarefa de cuidar do doente dependente.

Em relação aos recursos que o cuidador tem para esclarecer dúvidas referentes aos cuidados prestados ao idoso com dependência, 20 (83,3%) possuem telefone residencial; 19 (79,2%) tem telefone celular; 11 (45,8%) possuem computador com acesso a Internet. Já 15 (62,5%) tiram dúvidas com amigos, vizinhos ou familiares e para 23 (95,8%) as dúvidas são dirimidas com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 23 (95,8%) com a enfermeira ou a médica da ESF. Todos os entrevistados 24 (100%) responderam que não participam de nenhum grupo de orientação para cuidadores.

Observa-se que são vários os recursos que o cuidador utiliza para esclarecer dúvidas e prestar o cuidado com mais segurança. Dos dados apresentados prepondera o esclarecimento das dúvidas com a equipe da ESF São Gabriel representada pelas ACS, enfermeira e médica.

Para Thober (2005) a participação de profissionais, amigos, vizinhos ou pessoas contratadas auxiliam e muito no cuidado, esclarecendo dúvidas, situação esta que pode ser classificada como um cuidado indireto.

Em se tratando dos comportamentos apresentados pelo idoso que causam incômodo ao cuidador encontra-se que 54,2% não se importam com a limpeza; 45,8% têm alteração do sono; 33,3% quando o idoso dependente reclama da situação em que se encontra; 33,3% repetem as mesmas histórias; 33,3% não gostam de tomar banho; 29,2% agredem o cuidador verbalmente; 29,2% comem o que não deve; 20,8% reclamam das medicações.;

Observa-se que o comportamento do idoso dependente de não se importar com a limpeza e conseqüentemente não gostar de tomar banho são as mais expressivas.

Para Gonçalves (2006), é necessário fazer questionamentos e exploração de natureza qualitativa para verificar se há convivência com o idosos negligenciando o cuidado com a limpeza e a questão do tomar banho ou se realmente há a paciência necessária para convencimento dos cuidados higiênicos necessários.

Quando perguntado quais das afirmativas o cuidador se sente identificado ao realizar a tarefa de auxiliar o idoso dependente, 95,8% afirmam que esta tarefa os dignifica como pessoa; 87,5% apoiam-se em suas convicções religiosas; 75% a pessoa cuidada é muito agradecida e isso o gratifica; 75% dos cuidadores recebem apoio e são valorizados pela família; 70,8% dizem que a sociedade valoriza este papel; 66,7% acreditam ser uma obrigação moral cuidar do idoso; 58,3% informam que não há outro remédio; 45,8% acham esta tarefa uma carga excessiva e 41,7% informaram que não deveriam fazer este sacrifício.

Analisando as respostas do cuidador e como este se sente identificado, encontra-se que a dignidade, o apoio em suas convicções religiosas, o reconhecimento do ser cuidado, a valorização da família e da sociedade pelo papel exercido são argumentos que são preponderantes e compensam a carga excessiva e o sacrifício advindo do cuidar de um idoso dependente.

Conforme Laham (2003), ser cuidador pode gerar sentimentos positivos que surgem dos significados atribuídos pelo cuidador a vários aspectos da situação que vão desde o sentimento de estar cumprindo um dever moral ou de estar retribuindo cuidados recebidos no passado, até pelo reconhecimento que os outros expressam sobre o seu desempenho.

Entre os motivos que levam um familiar a assumir o cuidado principal do idoso, está a obrigação moral e cultural, a designação ou ainda a experiência. Também é visto como uma obrigação religiosa, com um serviço prestado a Deus. O cuidar quando se torna gratificante é demonstração de reconhecimento pela família e algumas vezes pelo idoso. (THOBER, 2005)

## 6 CONCLUSÕES

Através deste estudo conheceu-se o perfil do cuidador familiar de idoso com dependência da ESF São Gabriel, Porto Alegre/RS, ao mesmo tempo em que foi verificada as suas necessidades de orientação e educação em saúde.

Observou-se que a maioria dos cuidadores de idosos dependentes eram mulheres entre 51 a 70 anos, filhas que residiam junto com o idoso, com baixo grau de escolaridade, geralmente donas de casa ou aposentadas e pensionistas, com um a três filhos e que não cuidam de outras pessoas dependentes.

A maioria dos cuidadores considerava seu estado de saúde bom ou regular, mesmo quando comparado com a saúde de outras pessoas que não são cuidadores de pessoa dependente. Entretanto, muitos referiram que sua saúde atual está pior se comparada ao período anterior quando ainda não eram cuidadores. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a doença mais comumente encontrada, seguida pelas doenças cardíacas.

Pelos achados, nota-se que estes confirmam o que diz a literatura em relação ao perfil sócio-demográfico e as condições de saúde das pessoas responsáveis pelos cuidados de um familiar.

Já em relação aos idosos dependentes observa-se que a maioria eram mulheres. O número de idosos está distribuído uniformemente entre as faixas etárias, sendo que o estado conjugal predominante é o de viúvo. As doenças que mais acometem esta população é HAS, seguida por AVC, sendo o tempo de dependência predominante o mais de 5 anos.

Todos os cuidadores referiram que a frequência do cuidado é permanente, envolvendo mais de 5 horas diárias, sendo que a maioria recebe esporadicamente auxílio de familiares como filhas e o cônjuge. Entre os tipos de ajuda que o cuidador presta ao idoso dependente, estão os cuidados pessoais (ajudas no banho, vestir-se, alimentar-se, caminhar, acomodar-se na cama entre outras), as tarefas domésticas (cozinhar, lavar, fazer faxina, entre outras) ou ainda tarefas como lidar com as finanças e atividades sociais (pagar contas, fazer compras, sair com o idoso para distrai-se, acompanhar para ir ao médico etc).

Praticamente todos os cuidadores afirmaram que sentem conseqüências advindas da tarefa de cuidar do idoso dependente entre elas: ter que reduzir o tempo de lazer, não ter tempo de cuidar-se, sentirem-se deprimido e cansado, entre outras.

Iniciativa própria e decisão familiar, entre vários outros, foram os mencionados para tornarem-se cuidador familiar.

Em se tratando de orientação e educação em saúde para prestar a assistência ao idoso dependente no domicílio, referiram ter recebido poucas informações do hospital, sendo que as principais foram sobre medicação e alimentação.

Todos referiram que gostariam de receber mais informações sobre como prestar o cuidado. As informações requeridas vão desde alimentação, medicação, higiene, mudança de decúbito, cuidados com a pele, exercícios físicos, lazer e outras até sobre questões pouco orientadas pelos profissionais da saúde como: o que é a doença, sua evolução e suas conseqüências, e ainda sobre emergências no domicílio e como proceder no caso de falecimento.

Cabe reforçar aqui, que este estudo procurou levantar as situações mais comuns de orientações mínimas e necessárias sobre a alimentação, higiene, conforto eliminações, sono repouso, cuidados com pele, feridas, lesões, adaptações ambiente lazer, administração de medicação. Entretanto, também foi levantado questões pouco abordadas mas importantes, como emergências no domicílio, onde por exemplo, o cuidador tem o conhecimento sobre o tipo de alimento ideal e com alimentar o idoso, mas e os casos de emergência advindos desta tarefa como engasgo e asfixia, o que fazer? Tem-se orientações sobre adaptações do ambiente, como retirada de tapetes para evitar quedas, mas e a questão de como proceder em casos decorrentes de trauma, o que fazer até o suporte profissional chegar? Por estes pequenos exemplos, dentre outros, percebe-se a importância de também se abordar o tema emergências no domicílio. O mesmo serve para a questão de como o cuidador deve proceder no caso de falecimento. Cuida-se no sentido de melhorar a qualidade de vida e prolongar os dias, mas não se pensa ou se nega que o ser cuidado está em idade avançada, muitos com doenças instaladas e que ele é um ser que um dia irá falecer. Acredita-se que este tema também deve ser abordado, não só pela enfermagem, mas também com auxílios de demais profissionais da área da saúde.

E a questão da doença? A família, muitas vezes, tem o conhecimento superficial. A família não tem acesso, geralmente, a uma explicação minuciosa e de fácil compreensão sobre o que realmente significa a doença, sua evolução e as suas conseqüências. Acredito que o cuidador familiar poderia auxiliar melhor no cuidado prestado, se realmente entendesse a situação complexa da doença do indivíduo que esta sendo cuidado.

Assim, devido ao aumento da expectativa de vida faz-se necessário uma adaptação dos serviços de saúde para atender esta nova demanda, pois envelhecimento com dependência é uma questão que já se tornou um problema de saúde pública.

Diante disso, e após conhecer o perfil d cuidador familiar e suas necessidades de orientação e educação em saúde, sugiro que haja por parte das instituições de saúde planejamento de ações voltadas ao cuidador familiar.

Neste sentido, o Estratégia de Saúde da Família pode ser uma estratégia eficiente neste desafio, implementando intervenções que venham reduzir o impacto da condição de dependência do idoso sobre o cuidador, de modo que haja uma melhora na qualidade de vida do idoso dependente e do próprio cuidador familiar.

Assim, faz-se necessário a continuidade de estudos sobre este assunto, com vistas a suprir as necessidades educativas melhorando, dessa forma, a qualidade de vida do idoso e do cuidador.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. M. et al. A problemática do cuidador familiar do portados de AVC. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 37-43, 2009

BOCCHI, S. C. M. O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 569-573, set./out. 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196**. In: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 25 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528\\_pnspi.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 733-781, mai/jun, 2003

CERQUEIRA, A. T.; OLIVEIRA, N. I. Estratégia de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 133-150, 2002.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar aos idosos: problema ou solução? **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, 2004.

FONSECA, N. da R.; PENNA, A. G. G.; SOARES, M. P. G. Ser Cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.727-743, 2008.

FREITAS, E. V. de *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GONÇALVES, L. H. T. *et al.* Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 - Revisão 2008**. Disponível em:

<[http://ibge.gov.br/series\\_estatisticas/exibedados.php?idnivel=BR&idserie=POP312](http://ibge.gov.br/series_estatisticas/exibedados.php?idnivel=BR&idserie=POP312)>. Acesso em: 13 nov 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Síntese de indicadores sociais 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

KARSCH, U.M Idosos dependentes:famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, mai./jun. 2003.

LACERDA, M. R. *et al.* Atenção a Saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio/ago. 2006.

LAHAM, C. F.. Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um Estratégia de assistência domiciliar. **Dissertação Mestrado em Ciências**. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, maio/jun. 2003.

MARIN, M. J. S.; ANGERAMI, E. L. S. Caracterização de um grupo de idosos hospitalizados e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 36, n. 1, p. 33-41, 2002

MARTINS, J. de J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto e Contexto Enfermagem** . Florianópolis v. 16, n. 2, p. 254-262 abr./jun. 2007.

MENDES, P. B. M. T. **Cuidadores**: heróis anônimos do cotidiano. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

OLIVEIRA, J. B. A. de; LOPES, R. G. da C.. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 13, n.2, p 217-221 abr/jun 2008.  
ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Estratégia das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Relatório do Desenvolvimento Humano Mundial**. Nova York: ONU, 2003.

PASKULIN, L. M.; DIAS, V. R. Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 140-145, mar./abr. 2002.

PAVARINI, S. C. L. *et al.* A arte de cuidar do idoso: gerontologia com profissão? **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 398-402, jul./set. 2005.

PAVARINI, S. C. L. *et al.* Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar de idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 326-335, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm)>. Acesso em: 10 nov. 2009.

PIMENTA, G. M. F. et al. Perfil do familiar cuidador de idosos fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 43, n. 3, p. 609-614, 2009.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P.; **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Editora Artemed, 5 ed. Porto Alegre, 2004.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. **Envelhecer em família**: os cuidados familiares na velhice. 2. ed. Lisboa: Âmbar, 2006.

THOBER, E; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 4, p. 438-443, jul./ago. 2005.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TÍTULO:** O perfil do cuidador familiar e suas necessidades com relação aos cuidados prestados ao idoso com dependência em uma Estratégia de Saúde da Família.

A pesquisa tem por objetivo conhecer o perfil do cuidador familiar de idosos com dependência e suas necessidades de orientação e educação em saúde na ESF São Gabriel pertencente ao Distrito Glória, Cruzeiro e Cristal na cidade de Porto Alegre/RS.

O estudo envolve a realização de uma entrevista, com preenchimento de questionário pelo cuidador. As entrevistas serão realizadas no domicílio ou em local definido pelo cuidador em data e hora escolhida pelo mesmo.

Será garantido que os profissionais da equipe de saúde da ESF São Gabriel só terão acesso ao conjunto dos resultados de todos os cuidadores, preservando assim o anonimato dos participantes do estudo. Os dados obtidos serão utilizados unicamente para a realização desta pesquisa.

Os pesquisadores entendem que o projeto não gera nenhum tipo de risco ao cuidador e o benefício será de auxiliar no cuidado do idoso dependente através da orientação e educação em saúde com base nas necessidades apresentadas, melhorando assim sua qualidade de vida.

A participação no projeto tem caráter voluntário, não envolvendo qualquer tipo de custo ou remuneração. Você poderá a qualquer momento esclarecer as dúvidas que tiver em relação a pesquisa realizada, bem como tem a liberdade de deixar de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo para mim ou para o idoso que cuida.

Será garantido ao cuidador familiar de que não será identificado e que será mantido o anonimato, bem como sua privacidade.

Caso tenha dúvidas ou solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora responsável Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Pinheiro de Moraes pelo telefone (51) 33085425, com a acadêmica Rita de Cássia Henz pelo telefone: (51) 91081 916 e também podem ser solicitadas ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pelo telefone 3212 4623.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Assinatura do cuidador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Rita de Cássia Henz

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Pinheiro de Moraes

## APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

### PARTE I – CUIDADOR FAMILIAR

1. Sexo:     masculino                       feminino
  
2. Qual é sua idade?  menor 20 anos     20-30 anos     31-40 anos  
 41-50 anos     51-60 anos     61-70 anos     71-80 anos     mais 81 anos
  
- 3 Qual é atualmente seu estado conjugal?  
 casado/morando junto     viúvo(a)     divorciado(a)/separado(a)  
 solteiro/a                       Outro. Especificar \_\_\_\_\_
  
4. Tem religião ou crença?  Sim     Não
  
5. Qual é sua escolaridade máxima?  
 nenhuma  
 primária ou até 4ª série  
 ginásio ou 1º grau incompleto (- de 8 anos)  
 ginásio ou 1º grau completo (8 anos)  
 2º grau incompleto (científico, clássico, normal, técnico de contabilidade)  
 2º grau completo  
 superior (faculdade) incompleto  
 superior (faculdade) completo  
 outra. Especificar \_\_\_\_\_.
  
6. Atualmente qual a sua ocupação profissional?  
 Dona de casa     Aposentada (o)     Pensionista  
 Trabalhador (a) na área agrícola                       Trabalhador (a) em indústria  
 Trabalhador (a) em construção                       Trabalhador (a) em comércio e reparação  
 Trabalhador (a) na área de alimentação     Trabalhador (a) na área comunicação  
 Trabalhador (a) na área administrativa pública  
 Trabalhador (a) na área educação, saúde e serviços sociais  
 Trabalhador (a) em serviços domésticos  
 Trabalhador (a) informal     outra. Especificar \_\_\_\_\_.
  
7. Quantos filhos(as) tem?     nenhum     1 a 3     4 a 6     7 ou mais
  
- 8 Além de cuidador do idoso o Sr (a) cuida de outras pessoas dependentes como filhos, netos, sobrinhos, etc?  
 não     1 a 3     4 a 6     7 ou mais
  
9. O(a) idoso(a) que esta sendo cuidado(a) mora com o(a) Sr(a)?  sim     não
  
10. Qual é o seu parentesco com o(a) idoso(a) que o(a) Sr(a) cuida?  
 cônjuge/ companheiro(a)                       filha(o)                       neta(o)     irmão(a)  
 sobrinha(o)                       nora/genro     outro. Especifique \_\_\_\_\_.
  
11. Em geral o(a) Sr(a), como cuidador(a), diria que a sua saúde está:  
 ótima     boa     regular     ruim     péssima     não sabe
  
12. Sua saúde antes de cuidar do idoso e em comparação com atualmente diria que hoje está:  
 melhor     mesma coisa     pior

13. Em comparação com as outras pessoas de sua idade o(a) que não cuidam de doentes dependentes o Sr(a) diria que a sua saúde está:

melhor  igual  pior

14. O (a) Sr(a) possui alguma dessas doenças crônicas?

1- Hipertensão arterial	sim ( )	não ( )
2- Diabetes Melitus	sim ( )	não ( )
3- Doença Cardíaca	sim ( )	não ( )
4- Doença Pulmonar	sim ( )	não ( )
5- Câncer	sim ( )	não ( )
6- Obesidade	sim ( )	não ( )
7 outra. Especificar _____	sim ( )	não ( )

15. Onde costuma fazer os tratamentos de seus problemas de saúde?

1- não faço nenhum tipo de tratamento	sim ( )	não ( )
2- centro ou posto de saúde/hospital público(SUS)	sim ( )	não ( )
3- plano de saúde	sim ( )	não ( )
4- serviços particulares	sim ( )	não ( )
5- outros. Especifique _____	sim ( )	não ( )

## PARTE II – SOBRE O(A) IDOSO(A) COM DEPENDÊNCIA

16. Sexo:  masculino  feminino

17. Qual é idade do idoso com dependência?

60-65 anos  66-70 anos  71-75 anos  76-80 anos  
 81-85 anos  86-90 anos  91 anos ou mais

18. Estado conjugal atual do(a) idoso(a):

solteiro (a)  casado com o cuidador ( 1º casamento ou morando junto) .  
 2º casamento ou morando junto  divorciado/separado.  
 viúvo(a).  outro. Especifique \_\_\_\_\_

19. Quais são os diagnósticos médicos confirmados do(a) idoso(a)?

1- Hipertensão Arterial	sim ( )	não ( )
2- Doenças cardíacas	sim ( )	não ( )
3- Sequela de AVC	sim ( )	não ( )
4- Diabetes Mellitus	sim ( )	não ( )
5- Osteoporose	sim ( )	não ( )
6- Doença de Parkinson	sim ( )	não ( )
7- Câncer de _____	sim ( )	não ( )
<input type="checkbox"/> Outra. Especificar: _____	sim ( )	não ( )

20. A quanto tempo o idoso esta com dependência?

1 dia até 1 ano  1 ano e 1 dia até 2 anos  
 2 anos e 1 dia até 3 anos  3 anos e 1 dia até 4 anos  
 4 anos e 1 dia até 5 anos  5 anos e 1 dia ou mais

## PARTE III – CONTEXTO DA RELAÇÃO DO CUIDADOR COM A PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA

21. A quanto tempo o Sr(a) é cuidador principal desse (a) idoso (a)?

1 dia até 1 ano  1 ano e 1 dia até 2 anos

( ) 2 anos e 1 dia até 3 anos ( ) 3 anos e 1 dia até 4 anos

( ) 4 anos e 1 dia até 5 anos ( ) 5 anos e 1 dia ou mais

22. Qual a sua relação de parentesco com o idoso?

( ) nenhuma ( ) esposo (a) ( ) companheiro (a) ( ) filho (a)

( ) genro ( ) nora ( ) neto (a) ( ) irmão (a)

( ) pai ( ) mãe ( ) outro. Especificar: \_\_\_\_\_

23. Que tipo de ajuda ou cuidado o(a) Sr.(a) presta a este (a) idoso (a)?

1- cuidados pessoais (ajudas no banho, no vestir a roupa, no alimentar-se, no caminhar, acomodar-se na cama, etc. sim ( ) não ( )

2- em tarefas domésticas (cozinhar, lavar, fazer faxina, fazer compras, etc.) sim ( ) não ( )

3- ajuda na administração financeira (pagar contas, fazer compras, sair com o(a) idoso(a) para distrair-se, passar o fim de semana juntos, acompanhar para ir ao médico, etc.). sim ( ) não ( )

4- outros. Especificar \_\_\_\_\_ sim ( ) não ( )

24. Como o(a) Sr(a) cuida do(a) Sr(a)(nome idoso) \_\_\_\_\_?

( ) de modo permanente ( ) em um turno fixo do dia

( ) em dias fixos da semana ( ) de outro modo. Especifique \_\_\_\_\_

25. Em média, quanto tempo o(a) Sr(a) dedica de cuidados, a cada dia?

( ) menos de 1 hora ( ) de 1 a 2 horas

( ) de 3 a 5 horas ( ) mais de 5 horas

26. O(a) Sr(a) cuida do(a) idoso (a) com a ajuda de outros cuidadores?

1- sou o(a) único(a) cuidador(a) sim ( ) não ( )

2- tenho familiares que me ajudam no cuidado sim ( ) não ( )

3- tenho pessoa contratada para ajudar a cuidar sim ( ) não ( )

4- outros. Especificar \_\_\_\_\_ sim ( ) não ( )

27. Se recebe ajuda, quais são os familiares que realmente ajudam a cuidar do(a) idoso(a)?

1- cônjuge do(a) idoso(a) cuidado(a) sim ( ) não ( )

2- cônjuge do(a) cuidador(a) sim ( ) não ( )

3- filha(o) do(a) cuidador(a) sim ( ) não ( )

4- cunhada(o) do(a) cuidador(a) sim ( ) não ( )

5- irmãos do idoso(a) sim ( ) não ( )

6- nora/genro do idoso sim ( ) não ( )

7- outros. Quais? \_\_\_\_\_ sim ( ) não ( )

28. O que fez o(a) Sr(a) se tornar o cuidador principal deste idoso(a)?

1- porque o(a) idoso(a) pediu sim ( ) não ( )

2- por minha iniciativa sim ( ) não ( )

3- por decisão familiar sim ( ) não ( )

4- porque era a única pessoa que poderia cuidá-lo(a) sim ( ) não ( )

5- outra razão. Especificar \_\_\_\_\_ sim ( ) não ( )

29. O fato de responsabilizar-se pelo cuidado de pessoa idosa pode trazer mudanças no dia-a-dia do Sr(a). Vou ler uma série de possíveis conseqüências. Diga-me quais delas acontecem com você por cuidar deste (a) idoso(a) dependente)?

1- não tenho sentido conseqüências que afetam minha vida sim ( ) não ( )

2- não posso trabalhar fora sim ( ) não ( )

3- tive que deixar meu trabalho sim ( ) não ( )

4- tive que reduzir a jornada de trabalho sim ( ) não ( )

5- tive que reduzir meu tempo de lazer sim ( ) não ( )

6- não poder sair de férias sim ( ) não ( )

- |   |         |         |
|---|---------|---------|
| 7- não poder cuidar de outras pessoas (filhos, netos) | sim ( ) | não ( ) |
| 8- tenho tido conflitos com o cônjuge                 | sim ( ) | não ( ) |
| 9- não tenho mais tempo para desfrutar com amigos(as) | sim ( ) | não ( ) |
| 10- não tenho tido tempo para cuidar-me               | sim ( ) | não ( ) |
| 11- encontro-me sempre cansado(a)                     | sim ( ) | não ( ) |
| 12- sinto-me deprimido(a)                             | sim ( ) | não ( ) |
| 13- aumentaram meus problemas econômicos              | sim ( ) | não ( ) |
| 14- sinto a minha saúde piorada                       | sim ( ) | não ( ) |
| 15- outra razão. Especificar_____                     | sim ( ) | não ( ) |

30. Antes mesmo de começar a cuidar do(a) Sr(a) (nome do idoso)\_\_\_\_\_, como eram as suas relações com ele (a)?

- ( ) de grande intimidade e afeto  
 ( ) normal, conforme o vínculo familiar  
 ( ) distante e fria  
 ( ) problemática, conflituosa  
 ( ) outra forma. Especificar?\_\_\_\_\_

31. Desde que começou a cuidar do(a) Sr(a) (nome do idoso) \_\_\_\_\_ como as suas relações tem sido com ele(a)?

- ( ) tem melhorado  
 ( ) tem piorado  
 ( ) segue igual

32. O idoso com dependência esteve internado nos últimos seis meses? ( )Sim ( )Não

33. O(a) Sr(a) como familiar cuidador(a) recebeu alguma orientação da equipe de saúde hospitalar para prestar o cuidado no domicílio? ( )Sim ( )Não

34. As orientações da equipe de saúde hospitalar em relação a prestar o cuidado no domicílio foram referentes:

- |  |         |         |
|--|---------|---------|
| 1- não recebi informações no hospital                | sim ( ) | não ( ) |
| 2- higiene   | sim ( ) | não ( ) |
| 3- cuidados com a pele e assaduras                   | sim ( ) | não ( ) |
| 4- alimentação                                       | sim ( ) | não ( ) |
| 5- eliminações                                       | sim ( ) | não ( ) |
| 6- mudanças de posição no leito, cadeira, sofá, etc. | sim ( ) | não ( ) |
| 7- tratamento de feridas e lesões                    | sim ( ) | não ( ) |
| 8- comunicação                                       | sim ( ) | não ( ) |
| 9- sono e repouso                                    | sim ( ) | não ( ) |
| 10- exercícios físicos                               | sim ( ) | não ( ) |
| 11- lazer  | sim ( ) | não ( ) |
| 12- adaptações ambientais                            | sim ( ) | não ( ) |
| 13- prevenção de acidentes                           | sim ( ) | não ( ) |
| 14- vestuário  | sim ( ) | não ( ) |
| 15- medicação  | sim ( ) | não ( ) |
| 16- emergências no domicílio                         | sim ( ) | não ( ) |
| 17- como proceder no caso de falecimento             | sim ( ) | não ( ) |
| 18- evolução da doença e suas conseqüências          | sim ( ) | não ( ) |
| 19- outras informações. Especificar_____             | sim ( ) | não ( ) |

35. O(a) Sr(a) como familiar cuidador(a) costuma receber ajuda e orientação dos profissionais dos centros ou postos onde o(a) idoso(a) é atendido(a)? sim ( ) não ( )

36. Independente de receber ou não ajuda e orientação dos profissionais da área da saúde quais são as tarefas mais difíceis que tem feito, ao cuidar do idoso?

- |  |         |         |
|--|---------|---------|
| 1- higiene   | sim ( ) | não ( ) |
| 2- cuidados com a pele e assaduras                   | sim ( ) | não ( ) |
| 3- alimentação                                       | sim ( ) | não ( ) |
| 4- eliminações                                       | sim ( ) | não ( ) |
| 5- mudanças de posição no leito, cadeira, sofá, etc. | sim ( ) | não ( ) |
| 6- tratamento de feridas e lesões                    | sim ( ) | não ( ) |
| 7- comunicação                                       | sim ( ) | não ( ) |
| 8- sono e repouso                                    | sim ( ) | não ( ) |
| 9- exercícios físicos                                | sim ( ) | não ( ) |
| 10- lazer  | sim ( ) | não ( ) |
| 11- adaptações ambientais                            | sim ( ) | não ( ) |
| 12- prevenção de acidentes                           | sim ( ) | não ( ) |
| 13- vestuário  | sim ( ) | não ( ) |
| 14- medicação  | sim ( ) | não ( ) |
| 15- emergências no domicílio                         | sim ( ) | não ( ) |
| 16- como proceder no caso de falecimento             | sim ( ) | não ( ) |
| 17- evolução da doença e suas conseqüências          | sim ( ) | não ( ) |
| 18- outras informações. Especificar _____            | sim ( ) | não ( ) |

37. Que tipo de ajuda e orientação o(a) Sr(a) queria ou esperava do posto de saúde para cuidar de seu(a) idoso(a)?

- |  |         |         |
|--|---------|---------|
| 1- higiene   | sim ( ) | não ( ) |
| 2- cuidados com a pele e assaduras                   | sim ( ) | não ( ) |
| 3- alimentação                                       | sim ( ) | não ( ) |
| 4- eliminações                                       | sim ( ) | não ( ) |
| 5- mudanças de posição no leito, cadeira, sofá, etc. | sim ( ) | não ( ) |
| 6- tratamento de feridas e lesões                    | sim ( ) | não ( ) |
| 7- comunicação                                       | sim ( ) | não ( ) |
| 8- sono e repouso                                    | sim ( ) | não ( ) |
| 9- exercícios físicos                                | sim ( ) | não ( ) |
| 10- lazer  | sim ( ) | não ( ) |
| 11- adaptações ambientais                            | sim ( ) | não ( ) |
| 12- prevenção de acidentes                           | sim ( ) | não ( ) |
| 13- vestuário  | sim ( ) | não ( ) |
| 14- medicação  | sim ( ) | não ( ) |
| 15- emergências no domicílio                         | sim ( ) | não ( ) |
| 16- como proceder no caso de falecimento             | sim ( ) | não ( ) |
| 17- evolução da doença e suas conseqüências          | sim ( ) | não ( ) |
| 18- outras informações. Especificar _____            | sim ( ) | não ( ) |

38. Quais os recursos que o cuidador tem para esclarecer dúvidas em relação aos cuidados prestados ao idoso dependente?

- |   |         |         |
|---|---------|---------|
| 1- telefone residencial                                 | sim ( ) | não ( ) |
| 2- telefone celular                                     | sim ( ) | não ( ) |
| 3- computador com acesso a internet                     | sim ( ) | não ( ) |
| 4- orientações de vizinhos, amigos, familiares          | sim ( ) | não ( ) |
| 5- participação em grupos de orientação para cuidadores | sim ( ) | não ( ) |
| 6- conversa com a Agente Comunitária de Saúde da ESF    | sim ( ) | não ( ) |
| 7- conversa com a Enfermeira, Médica da ESF             | sim ( ) | não ( ) |
| 8- outras informações. Especificar _____                | sim ( ) | não ( ) |

39. Dos comportamentos apresentados pelo idoso com dependência, quais te causam mais incomodo?

- |                           |         |         |
|---------------------------|---------|---------|
| 1- só reclama da situação | sim ( ) | não ( ) |
|---------------------------|---------|---------|

- |   |         |         |
|---|---------|---------|
| 2- come o que não deve                      | sim ( ) | não ( ) |
| 3- não se importa com a limpeza             | sim ( ) | não ( ) |
| 4- repete sempre as mesmas histórias        | sim ( ) | não ( ) |
| 5- não gosta de tomar banho                 | sim ( ) | não ( ) |
| 6- reclama das medicações que tem que tomar | sim ( ) | não ( ) |
| 7- tem alteração de sono                    | sim ( ) | não ( ) |
| 8- agride verbalmente                       | sim ( ) | não ( ) |
| 9- outras informações. Especificar_____     | sim ( ) | não ( ) |

40. Com relação à tarefa de cuidador que o(a) Sr(a) desempenha, diga qual é a afirmação que se sente identificado(a)?

- |  |         |         |
|--|---------|---------|
| 1- para mim uma obrigação moral cuidar do idoso que cuido  | sim ( ) | não ( ) |
| 2- não há outro remédio se não cuidar dessa pessoa         | sim ( ) | não ( ) |
| 3- é algo que me dignifica como pessoa                     | sim ( ) | não ( ) |
| 4- minha família apóia e valoriza esse meu papel           | sim ( ) | não ( ) |
| 5- é uma carga excessiva                                   | sim ( ) | não ( ) |
| 6- a pessoa cuidada é muito agradecida e isso me gratifica | sim ( ) | não ( ) |
| 7- a sociedade valoriza muito os cuidados que presto       | sim ( ) | não ( ) |
| 8- pessoas acham eu não deveria fazer esse sacrifício      | sim ( ) | não ( ) |
| 9- apóio-me em minhas convicções religiosas                | sim ( ) | não ( ) |
| 10- outras. Especifique_____                               | sim ( ) | não ( ) |

Datar e assinar: \_\_\_\_\_

**ANEXO 1 – Ficha de cadastro de pacientes acamados da ESF São Gabriel**

**ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE NO DOMICÍLIO**

MICRO ÁREA: ..... DN: ...../...../.....

NOME: ..... PRONT.: .....

ACAMADO: ( ) SIM. HÁ QUANTO TEMPO: ..... ( ) NÃO

CUIDADOR: .....

PATOLOGIAS PRÉVIAS:

.....  
.....  
.....  
.....

MEDICAÇÕES QUE UTILIZA:

.....  
.....  
.....  
.....

CONDIÇÕES DE SAÚDE:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

VISITAS DOMICILIARES:

...../...../..... OBS.: .....



**UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

### CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto: TCC N. 51/09  
Versão 02/2010

Pesquisadores: Rita de Cássia Henz e Eliane Pinheiro de Moraes

Título: O PERFIL DO CUIDADOR FAMILIAR E SUAS NECESSIDADES COM RELAÇÃO AOS CUIDADOS PRESTADOS AO IDOSO ACAMADO EM UM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 22 de fevereiro de 2010.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Anne Marie Weissheimer  
Coordenadora substituta da COMPESQ

Anna Marie Weissheimer  
Coordenadora Substituta da COMPESQ En-UFRGS



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Pesquisador (a) Responsável:** Eliane Pinheiro de Moraes  
**Registro do CEP:** 479 **Processo N.º.** 001.013263.10.2  
**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – PSF São Gabriel.  
**Utilização:** TCLE  
**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.013263.10.2, referente ao projeto de pesquisa: “**O perfil do cuidador familiar e suas necessidades com relação aos cuidados prestados ao idoso acamado em um programa de saúde da família**”, tendo como pesquisador responsável Eliane Pinheiro de Moraes cujo objetivo é “Conhecer o perfil do cuidador principal de idosos acamados e suas necessidades de orientação e educação em saúde. Específicos: 1. Identificar o perfil do cuidador quanto às variáveis sócio-demográficas, condições de saúde e questões relacionadas ao cuidado prestado por esses ao idoso; 2. Levantar as necessidades de educação do cuidador com relação aos cuidados prestados nas atividades da vida diária”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 07/05/2010

  
Elen Maria Borba  
Coordenadora do CEP