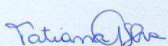


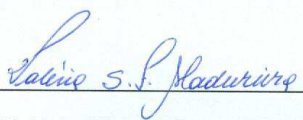
CHEILA MOCELIN
ORGANIZAÇÃO FAMILIAR FRENTE AO CUIDADO DE IDOSOS
DEPENDENTES

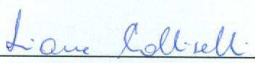
Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de grau de Bacharel em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira sul.


Orientador: Prof.^a Me. Tatiana Gaffuri da Silva

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:
11 de dezembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a Valéria Silvana Faganello Madureira – UFFS


Prof.^a Me. Liane Colliselli – UFFS

ORGANIZAÇÃO FAMILIAR FRENTE AO CUIDADO DE IDOSOS DEPENDENTES

CheilaMocelin*

Tatiana Gaffuri da Silva*

Resumo

Trata-se de um estudo qualitativo que buscou compreender como ocorre a organização de famílias cuidadoras de idosos dependentes em um bairro do município de Chapecó. Participaram do estudo 5 sujeitos que desempenhavam o papel de cuidador principal. A coleta de dados dividiu-se em duas etapas, a primeira com perguntas fechadas para obter informações que identificassem os participantes, como: idade, sexo, grau de instrução, estado marital, renda, nível de dependência (escala de Katz) e a segunda com foco na organização familiar. Para a análise dos dados foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo. Os discursos revelaram que apesar de toda a família necessitar adaptar-se as rotinas impostas pela presença do idoso, o cuidador principal é o membro da família que mais altera seus hábitos, e sofre privação da liberdade e mudanças na rotina. Ficou evidenciado nos discursos o quanto cuidadores e familiares necessitam da atenção e suporte das equipes de saúde.

Palavras chaves: Assistência domiciliar a idosos. Cuidador familiar. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A população brasileira tem passado por transformações nos âmbitos epidemiológico e demográfico, que vêm resultando em um aumento considerável da população com idade superior a 60 anos (VIEIRA et.al, 2011). Essas transformações se devem aos avanços tecnológicos da medicina e ao declínio da fecundidade, que associados elevaram expectativa de vida da população (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS; 2011).

Por mais que a ideia de que viver mais anos represente um avanço importante, vale lembrar que:

Com o aumento da expectativa de vida, elevaram se, também, os fatores de risco para as doenças não transmissíveis e, consequentemente, o número de idosos dependentes de uma ou mais pessoas para a supressão de necessidades mediante a incapacidade de realização das atividades da vida diária (VIEIRA et.al., p.2, 2011).

A dependência pode trazer limitações aos indivíduos que desfrutam dela, seja em decorrência de doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações, ou mesmo pela diminuição das capacidades funcionais e cognitivas que surgem normalmente com o avançar

*Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó. cheilamocelin@hotmail.com.

*Professora, Mestre, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó.
tatiana.silva@uffs.edu.br

da idade. Como consequência os idosos irão demandar cuidados domiciliares e adaptações no cotidiano de suas famílias (PEDREIRA, OLIVEIRA, 2012).

A família é o primeiro local que oferece cuidado ao idoso em situação de dependência (SALGUEIRO, LOPES 2010). Geralmente a família, torna-se a principal fonte de suporte, sendo os motivos que a levam a assumir a responsabilidade os mais variados, indo desde a obrigação moral culturalmente definida, até o vínculo afetivo e consanguíneo (CATTANI, GIRARDON 2004).

A família nesta condição passará a ser a ligação entre a equipe de saúde e a pessoa cuidada, pois a mesma é que acabará executando tarefas e cuidados recomendados pela equipe no dia a dia, além de ser ela quem irá muitas vezes procurar o serviço em busca de informações que possam melhorar o cuidado prestado (RAFACHO, OLIVER, 2010).

Segundo o Guia Prático do Cuidador, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), ser cuidador vai além do simples acompanhamento das atividades do dia a dia, e na maiorias das vezes o cuidador não foi preparado e nem tem suporte para lidar com tais responsabilidades, e em muitos casos o cuidador soma o cuidado às atividades que eram realizadas antes do adoecimento do familiar.

As famílias sob estas condições, portanto, precisam de uma eficiente rede de apoio, para que possam se manter saudáveis física e mentalmente oferecendo um cuidado adequado ao familiar idoso sob sua dependência.

Essas redes podem ser tanto formais quanto informais. A família, vizinhos, amigos e a comunidade constituem as redes de apoio informais, já as políticas públicas, previdência e assistência social, entre outras, formam as redes formais. Essas redes em conjunto ajudam os idosos que se encontram em situação de dependência e seus cuidadores a enfrentar os problemas do cotidiano além de proporcionar um maior bem estar aos mesmos (SOUZA et al., 2008).

Quando se tem conhecimento de como e em que proporção se altera a dinâmica da familiar ao assumir o cuidado de um familiar idoso dependente, tem-se maior facilidade em identificar quais apresentam maiores riscos de desequilíbrio, para a partir disso, propor ações e programas que vão ao encontro destas necessidades (SALGUEIRO, LOPES, 2010).

A compreensão deste fato é de extrema importância, pois a avaliação da composição familiar e das funções de seus membros fornece informações importantes para um melhor planejamento do cuidado aos idosos e melhor planejamento de intervenções que ajudem no restabelecimento do equilíbrio dessa unidade de relações, sempre que houver necessidade (ALVARENGA et. al. 2011).

Para a sociedade, este estudo é relevante, pois buscará resposta às demandas de saúde das famílias que se encontram com um familiar passando pelas fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento.

Para a Enfermagem, a presente investigação poderá apontar formas de assistir as famílias e cuidadores de idosos mantendo a saúde do núcleo familiar no enfrentamento do processo de dependência do idoso.

A motivação para a este estudo surgiu a partir de duas experiências pessoais, a primeira ocorreu ainda antes de ingressar na graduação, e inclusive foi o que motivou a escolher a enfermagem. Caracterizou-se por um longo período de auxílio no cuidado de um familiar idoso acamado, com a vivência de muitas dificuldades e a necessidade de adaptar-se à nova realidade. A segunda experiência foi durante a graduação em enfermagem, na 5ª fase durante a disciplina de Cuidado de Enfermagem em Atenção Básica, especificamente durante as atividades teórico práticas desenvolvidas em um Centro de saúde, onde identificamos grande número de idosos acamados cuidados por seus familiares. Nesta vivência, desenvolvemos atividades educativas aos cuidadores de acordo com as necessidades de cada família.

Desta forma o presente estudo objetivou “Compreender como ocorre a organização das famílias frente ao cuidado de idosos dependentes através da experiência do cuidador principal”.

MÉTODO

Estudo qualitativo com abordagem descritivo exploratória com a finalidade de identificar como ocorre a organização das famílias frente ao cuidado de idosos dependentes, uma vez que segundo Lefevre e Lefevre (2003):

Quando se quer conhecer o pensamento de uma comunidade sobre um dado tema, é preciso realizar (...) uma pesquisa qualitativa, já que para serem acessados os pensamentos, na qualidade de expressão da subjetividade humana, precisam passar previamente pela consciência humana (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2003, p.9).

Segundo Minayo (2000), a utilização do método qualitativo é o caminho para abordar a realidade, indo ao encontro de um universo de significados, motivos, aspirações atitudes e crenças. Com a busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento da compreensão. O critério não é numérico e são os sujeitos sociais que

detêm os atributos que o investigador deseja conhecer.

A pesquisa foi desenvolvida a partir de entrevista semiestruturada dirigida a 05 pessoas que executam o papel de cuidadores de pessoas idosas em situação de dependência, atendidas em um Centro de Saúde Família (CSF) do município de Chapecó- SC, no qual a pesquisadora realizava o estágio curricular supervisionado II.

As entrevistas foram feitas em visitas domiciliares previamente agendadas e o número de participantes foi definido pela saturação dos dados, conforme preconizado em estudos qualitativos.

Para a escolha das famílias, foi feita uma investigação inicial do número de famílias cuidadoras de idoso dependente na área de abrangência da unidade, através de informações repassadas pelas Agentes Comunitárias de saúde e pela enfermeira da unidade. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: Ser cuidador há pelo menos seis meses de idoso com dependência parcial ou total para executar atividades da vida diária.

Os dados foram coletados no período setembro a outubro de 2014, através de um roteiro semiestruturado, as respectivas respostas foram gravadas em gravador digital, sendo posteriormente transcritas integralmente.

O instrumento de coleta de dados foi composto por duas partes, à primeira com perguntas fechadas para obter informações que identificassem os participantes, como: idade, sexo, grau de instrução, estado marital, renda, nível de dependência (estimado pelas escala de Katz) e a segunda parte com perguntas abertas que objetivavam identificar como ocorre a organização das famílias frente ao cuidado de idosos dependentes.

A pesquisa respeitou as normas e diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde - Res. CNS 466/12, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob parecer substanciado do CEPCAA: 33714314.4.0000.5564.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza (neste caso) verbal, que busca dar conta da preservação do pensamento coletivo e extrair de cada um dos depoimentos as expressões-chaves/ideias centrais a fim de compor um ou mais discurso-síntese na primeira pessoa do singular (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2003).

Os DSC's foram estruturados conforme preconizam Lefèvre e Lefèvre (2003):

As questões transcritas foram examinadas repetidas vezes procurando selecionar as 'partes' relevantes de cada resposta individual, com grifos. Estes trechos constituíram as

expressões chaves (E-CH) que, segundo Lefèvre e Lefèvre (2003), são partes dos discursos que servem para ‘recheiar’ cada uma das ideias centrais.

Após a releitura destes trechos identificou-se as ideias centrais (IC’s), as quais, segundo Lefèvre e Lefèvre (2003), têm a importante função de individualizar os discursos, ou seja, permitir a construção dos discursos e distinção entre um e outro discurso.

Posteriormente reuniu-se as E-CH presentes nos depoimentos, que tiveram IC’s de sentido semelhante ou complementar, dando-lhes a forma de frases encadeadas, na primeira pessoa do singular, onde o pensamento de um grupo ou coletividade apareceu como se fosse um discurso individual, dando forma aos DSC’s.

Quando entrevistados sobre o cuidar e a estruturação da dinâmica familiar após tornarem-se cuidadores de idoso surgiram as seguintes IC’s: Privação da liberdade e aumento da responsabilidade\atenção por parte do cuidador; Adaptações na rotina conforme as necessidades do idoso dependente; Redes de apoio informais: família, amigos, vizinhos; Redes de apoio formais: CSF\ Políticas públicas; Aumento das dificuldades financeiras; Insegurança com relação aos cuidados oferecidos; Sofrimento; Fé em Deus; O cuidado como ato de amor, paciência e carinho.

Com o término da elaboração dos discursos, os mesmos foram analisados separadamente com base no referencial teórico deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados inicia-se com a caracterização dos participantes, primeiramente dos familiares cuidadores de idosos, mais especificamente do cuidador principal e a seguir dos idosos dependentes de cuidado.

Dos cuidadores 2 estão na faixa etária entre 60 a 70 anos, 2 entre 70 a 80 anos, e apenas 1 com idade entre 40 e 50 anos, o fato é que 80 % (4) dos cuidadores de idosos dependentes possuem idade superior ou igual a 60 anos. Nestes casos existe um idoso assumindo a responsabilidade pelo cuidado de outra pessoa idosa.

O cuidador deve ser alguém com quem o idoso possa contar, a enfermagem deve atentar para a faixa etária destas pessoas a fim de organizar o cuidado domiciliar e oferecer orientações adequadas para cada caso.

Oliveira e Caldana, (2012), alertam que o cuidador também pode apresentar limitações em decorrência do processo de envelhecimento, estando da mesma forma

suscetível à instalação de doenças crônicas não transmissíveis, requerendo apoio de outros membros da família e especial atenção das equipes de saúde.

Os responsáveis pelo cuidado são 3 do sexo feminino e 2 masculino. O grau de parentesco entre o cuidador e o idoso sob seus cuidados é representado por 2 esposos, 1 filho, 1 irmão e 1 amigo.

Dos cuidadores 2 possuem ensino fundamental completo, 1 ensino médio, 1 ensino superior, e 1 não frequentou nenhuma instituição de ensino.

Quanto a religiosidade\espiritualidade dos participantes, 4 nominaram-se católicos e 1 evangélico.

Considerando os idosos dependentes de cuidado os 5 eram do sexo feminino, a faixa etária encontrada foi de 1 entre 60 a 70 anos, 2 entre 70 à 80 anos, e 2 com 80 anos ou mais.

Quanto à renda familiar 4 vivem com recursos provenientes da própria aposentadoria que fica em torno de dois salários mínimos e 1 não possuiu renda, sendo também dependente financeiramente de seu cuidador.

O grau de dependência dos idosos participantes avaliado segundo a escala de KATZ mostrou que 2 são parcialmente dependentes, e 3 foram classificados como totalmente dependentes.

Quando questionados sobre quais haviam sido as principais modificações na dinâmica familiar, após a dependência do familiar idoso, sugeriram os seguintes discursos:

IC: Privação da liberdade e aumento da responsabilidade\atenção por parte do cuidador.

DSC 1:

“A liberdade mudou bastante e ao mesmo tempo aumentou a responsabilidade, não que cuidar seja um fardo, mas a gente acaba se privando de muitas coisas,não pode mais sair a hora que quer, tem que ficar só em casa, tive até que parar de trabalhar. As vezes chega alguém pra conversar, as vezes não. Então é ficar 24 horas em casa. Quando preciso sair, tenho que arrumar alguém pra ficar no meu lugar, por que a qualquer momento posso ser solicitado. De noite meu sono ficou leve, qualquer gemido; já fico de olho.”

O DSC 1 revela que o cuidado traz consigo o ônus da perda da liberdade advinda da necessidade de atenção constante que o cuidar do familiar exige, fazendo com que a vida do cuidador muitas vezes limite-se ao cuidar do outro, impossibilitando ações de lazer ou até mesmo o sair de casa para ir ao mercado, pagar contas etc.

Ser cuidador significa bem mais do que simplesmente acompanhar as atividades diárias dos indivíduos sob sua responsabilidade. Conforme o Guia Prático do Cuidador elaborado pelo Ministério da Saúde “significa oferecer atenção, zelar pela vida do outro, que

leva a importantes mudanças no cotidiano desses cuidadores” (BRASIL, 2008, p.7).

Simonetti e Ferreira (2008) concordam que as dificuldades do cuidar não estão presentes somente na realização das tarefas em si, pois envolvem também o fato do idoso necessitar de atenção constante, o que faz com que o cuidador permaneça em estado de alerta, disponível para satisfazer as necessidades do ser cuidado a qualquer momento. As falas evidenciam que quanto maior a demanda imposta, mais o cuidador tende a ficar isolado no domicílio para prestar os cuidados de que o idoso necessita.

Quando o cuidado é assumido apenas por um familiar, este é sendo privado de suas atividades de lazer e de trabalho fora do lar, além de não conseguir satisfazer suas necessidades biológicas e psicossociais, como dormir, descansar e cuidar de si, condição que torna a atividade ainda mais desgastante, tanto físico quanto mentalmente comprometendo a saúde, causando frustrações e perdas sociais que podem interferir na forma de cuidar (SCHOSSLER, CROSSETTI, 2008).

A equipe de saúde tem papel importante nesse processo e deve servir de apoio para o cuidador e sua família, prestando orientações e esclarecimentos sobre as atividades relacionadas ao cuidado no domicílio, a assistência deve ser direcionada também aos familiares, a fim de amenizar os sentimentos de abandono, tristeza, solidão e privação de liberdade que surgem nesse período (VIERA, 2012; MARTINS, 2011).

Com relação às mudanças ocorridas na rotina da família após a dependência do familiar a ideia central foi unânime:

IC: Adaptações na rotina conforme as necessidades do idoso dependente.

DSC 2:

“Depois que ela adoeceu veio morar conosco. No começo todo dia tinha a casa cheia de visita, agora precisamos adaptar a nossa rotina a realidade e às necessidades dela. Tem que comandar os horários de trocar fralda, de dar água, comida, remédios, tudo”.

Ao assumir a responsabilidade pelo cuidado de um familiar, o cuidador e a família adaptam suas vidas às necessidades do familiar cuidado. Assim, veem sua rotina modificada, em muitos casos, o idoso dependente, que antes tinha sua própria casa, passa a residir com o cuidador, que passa a ter o ambiente adaptado às necessidades do idoso, os objetos de decoração se misturam às medicações, materiais de curativo, entre outros objetos que fazem parte do cuidado (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

As funções dos membros da família também podem alterar-se, muitas vezes a filha passa a cuidar da mãe, a esposa cuida do marido acamado, o marido passa a cuidar da esposa

e das tarefas domésticas antes desenvolvidas por ela (BRASIL, 2008).

As famílias reorganizam sua rotina e na maioria das vezes, tudo na vida passa a ser planejado e executado em função das atividades relacionadas ao cuidado do idoso, o restante da família continua exercendo suas atividades fora do âmbito familiar sem grandes prejuízos, o cuidador principal muitas vezes é quem deixa de viver sua própria vida (VIEIRA, 2012).

Torres et. Al.(2009), evidenciaram em seus estudos que a dependência de um idoso causa um elevado comprometimento da funcionalidade familiar, alterando a dinâmica, a economia e a própria saúde dos membros que se ocupam do cuidado, Pavarini et. al.(2006) afirmam ainda que quando se tem uma boa relação entre a família e o idoso dependente a adaptação a essa nova realidade não é complicada, devido à relação de confiança e respeito pré-estabelecida, da mesma forma podem surgir grandes dificuldades se no histórico familiar existirem relações de conflitos não resolvidos.

Uma forma de enfrentar as dificuldades encontradas no dia a dia pelos cuidadores está ligada ao fato de poder contar com redes de apoio sejam elas formais ou informais:

IC: Redes de apoio informais: família, amigos, vizinhos.

DSC 3:

“Ainda bem que eu sou uma pessoa que tem bastante apoio, meu marido e meus filhos são parceiros, me entendem e me ajudam como podem, apesar de trabalharem fora quando preciso sair eles pedem folga, sempre dão um jeito, tem meus amigos e vizinhos que também sempre dão apoio, quando ela piora eles dão força, dizem que tudo vai ficar bem. Graças a Deus estamos rodeadas de gente de bem que nos ajuda.”

O discurso acima revela que a possibilidade de contar com alguém é de extrema importância para os cuidadores, mesmo que este apoio não seja propriamente no “cuidar”, percebe-se que o fato de ter com quem compartilhar sentimentos e descobertas faz com que o cuidador sinta-se mais seguro e amparado.

A família é tida como principal fornecedora de apoio social, funcional, econômico e afetivo, para o idoso e seu cuidador (NARDI, OLIVEIRA, 2008). O apoio de pessoas ou grupos auxilia no enfrentamento das dificuldades que tarefa de cuidar trás consigo, fazendo com que minimizem-se os aspectos negativos, contribuindo positivamente para a sua saúde do idoso e do cuidador (FRATEZI, GUTIERREZ, 2011).

Conforme Gueda e Damascena (2009), o apoio ameniza as tensões associadas ao processo de cuidar de um idoso com dependência, favorecendo a manutenção do equilíbrio da saúde do cuidador que, por sua vez, terá melhores condições para atender o idoso fragilizado.

Além das redes informais compostas por familiares, vizinhos e amigos, os cuidadores reforçam a importância de receber apoio das redes formais, no caso do Centro de Saúde da Família, conforme pode ser visualizado no discurso a seguir:

IC: Redes de apoio formais: CSF\ Políticas públicas

DSC 4:

“O posto de saúde pra nós é bom, são todos atenciosos, sempre fui bem tratada, quando precisamos de visita do médico ou da enfermeira eles sempre vêm. Às vezes demora um pouco, talvez não seja por má vontade, mas esses dias precisava de uma visita domiciliar do médico, mas só tinha vaga pra o próximo mês ele estava com a agenda lotada, daí vai fazer o que? Quando a gente precisa de receitas ou os remédios, as agentes de saúde levam em casa, a enfermeira vem se precisa, sempre fazem o melhor. Até me perguntam se nós temos plano de saúde, eu digo: sim, o SUS. Só o que poderia melhorar é que o governo deveria disponibilizar mais recursos para a saúde, por que a gente percebe que no posto tem os remédios mais baratos, mas os caros não tem, então fica difícil comprar, mas tem que dar um jeito por que a gente toma por que precisa e não por que quer.”

Para o DSC 4 os participantes criticam à carência de certos insumos como medicamentos e também de recursos humanos em número suficiente para suprir as demandas sociais impostas, refletindo em desassistência às famílias.

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos durante o processo de envelhecimento as políticas públicas de saúde veem promovendo modos de viver mais saudáveis e seguros, a fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, assim podemos citar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que vem ao encontro desse objetivo (BRASIL, 2007):

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2007, p.12).

A rede de Atenção Básica deve oferecer ao idoso e sua família, “atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer”(BRASIL, 2007, p.13).

Percebe-se avanços em relação às políticas públicas de saúde, porém quando se fala em cuidados à pessoa idosa essas políticas ainda são insatisfatórias e demonstram fragilidades, não dando conta das necessidades sociais impostas. Torna-se emergente encontrar mecanismos que dêem conta de uma assistência mais efetiva e dinâmica, capaz de suprir as demandas crescentes dos idosos e de suas famílias (BRASIL, 2007).

Quando questionados sobre quais eram as principais dificuldades enfrentadas no dia a dia surgiram os seguintes discursos:

IC: Aumento das dificuldades financeiras.

DSC 5:

“A doença na família faz gastar muito dinheiro, além de não poder trabalhar, o SUS não disponibiliza os remédios mais caros, fraldas entre outras coisas, assim, o dinheiro que se ganha já não é muito, e não é só para cobrir as despesas com água, luz, comida e telefone, tem que controlar para que no fim do mês não falte dinheiro, deixar de gastar com outras coisas pra gastar em saúde, nunca dá pra dizer que se está tranquilo, mas vamos vivendo.”

Entre os participantes a média de remuneração mensal ficou entre dois salários mínimos. Alguns cuidadores pararam de trabalhar e dividem recursos provenientes da aposentadoria do idoso entre as despesas da casa e os gastos com o cuidado. O DSC 5 revela que a diminuição da renda combinada com o aumento das despesas fazem com que a família procure alternativas para o controle dos gastos.

Carreira (2006) descreve que, com a dependência de um familiar, além de desgaste físico e emocional, elevam-se os custos de vida diária, devido à necessidade de realizar consultas com médicos especialistas, fazer alguns exames solicitados, adquirir certos medicamentos, entre outros.

A sobrecarga financeira acaba sendo mais um fator agravante, causando estresse e desgaste físico, não só para o cuidador, mas para toda a família (ARAÚJO, 2013).

O custo de cuidar pode torna-se ainda mais altos se for feita a soma das horas dedicadas ao cuidar do idoso e dos prejuízos que o abandono temporário ou definitivo do trabalho traz (VIEIRA et. al, 2011).

Nesse sentido, é clara a necessidade da estruturação nas redes, de um serviço que forneça suporte social, físico e emocional aos cuidadores e familiares.

Outra dificuldade encontrada pelos cuidadores familiares diz respeito aos cuidados oferecidos, como demonstra o discurso a seguir:

Ideia central: Insegurança com relação aos cuidados oferecidos.

DSC 6 :

“Sinto bastante medo e insegurança, porque não sei se estou fazendo a coisa certa, faço o que eu acho melhor, o que eu sei aprendi sozinha, às vezes me atrapalho com os remédios, é

difícil saber se está tudo certo, se o que a gente está fazendo é o melhor, só não quero que sinta dor ou piorer”.

O DSC 6 mostra que uma das dificuldades enfrentadas pelos cuidadores é a insegurança com relação aos cuidados prestados, demonstrando a falta de assistência efetiva por parte do sistema de saúde, pois se o que eles sabem aprenderam sozinhos, onde estão as orientações que devem ser feitas aos cuidadores no momento da alta hospitalar? E quais são as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da família?

Simonetti e Ferreira, em estudo realizado em 2008, também detectaram que uma das dificuldades dos cuidadores é entender a doença e suas complicações e a forma com que o cuidado deve ser oferecido.

Segundo Vieira et. al. (2011) o cuidar de um idoso dependente envolve tarefas complexas, com diversas dificuldades que são agravadas se o cuidador não receber apoio e orientação adequada. O sentimento de insegurança pode potencializar o desgaste físico e emocional do cuidador, trazendo consequências negativas para sua saúde e para o cuidado oferecido.

O Guia prático do cuidador (2008) descreve que o cuidador é geralmente leigo, e não está preparado para enfrentar as dificuldades que surgem no dia a dia do cuidado, necessitando de orientações sobre a doença e o cuidado, além de auxílio para execução de algumas tarefas. Martins et. al (2011) destaca que quando o cuidador é preparado para exercer sua função, o mesmo enfrentará com maior segurança as dificuldades inerentes ao ato de cuidar.

Com o exposto reafirma-se a importância da enfermagem investir em ações que melhorem o enfrentamento do cuidador, de forma a otimizar sua colaboração no planejamento e na execução dos cuidados (VIEIRA et. al. 2011).

Quando questionados sobre qual era o significado de ser cuidador surgiu a seguinte IC:

IC: Sofrimento

DSC 7:

“Ser cuidador é sofrido por que é difícil ver a pessoa assim, a gente lembra tudo que a pessoa fazia e agora está nessa situação, sofre com medo que ela piorer, é não é fácil, só quem passa por isso pra saber.”

O DSC 7 evidencia que lidar com as perdas e com o aumento das necessidades de um familiar não é uma tarefa fácil, os cuidadores sofrem para se adaptarem à nova realidade, o familiar que muitas vezes era provedor de cuidados agora necessita do cuidado de outrem

para viver, o cuidador encontra dificuldades para aceitar essa inversão de papéis, e muitas vezes sente-se culpado por não poder mudar tal situação.

Com o cuidado e o contato do dia a dia com a dor e o sofrimento do familiar sob sua dependência, diversos sentimentos podem surgir, entre eles o sofrimento (IGNACIO, 2011). Ver o ente querido com limitações, piorando progressivamente em decorrência de doença terminal e/ou crônica abala o emocional da família e do cuidador “podendo provocar sentimentos diversos e contraditórios como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação e choro”(BRASIL, 2007, p. 43).

Com o discurso fica claro que cuidar de um familiar mesmo que seja por escolha e feito com carinho e dedicação, mobiliza um misto de sentimentos, nem sempre positivos, que se não forem compartilhados, podem levar o cuidador ao adoecimento.

Como estratégia de enfrentamento surgiu o seguinte discurso:

IC: Fé em Deus:

DSC 8:

“Eu tenho muita fé em Deus acho que é isso que me ajuda ter força, por que se a gente esquecer Deus que é o principal, daí não dá, tem que ter fé”.

O DSC 8 revela que o cuidador procura buscar em uma entidade divina o suporte e força necessários para superar a dor e o sofrimento. A fé auxilia no processo de aceitação da realidade e na superação das dificuldades do dia-a-dia.

Quando o ser humano adoecer ou presenciar o adoecimento de um familiar, passa a viver com situações de sofrimento e desequilíbrio, fato que o leva a buscar alternativas para enfrentar a situação Mendonça, Garanhani e Martins (2008). Neste momento a espiritualidade\religiosidade emerge auxiliando doentes e cuidadores no enfrentamento do processo (GERONASSO, COELHO, 2012).

A espiritualidade\religiosidade, percebida como recurso complementar na ação de cuidar do idoso, tem segundo Genorasso e Coelho (2012), influência positiva e significativa no enfrentamento de situações de sofrimento e desequilíbrio.

Ao serem questionados sobre por qual motivo haviam assumido os cuidados do familiar idoso, o discurso foi o seguinte:

IC: O cuidado como ato de amor, paciência e carinho.

DSC 9:

“Pra mim se resume em paciência e amor. É a paciência, o amor, o carinho, um ato de compreensão que temos que ter para cuidarmos. É uma escolha. Gosto de cuidar, faço por amor não por interesse, pois a gente não sabe como vai ser o amanhã, ela fez parte da minha vida em tempos de saúde, tempo que nós trabalhávamos, agora ela tá doente, enferma, mas continua sendo quem sempre foi: minha família.”

O DSC 9 revela que o cuidar está intimamente ligado à sentimentos de amor, gratidão, paciência e carinho, sentimentos cultivados nas relações familiares. Para os cuidadores participantes, cuidar do outro é resultado do amor familiar, e também oportunidade de retribuir o que se recebeu da pessoa outrora, evidenciando que o tipo de relação familiar estabelecido ao longo da vida pode ser determinante para que o cuidado seja desenvolvido com amor e dedicação.

Segundo Marcon et. al. (2005), as famílias têm assumido a responsabilidade pelo cuidado da saúde de seus membros, sendo motivadas por bons sentimentos. Manoel et. al. (2013) também descrevem que o significado de ser cuidador é influenciado pelo amor, que é o que atribui sentido a essa ação.

Cattani, Girardon-Perlini (2004) reforçam em seus estudos a existência do componente afetivo no processo de tornar-se cuidador, onde sentimentos de carinho, amor e ternura, apresentam-se como fatores importantes para a escolha de tal função.

Assim, mesmo que a tarefa seja difícil, se houver uma relação de afeto entre o cuidador e o doente, o cuidador verá seu esforço de forma positiva, como demonstração de amor, minimizando a possibilidade de o ato ser considerado um fardo ou castigo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da expectativa de vida traz consigo a dependência que pode acometer os indivíduos que dela desfrutam. Esses indivíduos consequentemente irão demandar cuidados domiciliares e mudanças no cotidiano de muitas famílias.

Com o desenvolvimento deste trabalho observou-se que vários aspectos se alteram na rotina da família que tem um idoso em condição de dependência, o dia-a-dia acaba se modificando de acordo com as necessidades do idoso, as dificuldades financeiras se agravam, as redes de apoio informal muitas vezes são fortalecidas.

Nos DSC, a diminuição da liberdade e o aumento da responsabilidade na vida dos cuidadores principais apareceram como uma mudança significativa, percebe-se que por mais que a família e as redes de apoio informais ajudem nas atividades do cuidado, não assumem responsabilidade efetiva pelo familiar idoso. Neste sentido, na medida em que as necessidades de cuidado aumentam mais o cuidador tende a ficar isolado no domicílio para prestar os cuidados de que o idoso necessita.

O familiar que assume o papel de cuidador principal na maioria das vezes, não está preparado para a função, por conta disso, acaba se sentindo inseguro com relação aos cuidados prestados, necessitando de orientações sobre a doença e o cuidado, além de auxílio para execução de algumas tarefas, fica evidente no DSC 6 o quanto cuidadores e familiares necessitam da atenção e suporte das equipes de saúde, que ainda não estão preparadas para essa nova condição, seu atendimento está voltado principalmente para o atendimento da mulher e da criança, não dispondo de atendimento sistematizado para o idoso dependente.

O cuidado domiciliar tem particularidades que exige reorganização dos serviços de saúde para a identificação das necessidades desta clientela (MARTINS et. al, 2011)

Apesar do estudo objetivar reconhecer a dinâmica das famílias cuidadoras sob a ótica do cuidador principal, os DSC's evidenciaram de forma mais significativa as mudanças que acontecem na vida do familiar que assume o papel de cuidador principal. Desta forma, sugere-se a realização de novas pesquisas, feitas com outros membros da família, para confirmar e recheiar os achados deste estudo.

Os DSC's não evidenciaram riscos na organização do núcleo familiar, talvez pelos cuidadores apresentarem idade superior ou igual a 60 anos. Neste sentido, nos questionamos sobre quais seriam as alterações na dinâmica de uma família "jovem" que assuma os cuidados de um idoso dependente? Será que surgiriam outras demandas?

FAMILY ORGANIZATION FRONT OF THE ELDERLY DEPENDENT CARE

Cheila Mocelin

Tatiana Gaffuri da Silva

Abstract

This is a qualitative study aimed to understand how is the organization of caregivers of dependent elderly families in a neighborhood in the city of Chapecó. Study participates ram- 5 subjects who played the role of primary caregiver. Data collection was divided into two stages, the first with closed questions for information to identify the participants, such as age, sex, educational level , marital status, income , level of dependence (Katz scale) and the second focusing on family organization . To analyze the data we used the Collective Subject Discourse. The discourses revealed that for all the family need to adapt the routines imposed by the presence of the elderly , the primary caregiver is the family member who most change their habits , and suffer deprivation of liberty and changes in routine . It was evident in the speeches as the caregivers and families need the attention and support of health teams.

Keywords: Home care for the elderly. Family caregiver. Family health.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. R. M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**.v.16, n.5, p. 2603-2611. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500030>>. Acesso em 20 set. 2014.

ARAÚJO, J. S.et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**Rio de Janeiro,v16 n.1; 149-158,2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000100015&script=sci_arttext>. Acesso em 12 ago. 2014.

ARAÚJO, I. ; PAUL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Rev. esc. enferm.**v.45, n.4, p. 869-875, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400011>. Acesso em 10 jun. 2014.

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, v. 64 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 19, p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 2007.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em:<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/812/929>>. Acesso em 13 set. 2014.

FRATEZI, F.R. GUTIERREZ, B. A. O.Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, v.16, n.7, p. 3241-3248.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800023&script=sci_arttext>. Acesso em 03 set. 2014.

GARBIN, C.A.S. et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos.**Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 6. P.2941-2948, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a32v15n6.pdf>> Acesso em 15 out.2014.

GERONASSO, M. C. H.; COELHO, D. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v.1.n.1. p. 173-187, 2012. Disponível em<<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/227>>. Acesso em 28 out. 2014.

GUEDEA, M. T. D.et al. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. **Psicologia & Sociedade**,v.21, n2. p. 242-249, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000200011&script=sci_arttext>. Acesso em 01 nov. 2014

IGNACIO, M. G. et. al. Aspectos da sobrecarga em cuidadores de pacientes terminais por câncer: revisão de literatura. **Psicol. hosp. (São Paulo)** v.9, n.1, p. 24-46, 2011. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167774092011000100003&script=sci_arttext>. Acesso em 10 nov. 2014.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCAS,2003.

MAZZA, M. M. P. R.; LEFEVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev. bras. crescimento desenvolv.hum.**[online]. v.15, n.1, p. 1-10, 2005. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822005000100002&script=sci_arttext>. Acesso em 28 out. 2014.

MARCON, S. S. et.al. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto contexto - enferm.** v.14, n.spe, p. 116-124, 2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000500015&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 out. 2014.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P., KUSUMOTA, L. Cerebrovascular accident in the aged: changes in family relations. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** . v.14, n.3, p. 364-371, 2006. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000300009>>. Acesso em 04 out. 2014.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto contexto - enferm.** v.16, n.2, p. 254-262 , 2011. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200007>>. Acesso em 02 nov. 2014.

MANOEL, M. F., et al. As relações familiares eo nível de sobrecarga do cuidador familiar. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 346-353, 2013. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200020>>. Acesso em 14 nov. 2014.

MENDONÇA, F. F.; GARANHANI, M. L.; MARTINS, V. L. Family caregiver of stroke sequel patients: meanings and implications. **Revista de Saúde Coletiva**. v.18,n. 1, p. 143-158, 2008. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000100009>>. Acesso em 14 nov. 2014.

MINAYO, M. C. S. et al. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>>. Acesso 10 mai. 2014.

NARDI, E. F. R; OLIVEIRA, M.. L. F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.29, n.1, p. 47, 2008. Disponível em:<<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5263>>. Acesso em 03 nov. 2014.

OLIVEIRA, A. P; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 675-685, 2012. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300013>>. Acesso em 15 nov. 2014.

OLIVEIRA, S. G. et al. O enfrentamento da terminalidade pelos cuidadores familiares durante a internação domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v.14, n.3

2013. Disponível

em:<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/696>>. Acesso em 15 nov. 2014.

PAVARINI, S. C. I. , et al. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. **Revista eletrônica de Enfermagem**. v. 8, n.3. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/7071>> Acesso em 20 nov. 2014.

PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev. bras. enferm.**v.65, n.5, p. 730-736, 2012.Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500003>>. Acesso em 10 nov. 2014.

RAFACHO, M.; OLIVER, F. C. A atenção aos cuidadores informais/familiares e a Estratégia de aúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**.v. 21, n. 1, p. 41-50, 2010. Disponível em:<<http://revistas.usp.br/rto/article/view/14084/15902>>. Acesso em 13 nov. 2014.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)** , v.31, n.1, p. 26-32, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472010000100004&script=sci_arttext>. Acesso 30 mai. 2014.

SCHOSSLER, T; CROSSETTI, M.G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Texto contexto enferm.** vol.17, n.2, p. 280-287, 2008. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200009>> Acesso em 27 out. 2014.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C.Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Rev. esc. enferm. USP**.v.42, n.1, p. 19-25, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100003>>. Acesso em 10 nov. 2014.

SOUZA, E. R.; RIBEIRO, A. P.; ATIE, S.; SOUZA, A. C.; MARQUES, C. C.. Rede de Proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Cienc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400011>>. Acesso em 13 nov. 2014.

TORRES, G. V., et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Avaliação psicológica**, v. 8, n. 3, p. 415-423, 2009. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712009000300013&script=sci_arttext>. Acesso em 10 nov. 2014.

THOBER, E. ; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Rev. Bras.Enferm.** v.58, n.4, p. 438-43, 2005. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000400011>>. Acesso em 12 nov. 2014.

VIEIRA, L., et al. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, n. 15, v.2, p. 255-263, 2012. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000200008>>. Acesso em 08 nov. 2014.

VIEIRA, C. P. D. et. al. Prática educativa para autonomia do cuidador informal de idosos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.15, n.1, p. 135-140, 2011. Disponível em:<<http://www.dx.doi.org/S1415-27622011000100018>>. Acesso em 09 nov. 2014.