

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

Liamar Donati

**A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADOR DE IDOSO DEPENDENTE DE
CUIDADOS COM ALTA HOSPITALAR**

Santa Maria, RS, Brasil

2016

Liamar Donati

**A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADOR DE IDOSO DEPENDENTE DE
CUIDADOS COM ALTA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, área de concentração Sociedade e Cultura no Envelhecimento Humano, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

Orientadora: Profa. Dra. Margrid Beuter

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

Santa Maria, RS, Brasil

2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Donati, Liamar

A Organização do cuidador de idoso dependente de cuidados com alta hospitalar / Liamar Donati.- 2016.
94 p.; 30 cm

Orientador: Margrid Beuter

Coorientador: Maria Denise Schimith

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2016

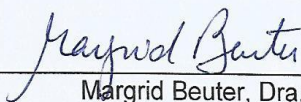
1. Cuidadores 2. Idoso dependente 3. Serviços de Saúde para Idosos I. Beuter, Margrid II. Schimith, Maria Denise III. Título.

Liamar Donati

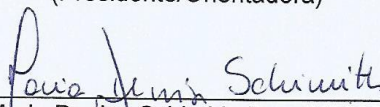
**A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADOR DE IDOSO DEPENDENTE DE
CUIDADOS COM ALTA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, área de concentração Sociedade e Cultura no Envelhecimento Humano, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

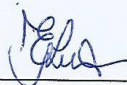
Aprovado em 19 de agosto de 2016.



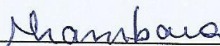
Margrid Beuter, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



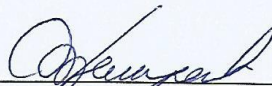
Maria Denise Schmidt, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)



Elisângela Maia Pessoa, Dra. (UNIPAMPA)



Marinês Tambora Leite, Dra. (UFSM/CESNORS)



Melissa Agostini Lampert, Dra. (UFSM)

**Santa Maria, RS
2016**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho os meus filhos Antônio e Arthur, pelo amor e carinho, suportando e compreendendo as minhas ausências, cansaço e impaciência. Amo vocês. E ao meu esposo Fernando, por entender os momentos em que estive ausente e compreender a importância dos estudos em minha vida, dando o suporte necessário para conseguir chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial à minha orientadora Prof^a. Dr^a. Margrid Beuter pela confiança, pelas contribuições, dialogando comigo em todas as etapas de elaboração deste trabalho. Sou grata por sua dedicada orientação, sua paciência, sem os quais não seria possível alcançar os resultados aqui apresentados.

À Prof^a. Dr^a. Maria Denise Schimith, coorientadora, pela dedicação e apoio neste trabalho.

À banca examinadora, Professoras Doutoradas Elisângela Maia Pessôa, Marinês Tambara Leite, Melissa Agostini Lampert, pela disponibilidade em participar da banca e pelas contribuições.

Aos Professores do curso de Mestrado em Gerontologia, pelo compartilhamento de seus conhecimentos e contribuições no processo de formação.

Aos colegas do Mestrado com os quais tive a oportunidade de cursar disciplinas, pelas contribuições e pelos momentos particulares de amizade e convivência.

Às minhas colegas do Serviço Social no HUSM, pela cobertura direta e indireta que me deram nessa travessia e pela confiança e compreensão.

Às Colegas do SADHUSM pelo incentivo e compreensão.

Aos Colegas do NIEPE pela parceria, incentivo e apoio no decorrer de todo o processo de formação e pelas valiosas contribuições.

Aos familiares dos idosos, que gentilmente contribuíram, possibilitando esse trabalho com suas entrevistas, mesmo em momentos delicados de suas trajetórias.

À Morena, que com seus 93 anos nos mostra que a senescência é um momento que exige atenção especial.

Aos meus pais que compreenderam minha ausência e incentivaram a seguir meu caminho.

À minha querida Vânia, que me deu suporte logístico para que eu conseguisse concretizar meu sonho.

Há muito mais a quem agradecer, que embora não citados, participaram desta trajetória, com demonstrações de carinho, incentivos.

*Enfim, agradeço a **Deus** por ter me dado força, determinação e coragem para chegar ao final desta etapa.*

Muito Obrigada!

Envelhecer

Arnaldo Antunes

*A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer
A barba vai descendo e os cabelos vão caindo pra cabeça aparecer
Os filhos vão crescendo e o tempo vai dizendo que agora é pra valer
Os outros vão morrendo e a gente aprendendo a esquecer*

*Não quero morrer pois quero ver
Como será que deve ser envelhecer
Eu quero é viver pra ver qual é
E dizer venha pra o que vai acontecer*

[...]

*Eu quero que o tapete voe
No meio da sala de estar
Eu quero que a panela de pressão pressione
E que a pia comece a pingar
Eu quero que a sirene soe
E me faça levantar do sofá
Eu quero pôr Rita Pavone
No ringtone do meu celular
Eu quero estar no meio do ciclone
Pra poder aproveitar
E quando eu esquecer meu próprio nome
Que me chamem de velho gagá.*

[...]

RESUMO

A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADOR DE IDOSO DEPENDENTE DE CUIDADOS COM ALTA HOSPITALAR

AUTORA: Liamar Donati
ORIENTADORA: Margrid Beuter
COORIENTADORA: Maria Denise Schimith

O envelhecimento da população é uma realidade crescente no Brasil, e esse processo pode elevar o número de enfermidades crônicas não transmissíveis e incapacitantes no idoso, com possíveis alterações na dependência física, cognitiva e emocional, gerando demandas de cuidados permanentes por parte dos familiares. A situação de cuidados torna-se mais complexa quando o idoso passa por um período de agravamento da condição de sua saúde, resultando em internação hospitalar, tornando-o dependente de cuidados no retorno ao domicílio. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo descrever a organização do cuidador, familiar ou não, frente a alta hospitalar do idoso dependente de cuidados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com 11 cuidadores, familiares ou não, de idosos dependentes, internados no Hospital Universitário de Santa Maria, que se localiza no centro do Rio Grande do Sul, e se caracteriza por ser um hospital-escola que desenvolve ações de ensino, pesquisa e assistência em saúde. A coleta dos dados foi realizada nos meses de setembro de 2015 a janeiro de 2016, por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados conforme a análise da proposta operativa de Minayo. A partir da análise dos dados, apresenta-se a caracterização dos cuidadores e dos idosos dependentes de cuidados e as três categorias temáticas que emergiram dos depoimentos: o cuidador frente a organização do cuidado ao idoso dependente; dificuldades enfrentadas pelo cuidador diante da alta hospitalar do idoso dependente de cuidados; e estratégias utilizadas pelo cuidador para a alta hospitalar do idoso dependente de cuidados. Dentre as dificuldades enfrentadas, percebe-se que algumas estão relacionadas às novas configurações familiares que acabam se refletindo no apoio familiar. Outras se dão em função das condições econômicas das famílias, da fragilidade das políticas públicas, que transferem para as famílias a responsabilidade pelos cuidados, e a escassez de serviços de apoio aos cuidadores, frente à situação de dependência do idoso. Além disso, muitas vezes, o cuidado fica a cargo de somente uma pessoa, gerando estresse e sobrecarga, acontecendo também, de o cuidador não se sentir preparado para realizar as tarefas de cuidado. Apesar das dificuldades, algumas famílias encontram estratégias para realizar os cuidados: para algumas o apoio do Serviço de Atenção Domiciliar auxilia; outras mobilizam membros da família; e, algumas optam pela institucionalização do idoso. Neste sentido, é importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento da heterogeneidade que representa o processo de envelhecimento, compreendendo as dificuldades que os cuidadores enfrentam na organização da alta hospitalar do idoso dependente. Não se visualiza no Brasil uma política pública direcionada especificamente ao idoso dependente, as relacionadas a esse público delegam à família, como a primeira, e quase única opção de cuidados. Pelos resultados se percebe um descompasso entre as responsabilidades atribuídas às famílias e o suporte de serviços que deveriam ser ofertados pelas políticas públicas existentes. Esta temática precisa ser discutida e dada maior visibilidade, pois a revalorização da família nas políticas públicas pode significar um recuo das responsabilidades do Estado no atendimento a necessidades da população.

Palavras-Chave: Cuidadores. Idoso Dependente. Serviços de Saúde para Idosos.

ABSTRACT

THE ORGANIZATION OF CAREGIVERS OF CARE NEEDING SENIORS WITH HOSPITAL DISCHARGE

AUTHOR: Liamar Donati
ADIVISOR: Margrid Beuter
CO-ADIVISOR: Maria Denise Schimith

Aging of the population is an increasing reality in Brazil, and this process may elevate the number of disabling and non-communicable chronic diseases among seniors, with possible alterations to their physical, cognitive and emotional dependency, which leads to demanding permanent care from family members. The situation of caregiving becomes more complex when the senior goes through a period of worsening of health conditions, resulting in hospital admittance and a dependency on homecare later on. The objective of this study was to describe the organization of caregivers, family or not, members of seniors who require care after a hospital discharge. It is a qualitative research with 11 family members and/or caregivers of frail elderly admitted to Hospital Universitário de Santa Maria, located in central Rio Grande do Sul, Brazil, and which is a teaching hospital that develops educational actions, as well as research and health care. The data collection took place from September 2015 to January 2016, by means of semi-structured interviews. The data was analyzed according to Minayo's operative proposal. From the data analysis, the characterization of caregivers and care-dependent seniors is presented; also presented are the three thematic categories that emerged from the testimonies: the caregiver and the organization of the elderly frail care; difficulties faced by the caregiver for achieving hospital discharge of the care-dependent senior; and strategies used by the caregiver to achieve hospital discharge of aforementioned senior. Among the difficulties faced, it is noted that some are related to new family structures which have a reflection on family support. Other difficulties are due to the families' economical conditions, the frailty of public policies, which assign the responsibility of care to the families, and the scarcity of support services to the caregivers, facing the seniors' situation of dependency. Furthermore, the care is many times up to one single person, generating stress and overload. Also, sometimes, the designated caregiver does not feel prepared to fulfill the tasks of caring. Despite the difficulties, some families find strategies to fulfill said tasks: to some, the support of Home Care Service helps; others reach out to family members; and some opt for the senior's institutionalization. In that sense, it is important for health professionals to acknowledge the diversity that the aging process represents, comprising the difficulties that caregivers face when organizing hospital discharge of the frail elderly. In Brazil, a public policy specifically directed to frail elderly is not envisioned, the ones regarding this public delegate to the family the first, and nearly only, option of care. From the results it is noted that there is a disparity between responsibilities attributed to the family and service support that should be offered by existing public policies. That topic must be discussed and given more visibility, since the reevaluation of the family within public policies could mean a hindrance of State responsibilities concerning meeting the needs of the population.

Key words: Caregivers. Frail Elderly. Health Services for the Aged.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos Idosos, segundo grau de dependência para AVD – Escala de Katz	37
Tabela 2 - Distribuição dos idosos, segundo o grau de dependência para as AIVD - Escala de Lawton e Brody.....	38

LISTA DE SIGLAS

AVD	Atividades de Vida Diária
AVID	Atividades Instrumentais de Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GM	Gabinete do Ministro
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência de Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCF	Termo de Confidencialidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1	O ENVELHECIMENTO COM DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS	19
2.2	DEPENDÊNCIA E HOSPITALIZAÇÃO	22
2.3	DESAFIOS DOS CUIDADORES: A DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS NA REALIDADE DAS FAMÍLIAS	23
3	METODOLOGIA	29
3.1	TIPO DE ESTUDO	29
3.2	CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
3.3	COLETA DE DADOS	30
3.4	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	32
3.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	33
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES E DOS IDOSOS DEPENDENTES DE CUIDADOS	35
4.2	O CUIDADOR FRENTE A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE	39
4.3	DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO CUIDADOR DIANTE DA ALTA HOSPITALAR DO IDOSO DEPENDENTE DE CUIDADOS	44
4.4	ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO CUIDADOR PARA A ALTA HOSPITALAR DO IDOSO DEPENDENTE DE CUIDADOS	62
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	82
	APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA	84
	APÊNDICE C: TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	86
	ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DE KATZ	88

ANEXO B – ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA DE LAWTON E BRODY	90
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	92

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um processo crescente, tanto no Brasil, como na maioria dos países (DUARTE et al 2010). A população idosa irá mais do que triplicar nas próximas quatro décadas. Em 2010 os idosos já eram 19,6 milhões e representavam 10,2% da população. Nos próximos 40 anos, esse grupo crescerá a uma taxa de 3,2% ao ano, comparada a 0,3% da população total. Como resultado, haverá 64 milhões de idosos em 2050, 29,7% da população total (BANCO MUNDIAL, 2011).

O aumento da expectativa de vida pode elevar o número de enfermidades crônicas não transmissíveis e incapacitantes no idoso, com possíveis alterações na independência física, cognitiva e emocional, gerando demandas de cuidados parciais e permanentes para os familiares. Ainda, a mudança na estrutura familiar, com alteração do *status* das mulheres e dos valores sociais e familiares, irá interferir na disponibilidade de ajuda familiar para os idosos. Segundo dados do Banco Mundial (2011), estima-se que, no Brasil, o número de pessoas cuidadas por não familiares irá duplicar até 2020, e será cinco vezes maior em 2040, em comparação com 2008.

É importante ressaltar que o processo de envelhecimento nos países em desenvolvimento está ocorrendo de forma muito rápida, enquanto nos países desenvolvidos se deu de maneira lenta, acompanhando a melhoria nas condições gerais de vida da população. O Brasil, por ser um país em desenvolvimento, ainda não está organizado, adequadamente, para atender as demandas dessa população (BRASIL, 2010).

O cuidado aos idosos dependentes, tradicionalmente, é realizado pelas famílias. No entanto, é preciso reconhecer que a família brasileira está mudando, sendo necessário buscar alternativas para prover os cuidados dos idosos. Isto porque as transformações no núcleo familiar vêm ocorrendo de diversas maneiras: desde a composição, com redução do número de membros, como a configuração e os papéis sociais desempenhados por cada um dos componentes. A mulher, considerada como principal cuidadora vem ocupando novos espaços extradomiciliares; ao mesmo tempo, com o aumento da longevidade – a própria cuidadora – esposa ou mesmo filha – muitas vezes também idosa, pode vir a

requerer cuidados. Estes são alguns dos fatores que levam a considerar a possibilidade da redução potencial dos cuidados tradicionalmente ofertados (CAMARANO, MELLO, 2010a; GELINSKI, MOSER, 2015).

Quando o envelhecimento vem acompanhado por doenças crônicas e limitações físicas, cognitivas e sociais, impõe aos indivíduos e às suas famílias questões nunca antes experimentadas na dinâmica das relações. Deparam-se com a perspectiva de dependência crescente, com a reversão de papéis, em que as gerações mais novas passam a responder pelos idosos que, no passado, lhes proporcionaram proteção, segurança e cuidado (PERRACINI; NERI, 2012).

A legislação brasileira referente à população idosa reforça o papel construído socialmente de cuidado primário como de responsabilidade da família. O artigo 3º do Estatuto do Idoso estabelece como obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público que seja assegurado ao idoso, com prioridade, "a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária" (BRASIL, 2003, p.01).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa traz como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, é a Portaria 399/GM/2006, que melhor define a organização do atendimento aos idosos. Esta portaria apresenta as Diretrizes do Pacto pela Saúde, que engloba o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. A saúde do idoso está contemplada no Pacto em Defesa da Vida que define como prioridade a promoção do envelhecimento ativo e saudável buscando atenção integral ao idoso (BRASIL, 2010).

As leis brasileiras de proteção à pessoa idosa – Política Nacional do Idoso (artigo 3º I) e o Estatuto do Idoso (artigo 3º), baseadas na Constituição Brasileira (artigo 230), reafirmam que é obrigação da família cuidar da pessoa idosa, com a colaboração da comunidade, sociedade e poder público (CAMARANO; PASINATO, 2004). No entanto, até agora, a maior carga de responsabilidade tem recaído sobre a família, especialmente sobre a mulher, que sem preparo anterior, se vê transformada em cuidadora da pessoa idosa. Brondani e Beuter (2009) ressaltam que as mulheres continuam sendo as principais cuidadoras no espaço domiciliar. Ainda, Brondani (2008) afirma que o cuidador familiar, dentro da organização da

família, é quem se responsabiliza pelo cuidado do doente, tanto em nível hospitalar quanto domiciliar. Ao assumir essa função, geralmente sente-se sobrecarregado, pois não consegue dividir essa tarefa com os demais membros da família.

Os idosos requerem um olhar diferenciado dos profissionais e serviços de saúde, devido a maior suscetibilidade ao agravamento das doenças crônicas que desenvolvem e em decorrência da idade avançada. Quando ocorre a hospitalização do idoso, as demandas de cuidados aumentam e, comumente, surge a necessidade de ter alguém para auxiliá-lo, que é o cuidador. O cuidador, familiar ou não, do idoso, neste estudo, é algum familiar, amigo ou vizinho que devido ao vínculo com ele acompanha-o durante a hospitalização, tornando-se responsável pela organização da alta hospitalar do idoso.

A organização da alta hospitalar do idoso dependente de cuidados gera preocupação para os pacientes e cuidadores, pois geralmente quando ele retorna ao domicílio, os cuidados não cessam. Nesse sentido, Brondani (2015) coloca que o cuidado do paciente dependente de tecnologia começa durante a hospitalização, quando o cuidador percebe a gravidade da doença e as implicações dessa na vida do cuidador. Ele precisa aceitar a doença e a dependência tecnológica de seu familiar e dar continuidade ao tratamento e as demandas de cuidado no domicílio.

Para Brondani et al (2015) a dependência de tecnologia está relacionada ao uso de medicamentos, dispositivos do tipo sondas, cateteres e equipamentos do tipo máquinas, tais como, aspiradores, concentradores de oxigênio que auxiliem o doente na manutenção da vida.

Muitos profissionais percebem as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores na organização da alta hospitalar dos idosos, mas têm dúvidas de como proceder, pois não estão suficientemente instrumentalizados para resolver esta questão. Nesta situação é solicitado ao Assistente Social que auxilie os cuidadores, familiares ou não, na organização da alta desses idosos.

Diante deste contexto, este trabalho busca ampliar a compreensão da organização dos cuidadores, familiares ou não, frente a alta hospitalar do idoso dependente, no sentido de trazer novos elementos que ajudem os profissionais a lidarem com esta situação.

Destaca-se que a construção deste tema de pesquisa, iniciou-se a partir das vivências no decorrer da prática profissional da pesquisadora, que atua como Assistente Social de um hospital público com alta densidade tecnológica, referência

de alta complexidade para o SUS. Nele, se depara no cotidiano profissional com as dificuldades que os cuidadores enfrentam na organização da alta hospitalar de seus familiares idosos dependentes. Nessas vivências, cotidianamente ouve-se relatos de familiares que não tem condições de cuidar do idoso em casa pelos mais diversos motivos: falta de alguém com disponibilidade para realizar os cuidados, pois todos trabalhavam; falta de condições financeiras para pagar um cuidador; domicílio muito pequeno para acomodar o idoso; idoso sem vínculos afetivos com a família; medo em não conseguir realizar os cuidados adequadamente, entre outros.

Ressalta-se a importância do Assistente Social desenvolver seu exercício profissional junto ao idoso, em parceria com outros profissionais, de outras áreas de conhecimento, para que, em conjunto, possam avaliar problemas, pensar estratégias e propor programas e projetos interdisciplinares.

Nos casos em que a hospitalização exige maior organização da família, profissionais como os assistentes sociais participam desse processo, no qual aspectos da realidade evidenciam-se, como o desconforto vivenciado durante a hospitalização, a carência de recursos de ordem financeira, o rompimento de vínculos familiares, o desconhecimento sobre os recursos comunitários, o medo da perda de capacidades.

No que compete à família, seus membros recorrem às equipes de saúde e, nesse caso específico, ao Serviço Social, pela instabilidade gerada pelo processo de adoecimento do idoso e pela necessidade de organização/reorganização familiar, com a configuração de novos papéis como o de cuidador. Muitas famílias questionam sobre o planejamento e a organização no período pós-hospitalar, diante do grau de dependência de seu familiar idoso (ANDREATTA, 2015).

A relação entre o profissional Assistente Social e a hospitalização do idoso é um campo permeado pelo binômio contraditório de possibilidades/desafios, sendo que por vezes as demandas se complementam e, por outras, a relativa autonomia profissional pressupõe a centralidade de uma demanda em detrimento da outra. O alinhamento da prática profissional com importantes documentos como o Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) e a Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993), representa importante estratégia, pois sinaliza as possibilidades de trabalho do Assistente Social.

Com esta perspectiva de atuação e ao procurar alternativas de serviços que pudessem auxiliar as famílias nos cuidados aos idosos, encontraram-se as

Estratégias de Saúde da Família e Serviços de Atenção Domiciliar, mas que não supriam as demandas de cuidados que o idoso necessitava, bem como o auxílio que às famílias precisavam. Buscaram-se estudos que explorassem este assunto no Brasil e percebeu-se que existem poucas publicações sobre a temática. Reforçando, então, o desejo de pesquisar e aprofundar o tema da organização da alta hospitalar do idoso dependente de cuidados, bem como suas dificuldades e facilidades. A partir da reflexão sobre o tema e da revisão da literatura, surgiu a **questão da pesquisa**: como o cuidador, familiar ou não, se organiza frente à alta hospitalar do idoso dependente de cuidados? Para responder essa questão tem-se como **objetivo do estudo**: descrever a organização do cuidador, familiar ou não, frente a alta hospitalar do idoso dependente de cuidados.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo apresenta aspectos da literatura que ajudam na fundamentação desta pesquisa, sendo os assuntos dispostos nos seguintes itens: o envelhecimento com dependência de cuidados; dependência e hospitalização e desafios dos cuidadores: a dependência dos idosos na realidade das famílias.

2.1 O ENVELHECIMENTO COM DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e como tal tem sido pauta de discussões em vários setores da sociedade, principalmente no campo dos estudos acadêmicos. Segundo Silva (2008), esforços têm sido empreendidos com o intuito de analisar, problematizar e propor novas formas de compreensão do envelhecimento. Esses esforços têm provocado o envolvimento de diversos campos de conhecimento tais como: a medicina, psicologia, sociologia, a antropologia e a gerontologia. Para Berzins (2008), envelhecer não é o problema, deve-se vê-lo como uma conquista da humanidade. A maior preocupação não é com o aumento da expectativa de vida e sim em como envelhecerá essa população.

Com as mudanças da expectativa de vida da população e as transformações econômicas, políticas, sociais e culturais, houve alteração no perfil de saúde-doença da população brasileira, diminuindo significativamente as mortes por doenças infectocontagiosas e aumentando a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, que acometem principalmente a população idosa.

A longevidade tem implicações importantes na vida do idoso, podendo trazer problemas com consequências nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social (PASCHOAL, 2013). Assim, a velhice, por ser um processo, geralmente acompanhado do declínio das capacidades físicas e cognitivas, tem-se um significativo número de idosos com pelo menos uma doença crônica. E essas, quando não tratadas adequadamente e acompanhadas ao longo dos anos, serão responsáveis por altos índices de mortalidade. As doenças crônicas também serão responsáveis por grande número de internações. Os idosos se tornam mais suscetíveis às complicações dessas moléstias, como acidente vascular encefálico, fratura por quedas, limitações causadas por insuficiência cardíaca e doenças

pulmonares obstrutivas crônicas, amputações, cegueira causada por diabetes como também a dependência determinada pela doença de Alzheimer. Com isso, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2013). Essas situações poderão torná-los dependentes de outra pessoa para auxiliá-los na realização das atividades básicas da vida diária ou torná-los totalmente dependentes de cuidados parcial ou total.

A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009,).

De acordo com Vieira (2012), no decorrer do processo de envelhecimento, o organismo sofre alterações fisiológicas que ocasionam modificações na saúde, na funcionalidade física, no funcionamento intelectual, no exercício de papéis sociais e nas relações interpessoais dos indivíduos idosos. Nessa faixa etária, é comum que se tenha uma doença crônica degenerativa, que pode causar alguma incapacidade ou dependência parcial para as atividades da vida diária ou muitas vezes resultando em uma dependência total.

Segundo Camarano (2006), a forma de analisar e compreender a dependência do indivíduo gera várias discussões, pois os fatores mais fortemente associados com as incapacidades dos idosos estão relacionados à falta de autonomia para lidar com atividades básicas do cotidiano e a ausência de rendimentos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), adotou o ponto de vista da Organização Mundial da Saúde (OMS), que relaciona a capacidade funcional de um indivíduo com a sua capacidade de realizar as Atividades da Vida Diária (alimentar-se, tomar banho, vestir-se, entre outras) e as atividades instrumentais (ir ao banco, pegar um ônibus, comunicar-se, entre outras). A independência diz respeito a primeira, isto é, não depender dos outros; autonomia diz respeito à segunda, ou seja, poder gerir a própria vida, tomar decisões.

Lemos e Medeiros (2013) reforçam os conceitos, segundo eles a autonomia envolve a noção do exercício do autogoverno, associado aos seus correlatos: liberdade individual, privacidade, livre escolha, autorregulação. Já na independência, o principal aspecto refere-se à capacidade funcional, ou seja, poder sobreviver sem ajuda para as atividades instrumentais de vida diária e de autocuidado. Destacam que o indivíduo pode ser funcionalmente dependente e manter a autonomia.

Para Duarte et al (2010), existem muitas evidências que fatores culturais tem forte influência na questão da dependência entre idosos, podendo promover o desenvolvimento de atitudes negativas em relação a velhice.

Dependência pode ser definida como um estado em que a pessoa é incapaz de existir de maneira satisfatória sem a ajuda de outra. As dependências observadas nos idosos resultam tanto das alterações biológicas quanto das mudanças nas exigências sociais e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras (DUARTE et al, 2010, p.127).

Nas situações em que se efetiva a dependência, começa a haver o envolvimento de cuidadores informais ou familiares para suprir as necessidades dos cuidados com o idoso no domicílio. Tarefa essa assumida, muitas vezes, de forma empírica, improvisada, pelo fato de os cuidadores não estarem capacitados para realizar tal atividade (SOUZA et al, 2014).

De acordo com Caldas e Veras (2010), apesar do cuidado familiar ser um aspecto importante da cultura, não se aplicam a todos os idosos. Isto porque, existem idosos que não têm família (viúvos, pessoas que não se casaram e/ou não tiveram filhos, ou ainda aqueles cujos filhos morreram ou moram longe dos pais). Há situações em que as famílias são carentes economicamente para prover um cuidado adequado, ou têm outros familiares para manterem e precisam trabalhar não tendo como deixar o mercado de trabalho. Existem também, os idosos que perderam o contato com suas famílias ao longo dos anos.

Percebe-se a complexidade de questões que envolvem a organização para atender um idoso dependente de cuidados, que não se refletem somente no seu bem-estar, elas irão impactar na família e na sociedade.

2.2 DEPENDÊNCIA E HOSPITALIZAÇÃO

Como consequência do aumento significativo do número de idosos no Brasil, as doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade e um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde (SOUZA et al 2014).

O elevado número de doenças crônicas e múltiplas na população idosa os leva a muitas internações hospitalares. As hospitalizações, muitas vezes recorrentes, podem ocasionar várias modificações na vida desses idosos. O avanço das ciências tem contribuído para o aperfeiçoamento das novas tecnologias nas instituições hospitalares, as quais vão contribuir para uma melhor intervenção clínica, evitando óbitos precoces, mas não impedindo que o paciente apresente alguma limitação, podendo desencadear a dependência de cuidados, que poderá ter reflexo na sua vida e de seu cuidador familiar. A hospitalização, apesar de necessária, traz consigo mais riscos ao paciente idoso do que a outras faixas etárias, sendo importante destinar maior atenção para ele (SIQUEIRA et al 2014; FLESCHE, 2013).

Os sistemas de saúde, atualmente, com justificativa dos altos custos da assistência hospitalar e institucional, indicam a permanência dos idosos incapacitados em suas casas sob os cuidados da família. Esses pacientes apesar de estarem clinicamente estáveis, sem indicação de hospitalização, continuam demandando um cuidado diferenciado, muitas vezes em uso de sondas, traqueostomias, que exigem uma preparação do cuidador para realizá-lo. Esta indicação nem sempre considera o modelo de família no qual o idoso está inserido e se ela dispõe de um cuidador para atender as necessidades do mesmo (KARSCH, 2003).

O envelhecimento associado à dependência deve ser visto como um novo risco social a ser enfrentado pelo Estado. Nessa perspectiva, os idosos, sobretudo aqueles que não dispõem de famílias ou de redes sociais de apoio, deverão contar com o Estado na garantia do direito ao cuidado, já reconhecido em vários países do mundo como um dos direitos humanos básicos (CAMARANO; MELLO, 2010b).

O envelhecimento populacional requer a inclusão, em algum grau, de serviços de saúde nos programas de cuidados. Isto exige profissionais especializados para lidar com as múltiplas doenças crônicas típicas da idade avançada. Assim sendo,

cuidados de longa duração significam uma variedade de serviços que incluem, também, os de saúde (CAMARANO; MELLO, 2010b).

Não existe no Brasil uma política específica para pessoas dependentes de cuidados e/ou de cuidados de longa duração formalizada, o que vemos é uma previsão de estratégias de saúde e de assistência social que se propõem a ofertar ações com vistas a assegurar proteção social aos idosos com dependência e suas famílias (Atenção Domiciliar, Instituição de Longa Permanência para Idosos-ILPI, Centros Dias). No entanto, a Política de Assistência Social tem como objetivo assegurar benefícios, serviços, programas e projetos de proteção social para indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade ou risco social ou pessoal. Contudo, conforme afirmaram Camarano e Mello (2010a, p.16), “as políticas de cuidado são de responsabilidade da assistência social, mas elas se concentram no abrigamento de idosos carentes”, não se destina aos idosos dependentes de cuidados.

2.3 DESAFIOS DOS CUIDADORES: A DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS NA REALIDADE DAS FAMÍLIAS

Tradicionalmente as relações familiares são marcadas pelas tarefas de ajuda, proteção e cuidado com seus membros. Costumes, valores, educação e situação econômica interagem com idade e gênero das pessoas que cuidam e das que são cuidadas e, além disso, respondem pela desejabilidade e aceitabilidade do papel e dos desempenhos associados ao cuidar, ajudar e proteger (PERRACINI; NERI, 2012).

A situação torna-se mais difícil quando a dependência é grave e juntamente a isso se apresenta a falta de recursos humanos, dificuldade de acesso a serviços de saúde especializados e problemas relacionados a história familiar. Assim, os cuidadores de idosos são desafiados por múltiplas demandas, algumas previsíveis e outras imprevisíveis, mas todas geradoras de esforço físico, psicológico e social. Geralmente, a demanda de cuidados recai sobre um único membro da família, o cuidador primário, entendido como o principal responsável pelo idoso, pelo cuidado e pela maior parte das tarefas, tendo que se dividir entre as responsabilidades profissionais, conjugais, sociais e familiares. Outros membros da família podem

ajudar, porém isso raramente ocorre de maneira contínua (PERRACINI; NERI, 2012). Esta situação irá interferir diretamente na dinâmica familiar dos idosos, ocasionando alteração dos papéis sociais, estabelecendo-se uma nova relação dos familiares entre si e com a pessoa idosa (NARDI et al, 2012).

Neri e Sommerhalder (2012) destacam que a literatura faz distinção entre cuidadores primários, secundários e terciários. Os cuidadores primários são os principais responsáveis pelo idoso, pelos cuidados e que realizam a maior parte das tarefas. Os cuidadores secundários realizam os mesmos cuidados que o cuidador primário, mas não possuem o mesmo nível de responsabilidade e decisão. Já os cuidadores terciários não possuem responsabilidade pelo cuidado, são coadjuvantes, geralmente realizam tarefas especializadas, tais como fazer compras, pagar contas, receber pensões, podem fazer companhia ao idoso por períodos curtos.

A literatura gerontológica utiliza os termos formal e informal, para definir o tipo de apoio destinado aos idosos, o primeiro atua com base nas relações profissionais e outro baseado nas relações de parentesco, amizade e coletivismo. No Brasil, a rede formal é representada por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos e de outras especialidades na área da saúde e por clínicas geriátricas, asilos, centros-dia e unidades de apoio domiciliar. As relações entre quem presta o cuidado e quem recebe são regidas por contratos profissionais, envolvendo remuneração direta (pelos interessados) ou indireta (pelo governo ou por instituições privadas).

A rede informal de apoio, envolve os familiares e amigos, funciona baseada no princípio de solidariedade e de reciprocidade entre as gerações. A diferença essencial entre ambas é que a segunda é voluntária e não remunerada (NERI; SOMMERHALDER, 2012).

De acordo com Karsch (2003), a literatura internacional apresenta quatro fatores, geralmente presentes, na definição da pessoa que irá assumir os cuidados pessoais do idoso incapacitado: parentesco, normalmente cônjuges e filhos; gênero, mulheres; proximidade física, mora junto e proximidade afetiva, conjugal, pais e filhos. Além disso, grande número de cuidadores possui mais de 60 anos, evidenciando que pessoas idosas estão cuidando de idosos, desencadeando a preocupação de que esses cuidadores são doentes em potencial e sua capacidade funcional está em risco, por já estar em uma idade de maior vulnerabilidade.

Caldas e Veras (2010), salientam outra questão em relação aos cuidados dos idosos, que se refere à tradição histórica. Se, na sociedade, o cuidado ao idoso tem sido realizado pela família, então o idoso já tem a expectativa de ser cuidado por ela e a família também não o questiona. E quando a família não consegue cumprir adequadamente esta função, é considerada negligente e/ou irresponsável, sendo discriminada pela sociedade.

Vários outros estudos (SOUZA et al, 2014; SANTOS; PAVARINI; 2010; PEDREIRA; OLIVEIRA; 2012) corroboram com estes dados, demonstrando que a maioria dos cuidadores são familiares do sexo feminino e que, geralmente, realizam o cuidado sem contar com nenhum tipo de ajuda.

Segundo Karsch (2003), estudos ainda confirmam que as estruturas familiares estão sofrendo modificações rápidas, desencadeadas por separações; divórcios e novas uniões; instabilidade do mercado de trabalho e movimentos migratórios nacionais e internacionais em busca de oportunidades de trabalho; maior tempo de vida das gerações e um aumento do contingente de viúvas, geralmente morando sozinhas nas cidades; idosos exercendo chefias de família e a participação crescente da mulher no mercado de trabalho.

Em nossa sociedade, a maioria das famílias está envolvida com o bem-estar de, pelo menos um idoso. Em razão da organização do sistema de saúde, voltado para as necessidades dos indivíduos e não para as famílias como unidades, muitas delas dão conta desses cuidados sozinhas, procurando os sistemas de saúde nas situações de emergência ou agudas (DUARTE et al, 2010).

A legislação brasileira de referência à população idosa reforça o papel construído socialmente de cuidado primário como de responsabilidade da família. O artigo 3º do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) estabelece como obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público “assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”. O parágrafo único do mesmo artigo aponta várias ações que garantem a prioridade enfatizada no caput, dentre as quais se ressaltam os incisos V e VIII:

V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social local. (BRASIL, 2003, p.01)

O Estatuto enfatiza que a prioridade do atendimento aos idosos se dê no âmbito familiar, admitindo-se, excepcionalmente, a busca por outras modalidades de residências que ofereçam condições de manutenção da própria sobrevivência a idosos que não possuam família ou que necessitam de tal atendimento em âmbito não domiciliar (BRASIL, 2003).

Atualmente, se visualiza uma multiplicidade de formas, sentidos e configurações familiares. Trad (2010) aponta para a redução do modelo tradicional de família nuclear e a pluralidade de formatos e dinâmicas familiares que estão surgindo na sociedade contemporânea, como constatações recorrentes na literatura especializada em família, e que irão repercutir na dinâmica das sociedades urbanas.

De acordo com a autora, essas transformações na família não se limitam ao âmbito da estrutura. Alteram-se “também os papéis e relações familiares, que se tornam menos hierarquizadas e mais flexíveis” (TRAD, 2010, p. 27).

Na realidade brasileira, os indicadores sociodemográficos confirmam claramente esta tendência, com destaque para a:

multiplicação de arranjos que fogem ao padrão da típica família nuclear, com incremento de famílias monoparentais (predominando aquelas chefiadas por mulheres) de domicílios formados por “não-famílias”, não apenas entre idosos (viúvos), mas também entre adultos jovens que expressariam novo “individualismo”; o decréscimo progressivo do número de filhos, repercutindo diretamente no tamanho das famílias (TRAD, 2010, p. 27).

Diante dessa diversidade de organizações familiares é preciso verificar se elas terão condições de assumir os encargos de proteção social a que estão sendo chamadas para prestar a seus membros. A família se apresenta no centro das políticas sociais, é a ela que estão sendo repassadas as responsabilidades pelos cuidados dos seus (GELINSKI; MOSER, 2015).

Com o acelerado processo de envelhecimento da população, principalmente dos mais longevos, conseqüentemente há o aumento das situações de redução da autonomia e da necessidade de alternativas de cuidados de longa duração. Visualiza-se que as alternativas adotadas para a provisão de cuidados dos idosos dependentes é a informal, ou seja, praticada pelos próprios familiares. Entretanto, as mudanças nas configurações familiares aliadas ao processo de envelhecimento

populacional impactam diretamente na dinâmica para cuidados prolongados. Isso traduz a necessidade de oferta de cuidados alternativos aos tradicionalmente realizados pelas famílias.

É unânime o saber de que a população mais idosa está mais exposta aos agravos das doenças crônicas, muitas delas desencadeando sequelas limitantes, deixando-a dependente de cuidados por mais tempo. Com base nos dados disponíveis para os países-membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), os indivíduos vivem em média entre dois e quatro anos dependentes de cuidados mais intensivos no final de suas vidas (JACOBZONE, 1999 apud CAMARANO; MELLO, 2010a, p. 14).

Estudo realizado por Ferreira et al. (2012) expressa que cuidar de paciente com doença crônica é um processo desgastante e estressante, provocando alterações na rotina e ambiente de trabalho do cuidador. Neste sentido, é importante conhecer quem são os cuidadores e a situação em que se encontram a fim de propor estratégias para atenuar esse desgaste.

Verifica-se que há uma questão importante de gênero na composição das famílias e na provisão de cuidados. A mulher – e não necessariamente a “família” – vem sendo a principal cuidadora de seus entes, e em específico, dos idosos. É relevante que se tenha um olhar atento a essas mulheres, a fim de verificar como elas têm conseguido ofertar cuidados adequados, diante das mudanças demográficas e socioculturais que vem ocorrendo nas sociedades. E, ainda: como essas mulheres têm sido cuidadas, dado o alto grau de estresse e de onerosidade que assumem. Conforme afirma Neri (2012, p. 7), “dar apoio emocional e instrumental contando com possibilidades mínimas de melhora, e sem perspectiva de retribuição, desgasta as reservas físicas e psicológicas dos cuidadores familiares”.

As transformações em curso, como famílias monoparentais, aumento do número de taxas de divórcio, de recasamentos, de nascimentos entre pais não casados, dentre outros, apontam para modificações nos espaços tradicionalmente ocupados pelas famílias no desempenho de seus papéis sociais de cuidados, aumentando a demanda por alternativas não familiares de cuidados aos idosos (CAMARANO; MELLO, 2010a).

Neste sentido, é importante que se conheça a rede de suporte social ao idoso dependente, pois por meio dela é possível avaliar o seu nível de interação social ou

de isolamento, para a partir daí se pensar em estratégias de cuidados (LEMOS; MEDEIROS, 2013).

As redes de suporte social ou redes sociais de apoio referem-se ao conjunto de pessoas que mantêm entre si relações de reciprocidade, existem ao longo de todo o ciclo vital, atendendo à motivação básica do ser humano à vida em sociedade. Essa estrutura e suas funções sofrem alterações dependendo das necessidades das pessoas e de acordo com o ciclo que se encontram. As redes sociais de apoio são caracterizadas por normas de conduta, valores e expectativas que lhe são específicas, como:

Dar e receber ajuda material, instrumental e emocional, e além disso, contar com serviços e informações são funções centrais das redes de apoio, que envolvem adultos e idosos. Além disso, elas permitem às pessoas crerem que são cuidadas, amadas e valorizadas, oferecendo-lhes garantias de que pertencem a uma rede de relações comuns e mútuas; ajudam-nas a encontrar sentido nas experiências do desenvolvimento principalmente quando elas são não-normativas e estressantes; auxiliar as pessoas a interpretar expectativas pessoais e grupais e a avaliar as próprias realizações e competências (NERI; SOMMERHALDER, 2012, p.14).

Além disso, as redes de suporte social podem ser classificadas quanto a estrutura, tamanho, estabilidade, homogeneidade; a natureza das relações formais e informais; as relações afetivas, informativas ou instrumentais e ao grau de desejabilidade, livre escolha e compulsórias, agradáveis e desagradáveis, funcionais e disfuncionais (NERI, 2008).

Para Camarano e Melo (2010a), o aumento da população idosa deve ser visto pelo estado como um risco social, devido a dependência de cuidados que esta população irá demandar, em consequência das novas configurações familiares, pois muitas não terão condições de assumir os cuidados que os idosos irão demandar. Além disso, Teixeira (2015) salienta que a revalorização da família nas políticas públicas tem significado um recuo das responsabilidades do Estado.

Neste sentido, é necessário conhecer como se dá a organização dos cuidados ao idoso dependente pelos familiares e/ou cuidadores na busca pelo acesso aos serviços de saúde. Uma vez que, a dependência de cuidado de um familiar, seja idoso ou não, desencadeia um grande impacto na família, tanto na expectativa de vida quanto na questão financeira e na qualidade de vida das pessoas envolvidas nos cuidados, pois passam a ter sua rotina alterada em função desta nova situação.

3 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o caminho metodológico percorrido na realização deste estudo, o qual contempla: tipo de estudo; cenários e participantes do estudo; coleta de dados; análise e interpretação dos dados e as considerações éticas.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para responder ao objetivo proposto, realizou-se uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa, de caráter descritivo. A pesquisa de campo é realizada com a intenção de buscar informações e/ou respostas acerca de um problema (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A pesquisa qualitativa caracteriza-se por ser de caráter flexível, pois trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Segundo Minayo (2010) esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e interpretar suas ações, dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

As pesquisas descritivas realizam o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos colhidos na própria realidade. Têm por finalidade a descrição das características principais de uma determinada população, comunidade, ou de um fenômeno, busca-se levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2010).

A escolha da pesquisa qualitativa está baseada no fato que esta auxilia na compreensão de como se dá a organização da alta hospitalar do idoso dependente de cuidados, na perspectiva do cuidador. Além disso, proporcionará um maior aprofundamento e detalhamento dos dados coletados.

3.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo ocorreu no município de Santa Maria, cidade localizada no centro do Rio Grande do Sul. O local da pesquisa foi o Hospital Universitário de Santa Maria,

que se caracteriza por ser um hospital-escola que desenvolve ações de ensino, pesquisa e assistência em saúde. Trata-se de um centro de referência em saúde da região centro do Estado. Atende exclusivamente o SUS, e possui serviços de emergência, internação, cirúrgicos e ambulatoriais (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, 2015).

A escolha dos espaços da Clínica Médica II, Clínica Cirúrgica e Pronto Socorro, justificam-se por serem locais onde, geralmente, há um grande número de idosos internados.

Os participantes do estudo foram 11 cuidadores que acompanhavam dez idosos durante a hospitalização. Os critérios para selecionar os participantes foram os seguintes: ser cuidador, familiar ou não, de idoso dependente de cuidados que necessitaram da intervenção do Assistente Social para a organização da alta hospitalar desse idoso e ser maior de 18 anos. A pesquisadora identificava a intervenção do assistente social com os profissionais da unidade, enfermeiro e/ou assistente social, questionando sobre idosos com alta que estavam demandando a intervenção deste profissional para a organização da alta hospitalar. As intervenções realizadas pelos assistentes sociais se basearam no encaminhamento para aquisição de equipamentos como cama hospitalar, cadeira de rodas, cadeira de banho, fraldas e medicamentos e principalmente para definir a pessoa responsável para receber as orientações de cuidados necessários com o idoso dependente.

Para determinar se o idoso era dependente de cuidados, foram aplicadas as escalas de Katz (ANEXO A) e Lawton e Brody (ANEXO B). Dos 11 participantes, dois cuidadores estavam envolvidos nos cuidados de um idoso.

3.3 COLETA DE DADOS

As coletas dos dados ocorreram nos meses de setembro de 2015 a janeiro de 2016, neste período foram realizadas aproximações com espaços de realização da pesquisa, buscando uma maior familiaridade com a realidade e com os profissionais do local. Neste momento, foram apresentados os objetivos do estudo para os profissionais das unidades (enfermeiros e assistentes sociais) no sentido de auxiliarem na aproximação com os cuidadores, familiares ou não, dos idosos dependentes de cuidados.

Após o levantamento dos possíveis participantes, foi realizado o contato inicial com os cuidadores, familiares ou não, dos idosos com a apresentação da pesquisadora, explicando o objetivo e o desenvolvimento do projeto, sendo que todos que atendiam aos critérios de seleção eram convidados a participar da pesquisa. Com o aceite, era agendados, de acordo com a disponibilidade do entrevistado, a data e horário para a realização da entrevista. No momento da entrevista os participantes eram novamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Todos os participantes efetuaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) em duas vias, uma das vias permaneceu com o entrevistado e a outra com o entrevistador.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com cuidadores, familiares ou não, de idosos dependentes de cuidados. A entrevista é utilizada em pesquisas de campo, com a intenção de buscar informações pertinentes ao objeto pesquisado e abordar temas importantes referentes ao objetivo da pesquisa (MINAYO, 2014).

Segundo Minayo (2014), a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema do estudo sem se prender a questões previamente formuladas.

A entrevista foi orientada por um roteiro pré-estruturado organizado em duas partes, a primeira com o objetivo de caracterizar o perfil dos idosos dependentes de cuidados e dos cuidadores, familiares ou não, entrevistados e a segunda com perguntas abertas para orientar a coleta dos dados sobre a temática (APÊNDICE B). As entrevistas foram gravadas em áudio, a fim de extrair o maior número possível de informações, garantindo a fidedignidade às falas dos participantes.

Também foi avaliado o nível de dependência dos idosos, e para isso, foram utilizadas as Escalas de Katz (ANEXO A) e de Lawton e Brody (ANEXO B), respectivamente para atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As escalas foram respondidas pelos cuidadores, portanto a dependência dos idosos foi vista sob a perspectiva do cuidador e/ou familiar.

A Escala de Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o desempenho nas AVD. Foi desenvolvida para avaliação de idosos e predizer o diagnóstico nos doentes crônicos. É composta por seis itens que avaliam o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado, os quais obedecem a uma

hierarquia de complexidade, da seguinte forma: alimentação, controle dos esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho (LINO et al, 2008).

A Escala que avalia as AIVD, de Lawton e Brody, é amplamente utilizada, tanto na prática clínica como em pesquisa em todo o mundo. Ela avalia sete atividades: uso do telefone, locomoção usando um meio de transporte, fazer compras, realizar trabalhos domésticos, preparo de refeições, uso dos medicamentos e manejo das finanças. Há três opções de resposta: independente, necessidade de ajuda parcial ou incapacidade para realização de tarefa. A pontuação varia de 3 a 1 para cada item, sendo que a independência recebe a maior pontuação (LAWTON, M. P. e BRODY, 1969; LOURENÇO, PEREZ e SANCHEZ, 2013).

Esses dados contribuíram para verificar o nível de dependência para as AVD e AIVD, demonstrando que os idosos do estudo necessitavam de um cuidador para auxiliar em todas as atividades.

3.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados com base na proposta operativa de Minayo (2014), que compreende dois níveis de interpretação. O primeiro nível diz respeito ao campo das determinações fundamentais da pesquisa o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. Trata-se do contexto sociohistórico do grupo social em questão, constitui o marco teórico-fundamental para a análise. O segundo momento interpretativo, representando o encontro com os fatos empíricos, em que é necessário encontrar nos relatos dos informantes o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações (MINAYO, 2014). A fase interpretativa constitui dois momentos: a ordenação dos dados e a classificação dos dados.

A ordenação dos dados envolveu a transcrição das informações oriunda das entrevistas em arquivos de texto Word, releitura desses materiais e organização dos relatos em determinada ordem. Nesse momento formou-se o *corpus* da pesquisa a ser trabalhado

Para a classificação dos dados, seguiram-se as seguintes etapas propostas por Minayo (2014): leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e relatório. Na leitura horizontal e exaustiva dos textos, pontuaram-se as ideias centrais dos depoimentos e foram anotadas as primeiras impressões sobre o tema. Na leitura transversal, os depoimentos foram separados por temas, agrupando os conteúdos semelhantes, buscando perceber as conexões entre elas, e então formando as categorias. Após realizou-se a análise final, em que se discutiram os dados com base nos referenciais teóricos. E por fim construiu-se relatório com os resultados da pesquisa.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Durante a realização da pesquisa respeitou-se os direitos dos informantes, observando as orientações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas reguladoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Após foi apresentado aos responsáveis pelas unidades da Clínica Médica II, Clínica Cirúrgica e Pronto Socorro do HUSM para obtenção da autorização das unidades. A seguir foi encaminhado à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) para autorização institucional. Após esse momento, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa e obteve aprovação sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 46880315.6.0000.5346 (ANEXO C).

Os cuidadores, familiares ou não, foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária. Inicialmente eram informados sobre os cuidados éticos que envolvem a pesquisa como anonimato, autonomia e, também, respeito ao uso e armazenamento do material produzido na entrevista. A seguir, foi disponibilizado a cada participante da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em que constavam os objetivos, riscos e benefícios do estudo, assim como o contato das pesquisadoras responsáveis (APÊNDICE A). Concordando com o

conteúdo dos termos, os participantes o assinaram em duas vias, uma permanecendo com eles e a outra de posse da pesquisadora.

Quanto aos riscos, estavam previstos riscos mínimos de ordem física ou psicológica, os quais se aproximam daqueles que estariam expostos em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto tratado. Caso se efetivasse algum desses riscos, a pesquisadora forneceria atenção especial escutando-o e respeitando o desejo do participante em dar ou não prosseguimento à entrevista. Porém esses riscos não se concretizaram e as entrevistas não foram interrompidas.

Os benefícios da pesquisa estão ligados a possibilidade de proporcionar aos participantes um maior conhecimento sobre o tema abordado, contribuindo com informações sobre a organização dos serviços de saúde, em relação ao cuidado de idosos dependentes. As informações coletadas contribuirão na proposição de ações para melhor atendimento ao público idoso dependente de cuidado com alta hospitalar.

As pesquisadoras do presente estudo se comprometem a resguardar o anonimato dos participantes da pesquisa de acordo com o exposto no Termo de Confidencialidade (APÊNDICE C). A fim de preservar a identidade dos participantes do estudo, os depoimentos foram identificados com as siglas S (Sujeito), seguidos de números arábicos. Além disso, quando os participantes citaram nomes dos idosos em suas falas, estes foram suprimidos, para não os identificar.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A internação hospitalar pode ser um fator desencadeante de agravos, pois ela ocorre geralmente em função de um evento clínico na saúde do idoso. Quando se concretiza a dependência do idoso, os cuidadores se deparam com uma nova realidade, para muitos até então desconhecida, gerando dificuldades na organização para a alta hospitalar. Alguns, já vivenciam a dependência do idoso, mas a internação acaba gerando novas necessidades, e eles precisam se reorganizar para enfrentar esta realidade.

Neste capítulo, inicialmente se fará a caracterização dos participantes, assim como dos idosos dependentes de cuidados. A seguir serão abordadas as três categorias que emergiram a partir da análise dos depoimentos dos cuidadores, familiares ou não, que são: o cuidador frente a organização do cuidado ao idoso dependente; dificuldades enfrentadas pelo cuidador diante da alta hospitalar do idoso dependente de cuidados; e estratégias utilizadas pelo cuidador para a alta hospitalar do idoso dependente de cuidados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES E DOS IDOSOS DEPENDENTES DE CUIDADOS

Participaram da pesquisa 11 cuidadores e/ou familiares que acompanhavam dez idosos durante a hospitalização, sendo que dois cuidadores estavam envolvidos nos cuidados de um idoso.

Dos 11 cuidadores participantes, oito eram mulheres o que está de acordo com os dados apontados na literatura, indicando que comumente os cuidadores são do sexo feminino. A mulher historicamente tem a função de cuidadora dos filhos, dos pais e da família. (KARSCH, 2004; NERI; SOMMERHALDES, 2012; SANTOS; PAVARINI, 2010).

Em relação à idade dos cuidadores, sete tem mais de 50 anos, corroborando com a literatura, que indica que os cuidadores são mulheres de meia idade (TAYLOR; DELLARROZA, 2010; SANTOS, PAVARINI, 2010). Quanto à relação familiar dos cuidadores com os pacientes, cinco eram filhos, três eram cônjuges, uma era irmã, uma era ex-esposa e outro era vizinho. Esses dados conferem

também com outros estudos, os quais indicam que geralmente os cuidadores são familiares, sendo cônjuges do gênero feminino, seguido de filhos e pais (TAYLOR e DELLAROZA, 2010; SOUZA et al, 2014).

Cinco cuidadores não concluíram o ensino fundamental, um tinha ensino fundamental completo, três com ensino médio incompleto, um ensino médio completo e um com ensino superior, revelando a baixa escolaridade dos cuidadores. O baixo nível de escolaridade pode contribuir na escolha em ser cuidador, devido a dificuldade de inserção no mercado de trabalho e também pode interferir na qualidade dos cuidados prestados, podendo ser uma barreira no processo de educação em saúde (SANTOS, PAVARINI, 2010; SOUZA et al 2014; TAYLOR, DELLAROZA, 2010).

Em relação ao tempo que exercem a função de cuidadores, quatro estão a menos de seis meses e sete estão a mais de dois anos. Além disso, sete cuidadores tem a mesma residência dos idosos, são familiares que já conviviam no mesmo espaço antes da internação hospitalar do idoso. A literatura aponta que ser escolhido ou decidir assumir as tarefas de cuidar pode depender de alguns eventos, dentre eles, morar na mesma casa (SANTOS et al, 2010). Em relação à ocupação dos cuidadores, quatro eram autônomos, três do lar e os demais eram aposentado, pensionista, desempregado e servidor público municipal. De acordo com autores, o fato de não estarem inseridos no mercado de trabalho, contribui para que exerçam a função de cuidadores, por não possuírem vínculos empregatícios (PEDREIRA; OLIVERA, 2012; SOUZA et al 2014).

Vale ressaltar que todos os dados relacionados aos idosos foram obtidos pelos cuidadores, familiares ou não, dos idosos. Quanto à caracterização dos dez idosos, seis se enquadram no perfil de idosos jovens com até 69 anos, sendo sete do sexo masculino. Os idosos possuíam baixa escolaridade, dois não eram alfabetizados, sete não concluíram o ensino fundamental e apenas um tinha ensino médio. Quanto à renda, sete recebiam um salário mínimo, dois até dois salários e um mais de dois salários. Quanto à residência, cinco residiam com a esposa, dois com filhos, um com a ex-esposa e um residia sozinho. Em relação a renda e escolaridade, os dados vêm ao encontro da literatura, a qual demonstra que a maioria dos idosos no Brasil possuem baixa condição socioeconômica e escolaridade (TAYLOR; DELLAROZA, 2010; STACKFLETH, 2012; IBGE, 2010).

Os dados alertam para a necessidade de alternativas que possam atender os direitos sociais dos idosos brasileiros, previstas nas políticas sociais, proporcionando condições dignas a essa população. Destaca-se que o envelhecimento demográfico torna-se uma questão social, quando os problemas extrapolam a esfera individual e familiar, ocasionando um processo discriminatório relativo à idade, implicando na responsabilização coletiva da sociedade, levando ao financiamento público e a administração pelo Estado das ações contra esses problemas (TEIXEIRA, 2015).

Para melhor definir a dependência dos idosos, utilizaram-se as escalas de Katz (Tabela 1) e de Lawton e Brody (Tabela 2), a fim de avaliar o desempenho para as Atividades da Vida Diária e Atividades Instrumentais da Vida Diária respectivamente.

Quanto ao grau de dependência para as AVD, quatro idosos necessitavam de auxílio para tomar banho, vestir e tirar as roupas, usar o vaso sanitário, deitar-se e levantar-se da cama, seis eram totalmente incapazes de realizar as AVD (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos Idosos, segundo grau de dependência para AVD. Escala de Katz. Santa Maria/RS, 2016.

Atividades	n	%
Banho		
Sem ajuda	0	00
Com alguma ajuda	4	40
É incapaz	6	60
Vestir e tirar as roupas		
Sem ajuda	0	00
Com alguma ajuda	4	40
É incapaz	6	60
Uso do vaso sanitário		
Sem ajuda	0	00
Com alguma ajuda	4	40
É incapaz	6	60
Deitar-se e levantar da cama		
Sem ajuda	0	00
Com alguma ajuda	4	40
É incapaz	6	60
Continência		
Tem controle	0	00
Tem acidentes ocasionais	6	60
Não tem controle	4	40
Refeição		
Sem ajuda	0	00
Com alguma ajuda	8	80
É incapaz	2	20

Fonte: Autora. Maio, 2016.

A Escala de Katz é utilizada para conhecer o grau de incapacidade dos idosos, para a proposição de programas específicos de atenção aos idosos, pois a perda da capacidade funcional desencadeia a necessidade de cuidados de outra pessoa, provocando toda uma reorganização nos grupos familiares e a necessidade de atenção especial por parte do sistema de saúde (EVANGELISTA et al, 2013).

Quanto ao grau de dependência para as AIVD, dois idosos eram totalmente incapazes de realizar qualquer atividade instrumental, em relação ao uso do telefone quatro não necessitavam de auxílio, dois necessitavam de ajuda e quatro não conseguiam usar o telefone; quanto ao deslocamento, dois precisavam de ajuda e oito não conseguiam se deslocar sem auxílio e em relação a administração das finanças e uso de medicamentos quatro precisavam de auxílio e seis não conseguiam realizar essas atividades (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição dos idosos, segundo o grau de dependência para as AIVD, Escala de Lawton e Brody. Santa Maria/RS, 2016.

Atividades	N	%
1. Consegue usar o telefone?		
Sem ajuda	4	40
Com ajuda	2	20
Não consegue	4	40
2. Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?		
Sem ajuda	0	0
Com ajuda	2	20
Não consegue	8	80
3. Consegue fazer compras?		
Sem ajuda	0	0
Com ajuda	1	10
Não consegue	9	90
4. Consegue prepara suas próprias refeições?		
Sem ajuda	0	0
Com ajuda	0	0
Não consegue	10	10,0
5. Consegue fazer trabalhos domésticos, pequenos reparos?		
Sem ajuda	0	0
Com ajuda	0	0
Não consegue	10	10,0
6. Consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?		
Sem ajuda	0	0
Com ajuda	4	40
Não consegue	6	60

7. Consegue cuidar das suas finanças?		
Sem ajuda	0	0
Com ajuda	4	40
Não consegue	6	60

Fonte: Autora. Maio, 2016.

A Escala de Lawton e Brody avalia as AIVD e verifica a autonomia dos idosos. Os resultados demonstraram que dois idosos são totalmente incapazes de realizar qualquer atividade instrumental e os demais conseguem realizar algumas atividades com auxílio.

Esses dados contribuíram para verificar o nível de dependência para as AVD e AIVD, demonstrando que todos os idosos do estudo necessitam de um cuidador para auxiliar em quase todas as atividades. Para Del Duca et al. (2009), a capacidade funcional dos idosos constitui um importante indicador do grau de independência/dependência de idosos e contribui para avaliar a necessidade de medidas preventivas ou mesmo de intervenções terapêuticas que reduzam os mecanismos que afetam as habilidades do indivíduo exercer diversas funções físicas e mentais, além de ser um importante indicador de saúde.

Segundo Duarte et al (2010) o comprometimento funcional gera a necessidade de ajuda, e esta, ainda hoje, é fornecida na maioria das vezes pela rede de suporte informal (familiares, amigos, vizinhos). Destacam, que por mais que as famílias ajudem, muitas vezes está aquém das reais necessidades dos idosos, sendo necessário compreender o funcionamento familiar e a dinâmica de ajuda relacionada a esse cuidado. Os autores relatam que o suporte informal existente para os idosos, nem sempre atende com satisfação as demandas assistenciais, levando aqueles que necessitam de mais cuidados, a ter um suporte limitado, o que de certa forma, pode antecipar a sua morte (DUARTE et al, 2010).

Camarano e Kanso (2010) salientam que houve grandes avanços nas políticas de renda a essa população, mas em relação aos serviços de saúde e cuidados há muito a ser feito.

4.2 O CUIDADOR FRENTE A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE

Para que se efetive a alta hospitalar do idoso com dependência, é necessário que alguém assuma os cuidados no domicílio, a quem se denomina de cuidador.

Ocorre que muitos idosos vivem sozinhos, sem vínculos familiares, autônomos e independentes, mas em determinado momento se deparam com a necessidade de cuidados em decorrência de um agravo de doença crônica ou acidente, que desencadeia em uma internação hospitalar. Nessa condição precisam contar com o auxílio de um cuidador que poderá ser um familiar, um amigo ou vizinho.

Ver se ele concorda, em colocar alguém para ajudar e pagar, nem que seja para fazer os curativos. Alguma coisa tem que ser resolvido. Como ele vai ficar lá, sozinho? (S3)

O cuidador que vivencia pela primeira vez a dependência do idoso e se depara com a organização da alta hospitalar, pode enfrentar algumas dificuldades e inseguranças. Nestes casos, pode-se pensar na possibilidade de contratar alguém para auxiliar nos cuidados. Mas é importante considerar a opinião e vontade do idoso, atitude que foi observada pelo cuidador do idoso hospitalizado. O fato do idoso precisar de auxílio para realizar algumas atividades não significa que ele seja incapaz de tomar decisões.

Segundo Duarte e Lebrão (2005), a questão preponderante em relação à velhice, estendendo-se aos arranjos domiciliares e demandas de cuidados, está relacionada ao equilíbrio entre as necessidades e as exigências mínimas dos idosos e a capacidade assistencial disponível para atendê-los, em nível familiar ou coletivo. Assim, muitos cuidadores enfrentam dificuldades em efetivar um cuidado adequado ao idoso, por não contarem com uma estrutura satisfatória e também por não disporem de suporte de pessoas para auxiliá-los.

A alta hospitalar é uma transição que exige a continuidade dos cuidados com a saúde, requer um planejamento sobre as necessidades do paciente e uma logística destinada à educação do paciente e da família, que precisa ser atendida pelos profissionais de saúde envolvidos, em articulação com os serviços comunitários (FLESCHE; ARAUJO, 2014).

O serviço social deve estar atento às hospitalizações dos idosos, a fim de identificar as relações sociais que dizem respeito ao indivíduo, pois estas influenciam nas condições de saúde e se refletem nas situações em que o idoso necessitar de cuidados mais específicos. Deve-se conhecer a rede de apoio existente no que se refere às relações familiares, às condições econômicas e a própria fragilidade da rede, que podem provocar o prolongamento da internação

hospitalar. Neste sentido, o profissional contribui para atender as demandas referentes às necessidades dos idosos realizando encaminhamentos qualificados e acompanhando a efetividade dos mesmos.

Outra situação que se apresenta na organização da alta hospitalar é quando estão envolvidos vários membros da família como, companheira, filhos, irmãos dos idosos e estes precisam chegar a um acordo para prestar o cuidado adequado.

Vou precisar de mais pessoas para cuidar. Eles (filhos) acham que eu sozinha não consigo. Um monte de coisa que precisa fazer. (S4)

No atendimento ao idoso, os cuidadores vão percebendo o quanto será necessário de envolvimento para viabilizar a continuidade do cuidado e isso, muitas vezes, pode causar divergências no momento de se organizarem, pois a perda da capacidade funcional é fator preocupante para os cuidadores, pois requer uma (re)organização para enfrentar a situação.

As atividades de cuidado envolvem diversas tarefas no dia a dia, que estão relacionadas com as AVD, como auxiliar na higiene, vestir, levar ao banheiro, auxiliar na locomoção, dentre outras. Essas tarefas, segundo Floriano et al (2012), provocam importantes mudanças no cotidiano dos cuidadores, podendo gerar sobrecarga física, emocional ou social, pois além dessas atividades, o cuidador precisa sair para fazer compras e/ou pagar contas.

O atendimento às necessidades cotidianas do idoso, geralmente, são realizadas por um cuidador familiar, as quais vão além das atividades diárias, envolvem também o compromisso de levar ao médico, acompanhar na realização de exames e providenciar a aquisição dos medicamentos.

Agora todos os cuidados, porque por um bom tempo ela não vai caminhar. Bem redobrado os cuidados, mais do que era antes. (S10)

Toda vez que ele vem para o hospital, que ele interna, ele fica mais debilitado. Ele volta para casa e custa a se restabelecer. Então, eu vejo que os cuidados, agora, vão ser dobrados. (S11)

Os idosos que já eram dependentes de alguns cuidados, com a internação hospitalar, a situação pode ser acentuada em função do agravamento das patologias que possuíam. O cuidador identifica esses sinais percebendo que terá que reorganizar a dinâmica de cuidados após a alta hospitalar. Essa nova realidade, o desafia a

enfrentar múltiplas demandas, algumas previsíveis e outras imprevisíveis, o que para Perracini e Neri (2012) acabam sendo geradoras de ônus físico, psicológico e social, e o cuidador tem que se adaptar aos novos cuidados que o idoso passa a demandar.

Nesse sentido, Vieira (2011) salienta que os profissionais ao planejarem a alta, devem eleger estratégias para abordar o cuidador, considerando que cada família tem suas prioridades, sejam: socioeconômicas, educacionais e culturais. O planejamento deve ser previsto e realizado em conjunto com os envolvidos na dinâmica do cuidado.

Os profissionais do serviço social devem atuar diretamente com o idoso e seus cuidadores, mediante uma escuta e olhar atento sobre a realidade, realizando encaminhamentos qualificados à rede de proteção e de atendimento socioassistencial, no sentido de garantir o suprimento das necessidades dos idosos.

Quando as condições financeiras da família são precárias ou inexistentes e a rede de proteção e de atendimento socioassistencial é ineficaz para atender as necessidades do idoso, a estratégia adotada pelos profissionais é a judicialização da demanda. Nesses casos, cabe ao assistente social a emissão de um relatório social que tem por objetivo comunicar as entidades competentes, como o Ministério Público e a Promotoria de Direitos Humanos, sobre toda a situação vivenciada para a realização de encaminhamentos e acompanhamento das demandas.

Alguns cuidadores quando informados sobre a provável alta do idoso, já se organizaram no sentido de promover o cuidado adequado no domicílio, tomando algumas providências necessárias.

Já consegui uma guria lá, que vai me ajudar e o meu esposo me ajuda muito também. (S10)

O cuidador que consegue visualizar as necessidades de cuidado que o idoso vai demandar, durante a internação, já vai tomando a iniciativa de organizar no domicílio o que for necessário para viabilizar o cuidado, muitas vezes por meio da contratação de profissionais.

Estudo realizado por Santos e Pavarini (2010) mostrou que em contexto de pobreza quem realiza os cuidados ao idoso é um familiar, geralmente filha ou cônjuge. Já em famílias com condições socioeconômicas melhores eles podem contar com o apoio de um cuidador contratado. Mesmo que os idosos dos extratos

mais pobres contribuam com sua renda para o sustento da família, nem sempre este auxílio possibilita a contratação de um cuidador.

Além da situação financeira, a organização para a alta hospitalar envolve outras questões como aquisição de materiais/insumos (cama hospitalar), adequação de espaço físico para facilitar os cuidados e dar sequência à reabilitação do idoso.

A gente está vendo se consegue comprar uma cama. Ai os irmãos, os sobrinhos estão dispostos, cada um a ajudar. (S2)

Dentro do possível, como a gente pode, tanto financeiramente, como estruturalmente, em casa, até pelos próprios espaços, os ambientes, tentar adaptar para poder deixar mais acessível para ele, o quanto melhor possível, em função dele estar usando muletas. (S6)

Os cuidadores procuraram organizar a alta hospitalar do idoso negociando com os demais membros da família para viabilizar aquisição equipamentos que poderiam facilitar a execução do cuidado no domicílio. Também verbalizaram a necessidade de realizar adaptações na residência para poder receber o idoso com dificuldades de deambulação em casa.

Em estudo realizado por Veras et al (2009), sobre gastos com idosos com demência, demonstrou que o aumento das despesas financeiras com o cuidado pode ser uma das dimensões que contribuem para as alterações na saúde física e mental dos cuidadores. Afirmam que esses gastos podem ser considerados um indicador de estresse e sobrecarga para os cuidadores, principalmente emocional.

Os assistentes sociais, quando percebem a dificuldade na aquisição de algum equipamento ou insumo por parte da família para viabilizar a alta hospitalar, realizam encaminhamentos e orientações para atender as necessidades dos cuidadores e, muitas vezes, mediam esses encaminhamentos.

A atuação profissional do Assistente Social é permeada de desafios e possibilidades nos espaços socioocupacionais, assim como suas ações devem estar baseadas em finalidades e objetivos que irão orientar o rumo da prática profissional, e definir as ações a serem realizadas como: encaminhamentos a rede de suporte social (Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS; Coordenadorias de Saúde; Farmácia Municipal; Unidade Básica de Saúde - UBS; Estratégia de Saúde da Família – ESF; Instituto Nacional de Seguro Social; Ministério Público; Defensoria

Pública), todas levando em consideração as demandas dos usuários e também da instituição.

Além disso, destaca-se que na abordagem com os cuidadores sobre a organização para a alta hospitalar, deve-se considerar a história de vida dos sujeitos, a socialização de informações que fortaleçam os usuários sobre a sua realidade vivida, entrevistas e visitas domiciliares a fim de dar sequência aos encaminhamentos realizados que podem desencadear mudanças na vida dos sujeitos.

A orientação a sujeitos e grupos de diferentes segmentos sociais com o intuito de identificar recursos, o planejamento e a execução de pesquisas que contribuem para a compreensão acerca da realidade social representam competências profissionais presentes na Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993).

Outra questão que envolve a organização da alta hospitalar se refere à adequação dos espaços físicos e administração das despesas financeiras para prestar um cuidado adequado e possibilitar que o idoso consiga, dentro de suas possibilidades, manter sua autonomia e independência. Quando esta organização se efetiva, isso irá se refletir diretamente no bem-estar do cuidador que não se sentirá sobrecarregado.

Segundo Perracini (2013) os idosos podem ser dependentes em determinados domínios e independentes em outros, assim os ambientes devem favorecer essa diversidade em relação às áreas de incapacidade, preferências e habilidades de cada um. As modificações ambientais devem proporcionar que as tarefas sejam facilitadas, diminuindo acidentes e riscos para o idoso, contribuindo na realização dos cuidados pelo cuidador.

4.3 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO CUIDADOR DIANTE DA ALTA HOSPITALAR DO IDOSO DEPENDENTE DE CUIDADOS

O cuidador enfrenta diversas dificuldades, quando se depara com o momento da alta hospitalar do idoso dependente. Entre as quais está à questão financeira. Essa tem um grande impacto na continuidade e na qualidade do cuidado, pois muitos idosos recebem como aposentadoria um salário mínimo que não é suficiente para arcar com as despesas que o cuidado requer.

O que eu gostaria de organizar, seria ter mais uma pessoa para me ajudar, mas financeiramente não é viável isso. Então, eu vou ter que continuar com a mesma estrutura. Hoje eu tenho que me encaixar no meu salário. E essa é a época que eu tenho mais gastos (atualmente). (S9)

[...] e as condições daí para que ele ficasse em casa, nós chegamos a pensar em uma ajudante para ela, uma técnica para noite e os finais de semana como seriam? Ai nós começamos a por no papel. A gente vai ter problema com esses funcionários, porque um dá certo, outro não dá. Como é que tu vais pagar um profissional com adicional noturno? (S5)

Os depoimentos expressam que os cuidadores têm entendimento da organização necessária para prestarem um cuidado adequado ao idoso. No entanto, ao mesmo tempo, justificam que não possuem condições financeiras para realizarem tal organização, mantendo os cuidados dentro das possibilidades que dispõem.

Estudo realizado por Mafra (2011), mostrou que a decisão da família em cuidar do idoso dependente ou de transferir esta responsabilidade a uma instituição ou a um cuidador, pode se basear, na perspectiva econômica. Essa decisão do cuidador está relacionada diretamente com a renda do idoso ou em como ela pode subsidiar essa atenção em um contexto mais amplo.

Os custos que envolvem o cuidado com idoso dependente é uma realidade que está presente no cotidiano dos cuidadores, demonstrando o quanto é desgastante para eles terem que administrar esta situação.

Contratar cuidador, isso envolve custos! Ninguém faz nada de graça! A única pessoa que está fazendo, sou eu, que estou me virando. Hoje um cuidador, pelo que estive pesquisando, está cobrando em torno de 80 reais por dia. (S11)

O cuidador reforça a questão financeira, enfatizando o quanto essa gera desconforto e desgaste emocional, demonstrando irritação ao falar sobre o assunto, pois independente da situação que está vivenciando o cuidado ao idoso tem que ser realizado de modo adequado.

A Constituição de 1988 permitiu a universalização da renda ao idoso, por meio do Benefício de Prestação Continuada – BPC. Este é um benefício de caráter temporário, voltado para pessoas com deficiência com comprovada incapacidade para o trabalho e para a vida independente, e para os idosos acima de 65 anos. Tanto os idosos quanto as pessoas com deficiência devem comprovar ter renda per capita inferior a um quarto de salário mínimo vigente. Todos os que comprovarem

essas condições tem direito ao recebimento de um salário mínimo mensal, pelo tempo que elas perdurarem, sendo a concessão do benefício revisada a cada dois anos. O BPC foi instituído pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (BRASIL, 1993) e implantado de forma efetiva em 1996 (GÓIS et al, 2008).

O BPC é o único direito de proteção social não contributivo que foi efetivado após a promulgação da Constituição Federal de 1988. No entanto, dado o esfacelamento das proteções sociais como um todo, no contexto do neoliberalismo, sua concretização esbarra na burocracia. O acesso a este direito constitucional é limitado à renda *per capita* familiar e à prova de incapacidade para a vida independente e para o trabalho, não sendo considerados os fatores contextuais (aspectos ambientais e sociais) na forma de avaliação atual, restringindo o acesso da população a este benefício (BIM e MUROFUSE, 2014).

Este Benefício desresponsabilizou a família em prover o sustento ao idoso, mas por outro lado, delegou a ela a responsabilidade com o cuidado ao idoso frágil (CAMARANO; MELLO 2010b). Além disso, as autoras destacam que o cuidado familiar tem ocorrido com baixo apoio e orientação do Estado, com escassos programas de cuidado formal de atendimentos domiciliares.

O BPC confere a muitos idosos um empoderamento, mesmo quando apresentam alguma fragilidade. Atualmente, os jovens brasileiros têm enfrentado grandes dificuldades para se inserir no mercado de trabalho, levando-os a depender do apoio da renda dos pais para se manterem. Assim, esses idosos que necessitam de ajuda acabam provendo auxílio financeiro aos seus, levantando-se a questão de quem é dependente nesta situação, demonstrando a importância da renda dos idosos na manutenção da família (CAMARANO e KANSO, 2010).

A cuidadora relata que a situação financeira também se reflete nas necessidades básica do dia a dia, como conseguir fornecer uma alimentação adequada às necessidades dos idosos e sua também.

Eu tenho dois idosos, a minha mãe ganha a alimentação dela, que é aquela dieta, mas o meu pai tem que ter uma alimentação balanceada, tem que ter. Eu também tenho que ter em função do meu problema de saúde. Então tem coisas que tem que manter, água, luz, telefone, por ter uma pessoa assim, não podemos ficar alienados no mundo. (S9)

Cuidadora se depara em seu cotidiano com a situação de ter que cuidar de dois familiares idosos com dependência, realidade que pode se tornar cada vez mais comum nas famílias da atualidade, devido ao envelhecimento da população. Além disso, o reduzido valor da aposentadoria da maioria dos idosos dificulta a manutenção de um cuidado adequado, bem como o investimento na prevenção de agravos a saúde.

Para Batista, Jaccoud e Aquirino (2008), o problema da dependência está relacionado ao aumento da população idosa, em função do maior risco de sofrer de doenças crônicas, como também à redução do apoio familiar a ela disponível, fazendo com que as pessoas idosas, em situação de dependência estejam mais vulneráveis atualmente, em comparação ao passado.

Apesar de no Brasil as legislações estabelecerem parâmetros legais de atendimento a população idosa, verifica-se que quando há falhas na rede formal a responsabilidade é repassada para a família, rede informal, sobrecarregando-a. Bernardo e Assis (2014) expõem que essa relação é perversa, pois transfere para a família a responsabilidade dos cuidados como sendo um dever moral e natural cuidar de seus membros, não disponibilizando um suporte adequado para que eles realizem os cuidados.

Assumir o cuidado com idosos está relacionado a atender normas sociais relativas ao dever de manter, proteger e ajudá-los. Segundo Neri e Sommerhalder (2012), quando o idoso é o pai ou a mãe, entra em cena o dever moral da responsabilidade filial, baseada em três princípios éticos: reverência, débito de gratidão ou reciprocidade, e amizade ou amor.

A organização da alta hospitalar do idoso dependente, deve se dar no momento em que os cuidadores estejam aptos para assumirem a tarefa de cuidados no domicílio. O Assistente Social participa deste momento de preparação para a alta e procura identificar questões que poderão interferir neste processo. A ação cotidiana dos assistentes sociais na construção da integralidade em saúde tem um papel fundamental. Essa integralidade é dotada de vários sentidos, que envolvem tanto a abordagem com o indivíduo na sua totalidade, como elemento do contexto social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura ou reabilitação. Além de tentar garantir o acesso aos diferentes níveis de densidade tecnológica da atenção em saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Os cuidadores, em função do compromisso que possuem com os idosos, em alguns momentos negligenciam o seu próprio cuidado, colocando em risco a sua saúde, o que futuramente pode interferir no cuidado que prestam.

...estou tentando respeitar um pouco os meus limites, como eu te disse, essas duas vezes que as minhas tias tiveram que assumir ela, foi quando eu extrapolei meus limites ao máximo, daí eu vi que o meu corpo ia gritar, porque eu passei do limite dele. (S9)

Então isso aí envolve a gente e se corre o risco de ficar doente, pressão alta como eu tive, mas agora estou bem. (S11)

O cuidador assume os cuidados, pois reconhece que não existe alternativa, não encontra na rede familiar alguém, com disponibilidade para auxiliar na realização dos cuidados, mesmo que esta situação comprometa a sua saúde. Deixando para acionar outros membros da família quando o seu corpo não suporta mais a rotina dos cuidados e dá sinais que está adoecendo.

Quando a família não consegue encontrar alternativas viáveis, ou quando as habilidades e os recursos familiares são insuficientes para atender a situação, há o risco de o cuidador sentir-se sobrecarregado, podendo desencadear consequências negativas no cuidado com o idoso e no bem-estar do cuidador (CAMARGO, 2010). A autora salienta que o processo de envelhecimento da população brasileira está se dando em um momento em que a economia do país está passando por uma crise, deixando a população de baixa renda ainda mais vulnerável, necessitando de apoio para enfrentar essa realidade.

Pedreira e Oliveira (2012) relatam que muitos cuidadores têm colaboração de outras pessoas para realização dos cuidados ao idoso, mas na verdade assumem sozinhos essa tarefa. Isso, porque essas pessoas estão inseridas no mercado de trabalho e não tem disponibilidade diária para a realização dos cuidados, contribuindo somente quando solicitadas.

A percepção da complexidade dos cuidados que terão que ser realizados no domicílio, por parte dos cuidadores, irá se refletir na organização da alta hospitalar, pois muitos não se sentem preparados para executá-los.

É que essa não é minha área, entendeu! Tem aquelas pessoas que têm um talento para fazer tal coisa, eu não tenho esse talento. Eu estou tentando, eu adquiri isso aí porque precisa mesmo. Minha área é outra. Se eu tivesse que escolher isso aí, eu tinha escolhido a medicina, a enfermagem. Eu faço o que é preciso fazer, alimentação, banho, remédios, é isso. (S11)

Existem situações em que o cuidador não se sente capacitado, qualificado ou preparado para realizar o cuidado, apesar do seu empenho, se sente inseguro. Quando o cuidado torna-se mais complexo, mais especializado, o cuidador não se identifica capaz de realizar essa tarefa, pois vai além da sua escolha de vida, gerando sofrimento. Neste sentido, é fundamental que tenham outras pessoas auxiliando na organização dos cuidados para a alta hospitalar, fornecendo um suporte ao cuidador.

Mafra (2011) salienta que as demandas de cuidado transpõem os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico, e a percepção do cuidador sobre o quanto essas tarefas estão afetando sua vida, trarão consequências diretas sobre essa atividade. Quando o indivíduo e a família não conseguem resolver as dificuldades, ou quando as habilidades e os recursos pessoais e familiares são insuficientes para administrar a situação, há uma grande tendência para que ocorra a desorganização, desestruturação, com consequências negativas para todos os envolvidos – cuidador, idoso e família.

Nas situações em que o Assistente Social percebe que o cuidador está com dificuldades, como sofrimento pelo envolvimento nos cuidados ao idoso, deve intervir realizando contato com outros membros do grupo familiar a fim de auxiliar na organização de uma rede de suporte ao cuidador. No entanto, quando esta abordagem não é suficiente para atender as necessidades do cuidador, é preciso acessar os recursos comunitários, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), o Ministério Público por meio da Promotoria de Direitos Humanos, a Delegacia do Idoso e as Instituições de Longa Permanência, para que de algum modo possam fornecer apoio ao cuidador.

O sentimento de incapacidade, de insegurança para realizar os cuidados, manifestados pela cuidadora, pode levá-la ao adoecimento.

Preciso de ajudante para cuidar dele, 'tá loco'! Não tenho como cuidar sozinha. Eu ficaria muito mais... Eu não sei o que vai ser, se ele for para casa, eu morro antes dele. Os meus nervos estão a 'flor da pele'. Tem tudo aqui (hospital), em casa eu não ia conseguir, eu ia morrer, acho que antes dele, e eu sou muito nervosa e com problemas de coluna. (S8)

A cuidadora expressa que não tem condições de cuidar sozinha do idoso com dependências, que precisará de ajuda. A organização da alta hospitalar está gerando sentimento de medo e insegurança, pois perceber-se no papel de cuidadora no domicílio e sente-se incapacitada para dar conta de todas as atividades. Ressalta que a estrutura hospitalar é a mais adequada para atender o idoso, afirmando que no domicílio não terá capacidade para proporcionar a mesma qualidade de cuidado. Frente a essa situação a cuidadora encontra-se emocionalmente fragilizada e manifesta estar sem condições físicas e emocionais de cuidar do idoso.

Muitos cuidadores se sentem tão inseguros com a possibilidade de levar o idoso dependente de cuidados para casa que acabam tendo sua saúde mental comprometida, colocando em risco os cuidados ao idoso e seu próprio bem-estar. Nessas situações todos os profissionais de saúde que acompanham o idoso durante a internação devem ficar atentos e verificar se realmente é viável propor a alta hospitalar ao idoso neste momento.

O estudo realizado por Sebastião e Albuquerque (2011) demonstrou que o envolvimento contínuo no cuidado ao idoso com dependência é fator gerador de estresse, se refletindo na saúde física e mental dos cuidadores. Os autores salientam que a falta de informação e o sentimento de impotência também são fatores que contribuem para o desgaste do cuidador.

Em algumas situações, o cuidador precisa deixar o emprego para se dedicar aos cuidados do idoso dependente.

E quando acontece uma situação dessas, que tu tens um ente querido que precise (cuidado), eu vou ser bem sincero, atrapalha na verdade. Como eu disse, tive que deixar o trabalho para me envolver com ele. (S11)

O cuidador revela ser muito difícil ter um familiar dependente, no caso dele foi preciso deixar o emprego para assumir os cuidados, e isso afetou negativamente a sua vida. Nessas situações se percebe que o cuidador quando não encontra alternativa, é obrigado a assumir esta função frente a necessidade de cuidado de seu familiar.

De acordo com Mafra (2011), geralmente quando um membro da família precisa se afastar do mercado de trabalho para atuar como cuidador, isso ocorre porque a rede de apoio não está suficientemente estruturada para auxiliar nas crescentes demandas de cuidados. Além disso, salienta que o ato do cuidar

pertence a uma relação de obrigação e reponsabilidade com a pessoa dependente, estando embasadas em questões sociais de parentesco, gênero e idade, sendo o papel de cuidador uma norma social influenciada pelas experiências vivenciadas. Destaca também, que muitas vezes o cuidado se estende por muito tempo, ou exige recursos que o cuidador não dispõe, e este passa a se sentir sobrecarregado.

No Brasil, segundo Mafra (2011), não existe uma rede de apoio organizada para dar suporte aos cuidadores de idosos dependentes, as estruturas de suporte social se mostram frágeis, revelando a inexistência de políticas sociais com foco neste público.

Assim, o cuidador precisa se organizar para realizar os cuidados de acordo com as suas possibilidades, sentindo-se muitas vezes sobrecarregado, o que acaba se refletindo na sua qualidade de vida e do idoso.

Perracini e Neri (2012) salientam que os cuidadores de idosos dependentes de cuidados são desafiados por várias demandas, algumas previsíveis outras imprevisíveis, mas todas geradoras de ônus físico, psicológico e social. E, geralmente estes cuidados recaem sobre um único cuidador, e mesmo que outros membros da família auxiliem, dificilmente ocorre de maneira contínua e tem relação com as tarefas básicas e cotidianas.

Nas situações em que a organização dos cuidados envolve várias pessoas, alguns membros podem considerar que nem todos possuem condições de realizar os cuidados, podendo desencadear situações de conflito.

A gente acredita que ela não tem capacidade, não tem condições nem físicas, nem emocionais de ficar com o pai com esses cuidados. (S5)

Algumas situações de conflito podem estar relacionadas às vivências das pessoas e sua relação com o idoso e familiar antes do evento que ocasionou a dependência de cuidados. Além disso, em algumas situações o fator cultural e educacional acaba desencadeando um desconforto entre os familiares, podendo ocorrer divergências no entendimento de como se efetiva o cuidado (MAFRA, 2011).

Quando surgem situações de divergências em relação aos cuidados, o cuidador ao perceber a desconfiança dos demais membros da família pode tentar apaziguar essas diferenças, preservando o convívio em família, respeitando a opinião dos outros envolvidos.

Nem eu não quero assim, contrariar os filhos, eu quero procurar viver em conjunto. (S4)

A cuidadora está receosa quanto ao relacionamento entre os envolvidos nos cuidados, demonstrando que não deseja conflitos entre eles, e busca manter um convívio harmonioso.

O nível de dependência do idoso, o prognóstico devido a sua situação, a duração do cuidado, as condições materiais e de disponibilidade de recursos formais da família irão se refletir nas relações familiares (NERI, 2010).

Para Santos e Rifiotis (2006), o conflito possui uma capacidade produtiva, ele faz parte da sociedade, é uma espécie de regulador social, vem como solução de tensões, restabelecendo os momentos de crise. Os sentimentos, as cobranças e as incompreensões são causas de conflitos entre os familiares e são elementos de desentendimentos. Passado este momento, abre-se a possibilidade de uma nova via que pode levar a uma nova unidade, ou seja, uma nova organização em torno dos cuidados.

A organização para a alta hospitalar do idoso dependente envolve diversas questões, que vão desde a estrutura física do domicílio, dificuldades em movimentar o paciente, saúde física das cuidadoras até situações mais extremas de encaminhamentos judiciais.

A família toda se reuniu e decidimos até entrar na justiça, se for preciso, porque a gente não quer levar ele para casa, uma porque ele vai passar mal. Ah, eu não sei, principalmente espaço eu não tenho, tenho escada na casa, ia estourar o resto do joelho que ainda resta, que ainda posso andar, mesmo abaixo de remédio, ia estourar de vez, de subir e descer escada. A minha falta é tudo isso que eu lhe falei, o espaço que eu não tenho. Fazer tudo sozinha, não tem como. Os filhos só saem do serviço à tardinha, vão aparecer a noite, as noras também. Só tem os filhos e as noras e os quatro trabalham. (S8)

Eu acho que para levantar ela, para o banho, porque ela é pesadinha, tem que ter no mínimo uns três para ajudar, porque tem que virar, desvirar. (S10)

Os meus médicos me dizem, eu estou prejudicando a minha saúde. Só que eu cheguei assim, numa encruzilhada da vida que eu não tenho o que fazer. É a minha mãe, eu digo para eles, eu não vou colocar a minha mãe lá na instituição, eu não vou largar ela por aí. (S9)

Dificuldades semelhantes são expostas, que vão desde núcleo familiar reduzido para realizar os cuidados até os problemas de saúde enfrentados pelos cuidadores, insegurança sobre o quadro clínico do paciente e dúvidas em como

organizar os cuidados. Além disso, quando o dependente do cuidado é pai ou mãe, surge o dever moral da responsabilidade filial, baseada em três princípios: reverência, débito de gratidão ou reciprocidade, e amizade ou amor (NERI; SOMMERHALDER, 2012), levando o cuidador a desempenhar suas funções além da sua capacidade.

Neri (2010) destaca que em todo o mundo, os cuidados a idosos, física e cognitivamente dependentes, são na maioria realizados no contexto familiar. Camarano (2010) salienta que no Brasil, não mais de 1% dos idosos vivem em ILPI. Essa situação pode estar associada ao baixo número de instituições e do preconceito que se tem frente a institucionalização de idosos, vista por muitos como uma forma de abandono das famílias.

Camarano e Kanso (2010) ressaltam que em estudos realizados referentes a expectativa de vida da população e o aumento de incapacidades funcionais de idosos, apontam para o surgimento de um novo risco social, que se refere aos cuidados de longa duração para idosos com incapacidade funcional.

Muitos idosos conseguem viver sozinhos e levar uma vida autônoma, até o momento que se deparam com um problema de saúde que os tornam dependentes de cuidados. Em algumas situações, por viverem sozinhos, não possuem vínculos sociais para garantir os cuidados que precisam, sendo esta uma das realidades enfrentadas nas instituições hospitalares: idosos sem familiares ou cuidadores.

Porque ele é uma pessoa sozinha. Os vizinhos não se envolvem assim, não vão querer pegar um compromisso assim, de todos os dias irem lá. Tem que dar banho nele, isso muito pouca gente faz. É braba a situação dele, é crítica. Além dele ser sozinho é idoso. Se a pessoa é sozinha e nova, ela se vira, vai para um lado, vai para o outro e se vira, ele não. (S3)

O cuidador expõe que o idoso não possuía familiares próximos para lhe auxiliar nos cuidados e que os vizinhos não assumiam esta tarefa por considerarem muito compromisso. Enfatiza que a situação é mais grave por se tratar de um idoso, acredita que no caso de um adulto jovem, este teria mais condições de se organizar. O idoso que não têm familiares fica vulnerável, pois o estado ainda preconiza a família como principal responsável pelos cuidados dos seus, seguido da comunidade, amigos vizinhos. E, quando estes não se fazem presentes o indivíduo fica desamparado, sendo mais grave a situação em um idoso que é mais vulnerável e frágil.

Quando se visualiza uma situação dessas se percebem as fragilidades das políticas públicas, pois não se tem conhecimento de uma que aborde especificamente a questão do idoso dependente de cuidados sem vínculos familiares. No Brasil, as políticas de cuidados estão pautadas pelo “abrigo do idoso pobre” (CAMARANO, 2010, p. 342)

Para Camarano e Mello (2010a), o Brasil avançou no que diz respeito a garantia de uma renda mínima para a população idosa. No entanto, em relação aos serviços de saúde e cuidados formais, houve poucos progressos. São questões que precisam de mais atenção, principalmente no sentido de estabelecer políticas públicas que possibilitem alternativas de cuidados não familiares a determinados idosos.

De acordo com Caldas e Veras (2010), apesar da questão de o cuidado familiar ser uma característica cultural, isso não se adapta a todos os idosos, pois, existem aqueles que não tem família – viúvos, pessoas que não se casaram e/ou não tiveram filhos, ou ainda cujos filhos morreram ou moram longe dos pais.

De acordo com Giacomini e Couto (2010), no Brasil, a permanência do idoso no seu domicílio é assegurada pela Constituição Federal de 1988, no seu art. 230, a qual pressupõe que exista uma estrutura de cuidados e equipamentos previstos em lei. Entretanto, na realidade brasileira inexistem, para a maioria dos idosos, o que seriam modalidades intermediárias de abrigo e/ou de cuidado, que poderiam auxiliar os idosos. Na prática, cada família ou pessoa idosa tem que se organizar conforme os seus próprios recursos para cuidar de si.

Em muitas situações, as ILPI são a única alternativa para as pessoas que não possuem cuidador com condições de atender as suas necessidades ou para os idosos que não possuem família, mas esta opção ainda é vista com preconceito, estando associada a negligência e abandono do idoso pelas famílias (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Apesar da Constituição Federal e do Estatuto do Idoso enfatizarem que cabe à família, ao estado e à sociedade o cuidado ao idoso, quando a primeira não se faz presente a alternativa seria uma ILPI. Empiricamente se tem percebido que o acesso a ILPI é muito burocrático e moroso, pois as instituições públicas e/ou filantrópicas geralmente não possuem vagas e nas privadas o custo financeiro não condiz com a realidade da maioria dos idosos. Além disso, as ILPI, no caso brasileiro, são para atender as necessidades de abrigo dos idosos, não se caracterizam como

instituições de saúde para atender a demandas dos dependentes. De acordo com a Política Nacional do Idoso, no art. 4º, parágrafo único, ressalta que “É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social” (BRASIL, 1994).

As ILPI estão sob a gestão da Assistência Social, na modalidade de serviços de acolhimento aos idosos que não tem condições de proverem seu autocuidado, bem como sua família ou que não possuam vínculos familiares (GIACOMIN; COUTO, 2010).

Visualiza-se também as dificuldades enfrentadas na implementação das políticas públicas no depoimento da cuidadora.

Apesar de receber a dieta, às vezes, algum mês a dieta não vem, tem que comprar. Às vezes dá um problema na prefeitura de não distribuir as fraldas, daí tem que comprar. Independente do que o governo distribui, ele distribuindo ou não, o idoso continua precisando, no mês que ele resolve não mandar, o idoso não deixa de comer, tu tens que ter a dieta no horário. (S9)

Percebe-se o quanto as famílias se tornam vulneráveis quando dependem do acesso às políticas públicas, e o quanto não é efetivo para atender as necessidades da população, deixando a cargo da família a resolução dos seus problemas. A fragilidade das políticas públicas expõe as famílias a situações de estresse e desgaste emocional, pois elas precisam dar conta das necessidades dos idosos e nem sempre conseguem atender adequadamente, gerando sofrimento.

O modelo de assistência à saúde destinado ao idoso precisa ser revisto. Como exemplo, pode-se citar a implementação de serviços e programas inovadores, custos-efetivos, com foco na capacidade funcional, na saúde, mais do que na doença. Essa medida poderia garantir o atendimento das reais necessidades desta população. Isto porque, o processo de envelhecimento provoca mudanças na vida do idoso, no autocuidado, nas suas relações sociais, na sua participação na sociedade e no papel ocupado por ele na família. A família merece destaque neste processo, pois a figura do cuidador familiar (informal ou formal), tem exercido função importante na manutenção da saúde do idoso e, muitas vezes não é considerado pelos profissionais de saúde (COELHO FILHO, 2012).

Além dos problemas enfrentados pela fragilidade do Estado, o cuidador depara-se com as dificuldades interpessoais da família do idoso que comprometem a organização para a alta hospitalar.

[...] mas os filhos acham que não é preciso, um disse que acha que é dinheiro botado fora, outro diz que ela (paciente) quer comodidade. Sabe, tudo isso, assim, deixa a gente triste, me deixa muito triste. (S2)

[...] é uma coisa triste um irmão processando o outro, apesar de eu saber que tenho a razão na história, mas eu estou tentando não chegar nesse ponto. (S9)

Nos depoimentos os cuidadores deixam claro que não conseguem comprometer todos os membros da família com os cuidados, o que acaba gerando conflitos entre eles. Uma cuidadora chega a cogitar a possibilidade de procurar apoio judicial para responsabilizar o restante da família.

A falta de apoio dos filhos na aquisição de equipamentos, os quais são considerados importantes para auxiliar a idosa na realização dos cuidados, torna-se fonte de estresse para a cuidadora.

Eu andei até me estressando com uma delas, porque falamos na cadeira de rodas e ela falou que tinham conversado entre eles e decidiram que não iam comprar. Então tia, a gente não vai discutir esse assunto, porque nós decidimos que não vamos comprar. (S2)

A cuidadora destaca que os outros membros da família não concordam com a aquisição de uma cadeira de rodas para auxiliar nos cuidados. Esta situação pode ocorrer quando há mais de uma pessoa envolvida na organização, pois o entendimento de cuidados difere de pessoa para pessoa, de acordo com o contexto que se está inserido.

Segundo Karsch (2003), estão ocorrendo mudanças nas relações familiares, e essas poderão desencadear um desacordo entre quem cuida e os outros membros familiares. Os conflitos ocorrem por diversos motivos, desde a ausência dos demais frente aos cuidados do idoso, a sentimentos do cuidador relacionado à falta de consideração e apreço dos demais familiares em relação a sua atividade e esforço. A mudança de papéis também gera conflitos, o filho passa a ter que administrar os cuidados, modificando a posição habitual em que se produz o cuidado, exigindo adequações entre os membros envolvidos.

Eu tenho um irmão, eu gostaria que ele fosse mais consciente, mas ele é assim, os meses que ele consegue me ajudar financeiramente são ótimos, o mês é mais tranquilo, daí eu posso pagar uma tarde a mais a moça para ficar com a mãe para me ajudar mais. Mas tem meses, que simplesmente ele não manda nada. Mas a minha rotina com os dois não muda em nada também, tudo continua igual. (S9)

Ocorrem situações em que os cuidados ficam a cargo somente de uma pessoa, geralmente mulheres, e os outros componentes da família auxiliam financeiramente, mas, não assumem esse compromisso como fundamental para os cuidados cotidianos. Deixando, algumas vezes, de contribuir o que interfere na dinâmica dos cuidados, pois o cuidador precisa dar conta das necessidades do idoso independente do recebimento do auxílio.

Em questões que envolvem a responsabilidade com o cuidado, estudos mostram que em famílias compostas por filhos de ambos os sexos, geralmente são as mulheres que assumem o cuidado e as tarefas relacionadas ao domínio do lar. Os homens geralmente contribuem com ajuda material, participam das atividades externas, como cuidar das questões econômicas e colaboram em tarefas de ajuda instrumental, como deslocá-los para outros ambientes (NERI e SOMMERHALDER, 2012).

Outra situação, que dificulta a organização da alta hospitalar, é falta de envolvimento dos outros membros da família na organização dos cuidados com o idoso, gerando estresse e sobrecarga no cuidador, podendo desencadear momentos de conflito entre os familiares.

[...] as fraldas estão aí, troca! Ele não se anima. Ele diz que não tem coragem, mas tem coisas na vida que não é questão de coragem, tu tens que tentar, tens que por a mão e fazer. Ele já me viu fazer, eu sempre coloco isso para ele. Ele está acompanhando essa doença, essa fase da nossa vida, que é a doença da mãe de camarote, é como se fosse um espetáculo onde ele está só assistindo e aí é cômodo! (S9)

Na organização da alta hospitalar do idoso a cuidadora expressa as dificuldades que tem enfrentado em dividir as responsabilidades de cuidado com o irmão. Esta situação pode ser relacionada com a questão de gênero, socialmente construído, em que o papel atribuído à mulher era de engravidar, parir e cuidar dos filhos e dos homens de provimento do lar (NOGUEIRA e ALCÂNTARA, 2014). Observa-se que esta forma de perceber os papéis dos homens e das mulheres ainda se perpetuam na sociedade atual.

Santos e Pavarini (2010) corroboram em seu estudo, com o que a literatura já vem apresentando, o predomínio de mulheres na função social de cuidadoras, papel que é historicamente determinado às mulheres.

A minha irmã já tem mais esse dom. De repente por ela ser mulher, ela é mais carinhosa, procura fazer as coisas melhor, fica mais ali, apesar dela morar em outra cidade, mas quando ela vem, ela está mais ali, cuida mais, cuida melhor, se envolve melhor. Eu faço o que é preciso fazer, alimentação, banho, remédios, é isso. (S11)

Outra dificuldade na organização da alta hospitalar do idoso pode ser o fato do cuidador não se sentir tão qualificado para exercer o cuidado quanto sua irmã. Considera que as mulheres são mais preparadas para exercerem este tipo de atividades. Nesta situação, talvez a alta se efetive quando a irmã se responsabilizar pelo cuidado.

Estudo de Scalco (2013) refere que a maioria dos homens que hoje se encontram na função de cuidadores, nasceram e foram criados em papéis bem definidos por gênero, atribuições da mulher e do homem. E, quando se deparam com a posição de cuidadores, essa situação torna-se muito desgastante para eles.

Pedreira e Oliveira (2012) enfatizam que discussões referentes à sobrecarga do cuidador, diante da dependência do familiar, já vêm ocorrendo há algumas décadas, sendo uma situação comum nos domicílios de idosos dependentes, principalmente quando não contam com apoio de outras pessoas.

Outra situação que favorece a sobrecarga do cuidador é a limitação do mesmo ao domicílio. O idoso dependente muitas vezes não possui condições de ficar sozinho em casa, necessitando da presença constante de alguém. Com isso, o cuidador permanece restrito ao ambiente domiciliar, reduzindo seus momentos de lazer a pouco ou nenhum evento. Todo esse contexto deve ser considerado na organização da alta do idoso dependente para minimizar as dificuldades que a família possa vir a enfrentar.

De acordo com a experiência do cuidador, o retorno do idoso dependente ao domicílio irá refletir na vida da família, quando residem juntos esposa, filhos e netos.

Eu sou cobrado em casa, minha filha diz: Ah, pai! Fica mais tempo com a gente! A gente não sai! Realmente, faz muito tempo que a gente não vai a lugar nenhum. (S11)

Família pequena se torna puxado, como nós, né. (S7)

Ele está dependente de mim, por isso meu filho diz: Mãe! Tu tens que ter tua vida. Dai, muitas vezes, não posso sair para trabalhar, porque eu não trabalho só aqui, tenho que viajar para cidades vizinhas, dai eu não consigo ir. Eu não posso, e se saio de casa já saio preocupada, é assim. (S1)

Uma das consequências das novas configurações familiares, as quais estão se constituindo com a redução do número de integrantes, vêm do declínio do modelo tradicional da família nuclear e de uma pluralidade de formatos e dinâmicas familiares (TRAD, 2010). Essas questões irão se refletir na dinâmica dos cuidados destinados aos idosos, bem como no estresse enfrentado pelos cuidadores, que tem que conciliar o cuidado ao familiar dependente, as relações familiares e o trabalho.

Muitos familiares, quando se deparam com a dependência do idoso que até então era independente, sentem dificuldades em assimilarem essa nova realidade, muitas vezes não valorizando as necessidades do idoso e da pessoa cuidadora, podendo desencadear uma situação de conflito entre eles.

Meu sobrinho ficou de encaminhar (fraldas) agora, porque precisa da procuração dela (paciente). Já era para ele ter feito isso, mas, muito acomodado, tem que estar pedindo, pedindo... (S2)

Na família, pode ser comum a divisão de atividades referentes aos cuidados, ficando alguns responsáveis pelos cuidados cotidianos e outros com a atribuição de realizarem os encaminhamentos fora do domicílio, como aquisição de fraldas, medicações, consultas. No entanto, quando um dos membros não realizar o que se propôs, acabam surgindo conflitos no ambiente familiar.

A literatura faz distinção entre cuidadores primários, secundários e terciários, demonstrando que eles exercem tarefas diferenciadas (NERI e SOMMERHALDER, 2012) no cuidado ao idoso dependente. Uma das dificuldades enfrentadas pela família é que cada membro se comprometa com a tarefa assumida, quer seja na função de cuidador primário ou terciário.

O serviço de atenção domiciliar é uma modalidade de atenção complementar ou substitutiva, que se caracteriza por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação que são prestadas no domicílio, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado e manter o paciente integrado as redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013). O suporte do serviço de atenção

domiciliar pode ser considerado insuficiente, para auxiliar no cuidado do idoso em casa.

E dai tem a extensão daqui do hospital (Atenção Domiciliar), que eu acho que é excelente. Mas nas condições que o pai está, eles iriam lá uma vez por semana. E vão em um momento. E as outras 24 horas, dos 7 dias da semana? Como será esse cuidado? (S5)

O cuidador enfatiza que os cuidados ao idoso se dão nas 24 horas do dia. Considera que o apoio da Atenção Domiciliar será insuficiente para atender as demandas de cuidado ao idoso. Questiona a modalidade de atendimento e demonstra insegurança quanto a assistência oferecida e sobre a possibilidade de agravamento da situação clínica do paciente.

De acordo com a portaria nº 963 (Brasil, 2013) que redefine a Atenção Domiciliar no SUS, uma das atribuições da equipe é treinar os familiares e/ou cuidadores, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades. A Atenção Domiciliar se caracteriza por ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio.

A Atenção Domiciliar é uma modalidade de atendimento substitutiva ou complementar a internação hospitalar e esta nova modalidade de atendimento tem desencadeado a utilização de tecnologias nos domicílios (sondas, concentrados de oxigênio, aspirador) levando os cuidadores a se tornarem usuários destes recursos, desenvolvendo competências para manusearem tais dispositivos (BRONDANI et al 2013).

O desenvolvimento de tecnologias na saúde possibilitou que se evitassem mortes prematuras, possibilitando o aumento da expectativa de vida, mas em consequência ampliou a dependência de cuidados, que acaba repercutindo na dinâmica das famílias. Deve-se ficar atento se este novo modelo de atendimento não está transferindo e sobrecarregando as famílias nos cuidados ao idoso dependente de cuidados.

Os cuidadores, quando questionados se estavam cientes acerca dos cuidados que o idoso iria demandar no domicílio e se estavam sendo preparados para prestar esses cuidados, relataram não estar recebendo orientações específicas sobre os cuidados para a alta, mas que observavam e auxiliavam a equipe de

enfermagem na realização de alguns cuidados, e neste processo estavam aprendendo.

Não, eu não recebi nenhuma orientação, por isso que eu digo o que eu procuro fazer em casa quando eu estou, é o que eu vejo aqui, o que a enfermagem faz. (S11)

Não falaram nada, eu ajudo vendo, até já peguei o jeito, no caso de virar ela com o lençol, até vou dar jeito de cortar uns lençóis no meio e fazer o mesmo processo em casa, de virar ela. (S10)

Apesar dos idosos já estarem com alta, as orientações sobre os cuidados ao idoso no domicílio, pela equipe de saúde, ainda não estavam ocorrendo, de acordo com o relato de alguns cuidadores.

Souza et al (2014) salientam que o cuidado domiciliar realizado por familiares a pacientes com sequelas cognitivas e físicas, tem se tornado cada vez mais comum e necessárias a fim de suprir as grandes demandas por leitos hospitalares. No entanto, salienta que para tornar possível a continuidade dos cuidados pelo cuidador no domicílio, é necessário que se iniciem, durante a hospitalização, as orientações básicas sobre a saúde, sintomas e complicações para que o cuidador se familiarize com o quadro clínico do idoso e se sinta seguro em realizar os cuidados. Essas ações irão contribuir para uma melhor recuperação do paciente, evitando reinternações e garantindo um cuidado mais adequado por parte do cuidador.

Estudos realizados com o objetivo de analisar o perfil do cuidador familiar de pacientes dependentes e identificar o nível de conhecimento e necessidades acerca dos cuidados a serem prestados, constataram que 60% dos cuidadores afirmaram saber cuidar do paciente a partir de explicações e acompanhamento no recinto hospitalar e 20% relataram não saber cuidar (SOUZA et al 2014). Esses resultados demonstram a alta prevalência de cuidadores sem preparo adequado para realizar os cuidados. Diante disso os profissionais de saúde devem estar atentos para que os familiares estejam em condições para exercer os cuidados necessários ao paciente no domicílio.

Segundo Flesch e Araújo (2014), a alta hospitalar é uma transição específica que prevê a continuidade dos cuidados em domicílio. Neste sentido, a equipe de saúde deve desenvolver um plano de cuidados que inclua educação do paciente e da família e, sobretudo, coordenação entre profissionais diretamente implicados, em articulação com os serviços comunitários.

Nessas situações, quando o Assistente Social perceber por meio da sua intervenção, que as orientações ao usuário não são suficientes para sanar as dúvidas, deverá atuar como mediador com os outros membros da equipe de saúde e a população, a fim de viabilizar que o usuário tenha suas dúvidas e demandas atendidas.

4.4 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO CUIDADOR NA ORGANIZAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR DO IDOSO DEPENDENTE DE CUIDADOS

Os cuidadores relatam as estratégias que utilizam na organização da alta hospitalar do idoso a fim de prestar os cuidados necessários no domicílio. O suporte do serviço de internação domiciliar, para algumas famílias, contribui na continuidade do tratamento e auxilia nos cuidados esclarecendo dúvidas e reforçando orientações.

O diferencial agora, é que vai o pessoal da internação domiciliar, que eu vou ter mais orientações. O que para mim vai ser muito importante, porque a gente faz dentro das possibilidades da gente, mas uma pessoa orientando é melhor, em algumas coisas até te facilita. (S9)

A cuidadora ressalta que o acompanhamento do serviço de atenção domiciliar irá contribuir no cuidado com a paciente, podendo esclarecer dúvidas durante as visitas domiciliares. O serviço de atenção domiciliar não visa somente a assistência, trabalha com enfoque na prevenção, promoção, reabilitação, utilizando-se de estratégias para a educação em saúde, tendo como finalidade o aumento no grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares (BRASIL, 2012).

A cuidadora ainda salienta que os cuidados já estão incorporados na rotina da família, demonstrando que ela está organizada para o retorno da paciente ao domicílio.

Assim, medo (enfático) de levar ela para casa, eu não tenho! Porque fazem três anos que eu tenho essa rotina estabelecida. (S9)

Apesar da cuidadora já estar familiarizada com os cuidados da idosa, sempre tende a existir uma sensação de insegurança, pois toda internação provoca alguma alteração no quadro clínico da paciente que desencadeia uma nova demanda de cuidado.

Durante a internação hospitalar de pacientes idosos podem ocorrer complicações como lesões por pressão, o que é um grande risco para infecções. Além disso, o longo período acamado pode trazer prejuízos para o sistema musculoesquelético, gastrointestinal, respiratório, aumentando a necessidade de cuidados, tanto na internação do idoso, como também no domicílio após a alta hospitalar (SOUZA et al, 2014).

Como estratégia para o cuidado, a cuidadora conta com o apoio do pai, mesmo sendo idoso e ter algumas limitações de saúde, ele ainda consegue lhe auxiliar nas mobilizações da paciente na cama. Demais cuidadores recebem apoio de outros membros da família para realizar os cuidados.

Eu peço ajuda para o meu pai para gente fazer aquilo de colocar ela novamente no lugar, na altura certa na cama, levar ela para cima, assim. É a única ajuda que eu peço para ele, por ele ser idoso, ter problema de coluna. Então, eu não posso sobrecarregar ele com peso, porque ela é pesada. (S9)

O meu esposo me ajuda muito também, está sempre por perto, sempre me auxiliando. E a minha irmã está vindo também de outro município para me ajudar também. (S10)

Em termos de cuidado, a gente é entre muitos, bastante em casa. Então ele vai estar bem assistido. Até devido aos próprios horários de trabalho do pessoal que mora em casa, dentro do possível, sempre vai ter alguém que possa estar junto. Praticamente ele não vai passar nenhum momento do dia sozinho, sempre vai ter alguém para auxiliar, alguém por perto. (S6)

Percebe-se que no decorrer da hospitalização, que vários cuidadores já estão organizados para realizar os cuidados no domicílio, e outros, como já estavam habituados com o cuidado ao idoso, reestruturam a organização para dar respostas às novas demandas de cuidados.

Segundo Araujo et al (2011), a dependência não é um fenômeno novo, sempre existiram pessoas com necessidade de auxílio. No entanto, hoje representa um problema com implicações sociais, psicológicas, econômicas, políticas e financeiras, tanto para a pessoa com dependência, quanto para quem dispõe do seu tempo para cuidar da pessoa dependente.

Neste sentido, mesmo os cuidadores que conseguem se organizar para cuidar do idoso precisam fazer adaptações no seu cotidiano para dar conta das demandas. Para alguns é uma tarefa que não exige muito esforço, pois possuem

uma dinâmica familiar que auxilia, para outros a tarefa não é tão simples, exigindo toda uma reestruturação familiar.

Segundo Lemos e Medeiros (2013), o cuidado pode ser classificado como formal e informal. O formal se refere às ações de ajuda e proteção ao idoso prestado por profissionais e pela Rede de Atenção à Saúde. Os classificados como informais são considerados como os mais importantes nas relações pessoais e afetivas, pois envolvem todos os indivíduos (família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade).

As ações de ajuda e proteção no cuidado informal é total ou parcialmente exercidas pelos familiares, vizinhos ou amigos, estimando-se que no Brasil, cerca de 90% dos idosos que necessitam de cuidados, dependam da família para terem suas necessidades atendidas (LEMOS e MEDEIROS, 2013).

As estratégias adotadas pelas cuidadoras reforçam o que a literatura apresenta sobre o envolvimento das famílias na realização dos cuidados, exemplificando como ocorre a organização.

Ela vai para casa da minha irmã, essa que me ajuda a cuidar aqui. A gente se reveza. A gente já tem a cadeira de rodas e de banho e a cama já está lá, cama normal, comum, no quarto da minha irmã que ela vai ficar. (S2)

Aí a cama, nós nos ajudamos, eu e a minha irmã compramos uma cama para ele. (S7)

Eu já consegui uma cama do hospital, daí consegui colchão, meu marido já conseguiu. (S10)

Nas famílias em que os membros são mais sensíveis as questões de cuidado, eles se solidarizam e auxiliam na organização das demandas para facilitar a alta hospitalar do idoso, bem como para auxiliar o cuidador nos cuidados.

Muitos insumos/equipamentos que os idosos necessitam no domicílio são fornecidos por meio de políticas públicas (cadeira de rodas, andadores, fraldas) e quando estes não estão disponíveis por esses mecanismos, existe uma rede formada por organizações não governamentais que auxiliam as famílias até que elas consigam se organizar e dar conta dessas necessidades. Esses encaminhamentos são mediados pelos assistentes sociais juntamente com os outros profissionais das equipes de saúde.

As organizações não governamentais, segundo Montaño (2002), ganham destaque no momento em que há uma redução dos gastos do Estado na área social.

Assim, mediante a desresponsabilização do estado – de garantir políticas públicas para a população – e com a ideologia que torna a sociedade civil responsável pela questão social, percebe-se a fragmentação e o enfraquecimento das políticas e o enxugamento dos gastos públicos. Neste sentido, muitas vezes os profissionais recorrem a essas entidades a fim de dar conta das necessidades da população, pois o Estado acaba de eximindo de suas responsabilidades.

Pedreira e Oliveira (2012) salientam que o bom relacionamento entre os membros da família, anterior ao evento gerador da dependência, contribui de forma positiva para a organização dos cuidados, mantendo a harmonia e o equilíbrio entre eles e as demandas que surgem com a doença, levando ao estreitamento de laços e a reaproximação entre os familiares. Assim, percebe-se que a família é uma importante rede informal de apoio ao idoso, constituindo-se como parceira das redes formais de apoio social no cuidado ao idoso.

Existem situações em que o apoio da família e a divisão de responsabilidades contribuem para o cuidado adequado com a paciente, amenizando a sobrecarga do cuidador e fortalecendo os vínculos entre a família.

Eu vou fazer a sondagem, porque ela está com sonda, e vou ensinar minha irmã. Ela vai para casa dessa irmã, e junto mora meu irmão, que ele trabalha de madrugada e durante o dia todo ele está em casa, tem como dar uma mão para botar ela na cadeira de rodas e tirar da cama. (S2)

A cuidadora enfatiza o bom relacionamento entre a família, demonstrando que existem laços de solidariedade e cooperação entre eles, contribuindo para a divisão de tarefas, aliviando a carga dos componentes da família. As cuidadoras vão repassando as orientações sobre os cuidados, possibilitando que os demais membros da família consigam realizá-los.

Estudos tem mostrado que as famílias reagem utilizando estratégias de acolhimento e cuidados, mesmo não estando preparadas para desenvolver tais tarefas. E para o enfrentamento das novas demandas é necessária uma rede de suporte efetiva no suprimento de demandas físicas, sociais, financeiras e emocionais (OLIVEIRA; PEDREIRA, 2012).

Atualmente, conforme ressalta Duarte et al (2010), com as novas estruturas familiares (família extensa para família nuclear), em algum momento, as famílias com idosos mais dependentes irão se deparar com uma difícil alternativa: incorporar

o idoso à casa de um filho; transferi-lo para uma ILPI; deixá-lo viver só, apesar de suas limitações ou contratar um cuidador para conviver e cuidar dele. Diante desta realidade, muitas, acabam visualizando a institucionalização como uma alternativa, mesmo que não sintam muita segurança nesta decisão.

Eu estou tentando cuidar da minha mãe, uma que psicologicamente eu não tenho coragem de colocá-la numa clínica, não tenho. A única coisa assim, que eu tenho um acordo comigo mesmo, é que o dia que eu achar, que estar comigo vai ser mais prejudicial para ela que estar numa clínica, eu coloco ela numa clínica, porque eu não quero que ela sofra por causa de um egoísmo meu. (S9)

A estratégia adotada pela cuidadora é o cuidado no domicílio de sua mãe, pois compreende que atualmente consegue prestar um cuidado adequado. No entanto, reflete que não deixará de rever sua estratégia de cuidado o dia que perceber que o cuidado dispensado por ela está aquém do que ela poderia receber em uma instituição. A reflexão da cuidadora é acompanhada de sentimento de angústia, pois se percebe que ela tem um vínculo forte com seu familiar e não desejaria se afastar dela. Contudo, tem pensado nesta possibilidade, pois tem a saúde fragilizada e não conta com uma rede de suporte adequada para auxiliar nos cuidados.

Demais cuidadores compreendem a possibilidade da institucionalização como a alternativa mais viável para o idoso receber os cuidados que precisa.

Eu já procurei lá, esse lar (instituição) e quero deixar pelo menos ... sei lá. Um período ele fica em casa para ver se ele se fortalece e vai ter que ser isso aí. Depois vai ter que ser através do lar. (S1)

A gente está pensando em fazer uma internação em uma clínica geriátrica, em função de que a gente percebe que ele precisa, no estado que ele está avançado de doença de Alzheimer, e a debilidade dele física mesmo, ele precisa de atendimento 24 horas. Plano A seria isso (instituição), plano B, se a gente não conseguir, daí ele vai para casa com internação domiciliar. (S5)

Nos reunimos, nós a família, e a ideia seria colocar ele lá na Instituição. Eu estive lá, os cuidados são muito bons, eles têm tudo lá, eles são bem tratados. Com a ideia de colocar ele lá, com o propósito de eu organizar melhor a minha vida, trabalhar. Tem o plano B, de achar alguém que cuide dele para eu poder fazer a minha vida, retomar a minha vida. (S11)

Muitos cuidadores tentam manter os idosos em casa e prestar os cuidados que ele necessita, mas conforme a demanda de cuidados vai aumentando, não

conseguem dar conta e visualizam na institucionalização a possibilidade para o idoso continuar recebendo os cuidados necessários. Também a institucionalização possibilitaria aos cuidadores seguirem seus projetos de vida.

Segundo Camarano et al (2010), as ILPIs são vistas com resistência e preconceito, como lugar de exclusão, dominação e isolamento. Tem-se ainda a percepção como um espaço de ruptura dos laços familiares e dos amigos. Os autores salientam que essa visão negativa se deve principalmente a dois fatores, a baixa oferta de instituições de residência para idosos e o pequeno número de idosos que consegue viver nelas. Enfatizam que a demanda por essa modalidade de cuidados tende a crescer devido ao envelhecimento da população idosa, e a oferta de cuidados familiares tende a reduzir, dadas as mudanças na família, a redução do seu tamanho e a participação maior das mulheres no mercado de trabalho.

Neste sentido, torna-se necessário que se criem mecanismos alternativos de assistência aos idosos, em cumprimento à Lei 10.741/2003 - Estatuto do Idoso -, pela qual este idoso deve gozar em todas as circunstâncias de prioridade em atendimentos nas políticas setoriais - saúde, assistência, educação lazer, habitação - para que o idoso exerça seus direitos enquanto cidadão usufruindo de condições dignas de sobrevivência com qualidade de vida e integridade (PESSOA, 2010).

Quando o Assistente Social, por meio da sua intervenção, perceber que a institucionalização está sendo avaliada pelos cuidadores como uma alternativa de cuidados ao idoso, na organização da alta hospitalar, sua atuação se dará pelas orientações, esclarecimentos e reflexão junto ao usuário sobre os benefícios da instituição, os riscos e o compromisso que os cuidadores mantem com o idoso.

Percebe-se que as questões que envolvem o idoso dependente de cuidados, vão muito além de ter um cuidador, demandam novas formas de assistência e enfoques das políticas públicas que orientam as ações a essa população. Essa demanda não se resolve com os cuidados recaindo somente sobre a família, pois esta é muitas vezes sustentada pela aposentadoria do idoso. Além disso, as famílias estão tornando-se cada vez mais nucleares e enfrentando modificações nos papéis desempenhados por seus membros (OLIVEIRA; PEDREIRA, 2012).

No contexto familiar existem relações afetivas e pessoais, que precisam ser levadas em consideração quando se pensa na organização da alta hospitalar e dos cuidados e que muitas vezes passam despercebidas pelas equipes de saúde.

Os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer a heterogeneidade que representa o envelhecimento populacional e as demandas da população idosa, pois são importantes estratégias de atuação profissional. O acesso cada vez mais contínuo aos serviços de saúde, dessa parcela populacional, permite aos profissionais articularem a prática profissional com o contexto no qual os idosos encontram-se inseridos. Estar atento a vulnerabilidade a que o idoso está sujeito é um desafio de todos os profissionais dos mais diversos campos de atuação, reconhecer a fragilidade da rede de suporte social ao idoso, tanto no estabelecimento de relações sociais, quanto na preocupação e sensibilização da própria sociedade em relação aos desafios do aumento da expectativa de vida e sua incidência na via cotidiana dos idosos.

E, neste contexto, não se pode esquecer um ator que está envolvido diretamente na questão dos cuidados ao idoso, o seu cuidador, familiar ou não, que sofre tanto quanto ele as fragilidades que envolvem o processo de envelhecimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo atendeu ao objetivo de descrever a organização do cuidador, familiar ou não, frente à alta hospitalar do idoso dependente de cuidados, bem como, os resultados e as discussões proporcionaram que se identificassem as dificuldades enfrentadas e as estratégias utilizadas para a organização da alta hospitalar.

Dentre as dificuldades enfrentadas, percebe-se que algumas estão relacionadas às novas configurações familiares que acabam se refletindo no apoio familiar. Outras se dão em função das condições econômicas das famílias, das fragilidades das políticas públicas, que transferem para as famílias a responsabilidade pelos cuidados e à escassez de serviços de apoio aos cuidadores frente a situação de dependência do idoso.

Em relação ao apoio familiar, este pode estar relacionado, muitas vezes, a relações conflituosas já existentes na família anterior ao evento da dependência. Também pode se relacionar as novas organizações que as famílias estão apresentando, com números menores de integrantes, com mais idosos e com mais mulheres sozinhas cuidando dos filhos. Ainda, com o aumento de pessoas morando sozinhas, separações conjugais, migrações em função do mercado de trabalho e a maior participação das mulheres na esfera produtiva.

Muitos idosos até o evento da internação hospitalar eram independentes e autônomos, residiam sozinhos, sem apoio familiar. Nessas situações, geralmente, quem os acompanha durante a internação hospitalar, são amigos ou vizinhos. Essas pessoas acabam se tornando referência na organização da alta hospitalar do idoso e precisam organizar uma dinâmica de cuidados que dê conta das necessidades do idoso e não interfira na sua rotina.

Destaca-se que em situações que existem conflitos entre os cuidadores, familiares ou não, referente a organização no atendimento ao idoso, esses podem ser decorrentes da divergência de opinião sobre cuidados, recursos financeiros e materiais necessários para a realização dos mesmos. Além disso, podem ser consequências de vínculos e conflitos já existentes anteriores a hospitalização do idoso. Os profissionais devem estar atentos a essas situações, para que as mesmas não interfiram na qualidade dos cuidados que serão prestados no domicílio.

Uma dificuldade muito enfatizada em relação a organização da alta hospitalar do idoso se refere ao cuidado recair sobre uma única pessoa. Este cuidador acaba tendo que abdicar do convívio familiar, do emprego, vida social, para se dedicar aos cuidados, o que acaba gerando sobrecarga e estresse. Nessas situações a alternativa encontrada pelos profissionais, destacando o Assistente Social, se dá principalmente em realizar uma abordagem com outros membros da família para juntos encontrarem estratégias que deem conta das demandas do idoso e seja satisfatória para a família. É importante envolver todos os membros da família nessas decisões, pois, possibilita que eles construam possibilidades de cuidados, respeitando a autonomia de todos.

A saúde do cuidador também dificulta a organização da alta hospitalar do idoso. Muitas vezes o núcleo familiar é reduzido, não existindo outra pessoa que possa auxiliar nos cuidados, sendo essa situação um dos resultados das novas estruturas familiares, com o número de integrantes reduzido.

A situação financeira é uma das questões que mais interfere na organização da alta hospitalar do idoso dependente de cuidados, pois a maioria dos idosos recebe um salário mínimo como aposentadoria, e este valor é insuficiente para atender a todas suas necessidades. Além de, muitas vezes, esta renda auxiliar nas despesas da casa ou ser a única renda da família.

Não se visualiza, no Brasil, uma política pública direcionada especificamente ao idoso dependente de cuidados. As direcionadas a esse público delegam à família como a primeira e quase única opção de cuidados. Pelos resultados se percebe um descompasso entre as responsabilidades atribuídas as famílias e o suporte de serviços que deveriam ser ofertados pelas políticas públicas existentes. A partir destes resultados questiona-se se realmente as famílias atualmente conseguem prestar um cuidado adequado aos seus idosos.

Com o intuito de prestar atendimento às demandas das famílias, existe os Serviços de Atenção Domiciliar, que presta um serviço de orientação e apoio aos cuidadores, realizando visitas domiciliares semanalmente ou mensalmente. No entanto, não realizam o cuidado efetivo ao idoso, continuando a família e/ou cuidador encarregado dos cuidados. Em algumas situações, este serviço é efetivo, mas em outras não atende as necessidades dos cuidadores, de acordo com relato dos familiares. Surge um novo questionamento, se esses serviços não estariam

realizando o repasse formal dos cuidados à família, de ações que até então eram desempenhadas pelo estado.

A possibilidade de institucionalização do idoso em que o cuidador não consegue prestar um cuidado adequado é uma alternativa que se vislumbra, mas não contempla a todos que precisam. As ILPI estão vinculadas a Política de Assistência Social, com objetivo de prestar abrigo aos idosos que não conseguem se manter sozinhos ou não possuem vínculos familiares, não se destinam aos idosos dependentes de cuidados.

Quando os profissionais de saúde se deparam com a situação do cuidador não ter condições de prestar os cuidados ao idoso e não se consegue vaga em uma ILPI, resta como opção acionar via judicial a responsabilização do estado para arcar com os cuidados ao idoso. Na experiência prática da pesquisadora, pode-se afirmar que este processo é moroso, deixando os idosos e seus cuidadores desamparados por um longo período.

Ressalta-se a importância deste trabalho, que procura dar visibilidade a questão da dependência de cuidados e da responsabilização da família no cuidado com os seus. Salienta-se que a dependência não é um fenômeno novo, sempre existiram pessoas necessitando de cuidados, mas hoje está se tornando um problema com implicações sociais, psicológicas, econômicas, políticas e financeiras, não só para a pessoa dependente, mas também para quem tem que assumir esses cuidados.

É importante avaliar, dada a centralidade das famílias nas políticas sociais e as mudanças demográficas em curso, quem terá condições de assumir os cuidados aos dependentes, visto que o estado não está fornecendo uma contrapartida de auxílio, muitas vezes se eximindo desta responsabilidade. Ainda, não se visualiza a construção de sistemas de proteção sólidos para as futuras gerações. Essa questão precisa ser discutida e pensada como uma política própria mesmo estando relacionada com outras como da saúde, assistência social, habitação, entre outras. Além disso, é relevante salientar que as famílias não se encontram nas mesmas condições materiais e culturais, e com isso a possibilidade de utilizar os serviços também se tornam desiguais.

No entanto, apesar de todas as dificuldades enfrentadas, algumas famílias ainda conseguem reestruturar seu cotidiano para auxiliar nos cuidados. Para alguns, o Serviço de Atenção Domiciliar, fornece um bom suporte de apoio. Algumas

famílias conseguem mobilizar outros integrantes para apoiar nos cuidados e as famílias que possuem melhores condições financeiras contratam um cuidador para auxiliar.

A alta hospitalar ao idoso dependente é um desafio aos profissionais de saúde e ao SUS, pois se o cuidador, família ou não, não conseguem se organizar e/ou não estão capacitados para realizarem os cuidados no domicílio, a alta acaba se tornando um risco de agravo à saúde do idoso e conseqüentemente de reinternação hospitalar. Assim, é importante que os profissionais estejam atentos a dinâmica familiar, para prestar orientações adequadas ao cuidador.

Pelos relatos apresentados percebe-se que esta é uma temática que precisa ser discutida e dada maior visibilidade, pois de acordo com a literatura apresentada a revalorização da família nas políticas públicas pode significar um recuo das responsabilidades do Estado no atendimento a necessidades da população.

Como proposição das situações levantadas sugere-se a curto e médio prazo, que os conselhos de direitos e os movimentos sociais pressionem a materialização das políticas públicas existentes. E, em longo prazo cobrar a efetivação das discussões da agenda do envelhecimento nos diversos espaços, desde o currículo escolar para a preparação ao envelhecimento, na busca pela conscientização e valorização desta temática como questão de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ANDREATTA, A.P.F. **Para Além do Cuidado Hospitalar**: significados do processo de hospitalização do idoso e o contexto da atenção domiciliar. 2015. 198 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2015.

ARAÚJO, I. et al. **Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado**. Ver. Esc. Enfermagem USP, 45(4): 869-75, 2011.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**. Washington, DC: Banco Mundial, 2011.

BATISTA, A.S; JACCOUD, L.B.; AQUIRIO, L.. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2008.

BERNARDO, M.H.J.; ASSIS, M. Saúde do Idoso e a Integralidade da Atenção. In: DUARTE, M.J.O. et al (org). **Política de Saúde Hoje: Interfaces e Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais**. 1ª ed. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. "Direitos Humanos e Políticas Públicas". In: BORN, Tomiko (Org.). **Cuidar Melhor e Evitar a Violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, (pp. 30-33), 2008.

BIM, M.C.S; MUROFUSE, N.T. **Benefício de Prestação Continuada e perícia médica previdenciária: limitações do processo**. Serv. Soc. Soci. ,São Paulo, n. 118, p. 339-365, abr/jun. 2014.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei. 8.662, de 7 de junho de 1993. **Dispõe sobre a profissão de Assistente Social**. Disponível em:

<http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2013.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a **Política Nacional do Idoso**, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8842.htm.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006: Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>

_____. Lei. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Institui o **Estatuto do Idoso**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm: Acesso em: 9 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília : Ministério da Saúde, 2º v, 2012.

_____. Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013. **Redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 27 mai. 2013.

_____. Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Disponível em: saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: out. 2014

_____. Ministério da Previdência Social. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Secretaria de Políticas de Políticas da Previdência Social. Coleção Previdência Social: v. 28, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Série Pactos pela Saúde 2006, v.12. Brasília, 2010.

BRONDANI, C. M. **Desafio de cuidadores familiares no contexto da internação domiciliar**. [dissertação]. Santa Maria: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2008.

BRONDANI, C. M; BEUTER M. **A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar**. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2009. [Acesso em: 27 jun. 30(2): 206-213, 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7435/6677>

BRONDANI, C.M. et al **Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar**. Ver. Enferm. UFSM 2013 3 (Esp.): 689-699, 2013.

BRONDANI, C.M; **Percepção de cuidadores familiares na utilização de tecnologias para o cuidado de seu familiar no contexto da atenção domiciliar**. 2015. tese.(Doutorado em Enfermagem)Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, 2015.

CALDAS, C.P.; VERAS, R.P. O lugar do Idoso na Família Contemporânea e as Implicações para a Saúde. In: TRAD, L.A.B. **Família Contemporânea e Saúde: Significados, Práticas e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2010.

CAMARANO, A.M.; PASINATO, M.T. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO, A.M. (org.) **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, p. 253-292, 2004.

CAMARANO, A.M. Mecanismos de Proteção Social para a população idosa brasileira. IPEA. Texto para discussão n.1179. Rio de Janeiro, 2006.

CAMARANO, A.M. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?. In: CAMARANO, A.A.(org.) **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, p. 337-349, 2010.

CAMARANO, A.M. et al. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: CAMARANO, A.A.(org.) **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, p. 187-212, 2010.

CAMARANO, A.M.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: CAMARANO, A.A.(org.) **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, p. 93-122, 2010.

CAMARANO, A.M.; MELLO, J.L. Introdução. In: CAMARANO, A.A.(org.) **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, p. 13-37, 2010a.

CAMARANO, A.M.; MELLO, J.L. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A.A.(org.) **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, p. 67-91, 2010b.

CAMARGO, R.C.V.F. **Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: Uma necessidade urgente de apoio formal**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [Internet]; 6(2):231-54, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/803/80314492002.pdf>. acesso em: 13mar2016

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Resolução nº 273*, de 13 de março de 1993. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Brasília; DF. 1993.

CHAIMOWICZ, F.; CAMARGOS, M.C.S. Envelhecimento e Saúde no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. – (Reimpr.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 74-98, 2013.

CHRISTOPHE, M.; CAMARANO, A.A. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: CAMARANO, A.A.(org.) **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, p. 67-91, 2010.

COELHO FILHO, J. M. Saúde do idoso. In. ROUQUAYROL, M. Z; GURGEL, M. (Eds.), **Epidemiologia & saúde**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 401-421, 2013.

DEL DUCA, G.F et al. **Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos**. Rev Saúde Pública43(5):796-805, 2009.

DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; LIMA, F.D. **Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo**. Brasil. Rev Panam Salud Publica,17(5/6):370–8, 2005.

DUARTE, Y.A.O. et al Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. In: CAMARANO, A.A. **Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro, IPEA, p. 123-144, 2010.

EVANGELISTA, E.A.; OLIVEIRA, V.C. et al. **Instrumentalização do índice de katz na população idosa de uma unidade da estratégia saúde da família**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(8):5150-6, ago., 2013

FERREIRA, H.P. et al. **O impacto da doença crônica no cuidador**. Ver. Bras. Clin. Méd. São Paulo, jul-ago; 10(4): 278-84, 2012.

FLESCH, L.D.; ARAUJO, T.C.C.F. **Alta hospitalar de pacientes idosos: Necessidades e desafios do cuidado contínuo** Estudos de Psicologia, 19(3), p. 157-238, julho a setembro, 2014. ISSN (versão eletrônica): 1678-4669 Acervo disponível em: www.scielo.br/epsic. Acesso em 30/04/2016.

FLESCH, L.D. **Pacientes Idosos e seus cuidadores: um estudo específico sobre a alta hospitalar**. Dissertação de Mestrado: Instituto de Psicologia. UNB, Brasília: 2013.

FLORIANO, L.A.; AZEVEDO, R.C.S.; REINERS, A.A.O.; SUDRÉ, M.R.S. **Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jul-Set; 21(3): 543-8. 2012, .

GELINSKI, C.R.O.G.; MOSER, L. Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais. In: MIOTO, R.C.T.; CAMPOS, M.S.; CARLOTO, C.M.(orgs) **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, p. 125-145. 2015.

GIACOMIN, K.C.; COUTO, E.C. A Fiscalização das ILPIS: o papel dos conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária. CAMARANO, A.A.(org.) **Cuidados de**

Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?
Rio de Janeiro: Ipea, p. 213-248, 2010.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GÓIS, J.B.H. et al. Avaliação do Benefício de Prestação Continuada: características sociais, proteção social e seus efeitos. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez. Ano XXIX, nº 96, p. 65-92, nov. 2008.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: Histórico. Santa Maria. 2015.
<http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>. Acesso em 31 de março 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico, 2010 (Base de dados da internet) disponível em: www.ibge.gov.br

KARSCH, U.M. **Idosos dependentes: famílias e cuidadores**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):861-866, maio-jun, 2003.

KARSCH, U.M. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 2004.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, Washington, v. 9, p. 179-186, 1969.

LEMONS, N.; MEDEIROS, S.L. Suporte Social ao Idoso Dependente. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. – (Reimpr.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1441-1448, 2013.

LINO, V.T.S. et al. **Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz)** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):103-112, jan, 2008. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>>. Acesso em: 17 set 2014.

LOURENÇO, R.A.; PEREZ, M.; SANCHEZ, M.A.S. Escalas de Avaliação Geriátrica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. – Reimpr. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1707-1720, 2013.

MAFRA, S.C.T. **A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família**. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 14(2):353-363, 2011.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 7ª ed; 2010.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V.M.R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A.E. et al (orgs) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional** 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, p. 273-303, 2009.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

NARDI, E.F.R. et al. **Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio**. Cienc. Cuid. Saúde 2012 Jan/Mar; 11(1):p.98-105.

NERI, A.L. Redes de Suporte Social. IN: NERI, A. L. Palavras-chave em gerontologia. Campinas, SP, Editora Alínea. 3 ed. p.172-175, 2008.

NERI, A.L. Desafios ao bem estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: dados do FIBRA Campinas. In: CAMARANO, A. A. (org.) **Cuidados de Longa Duração para a população idosa: um novo desafio social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, p. 303-306, 2010.

NERI, A.L. Apresentação. In: NERI, A.L.(org) et al. **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas, SP; Editora Alínea, 3ª ed p. 07-10, 2012.

NERI, A.L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A.L.(org) et al. **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas, SP; Editora Alínea, 3ª ed p. 11- 68, 2012.

NOGUEIRA, I. R. RR; ALCÂNTARA A. **O. Envelhecimento do homem**: de qual velhice estamos falando? Revista Kairós Gerontologia, 17(1): 263-282, 2014.

OLIVEIRA, A.M.S.; PEDREIRA, L.C. **Ser Idoso com incapacidade e seus cuidadores familiares**. Acta Paul Enfermagem, 25(Nº Especial1): 143-9, 2012.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de Vida na Velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. – (Reimpr.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 99-106, 2013.

PEDREIRA, L.C.; OLIVEIRA, A.M.S. **Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: Mudanças nas relações familiares**. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, set-out; 65(5): 730-6, 2012.

PERRACINI, P. Planejamento e Adaptação do Ambiente para Pessoas Idosas. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. – (Reimpr.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1311-1323, 2013.

PERRACINI, M.R.; NERI, A.L. Tarefas de Cuidar: Com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. (org.) **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas, SP: Editora Alínea, 3ª ed. p.137-165, 2012.

PESSÔA, E.M. **Assistência social ao idoso enquanto direito de proteção social em municípios do Rio Grande do Sul**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS. Porto Alegre, 2010.

SANTOS, M.A; RIFIOTIS, T. Cuidadores Familiares de Idosos Dementados: uma reflexão sobre o cuidado e o papel dos conflitos na dinâmica da família cuidadora. In SIMSON, O.R.M.V.; et al (orgs): **As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil..** Campinas, SP. Editora Alínea, p. 141-164, 2006.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. **Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social**. Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS) mar, 31(1): 115-22, 2010.

SANTOS, J.S.; et al. **Fiscalização do exercício profissional e projeto ético-político**. Serv. Social e Sociedade. São Paulo, n. 101, p.146-176, jan./mar, 2010.

SCALCO, J.C., et al. **O dia a dia de cuidadores familiares de idosos dependentes**. *Revista Kairós Gerontologia*, março, 16(2), pp.191-208, 2013. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

SEBATIÃO C.; ALBUQUERQUE C. **Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactes da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal**. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(4). São Paulo (SP), Brasil, setembro: 25-49, 2011.

SILVA, L.R.F. **Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento**. *História, Ciência, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro. V.15, n.1, p. 155-168, jan-mar, 2008

SIQUEIRA, A. B. et al (2004). **Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos**. *Revista de Saúde Pública*, 38(5), 87-94, 2014. doi: 10.1590/S0034-89102004000500011

SOUZA, I.C.P et al. **Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar**. *REME-Rev. Min. Enferm*, jan/mar, 18(1): 164-172, 2014.

STACKFLETH, R. et al. **Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio**. *Acta Paul Enfermagem*, 25(5): 768-74, 2012.

TAYLOR, L.O.; DELLAROZA, M.S.G. **A realidade da atenção a idosos portadores da doença de Alzheimer: uma análise a partir de idosos atendidos em serviços públicos**. *Semina: Ciências Biológicas da Saúde*, Londrina, v. 31, n.1, p.71-82 jan/jun, 2010.

TEIXEIRA, S.M. Política social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. In: MIOTO, R.C.T.; CAMPOS, M.S.; CARLOTO, C.M.(orgs) **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, p. 211- 239, 2015.

TRAD, L.A.B.A Família e suas Mutações: subsídios ao campo da saúde. In: TRAD, L.A.B.**Família Contemporânea e Saúde: Significados, Práticas e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p.27-50, 2010.

VASCONCELOS, A.M. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Rev Saúde Pública; 43(3):548-54, 2009.

VERAS, R.P. et al **Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência**. Rev. Psiq. Clínica 34(1);5-12, 2007.

VIEIRA, G.B, et al. **O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. jan/mar;13(1):78-89, 2011. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8719>

VIEIRA, L. et al. **Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde**. Rev. Bras. Gerontol., Rio de Janeiro, 15(2): 255-263, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE MESTRADO EM GERONTOLOGIA

Título do Estudo: Idoso dependente: quem assume a responsabilidade pelos cuidados?

Pesquisador(es) responsável: Prof^a Dr^a Margrid Beuter

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria / Departamento de Enfermagem

Telefone e endereço postal completo: 3220 8263 E-mail: magridbeuter@gmail.com

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (PS 3º andar e 5º andar)

Caro participante da pesquisa:

- Você está convidado(a) a participar dessa pesquisa, na qual terá responder a uma entrevista, de forma **totalmente voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Sobre a Pesquisa: O presente estudo tem por objetivos: conhecer a organização da família/acompanhante frente a alta hospitalar do idoso dependente de cuidados; identificar os fatores que interferem na organização da alta hospitalar do idoso dependente de cuidados; e descrever as estratégias utilizadas para efetivar a alta hospitalar do idoso dependente de cuidados.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista sobre a organização da alta hospitalar do idoso dependente, tudo o que for conversado será gravado em áudio (somente a voz). Para essa atividade será mantido em segredo seu nome, não será divulgada nenhuma informação que possa identificá-lo, preservando o seu anonimato.

Benefícios: Os benefícios da pesquisa aos entrevistados estarão diretamente

relacionados ao fornecimento de informações sobre a organização da alta hospitalar do idoso dependente de cuidados e os dados coletados contribuirão na proposição de ações para melhor atendimento ao público idoso.

Riscos: A participação nas entrevistas poderá representar riscos mínimos de ordem física ou psicológica, os quais se aproximam daqueles aos quais você estaria exposto em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estaremos tratando. Neste caso, a pesquisadora irá fornecer atenção especial escutando-o e aguardando a sua disposição em continuar ou não participando na pesquisa.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados. As gravações ficarão guardadas sob os cuidados da pesquisadora responsável.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá entrar em contato com a Professora MargridBeuter (pesquisadora responsável), bem como, com a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, nos endereços constantes neste termo.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando os autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Santa Maria _____, de _____ de 20____

Assinatura do Participante

Prof^a. Dr^a. MargridBeuter
(Pesquisadora responsável)

Observação: Este documento será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Para contato com o Comitê de Ética em Pesquisa: UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO	
Nome:	Sexo:
Data nascimento:	Escolaridade:
Tem Filhos:	Quantos:
Estado Civil;	Residência Própria: () Sim () Não
Com quem reside:	
Qual a renda do idoso? É suficiente para as despesas do idoso? Se não, quem auxilia?	
Diagnóstico clínico do idoso:	
Era dependente de cuidados antes da internação?	
Quais cuidados necessitava?	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR DO IDOSO DEPENDENTE	
Nome:	Sexo:
Data de Nascimento:	Escolaridade:
Com quem reside	
Tem filhos:	Quantos:
Renda:	
Vínculo com o idoso	
Tempo que exerce a função de cuidador:	
QUESTÕES NORTEADORAS:	
Qual o cuidado destinado ao idoso?	
Antes da internação hospitalar o idoso era dependente de cuidados? Quais?	
Quem cuidava dele? Quem auxiliava na realização dos cuidados?	
Onde o idoso era atendido antes da internação hospitalar?	
Que serviços eram oferecidos ao idoso neste local?	
Como realizavam deslocamento do idoso, quando necessário?	
O que aconteceu que ele teve que internar no hospital?	

Como você está se organizando para a alta do paciente?

Ele vai necessitar dos mesmos cuidados que recebia antes da internação?

Quem irá realizar os cuidados?

O idoso irá retornar para o mesmo domicílio?

Você acha que a Unidade Básica de Saúde pode auxiliar nos cuidados com o idoso?

Você já sabe onde será o acompanhamento do idoso após a alta? Já receberam algum encaminhamento?

Quais são as maiores dificuldades que estão enfrentando na organização da alta hospitalar do idoso?

Como estão se organizando para resolver essas dificuldades?

APÊNDICE C: TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

APÊNDICEC: Termo de Confidencialidade - TCF

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTO
MESTRADO EM GERONTOLOGIA**

Título do Projeto: Idoso Dependente: quem se responsabiliza pelo cuidado?

Pesquisadora responsável: Profª Drª Margrid Beuter

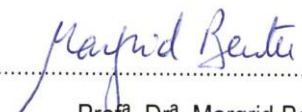
Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria / Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: 3220-8263 E-mail: margridbeuter@gmail.com

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (PS, 3º e 5º andar)

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados através de entrevistas, realizadas no Hospital Universitário de Santa Maria. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em armário com chave, na sala 1339 do 3º andar do prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, localizado na Av. Roraima n. 1000, Bairro Camobi, CEP: 97105-900, por um período de 5 anos, sob a responsabilidade da Profª Pesquisadora Dra. Margrid Beuter. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria, 30 de junho de 2015


.....
Profª. Drª. Margrid Beuter

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DE KATZ

Área de funcionamento	Independete/ Dependente
<p>Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)</p> <p>() não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho)</p> <p>() recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna)</p> <p>() recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho</p>	<p>(I)</p> <p>(I)</p> <p>(D)</p>
<p>Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)</p> <p>() pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda</p> <p>() pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos</p> <p>() recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa</p>	<p>(I)</p> <p>(I)</p> <p>(D)</p>
<p>Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)</p> <p>() vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)</p> <p>() recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite</p> <p>() não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p>	<p>(I)</p> <p>(D)</p> <p>(D)</p>
<p>Transferência</p> <p>() deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)</p> <p>() deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda</p> <p>() não sai da cama</p>	<p>(I)</p> <p>(D)</p> <p>(D)</p>

<p>Continência</p> <p>() controla inteiramente a micção e a evacuação</p> <p>() tem “acidentes” ocasionais</p> <p>() necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente</p>	<p>(I)</p> <p>(D)</p> <p>(D)</p>
<p>Alimentação</p> <p>() alimenta-se sem ajuda</p> <p>() alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão</p> <p>() recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos</p>	<p>(I)</p> <p>(I)</p> <p>(D)</p>

Fonte: LINO et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p.103-112, 2008.

ANEXO B – ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA DE LAWTON E BRODY

Esta entrevista tem como propósito identificar o nível da condição funcional do idoso, por intermédio das possíveis dificuldades na realização das atividades do seu dia a dia.

Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se o idoso faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.

Em relação ao uso do telefone

a) Telefone

[3] recebe e faz ligações sem assistência

[2] necessita de assistência para realizar ligações telefônicas

[1] não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone

Em relação às viagens

b) Viagens

[3] realiza viagens sozinha

[2] somente viaja quando tem companhia

[1] não tem o hábito ou é incapaz de viajar

Em relação a realização de compras

c) Compras

[3] realiza compras, quando é fornecido transporte

[2] somente faz compras quando tem companhia

[1] não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

Em relação ao preparo das refeições

d) Preparo das refeições

[3] planeja e cozinha as refeições completas

[2] prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda

[1] não tem o hábito ou é incapaz de realizar refeições

Em relação ao trabalho doméstico***e) Trabalho doméstico***

[3] realiza tarefas pesadas

[2] realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas

[1] não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

Em relação ao uso de medicamentos***f) Medicções***

[3] faz uso de medicamentos sem assistência

[2] necessita de lembretes ou de assistência

[1] é incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

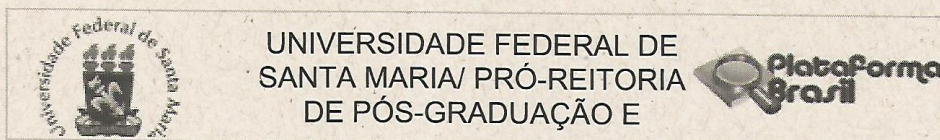
Em relação ao manuseio do dinheiro***g) Dinheiro***

[3] preenche cheque e paga contas sem auxílio

[2] necessita de assistência para uso de cheques e contas

[1] não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

Classificação: Dependência total: ≤ 5 Dependência parcial: $> 5 < 21$ Independência: 21

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: IDOSO DEPENDENTE: QUEM ASSUME A RESPONSABILIDADE PELOS

Pesquisador: MARGRID BEUTER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46880315.6.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.150.483

Data da Relatoria: 14/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Tem-se como objetivos do estudo, conhecer a organização da família/acompanhante frente a alta hospitalar do idoso dependente de cuidados; identificar os fatores que interferem na organização da alta hospitalar do idoso dependente de cuidados; e descrever as estratégias utilizadas para efetivar a alta hospitalar do idoso dependente de cuidados. Os participantes do estudo serão familiares e/ou cuidadores de pacientes idosos dependentes de cuidados, internados na clínica cirúrgica, clínica médica II e Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria. Para a coleta de dados será utilizada a entrevista semiestruturada. A análise dos dados ocorrerá por meio da análise de conteúdo temática da proposta operativa de Minayo.

Objetivo da Pesquisa:

- Conhecer a organização da família e/ou cuidador frente a alta hospitalar do idoso dependente de cuidados.
- Identificar os fatores que interferem na organização da alta hospitalar do idoso dependente de cuidados.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 1.150.483

- Descrever as estratégias utilizadas para efetivar a alta hospitalar do idoso dependente de cuidados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, sejam eles de ordem física ou psicológico, em decorrência das respostas, participação ou não da pesquisa, estes poderão representar riscos mínimos de ordem física ou psicológica, os quais se aproximam daqueles que estariam expostos em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estaremos tratando. Neste caso, a pesquisadora irá fornecer atenção especial escutando-o e aguardando a sua disposição em continuar ou não participando na pesquisa.

Benefícios: os benefícios da pesquisa aos entrevistados se darão de forma indireta, pois esta pesquisa trará maiores informações sobre a organização dos serviços de saúde, em relação ao cuidado com de idosos dependentes. As informações coletadas contribuirão na proposição de ações para melhor atendimento ao público idoso dependente de cuidado com alta hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa importante por investigar como acontece a organização da alta hospitalar do idoso dependente de cuidados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os termos conforme legislação brasileira.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há inadequações ou pendências.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

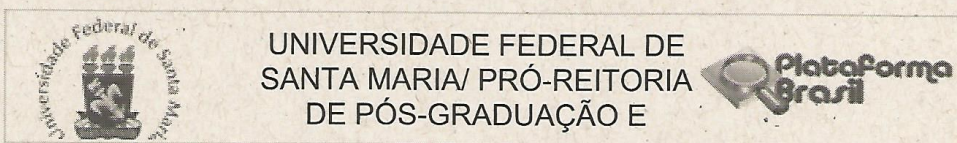
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.150.483

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 15 de Julho de 2015

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com