



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE: ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA**

CAMILA GATTO

**PREVALÊNCIA DE SOBRECARGA EM CUIDADORES DE IDOSOS
ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

**PASSO FUNDO, RS
2019**

CAMILA GATTO

**PREVALÊNCIA DE SOBRECARGA EM CUIDADORES DE IDOSOS
ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde: Área de Concentração Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lissandra Glusczak

Coorientadora: Farm. Thaís Scalco

PASSO FUNDO, RS
2019

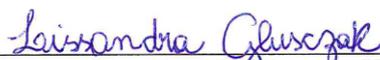
CAMILA GATTO

**PREVALÊNCIA DE SOBRECARGA EM CUIDADORES DE IDOSOS
ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

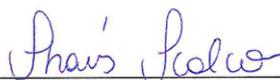
Trabalho de Conclusão de Residência,
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde: Área de
Concentração Atensão Básica da Universidade
Federal da Fronteira Sul, como requisito
parcial para obtenção do título de Especialista.

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em:
09/12/2019

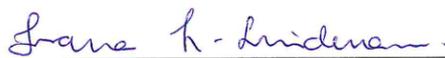
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Lissandra Glusczak - UFFS
Orientadora



Preceptora Esp. Thais Scalco - SMS-Marau/RS
Coorientadora



Profa. Dra. Ivana Loraine Lindemann - UFFS



Profa. Dra. Renata dos Santos Rabello - UFFS

RESUMO

Como parte do projeto de formação do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, o Trabalho de Conclusão de Residência é o produto do percurso realizado durante o primeiro, segundo, terceiro e quarto semestre, através dos componentes curriculares “Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e TCR I, II, III e IV”, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Lissandra Glusczak e coorientação da Farmacêutica Thaís Scalco, assim como dos professores desses componentes curriculares. O Trabalho de Conclusão de Residência foi construído a partir das necessidades de pesquisa em saúde identificadas no cotidiano do Sistema Único de Saúde, nos serviços de saúde e/ou comunidade. O “Volume Final do Trabalho de Conclusão de Residência” é composto de quatro capítulos, sendo: Capítulo I: Diagnóstico Territorial, teve como objetivos compreender a estrutura de saúde do Município de Marau, RS, conhecer a área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família da Santa Rita, a metodologia de trabalho da equipe e o perfil da comunidade assistida; Capítulo II: Projeto de Pesquisa-Intervenção, apresentou como tema avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos assistidos na atenção básica de saúde; Capítulo III: Relato do Trabalho de Campo e Percurso da Intervenção, descreve todas as etapas e fases do trabalho de campo da pesquisa; Capítulo IV: Artigo Científico, intitulado como Prevalência da Sobrecarga em Cuidadores de Idosos Assistidos na Atenção Básica de Saúde e Considerações Finais.

Palavras-chaves: Estratégia de Saúde da Família; Atenção Básica; Envelhecimento Populacional; Cuidadores.

ABSTRACT

As part of the training project of the Multiprofessional Residency Program of the Federal University of Fronteira Sul, Passo Fundo campus, the Residency Completion Work is the product of the course undertaken during the first, second, third and fourth semester, through the curriculum components. Health Research, Intervention Project and TCR I, II, III and IV”, under the guidance of Prof. Dr. Lissandra Gluszczak and co-orientation of Thaís Scalco Pharmaceuticals, as well as the teachers of these curriculum components. The Residency Completion Work was built from the health research needs identified in the routine of the Unified Health System, health services and / or community. The “Final Volume of the Residency Completion Work” is composed of four chapters: Chapter I: Territorial Diagnosis, the objective was to understand the health structure of the Municipality of Marau, RS, to know the coverage area of the Santa Rita Family Health, the team's work methodology and the profile of the assisted community; Chapter II: Research-Intervention Project, presented as its theme to evaluate the burden of caregivers of elderly assisted in primary health care; Chapter III: Fieldwork Report and Intervention Path, describe all the stages and phases of the fieldwork of the research; Chapter IV: Scientific Article, entitled Prevalence of Overload in Caregivers of Elderly Assisted in Primary Health Care and Final Considerations.

Keywords: Family Health Strategy; Primary care; Population-ageing; Caregivers.

SUMÁRIO

1	CAPÍTULO I - DIAGNÓSTICO TERRITORIAL	12
1.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE (ABS) E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	12
1.1.1	Papel dos programas de residência multiprofissional em saúde na formação de recursos humanos para o SUS	13
1.2	APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO ONDE ESTÁ SENDO REALIZADA A RESIDÊNCIA	15
1.2.1	História do município	15
1.2.2	Cronologia e emancipação	17
1.2.3	Território e população	18
1.2.4	Localização geográfica	19
1.2.5	Habitação e infraestrutura	19
1.2.6	Manejo do lixo	21
1.2.7	Abastecimento de água	21
1.2.8	Manejo de esgoto sanitário	22
1.2.9	Aspectos culturais e sociais	22
1.2.10	Economia	26
1.2.11	Emprego e rendimento	27
1.2.12	Aspectos demográficos e epidemiológicos	28
1.2.13	Condições de vida e longevidade	31
1.2.14	Educação	32
1.3	DESCRIÇÃO DO SISTEMA E DA REDE DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL	34
1.3.1	Organograma da Secretaria Municipal de Saúde	34

1.3.2	Equipe de trabalho	35
1.3.3	Sistemas de informação em saúde	37
1.3.4	Sistema Municipal de Vigilância em Saúde	38
1.3.5	Outros serviços de atenção à saúde	39
1.4	CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	41
1.4.1	História do bairro Santa Rita	41
1.4.2	Território	41
1.4.3	Escolas	43
1.4.4	Controle social, atividades de educação em saúde e outras atividades realizadas da ESF Santa Rita	45
1.5	DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA E DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE	47
1.5.1	ESF Santa Rita	47
1.5.2	Residência Multiprofissional em Saúde	52
1.6	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	52
1.7	CONSIDERAÇÕES FINAIS ACERCA DO DIAGNÓSTICO GERAL	57
1.8	PROPOSTA DE PESQUISA-INTERVENÇÃO	57
1.8.1	Tema	57
1.8.2	Introdução	58
1.8.3	Problemática	59
1.8.4	Justificativa	59
1.8.5	Objetivos	59
1.8.5.1	Objetivo geral	59
1.8.5.2	Objetivos específicos	60

1.8.6	Revisão bibliográfica	60
1.8.7	Metodologia	63
1.8.8	Intervenção	63
1.8.9	Conclusão	64
	REFERÊNCIAS	65
2	CAPÍTULO II - PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO ..	69
2.1	RESUMO	69
2.2	INTRODUÇÃO	69
2.2.1	Tema	70
2.2.2	Problema	71
2.2.3	Hipóteses	71
2.3	OBJETIVOS	71
2.3.1	Objetivo geral	71
2.3.2	Objetivos específicos	71
2.4	JUSTIFICATIVA	71
2.5	REFERENCIAL TEÓRICO	72
2.6	METODOLOGIA	76
2.6.1	Tipos de estudo	76
2.6.2	Local e período de realização	76
2.6.3	População e amostragem	76
2.6.4	Variáveis e instrumento de coleta de dados	77
2.6.5	Logística e coleta de dados	78
2.6.6	Processamento, controle e análise dos dados	78
2.6.7	Aspectos éticos	78

2.6.8	Intervenção	80
2.6.9	Resultados esperados	80
2.7	RECURSOS	81
2.8	CRONOGRAMA	82
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO: CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADORES	86
	APÊNDICE 2 - TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA	87
	APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	88
	ANEXO 1 - ESCALA DE KATZ - ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVDS)	90
	ANEXO 2 – AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES	91
3	CAPÍTULO III - RELATO DO TRABALHO DE CAMPO E PERCURSO DA INTERVENÇÃO	93
3.1	INTRODUÇÃO	93
3.2	LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS	93
3.2.1	Logística prévia a coleta de dados	93
3.2.2	Instrumento de coleta de dados	94
3.2.3	Perdas e recusas	95
3.2.4	Preparação e organização do banco de dados	96
3.2.5	Potencialidades e desafios enfrentados durante a coleta de dados	96
3.3	RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	97

3.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO	98
4	CAPITULO IV – ARTIGO CIENTÍFICO	99
4.1	ARTIGO CIENTÍFICO	99
4.2	NORMAS DA REVISTA SELECIONADA	119
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	126

1 CAPÍTULO I - DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE (ABS) E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce na década de 1980, promovido pelas lutas sociais que envolveram os profissionais da saúde, a população e os gestores, no processo de democratização brasileira. A partir de negociações entre as instâncias federativas, passou a estruturar-se por níveis de complexidade e de forma descentralizada, dividindo-se em Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade. A Atenção Básica é colocada como a principal porta de entrada para o acesso aos demais níveis, mas também entram nessa categoria os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços de Urgência e Emergência e os Serviços especiais de acesso aberto (Decreto 7.508/2011).

Para Souza (2002), “o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população” (SOUZA, 2002, p. 16). Assim, desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde busca afirmar-se enquanto um sistema potente de acesso universal, igualitário e equânime. Para tanto, a Atenção Básica demanda articulação e trabalho para que opere de fato como a principal porta de entrada e como organizadora do sistema. Campos et al. (2010, p. 133), aponta que “a Atenção Primária é considerada um arranjo assistencial importante aos países que almejam um sistema de saúde com atenção à saúde qualificada e em que seja um direito de cidadania”, ou seja, são necessárias discussões e trabalho com foco na qualificação deste nível do sistema.

Em meados de 1990 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), cujo mote era uma reforma assistencial do sistema de saúde, no nível da Atenção Básica em Saúde. Com base na concepção de que um programa tem início, desenvolvimento e finalização, em 2006 o PSF passa a ser intitulado Estratégia de Saúde da Família, ESF, trazendo em seu bojo a proposta de uma política permanente de acesso da população à saúde na Atenção Básica (DIMENSTEIN, LIMA, MACEDO, 2012).

A composição básica da ESF é de uma equipe multiprofissional com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo contar ainda com cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, e ainda ser composta por outros profissionais (BRASIL, 2007). Sua relação com a comunidade é pela

mediação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a partir da ferramenta das Visitas Domiciliares (VD's). Para Dimenstein, Lima & Macedo (2012, p. 43) “a ESF introduziu um modo ativo de intervenção em saúde” não tendo que, desta forma, esperar a demanda para efetuar uma intervenção, trabalhando de forma preventiva, o que representa “um instrumento real de reorganização da demanda” (DIMENSTEIN, LIMA, MACEDO, 2012, p. 43).

Brasil (2009) estabelece que a Atenção Básica em Saúde

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. [...] Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2009, p. 43,44).

Assim, quando se pensa em “complexidade” do Sistema de Saúde, a noção que se tem é a de uma complexidade relacionada ao uso de tecnologias, as tecnologias duras e as leves-duras, tal como proposto por Merhy (1998). No entanto, a Atenção Básica, por meio da ESF, faz uso de tecnologias de baixa densidade, com procedimentos mais simples e baratos conseguindo, desta forma, atender à maior parte dos problemas de saúde de uma comunidade. Para Brasil (2007, p. 16), a organização da atenção básica, “seu desenvolvimento e sua aplicação” podem “demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade”. Assim, a “complexidade” na Atenção Básica em Saúde se dá no cuidado diário e longitudinal, no tratamento dos sujeitos de forma integral, no acolhimento e na compreensão da complexidade da vida humana.

1.1.1 Papel dos programas de residência multiprofissional em saúde na formação de recursos humanos para o SUS

Um dos desafios para o funcionamento do Sistema Único de Saúde, desde seu início, é a necessidade de profissionais capacitados para o exercício de suas funções no sistema. Observa-se que, no período de graduação, os estudantes vivenciam um intenso aprendizado técnico para as profissões, porém, o aspecto prático do trabalho em saúde fica em déficit. É a partir desta demanda que nascem os programas de Residência Multiprofissional, cujo objetivo principal é preparar profissionais para o Sistema Único de Saúde, oferecendo ferramentas para reflexão e trabalho. Conforme Rosa e Lopes (2009) apud Rosa e Vasconcelos (2014), o

Programa da Residência Multiprofissional em Saúde foi apresentado como estratégia de reorientação da Atenção Básica para a implantação/reorganização dos serviços públicos embasados na lógica do SUS, com o objetivo de produzir as condições necessárias para a mudança no modelo médico-assistencial restritivo, ainda hegemônico, de atenção em saúde (ROSA; LOPES, 2009, p. 2).

Esta proposta traz para os serviços do Sistema Único o imperativo de serem repensadas as práticas, as formas de cuidado e as concepções acerca da saúde. Quando um serviço abre as portas para profissionais residentes, também abre-se para novas possibilidades, para questionamentos e mudanças de práticas.

No artigo segundo da Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, lemos quais os eixos norteadores que devem orientar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, que deverão embasar-se nos princípios e diretrizes do SUS. No total, são doze eixos, que apontam para que os cenários de educação em serviço sejam representativos da realidade sócio epidemiológica do Brasil; assinalam a necessidade de uma concepção ampliada de saúde, com respeito à diversidade e ao sujeito enquanto um ator social; apontam para a importância de uma política nacional de gestão da educação na saúde; assinalam que a abordagem dos programas deve considerar as pessoas envolvidas no processo, como sujeitos e protagonistas sociais; consideram que as estratégias pedagógicas devem garantir uma formação integral e interdisciplinar; apontam que deve haver integração entre ensino-serviço-aprendizagem, com parceria entre gestores, trabalhadores e usuários; reforçam a necessidade de integração de saberes e práticas, com vistas à consolidação da educação permanente; consideram necessária a integração entre os Programas de Residência com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde, bem como articulação da Residência Multiprofissional com a Residência Médica; consideram importante o trabalho sob a perspectiva da descentralização e regionalização; apontam para a necessidade de desenvolvimento da criticidade e reflexão por parte do profissional residente, a partir de avaliações formativas; e, por fim, ressaltam a importância de trabalhar a integralidade, que contemple a Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.

Conforme Rosa e Vasconcelos (2014) destacam,

não se pode negar que o programa da Residência Multiprofissional deve ser considerado como uma tendência para a construção de políticas de formação de recursos humanos na saúde. [o qual] gerou micro rupturas na política hegemônica da formação superior em saúde, na modalidade da residência, que, até então, era de exclusividade da área médica. [portanto] pretende ser uma estratégia para a implantação do SUS, o que suscita perspectivas otimistas do Estado velar pelo cumprimento dessas prescrições legais (ROSA, VASCONCELOS, 2014, p. 7).

Desta forma, “em decorrência da implantação da Residência, a política de formação e desenvolvimento de profissionais para a saúde passou a ser uma política do SUS” (ROSA, VASCONCELOS 2014, p. 4), observando-se, assim, a importância dos Programas, tanto para a formação de recursos humanos qualificado, quanto para mobilização de mudanças e avanços no Sistema Único de Saúde.

1.2 APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO ONDE ESTÁ SENDO REALIZADA A RESIDÊNCIA

1.2.1 História do município

De acordo com o descrito no site da Prefeitura Municipal de Marau, o município recebeu este nome a partir de uma trágica história sobre um cacique bravo, de nome Marau. Conforme a história, Marau percorria as vastas selvas da Serra Geral em busca de alimento frente a um grupo de indígenas Coroados. Para o império, a presença de indígenas na região era um empecilho à vinda de mão-de-obra europeia e, portanto o grupo de indígenas chefiado pelo cacique Marau tornou-se alvo. Por volta de 1840, acusados de trucidar dois moradores da aldeia Passo Fundo das Missões, a comunidade indígena foi perseguida por uma escolta que atravessou o rio Capinguí e, às margens de um arroio, depois chamado de Mortandade, travaram a primeira batalha. A expedição prosseguiu em direção ao sudeste, exterminando os nativos às margens de um rio maior. Esse derrame de sangue nomeou o rio de Marau e com o mesmo nome também passou a ser chamada a região adjacente, povoada por caboclos.

Marau foi, durante muito tempo, apenas território para tropeio de gado. Depois, a Coroa distribuiu sesmarias para que os tropeiros e os militares se estabelecessem em estâncias. A vinda de alguns imigrantes das mais diversas pátrias fizeram surgir dois núcleos populacionais, Tope e Marau. Este recebeu as primeiras famílias de imigrantes italianos por volta de 1904 e, mais tarde, tornou-se a sede do 5º Distrito de Passo Fundo, criado em 1916.

Até a década de 1960, a agricultura de Marau manteve um caráter de subsistência, mas a criação de suínos já se transformara em atividade comercial desde a década de 1920, fomentada pelo frigorífico Borella e Cia Ltda. que, através de seus produtos, tornou a vila conhecida no mercado nacional. Na década de 1970, a instalação de agências bancárias, o cooperativismo agrícola e a mecanização da lavoura alteraram radicalmente o perfil da produção marauense, voltando-a maciçamente para a monocultura. Entretanto, a crise no setor, verificada na década de 1980, provocou não somente um grande êxodo rural, mas uma nova mudança na atividade. Hoje, beneficiada pelo terraceamento do solo, a agricultura volta-se para a diversificação de produtos e na pecuária ganham importância a produção de leite e a avicultura, atendendo à demanda das indústrias de alimentos instaladas em Marau e na região. Ao todo, a agropecuária reúne mais de 1.700 estabelecimentos e ocupa o segundo lugar em valor adicionado no município.

Nas duas últimas décadas, o parque industrial de Marau ganhou um impulso extraordinário, especialmente nos setores de alimentos, couros, equipamentos para avicultura e suinocultura, metal mecânico e, em crescimento, o setor da construção civil. Destacam-se as empresas Grupo Perdigão (Brasil Foods - BRF), Fuga Couros, Metasa e GSI Group, colocando Marau em posição de destaque como Polo Industrial no cenário Estadual, Nacional e Internacional.

O crescimento econômico modificou a demografia de Marau, que tem como característica mais marcante de seu desenvolvimento a diversidade em todas as áreas, oriunda da vocação empreendedora de seu povo. Marau preserva em seu nome o passado indígena do Brasil e a memória das batalhas humanas pela ocupação de espaços, batalhas muitas vezes cruéis e quase sempre condenadas ao esquecimento.

Na fotografia 1 pode-se observar a cidade de Marau.

Fotografia 1 – Cidade de Marau.



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Marau, 2018.

1.2.2 Cronologia e emancipação

- Antes de 1827: o território fazia parte da província jesuítica chamada de Missões Orientais do Uruguai, formada por índios guaranis e coroados.
- 1827: começa o povoamento da raça branca e nasce Passo Fundo.
- 1845: o cacique Maraú, chefe de um bando de Coroados, morre em combate com os brancos às margens de um rio, que passou a ser denominado de Rio Marau, como também as imediações do rio, povoada por caboclos.
- 1857: criado o município de Passo Fundo.
- 1904: os descendentes dos imigrantes italianos iniciam a colonização de Marau.
- 1908: o povoado do Tope, primeiro núcleo populacional de Marau, tinha 2.500 habitantes.
- 10 de janeiro de 1916: cria-se o 5º Distrito de Passo Fundo, “importante colônia e celeiro de Passo Fundo”, com sede no Tope.
- 1918: abre-se a estrada que liga Marau a Passo Fundo, via Taquari.

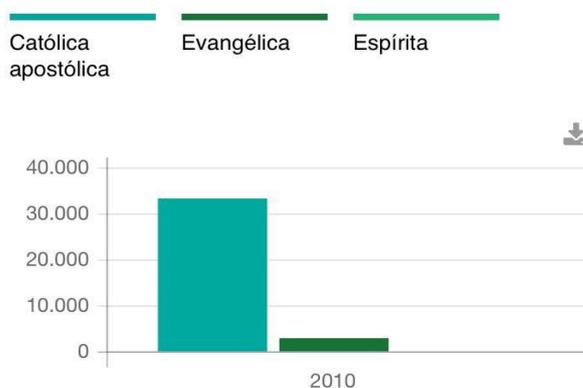
- 3 de julho de 1920: o povoado de Marau é elevado à vila e passa a ser a sede do 5º Distrito. Em 1923 surge o frigorífico Borella e Cia Ltda., marco da indústria Marauense, que logo se tornaria fornecedor regional e nacional de salame, presunto, mortadela e banha.
- 1934: os freis capuchinhos assumem a assistência espiritual dos Marauenses, integram a zona urbana e rural em forte comunidade e lideram seu desenvolvimento.
- 18 de dezembro de 1954: Marau emancipa-se com 1.055 km², desmembrados de Passo Fundo e Guaporé. Em 17 de fevereiro de 1959, com a anexação de Camargo, até então pertencente à Soledade, Marau chega a 1.192 km².
- 28 de fevereiro de 1955: o município é instalado oficialmente e esta se torna a data de seu aniversário.

1.2.3 Território e população

O município de Marau compreende uma área física de aproximadamente 649,300 km², correspondentes a 0,23% da área estadual e 0,008% do território nacional. A densidade demográfica em 2013 foi de 56,0 hab/km². Conforme dados atualizados do IBGE de 2017 o número estimado de habitantes é de 41.059 habitantes sendo aproximadamente 85% moradores da zona urbana. A etnia mais prevalente é de descendentes italianos. A religião da população é predominantemente católica por volta de 33.097 pessoas, seguida da crença evangélica de 2.795 pessoas, como mostra o gráfico 1 a seguir:

Gráfico 1- Classificação da população residente por religião no município de Marau.

População residente por religião (Unidade: pessoas)



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

1.2.4 Localização geográfica

O município de Marau é limite Sul da Região Norte do Rio Grande do Sul, localizada no Planalto Médio, na Região da Produção. Faz limites ao Norte com Passo Fundo e Mato Castelhanos, ao Sul com Vila Maria, Camargo e Soledade, ao Leste com Gentil e Santo Antônio do Palma, a Oeste com Nicolau Vergueiro, a Noroeste com Ernestina e a Sudoeste com Ibirapuitã (fotografia 2).

Distâncias da Cidade de Marau: 269 km de Porto Alegre, 190 km de Caxias do Sul e 28 km de Passo Fundo.

Fotografia 2 – Localização e limites geográficos de Marau.



Fonte: Site da Câmara Municipal de Vereadores de Marau.

- Altitude média do Município: 650 m acima do nível do mar;
- Pontos mais elevados: Tope e São Pedro do Jacuí;
- Clima: Temperado – temperatura média: 18° C;
- Relevo: Território ondulado por coxilhas, com aclives e penhascos em margens de rios;
- Estrutura geológica: arenito basáltico;
- Solo mais frequente: lato solo roxo.

1.2.5 Habitação e infraestrutura

Levando-se em consideração o rápido crescimento do município de Marau, os indicadores de habitação e infraestrutura demonstram o grau de ajuste das famílias e do

planejamento urbano às mudanças econômicas e demográficas. Sobretudo, percebe-se um aumento relativamente proporcional de número de habitantes e número de domicílios. Observa-se, também, que a maioria da população reside na área urbana. Há poucos dados com relação ao número de habitantes por domicílio. Não foi possível obter dados acerca da especulação imobiliária no município, no entanto, não há relatos de ocupações de terras para moradia em Marau, embora se compreenda que existam desigualdades econômicas e sociais no município, como em todo o país (IBGE,2010).

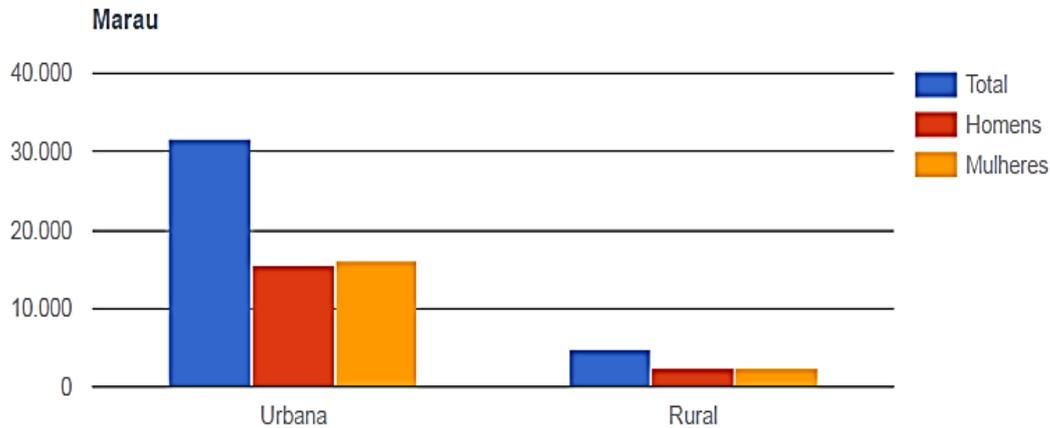
Quanto ao território de Marau, nas periferias há moradias precárias, próximas de rios, em encostas de morros, inclusive no território da ESF Santa Rita. Apesar disso, observa-se pouca mobilização social entre essas pessoas o que, por consequência, acabam ficando invisíveis para o restante da sociedade.

No território da ESF Santa Rita, estima-se uma proporção entre habitações próprias e alugadas, sendo que a maioria é casa térrea e de dois andares. Percebe-se que os alugueis em geral se mantêm diretos com os proprietários dos imóveis, residindo, em geral mais de uma pessoa por imóvel. Entende-se que este quadro se dá em virtude do município de Marau ser localizado no interior do estado, ser sede de um polo industrial e agrícola intenso.

É expressivo, também, o êxodo rural no município, quando observa-se que a maioria da população reside em área urbana. Este se dá por um conjunto de fatores, destacando-se na realidade do território, a existência de grandes indústrias, oferta de empregos e melhor remuneração, acesso a bens, serviços, infraestrutura, como educação, saúde, lazer e outros. Conforme o Plano Nacional de Habitação de 2008, Marau foi classificado como centro urbano em espaço rural próspero.

O gráfico abaixo apresenta uma equivalência na população entre homens e mulheres, outro reflexo dos dados nacionais, que referem haver mais mulheres na população brasileira do que homens. Conforme IBGE (2013) há no Brasil 103,5 milhões de mulheres, o equivalente a 51,4% da população. Rondônia, Roraima, Amazonas e Pará são os únicos estados que têm mais homens que mulheres.

Gráfico 2 – População residente, por situação do domicílio e sexo.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

1.2.6 Manejo do lixo

A coleta do lixo no município de Marau, seu manejo e destinação final dos resíduos sólidos é realizada através de uma empresa que mantém contrato com a Prefeitura Municipal. Essa faz a coleta seletiva do lixo com destinação para reciclagem.

1.2.7 Abastecimento de água

O abastecimento de água no município de Marau em sua maioria é oferecido através da Companhia Rio-grandense de Saneamento (CORSAN), que coleta água do Manancial: Sanga/Arroio Marau e realiza o tratamento na Estação de Tratamento de Água (ETA, Marau). Dados coletados do Sistema de Informação da Atenção Básica (2013) referem que 57,6 domicílios brasileiros possuem rede de abastecimento de água, Marau destacando-se com um percentual de 75,7%.

Alguns bairros recebem água através de um sistema comunitário de tratamento, sendo o preço mensal menor em relação à água fornecida pela CORSAN. Um dos desafios atuais no município é conseguir tratar a água dos poços artesianos, localizados em comunidades rurais, pois alguns moradores ainda se recusam a permitir tal ação. Conjectura-se que esse fato seja devido ao custo para o tratamento da água, o que acaba por reforçar negativamente a necessidade de tratamento, além do argumento de que a água deixa de ser insípida, em função da cloração. Como consequência, o município enfrenta constantemente agravos de saúde em função do não tratamento, interferindo de forma negativa nos indicadores de saúde do

município. Tal situação foi levada ao Conselho Municipal de Saúde no mês de junho de 2018, onde foi questionado aos representantes dos vários setores quais as possibilidades de intervenção para o caso. Uma das estratégias pensadas é o trabalho junto às escolas do interior do município com o intuito de, a partir de palestras e conscientização dos alunos, estes levem a informação para suas famílias.

1.2.8 Manejo de esgoto sanitário

O município de Marau possui rede de saneamento básico, mas em alguns locais o sistema é de fossa, e uma pequena parcela da população ainda elimina os dejetos a céu aberto, impondo para Marau o desafio de fazer avançar esse aspecto da saúde pública. De acordo com o IBGE o município apresenta 87,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 86,8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 32,4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 45 de 497, 217 de 497 e 132 de 497, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 594 de 5570, 1820 de 5570 e 1093 de 5570, respectivamente (IBGE, 2015).

1.2.9 Aspectos culturais e sociais

- **Festival Nacional do Salame**

Com o objetivo de resgatar e manter vivos os aspectos culturais herdados dos imigrantes italianos que colonizaram a região há mais de 100 anos, Marau agregou, em 2010, um novo evento a seu calendário festivo, o Festival Nacional do Salame, tornando o município conhecido como Capital Nacional do Salame (fotografia 3). A tradição do consumo do salame virou marca e ajuda a contar a história de Marau. A produção de carne suína no município, em especial do salame, tornou-se uma das principais fontes de renda familiar nos anos de 1920. Foi neste contexto que cresceu a cidade, com forte influência da industrialização, iniciada com a instalação do Frigorífico Borella sendo, da década de 1980, adquirida pela Perdigão, hoje Brasil Foods - BRF. Por estas razões, o salame e o desenvolvimento da cidade são diretamente ligados. Da herança deixada pelos antepassados aos marauenses surgiu a Rota da Salamarias, que inspirou a organização do Festival. Desde

2010, quando aconteceu a primeira edição do evento, o Salão Paroquial e seu entorno se transformam, durante três dias do ano, em uma arena de boa comida, bebida e diversão.

Fotografia 3 – Festival Nacional do Salame.



Fonte: Site do Festival Nacional do Salame, 2016.

- **Expomarau**

A primeira edição da feira que mostra as potencialidades de Marau aconteceu em 1981, durante o mandato de José João Santin, tendo como Presidente da Câmara de Vereadores Luiz Brocco. Em 1981, os 27.416 habitantes de Marau viram surgir à ideia da primeira Expomarau (fotografia 4) durante o IV Encontro de Suinocultores. O que era para ser uma exposição de animais passou a agregar indústria, comércio e artesanato.

Fotografia 4 – Expomarau.



Fonte: Site Expomarau, 2017.

- **Rota das Salamarias**

Salamaria é o local onde se faz o salame. Este alimento tem seu nome derivado do latim *salumen*, que significa carne salgada, e teve muita importância numa época onde se precisava armazenar a carne em temperatura ambiente. No Brasil o salame é conhecido como um embutido de carne suína moída e salgada. Na Itália, "salame" é uma designação genérica para todo tipo de embutido produzido com carne suína, abrangendo também os presuntos cozidos e defumados, copa, pancetta, mortadelas e fiambres. Na Rota das Salamarias (fotografia 5), o visitante pode percorrer trilhas ecológicas, saborear a cachaça produzida em alambique artesanal, apreciar as vinícolas, com degustação e varejos de produtos coloniais, ouvir o grito do quero-quero, provar o amargo do mate, tomar banho de cachoeira, tirar água de poço, andar de carretão, ver o artesanato em madeira, em palha de milho e trigo, além de saborear a culinária legada dos colonizadores desta terra.

Fotografia 5 – Rota das Salamarias.



Fonte: Site da Rota das Salamarias.

- **Caminho das águas e sabores**

O Caminho das Águas e Sabores (fotografia 6) reúne gastronomia, natureza, aventura, religiosidade e lazer. Abrange as comunidades de Nossa Senhora Aparecida, Gramadinho, Cachoeirão e Santo Antônio dos Triches, além do Bairro Constante Fuga. Tradição italiana, café da roça, lindas paisagens, nascentes, cachoeiras, cachaças, vinhos e licores, artesanato, gastronomia colonial, espiritualidade e contos sobre a passagem dos tropeiros pela região. Trata-se de um projeto de turismo rural que nasceu da iniciativa de empreendedores que buscam diversificar as atividades e promover crescimento de forma sustentável, através da valorização das belezas naturais e dos costumes.

Fotografia 6 – Caminho das Águas e Sabores.



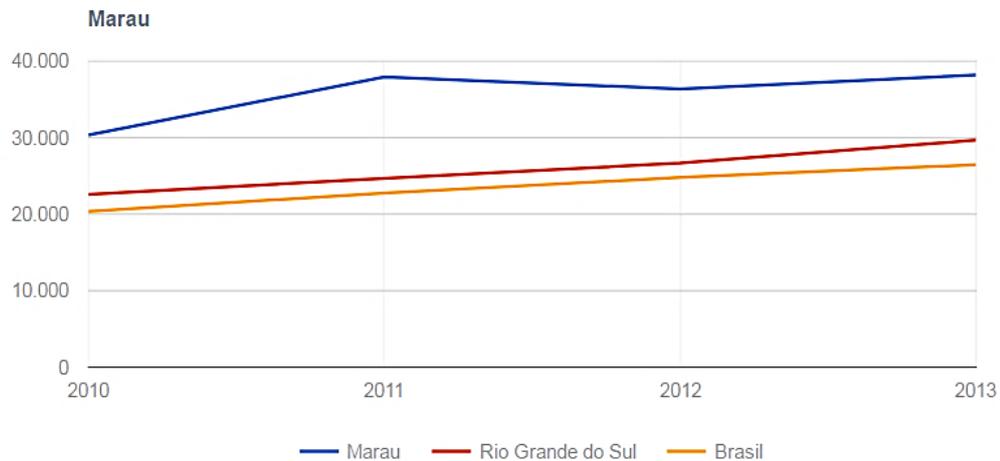
Fonte: Página no Facebook do Caminho das Águas e Sabores.

1.2.10 Economia

O Produto Interno Bruto (PIB) é a soma de todos os bens e serviços que foram produzidos dentro de um país durante o período de um ano, em moeda corrente (real). O PIB pode ser calculado sob diversas óticas, considerando-se o valor adicionado por setores de atividade econômica, que deve ser igual à renda gerada, bem como pode ser obtido pelos gastos da sociedade. Atualmente no Brasil, o PIB é calculado através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e essa mensuração anual permite às autoridades governamentais utilizarem políticas públicas com o objetivo de promover o crescimento maior dos nossos municípios e país.

Marau, em 2015, apresentou um PIB per capita (PIB dividido pela quantidade de habitantes) de R\$ 42.104,57. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição foi de 41 de 497. Na comparação com os outros municípios do Brasil, sua colocação foi de 455 de 5.570. Naquele ano, 79,3% do seu orçamento foi proveniente de fontes externas (IBGE, 2015).

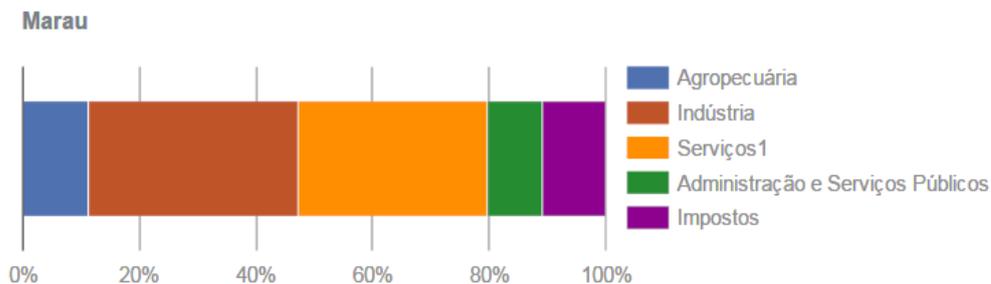
Gráfico 3 – Produto interno bruto per capita 2010 – 2013.



Fonte: IBGE em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, 2013.

No município de Marau o PIB é proveniente, em sua maior parte, pela indústria seguido pelos demais seguimentos, como de serviços e agropecuária, demonstrados no gráfico abaixo.

Gráfico 4 – Produto interno bruto dos setores econômicos – 2013.



Fonte: IBGE em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, 2013.

1.2.11 Emprego e rendimento

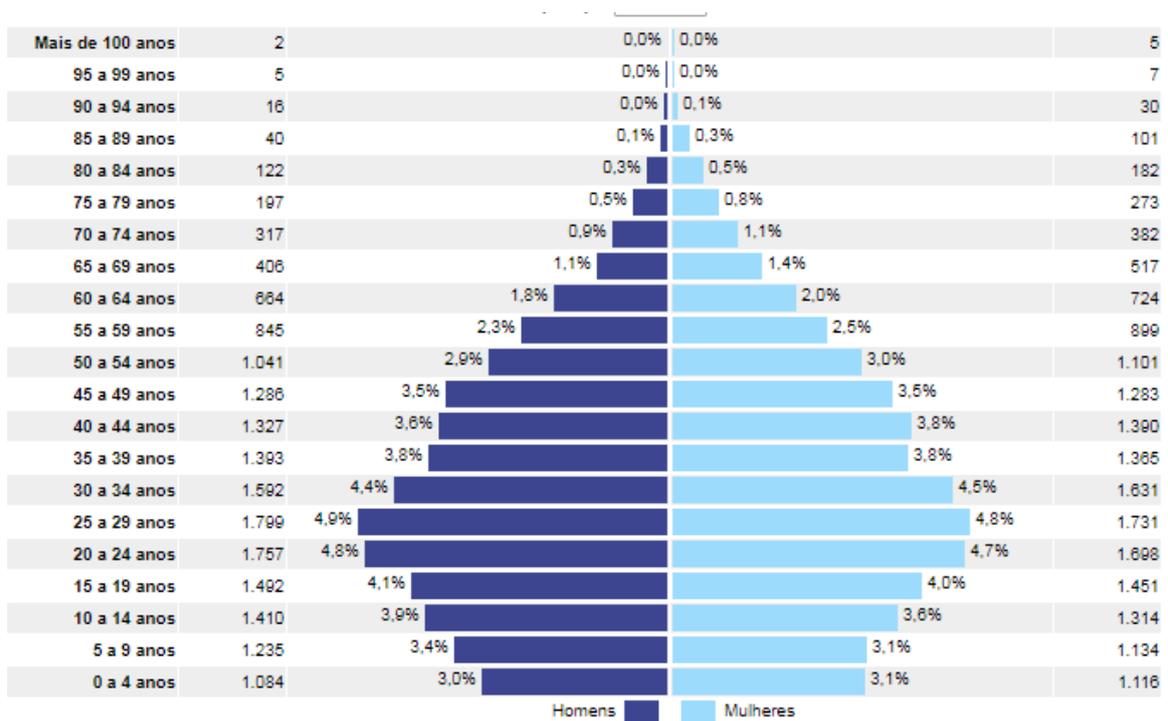
Em 2015, o salário médio mensal dos marauenses ficou na casa de 2,5 salários mínimos, com cerca de 41,7% da população, em relação à população total, envolvida em alguma atividade lucrativa. Na comparação com os outros municípios do estado do Rio Grande do Sul, Marau ocupou as posições 93 de 497 e 37 de 497, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficou na posição 580 de 5570. Considerando

domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, 22,6% da população viviam nessas condições, o que o colocou o município na posição 406 de 497 dentre as cidades do estado e na posição 5422 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2015).

1.2.12 Aspectos demográficos e epidemiológicos

Marau tem baixa razão entre os sexos, com homogeneidade da população nas faixas etárias em relação ao sexo. Observa-se uma distribuição de habitantes entre as faixas etárias com prevalência nas faixas de idade economicamente ativas. Conforme pesquisas que analisam dados populacionais, isso é um reflexo da redução dos índices de natalidade e mortalidade, somados ao aumento da expectativa de vida.

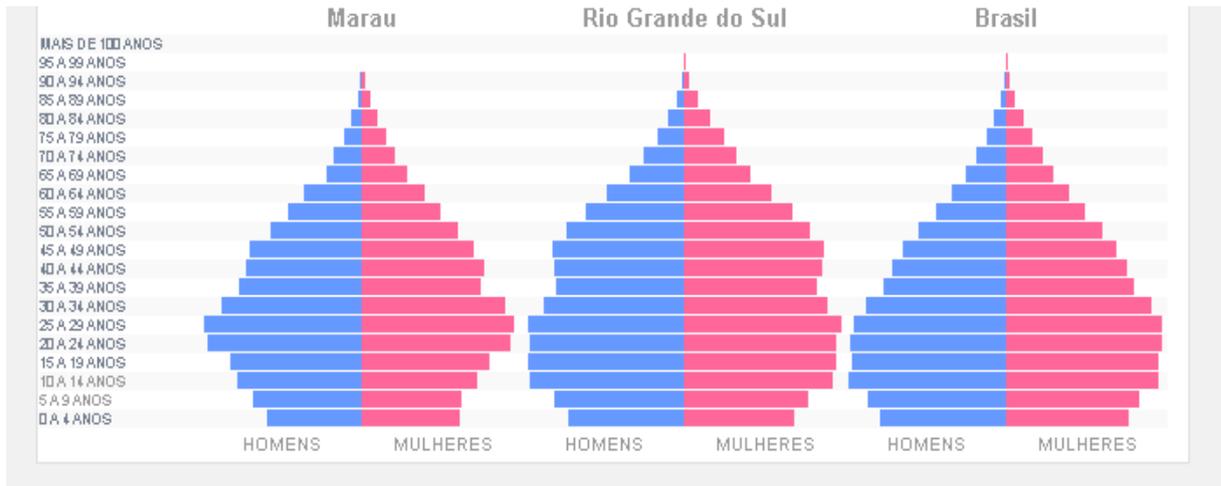
Gráfico 5 - Pirâmide etária do município de Marau.



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Contudo, a base maior que o ápice ainda aponta para o crescimento populacional, semelhantes a dados do Rio Grande do Sul e Brasil como comparados no gráfico abaixo.

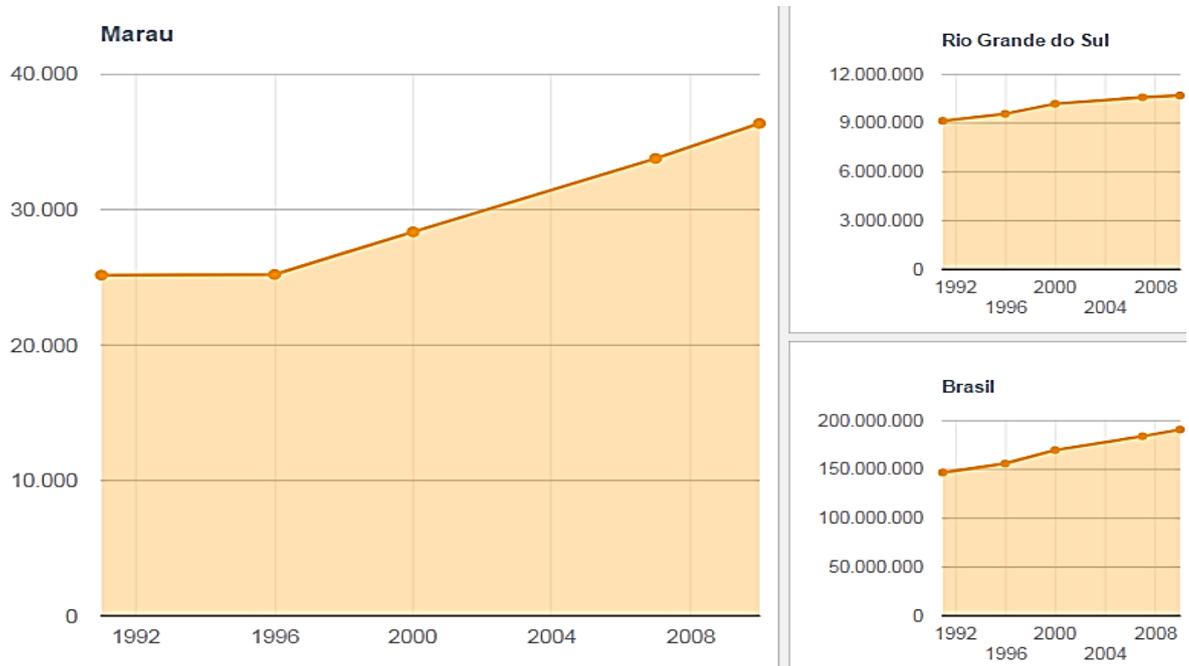
Gráfico 6 – Pirâmides etárias do município de Marau.



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Segundo dados do IBGE de 2010, observa-se que há um ritmo acentuado de crescimento populacional de Marau comparado a dados gerais do Rio Grande do Sul e Brasil.

Gráfico 7 – Evolução populacional.



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010.

Quanto à taxa de mortalidade infantil média no município de Marau, dados evidenciam 11,39 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2014). As internações devido a diarreias

são de 0.1 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2016). Comparado com todos os municípios do estado, Marau fica nas posições 174 de 497 e 395 de 497, respectivamente. Quando comparado a todos os municípios do Brasil, essas posições são de 2924 de 5570 e 4734 de 5570, respectivamente (IBGE, 2014).

Na tabela 1 podem-se comparar os indicadores de vigilância de programas prioritários de Marau com a região de saúde, o estado, a região sul e o Brasil.

Tabela 1 – Indicadores de Vigilância de Programas Prioritários (número de casos)

Indicador	Marau	Região de Saúde	Rio Grande do Sul	Sul	Brasil
Todas as causas (Mortalidade Infantil e Fetal)	2	50	1.422	3.861	35.619
Reduzível por adequada atenção à mulher na gestação (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	12	409	1.193	9.410
Reduzível por adequada atenção à mulher no parto (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	4	124	334	3.442
Reduzível por adequada atenção ao feto e recém-nascidos (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	5	236	595	6.789
Reduzível por ações de diagnóstico e tratamento adequadas (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	2	92	203	2.341
Reduzível por ações de promoção à saúde vinculadas à ações de atenção (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	3	75	206	1.883
Causas de morte mal definidas (Mortalidade Infantil e Fetal)	1	2	58	119	1.347
MIF totais (Mortalidade Materna)	6	136	3.451	8.895	64.265
MIF com causa presumível (Mortalidade Materna)	1	14	567	1.424	13.307
Maternos declarados totais (Mortalidade Materna)	0	1	45	133	1.484

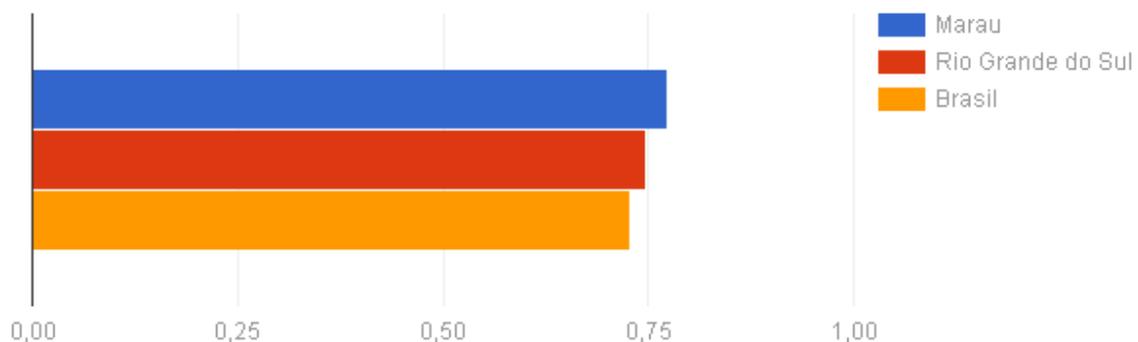
Fonte: Site da Secretaria de Vigilância Sanitária, Governo Federal, 2017 (adaptado pelas residentes do ano 2017/2018).

1.2.13 Condições de vida e longevidade

O envelhecimento humano tem motivado discussões na busca de uma melhor compreensão sobre os condicionantes desse processo, em função das alterações do panorama populacional mundial e local. O alcance da longevidade, independente da presença de doenças, se tornou mais frequente na população brasileira. Concomitante ao crescimento do número de idosos longevos observa-se uma parcela diminuta destes inseridos no mundo do trabalho informal e voluntário, outros participando nos contextos religiosos e comunitários e preocupados com sua qualidade de vida (WILLIG et al., 2015).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador comparativo usado para segmentar os países desenvolvidos (elevado desenvolvimento humano), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). O cálculo do IDH é composto a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e produto interno bruto (PIB) per capita. O relatório do IDH de 2010 mostra o Brasil na 73ª posição entre 169 países, com IDH de 0,699, situando-se entre os países de alto desenvolvimento humano (PNUD, 2012).

Gráfico 8 – IDH Município de Marau.



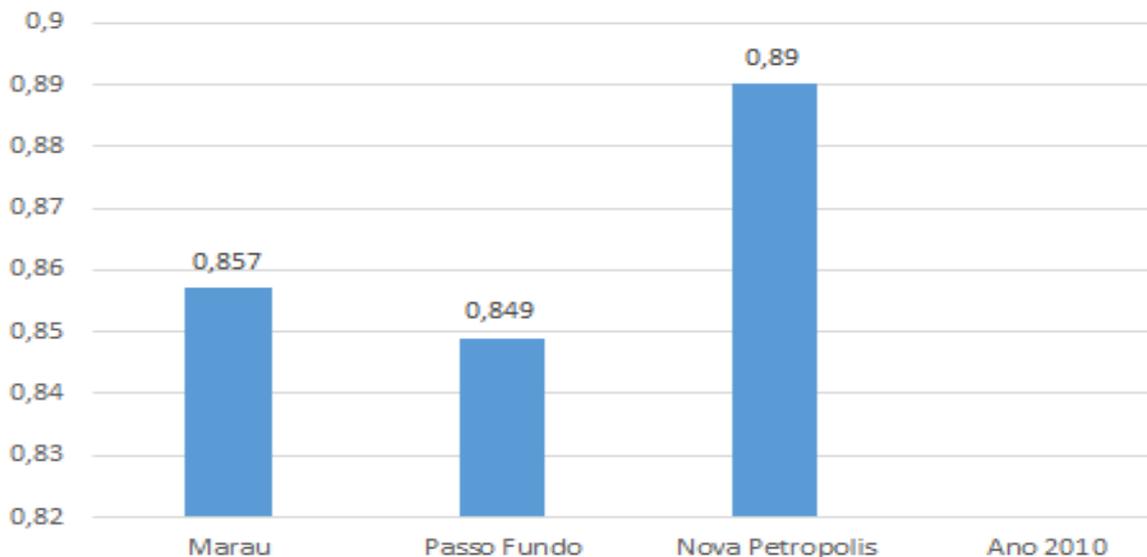
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Conforme o gráfico 8 apresentado pelo IBGE sobre Marau, conclui-se que o município possui um índice de desenvolvimento humano alto: 0,774, sendo maior que o índice de desenvolvimento humano do país, ocupando a posição 25º no estado do Rio Grande do Sul e 190º no Brasil. Ao transitar pelo centro do município, e nos bairros da cidade, fica evidente a organização e urbanização existentes. A cidade apresenta-se limpa, organizada, arborizada, sinalizada, com uma oferta de serviços e comércio (bancos, livrarias, lotéricas, ópticas, supermercados, fruteiras, padarias, postos de combustíveis, ESF, praça principal,

academias, farmácias, hospitais, escolas, etc.) que aparentam conseguir atender as necessidades da população local.

O IDH em Longevidade é calculado sobre a esperança de vida das pessoas ao nascer. Varia de 0 a 1 considerando indicadores de saúde. Quanto mais próximo de 0, pior é o desenvolvimento humano do município. Quanto mais próximo de 1, mais alto é o desenvolvimento do município. Conforme dados acima, Marau apresenta 0,857, sendo superior ao de Passo Fundo 0,849, mas inferior à Nova Petrópolis 0,890 que ocupa o primeiro lugar do ranking do estado.

Gráfico 9 - Comparativo do IDH Longevidade, 2010.



Fonte: Elaborado pelas residentes do ano 2017/2018.

Uma reflexão importante que esses dados oferecem diz respeito à concentração de renda no país que, conforme classificação da ONU, o Brasil é intermediário quanto à renda per capita, mas possui o segundo maior índice de concentração de renda do mundo, sendo superado apenas por Suazilândia, na África. Outro dado alarmante é que, no Brasil, 50% dos mais pobres ganham o equivalente ao que ganham 1% dos mais ricos (DAWALIBI et al., 2014).

1.2.14 Educação

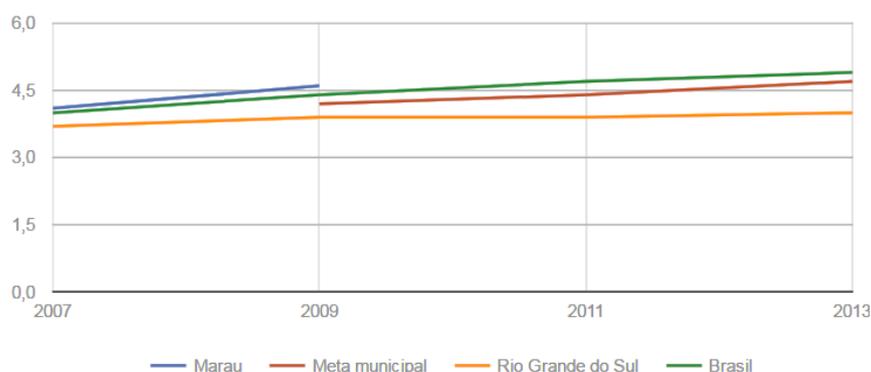
No município de Marau a educação atualmente é realizada por três fontes de ensino: municipal, estadual e particular. São várias instituições que abrangem desde a primeira etapa

da educação básica, educação infantil, educação para crianças com necessidades especiais, realizada pela APAE, e o Ensino Técnico e Superior. São 24 Escolas Municipais, 04 Escolas Estaduais, 02 Escolas Particulares, 01 Escola de EJA – Ensino Fundamental Municipal e 02 Entidades de Ensino Técnico e Superior CESURG, FABE. Além disso, a Prefeitura de Marau oferta transporte coletivo diário para estudantes universitários que residem em Marau e precisam se deslocar a municípios vizinhos para estudar, por meio de uma Associação de Estudantes, denominada ASSUMA.

De acordo com IBGE do ano de 2010, a taxa de escolarização em Marau (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 94,5%. A nota no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) foi de 6,2 para alunos de anos iniciais, e de 4,3 para alunos dos anos finais. Na comparação com municípios do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocou o município na posição 108 de 497. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passou a 165 de 497. Isso colocou o município na posição 482 de 497 dentre os municípios do Rio Grande do Sul, e na posição 5134 de 5570 dentre os municípios do Brasil, o que pode ser observado no gráfico abaixo. A taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais, em 2010, foi de 3,03%.

A partir das vivências no território da ESF Santa Rita e dos trabalhos realizados em parceria com a Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF) Afonso Volpato (localizada no território sendo a maior escola municipal de Marau, recebe mais de 500 alunos), ficam evidentes alguns problemas nas relações interpessoais na comunidade escolar. Situações significativas de violência entre alunos e alunos-professores; professores que apresentam processos de adoecimento relacionado ao trabalho; e famílias com pouca interação entre seus membros (por condições diversas), o que também afeta o processo de escolarização.

Gráfico10 - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica em Marau anos finais 2007/2013.



Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo Educacional 2007 - 2013.

1.3 DESCRIÇÃO DO SISTEMA E DA REDE DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL

O município de Marau conta com um Plano Municipal de Saúde estabelecido em 2017 com vigência até 2020.

Atualmente, o Secretário Municipal de Saúde Marau é Douglas Kurtz (Gestão 2017-2020). Marau tem 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com doze ESF's distribuídas na cidade, quais sejam:

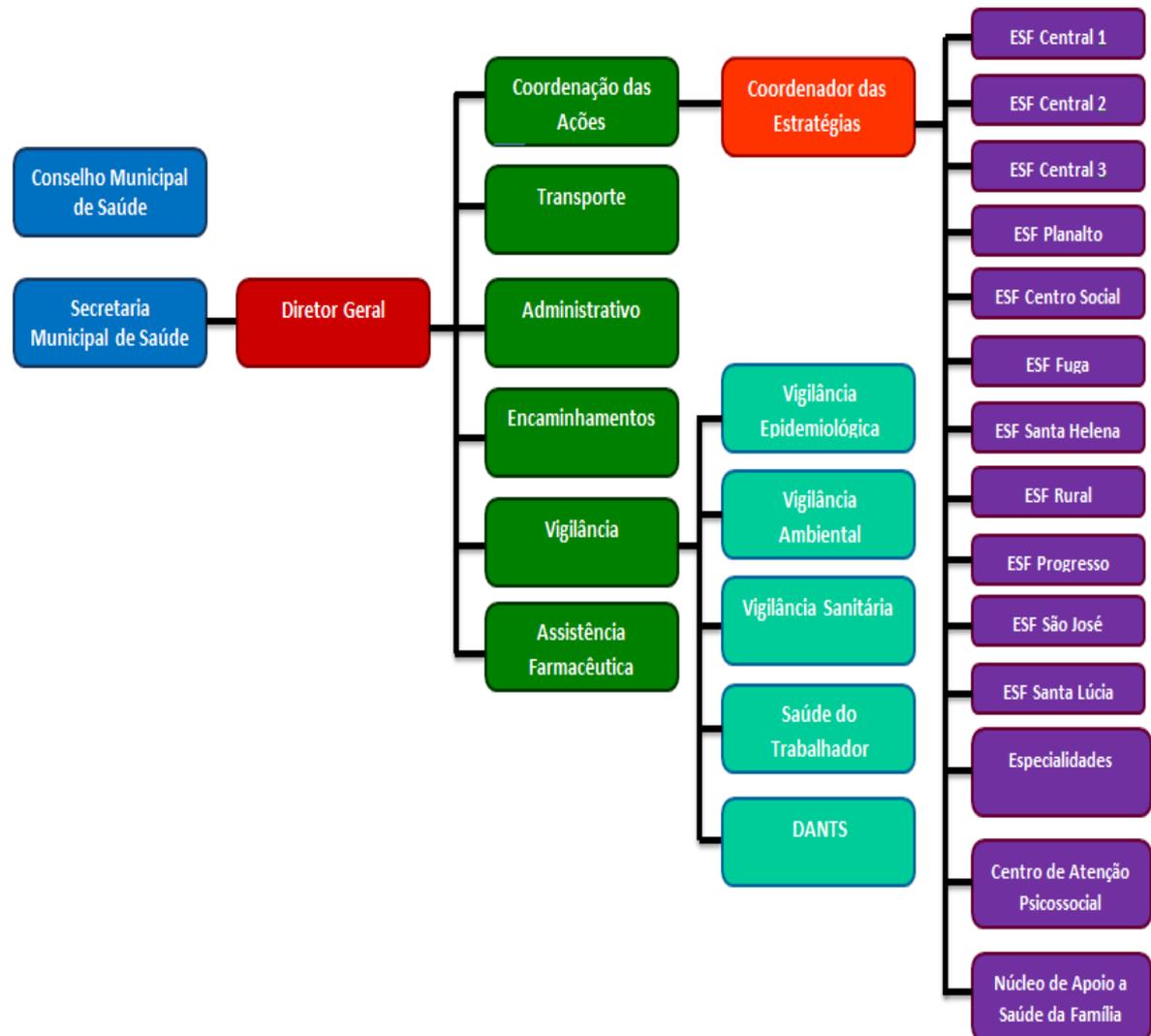
- ESF Central 1;
- ESF Central 2;
- ESF Central 3;
- ESF Centro Social Urbano;
- ESF Fuga/Santa Helena;
- ESF Jardim do Sol;
- ESF Planalto;
- ESF Progresso;
- ESF Rural;
- ESF Santa Lúcia;
- ESF Santa Rita;
- ESF São José Operário.

Setenta e cinco por cento dos profissionais são concursados e os demais contratados mediante Processo Seletivo Simplificado. Dos médicos que constituem a equipe, 4 possuem título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Além dos atendimentos nas ESF's durante o dia (07:30h às 11:30h e a tarde 13h às 17h), é oferecido à população um serviço de apoio para consulta médica à demanda excedente e um horário alternativo de atendimento médico e de enfermagem das 18h às 22h (informações verbais apresentadas pela gestão na Conferência Municipal de Saúde, Marau,2017).

1.3.1 Organograma da Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria de Saúde não está vinculada diretamente às outras Secretarias Municipais, estando estruturada da forma que segue:

Figura 1 – Organograma da Secretária Municipal de Saúde



Fonte: Produzido pelas residentes 2017/2018.

1.3.2 Equipe de trabalho

A equipe de saúde é formada por:

- 10 Médicos concursados;
- 05 Médicos do Programa Mais Médicos;
- 06 Médicos Contratados 40h;
- 02 Médicos Contratados 20h;
- 15 Enfermeiras concursadas;
- 03 Enfermeiras contratadas;
- 23 Técnicos de enfermagem;
- 20 Agentes de combate endemias;

- 01 Assistente social;
- 06 Odontólogos;
- 06 Auxiliares de Saúde Bucal;
- 08 Psicólogas;
- 61 Agentes comunitários de saúde;
- 05 Farmacêuticas.

A Secretaria Municipal de Saúde (fotografia 7) presta atendimento à população em doze Unidades de Saúde da Família, um Posto Central e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados junto ao Cadastro Nacional Estabelecimentos (CNES). A estrutura das Unidades de Saúde da Família compreende: consultórios médico, odontológico, psicológico, de enfermagem, sala de vacinas e procedimentos, sala de esterilização, lavanderia, cozinha, banheiros, recepção e sala de reuniões. Algumas unidades contam com espaço para farmácia.

O Posto de Saúde Central, localizado junto à Secretaria Municipal de Saúde, funciona nos mesmos horários das ESF's e compreende os seguintes atendimentos: consultas pediátricas; consultas ginecológicas e obstétricas; consultas com especialista em saúde mental; limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; coleta citopatológica, biópsia, colposcopia, colocação de DIU; administração de medicamentos (via intramuscular, endovenosa, oral e ocular); teste de glicemia capilar; monitoração de pressão arterial; medidas antropométricas.

Fotografia 7 – Secretaria Municipal de Saúde.



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Marau, 2017.

1.3.3 Sistemas de informação em saúde

Historicamente, as informações sobre saúde no Brasil são fragmentadas, resultado da implementação de vários sistemas de informação voltados para diferentes dimensões: epidemiológica, demográfica, produção de serviços, entre outras. A partir do mês de junho de 2017 foi instalado um novo sistema de prontuário eletrônico (G-MUS) vinculado ao E-SUS, que possibilita a obtenção de dados referentes à situação de saúde da população. A comunicação entre os serviços de atenção básica ocorre por meio desse sistema de informações. No entanto, o G-MUS tem apresentado problemas técnicos diariamente; os profissionais têm dificuldade para evoluir os atendimentos e, com frequência, o sistema está fora do ar ou as unidades ficam sem acesso à internet, prejudicando os atendimentos e acesso à informação. Além disso, observa-se dificuldade na execução das contra-referências, principalmente dos serviços hospitalares em relação à atenção básica.

Diversos sistemas de informação são utilizados, estando abaixo listados alguns dos quais são de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica.

- SIPNI - Sistema de Informação Nacional de Vacinação;
- SINAN - Sistema de Informação de Agravos e Notificação;
- SIVEP DDA- Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica/ Doenças Diarreicas Agudas;
- SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais CD4 e CV;
- SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos;
- SIMC - Sistema de Informação Mortalidade Crianças;
- SISAGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano;
- SIST - Sistema de Informação Saúde do Trabalhador;
- GAL - Sistema Gerenciador de Laboratórios;
- GUD - Gerenciamento de Usuários com Deficiência;
- SISFAD - Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue;
- SISCAN - Sistema de Informação do Câncer;
- SISPRENATAL - Sistema do programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento;
- SISCOLO - Sistema de Informação do Combate ao Câncer de Colo de Útero.

Existem outros sistemas para os quais não se obteve acesso, que estão sob responsabilidade da Coordenação de Ações em Saúde.

1.3.4 Sistema Municipal de Vigilância em Saúde

Conforme informações repassadas na Conferência Municipal de Saúde, segue abaixo algumas das ações que são de responsabilidade da Vigilância em Saúde de Marau:

- Alimentação do sistema de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados;
- Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doença específica;
- Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, hospital, laboratórios, domicílios, creches, consultórios e outros;
- Busca ativa de declarações de óbitos no cartório municipal e de nascidos vivos no Hospital Cristo Redentor, retroalimentar o SIM, SINASC;
- Monitorar as doenças diarreicas agudas;
- Notificar e investigar surtos alimentares;
- Notificar agravos relacionados ao trabalho (acidentes e doenças ocupacionais), juntamente com os demais níveis de atenção;
- Provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico de doenças de notificação compulsória: O Município faz a coleta e encaminha o material ao Laboratório Central do Estado (LACEN);
- Coordenar e executar ações de vacinação tanto de rotina como as estratégias especiais de controle de doenças executando campanhas e vacinações de bloqueio;
- Notificar e investigar eventos adversos associados à vacinação;
- Monitorar através de investigação de óbitos a mortalidade infantil e materna sempre que ocorrer;
- Divulgar as informações e análises epidemiológicas e executar ações educativas de abrangência municipal;
- Tomar medidas de controle cabíveis em conjunto com a Secretaria do Estado;
- Notificação de doenças relacionadas ao Trabalho (RINA);
- Notificação de eventos adversos pós-vacinação;
- Programa de Pacientes Ostomizados;

- Vigilância Sanitária:
 - ✓ Área de Alimentos
 - ✓ Vistorias em estabelecimentos que comercializam alimentos para renovação de alvarás;
 - ✓ Orientação para melhorias nos estabelecimentos, de acordo com a legislação vigente;
 - ✓ Notificação em estabelecimentos que não estão em dia com suas obrigações;
 - ✓ Orientações quanto à venda de produtos somente com procedência/ registro/ rotulagem de acordo com a legislação;
 - ✓ Buscas/apreensões de produtos que não estão de acordo com a legislação;
 - ✓ Notificação e atendimento de surtos alimentares;
- Vigilância da Qualidade da água:
 - ✓ Coleta periódica de amostra de água em fontes alternativas e rede da CORSAN, para exame bacteriológico e teor de flúor.
- Área de Controle de Estabelecimentos de Interesse à Saúde:
 - ✓ Vistorias em estabelecimentos para liberação de Alvará de Saúde;
 - ✓ Orientações quanto a legislação nestes estabelecimentos.
- Vigilância Ambiental;
- Programa de Controle da Dengue;
- Controle de zoonoses.

1.3.5 Outros serviços de atenção à saúde

Além da rede de serviços de Atenção Básica, Marau conta também com dois hospitais de atenção de média complexidade: Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital São Lucas. O HCR é uma associação beneficente e filantrópica, sem fins lucrativos, atuando na área hospitalar com prestação de serviços para o município de Marau e a microrregião de 11 municípios, disponibilizando 60% de sua capacidade técnica ao SUS, de um total de 110 leitos. Dos leitos oferecidos, 8 são destinados à internação psiquiátrica. O Hospital São Lucas, por sua vez, não possui convênio via SUS.

Além dos serviços hospitalares, o município oferece serviços laboratoriais no setor privado - laboratórios Alpha, Biomarau, Prevenir, Decésaro, Exatus, Ticiani, Laboratório do HCR -, e Serviço de Radiodiagnóstico – Hospital da Cidade e Hospital São Vicente de Paulo

(HC e HSVP - Passo Fundo). Exames laboratoriais, de imagem e diagnóstico que não são realizados em Marau e atendimentos de alta complexidade são referenciados para outros municípios como Passo Fundo e Porto Alegre. Marau possui convênio com três hospitais de Passo Fundo: Hospital Ortopédico (HO), Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) e HC. A Secretaria também possui contratos com o HCR, HC, HSVP e Centro de Diagnóstico (CD) para a realização de exames.

O município oferece as especialidades de Pediatria e Ginecologia, cujos atendimentos ocorrem junto à Secretaria de Saúde, sendo o acesso a estes serviços por meio de encaminhamento dos profissionais das ESF's. As demais demandas especializadas são reguladas pela 6ª CRS via Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

Marau conta também com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, que possui uma equipe multidisciplinar composta por uma psicóloga, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, dois médicos psiquiatras (20 horas cada), um técnico administrativo e uma sanificadora. Atualmente o CAPS apresenta 120 usuários cadastrados, muitos dos quais frequentando o serviço semanalmente. O serviço realiza visitas domiciliares, atendimentos em grupo de apoio semanal para dependentes químicos e grupo de apoio semanal para familiares, atendimentos individuais por médico, profissionais de enfermagem e psicóloga, além de oficinas terapêuticas. Um dos profissionais médicos está vinculado ao CAPS por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas suas funções são primordialmente ambulatoriais; o outro profissional é terceirizado pelo Hospital Cristo Redentor, estando responsável pela regulação das internações, bem como o acompanhamento dos usuários na internação e após esse período.

Quanto ao acesso ao serviço de urgência e emergência, o município tem como referência o Hospital Cristo Redentor (HCR), que pode ser acessado pelo próprio paciente e por indicação dos profissionais da rede de atenção à saúde do município. Para os casos de urgência e emergência no âmbito extra hospitalar, o município conta com os serviços dos Bombeiros e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A Assistência Farmacêutica de Marau disponibiliza 215 medicamentos na lista básica na farmácia municipal. São cinco farmacêuticas, quatro atendentes e dois auxiliares administrativo para atender aproximadamente 350 usuários/dia. Além da farmácia central, há cinco polos de farmácia com dispensação de medicamentos que são nas ESFs Centro Social Urbano, Santa Rita, São José Operário, Progresso e Planalto.

Na saúde suplementar, os planos de saúde disponíveis no município de Marau são Unimed, Prontoclínica, Unisaúde e Bradesco saúde.

1.4 CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

1.4.1 História do bairro Santa Rita

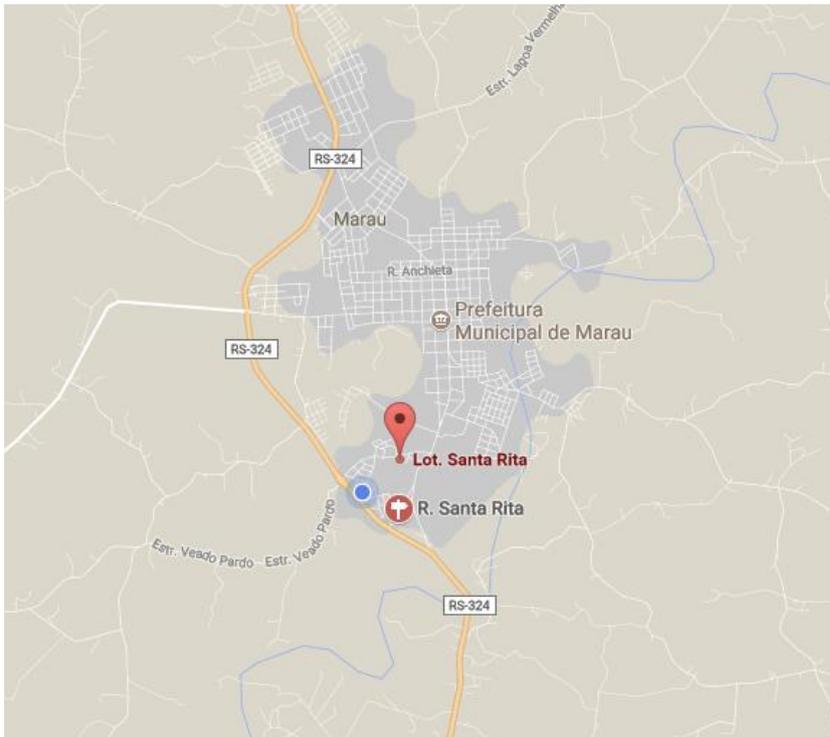
O Bairro Santa Rita (figura 2) era conhecido pelo nome de diversos loteamentos. A comunidade, numa primeira celebração religiosa, discutiu e escolheu a padroeira Santa Rita de Cássia, por ser uma santa milagrosa, e por não ter nenhuma comunidade com o nome desta santa. A festa é celebrada em 22 de maio. Inicialmente este local era terreno cultivado por agricultores mas, devido à chegada na região da empresa Perdigão, atual Brasil Foods (BRF), as pessoas começaram a fazer loteamentos e novos moradores foram chegando. Isso aconteceu no ano de 1975, com a chegada das famílias de Olivo e Santina Zuchi, Sergio e Geni Zuchi e Bernardo e Rosa Pastre.

1.4.2 Território

A ESF Santa Rita atende a população de cinco microáreas (fotografia 8), subdivididas de acordo com as características geográficas e populacionais dessas regiões. Uma microárea está sem cobertura de agente comunitário em saúde devido à falta de contratação de profissional.

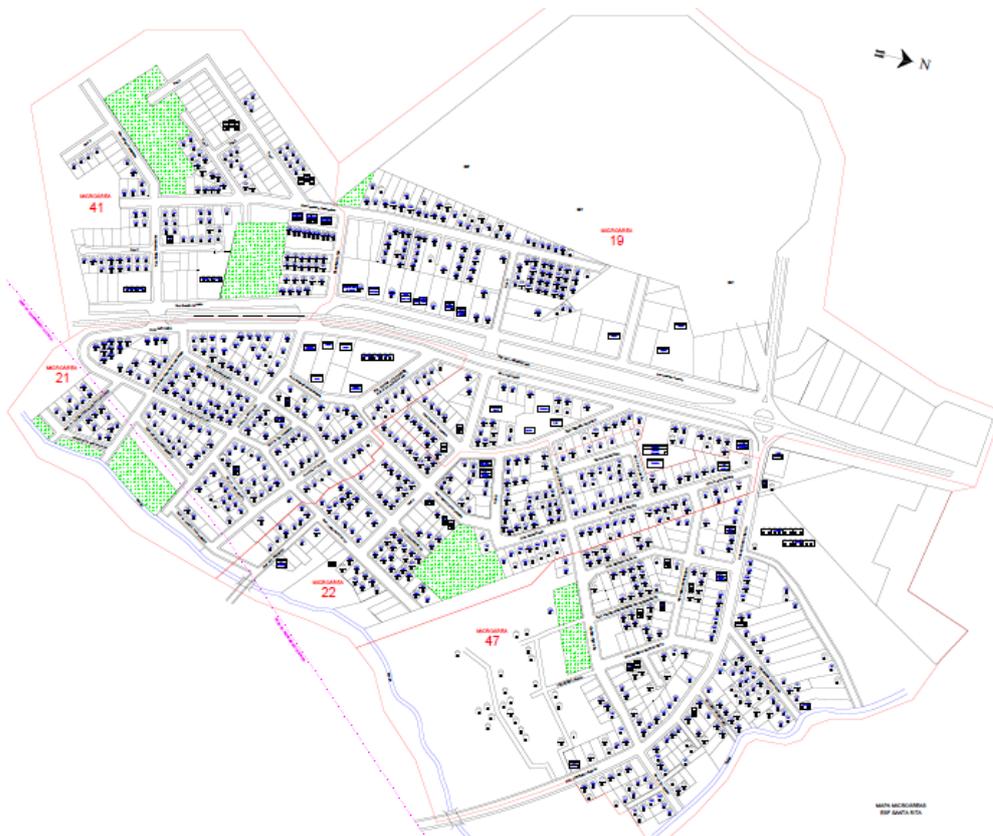
- Microárea 19: parte do Bairro Santa Rita e Colina Verde;
- Microárea 21: parte do Bairro Santa Rita;
- Microárea 22: parte do Bairro Santa Rita;
- Microárea 41: Colina Verde, Loteamento Colussi e Solutus;
- Microárea 47: parte do Bairro São Cristóvão e Loteamento Lurdes de Oliveira.

Figura 2 - Localização Bairro Santa Rita.



Fonte: Google Maps.

Fotografia 8 – Território abrangente do ESF Santa Rita em 2018.



Fonte: Trabalho de Gerenciamento realizado pelas residentes 2017/2018.

1.4.3 Escolas

Atualmente a Escola Municipal de Ensino Fundamental Afonso Volpato (fotografia 9) é a escola com maior número de alunos, totalizando 540 e 54 professores. Foi criada em 1972, iniciando seu funcionamento em 01 de março de 1973, na então zona Bernardi, distrito de Marau, num prédio de madeira de 52,90 m². O prédio atual, em alvenaria foi construído em 1984 com 162,96 m², com uma ampliação em 1986, de 132 m² para atender a demanda de alunos. A referida escola foi construída em um terreno doado pelo senhor Afonso Volpato, homenageado hoje como patrono da escola, outra área doada pelo senhor Bernardo Antunes, homenageado hoje com o nome da rua, onde se localiza a escola e uma área adquirida pela Prefeitura Municipal, num total de 2.500 m². A primeira professora deste estabelecimento de ensino foi Maria Ana Pertile, que exercia as funções de docência, merendeira e administrativo.

Fotografia 9 – Escola Municipal Afonso Volpato.



Fonte: Arquivos da ESF Santa Rita, 2016.

A ESF Santa Rita tem, há alguns anos, uma parceria de trabalho com a Escola Afonso Volpato, realizando atividades em grupos com as crianças, adolescentes, pais e professores. A ESF oferece também atendimento para outras demandas, tal como atendimento psicológico

nos casos de transtornos de aprendizagem, comportamento e problemas familiares dos discentes. No entanto, a demanda para atendimento psicológico apresenta considerável aumento, resultando em sobrecarga para o serviço e questionamentos acerca do propósito do atendimento psicológico na atenção básica. Observa-se tal problemática em todo o município de Marau, o que foi apresentado para a secretária de educação em uma reunião com os psicólogos da rede, no mês de julho de 2018, onde foram levantadas possibilidades de resolução destas demandas dentro das escolas, sendo encaminhado para as unidades de saúde e para o serviço de avaliação psicológica apenas os casos que, de fato, necessitam de atendimento especializado. As escolas já possuem atendimento psicopedagógico e sala de recursos especiais, que possui capacidade de atender as demandas, em especial as relacionadas à aprendizagem.

Além da EMEF Afonso Volpato, o território da Santa Rita possui uma Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI), denominada Mágico de Oz (fotografia 10), que está em funcionamento desde 25 de fevereiro de 2002, atendendo atualmente cerca de 300 crianças. Uma das principais características do território é o horário de trabalho das famílias que, em geral, trabalham na empresa Brasil Foods (BRF), que funciona por 24 horas, demandando para os pais um local seguro para deixar seus filhos durante o dia. A ESF Santa Rita também possui uma parceria de trabalho com a EMEI, atendendo demandas tais como suspeita de abuso sexual e questões comportamentais e familiares das crianças, bem como trabalho de educação em saúde, como por exemplo, saúde bucal.

Fotografia 10 – Escola Mágico de Oz



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

1.4.4 Controle social, atividades de educação em saúde e outras atividades realizadas da ESF Santa Rita

Na ESF são realizadas as seguintes atividades: consultas médicas; consultas odontológicas; consultas psicológicas; consultas de enfermagem; atendimento ambulatorial; acolhimento multiprofissional; visitas domiciliares multiprofissionais; atividades coletivas (grupos de gestantes, idosos, saúde bucal, fumantes, hipertensos e diabéticos, artesanato, caminhada, escola, ente outros); imunizações; vigilância epidemiológica; limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; planejamento familiar; pré-natal e puericultura; notificações; cadastramento de hipertensos e diabéticos; coleta citopatológica; administração de medicamentos (via intramuscular, endovenosa, oral e ocular); teste de glicemia capilar; monitoramento de pressão arterial; saúde bucal curativa e preventiva; medidas antropométricas; retirada de pontos; curativos de pequeno e médio porte; lavagem otológica; procedimentos médicos de pequeno porte, bem como Testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite B e C; atendimentos Farmacêuticos incluindo programa Remédio em Casa, entre outros.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) em Marau está regulamentado pela lei municipal nº 1577 de julho de 1991, que cria o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), e está orientado pela Lei Orgânica Municipal que trata, em seu capítulo V, dos Conselhos Municipais. O FMS está vinculado diretamente ao gestor local.

A Lei Municipal nº 2255 de março de 1995 altera o artigo 3º da lei 1577 de 1991, que trata da composição do Conselho Municipal de Saúde (CMS), o qual terá a seguinte composição: governo municipal; prestadores de serviço público e privado; profissionais de saúde; usuários. O CMS é composto por 19 membros: seis representantes do governo, um prestador de serviços públicos e privados, dois profissionais da saúde e dez representantes dos usuários. Observa-se pouca participação dos conselheiros nas reuniões, bem como da comunidade em geral, o que deveria ser um espaço democrático que favorece a participação do cidadão na construção das políticas públicas. Verifica-se também a necessidade de educação permanente que proporcione aos conselheiros o entendimento de suas atribuições na tomada de decisões e fiscalização dos serviços de saúde. Atualmente o CMS é presidido pela representante dos usuários Alessandra Gomes e as reuniões acontecem nas segundas terças-feiras de cada mês no auditório da Secretaria Municipal de Saúde.

A ESF Santa Rita e a ESF São José Operário possuem o Conselho Local de Saúde, devido à presença dos profissionais residentes, que participam da organização e execução das

reuniões. O Conselho Local proporciona, de maneira descentralizada, o controle social e o engajamento da população na discussão de estratégias de melhoria do sistema municipal de saúde. Quando começou a ser realizado, o Conselho Local de Saúde na ESF Santa Rita apresentava pouca participação da comunidade. Diante disso, foi realizado um evento chamado “Bate Papo Com a Comunidade” (fotografia 11), com a presença do Excelentíssimo Prefeito, do Secretário de saúde, de vereadores e da comunidade em geral. Na ocasião foram discutidos vários assuntos de interesse dos usuários, além de serem levantadas sugestões para melhorias no território e na ESF. A partir disso, foi elaborada uma carta para a gestão municipal contendo as reivindicações e assuntos abordados. Também foram eleitas pessoas para representar a comunidade no Conselho Local de Saúde.

Atualmente, o Conselho Local tem uma participação maior dos usuários, mas observa-se que os participantes são sempre os mesmos. Para reforçar a importância e garantir que haja maior participação, foi elaborada uma lista com os nomes e telefones das pessoas que apresentam interesse em participar do controle social e, um dia antes do encontro, uma residente ou uma profissional da equipe telefona para cada uma das pessoas, reforçando o horário do Conselho.

Fotografia 11- Bate Papo com a Comunidade – divulgação do Conselho Local de Saúde.



Fonte: Página oficial do facebook da ESF Santa Rita.

1.5 DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA E DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE

1.5.1 ESF Santa Rita

A história da unidade iniciou com a Sra. Marli Goetz, moradora há vinte anos no Bairro Santa Rita, que atuou no “mini-posto de saúde voluntário”, onde havia um nebulizador, eram aplicadas injeções, feito curativos mais simples, distribuídas algumas pomadas e repassadas orientações sobre saúde. Na época a Secretaria de Saúde forneceu uma panela de pressão para esterilizar os materiais e também um aparelho para verificar pressão. Este atendimento aconteceu em sua residência durante três anos e, em seguida, teve continuidade na casa de Mariluce Minosso. Dona Marli conta que, para realizar este trabalho, recebeu treinamento sobre técnicas de enfermagem. Relata que há dezoito anos algumas senhoras realizaram um treinamento sobre como preparar xaropes, pomadas caseiras e chás em geral. Participaram deste curso Mariluce Minosso e Serli Wilhem. O prefeito da época era o Sr Luis Brocco mas, no mandato seguinte, do prefeito Sr Alci Luiz Romanini, o atendimento à população passou a ser realizado no salão da comunidade com um ônibus adaptado (consultório médico e odontológico). Esse local foi reformado e atualmente é a ESF Santa Rita (fotografia 12). Devido ao aumento da população foi implantado o Programa Saúde da Família em março de 2003, com uma equipe composta inicialmente pelos seguintes profissionais: Enfermeira Lisiane Dal Agnese, médico Fabiano, técnica de enfermagem Maria Helena, dentista Eleimar Zanchetti, Auxiliar de Saúde Bucal Luciane Marchezan, Agente Comunitária de Saúde Elaine Hoppe, Carina Ramos, Janice Scandolara e sanificadora Ivone França.

Fotografia 12 – ESF Santa Rita.



Fonte: Arquivo ESF Santa Rita – maio de 2017.

Atualmente a estrutura física da ESF é composta por dois consultórios médicos (um destes com sanitário), um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, um consultório de psicologia, uma cozinha, dois sanitários para usuários, uma sala de reuniões, uma sala de recepção, uma sala de esterilização e estocagem, um almoxarifado, uma área para estocagem de material de limpeza, uma área para abrigo de material sólido, uma sala de utilidade, uma área para compressor e bomba a vácuo, uma sala de vacinas e uma sala onde ocorre dispensação de medicamentos.

A ESF conta com a atuação de uma equipe multiprofissional composta por vinte profissionais, incluindo as residentes do Programa de Residência Multiprofissional da UFFS. Como o local foi adaptado para ser uma unidade de saúde, uma das dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho é a de disponibilidade de salas para atendimento.

A enfermeira realiza atividades referentes à atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas, consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, encaminha os usuários para outros serviços quando necessário. Além disso, realiza atividades programáticas e de atenção à demanda espontânea, planeja e avalia ações desenvolvidas pelas Agentes Comunitárias juntamente com a equipe; realiza ações de educação permanente e educação em saúde e participa do gerenciamento dos insumos necessários. No município, a enfermagem não tem licença para prescrever medicações, entretanto sabe-se que esta é uma prática

reconhecida e prevista pela legislação (mediante protocolo assistencial assegurado por lei municipal). A técnica em enfermagem realiza procedimentos, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, ações de educação em saúde, participa do gerenciamento de insumos e também realiza ações de educação permanente e educação em saúde.

A ESF oferece atendimento médico com duas profissionais, uma profissional efetiva da prefeitura (concurso público) e outra contratada por meio do Programa Mais Médicos, e realizam ações de atenção à saúde da população adstrita, consultas clínicas, procedimentos ambulatoriais, atividades em grupo, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, encaminhamento de usuários a outros pontos da rede de atenção à saúde indicando, quando necessário, internação hospitalar ou domiciliar; também realizam e participam de atividades de educação permanente e educação em saúde e gerenciamento dos insumos.

Quanto à cobertura territorial de agentes comunitários em saúde (ACS) a equipe dispõe de quatro profissionais, abrangendo quatro microáreas, estando uma microárea descoberta, conforme supracitado. As ACS trabalham com adstrição de famílias, cadastram os usuários de sua microárea, orientam as famílias quanto à utilização dos serviços, realizam atividades programadas, acompanham as famílias por meio de visitas domiciliares, desenvolvem ações que integram a equipe de saúde e a população, ações de promoção e educação em saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde e acompanhamento dos participantes do Programa Bolsa Família. Além disso as ACS realizam também ações de controle à dengue.

Na equipe de Saúde Bucal (SB) atua uma cirurgiã dentista que realiza atenção em saúde bucal, procedimentos clínicos de saúde bucal, incluindo atendimentos de urgência e pequenas cirurgias ambulatoriais; realiza também atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; desenvolve ações referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe e ações de educação em saúde. Além da cirurgiã dentista, a equipe de SB conta com uma auxiliar em saúde bucal, que realiza e coordena a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, desenvolve atividades de saúde bucal com os demais membros da equipe, apoia as atividades das ACS na prevenção e promoção da saúde, participa do gerenciamento dos insumos, realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e realiza o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal.

Na ESF não há serviços de radiografia odontológica e, portanto, pacientes que necessitam deste serviço são encaminhados para serviços especializados que possuem convênio com o município. A jornada de trabalho da equipe de SB é de apenas 20 horas

semanais e, por isso, o trabalho de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e de diagnóstico do perfil epidemiológico para planejamento e programação em saúde bucal ficam prejudicados, pois há uma crescente demanda para atendimentos clínicos, limitando a atuação das profissionais.

O serviço também dispõe de uma psicóloga e uma farmacêutica, com carga horária de 20 horas semanais cada, funções que não estão previstas pela Política Nacional da Atenção Básica, mas que o município de Marau implementou, a partir das necessidades de sua população. A psicóloga, além de fazer a preceptoria das duas residentes, faz atendimentos individuais, em grupo, visitas domiciliares, participa da organização e execução das atividades nas Escolas e Educação Permanente para as Agentes Comunitárias. A presença de um profissional da Psicologia se justifica pela considerável demanda por atendimento em saúde mental, colaborando com a equipe na construção dos projetos terapêuticos, acolhimentos de situações em crise, atendimentos a famílias e acompanhamento longitudinal de pessoas com transtornos graves.

A presença de uma profissional Farmacêutica deu-se a partir da necessidade de abertura de uma farmácia na Unidade de Saúde Santa Rita, tendo sido organizada inicialmente por uma residente Farmacêutica, no ano de 2016. As atividades executadas pela profissional são de dispensação de medicamentos, orientação farmacêutica, discussão de prescrição com médicos e equipe, organização logística dos medicamentos, solicitação de medicamentos, conferência de solicitação, verificação de validades, atenção farmacêutica com orientação e produção de dispositivos que auxiliem na adesão ao tratamento, dispensação unitária ou semanal, conforme demanda da equipe e usuários, realização de visita domiciliar; atuação no Programa Remédio em Casa, vigilância em saúde, controle social, testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite B e C, ações de educação permanente da equipe e das ACS e participação no acolhimento multiprofissional. A presença de uma profissional Farmacêutica na Atenção Básica qualifica o serviço, oferecendo para a população um cuidado mais próximo no quesito tratamento medicamentoso e suporte qualificado para a equipe, além de informações acerca do uso racional e correto de medicamentos.

Além dos profissionais elencados, a ESF conta com a atuação de residentes do Programa Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sendo duas enfermeiras, duas psicólogas e duas farmacêuticas. As residentes atuam em uma jornada de 60 horas semanais, sendo 48 horas de atividades em campo de prática e 12 horas em atividades teóricas previstas pela matriz curricular da residência. Estas profissionais atuam junto aos demais profissionais da

equipe, de forma a complementar o processo de trabalho e fomentar transformações *in loco*. A ESF também é campo de imersão dos alunos da Graduação em Medicina da UFFS, supervisionados pela médica concursada.

A Estratégia conta também com a atuação de um agente administrativo, que colabora com a organização do serviço, das demandas diárias para atendimento (médico, enfermagem, psicologia e farmácia), organização das agendas das médicas e das enfermeiras, liberação para exames, organização de planilhas referentes a exames, dentre outras funções. O trabalho deste profissional mostra-se imprescindível para o cotidiano de trabalho da ESF, pois a partir da boa organização do aspecto administrado observa-se reflexos positivos no trabalho dos demais profissionais.

Por fim, a ESF possui uma profissional sanificadora, contratada mediante terceirização, que faz a higienização das salas e sanitários, mantém o ambiente organizado para as atividades e colabora na organização e preparo de algumas atividades, tais como para os grupos, cursos e oficinas.

Na ESF ocorre a dispensação de medicamentos disponíveis na lista básica do município, selecionados a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e em consonância com as necessidades de saúde prioritárias do município. Porém, o município não possui uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), sendo prejudicado o estabelecimento da REMUME, o que dificulta a exclusão ou inclusão dos medicamentos, violando os princípios da farmacoeconomia. Em função disso, foi realizada no mês de junho de 2018 uma reunião entre médicos e farmacêuticos para verificar a lista básica de medicamentos do município onde analisaram critérios de inclusão e exclusão dos medicamentos. Quanto aos insumos, estes estão de acordo com as necessidades e demandas do dia a dia, tanto para procedimentos como para demais ações.

A ESF Santa Rita realiza busca ativa de mulheres que estejam com o exame citopatológico do colo do útero em atraso, por meio de contato telefônico. As pacientes com diagnóstico de câncer de mama que fazem acompanhamento em outros locais continuam com o vínculo na unidade de referência. Também é realizado contato com as pacientes que fazem uso de contraceptivos injetáveis e que estejam em atraso, e contato com os pais de crianças cujas vacinas estejam atrasadas. Pacientes diagnosticados com sífilis recebem atenção continuada, além dos pacientes diabéticos e hipertensos.

Na unidade há uma tabela de pacientes para quem são realizadas visitas domiciliares mais frequentes e, cada profissional que realiza a visita, no momento do retorno anota na tabela. Além desta tabela, outras tabelas e acompanhamentos estão disponíveis em um sistema

de rede, ficando acessível para todos os profissionais. Uma das funções das residentes na unidade é verificar frequentemente estas tabelas e atuar no monitoramento e na vigilância, fazendo contatos quando necessário, agendando consultas ou fazendo uma visita domiciliar.

Como estratégia de promoção de saúde, são desenvolvidos grupos abertos para participação da comunidade, tais como o grupo HiperDia, onde participam pacientes hipertensos e diabéticos, com frequência quinzenal, nas quintas-feiras de manhã; grupo de artesanato, que ocorre semanalmente nas quartas-feiras à tarde; grupo de caminhada, que ocorre nas segundas e quintas-feiras das 16 às 17 horas no campo de futebol da comunidade; grupo de gestantes, que já teve uma edição neste ano, e está sendo realizada programação para o segundo semestre. No momento estão sendo programadas atividades e grupos a serem realizados na unidade no horário noturno e aos sábados, com a participação da equipe e das residentes.

1.5.2 Residência Multiprofissional em Saúde

A Residência Multiprofissional em Saúde iniciou no ano de 2013, com a inserção da 1ª turma de residentes, em uma parceria com o Grupo Hospital Conceição (GHC) de Porto Alegre. A partir do ano de 2015, a Universidade Federal da Fronteira Sul assumiu as funções de organização e execução da formação, tendo se formado a primeira turma da UFFS no início deste ano. A Residência tem como campo de práticas a ESF Santa Rita e a ESF São José Operário, com seis vagas reservadas para o município: duas para psicologia, duas para enfermagem e duas para farmácia. É uma formação em serviço com a finalidade de atuar em equipe, de forma interdisciplinar, em diferentes níveis de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A ênfase de atuação da Residência Multiprofissional é em “Saúde da Família e Comunidade”, que vistas à formação de profissionais capacitados para atuação na Atenção Primária em Saúde.

1.6 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

O bairro foi constituído pela instalação da empresa BRF, empregando muitos trabalhadores da região, que acabaram fixando residência no município, povoando o entorno da empresa. Um número considerável de moradores são funcionários da BRF, e várias pessoas do bairro se deslocam para municípios vizinhos para trabalhar em outras empresas.

A ESF possui em sua área uma população estimada de 3.145 pessoas, distribuídas entre as diversas faixas etárias. Na microárea 21 são 219 moradias, com população de 657 pessoas; na microárea 47 são 286 moradias, com população de 858 pessoas; na microárea 22 são 203 moradias, com população de 609 pessoas; na microárea 41 são 154 moradias, com população de 462 pessoas; e na microárea 19 são 179 moradias, com população de 559 pessoas.

As atividades econômicas predominantes do território são de indústrias de alimentos (BRF; Mega Doces), de Metalúrgica (Sofinox) e de equipamentos para aviários, laticínio, mini-mercados, lavagem de carros, oficinas mecânicas, casas noturnas, salão de beleza, lojas de roupas e bazar, confecções, atelier de costura, padaria, fábrica e comércio de móveis, terraplanagem, madeireiras e tornearia.

A maioria das casas são próprias, de alvenaria e em bom estado de conservação. Há muitas construções e os loteamentos estão em expansão. As moradias alugadas normalmente são porções ou encontram-se nos fundos dos terrenos. O abastecimento de água é feito pela Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN). Na maioria das casas há rede de esgoto, porém há algumas áreas com fossa séptica. A iluminação dos domicílios é fornecida pela Rio Grande Energia (RGE), sendo que em algumas ruas a iluminação é precária. Existe a coleta do lixo orgânico três vezes por semana e mais um dia de coleta seletiva. Há poucas lixeiras e, em grande parte da área, encontra-se lixo espalhado nas ruas e no rio, por falta de conscientização dos moradores. Em vários locais tem-se a cultura de criar animais tais como galinha, cavalo e coelho. Também é comum encontrar animais de estimação como gatos e cachorros nas ruas.

Existem áreas verdes e uma sanga que perpassa o território, um campo de futebol que serve de espaço para prática de atividade física, onde ocorre o grupo de caminhada organizado pelas ACS com a população.

As ruas do bairro estão em boas condições, exceto em algumas onde não há pavimentação. Fica evidente a falta de educação para o trânsito, pois os pedestres transitam no meio da rua. Um trecho da RS 324 passa pelo bairro, dividindo o território e oferecendo riscos à população que precisa deslocar-se de um lado para o outro, pois apresenta um tráfego intenso tanto de carros quanto de caminhões devido ao transporte para a empresa BRF.

Observa-se que o cotidiano de vida das pessoas do território é frenético devido aos horários das empresas, especialmente às de grande porte, cujos horários são diferenciados de um funcionário para outro. Algumas pessoas trabalham de madrugada e outras durante o dia, dificultando muitas vezes o acesso da população à unidade de saúde. A empresa BRF oferece

plano de saúde para seus funcionários e muitos fazem uso pois conseguem atendimento em horário flexível.

Os índices de drogadição e de furtos vem aumentando na região da ESF, preocupando os moradores e as autoridades. A polícia não consegue atender a todas as demandas, pois, segundo informações, estão em poucos profissionais. No limite do território da ESF Santa Rita com a ESF Central 2 localiza-se o Beco Sertão, conhecido como ponto de venda de drogas, e que impõe para as duas ESF a necessidade de estratégias de abordagem e intervenção próprias para a realidade local.

Na ESF é realizado o acompanhamento de vários desses usuários e de suas famílias, e observa-se a dificuldade da família para lidar com esse problema, pois em diversos casos ocorre agressões entre pais e filhos, roubos para financiar o consumo, entre outros episódios de violência, onde a comunidade também sofre, pois estão cada dia mais amedrontados diante deste quadro. Enquanto equipe de saúde tem-se discutido em matriciamento e reuniões quais possibilidades de intervenção, pois no cotidiano verifica-se dificuldade na abordagem e no manejo dos casos.

A demanda para a ESF é, em geral, bem diversificada, tendo como população mais frequente crianças e idosos. O total de idosos do território registrado no sistema é de 284, sendo 115 homens e 169 mulheres. Há, no território, uma quantidade expressiva de pacientes que necessitam de cuidados diários, vários acima de 60 anos, mas que estão sob os cuidados dos filhos, os quais não se responsabilizam de forma adequada pelos seus progenitores, deixando-os desamparados. A equipe tem acionado a rede da assistência social por diversas vezes e buscado outras possibilidades de intervenção nesses casos, sempre com o cuidado de não perder o vínculo com os familiares e com o paciente.

A maioria destes idosos possuem doenças crônicas, que demandam assistência contínua e o uso de medicamentos. Segundo Carvalho et al. (2012) nos últimos anos houve aumento expressivo da polifarmácia geriátrica. Mais de 40% das pessoas com 65 anos e mais consomem cinco ou mais medicamentos por semana e 12% usam dez agentes diferentes. Portanto, os idosos que são expostos a polifarmácia correm um grande risco de comprometerem sua capacidade funcional.

Muitos idosos pertencentes ao território da ESF Santa Rita moram sozinhos e fazem uso de polifarmácia. O idoso realiza a administração das medicações sozinho, sendo que há possibilidade deste ser analfabeto ou possuir dificuldade de visão o que compromete o tratamento. Além disso, outro problema que acomete os idosos que residem sozinhos está relacionado à alimentação. Eles acabam não se alimentando corretamente, alguns por

dificuldade financeira, pois precisam pagar o aluguel e comprar os medicamentos que não são fornecidos pelo SUS. Outros, por comprometimento físico de não conseguir ir até o supermercado ou de não conseguir preparar seu próprio alimento.

Sendo assim, ser cuidador de um idoso é uma experiência cada vez mais frequente. É ele que atende às necessidades de autocuidado de indivíduos com algum grau de dependência, por períodos prolongados. Responsabiliza-se em dar suporte ou de assistir às necessidades do indivíduo, garantindo desde cuidados básicos, como alimentação e higiene, e outras atividades como ir ao supermercado e realizar tarefas financeiras (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

Os cuidadores deixam de lado a profissão, atividades de lazer, o autocuidado, o que pode levar a prejuízos de sua qualidade de vida e do cuidado prestado ao idoso. Queixam-se muitas vezes de sobrecarga e, com frequência, apresentam estresse, depressão e ansiedade (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012) que são fatores que propiciam a violência e maus-tratos, sendo muitas vezes fatos que ocorrem na realidade da ESF.

As doenças mais prevalentes na população adstrita são a hipertensão, diabetes, transtornos mentais e doenças relacionadas ao trabalho. Na tabela 5, construída através da coleta de dados para o trabalho de gerenciamento das residentes R2, pode-se observar e destacar as morbidades mais prevalentes na população da ESF. Tais dados levantam questões para a equipe acerca dos cuidados em saúde, especialmente de pessoas hipertensas.

Tabela 2 – Morbidades da população da ESF Santa Rita.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	197
SAÚDE MENTAL (SM)	62
DIABETES MELLITUS (DM) + HAS	52
HAS + SM	22
GESTANTE	15
DM	13
CÂNCER (CA)	8
ACAMADO + HAS	5
DM COM INSULINA	4
CA + HAS	3
ACIENDETE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	2
HAS + AVC	2
DM COM INSULINA + HAS	2
DIABETES INSIPIDUS	2
HEPATITE + HAS	2
DEFICIÊNCIA (DEF) AUDITIVA	2
DEF VISUAL	2
ACAMADO + DEF FÍSICA	1

ACAMADO + AVC	1
COLOSTOMIZADO + TABACO	1
HAS + SM + ACAMADO	1
HAS + AVC + CA	1
HAS + DM + AVC + CARDIOPATA	1
HAS + DM + AVC + TABACO	1
HAS + INSUFICIÊNCIA RENAL	1
HAS + DM + DEF FÍSICA	1
HAS + DEF AUDITIVA	1
HAS + DEF FÍSICA	1
HAS + DEF AUDITIVA + SM	1
SM + HAS + ACAMADO	1
PRIVADO DE LIBERDADE	1
DM + HAS + TABACO	1
DM + HAS + CA	1
DM SEM TRATAMENTO	1
DM + INSUFICIÊNCIA RENAL	1
DM + HAS + SM (ÁLCOOL)	1
DM + SM	1
DM + HAS + SM	1
CA + SM	1
HIPERFREQUENTADOR	1
PRIVADO DE LIBERDADE	1

Fonte: adaptado pelas autoras, dados retirados do trabalho de gerenciamento realizado pelas residentes 2017/2018.

Com relação à saúde da mulher, uma dificuldade para o trabalho da equipe é a falta de responsabilização quanto ao autocuidado, com a marcação periódica de exames e retorno à unidade, bem como com a retirada de exames citopatológicos. Assim, a unidade entra em contato em caso de alguma alteração no exame para que a usuária venha retirar e passe por uma orientação. As usuárias cujos resultados apresentaram-se positivos a equipe aguarda para que venham retirar os exames o que, em geral, não acontece. Muitas vezes essas usuárias vêm realizar novos exames e os exames anteriores ainda estão aguardando na unidade. Tais ações demandam tempo dos profissionais da equipe, trazendo dificuldades para o cotidiano do trabalho.

Outro dado importante é o número considerável de adolescentes entre 14 e 15 anos gestantes, desde o início do ano de 2018, o que levanta questões para a equipe acerca da educação sexual para adolescentes e famílias, orientação quanto ao planejamento de vida e familiar. Analisa-se que, mesmo o município de Marau apresentando dados sugestivos de

bom desenvolvimento, também apresenta dificuldade quanto ao tráfico e uso de drogas, violência urbana e gravidezes precoces.

1.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS ACERCA DO DIAGNÓSTICO GERAL

Pesquisar e construir um diagnóstico situacional de uma Estratégia de Saúde da Família e do município onde está inserida, convoca o pesquisador a algumas importantes reflexões. É no campo da prática que se observa o quanto a Atenção Básica em Saúde está estrategicamente situada nos territórios e sua função é de primeira importância. Para que o trabalho na Atenção Básica seja efetivo é preciso compreender acerca dos diversos condicionantes e determinantes de saúde de um município e de um dado território; o modo como as pessoas vivem e se relacionam com sua saúde; a forma como as famílias se organizam; como os filhos cuidam de seus pais na velhice; como as crianças são criadas; como os temas da droga e sexualidade são abordados com os adolescentes; como se trata a questão da violência doméstica e infantil; como a comunidade e as famílias lidam com o sofrimento mental; qual é o estilo de alimentação e de vida da população.

A Atenção Básica possui ferramentas e instrumentos capazes de oferecer qualidade de vida, promoção de saúde, prevenção às doenças e aos agravos. Não tem alçada e, possivelmente, nenhum nível do sistema tem, para erradicar doenças, curar todas as dores, resolver todos os problemas que acometem uma comunidade, mas tem a capacidade de, diariamente, oferecer escuta, orientações, acolhimento e mudança de estilo e condição de vida.

Na atenção básica depara-se com a pobreza, a falta, a fome, a violência; mas também é onde se vê a luta do povo brasileiro, sua gana diária por sobrevivência e pela busca de uma vida com mais qualidade e saúde. É ali que observamos a potência do nosso Sistema Único de Saúde e o quanto muitas pessoas dele dependem, e que é um dever ético trabalharmos para que esse sistema seja aperfeiçoado. O SUS nasce na democratização brasileira e é no trabalho pela manutenção da democracia que se luta também pela garantia da saúde como um direito de todos.

1.8 PROPOSTA DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

1.8.1 Tema

Avaliação da sobrecarga em cuidadores de idosos assistidos na atenção básica.

1.8.2 Introdução

O envelhecimento da população é um fato mundial que, nos anos mais recentes, ganha maior importância nos países em desenvolvimento. No Brasil, o crescimento da população idosa é cada vez mais relevante, tanto em termos absolutos quanto proporcionais. Os efeitos do aumento desta população já são percebidos nas demandas sociais, nas áreas de saúde e na previdência (BRASIL, 2013).

No Brasil, em 2025, tem-se cerca de 34 milhões de idosos, representando 15% da população total (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011). Proporcionalmente, a faixa etária de 60 anos ou mais é a que mais cresce. Projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam que o número de idosos no Brasil, no período de 1950 a 2025, aumentará em 15 vezes, enquanto o restante da população em cinco. Assim, o Brasil será o sexto país quanto ao contingente de idosos em 2025, devendo ter cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2012; BRASIL, 2013; VIEIRA, 2015). O impacto dessa nova "ordem demográfica" é imenso e o desafio é, portanto, considerável (BRASIL, 2013).

Com o aumento da expectativa de vida e o avanço da ciência, ser cuidador de um idoso é uma experiência cada vez mais frequente, visto que a incidência de doenças crônicas degenerativas e o número de idosos dependentes crescem proporcionalmente ao envelhecimento (PORTUGAL, 2004; INOUE et al., 2009; FERREIRA, 2010; OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012), sendo que, o envelhecimento enfermo resulta em limitações físicas ou cognitivas que levam a uma dependência parcial ou total das atividades da vida diária, gerando demanda de cuidados voltados para as necessidades de cada idoso (VIEIRA, 2015).

No Brasil, aproximadamente 40% das pessoas com 65 anos ou mais dependem de algum tipo de ajuda para a realização de, pelo menos, uma tarefa, sendo o apoio prestado predominantemente por familiares (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011; VIEIRA, 2015).

A assistência ao idoso pode ser aquela prestada por cuidadores formais, que se relaciona às instituições ou profissionais contratados para fornecerem assistência, e informais, ou seja, prestada por vizinhos, amigos ou familiares que voluntariamente oferecem suporte e cuidados ao idoso (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2014). Mas, independente do cuidado ser formal ou informal, esses cuidadores carecem de suporte profissional e de um espaço para compartilhamento de dúvidas e anseios. A atenção integral à saúde do cuidador

deve ser baseada na habilidade em estabelecer as necessidades de saúde dessa população e de programar e avaliar as intervenções sanitárias relativas ao cuidado para as pessoas individualmente em cada contexto (DINIZ, et al., 2016).

1.8.3 Problemática

O processo de envelhecimento populacional está aumentando no decorrer dos anos e conseqüentemente o aumento de doenças crônicas degenerativas. Sendo assim, torna-se cada vez mais provável que, no curso de vida, alguém precisará cuidar de uma pessoa idosa durante um período de tempo prolongado. No entanto, mesmo cuidando de alguém que se ama, uma mudança no estilo de vida e uma rotina sobrecarregada podem acarretar aumento no nível de estresse e diminuição na qualidade de vida do cuidador. Portanto, levantou-se a questão de qual é o nível de sobrecarga que acomete os cuidadores de idosos pertencentes ao território da ESF Santa Rita?

1.8.4 Justificativa

A literatura aponta em vários estudos o estresse em cuidadores de idosos em função da sobrecarga (GRATAO, et al., 2012; BAPTISTA, et al., 2012; OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012; SOUZA, et al., 2015), devendo ser vista como um conceito multidimensional, o qual abrange a esfera biopsicossocial, resultado da busca de equilíbrio entre as seguintes variáveis: tempo disponível para o cuidado, recursos financeiros, condições psicológicas, físicas e sociais, atribuições e distribuição de papéis.

Na pouca experiência profissional adquirida na Estratégia da Saúde da Família (ESF) Santa Rita, foi possível observar que algumas famílias que vivem a situação de cuidar de um idoso, possuem pouca ou nenhuma preparação para assumir esse papel, sendo que, alguns conseguem lidar e se adaptar com as mudanças e dificuldades de cuidar de um idoso. Já outros, possuem relacionamentos difíceis e conflituosos no passado que se atualizam no momento de cuidar, chegando algumas vezes em situações de maus-tratos e negligência.

1.8.5 Objetivos

1.8.5.1 Objetivo geral

Avaliar a sobrecarga em cuidadores de idosos.

1.8.5.2 Objetivos específicos

- Identificar o grau de sobrecarga em cuidadores de idosos;
- Descrever características de cuidadores de idosos;
- Listar o uso de psicofármacos por cuidadores de idosos.

1.8.6 Revisão bibliográfica

Nos últimos anos, em consequência de diversos fatores, como a melhoria das condições sanitárias e de acesso a bens e serviços, as pessoas têm vivido mais tempo. Os avanços na área da saúde têm possibilitado que cada vez mais pessoas consigam viver por um período mais prolongado, aumentando consideravelmente o número de idosos no mundo (BRASIL, 2008), sendo que, é considerado idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL,2013).

Com esse panorama de crescimento populacional, é notável uma alteração do perfil epidemiológico da população, com alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, perdas cognitivas, declínio sensorial, acidentes e isolamento social, o que causa perdas da capacidade funcional nos idosos tornando-os dependentes de outros para a prestação de cuidados diários. Diante desse contexto, a tarefa do cuidar, representada pelo papel do cuidador, inclui ações que visam auxiliar o idoso impedido física ou mentalmente a desempenhar tarefas práticas das atividades da vida diária e autocuidado (DINIZ, et al., 2016).

A definição de cuidador, segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso é:

Cuidador é a pessoa, membro ou não da família que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados como profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem (BRASIL, 1999).

Em relação à discussão sobre diplomas normativos referentes à questão dos cuidadores, destaca-se que no Brasil, atualmente, os cuidadores formais de idosos são considerados uma função identificada na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) por meio do código 5162-10 (BRASIL, 2002).

Em uma perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário (BRASIL, 2008).

A existência de um doente dependente no seio familiar conduz a uma necessidade de reorganização de toda a família, com redefinição de papéis e tarefas. A família sofre alterações a nível físico, psíquico, social e econômico, proporcionando modificações no âmbito familiar (FEREIRA, 2010).

Frequentemente os familiares sentem-se esgotados, e os sentimentos de desespero, raiva e frustração alternam-se com os de culpa por não estar fazendo o suficiente por um parente amado. A rotina doméstica altera-se completamente. Geralmente, há uma perda da atividade social da família. O aumento da despesa também é fator preocupante para a família. Os cuidadores, ao se perceberem sobrecarregados, tendem a sentir maiores níveis de ansiedade e, conseqüentemente, a desempenharem suas funções aquém de suas capacidades, o que resulta numa situação de cuidado desequilibrado, normalmente acompanhado por resultados insatisfatórios (LENARDT, et al., 2011; VIEIRA, 2015).

De acordo com Baptista, et al. (2012), em 59,2% dos casos da pessoa se tornar um cuidador é uma situação de imposição, em que o familiar é obrigado a assumir a tarefa do cuidado. Muitas vezes o familiar não se sente preparado para esta função, mas como a decisão envolve todo o conjunto familiar, isto influencia na decisão de quem vai cuidar, ou até impõe essa função a quem a família julgar mais apto ou disponível. Em outros casos, o familiar assume a função de cuidador por não existir outra opção dentro do núcleo familiar, nem fora dele. Assim, a imposição em ser cuidador pode gerar um alto nível de estresse, visto que ele não decidiu espontaneamente assumir a função. Portanto, cabe ressaltar que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. É fundamental ter a compreensão de se tratar de uma tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios (BRASIL, 2008).

O cuidado cotidiano pode levar ao estreitamento de laços afetivos, vínculos, intimidade e reciprocidade entre quem cuida e quem é cuidado. Este cuidado diário que favorece uma relação muito próxima, por vezes, gera conflitos entre cuidador e a pessoa cuidada. Desta forma, essa relação pode causar sentimentos de opressão e tristeza. Quando se trata de um familiar, o vínculo pode tornar-se maior e a relação de compaixão e solidariedade faz com que o cuidador esteja sujeito a este misto de sentimentos diante desta situação (INOCENTI; RODRIGUES; MIASSO, 2009; BAPTISTA, et al., 2012).

As mudanças ocorridas na vida dos cuidadores afetam seus sentimentos, seu dia a dia e suas atividades. Os familiares cuidadores tendem a distanciar-se da vida sociofamiliar à medida que a doença do familiar cuidado evolui. Deste modo, geralmente há uma sobrecarga emocional e de atividades gerando uma transformação na vida daquele que se compromete a assumir esse papel de cuidador (SANTANA; ALMEIDA; SAVOLDI, 2009; BAPTISTA, et al., 2012), sendo que os fatores mais fortemente associados à sobrecarga familiar são os comportamentos problemáticos dos pacientes, os sintomas negativos, as perdas ocupacionais, financeiras e de suporte social decorrentes da doença e as dificuldades dos doentes no desempenho de papéis sociais (BAPTISTA, et al., 2012).

Ao assumir e realizar a tarefa de cuidar do idoso, geralmente, de caráter ininterrupto, o cuidador precisa lidar com horas seguidas de trabalho, gerando situações desgastantes e de sobrecarga (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006; GRATAO et al., 2012), podendo acarretar nos cuidadores o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, fadiga, uso de medicamentos psicotrópicos, além de ter sua própria saúde prejudicada o que leva à falta de condições para cuidar do idoso. Da mesma forma, a atividade de cuidar pode ter efeitos sociais e econômicos que comprometem todos os aspectos da vida (GRATAO, et al., 2012).

A sobrecarga pode ser expressa por problemas físicos, como queixas somáticas múltiplas, entre elas, dor do tipo mecânico no aparelho locomotor, cefaleia tensional, astenia, fadiga crônica, alterações no ciclo sono-vigília, assim como problemas psíquicos, manifestados por desordens como a depressão, ansiedade e insônia, que constituem a via de expressão do desconforto emocional (SCAZUFCA; MENEZES; ALMEIDA, 2002; GRATAO et al., 2012).

Segundo Batista, et al. (2012), o desgaste biopsicossocial dos cuidadores foi abordado por 17 estudos (62,9 %), citando os principais sinais e sintomas como ansiedade, fadiga, estresse, exaustão, isolamento social, instabilidade emocional, além do impacto causado pela diminuição da renda familiar. A tarefa de cuidar de um familiar dependente invariavelmente expõe o indivíduo a uma série de situações adversas e implica mudanças no estilo de vida do cuidador.

A dificuldade do cuidar não está somente na realização das tarefas em si, mas também na dedicação necessária para satisfazer as necessidades do outro, em detrimento das suas próprias necessidades. Os cuidadores sentem a perda da liberdade e suas vidas se limitam a cuidar do outro, não podendo desfrutar de atividades de lazer, o que causa infelicidade e desânimo (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002; BAPTISTA, et al., 2012). O distanciamento dos

amigos e a falta de participação da família nos cuidados ao paciente é um fator que contribui para o aumento da sobrecarga (BAPTISTA, et al., 2012).

Deste modo, a responsabilidade dos cuidados domiciliares frequentemente recai sobre um único indivíduo da família, o que revela uma evidência geradora de sobrecarga, que culmina com o autoabandono. Com a finalidade de prevenir o possível adoecimento dos cuidadores é importante a participação dos profissionais de saúde, realizando orientações adequadas e procurando promover a corresponsabilidade de todos os membros da família para a divisão harmônica das tarefas do cuidado (BAPTISTA, et al., 2012).

1.8.7 Metodologia

Será um estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico. Realizar-se-á um levantamento de quantos cuidadores de idosos atuam no território da Estratégia da Saúde da Família Santa Rita, Marau, RS, através do sistema G-MUS e com o auxílio das agentes comunitárias de saúde.

Os participantes que serão incluídos na pesquisa deverão ter mais de 18 anos, cuidar de idosos com mais de 60 anos e há mais de seis meses, e ainda, concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após, será aplicado, uma entrevista para os cuidadores de idosos descrevendo suas características e o uso de psicofármacos através de um questionário produzido pela autora. Para avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idoso será utilizado o questionário de Sobrecarga do Cuidador - Zarit Burden Interview. Esta escala não deve ser realizada na presença do idoso. A cada afirmativa o cuidador deverá indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas. O estresse dos cuidadores será indicado por altos escores (leve: até 14 pontos; moderado: 15 a 21; grave: acima de 25 pontos).

1.8.8 Intervenção

Produzir uma lista atualizada dos cuidadores de idosos pertencentes ao território da ESF Santa Rita, podendo assim oferecer assistência diferenciada a essa população. Além disso, realizar dinâmicas criativas ou intervenções de cuidado individual para cada cuidador

envolvido a partir das necessidades apontadas durante a entrevista e de acordo com as necessidades ou desejos de cada público.

1.8.9 Conclusão

O cuidador é a pessoa designada pela família para o cuidado do idoso, quando isto for requerido. Esta pessoa, geralmente leiga, assume funções para as quais, na grande maioria das vezes, não está preparada (BRASIL, 2008). É importante que a equipe de saúde tenha sensibilidade ao lidar com os cuidadores, procurando conhecer o perfil dos envolvidos e buscando informações para criação de estratégias de intervenções terapêuticas mais efetivas, pois, a atenção e apoio aos cuidadores de idosos são fundamentais para a qualidade dos serviços prestados aos idosos e para a saúde dos próprios cuidadores.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, B. O. et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, p. 147-56, 2012.
- BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário Brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, p. 879-885, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde & Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Local: Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS. Brasília, 2007. Disponível em <www.conass.org.br>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- BRASIL. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.html>. Acesso em 06 jul. 2018.
- BRASIL. Departamento de informática SUS/DATASUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 mai. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, 2009. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>. Acesso em 20 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº. 397, de 10 de dezembro de 1999**. Institui a Classificação Brasileira de Ocupações. Brasília, 2002.
- BRASIL. **Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em: 30 jul. 2018.
- BRASIL. **Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1999.
- CAMPOS, G. W. et. al. **Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família**. In: Manual de práticas de atenção básica - saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, p. 133-153, 2010.

CARVALHO, M. F. C. et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2012.

CERQUEIRA, A.T.A.R.; OLIVEIRA, N.I.L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia USP**, p. 133-150, 2012.

DAWALIBI, N.W. et. al. Índice de desenvolvimento humano e qualidade de vida de idosos frequentadores de Universidades Abertas para a Terceira Idade. **Psicologia & Sociedade**, p. 496-505, 2014.

DIMENSTEIN, M.; LIMA, A. I.; MACEDO, J. P. **Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária**. In: PAULON, S.; NEVES, R. (Org.). Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, p. 39-59, 2013.

DINIZ, M. A. A. et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Revista da associação brasileira de saúde coletiva**, 2016. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/estudo-comparativo-entre-cuidadoresformais-e-informais-de-idosos/15954>>. Acesso em: 14 agos. 2018.

FERREIRA, F. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**, Lisboa, v. 3, n. 2, p. 13-19, 2010.

GRATAO, A. C. M. et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, p. 304-12, abr./jun., 2012.

INOCENTI, A.; RODRIGUES, I. G.; MIASSO, A. I. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, p. 858-65, 2009.

INOUYE, K. et al. Perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, p. 187-93, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/marau/panorama>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

LENARDT, M.H. et al. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Colombia Médica**, p. 17-25, 2011.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enfermagem**, p. 587-94, out./dez. 2006.

MARAU. **Câmara Municipal de Marau**. Disponível em: <<http://www.portalnet.com.br/jardel/camara/institucional.php>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

MARAU. **Lei nº 1577, de 08 de julho de 1991**. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/rs/m/marau/lei-ordinaria/1991/157/1577/lei-ordinaria-n-1577-1991-cria-o-conselho-municipal-de-saude-cms-o-fundo-municipal-de-saude-e-daoutras-providencias>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

MARAU. **Lei nº 2255, de 30 de março de 1995**. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/rs/m/marau/lei-ordinaria/1995/225/2255/lei-ordinaria-n-2255-1995-altera-o-caput-do-artigo-3-da-lei-n-1577-de-08-de-julho-de-1991>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

MARAU. **Lei Orgânica do Município de Marau**. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/lei-organica-marau-rs>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

MARAU. **Prefeitura de Marau**. Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br/marau/11/histaoria>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-10.pdf>>. Acesso: 16 jun. 2018.

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, p. 829-38, set./out., 2012.

PINHEIRO, J. C. V., CARVALHO, R. M., FREITAS, K. S. Análise do suprimento atual e potencial de água potável para os municípios cearenses. **Sociedade & Natureza**, p.107-121, 2009.

PINTO, F. N. F. F.; BARHAM, E. J. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 525-539, jul./set. 2014.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Lisboa, 2004.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **Desenvolvimento Humano e IDH**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

ROTA DAS SALAMARIAS. Disponível em: <<http://www.salamarias.com.br/noticias/artigos>>. Acesso em: abr. 2018.

SANTANA, S.F.; ALMEIDA, K.S.; SAVOLDI, N.A.M. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, p. 459-64, 2009.

SCAZUFCA, M.; MENEZES, P.R.; ALMEIDA, O.P. Caregiversburden in na elderly population with depression in São Paulo. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, p. 416-22, abr. 2002.

SECRETARIA EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/situacao/saude.show.mtw>>. Acesso em: maio 2018.

SOUZA, R. R. Secretário de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, agos., 2002. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0149_M.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2018.

UESUGUI, H.M.; FAGUNDES, D.S.; PINHO, D.L.M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Acta Paulista de Enfermagem*, p. 689-94, 2011.

VIEIRA, A. L. T. et al. Avaliação do Estresse em Cuidadores de Idosos na Unidade de Saúde da Família “Vila Saúde”. *Revista M e P*, jan., 2015.

WILLIG, M. H.. A longevidade segundo histórias de vida de idosos longevos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 4, 2015, p. 697-704.

2 CAPÍTULO II - PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

2.1 RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida e o avanço da ciência, ser cuidador de um idoso é uma experiência cada vez mais frequente, visto que a incidência de doenças crônicas degenerativas e o número de idosos dependentes crescem proporcionalmente ao envelhecimento. Diante disso, o objetivo deste trabalho é avaliar a sobrecarga em cuidadores de idosos assistidos na Atenção Básica de Saúde. Os participantes que serão incluídos na pesquisa deverão ter 18 anos ou mais, cuidar de idosos adstritos da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita, Marau, RS, com 60 anos ou mais e há um tempo maior ou igual há seis meses. Será aplicado um questionário aos cuidadores de idosos descrevendo suas características demográficas e socioeconômicas bem como informações relativas ao cuidador. Para classificar a sobrecarga dos cuidadores de idosos será utilizada a Escala Zarit Burden Interview, a qual consta com 22 questões que avaliam o cuidado do impacto nas esferas física, psicológica e social do cuidador, com pontuações que podem variar de zero a quatro em cada item. A cada afirmativa o cuidador deverá indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Sendo que, o escore final pode variar entre zero e 88 pontos, assumindo que quanto maior a pontuação, maior a intensidade da sobrecarga. Para avaliar o grau de dependência do idoso será utilizado a Escala de Katz - Atividades Básicas de Vida Diária. Os dados serão duplamente digitados em um banco de dados a ser criado no Programa Epidata versão 3.1 de distribuição livre para posterior análise estatística no software PSPP. Será verificada a distribuição absoluta e relativa das variáveis categóricas, medidas de tendência central e dispersão de variáveis numéricas e a distribuição do desfecho em relação às variáveis independentes será verificada por meio do teste de qui-quadrado, usando-se nível de significância estatística de 5%. A intervenção se dará através da identificação dos cuidadores de idosos adstritos do território da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita e será elaborada uma lista atualizada com os dados dos mesmos, a fim de oferecer assistência diferenciada a essa população, procurando conhecer o perfil dos envolvidos e buscando informações para criação de estratégias de intervenções terapêuticas mais efetivas, pois a atenção e apoio aos cuidadores de idosos são fundamentais para a qualidade dos serviços prestados e para a saúde dos próprios cuidadores. Além disso, será realizada uma Educação Permanente com a equipe da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita, compartilhando o conhecimento e os resultados adquiridos com a pesquisa, promovendo um momento de reflexão e sensibilização da importância de promover ações voltadas não somente ao idoso, mas também para aquele que cuida, melhorando sua qualidade de vida e prevenindo o seu adoecimento.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Envelhecimento populacional. Expectativa de vida. Cuidadores.

2.2 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fato mundial que está ganhando maior importância nos países em desenvolvimento. No Brasil, o crescimento da população idosa é

cada vez mais relevante, tanto em termos absolutos quanto proporcionais. Os efeitos do aumento desta população já são percebidos nas demandas sociais, nas áreas de saúde e na previdência (BRASIL, 2013).

No Brasil, em 2025, terá cerca de 34 milhões de idosos, representando 15% da população total (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011). Proporcionalmente, a faixa etária de 60 anos ou mais é a que mais cresce. Projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam que o número de idosos no Brasil, no período de 1950 a 2025, aumentará em 15 vezes, enquanto o restante da população em cinco (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2012; BRASIL, 2013; VIEIRA, 2015). O impacto dessa nova "ordem demográfica" é imenso e o desafio é, portanto, considerável (BRASIL, 2013).

Com o aumento da expectativa de vida e o avanço da ciência, ser cuidador de um idoso é uma experiência cada vez mais frequente, visto que a incidência de doenças crônicas degenerativas e o número de idosos dependentes crescem proporcionalmente ao envelhecimento (PORTUGAL, 2004; INOUYE et al., 2009; FERREIRA, 2010; OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012), o qual resulta em limitações físicas ou cognitivas que levam a uma dependência parcial ou total das atividades da vida diária, gerando demanda de cuidados voltados para as necessidades de cada idoso (VIEIRA, 2015). No Brasil, aproximadamente 40% das pessoas com 65 anos ou mais dependem de algum tipo de ajuda para a realização de, pelo menos, uma tarefa, sendo o apoio prestado predominantemente por familiares (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011; VIEIRA, 2015).

A assistência ao idoso pode ser aquela prestada por cuidadores formais, que se relaciona às instituições ou profissionais contratados para fornecerem assistência, e informais, ou seja, prestada por vizinhos, amigos ou familiares que voluntariamente oferecem suporte e cuidados ao idoso (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2014). Independente de o cuidado ser formal ou informal, esses cuidadores carecem de suporte profissional e de um espaço para compartilhamento de dúvidas e anseios. A atenção integral à saúde do cuidador deve ser baseada na habilidade em estabelecer as necessidades de saúde dessa população e de programar e avaliar as intervenções sanitárias relativas ao cuidado para as pessoas individualmente em cada contexto (DINIZ, et al., 2016).

2.2.1 Tema

Avaliação da sobrecarga em cuidadores de idosos assistidos na atenção básica de saúde.

2.2.2 Problema

Qual é a prevalência de sobrecarga que acomete os cuidadores de idosos pertencentes ao território da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita, Marau, RS?

2.2.3 Hipóteses

- Serão encontrados níveis elevados de sobrecarga na população entrevistada.
- O cuidador de um idoso com maior grau de dependência terá maior grau de sobrecarga.

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 Objetivo geral

Avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos assistidos na atenção básica de saúde.

2.3.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência de sobrecarga dos cuidadores de idosos;
- Descrever características sociodemográficas dos cuidadores de idosos;
- Avaliar o grau de dependência do idoso e relacionar com a sobrecarga dos cuidadores.

2.4 JUSTIFICATIVA

O projeto de pesquisa-intervenção a ser desenvolvido insere-se no cenário da Atenção Básica em Saúde, em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Marau, no interior do Estado do Rio Grande do Sul. O município tem uma população de 41.059 habitantes, e possui doze ESF's distribuídas na cidade com 100% de cobertura.

A ESF Santa Rita possui em sua área uma população estimada de 3.145 pessoas, sendo 284 idosos acima de 60 anos. A maioria destes idosos possuem doenças crônicas

degenerativas, que demandam assistência contínua para realização das atividades básicas de vida diária.

Sendo assim, ser cuidador de um idoso é uma experiência cada vez mais frequente. É ele que atende às necessidades de autocuidado de indivíduos com algum grau de dependência, por períodos prolongados. Responsabiliza-se em dar suporte ou de assistir às necessidades do indivíduo, garantindo desde cuidados básicos, como ajuda para alimentação, higiene, banho, transferência e outras atividades como ir ao supermercado e realizar tarefas financeiras.

Porém, para ser cuidador, muitas vezes é necessário deixar a profissão, ter horas seguidas de trabalho, não poder desfrutar de atividades de lazer, pois sua vida limita-se em cuidar do outro, o que pode levar a prejuízos da qualidade de vida e do cuidado prestado ao idoso. Pois, mesmo cuidando de alguém que se ama, uma mudança no estilo de vida e uma rotina sobrecarregada podem acarretar em aumento no nível de estresse.

Na ESF Santa Rita é possível observar que algumas famílias que vivem a situação de cuidar de um idoso, possuem pouca preparação para assumir esse papel. Sendo que, algumas conseguem lidar e se adaptar com as mudanças e dificuldades de cuidar de um idoso. Já outras, possuem relacionamentos difíceis e conflituosos no passado que se atualizam no momento de cuidar, chegando algumas vezes em situações de maus-tratos e negligência.

Desta forma, um grande desafio do sistema de saúde brasileiro é que o atendimento dos profissionais de saúde se expanda também ao cuidador, uma vez que este é parte essencial no cuidado ao idoso. Os cuidadores de idosos estão apresentando altos níveis de sobrecarga e alta prevalência de sintomas depressivos, o que afeta a qualidade de vida do cuidador e conseqüentemente a qualidade do cuidado prestado ao idoso. Portanto, verifica-se a necessidade de programar ações voltadas não somente ao idoso, mas também para aquele que cuida, prevenindo o seu adoecimento.

2.5 REFERENCIAL TEÓRICO

Nos últimos anos, em consequência de diversos fatores, como a melhoria das condições sanitárias e de acesso a bens e serviços, as pessoas têm vivido mais tempo. Os avanços na área da saúde têm possibilitado que cada vez mais pessoas consigam viver por um período mais prolongado, aumentando consideravelmente o número de idosos no mundo (BRASIL, 2008). Sendo considerada idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL, 2013).

Com esse panorama de crescimento populacional, é notável uma alteração do perfil epidemiológico da população, com alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, perdas cognitivas, declínio sensorial, acidentes e isolamento social. O que causam perdas da capacidade funcional nos idosos tornando-os dependentes de outros para a prestação de cuidados diários. Diante desse contexto, a tarefa do cuidar, representada pelo papel do cuidador, inclui ações que visam auxiliar o idoso impedido física ou mentalmente a desempenhar tarefas práticas das atividades da vida diária e autocuidado (DINIZ, et al., 2016).

A definição de cuidador, segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso é:

Cuidador é a pessoa, membro ou não da família que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados como profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem (BRASIL, 1999).

Em relação à discussão sobre diplomas normativos referentes à questão dos cuidadores, destaca-se que no Brasil, atualmente, os cuidadores formais de idosos são considerados uma função identificada na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) por meio do código 5162-10 (BRASIL, 2002).

Em uma perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário (BRASIL, 2008).

A existência de um doente dependente no seio familiar conduz a uma necessidade de reorganização de toda a família, com redefinição de papéis e tarefas. A família sofre alterações a nível físico, psíquico, social e econômico, proporcionando modificações no âmbito familiar (FEREIRA, 2010).

Frequentemente os familiares sentem-se esgotados, e os sentimentos de desespero, raiva e frustração alternam-se com os de culpa por não estar fazendo o suficiente por um parente amado. A rotina doméstica altera-se completamente. Geralmente, há uma perda da atividade social da família. O aumento da despesa também é fator preocupante para a família. Os cuidadores, ao se perceberem sobrecarregados, tendem a sentir maiores níveis de ansiedade e, conseqüentemente, a desempenharem suas funções aquém de suas capacidades, o que resulta numa situação de cuidado desequilibrado, normalmente acompanhado por resultados insatisfatórios (LENARDT, et al., 2011; VIEIRA, 2015).

A sobrecarga do cuidador tem sido alvo de diversos estudos. De acordo com Bochi (2004), a partir da década de 90, inúmeros estudos foram realizados no Brasil com relação à sobrecarga física e psicológica do cuidador. Segundo Loureiro et al. (2013), em seu estudo realizado no município de João Pessoa, PB, com uma amostra de 52 idosos e seus cuidadores, verificou-se a prevalência de sobrecarga entre os cuidadores equivalente a 84,6%. Sendo que, 61,5% dos cuidadores familiares apresentaram sobrecarga moderada a leve, 23,1%, sobrecarga moderada a severa e oito 15,4% não apresentaram sobrecarga. Em outro estudo realizado por Leite et. al. (2017), em um ambulatório de geriatria para cuidados com idosos, os níveis de sobrecarga se apresentaram em, 50% sobrecarga moderada, 38%, pouca sobrecarga e 12% sobrecarga moderada/ severa. Sendo assim, 62% da população entrevistada, apresentou níveis de sobrecarga preocupantes.

Segundo Baptista, et al. (2012), em 59,2% dos casos a pessoa se tornar um cuidador é uma situação de imposição, em que o familiar é obrigado a assumir a tarefa do cuidado. Muitas vezes o familiar não se sente preparado para esta função, mas como a decisão envolve todo o conjunto familiar, isto influencia na decisão de quem vai cuidar, ou até impõe essa função a quem a família julgar mais apto ou disponível. Em outros casos, o familiar assume a função de cuidador por não existir outra opção dentro do núcleo familiar, nem fora dele (BAPTISTA, et al., 2012). Assim, a imposição em ser cuidador pode gerar um alto nível de estresse, visto que ele não decidiu espontaneamente assumir a função. Portanto, cabe ressaltar que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. É fundamental ter a compreensão de se tratar de uma tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios (BRASIL, 2008).

Em um estudo realizado por Cruz, Lecheta e Wachholz (2009) foram analisados cuidadores de idosos com doença de Alzheimer em uma Unidade de Atenção ao Idoso, no município de Curitiba, PR. Foram incluídos no estudo 80 cuidadores primários e informais. O público que compôs a amostra era predominantemente feminino, representado por 60% pelas filhas dos pacientes, com idade média 53,3 anos. A maioria da amostra (58,7%) declarou-se casada. Em outro estudo realizado por Loureiro et al. (2013), no município de João Pessoa, PB, verificou-se que, o grau de parentesco era composto por 50% filho(as); 26,9% cônjuges e 5,8% genro ou nora. Quanto ao sexo, 96,2% eram do sexo feminino. No tocante à idade dos cuidadores, a média foi de 52,6 anos.

O cuidado cotidiano pode levar ao estreitamento de laços afetivos, vínculos, intimidade e reciprocidade entre quem cuida e quem é cuidado. Este cuidado diário que favorece uma relação muito próxima, por vezes, gera conflitos entre cuidador e a pessoa

cuidada. Desta forma, essa relação pode causar sentimentos de opressão e tristeza. Quando se trata de um familiar, o vínculo pode tornar-se maior e a relação de compaixão e solidariedade faz com que o cuidador esteja sujeito a este misto de sentimentos diante desta situação (INOCENTI; RODRIGUES; MIASSO, 2009; BAPTISTA, et al., 2012).

As mudanças ocorridas na vida dos cuidadores afetam seus sentimentos, seu dia a dia e suas atividades. Os familiares cuidadores tendem a distanciar-se da vida sociofamiliar à medida que a doença do familiar cuidado evolui. Deste modo, geralmente há uma sobrecarga emocional e de atividades gerando uma transformação na vida daquele que se compromete a assumir esse papel de cuidador (SANTANA; ALMEIDA; SAVOLDI, 2009; BAPTISTA, et al., 2012). Os fatores mais fortemente associados à sobrecarga familiar são os comportamentos problemáticos dos pacientes, os sintomas negativos, as perdas ocupacionais, financeiras e de suporte social decorrentes da doença e as dificuldades dos doentes no desempenho de papéis sociais (BAPTISTA, et al., 2012).

O assumir e realizar a tarefa de cuidar do idoso, geralmente, de caráter ininterrupto, traz ao cuidador horas seguidas de trabalho, gerando situações desgastantes e de sobrecarga (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006; GRATAO et al., 2012). Segundo Cruz, Lecheta e Wachholz (2009) a carga horária despendida para o cuidado é de mais de 15 horas diárias no cuidado com o paciente.

À medida que aumenta a dependência do idoso, os encargos do ato de cuidar exigem maiores esforços. Sobrecarregados os cuidadores queixam-se, muitas vezes, de depressão, estresse e ansiedade, e conseqüentemente o aumento do consumo de psicofarmacócos (SOUZA, et al., 2015). De acordo com o estudo de Cruz, Lecheta e Wachholz (2009) a maioria dos cuidadores entrevistados (60%) declarou fazer uso pessoal de algum tipo de medicamento. Destes, 21,2% referiram o uso de medicações psicotrópicas. Em outro estudo realizado por Carvalho (2010), no Serviço de Geronto-Geriatria do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, foram avaliados 69 cuidadores de idosos que declararam fazer uso de medicamentos, sendo que 34% faziam uso de antidepressivos e 7,2% utilizavam ansiolíticos.

A sobrecarga pode ser expressa por problemas físicos, como queixas somáticas múltiplas, entre elas, dor do tipo mecânico no aparelho locomotor, cefaleia tensional, astenia, fadiga crônica, alterações no ciclo sono-vigília, assim como problemas psíquicos, manifestados por desordens como a depressão, ansiedade e insônia, que constituem a via de expressão do desconforto emocional (SCAZUFCA; MENEZES; ALMEIDA, 2002; GRATAO et al., 2012).

Segundo Batista, et al. (2012), o desgaste biopsicossocial foi abordado por 17 estudos (62,9 %), citando os principais sinais e sintomas como ansiedade, fadiga, estresse, exaustão, isolamento social, instabilidade emocional, além do impacto causado pela diminuição da renda familiar. 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.

A dificuldade do cuidar não está somente na realização das tarefas em si, mas também na dedicação necessária para satisfazer as necessidades do outro, em detrimento das suas próprias necessidades. Os cuidadores sentem a perda da liberdade e suas vidas se limitam a cuidar do outro, não podendo desfrutar de atividades de lazer, o que causa infelicidade e desânimo (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002; BAPTISTA, et al., 2012). O distanciamento dos amigos e a falta de participação da família nos cuidados ao paciente é um fator que contribui para o aumento da sobrecarga (BAPTISTA, et al., 2012).

Deste modo, a responsabilidade dos cuidados domiciliares frequentemente recai sobre um único indivíduo da família, o que revela uma evidência geradora de sobrecarga, que culmina com o autoabandono. Com a finalidade de prevenir o possível adoecimento dos cuidadores é importante à participação dos profissionais de saúde, promovendo grupos e atividades com orientações de autocuidado, apoderando o cuidador e responsabilizando todos os membros da família para a divisão harmônica das tarefas do cuidado (BAPTISTA, et al., 2012).

2.6 METODOLOGIA

2.6.1 Tipos de estudo

Trata-se de um estudo de pesquisa-intervenção, quantitativo, observacional, do tipo transversal e analítico.

2.6.2 Local e período de realização

O estudo será realizado na Estratégia de Saúde da Família Santa Rita em Marau, Rio Grande do Sul, no período de 01/03/2019 a 31/12/2019.

2.6.3 População e amostragem

A amostra do estudo será composta por todos os cuidadores de idosos adstritos a ESF Santa Rita. A amostra, do tipo não probabilística, pois a ESF Santa Rita não possui nenhum dado dos cuidadores de idosos pertencentes do território. A amostra será identificada através de um levantamento de quantos cuidadores de idosos atuam no território da ESF Santa Rita, através da lista de idosos do Sistema de Gestão Municipal de Saúde (G-MUS) e com o auxílio das agentes comunitárias de saúde para auxiliar na identificação de quais idosos possuem cuidadores. Estima-se que sejam incluídos 50 participantes.

Os participantes que serão incluídos na pesquisa deverão ter 18 anos ou mais, cuidar de idosos com 60 anos ou mais e há um tempo maior ou igual de seis meses.

A pesquisa será aplicada a todos os cuidadores de idosos, independente se um idoso tiver mais de um cuidador.

2.6.4 Variáveis e instrumento de coleta de dados

Será aplicado um questionário aos cuidadores de idosos descrevendo suas características: dados demográficos (idade, sexo), dados socioeconômicos (estado civil, escolaridade, renda familiar, número de pessoas residentes) e outros, incluindo o grau de parentesco do cuidador com o idoso, se o cuidador utiliza medicamentos psicotrópicos, há quanto tempo é cuidador no total, se o cuidador possui ou não outro trabalho, recebe atendimento domiciliar, recebeu orientações de como cuidar do idoso, quantas horas diárias presta cuidados ao idoso, se o cuidador tem ou não atividades de lazer) que serão transcritos em uma ficha (APÊNDICE 1).

Para avaliar o grau de dependência do idoso será utilizado a Escala de Katz - Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) (ANEXO 1) que será aplicado aos cuidadores de idosos. A escala consta com seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades do autocuidado, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade, da seguinte forma: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para vestir-se e tomar banho. O escore é obtido de acordo com o desempenho do indivíduo, com no máximo seis pontos para o indivíduo independente, quatro pontos para dependência parcial, dois pontos dependência importante e zero para a dependência total (KATZ, 1963).

Para avaliar e classificar a sobrecarga dos cuidadores de idoso será utilizada a Escala Zarit Burden Interview, adaptada e validada no Brasil (ANEXO 2). Consta com 22 questões, que avaliam o cuidado do impacto nas esferas física, psicológica e social do cuidador, com pontuações que podem variar de zero a quatro em cada item. A escala não deve ser realizada

na presença do idoso. A cada afirmativa o cuidador deverá indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). A escala obedece aos seguintes escores: sobrecarga intensa (escore entre 61 e 88), sobrecarga moderada a severa (escores entre 41 e 60), sobrecarga moderada a leve (escores entre 21 e 40) e ausência de sobrecarga (escores inferiores a 21) (ZARIT, S.H., TODD, ZARIT, J.M., 1986; SCAZUFCA, 2002).

A coleta de dados se dará através de visitas domiciliares, acompanhada das agentes comunitárias de saúde, sem agendamento prévio.

2.6.5 Logística e coleta de dados

- ✓ Solicitação do Termo de Ciência e Concordância da Gestão Municipal de Saúde frente à pesquisa a ser realizada.
- ✓ Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos CEP-UFFS.
- ✓ Após apreciação do CEP-UFFS, se dará o levantamento de quais cuidadores de idosos atuam no território da Estratégia da Saúde da Família Santa Rita, através do sistema G-MUS e com o auxílio das agentes comunitárias de saúde.
- ✓ Coleta dos dados através de visitas domiciliares.
- ✓ Análise estatística dos dados.
- ✓ Produção de uma lista atualizada dos cuidadores de idosos.
- ✓ Realização de uma Educação Permanente com a equipe da ESF Santa Rita para compartilhar o conhecimento e os resultados adquiridos da pesquisa.

2.6.6 Processamento, controle e análise dos dados

Os dados serão duplamente digitados em um banco de dados a ser criado no Programa Epidata versão 3.1 de distribuição livre para posterior análise estatística no software PSPP. Será verificada a distribuição absoluta e relativa das variáveis categóricas, medidas de tendência central e dispersão de variáveis numéricas e a distribuição do desfecho em relação às variáveis independentes será verificada por meio do teste de qui-quadrado, usando-se nível de significância estatística de 5%.

2.6.7 Aspectos éticos

Este estudo está em observância à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, para pesquisa envolvendo seres humanos, e atenderá aos seguintes aspectos éticos:

- a) Termo de Ciência e Concordância da Instituição Envolvida: este projeto de pesquisa será submetido à apreciação da Gestão Municipal de Marau, RS, através da Secretaria de Saúde (APÊNDICE 2).
- b) Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS): a pesquisa somente será realizada mediante apreciação e aprovação do CEP/UFFS.
- c) Dos participantes: Será realizada visita domiciliar para coletar os dados sociodemográficos e aplicar os questionários de Katz e Zarit.
- d) Sigilo e anonimato: os participantes terão assegurados sigilo e anonimato, sendo que a publicação dos resultados se dará de forma coletiva, sem identificação dos mesmos.
- e) Propriedade intelectual dos dados e divulgação dos resultados: o Termo de Ciência e Concordância da Gestão Municipal resguardará aos autores do projeto, a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados.
- f) Benefícios: Os benefícios da pesquisa será a produção de uma lista atualizada dos cuidadores de idosos pertencentes ao território da ESF Santa Rita, a fim de oferecer assistência diferenciada a essa população, procurando conhecer o perfil dos envolvidos e buscando informações para criação de estratégias de intervenções terapêuticas mais efetivas, pois a atenção e apoio aos cuidadores de idosos são fundamentais para a qualidade dos serviços prestados e para a saúde dos próprios cuidadores.
- g) Desconforto ou riscos esperados: Para os pacientes da amostra existe o risco mínimo de identificação. Visando minimizar este risco, os nomes serão substituídos por números na ficha de transcrição de dados. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. Existe o risco de desconforto emocional ou constrangimento durante a aplicação do teste. Com o objetivo de minimizar este risco, será reforçado junto ao participante que a pesquisa não é obrigatória e que ele poderá desistir de participar a qualquer momento. A pesquisadora buscará ainda, aplicar o teste de forma reservada, visando garantir a privacidade ao participante. Caso o risco se concretize, a pesquisadora responsável estará à disposição para uma escuta qualificada, buscando avaliar o desconforto ou constrangimento, e caso seja necessário, haverá o encaminhamento para profissional da psicologia da ESF.

- h) Respeito aos valores dos participantes: no decorrer do desenvolvimento do estudo serão respeitados os valores culturais, sociais, religiosos e éticos, e assegurado o sigilo.
- i) Garantia de respostas e acesso aos dados da pesquisa: os participantes terão assegurado o direito ao acesso aos seus dados da pesquisa a qualquer momento durante ou após a realização do estudo.
- j) Os dados e materiais da pesquisa serão armazenados por 05 anos e após serão descartados.
- k) Os resultados do estudo serão enviados ao participante da pesquisa por e-mail e serão devolvidos a ESF, bem como, serão divulgados à comunidade científica, aos profissionais e aos gestores de saúde, em eventos e publicações da área para que possam ser planejadas e executadas medidas preventivas voltadas à população.
- l) Utilização dos dados: será garantido aos participantes que os dados do estudo a ser desenvolvido serão utilizados unicamente conforme previsto neste projeto de pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3).

2.6.8 Intervenção

A intervenção se dará através da identificação dos cuidadores de idosos adstritos do território da ESF Santa Rita e será elaborada uma lista atualizada com os dados dos mesmos, a fim de oferecer assistência diferenciada a essa população, procurando conhecer o perfil dos envolvidos e buscando informações para criação de estratégias de intervenções terapêuticas mais efetivas, pois a atenção e apoio aos cuidadores de idosos são fundamentais para a qualidade dos serviços prestados e para a saúde dos próprios cuidadores. Além disso, será realizada uma Educação Permanente com a equipe da ESF Santa Rita, compartilhando o conhecimento e os resultados adquiridos com a pesquisa, promovendo um momento de reflexão e sensibilização da importância de promover ações voltadas não somente ao idoso, mas também para aquele que cuida, melhorando sua qualidade de vida e prevenindo o seu adoecimento.

2.6.9 Resultados esperados

Através desse estudo, pretende-se identificar os cuidadores de idosos e compreender o grau de sobrecarga existente nessa população estudada. Além disso, espera-se que com os resultados obtidos, a ESF possa oferecer um melhor atendimento e uma assistência diferenciada a esses cuidadores de idosos.

2.7 RECURSOS

Tabela 1 – Recursos financeiros

Material de Consumo	Quantidade	Preço unitário (R\$)	Total (R\$)
Cartucho de tinta preta para impressora a laser	01	200,00	200,00
Pasta simples, com elástico	04	1,50	6,00
Caneta esferográfica azul	04	2,00	8,00
Lápis	01	1,50	1,50
Borracha	01	0,50	0,50
Apontador	01	1,50	1,50
Cadernos simples, 200 folhas	01	12,00	12,00
Folhas A4	01	25,00	25,00
VALOR TOTAL			R\$ 254,50

Fonte: elaborado pela autora, 2018.

Os recursos serão custeados pela equipe de pesquisa.

2.8 CRONOGRAMA

Quadro 1 – Cronograma das atividades

ATIVIDADES	TCR III					TCR IV				
	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Levantamento bibliográfico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados	X	X	X	X						
Digitação, sistematização e análise dos dados			X	X						
Elaboração do relatório parcial ao CEP	X	X	X	X						
Apresentação do relatório parcial do CEP					X					
Intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X		
Elaboração do artigo						X	X	X	X	
Apresentação do TCR										X

Fonte: elaborado pela autora, 2018.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, B. O. et al. **A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, p. 147-56, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100020>. Acesso em: 26 set. 2018.
- BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. **Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário Brasileiro.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, p. 879-885, 2014. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232014000400879&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso em: 26 set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** 3. ed. Brasília, 2013.
- _____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Brasília, 2013.
- _____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador.** Brasília, 2008.
- _____.Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº. 397, de 10 de dezembro de 1999.** Institui a Classificação Brasileira de Ocupações. Brasília, 2002.
- _____.**Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999.** Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1999.
- BOCHI, S. C. M. **Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise de conhecimento.** Revista latino-americana de Enfermagem, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692004000100016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 set. 2018.
- CARVALHO, M. C. G. **A experiência do cuidar: o (des) amparo do cuidador familiar.** 2010. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/12601/1/Maria%20Cristina%20Guapindaia%20Carvalho.pdf>>. Acesso em: 14 agos. 2018.
- CERQUEIRA, A.T.A.R.; OLIVEIRA, N.I.L. **Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos.** Psicologia USP. p. 133-150, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 08 set. 2018.
- CRUZ, M. N. C.; LECHETA, D. R.; WACHHOLZ, P. A. **Fatores associados à sobrecarga e à depressão em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer.** Geriatria e Gerontologia, 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/Camila/Downloads/v3n1a04.pdf>>. Acesso em: 14 agos. 2018.

DINIZ, M. A. A. et al. **Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos.** Revista da associação brasileira de saúde coletiva, 2016. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/estudo-comparativo-entre-cuidadores-formais-e-informais-de-idosos/15954>>. Acesso em: 14 agos. 2018.

FERREIRA, F. **Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa.** Cadernos de Saúde, Lisboa, v. 3, n. 2, p. 13-19, 2010. Disponível em: <[https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10936/1/CSaude_3-2_2010\(2\).pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10936/1/CSaude_3-2_2010(2).pdf)>. Acesso em: 08 set. 2018.

GRATAO, A. C. M. et al. **Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, p. 304-12, abr./jun., 2012. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-304.pdf>>. Acesso em: 14 agos. 2018.

INOCENTI, A.; RODRIGUES, I. G.; MIASSO, A. I. **Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos.** Revista da Escola de Enfermagem USP, p. 858-65, 2009. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2018.

INOUYE, K. et al. **Perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, p. 187-93, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000200008&script=sci_abstract>. Acesso em: 06 out. 2018.

KATZ, S. et al. **Studies of illness in the aged: the index of ADL; a Standard Measure of Biological and Psychosocial Function .** JAMA, v. 185, n.12, p. 914-9, Washington, 1963. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/28f5/7aee8fa8ce8fcb762f7979a4cfb5861ce380.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2018.

LEITE, B. S. et. al. **Vulnerabilidade de cuidadores de idosos com demência: estudo descritivo transversal.** Revista Brasileira de Enfermagem. V.70, n.4., Brasília, jul./ago., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400682&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 26 set. 2018.

LENARDT, M.H. et al. **A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer.** Colombia Médica, p. 17-25, 2011. Disponível em: <<https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/61312/1/rc11036.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2018.

LOUREIRO, L. S. N. et al. **Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador.** Revista Escolar de Enfermagem da USP, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1129.pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S.S. **Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria.** Texto Contexto Enfermagem, p. 587-94, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a06.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2018.

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. **Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, set./out., p. 829-38, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/17.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2018.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010.** Lisboa, 2004.

SANTANA, S.F.; ALMEIDA, K.S.; SAVOLDI, N.A.M. **Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer.** Revista da Escola de Enfermagem USP, p. 459-64, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a28v43n2.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

SCAZUFCA, M. **Versão brasileira da Escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516-44462002000100006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 out. 2018.

SCAZUFCA, M.; MENEZES, P.R.; ALMEIDA, O.P. **Carga do cuidador em uma população idosa com depressão em São Paulo, Brasil.** Psiquiatria social e Epidemiologia Psiquiátrica, p. 416-22, abr., 2002.

SOUZA, L. R. S. et al. **Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica.** Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-140.pdf>>. Acesso em: 14 agos. 2018.

UESUGUI, H.M.; FAGUNDES, D.S.; PINHO, D.L.M. **Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores.** Acta Paulista de Enfermagem, p. 689-94, 2011. Disponível em: <<https://www2.unifesp.br/acta/pdf/v24/n5/v24n5a15.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

VIEIRA, A. L. T. et al. **Avaliação do Estresse em Cuidadores de Idosos na Unidade de Saúde da Família “Vila Saúde”.** Revista M e P, jan., 2015.

ZARIT, S. H.; TODD, P. A.; ZARIT, J.M. **Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study.** Gerontologist, 1986.

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO: CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADORES

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA EM CUIDADORES DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA	
Pesquisador responsável: Camila Gatto Contato (e-mail e telefone): (54) 996240242	
1. Número da Ficha:	nfic _____
2. Data da coleta dos dados:	data __/__/____
3. Nome do cuidador:	nome _____
4. Idade:	id _____
5. Estado Civil: (1) solteira (2) casada (3) divorciada (4) separada (5) viúva	escivil _____
6. Sexo: (1) feminino (2) masculino	sex _____
7. Escolaridade: (1) Ensino Fundamental Incompleto (2) Ensino Fundamental Completo (3) Médio Incompleto (4) Médio Completo (5) Superior Incompleto (6) Superior – Completo	escolari _____
8. Parentesco (1) esposo (2) filho (3) genro/nora (4) sobrinhos (5) outros	parent _____
9. Renda familiar (1) 0 a 3 salários mínimos (2) 3 a 5 salários mínimos (3) > 5 salários mínimos	renda _____
10. Reside nº de pessoas (1) com uma pessoa (2) 2 a 4 pessoas (3) 4 a 8 pessoas (4) >8 pessoas	reside _____
11. Medicamentos do cuidador (1) Ansiolíticos (2) Antidepressivos (3) Neurolépticos (4) Não utiliza	medic _____
12. Há quanto tempo é cuidador no total? (1) < 1 ano (2) 1 a 5 anos (3) 5 a 10 anos (4) >10 anos	tempocui _____
13. Possui outro trabalho (1) Sim (2) Não	outrot _____
14. Se não trabalha (1) Deixou de trabalhar para ser cuidador (2) Está desempregado (3) Aposentado (4) Auxílio doença (5) Pensionista (6) Do lar (7) Outro	nãotrab _____
15. Recebe atendimento domiciliar (1) Estratégia de saúde da família (2) Entidades religiosas (3) Profissionais autônomos (4) Entidades Filantrópicas (5) Não recebe (6) outros	adom _____
16. Você recebeu orientações de como cuidar? (1) ESF (2) grupo de cuidadores (3) folhetos/livros (4) mídia/internet (5) nunca	ocuidar _____
17. Quantas horas você cuida do idoso? (1) Até 3h por dia (2) 3 à 5h por dia (3) 5h à 10h por dia (4) >10h por dia	hcuid _____
18. Você tem lazer? (1) Sim (2) Não	lazer _____

Fonte: Adaptado de CARVALHO, 2010.

**APÊNDICE 2 - TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO
ENVOLVIDA**



Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Douglas Kurtz** o representante legal da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Marau - RS, envolvida no projeto de pesquisa intitulado: **AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA EM CUIDADORES DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA** declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.

Douglas Kurtz
Secretário Municipal de Saúde de Marau

Camila Gatto
Farmacêutica Residente – Pesquisadora responsável

Marau, ____ de _____ de 2018.

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre “**AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA EM CUIDADORES DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA**” de responsabilidade da pesquisadora Camila Gatto, sob orientação da Prof. Lissandra Glusczak da Universidade Federal da Fronteira Sul e da Farmacêutica - Preceptora Thaís Scalco da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Rita. O objetivo é avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos. A pesquisa é importante, pois o processo de envelhecimento populacional está aumentando no decorrer dos anos e conseqüentemente o aumento de doenças crônicas degenerativas. Sendo assim, torna-se cada vez mais provável que, no curso de vida, alguém precisará cuidar de uma pessoa idosa durante um período de tempo prolongado. No entanto, mesmo cuidando de alguém que se ama, uma mudança no estilo de vida e uma rotina sobrecarregada podem acarretar aumento no nível de estresse e diminuição na qualidade de vida do cuidador e do cuidado prestado ao idoso.

A sua participação no estudo consiste em responder um questionário com perguntas referentes aos seus dados demográficos, socioeconômicos e outras informações. Não há despesas relacionadas à pesquisa e você não receberá pagamento pela sua participação.

Para os pacientes da amostra existe o risco mínimo de identificação. Visando minimizar este risco, os nomes serão substituídos por números na ficha de transcrição de dados. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. Existe o risco de desconforto emocional ou constrangimento durante a aplicação do teste. Com o objetivo de minimizar este risco, será reforçado junto ao participante que a pesquisa não é obrigatória e que ele poderá desistir de participar a qualquer momento. A pesquisadora buscará ainda, aplicar o teste de forma reservada, visando garantir a privacidade ao participante. Caso o risco se concretize, a pesquisadora responsável estará à disposição para uma escuta qualificada, buscando avaliar o desconforto ou constrangimento, e caso seja necessário, haverá o encaminhamento para profissional da psicologia da ESF.

Os benefícios da pesquisa será a produção de uma lista atualizada dos cuidadores de idosos pertencentes ao território da ESF Santa Rita, a fim de oferecer assistência diferenciada a essa população, procurando conhecer o perfil dos envolvidos e buscando informações para criação de estratégias de intervenções terapêuticas mais efetivas, pois a atenção e apoio aos

cuidadores de idosos são fundamentais para a qualidade dos serviços prestados e para a saúde dos próprios cuidadores.

Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seus atendimentos na unidade de saúde. As informações relacionadas à sua identificação serão totalmente preservadas e nenhum dado que possa identificá-lo será divulgado. Asseguramos que os dados coletados serão utilizados para estudos científicos. Os resultados do estudo serão enviados a você por e-mail e serão devolvidos a ESF, bem como, serão divulgados à comunidade científica, aos profissionais e aos gestores de saúde, em eventos e publicações da área para que possam ser planejadas e executadas medidas preventivas voltadas à população. Entretanto, é garantido ao senhor (a) o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo, através de contato com a equipe de pesquisa ou com Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. Pesquisadora responsável Camila Gatto, e-mail: camilagatto2607@gmail.com; (54) 996240242. Endereço: Rua Miguel Magnan, n. 403, Bairro Santa Rita, Marau, RS, CEP 150-000. Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS: Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745, e-mail: cep.uffs@uffs.edu.br. Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. Este termo está em duas vias e caso o senhor (a) concorde com a participação do estudo, uma via ficará com o senhor (a) e outra com a equipe da pesquisa.

Eu, _____, concordo, voluntariamente em participar e acredito ter sido informado suficientemente a respeito da pesquisa “Avaliação da sobrecarga em cuidadores de idosos assistidos na atenção básica”.

E-mail cuidador: _____

Marau, ____ de _____, 2019.

Camila Gatto - Pesquisadora Responsável

Contato profissional com a pesquisadora responsável: (54) 3342 8531

Tel: (54) 996240242

E-mail: camilagatto2607@gmail.com

**ANEXO 1 - ESCALA DE KATZ - ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA
(ABVDS)**

Atividade	Independente	Sim	Não
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente para alguma parte do corpo		
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para amarrar os sapatos.		
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem nenhuma ajuda.		
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda.		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes.		
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão).		

TOTAL=_____

Total de 6 pontos de respostas: Independência para ABVDs;

Total de 4 pontos: dependência parcial;

Total de 2 pontos: dependência importante;

Zero: dependência total.

Fonte: adaptado por Katz, 1963; Carvalho, 2010.

ANEXO 2 – AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES

ESCALA DE ZARIT BURDEN INTERVIEW

Instruções: em seguida encontram-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr./Sra. se sente daquela maneira (nunca: 0; raramente: 1; algumas vezes: 2; frequentemente: 3; ou sempre: 4). Não existem respostas certas ou erradas.

	0	1	2	3	4
1. O Sr/Sra sente que S pede mais ajuda do que necessita?					
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o sr/sra gasta com S, o sr/sra não ter tempo suficiente para si mesmo?					
3. O Sr/Sra sente-se estressado(a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O Sr/Sra sente-se envergonhado com o comportamento de S?					
5. O Sr/Sra sente-se irritado quando S está por perto?					
6. O Sr/Sra Sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?					
8. O Sr/Sra sente que S depende do sr/sra?					
9. O Sr/Sra sente-se tenso(a) quando S está por perto?					
10. O Sr/Sra sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?					
11. O Sr/Sra Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?					
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada por que o Sr/Sra está cuidando de S?					
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visita em casa, por causa de S?					
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele(a), como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?					
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?					
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de S?					
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de					

S?					
19. O Sr/Sra sente em dúvida sobre o que fazer por S?					
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?					
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?					
22. De uma maneira geral, quanto se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S*?					

TOTAL=_____

Respostas correspondem: nunca (0), raramente (1), algumas vezes (2), frequentemente (3), sempre (4).

*No item 22 as respostas são: nem um pouco (0), um pouco (1), moderadamente (2), muito (3),extremamente(4).

S* = idoso.

Fonte: Burden Interview (ZARIT, 1987). Tradução e validação para o português (SCAZUFCA, 2002).

3 CAPÍTULO III - RELATO DO TRABALHO DE CAMPO E PERCURSO DA INTERVENÇÃO

3.1 INTRODUÇÃO

Como parte do projeto de formação do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, e compondo o terceiro capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência, este relatório tem como objetivo descrever todas as etapas e fases do trabalho de campo da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi intitulado como, Avaliação da Sobrecarga em Cuidadores de Idosos Assistidos na Atenção Básica de Saúde, tendo como objetivos avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos assistidos na atenção básica de saúde; identificar a prevalência de sobrecarga dos cuidadores de idosos; descrever características sociodemográficas dos cuidadores de idosos; avaliar o grau de dependência do idoso e relacionar com a sobrecarga dos cuidadores.

A amostra do estudo foi composta por todos os cuidadores de idosos adstritos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Rita, Marau, Rio Grande do Sul (RS). Esta foi obtida através de um levantamento de quantos cuidadores de idosos atuavam no território da ESF Santa Rita, através da lista de idosos do Sistema de Gestão Municipal de Saúde (G-MUS) e com o auxílio das agentes comunitárias de saúde foram identificados os idosos que possuíam cuidadores. Estimava-se um total de 50 participantes, porém se obteve uma amostra com 37 cuidadores de idosos, devido as perdas e recusas. Estes tinham 18 anos ou mais, cuidavam de idosos com 60 anos ou mais e há um tempo maior ou igual de seis meses.

A coleta de dados iniciou no dia 04 de janeiro de 2019, através de visitas domiciliares aonde foram aplicados os questionários aos cuidadores de idosos (características demográficas e socioeconômicas bem como informações relativas ao cuidador; Escala de Zarit Burden Interview; Escala de Katz - Atividades Básicas de Vida Diária), sendo finalizada em 22 de abril de 2019.

3.2. LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS

3.2.1 Logística prévia a coleta de dados

- Foi solicitado e emitido o Termo de Ciência e Concordância da Gestão Municipal de Saúde frente à pesquisa a ser realizada;
- O projeto de pesquisa foi apresentado à banca avaliadora em 29 de novembro de 2018;
- Realizaram-se algumas alterações no projeto conforme sugestões da banca avaliadora;
- Submeteu-se o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP-UFFS) em 03 de dezembro de 2018. Não havendo nenhuma pendência, o projeto foi aprovado em 26 de dezembro de 2018, sob registro CAAE: 03974018.7.0000.5564;
- O projeto de pesquisa foi apresentado à equipe em dezembro de 2018;
- Foi realizada uma reunião com as agentes comunitárias de saúde para explicar como funcionaria a coleta de dados. Em seguida, efetuou-se um levantamento referente a quais cuidadores de idosos atuavam no território da ESF Santa Rita através do sistema G-MUS;
- Não ocorreu estudo piloto.

3.2.2 Instrumento de coleta de dados

Aplicou-se o questionário aos cuidadores de idosos descrevendo suas características: dados demográficos (idade, sexo), socioeconômicos (estado civil, escolaridade, renda familiar, número de pessoas por residência) e outros, incluindo o grau de parentesco do cuidador com o idoso, se o cuidador utiliza medicamentos psicotrópicos, há quanto tempo atua como cuidador, se o cuidador possui outro trabalho, recebe atendimento domiciliar, recebeu orientações de como cuidar do idoso, quantas horas diárias presta cuidados ao idoso e se o cuidador tem atividades de lazer.

Para avaliar o grau de dependência do idoso escolheu-se a Escala de Katz - Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) que foi aplicada aos cuidadores de idosos. A escala consta com seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades do autocuidado, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade da seguinte forma: alimentação, controle de esfínteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para vestir-se e tomar banho. O escore foi obtido de acordo com o desempenho do indivíduo, com no máximo seis pontos para o indivíduo independente, quatro pontos para dependência parcial, dois pontos para dependência importante e zero para a dependência total.

Em relação à avaliação e classificação da sobrecarga dos cuidadores de idoso utilizou-se a Escala Zarit Burden Interview, adaptada e validada no Brasil. Consta com 22 questões, que avaliam o cuidado do impacto nas esferas física, psicológica e social do cuidador, com pontuações que podem variar de zero a quatro em cada item. A escala não foi realizada na presença do idoso. A cada afirmativa o cuidador indicou a frequência que sentia em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). A escala obedece aos seguintes escores: sobrecarga intensa (escore entre 61 e 88), sobrecarga moderada a severa (escores entre 41 e 60), sobrecarga moderada a leve (escores entre 21 e 40) e ausência de sobrecarga (escores inferiores a 21).

- Na escala de Katz não houve nenhuma dificuldade, é simples e de fácil aplicação e compreensão;
- Na aplicação da escala de Zarit ocorreu um empecilho com os entrevistados, pois os mesmos não eram objetivos nas respostas, o que levou a exposição de seus sentimentos desviando o foco em questão;
- Como a escala de Zarit não deve ser realizada na presença do idoso, isso gerou desconfiança e desconforto. Para contornar a situação era explicado detalhadamente sobre a pesquisa permanecendo disponível para questionamentos;
- O tempo de aplicação dos instrumentos foi muito relativo, durando cerca de 20 a 60 minutos, dependendo da necessidade do cuidador expor os seus sentimentos, tornando-se um momento de reflexão.

3.2.3 Perdas e recusas

- Considerou-se perda após cinco visitas domiciliares e cinco ligações telefônicas em diferentes horários;
- Perdas: uma idosa recuperou a saúde e não precisou mais de cuidador; quatro óbitos; cinco se mudaram do território; dois não foram encontrados para aplicar a entrevista. Contabilizando um total de 12 perdas;
- As estratégias utilizadas para localizar os participantes do estudo foram: visitas domiciliares em diferentes horários; ligações telefônicas em diferentes horários; entrega de bilhetes no endereço informando para entrar em contato; além disso, foi deixada uma lista de cuidadores de idosos com o administrativo, para ele informar caso essas pessoas comparecessem na ESF;

- Apenas uma cuidadora se recusou a continuar respondendo o questionário. No primeiro momento, ela aceitou a participar da pesquisa, porém quando questionada sobre a renda, a mesma se retirou e foi conversar com o marido que disse para ela não continuar com a entrevista;
- Coletaram-se os dados de 37 cuidadores de idosos, que responderam todas as questões da entrevista;
- Nas visitas domiciliares foram coletados dados de 29 cuidadores e na ESF 08 cuidadores.

3.2.4 Preparação e organização do banco de dados

- O início da digitação dos dados na planilha eletrônica foi no dia 23 de abril de 2019;
- No dia 01 de maio de 2019 realizou-se a segunda digitação dos dados. Após foi realizado a análise da consistência dos dados da dupla digitação. Ocorreram quatro inconsistências. Foram zeradas as mesmas obtendo-se um banco de dados final;
- No dia 20 de maio, durante uma aula de Trabalho de Conclusão de Residência, efetuou-se a conversão e organização do banco de dados para o PSPP de distribuição livre. Ajustaram-se as casas decimais; inseriram-se os rótulos e os valores das variáveis. Após iniciou-se a análise no PSPP: gerando as frequências das variáveis; verificando as variáveis que precisavam ser categorizadas e recategorizadas; iniciando a transcrição dos dados para a tabela 1;
- No dia 24 de maio concluiu-se a transcrição dos dados para a tabela 1;
- No dia 01 de junho realizou-se a avaliação analítica através do teste de Qui-quadrado (realizado o teste entre a variável dependente e cada uma das independentes) e transcreveram-se os dados para a tabela 2.

3.2.5 Potencialidades e desafios enfrentados durante a coleta de dados

Potencialidades:

- O trabalho foi aprovado sem ressalvas, na primeira submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP-UFFS) no mês de dezembro de 2018, agilizando a coleta de dados;
- Os questionários eram fáceis e simples de aplicar, pois eram questões objetivas;

- A aplicação dos questionários aos cuidadores de idosos gerou alguns momentos reflexivos sobre suas vidas, pois em determinadas questões, eles pensavam muito a respeito e demoravam a responder. Ainda, alguns deles comentavam nunca ter parado para pensar sobre o referido assunto;
- As agentes comunitárias de saúde foram bem acessíveis e auxiliaram a encontrar os endereços dos cuidadores para realizar as visitas domiciliares;
- O administrativo auxiliou nas coletas de dados realizadas na ESF, identificando os cuidadores de idosos.

Desafios:

- Tamanho da amostra reduzida por ter sido realizada apenas na ESF a qual estou inserida;
- Não é uma amostra representativa do município de Marau/RS.

3.3 RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

A ESF Santa Rita não possuía nenhum dado computado sobre os cuidadores de idosos adstritos no seu território. Então, através desse projeto de pesquisa pode-se identificar esses cuidadores, produzindo-se no dia 06 de maio de 2019, uma lista com seus nomes. A construção dessa lista auxiliará a ESF na identificação desses cuidadores de idosos, podendo assim, ampliar o conhecimento dos seus perfis e a realidade em que vivem. Vale ressaltar que, a unidade poderá ofertar uma assistência diferenciada à população estudada, buscando informações para criação de estratégias de intervenções terapêuticas mais efetivas, uma vez que, a atenção e o apoio aos cuidadores de idosos são fundamentais para a qualidade dos serviços prestados e para a saúde dos próprios cuidadores.

Na reunião de equipe do dia 10 de maio de 2019 foi apresentada a lista dos cuidadores, frisando a importância de atualização da mesma. A equipe considerou de grande valia conhecer os cuidadores de idosos adstritos no território e surpreendeu-se com o extenso número relatado.

3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

Ao término desta etapa pode-se dizer que o objetivo da pesquisa foi alcançado, pois foi possível realizar o levantamento dos cuidadores de idosos adstritos do território, identificar o grau de sobrecarga dos cuidadores e relacionar com o grau de dependência do idoso. Além disso, foi possível estabelecer um perfil desses cuidadores.

O encerramento do trabalho de campo ocorreu no dia 01 de julho de 2019. Porém, o projeto segue com a discussão dos resultados e escrita do artigo. Além disso, será realizada uma atividade de Educação Permanente com a equipe da ESF Santa Rita, para compartilhar o conhecimento e os resultados adquiridos com a pesquisa, promovendo um momento de reflexão e sensibilização da importância de promover ações voltadas não somente ao idoso, mas também para aquele que cuida, melhorando sua qualidade de vida e prevenindo o seu adoecimento.

4 CAPÍTULO IV – ARTIGO CIENTÍFICO

4.1 ARTIGO CIENTÍFICO

PREVALÊNCIA DE SOBRECARGA EM CUIDADORES DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

PREVALENCE OF OVERLOAD IN ELDERLY CAREERS CARED FOR IN BASIC HEALTH CARE

Camila Gatto, Farmacêutica, Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus Passo Fundo*, camilagatto2607@gmail.com

Thaís Scalco, Farmacêutica Especialista Prefeitura Municipal de Marau, thais_scalco@hotmail.com

Lissandra Gluszczak, Docente Doutora do Curso de Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus Passo Fundo*, lissandra.gluszczak@uffs.edu.br

Camila Gatto, Rua Ângelo Perin, 445, Santo Antônio do Palma, RS, (54) 996240242, camilagatto2607@gmail.com

Resumo

Objetivo: avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos assistidos na atenção básica de saúde. Método: trata-se de um estudo transversal realizado com cuidadores de idosos adstritos da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita, Marau, Rio Grande do Sul. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário sociodemográfico, Escala de Katz e Escala de Zarit Burden Interview. Os dados foram duplamente digitados e posteriormente analisados no software PSPP versão 1.2.0-1. A distribuição do desfecho de acordo com as variáveis independentes foi verificada por meio do teste de Qui-quadrado, usando-se nível de significância estatística de 5%. Resultados: o estudo demonstrou a predominância de

cuidadores de idosos do sexo feminino (83,8%), na faixa etária de 25 a 58 anos e casados (78,4%). Considerando o grau de parentesco, 64,9% eram filhos e 35,1% eram outros, como, esposo(a), genro, nora, sobrinho(a)s. Observou-se que 16,2% dos cuidadores de idosos utilizavam ansiolíticos e 43,2% antidepressivos. Os cuidadores de idosos que compuseram a amostra atuavam na função há mais que 5 anos (59,5%), trabalhando 10 horas ou mais diariamente (54,1%) e não sobrando tempo para lazer (56,8%). Verificou-se a prevalência de sobrecarga entre os cuidadores equivalente a 56,8%, sendo que 76,2% dos cuidadores que apresentaram sobrecarga não exerciam nenhuma atividade de lazer ($p=0,01$). Conclusões: verificou-se que a maior parte da população apresentou níveis preocupantes de sobrecarga.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; Envelhecimento populacional; Expectativa de vida; Cuidadores.

Abstract

Objective: To evaluate the burden of caregivers of elderly assisted in primary health care. Method: This is a cross-sectional study conducted with caregivers of elderly members of the Santa Rita Family Health Strategy, Marau, Rio Grande do Sul. For data collection, a sociodemographic questionnaire, Katz scale and Zarit Burden Interview scale were used. Data were double entered and later analyzed using PSPP software version 1.2.0-1. The distribution of the outcome according to the independent variables was verified by the chi-square test, using a level of statistical significance of 5%. Results: the study showed the predominance of caregivers of elderly women (83.8%), aged 25 to 58 years and married (78.4%). Considering the degree of relationship, 64.9% were children and 35.1% were husband, wife, son-in-law, daughter-in-law and nephew. It was observed that 16.2% of the elderly caregivers used anxiolytics and 43.2% antidepressants. The caregivers of the elderly who were part of the sample worked in the function for more than 5 years (59.5%), working 10 hours or more daily (54.1%) and not having time for leisure (56.8%). The prevalence of burden among caregivers was 56.8%, and 76.2% of caregivers who presented overload did not perform any leisure activity ($p = 0.01$). Conclusions: It was found that most of the population evaluated presented worrying levels of burden.

Keywords: Family Health Strategy; Population-ageing; Life expectancy; Caregivers.

Introdução

O envelhecimento da população é um fato mundial que está ganhando maior importância nos países com renda média e baixa. No Brasil, o crescimento da população idosa é cada vez mais relevante, tanto em termos absolutos quanto proporcionais. Os efeitos do aumento desta população já são percebidos nas demandas sociais, nas áreas de saúde e na previdência¹.

No Brasil, estima-se que em 2025, terá cerca de 34 milhões de idosos, representando 15% da população total². Proporcionalmente, a faixa etária acima de 60 anos é a que mais cresce. Projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam que o número de idosos no Brasil, no período de 1950 a 2025, aumentará em quinze vezes, enquanto o restante da população em cinco^{3,1,4}. O impacto dessa nova transição demográfica é imenso e o desafio é, portanto, considerável¹.

Com o aumento da expectativa de vida e o avanço da ciência, ser cuidador de um idoso é uma experiência cada vez mais frequente, visto que a incidência de doenças crônicas degenerativas e o número de idosos dependentes crescem proporcionalmente ao envelhecimento^{5,6,7,8}, o qual resulta em limitações físicas ou cognitivas que levam a uma dependência parcial ou total das atividades da vida diária, gerando demanda de cuidados voltados para as necessidades de cada idoso⁴. No Brasil, aproximadamente 40% das pessoas com 65 anos ou mais dependem de algum tipo de ajuda para a realização de pelo menos uma tarefa, sendo o apoio prestado predominantemente por familiares^{2,4}.

A assistência ao idoso pode ser aquela prestada por cuidadores formais, que se relaciona às instituições ou profissionais contratados para fornecerem assistência, e informais, ou seja, prestada por vizinhos, amigos ou familiares que voluntariamente oferecem suporte e cuidados ao idoso⁹. Independentemente de o cuidado ser formal ou informal, esses cuidadores carecem de suporte profissional e de um espaço para compartilhamento de dúvidas e anseios. A atenção integral à saúde do cuidador deve ser baseada na habilidade em estabelecer as necessidades de saúde dessa população e de

programar e avaliar as intervenções sanitárias relativas ao cuidado para as pessoas individualmente em cada contexto¹⁰.

Um grande desafio do sistema de saúde brasileiro é que o atendimento dos profissionais de saúde se expanda também ao cuidador, uma vez que este é parte essencial no cuidado ao idoso. Os cuidadores de idosos estão apresentando altos níveis de sobrecarga e alta prevalência de sintomas depressivos, o que afeta a qualidade de vida do cuidador e consequentemente a qualidade do cuidado prestado ao idoso. Verifica-se a necessidade de programar ações voltadas não somente ao idoso, mas também para aquele que cuida, prevenindo o seu adoecimento^{8,9}. Portanto, o estudo teve como objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos assistidos na atenção básica de saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo do tipo transversal realizado em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Marau, Rio Grande do Sul (RS) no primeiro semestre de 2019. De acordo com censo populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹ estimava-se para 2019 uma população de 44.161 habitantes e doze ESFs distribuídas na cidade com 100% de cobertura.

A amostra foi composta por todos os cuidadores de idosos adstritos da ESF, por meio do levantamento de quantos cuidadores de idosos atuavam no território. Através da lista de idosos do Sistema de Gestão Municipal de Saúde e com o auxílio das agentes comunitárias de saúde (ACS) identificaram-se os idosos que possuíam cuidadores no ano de 2019. Assim, foram coletadas informações de todos os indivíduos caracterizados na população em estudo, tratando-se, portanto, de uma amostra não probabilística, selecionada por conveniência.

Foram incluídos no estudo os indivíduos com 18 anos ou mais, que cuidavam de idosos com 60 anos ou mais e há um tempo maior ou igual seis meses.

O questionário aplicado aos cuidadores de idosos descreveu características como: dados demográficos (idade, sexo), socioeconômicos (estado civil, escolaridade, renda familiar, número de pessoas por residência) e outros, incluindo o grau de parentesco do cuidador com o idoso, se o cuidador utiliza medicamentos psicotrópicos, há quanto tempo

atua como cuidador, se o cuidador possui outro trabalho, se recebe atendimento domiciliar, recebeu orientações de como cuidar do idoso, quantas horas diárias presta cuidados ao idoso e se o cuidador tem atividades de lazer.

Para avaliar o grau de dependência do idoso escolheu-se a Escala de Katz - Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), a qual foi aplicada aos cuidadores de idosos. A escala consta em seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades do autocuidado, obedecendo a uma hierarquia de complexidade da seguinte forma: alimentação, controle de esfínteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para vestir-se e tomar banho. O escore foi obtido de acordo com o desempenho do indivíduo, com no máximo seis pontos para o indivíduo independente, quatro pontos para dependência parcial, dois pontos para dependência importante e zero para a dependência total¹².

Em relação à avaliação e classificação da sobrecarga dos cuidadores de idoso utilizou-se a Escala Zarit Burden Interview, adaptada e validada no Brasil. Essa escala consta em 22 questões, que avaliam o cuidado do impacto nas esferas física, psicológica e social do cuidador, com pontuações que podem variar de zero a quatro em cada item. A escala não foi realizada na presença do idoso. A cada afirmativa o cuidador indicou a frequência que sentia em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). A escala obedece aos seguintes escores: sobrecarga intensa (escore entre 61 e 88), sobrecarga moderada a severa (escores entre 41 e 60), sobrecarga moderada a leve (escores entre 21 e 40) e ausência de sobrecarga (escores inferiores a 21)^{13,14}.

A coleta de dados foi realizada por meio de visitas domiciliares, sem agendamento prévio. Antes de iniciar a entrevista realizaram-se os esclarecimentos sobre a pesquisa e foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente aplicou-se o questionário dos dados sociodemográficos, Escala de Katz e Zarit Burden Interview.

A variável dependente foi grau de sobrecarga e de acordo com a Escala de Zarit Burden Interview foi classificado em sobrecarga intensa, sobrecarga moderada a severa, sobrecarga moderada a leve e ausência de sobrecarga. Posteriormente a variável foi dicotomizada em algum grau de sobrecarga e ausência de sobrecarga. E as variáveis independentes foram sexo, faixa etária, escolaridade, renda, situação conjugal, parentesco, número de pessoas residentes, uso de ansiolíticos e antidepressivos dos cuidadores de

idosos, tempo total como cuidador de idoso, possui outro trabalho além de ser cuidador de idoso, recebe atendimento domiciliar de entidades religiosas, recebe orientações de como cuidar, horas de trabalho como cuidador de idoso, realiza atividades de lazer e escala de Katz – atividades básicas de vida diária.

Os dados foram duplamente digitados, validados e posteriormente foi realizada análise estatística no software PSPP versão 1.2.0-1. Verificou-se a distribuição absoluta (n) e relativa (%) das variáveis categóricas. A distribuição do desfecho em relação às variáveis independentes foi verificada por meio do teste de Qui-quadrado, usando-se nível de significância estatística de 5%.

Após a emissão do Termo de Ciência e Concordância da Gestão Municipal de Saúde frente à pesquisa a ser realizada e a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos CEP-UFFS, sob registro CAAE: 03974018.7.0000.5564, deu-se início as atividades propostas.

Resultados

Os dados da Tabela 1 evidenciam as características da amostra constituída por 37 cuidadores de idosos da ESF Santa Rita, Marau/RS, demonstrando predominância do sexo feminino (83,8%), na faixa etária de 25 a 58 anos e casados (78,4%). Considerando o grau de parentesco, 24 (64,9%) eram filhos e 13 (35,1%) eram outros, como, esposo (a), genro, nora, sobrinhos (as). No que se refere ao grau de escolaridade 26 (70,3%) possuíam o ensino fundamental completo ou incompleto e 11 (29,7%) ensino médio incompleto ou mais. Quanto à renda familiar 28 (75,7%) dos entrevistados declararam ter renda mensal de 0 a 3 salários mínimos e nove (24,3%) de 4 a 5 salários mínimos. Sobre o número de pessoas que moravam na mesma casa a prevalência foi de 1-4 pessoas por residência (78,4%). Observou-se que seis (16,2%) dos cuidadores de idosos utilizavam ansiolíticos e 16 (43,2%) antidepressivos.

Os cuidadores de idosos que compuseram a amostra atuam como cuidadores há mais de 5 anos (59,5%), trabalhando 10 horas ou mais diariamente (54,1%), não sobrando tempo para lazer (56,8%). A maioria não possui outro trabalho (54,1%), sendo que 13,5%

substituíram o trabalho para serem cuidadores, 21,6% são aposentados e 64,9% outros (auxílio doença, pensionista, do lar, desemprego) (Tabela 1).

Em relação ao suporte social 32 (86,5%) relataram receber atendimento domiciliar da ESF, porém 30 (81,1%) nunca receberam orientações de como cuidar. Relacionado ao atendimento domiciliar de entidades religiosas 21 (56,8%) afirmam receber visitas. Na avaliação do grau de dependência do idoso verificou-se prevalência de idosos dependentes (59,5%) (Tabela 1).

Na aplicação da escala de Zarit Burden Interview verificou-se prevalência de sobrecarga entre os cuidadores equivalente a 56,8%. Considerando os níveis de sobrecarga identificou-se que 16 (43,2%) dos cuidadores de idosos apresentaram ausência de sobrecarga, 13 (35,1%) sobrecarga moderada a leve, sete (18,9%) sobrecarga moderada a severa e um (2,7%) com sobrecarga intensa.

Apesar de não terem sido observadas diferenças estatisticamente significativas na distribuição da variável dependente em relação as independentes, verificou-se que o sexo feminino possui grau de sobrecarga de 61,3% e o masculino 33,3%. Em relação à faixa etária ambos apresentaram algum grau de sobrecarga, adultos (56,7%) e idosos (57,1%). Quanto à escolaridade, os cuidadores de idosos que possuíam ensino fundamental completo ou incompleto apresentaram percentual igual relacionado a presença de sobrecarga (50%) ou sua ausência (50%). Já os que possuíam ensino médio incompleto ou mais, 72,7% demonstraram algum grau de sobrecarga. Nos cuidadores de idosos com a renda de 4 a 5 salários mínimos verificou-se grau de sobrecarga de 66,7%. As pessoas que moravam na mesma casa com 5 ou mais pessoas apresentaram grau de sobrecarga de 87,5%. Referente à situação conjugal, os cuidadores sem cônjuges demonstraram sobrecarga de 62,5%. Além disso, verificou-se grau de sobrecarga de 54,2% para os filhos e os outros 61,5%. No que se diz respeito ao uso de medicamentos, 83,3% dos cuidadores de idosos com algum grau de sobrecarga fazem uso de ansiolíticos e 62,5% de antidepressivos. Quanto às horas de trabalho dedicadas ao cuidar do idoso, 70% dos entrevistados que apresentam algum grau de sobrecarga trabalham 10 ou mais horas por dia. Em relação ao grau de dependência do idoso identificou-se percentual de sobrecarga em 73,3% dos cuidadores que cuidam de idosos independentes. Os cuidadores de idosos que realizam a função de ser cuidador há

menos tempo (1-4 anos) apresentaram grau de sobrecarga de 60%. Os que não possuíam outro trabalho, além de serem cuidadores, demonstraram níveis de sobrecarga de 60%. Em relação ao atendimento domiciliar de entidades religiosas, 61,9% relataram receber visitas, porém apresentaram níveis de sobrecarga. Os cuidadores que receberam orientações da ESF apresentaram percentual de 57,1% e os que nunca receberam 56,7%, porém ambos demonstraram algum grau de sobrecarga (Tabela 2).

No que se refere às características dos cuidadores em relação à sobrecarga, houve associação estatisticamente significativa entre a variável lazer e a Escala de Zarit ($p=0,01$), evidenciando-se que 76,2% dos cuidadores que apresentam sobrecarga não exercem nenhuma atividade de lazer (tabela 2).

Discussão

De acordo com os resultados apresentados observou-se o predomínio dos cuidadores de idosos do sexo feminino (83,8%), sendo a maior parte da amostra composta por adultos na faixa etária de 25 a 58 anos e casados. Dessa forma, destaca-se o papel da mulher como cuidadora principal. Além disso, o sexo feminino apresentou maior frequência de sobrecarga (61,3%) quando comparado ao masculino (33,3%).

Historicamente, a mulher sempre foi responsável pelo cuidado da casa e dos filhos, enquanto o homem trabalhava fora para sustentar a família¹⁵. Mesmo com a inserção social do sexo feminino no mercado de trabalho, ainda é muito comum a mulher assumir o papel de cuidar de seus pais. Dessa forma, somam-se as tarefas do cuidar e do trabalho formal, o que acaba repercutindo em excesso de atividades, isolamento social, esgotamento físico e emocional¹⁶. Segundo Jesus, Orlandi e Zazzetta (2018)¹⁷, no município de São Carlos, São Paulo, Brasil, obtiveram resultados semelhantes, onde 71,7% dos entrevistados eram do sexo feminino. A média de idade dos cuidadores foi de 56,5 (+14,9) anos e 65,1% dos entrevistados possuíam parceiros.

Observando a amostra do estudo em relação ao grau de parentesco, ressalta-se que a responsabilidade dos cuidados é transferida para os filhos (64,9%), pois existe uma relação de obrigação, proveniente de valores impostos pela cultura familiar. Quando crianças, os

pais cuidaram dos filhos. Quando os pais estão dependentes, os filhos devem cuidar de seus pais, e esse sentimento perdura pelas gerações¹⁵. Esse dado confere com outros encontrados na literatura. Segundo Souza et al. (2015)¹⁵, em um estudo realizado na Estratégia de Saúde da Família, na cidade de Criciúma, Santa Catarina, Brasil, verificou-se que 45,5% eram filhos, e 18,2% companheiros.

Quanto à escolaridade, houve predominância do cuidador com Ensino Fundamental completo ou incompleto, cuja renda familiar é entre zero e três salários mínimos. Vieira et al., (2015)⁴, em um estudo realizado com usuários da Estratégia Saúde da Família na Unidade Vila Saúde, em João Pessoa, Paraíba, Brasil, identificou a prevalência do cuidador com Ensino Fundamental completo, sendo que renda familiar ficou entre um e quatro salários mínimos.

O cuidar de um idoso exige dedicação, praticamente exclusiva, principalmente, quando os idosos são portadores de doenças incapacitantes. Muitas vezes, isso faz com que o cuidador cesse suas atividades, em detrimento dos cuidados dispensados, abandonando seus empregos e ocupações, deixando de viver suas próprias vidas. Além disso, são poucos os que recebem auxílio de outras pessoas para realizar essa exaustiva tarefa de cuidar do próximo¹⁶. Desta forma, a presente pesquisa demonstrou que 13,5% dos entrevistados deixaram de trabalhar para tornarem-se cuidadores, sendo que 60% destes que não possuíam outro trabalho, apresentaram maiores níveis de sobrecarga.

Os cuidadores sobrecarregados encontram-se, muitas vezes, depressivos, estressados e ansiosos, o que leva ao aumento do consumo de psicofarmacos¹⁵. Observou-se que 16,2% dos cuidadores de idosos utilizavam ansiolíticos e 43,2% antidepressivos, sendo que os cuidadores com maior grau de sobrecarga fazem maior uso de ansiolíticos (83,3%) e antidepressivos (62,5%). De acordo com o estudo de Cruz, Lecheta e Wachholz (2009)¹⁸ a maioria dos cuidadores entrevistados (60%) declarou fazer uso pessoal de algum tipo de medicamento. Destes, 21,2% relataram o uso de medicações psicotrópicas, ademais constatou-se que os cuidadores que usavam medicamentos psicotrópicos apresentaram maior sobrecarga e mais sintomas depressivos quando comparados ao grupo sem uso dessa categoria de drogas. Em outro estudo realizado por Carvalho (2010)¹⁹, no Serviço de Geronto-Geriatria do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, Brasil, foram

avaliados 69 cuidadores de idosos que declararam fazer uso de medicamentos, sendo que 34% faziam uso de antidepressivos e 7,2% utilizavam ansiolíticos.

Nesse estudo, a maioria dos cuidadores de idosos que compuseram a amostra atuam como cuidadores há mais de 5 anos e trabalham 10 ou mais horas diariamente, evidenciando-se intensas e ininterruptas horas de cuidado. Este dado também se encontra no estudo de Cruz, Lecheta e Wachholz (2009)¹⁸, sendo que a carga horária despendida para o cuidado ao idoso foi de mais de 15 horas diárias. E em outro estudo realizado por Leite et al. (2017)²⁰, no município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, relata cerca de 10 a 12 horas diárias disponibilizadas para o cuidado ao idoso. Portanto, ao assumir a tarefa de cuidar do idoso, geralmente, de caráter ininterrupto, traz ao cuidador horas seguidas de trabalho, gerando situações desgastantes e de sobrecarga^{16,21}.

A dificuldade do cuidar não está somente na realização das tarefas em si, mas também na dedicação necessária para oferecer assistência ao outro, em detrimento das suas próprias necessidades. Os cuidadores perdem a liberdade e suas vidas limitam-se ao cuidar do outro, não podendo desfrutar de atividades de lazer, o que causa infelicidade e desânimo^{3,22}. O distanciamento dos amigos e a falta de participação da família nos cuidados ao paciente é um fator que contribui para o aumento da sobrecarga²².

No presente estudo, 56,8% dos cuidadores de idosos não possuíam tempo para lazer. Além disso, 76,2% dos cuidadores que apresentaram sobrecarga não exerciam nenhuma atividade de lazer. Esse achado corrobora com outros estudos nos quais os cuidadores afirmam não participar de atividades sociais porque dedicam a maior parte de seu tempo aos cuidados com seu familiar ou pela falta de apoio para cuidar, resultando em isolamento social e conflitos familiares. Na maioria das vezes, a família e os amigos não percebem a necessidade de apoio ao cuidador, não compreendem as mudanças que ocorrem com a pessoa idosa e se afastam, o que aumenta o sentimento de solidão de quem cuida²³.

Segundo o estudo de Chacon et al. (2016)²³, realizado em Belo Horizonte, Brasil, 37 cuidadores demonstraram que as atividades sociais, produtivas e de lazer, que exigiam a saída dos cuidadores de seus lares, foram realizadas por apenas 40,5% deles, demonstrando que o cuidado interfere também no convívio social.

Em relação ao suporte social, 86,5% receberam atendimento domiciliar da ESF, porém, 81,1% nunca foram orientados em como cuidar. Esse dado demonstra o quanto é importante à participação dos profissionais de saúde, promovendo grupos e atividades com orientações de autocuidado, apoderando o cuidador e responsabilizando todos os membros da família para a divisão harmônica das tarefas do cuidado²². Além de tudo, os profissionais de saúde devem conhecer e entender a realidade do cuidador para melhorar o planejamento de implantações de políticas e programas públicos de suporte social aos cuidadores e às suas famílias¹⁵.

Loureiro et al. (2013)²⁴ realizou um estudo no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, e através dos seus resultados verificou a importância da prática de intervenções realizadas por enfermeiros e demais profissionais de saúde com vistas à melhoria das condições funcionais e de saúde do idoso, bem como de orientações e supervisões referentes ao cuidado dispensado pelo cuidador. Ressalta-se que as intervenções não devem ser apenas para instrumentalizar os cuidadores, mas para cuidar de quem cuida.

A independência do idoso está diretamente relacionada à sua capacidade de desenvolver as atividades de vida diária sem auxílio, à autonomia e à liberdade em decidir suas vontades e gerenciar a própria vida²⁵. No presente estudo, houve prevalência de idosos dependentes (59,5%). Já Brandão et al. (2017)²⁵ evidenciou que 48,5% dos idosos apresentavam total dependência e constatou que quanto maior é o nível de dependência do idoso no desempenho de suas atividades, maior será o nível de sobrecarga entre os cuidadores. Porém, este resultado não está de acordo com os dados da presente pesquisa que identificou maior percentual de sobrecarga (73,3%) dos cuidadores que cuidavam de idosos independentes. Esse dado é um indicativo da necessidade de aporte a programas que considerem a inclusão de medidas que possam contribuir para a redução de riscos, maior funcionalidade e manutenção da autonomia, tanto do idoso como de seu cuidador².

Destaca-se que 56,8% da população apresentou níveis preocupantes de sobrecarga. A literatura comprova^{17,20} que os achados nessa pesquisa também estão presentes em outras realidades com um maior percentual de sobrecarga. Uma pesquisa transversal, que teve como objetivo estimar a prevalência de sobrecarga entre cuidadores familiares de idosos dependentes, do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, identificou que 84,6% dos

cuidadores integrantes da pesquisa encontravam-se em estados de sobrecarga. A tensão dos cuidadores aumenta ao perceberem-se sobrecarregados, com isso, o desempenho de suas funções é prejudicado, o que gera um quadro de cuidado desequilibrado, normalmente acompanhado por déficits na realização do cuidado ao idoso²⁴.

Nessa perspectiva, como estratégia para o enfrentamento e alívio da carga de cuidados, os cuidadores precisam conservar seus interesses externos, desfrutando de atividades de lazer e inserindo a participação da família nos cuidados ao idoso. Na maior parte dos casos, centraliza-se os cuidados em um único indivíduo, o qual assume atividades de higiene, alimentação, supervisão domiciliar, acompanhamento nos serviços de saúde, condução da terapia medicamentosa, apoio na prática de exercícios físicos, entre outros cuidados que surgirem em função da dependência e das necessidades de saúde do idoso. Esse fato acarreta o total comprometimento da rotina do responsável pelo cuidado, o que pode contribuir para a sua sobrecarga²⁰.

Os cuidadores sobrecarregados podem apresentar depressão, ansiedade, insatisfação com a vida, agravamento de doenças e risco de adoecimento. Evidencia-se a garantia de suporte técnico, psicológico, financeiro, orientações, trabalhos em grupos e acompanhamentos desses cuidadores por parte dos serviços públicos de saúde¹⁷.

O tamanho da amostra foi uma limitação para o estudo, uma vez que a pesquisa foi realizada em apenas uma ESF, não constituindo uma amostra representativa do município.

Como ponto forte pode-se destacar a identificação dos cuidadores de idosos adstritos do território, sendo possível elaborar uma lista com os dados dos envolvidos e assim facilitar o rastreamento desta população. Além disso, através das visitas domiciliares realizadas durante a pesquisa foi possível conhecer a realidade e o perfil dos cuidadores facilitando a realização de uma assistência diferenciada e individualizada à essa população pelos profissionais de saúde da ESF.

Os dados resultantes desta pesquisa foram apresentados à Equipe de Saúde da Família através de uma Educação Permanente, a fim de ser útil para o planejamento de ações futuras e intervenções terapêuticas mais efetivas, pois a atenção e apoio aos cuidadores de idosos são fundamentais para a qualidade dos serviços prestados e para a

saúde dos próprios cuidadores prevenindo o seu adoecimento. Além disso, este momento promoverá reflexão e sensibilização da importância de promoções voltadas não somente ao idoso, mas também para aquele que cuida.

Considerações finais

Através dessa pesquisa, pode-se descrever o perfil dos cuidadores de idosos, sendo que a maior parte da amostra foi composta por mulheres, filhas, casadas, com reduzida escolaridade e baixa condição econômica. Verificou-se que 56,8% da população apresentou níveis preocupantes de sobrecarga. Com relação à carga de trabalho diário, esta é exaustiva e impede o cuidador de realizar atividades de lazer, resultando em isolamento social. Além disso, houve um consumo considerável de medicamentos psicotrópicos podendo estar associado ao acometimento da sobrecarga.

Ademais, evidenciou-se a fragilidade das ações de apoio desenvolvidas pela equipe da ESF, sendo que, a educação permanente será um método utilizado para demonstrar aos profissionais de saúde a relevância do tema e a importância de planejar ações voltadas à promoção de saúde e a prevenção da sobrecarga nos cuidadores de idosos. Uma vez que, para promover a qualidade de vida do cuidador é importante que haja redes de apoio, como uma equipe de saúde capacitada para ofertar uma assistência qualificada para estes indivíduos que dedicam suas vidas ao cuidado.

Apesar da amostra reduzida, os resultados encontrados foram relevantes comparando-se a outros achados. No entanto, sugere-se realizar estudos maiores para determinar os fatores que mais influenciam na sobrecarga do cuidador.

Referências

¹Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, 2013.

²Uesugui Helena Meika, Fagundes Diego Santos, Pinho Diana Lucia Moura. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. Acta paul. enferm. [Internet]. 2011 [citado 2019 ago 29]; 24(5): 685-698. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000500015>.

³Cerqueira, Ana Teresa de Abreu Ramos; Oliveira, Nair Isabel Lapenta de. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicol. USP [Internet]. 2002 [citado 2019 ago 29]; São Paulo, v. 13, n. 1, p. 133-150. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007&lng=en&nrm=iso

⁴Vieira Andrea Lins Tavares, et al. Avaliação do Estresse em Cuidadores de Idosos na Unidade de Saúde da Família “Vila Saúde”. Revista M e P [Internet]. 2015 [citado 2019 ago 29]; Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rmp/article/viewFile/17953/13332>

⁵Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa, 2004.

⁶Inouye Keika, Pedrazzani Elisete Silva, Pavarini Sofia Cristina Iost, Toyoda Cristina Yoshie. Perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2009 Abr [citado 2019 ago 29]; 17(2):187-193. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200008>.

⁷Ferreira Fátima. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. Cadernos de Saúde [Internet]. 2010 [citado 2019 ago 29]; v. 3, n. 2, p. 13-19. Disponível em: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10936/1/CSaude_3-2_2010\(2\).pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10936/1/CSaude_3-2_2010(2).pdf)

⁸Oliveira Déborah Cristina, D'Elboux Maria José. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2012 Out [citado 2019 set 21]; 65 (5): 829-838. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500017>.

⁹Batista Marina Picazzio Perez, Almeida Maria Helena Morgani de, Lancman Selma. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2014 Dez [citado 2019 set 22]; 17(4): 879-885. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000400879&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13148>.

¹⁰Diniz Maria Angélica Andreotti, Melo Beatriz Rodrigues de Souza, Neri Karolina Helena, Casemiro Francine Golghetto, Figueiredo Leandro Correa, Gaioli Cheila Cristina Leonardo de Oliveira et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 Nov [citado 2019 Set 21]; 23 (11): 3789-3798. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103789&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>.

¹¹Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico estimado, 2019. [citado em 2019 out 18]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/marau/panorama>.

¹²Katz S, et al. Studies of illness in the aged: the index of ADL; a Standard Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA. 1963. v. 185, n.12, p. 914-9, Washington.

¹³Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist*, 1986.

¹⁴Scazufca Marcia. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação da carga de cuidado em cuidadores de pessoas com doenças mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2002 mar [citado 2019 set 21]; 24 (1): 12-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>.

¹⁵Souza Lidiane Ribeiro, et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Caderno de Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 [citado 2019 set 06]; Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-140.pdf>

¹⁶Gratao Aline Cristina Martins, Vendruscolo Thaís Ramos Pereira, Talmelli Luana Flávia da Silva, Figueiredo Leandro Correa, Santos Jair Lício Ferreira, Rodrigues Rosalina Aparecida Partezani. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2012. June [citado 2019 set 21] ; 21(2): 304-312. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200007>.

¹⁷Jesus Isabela Thaís Machado de, Orlandi Ariene Angelini dos Santos, Zazzetta Marisa Silvana. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2018 Abr [citado 2019 Set 21] ; 21(2): 194-204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200194&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170155>.

¹⁸Cruz Marilia da Nova, Lecheta Danielle Rodrigues, Wachholz Patrick Alexander. Fatores associados à sobrecarga e à depressão em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Geriatrics & Gerontology* [Internet]. 2009 [citado 2019 Set 06]; 3(1):15-23. Disponível em:

<http://ggaging.com/details/315/pt-BR/factors-associated-with-burden-and-depression-on-caregivers-of-alzheimer-s-disease>

¹⁹Carvalho Maria Cristina Guapindaia. A experiência do cuidar: o (des) amparo do cuidador familiar [dissertação]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2010.

²⁰Leite Bruna Silva, Camacho Alessandra Conceição Leite Funchal, Joaquim Fabiana Lopes, Gurgel Jonas Lírio, Lima Thiago Rodrigues, Queiroz Raquel Santos de. A vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: estudo descritivo transversal. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2017 Ago [citado 2019 set 07] ; 70(4): 682-688. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400682&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>.

²¹Luzardo Adriana Remião, Gorini Maria Isabel Pinto Coelho, Silva Ana Paula Scheffer Schell da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2006 Dec [citado 2019 set 21] ; 15(4): 587-594. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400006>.

²²Baptista Bruna Olegário, Beuter Margrid, Girardon-Perlini Nara Marilene Oliveira, Brondani Cecília Maria, Budó Maria de Lourdes Denardin, Santos Naiana Oliveira dos. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2012 Mar [citado 2019 set 21] ; 33(1): 147-156. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100020>.

²³Chacon Paula Ferreira, Giacomini Karla Cristina, Silva Monica de Assis Fontes, Ferreira Patricia Guimaraens, Dias Elizabeth Costa. A percepção de familiares de idosos frágeis sobre grupos de cuidadores na atenção primária a saúde. Rev Med Minas Gerais. [Internet]. 2016

[citado 2019 set 22]; 26 (Supl. 8): S240-S246. Disponível em: <file:///D:/Documentos/Downloads/v26s8a45.pdf>.

²⁴Loureiro Lara de Sa Neves, Fernandes Maria das Gracas Melo, Marques Sueli, Nobrega Maria Miriam Lima da, Rodrigues Rosalina A. Partezani. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 out [citado 2019 set 22]; 47(5): 1129-1136. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000501129&lng=e. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500017>.

²⁵Brandão Flávia Souza Rosa, Costa Bruna Gabrielle de Souza, Cavalcanti Zilda do Rego, Bezerra Mirella Rebello, Alencar Luiz Cláudio Arraes de, Leal Márcia Carréra Campos. Sobrecarga dos cuidadores de idosos assistidos por um serviço de atenção domiciliar. Rev. enfermagem UFPE on line [Internet]. 2017 Jan [citado 2019 set 22]; 11(Supl. 1):272-9. Disponível em: [file:///D:/Documentos/Downloads/11905-28620-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Documentos/Downloads/11905-28620-1-PB%20(1).pdf).

Tabelas

Tabela 1 – Caracterização de uma amostra de cuidadores de idosos. Marau, RS, 2019 (n=37)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	6	16,2
Feminino	31	83,8
Faixa etária		
Adultos	30	81,1
Idosos	7	18,9
Escolaridade		
Ensino fundamental completo ou incompleto	26	70,3
Ensino médio incompleto ou mais	11	29,7
Renda		
0 a 3 salários mínimos	28	75,7
4 a 5 salários mínimos	9	24,3
Situação conjugal		
Sem cônjuge	8	21,6
Com cônjuge	29	78,4
Parentesco		

Filhos	24	64,9
Outros	13	35,1
Números de pessoas residentes		
1-4 pessoas	29	78,4
≥ 5 pessoas	8	21,6
Uso de ansiolíticos dos cuidadores de idosos		
Sim	6	16,2
Não	31	83,8
Uso de antidepressivos dos cuidadores de idosos		
Sim	16	43,2
Não	21	56,8
Tempo total como cuidador de idoso		
1-4 anos	15	40,5
≥ 5 anos	22	59,5
Possui outro trabalho, além de ser cuidador de idoso		
Sim	17	45,9
Não	20	54,1
Se não trabalha		
Deixou de trabalhar para ser cuidador	5	13,5
Aposentado	8	21,6
Outros	24	64,9
Recebe atendimento domiciliar da ESF*		
Sim	32	86,5
Não	5	13,5
Recebe atendimento domiciliar de entidades religiosas		
Sim	21	56,8
Não	16	43,2
Recebeu orientações de como cuidar		
ESF*	7	18,9
Nunca	30	81,1
Horas de trabalho como cuidador de idoso		
1-10 horas	17	45,9
≥ 10 horas	20	54,1
Tem lazer		
Sim	16	43,2
Não	21	56,8
Escala de Katz – atividades básicas de vida diária		
Independência	15	40,5
Dependência	22	59,5

*Estratégia de Saúde da Família.

Tabela 2 – Prevalência de sobrecarga em cuidadores de idosos, conforme características

sociodemográficas dos cuidadores e grau de dependência dos idosos. Marau, RS, 2019 (n=37)

Variáveis	Algum grau de sobrecarga		Ausência de sobrecarga		p*
	n	%	n	%	
Sexo					0,21
Masculino	2	33,3	4	66,7	
Feminino	19	61,3	12	38,7	
Faixa etária					0,98
Adultos	17	56,7	13	43,3	
Idosos	4	57,1	3	42,9	
Escolaridade					0,20
Ensino fundamental completo ou incompleto	13	50	13	50	
Ensino médio incompleto ou mais	8	72,7	3	27,3	
Renda					0,49
0 a 3 salários mínimos	15	53,6	13	46,4	
4 a 5 salários mínimos	6	66,7	3	33,3	
Situação conjugal					0,71
Sem cônjuge	5	62,5	3	37,5	
Com cônjuge	16	55,2	13	44,8	
Parentesco					0,67
Filhos	13	54,2	11	45,8	
Outros	8	61,5	5	38,5	
Números de pessoas residentes					0,05
1-4 pessoas	14	48,3	15	51,7	
≥ 5 pessoas	7	87,5	1	12,5	
Uso de ansiolíticos dos cuidadores de idosos					0,15
Sim	5	83,3	1	16,7	
Não	16	51,6	15	48,4	
Uso de antidepressivos dos cuidadores de idosos					0,54
Sim	10	62,5	6	37,5	
Não	11	52,4	10	47,6	
Tempo total como cuidador de idoso					0,74
1-4 anos	9	60,0	6	40,0	
≥ 5 anos	12	54,5	10	45,5	
Possui outro trabalho, além de ser cuidador de idoso					0,67
Sim	9	52,9	8	47,1	
Não	12	60,0	8	40,0	
Recebe atendimento domiciliar de entidades					0,47

religiosas				
Sim	13	61,9	8	38,1
Não	8	50,0	8	50,0
Recebeu orientações de como cuidar				0,98
ESF*	4	57,1	3	42,9
Nunca	17	56,7	13	43,3
Horas de trabalho como cuidador de idoso				0,08
1-9 horas	7	41,2	10	58,8
≥ 10 horas	14	70,0	6	30,0
Possui atividades de lazer				0,01
Sim	5	31,2	11	68,8
Não	16	76,2	5	23,8
Escala de Katz – atividades básicas de vida diária				0,09
Independência	11	73,3	4	26,7
Dependência	10	45,5	12	54,5

Teste Qui-quadrado; *Estratégia de Saúde da Família.

4.2 NORMAS DA REVISTA SELECIONADA

REVISTA SAÚDE EM REDES

<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/redeunida/about/submissions#onlineSubmissions>

Diretrizes para Autores

Os artigos devem ser originais e não terem sido publicados, nem submetidos, a outro periódico. Os autores assumem a responsabilidade de que o trabalho não foi publicado anteriormente ou está sob avaliação por outro periódico.

O periódico Saúde em Redes não realiza qualquer cobrança de taxa de submissão dos originais enviados, nem cobra custos de tradução ou revisão, se necessários.

Uma vez enviado os originais, os mesmos serão submetidos a avaliação por pareceristas na forma de duplo cego (double blind peer review), onde os pareceristas não terão acesso aos dados e identidade dos autores, bem como estes em relação aos pareceristas. O resultado das avaliações é encaminhado pelos editores aos autores intermediando o processo de avaliação.

Aspectos Éticos: os artigos originais devem necessariamente ter seguido os princípios éticos contidos nas Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional Conselho de Saúde (<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> e <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>, respectivamente) ou princípios equivalentes válidos no país de origem do manuscrito e terem passados pela aprovação do Comitê de Ética da instituição de origem, sendo necessário ser claramente indicado na descrição do método, com o número do protocolo.

Cada pessoa designada como autor deve ter participado ativamente no trabalho e assumir a responsabilidade pública por parte do artigo, para a qual contribuiu. Reconhecimento da autoria deve ser baseado em contribuições substanciais para o seguinte:

1. concepção e delineamento, aquisição de dados, ou análise e interpretação dos dados;
2. elaboração do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual;
3. aprovação final da versão a ser publicada.

Os autores devem atender todas as três condições. O documento apresentado deverá ter sido lido com atenção por todos os autores, que devem concordar com o seu conteúdo. Sobre os direitos autorais, consulte o item especial. Direitos Autorais. Políticas editoriais Autores são convidados a consultar as Políticas da Rede UNIDA, no menu para aprender sobre o foco e o escopo, do processo de revisão por pares da revista, a declaração de conflito de interesses e outras políticas editoriais.

INSTRUÇÕES GERAIS

É solicitado gentilmente aos autores para seguirem atentamente todas as instruções para a preparação do manuscrito. Só será enviado aos colaboradores (revisores) manuscritos que estão em estrita conformidade com as normas especificadas.

Os artigos podem ser escritos em Português, Inglês, Espanhol ou Italiano e do estilo deve ser claro e conciso. Autores são fortemente aconselhados a enviar o manuscrito em sua forma final após a realização de uma verificação ortográfica.

Os artigos devem ser digitados em Word (Microsoft Office), em uma página tamanho A4, configurado com espaçamento 1,5, margens laterais de 2,5 cm, fonte Calibri 12, recuo de primeira linha a direita de 1,25cm, com espaçamento de 10pt entre parágrafos (geralmente basta adiciona espaço depois de parágrafo no item próprio no word). Os textos devem estar apresentados com margem justificada.

Use a formatação automática para criar recuo no início dos parágrafos, e não a tecla de espaço ou tab.

O tamanho de cada documento não deve exceder 2 MB.

A ordem é a seguinte para todos os manuscritos: primeira página, resumo, resumo traduzido (abstract), palavras-chaves, texto, agradecimentos (se houver), referências, tabelas, figuras. Veja abaixo os detalhes sobre a preparação de cada um desses elementos, "Estrutura do manuscrito".

As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Unidades.

Abreviaturas podem ser utilizadas. Na primeira citação, a palavra deve ser escrita por extenso, seguido da sigla entre parênteses. Não use abreviaturas nos resumos.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Primeira página

1.1 Título: conciso e explicativo em português e inglês, máximo de 150 caracteres com espaços;

1.2 Autores: nome completo, titulação, instituição e e-mail;

1.3 Autor correspondente: nome, endereço postal, telefone e e-mail para publicação;

1.4 Descreva a autoria baseado em contribuições substanciais. Observação: a página de título é retirado do arquivo fornecido aos colaboradores.

2. Resumo e palavras-chave estruturados

2.1 Resumo: deve ter até 250 palavras. Os resumos devem ser estruturados da seguinte forma: - Artigo original: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. - Artigo de revisão: Objetivos, Fonte de dados, Resumo das conclusões (Para a definição de cada tipo de artigo, consulte a seção Políticas, encontrado no menu).

2.2 Palavras-chave: Devem conter pelo menos três palavras-chave, não ultrapassando seis, ser separadas por ponto e vírgula e deve ser consultado em "Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)", publicado anualmente e está disponível em <http://decs.bvs.br>.

2.3 Abstract e Keyword: Deverá ter um resumo traduzido para inglês. Quando o idioma do texto for em inglês, o resumo deverá ser traduzido para o português. E keyword poderá ser também tirado do DECS, não precisará ser traduzido.

3. Texto

3.1 Artigo Original: deve conter no máximo 5.000 palavras (excluindo tabelas e referências) e apresentar um máximo de 40 referências. O número total de tabelas e figuras não deve ser maior que cinco. O texto original do artigo deve seguir um formato estruturado: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações finais, Referências.

Também são aceitos artigos originais separados com subtítulos, não excluindo a Introdução, Considerações Finais e Referências.

3.1.1 CITAÇÕES

Formatação

Números arábicos, sobrescritos. Ex: ¹²

Ordenadas consecutivamente

Com indicação de páginas. Ex. ^{12:381}

Citações de referências sequenciais separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: ^{1,2,4,5,9}

Citações de referências intercaladas separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: ^{8,14, 10,12,15}

3.1.2 Notas de rodapé

Restritas ao mínimo necessário.

Indicadas por números romanos.

3.2 Revisão Sistemática: deve conter no máximo 6.000 palavras (excluindo tabelas e referências) e fornecer pelo menos 50 referências. O artigo de revisão pode apresentar um padrão menos rígido, incluindo Introdução, Métodos, Revisão da Literatura, Considerações finais e Referências.

3.3 Resenhas: deve conter no máximo 2.000 palavras. Devem primar pela objetividade e concisão. São compostos de resumos e comentários sobre importantes obras publicadas na Saúde Coletiva. Podem ser tanto obras clássicas, quanto obras recentemente disponibilizadas ao público.

4. Agradecimento (opcional): Devem ser breves e objetivos, apresentada no final do texto (antes das referências), incluindo apenas as pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo.

5. Tabelas: As tabelas com suas legendas devem ser enviados em formato Word (Microsoft Office), sendo colocados após as referências em novas páginas. Todas as tabelas devem ser numeradas em ordem de aparecimento no texto. A legenda deve aparecer em sua parte superior, precedida da palavra "Tabela" seguida pelo número de ordem de ocorrência no texto em algarismos arábicos (por exemplo, Tabela 1, Tabela 2, etc.). Os títulos das tabelas devem ser auto-explicativo, para que as tabelas sejam compreendidas dispensando consulta ao texto. Explicações específicas ou mais detalhadas devem ser apresentadas imediatamente abaixo da tabela. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas.

6. Figuras: Incluir gráficos, desenhos, fluxogramas, fotografias, gráficos, etc. Todas as ilustrações devem ser numeradas em ordem de aparecimento no texto. A legenda deve ser incluído na sua parte inferior, precedida da palavra "Figura", seguido do número de série de ocorrência no texto, em árabe, incluindo o seu modo de explicação (por exemplo, Figura 1, Figura 2, etc.). Mesmo que brevemente, esta informação deve ser clara e dispensar se referir ao texto ou fonte. Os dados produzidos em um arquivo de texto, como gráficos em Word, por exemplo, deve ser anexada depois de as tabelas no final do documento. Os arquivos de imagem devem ser enviados como anexo formato de

documento. Jpg com resolução mínima de 300 dpi, para que eles sejam melhor visualizado on-line, mas não superior a 2 MB. As ilustrações em cores são aceitos para publicação eletrônica.

7. Referências: Devem ser numeradas em sobrescrito no texto, após a pontuação, classificados em ordem de aparecimento no texto e elaborar como o estilo de Vancouver. As normas e exemplos podem ser encontrados através do site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Todas as referências citadas no texto, e apenas eles, devem figurar na lista de referência que é numerada e colocada a seguir ao texto. Ao utilizar um programa de gerenciamento de referências (como o EndNote e Reference Manager), os códigos de campo devem ser desativado antes de enviar o documento, o texto é convertido em texto simples. Para converter referências adicionadas por Reference Manager ou Endnote para texto simples, o autor pode usar o seu próprio programa, que permite remover os códigos de campo (em "Remove Field Codes").

INSTRUÇÕES PARA ENVIO

As inscrições só podem ser feitas através deste site. Nós pedimos que os autores leiam todas as instruções antes de iniciar o processo de submissão. Um dos autores deverá se registrar no site, onde receberá um nome de usuário, senha e instruções sobre o processo de submissão. Uma vez cadastrado, o autor pode entrar no sistema a qualquer momento, com seu login e senha (acesso, no menu superior). Ao completar o registo inicial, o autor é enviado diretamente para a página do usuário, que lista as várias funções que o usuário pode tomar na revista (autor, revisor e leitor).

Clicando no papel de autor aparece para listar as suas submissões ativas e arquivadas, e uma nova submissão pode ser iniciada. O processo de submissão tem cinco etapas, com instruções disponíveis em cada um. O autor não precisa completar os 5 passos de cada vez e pode retomar a qualquer hora submissões listadas como "incompleto" na lista de submissões ativas. É essencial seguir rigorosamente as instruções que aparecerão na apresentação, com atenção aos dados, que devem ser cuidadosamente preenchidos.

Os nomes de todos os autores do artigo devem ser adicionado em apresentação do site, na mesma ordem em que aparecem na página de título do manuscrito, bem como os seus e-mails, casa instituições, títulos e funções. Preencha os campos para o título do artigo em Português e Inglês, resumo e abstract. Preencha todos os campos para o índice, que são importantes para o artigo a ser indexada em bases de dados. Identifique o idioma em que o artigo está redigido. Para iniciar o processo de inscrição e submissão, por favor "Submissão on-line".

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

A primeira página contém, além do título do artigo, os nomes, títulos, instituições de origem e endereços de todos os autores por e-mail, bem como o endereço postal e número de telefone do autor correspondente e descreve a contribuição. Estes dados também será concluída na Etapa 2 do processo de submissão.

Os arquivos para submissão estão em Word (Microsoft Office). O texto está em página A4, espaçamento 1,5, fonte Calibri 12. As figuras e tabelas estão incluídas no final do documento, após as referências. O tamanho de cada documento não é mais do que 2 MB.

O manuscrito contém todos os elementos textuais necessários, incluindo o Resumo (até 250 palavras e estruturado de acordo com as diretrizes da Revista) e palavras-chave e abstract.

Em Métodos, há aprovação explícita pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ou correspondente na instituição de origem, quando necessário.

As referências são numeradas na ordem de aparecimento no texto e seu estilo segue as regras da revista (Vancouver). Se um programa tem sido utilizado para gerenciamento de referências, códigos de campo foram retirados do arquivo enviado, a fim de converter a lista de referências em texto simples.

Referências: Devem ser numeradas em sobrescrito no texto, após a pontuação, classificados em ordem de aparecimento no texto e elaborar como o Estilo Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, organizados pelo International Committee of Medical Journal Editors Vancouver Group. Os exemplos podem ser encontrados no site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Para auxílio no uso de Abreviatura dos títulos de periódicos (para as referências): <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0034-8910&lang=pt>

Todas as referências citadas no texto, e apenas elas, devem figurar na lista de referências que deverá ser numerada e colocada na sequência do texto. Ao utilizar um programa de gerenciamento de referências (como o *EndNote* e *Reference Manager*), os códigos de campo deve ser desativado antes de enviar o documento, o texto é convertido em texto simples. Para converter referências adicionadas por *Reference Manager* ou *Endnote* para texto simples, o autor pode usar o seu próprio programa, que permite remover os códigos de campo (em "*Remove Field Codes*").

Todos os autores do artigo foram informados sobre as políticas editoriais da revista. Os autores leram o manuscrito submetido estando em conformidade com o mesmo.

Declaração de Direito Autoral

Os direitos autorais para artigos publicados neste periódico são do autor, com os direitos de publicação para o periódico. Deve ser publicado neste periódico de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições próprias, desde que citada a fonte (por favor, veja a Licença *Creative Commons* no rodapé desta página).

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Trabalho de Conclusão de Residência possibilitou compreender a estrutura de saúde do Município de Marau, RS, conhecer a metodologia de trabalho da equipe e a população do território adstrito da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita. Além disso, o objetivo principal do estudo foi alcançado, pois foi possível identificar, conhecer e avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos adstritos do território da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita.

Através do estudo conclui-se a importância de promover qualidade de vida do cuidador, construindo redes de apoio e uma equipe de saúde capacitada para ofertar uma assistência qualificada para estes indivíduos que dedicam suas vidas ao cuidado.