

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM - FACENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Monalisa Claudia Maria da Silva

**Idosos cuidadores de um familiar idoso no domicílio:
religiosidade/espiritualidade como suporte**

**Juiz de Fora
2015**

Monalisa Claudia Maria da Silva

**Idosos cuidadores de um familiar idoso no domicílio:
religiosidade/espiritualidade como suporte**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. ^a Dra. Edna Aparecida Barbosa de Castro.

Juiz de Fora

2015

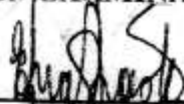
Monalisa Cláudia Maria da Silva

**Idosos cuidadores de um familiar idoso no domicílio: religiosidade/espiritualidade
como suporte**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação Stricto Sensu
Mestrado em Enfermagem, da
Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal de Juiz de Fora,
como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.**

Em 31 de Agosto de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dra. Edna Aparecida Barbosa de Castro - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF



Prof. Dr. Bruno David Henriques - 1.º Examinador
Universidade Federal de Viçosa-UFV



Prof. Dr. Alexander Moreira-Almeida – 2.º Examinador
Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF

AGRADECIMENTOS

O sentido do AGRADECER ocorre na possibilidade de reconhecermos que, em nossa existência aqui na terra, conseguiremos evoluir se nos for permitido contar com a sublime cooperação dos nossos familiares, professores, colegas e amigos, sendo permeados pela energia superior que envolve o nosso ser. Por isso, reporto-me e agradeço:

A DEUS, meu pai, eterno protetor, Aquele que nos criou, a razão da minha existência. Que, a cada dia, me convida a viver o seu AMOR, a sua MISERICÓRDIA, o seu PERDÃO, convida-me, ainda, a ser templo do Espírito Santo. Obrigada, meu Senhor, por me acolher em teus braços e me oferecer um amor sem limites. Obrigada, meu pai, por ter me dado forças e paciência para esperar o tempo certo para a realização do mestrado (e como esperei); e ter me concedido sabedoria para superar todos os obstáculos da minha vida e nos caminhos da pesquisa e do ensino.

A MEUS PAIS, por serem meu alicerce, meu porto seguro. Agradeço pela dedicação deles em tempo integral a meus filhos, principalmente a Ana Clara, com apenas dois anos. Em especial a minha mãe, que sempre esteve ao meu lado, nos dias e noites de angústia, sempre fazendo-me perceber que isso é só o começo das minhas vitórias neste caminho que venho trilhando com amor e dedicação.

AO MEU MARIDO, meu companheiro, que entrou em minha vida como um enviado de Deus. Agradeço pela compreensão de tanta ausência como esposa e companheira nos momentos em que eu estudava, lia, pesquisava; e quantas foram as madrugadas e os finais de semana assim... Agradeço pelo apoio e por tantas vezes cuidando da Ana Clara aos sábados e domingos. Obrigada por fazer parte das nossas vidas.

AOS MEUS FILHOS, Gabriel e Ana Clara. Como sempre digo: vocês são minha vida, minha luz, testemunhas do amor de Deus em minha vida. Gabriel, meu príncipe, uma criança especial, um anjo em minha vida, obrigada pela compreensão nos muitos momentos em que fiquei estressada, com tantas coisas para estudar. Você me ensina bastante e me faz crescer a cada dia. Ana Clara, tão pequena, ao mesmo tempo tão importante em minha vida, você não imagina o bem que me causa, quando chego em casa e você corre para os meus braços com

esses olhinhos brilhantes de felicidade e começa a gritar: “mamãe!”. Agradecerei a Deus todos os dias da minha vida, por me permitir tamanha felicidade: ser MÃE. AMO VOCÊS.

A MINHA AVÓ querida, Eliodora, que não mais está conosco, mas sempre me manteve em suas orações, e acredito que continua a olhar por mim. E a MEU TIO, Celso, que abdicou de sua vida para cuidar dela até o último momento de vida, com total dedicação e amor. Quando eu pesquisava sobre cuidador familiar, sentia toda a sobrecarga que estava sobre ele e, muitas vezes, infelizmente, não pude auxiliá-lo como deveria. Obrigada, sempre.

A MINHA AMIGA e comadre Nirema, sempre presente, incentivando e colaborando de todas as formas possíveis. Obrigada, minha amiga, por tudo o que você faz por mim e por meus filhos, pelas orações e pela disponibilidade em ajudar sempre.

A Prof.^a Dra. EDNA, minha orientadora, por toda atenção e enriquecimento deste trabalho. Obrigada, de coração, por acreditar em mim quando mais precisei. Em um momento de angústia e tristeza, quando tantas portas se fecharam, você me aceitou e me acolheu no seu grupo de pesquisa, o GAPESE, onde rapidamente amadureci minhas ideias, meus pensamentos, que me levaram a refletir sobre a vida do cuidador que já é idoso. Com poucos encontros eu já havia encontrado o meu objeto de estudo. Agradeço, sinceramente, por ter me permitido a conclusão de uma etapa tão importante da minha vida, me apoiando e incentivando, para que eu seguisse em frente no que eu acreditava. Tenha certeza de que serei eternamente grata por tudo o que fez por mim.

Aos PROFESSORES: Dr. Bruno David Henriques, Dr. Alexander Moreira-Almeida, Dr.^a Sonia Maria Soares e Dr.^a Sônia Maria Dias, que tão gentilmente aceitaram participar da composição da minha banca examinadora e pelas ricas contribuições feitas a este estudo.

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), por ter me oferecido a oportunidade de cursar o mestrado, contribuindo para o meu crescimento profissional.

À coordenadora do Mestrado em Enfermagem da UFJF, Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena, pela dedicação, pela preocupação em todos os momentos e pelo excelente trabalho desenvolvido.

A todos os professores do Departamento de Enfermagem Básica, pelo apoio e compreensão, nos momentos difíceis dessa caminhada.

A todos os professores que fizeram parte deste mestrado, pelos ensinamentos, que serão levados por toda a minha vida profissional.

À secretaria do Mestrado em Enfermagem da UFJF, em especial à secretária Elisângela Trovato, que sempre se mostrou dedicada, atendendo-nos, prontamente, em todos os momentos.

A todos os integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Autocuidado e processo Educativo em Saúde e Enfermagem (GAPese), que direta ou indiretamente me acompanharam durante essa jornada, em especial à Camila Medeiros, Irene Duarte, e às colegas de mestrado Denicy Chagas e Denise Rocha. Agradeço pelos momentos de aprendizagem e por poder compartilhar as orientações e o desenvolvimento de tantos trabalhos juntas.

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (NUPES), que, apesar do pouco tempo de aproximação, contribuiram, a cada encontro, para o meu crescimento profissional e pessoal e para a finalização deste trabalho, a partir da socialização de conhecimentos em cada reunião.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que conheci ao longo desta pesquisa, que me receberam e acompanharam com tanto respeito e generosidade e, em cada visita, abriram caminhos para a minha chegada.

A todos os idosos (cuidadores e pessoas cuidadas) e ao meu tio que, apesar de ainda não ser idoso, cuidou por vários anos da minha querida avó, a vocês dedico este trabalho, que realizei com muito amor e dedicação, agradeço por terem despertado ainda mais em mim o desejo de estar perto de vocês, de estudar tudo o que permeia a saúde do idoso e, principalmente, a espiritualidade. Agradeço por abrirem para mim as suas casas com tamanho carinho e disponibilidade, por dividirem suas lembranças e vivências, de momentos felizes e de tristezas, por enriquecerem meu estudo com tanta SABEDORIA E SIMPLICIDADE. Vocês me ensinaram a amar mais, a cuidar melhor, a superar as dificuldades e não desistir

nunca e, principalmente, mostraram-me que, sem o mais importante, sem a força espiritual, nada é possível. Afinal, somos energia, somos seres espirituais. Portanto, temos que ter fé e esperança naquilo que não podemos ver, pois, momento em que procuramos nos espiritualizar, podemos sentir; e como é magnífico este sentimento! Que eu possa, um dia, retribuir com o mesmo abraço, sorriso e brilho nos olhos dessas pessoas que, mesmo com tanta responsabilidade de cuidar de uma pessoa integralmente, ofereceram-me carinho em cada encontro.

EPIGRAFE

“Ao longo da vida surgem pistas que nos indicam para que direção devemos seguir. Se não damos atenção a essas pistas, fazemos opções erradas e acabamos levando uma vida infeliz. Se ficamos atentos, aprendemos nossas lições e temos uma vida plena e boa, assim como uma boa morte. O maior dom que Deus nos concedeu foi o livre-arbítrio. O livre-arbítrio põe sobre nossos ombros a responsabilidade por fazer as melhores escolhas possíveis”.

(Kubler-Ross,1998).

RESUMO

Introdução: O processo de transição demográfica e epidemiológica, seguido do progressivo aumento do número de idosos acena para uma nova realidade: a necessidade do cuidador familiar idoso. **Objetivo:** Analisar os elementos que constituem o processo de cuidar de um idoso no domicílio, por um familiar também idoso. **Métodos:** Pesquisa qualitativa baseada na Teoria Fundamentada nos Dados, realizada no Município de Juiz de Fora, Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu, no período entre agosto de 2014 e janeiro de 2015, com dez cuidadores idosos participando do estudo. Na sétima entrevista, observou-se que as respostas dos participantes tornaram-se redundantes, não sendo relevante continuar com a coleta de dados. No entanto, como forma de validar a teoria, retornou-se a campo, para outras três entrevistas, de forma a permitir a análise e interpretação sistemática comparativa dos dados, de forma mais profunda e rica. Procurou-se, nessa fase, buscar cuidadores com diferentes níveis socioeconômicos, com vistas a compreender melhor a vivência dos cuidadores. Utilizou-se, para a coleta de dados, a visita domiciliar, com entrevista, observação e registro de notas em diário de campo, além da elaboração de memorandos. Para a edição textual e codificação dos dados empíricos, utilizou-se o programa OpenLogos®. **Resultados:** Emergiram dos dados quarenta códigos, que compuseram quatro categorias: “Envelhecer e se tornar cuidador familiar”; “O apoio familiar”; “O cuidador idoso que cuida diariamente de um idoso no domicílio e a equipe de saúde”; e “A dimensão espiritual influenciando a vida e o processo de cuidar de um cuidador familiar idoso”, que se constituiu na categoria central do estudo. A categoria central permitiu compreender como o cuidador familiar idoso vivencia o processo de cuidar do familiar também idoso no domicílio, mesmo diante de repercussões negativas, como a falta de apoio familiar, e as dificuldades vivenciadas no cotidiano, como a falta de apoio institucionalizado para o cuidado do outro. Independentemente de ter ou não o apoio da família ou o institucionalizado, quem cuida encontra “empoderamento” para enfrentar, cotidianamente, os desafios de ser cuidador familiar, por meio da religiosidade/espiritualidade. Nessa fase da vida, ocorre uma modificação na perspectiva, de uma visão materialista e pragmática do mundo, para uma visão cósmica e transcendente. Ao passo que buscam apoio em uma força metafísica, os participantes se utilizam do *coping* religioso espiritual, que são as estratégias utilizadas para o enfrentamento das situações que venham a surgir em suas vidas, atribuindo ao sagrado a força para perseverar e continuar trilhando seu caminho, envelhecendo e cuidando de uma ou mais pessoas, também idosas, no domicílio. **Conclusão:** A religiosidade/espiritualidade do cuidador idoso mostrou-se uma importante estratégia utilizada como apoio e suporte para as adversidades da vida. Recomenda-se que a dimensão espiritual deve ser considerada como elemento a auxiliar no processo de assistência à saúde, haja vista, nesta fase da vida, a espiritualidade encontrar-se acentuada, pois o idoso mostra-se introspectivo, repensa e avalia toda a sua vida. Os achados reforçam a necessidade de políticas públicas para a atenção ao cuidador familiar de idosos, sobretudo do idoso que cuida de outro idoso no domicílio. Como aporte ao campo das práticas, o presente estudo reforça a relevância de que o tema espiritualidade seja transversal aos currículos de formação dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Cuidadores. Idoso. Espiritualidade. Assistência domiciliar. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The process of demographic and epidemiological transition, followed by a progressive increase in the number of elderly beckons to a new reality, the elderly family caregiver. **Objective:** Analyze the elements that constitute the process of caring for an elderly at home by an also elderly. **Methods:** Qualitative research in Grounded Theory, held in Juiz de Fora city, Minas Gerais. The data collection occurred from August 2014 to January 2015, 10 elderly caregivers participated in the study. In the seventh interview, it was observed that the answers of the participants had become redundant, not being relevant to continue with data collection. However, as a way to validate the theory, it was returned to field to other three interviews so as to allow analysis and comparative systematic interpretation of data, in a deep and rich way, seeking for caregivers with different socioeconomic levels, in order to better understand their experience. It was used for data collection, home visits with interview, observation and recording of notes in a field diary, writing memos. For textual editing and codification of data from empiric data. It was used the OpenLogos® program. **Results:** It was emerged forty codes from data, which composed four categories: "Aging and become family caregiver," "Family support", "The elderly caregiver who daily takes care of an elderly at home and the health team" and "The spiritual dimension influencing the life and the process of caring for an elderly family caregiver" that was constituted the central category of the study. The central category has allowed to understand how the elderly family caregiver experiences the process of taking care of an also elderly familiar at home, even facing negative repercussions, such as lack of family support, and the difficulties experienced in everyday life, such as lack of institutionalized support to caring for others. Regardless of whether or not having the family or institutionalized support, it can find empowerment for daily facing the challenges of being a caregiver through the religiosity/spirituality. In this stage of life, there is a modification in the perspective of a materialistic and pragmatic worldview to a cosmic and transcendent vision. While seeking support in a metaphysical force, the participants used the spiritual religious coping, which are the strategies used to cope with situations that may arise in their lives and assign the sacred the strength in order to persevere and continue treading their way. Aging and caring for one or more elderly people at home. **Conclusion:** Religiosity/spirituality from the elderly caregiver proved to be an important strategy used as a support to face the adversities of life. It is recommended that spiritual dimension should be considered as an element to assist in the health care process, considering this stage of life, the spirituality is accentuated because the elderly is introspective. He rethinks and evaluates all his life. The findings reinforce the need of public policies for the attention to family caregivers of elderly people, especially the elderly who takes care of another elderly in the household. As a contribution to their practice, reinforces the relevance of spirituality topic in training curriculum for health professionals.

Keywords: Caregivers. Elderly. Spirituality. Home care. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pirâmide etária brasileira no ano de 2000.....	21
Figura 2 – Pirâmide etária brasileira no ano de 2010.....	22
Figura 3 – Pirâmide etária brasileira para o ano de 2050.....	22

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos Cuidadores familiares idosos, com seus respectivos idosos dependentes de cuidados, participantes da pesquisa, por características individuais. Juiz de Fora – MG, 2015.....	73
Quadro 2 – Codificação aberta: geração de 40 códigos relacionados à questão em investigação.....	93
Quadro 3 – Codificação axial: formando conceitos sobre o contexto de vida do cuidador familiar idoso	99
Quadro 4 – Codificação seletiva: A vida do idoso e o processo de cuidar de um familiar também idoso no domicílio.....	103
Quadro 5 – Estratégias de <i>coping</i> religioso positivo utilizado pelo cuidador familiar idoso.....	114
Quadro 6 – Instrumento para acessar a dimensão espiritual.....	163

LISTA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1 – Relação entre as categorias do estudo, destacando a categoria central.....	107
DIAGRAMA 2 – A dimensão espiritual influenciando o autocuidado e o processo de cuidar de um cuidador familiar idoso - categoria central.....	111
DIAGRAMA 3 – Envelhecer e se tornar cuidador familiar.....	122
DIAGRAMA 4 – O apoio familiar.....	137
DIAGRAMA 5 – O cuidador idoso que cuida diariamente de um idoso no domicílio e a equipe de saúde.....	150
DIAGRAMA 6 – Conexões e interconexões para a aproximação de um modelo teórico para o cuidado integral do binômio: cuidador familiar idoso e familiar idoso cuidado na atenção primária em saúde.....	165

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACISPES	Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar tipo1
AD2	Atenção Domiciliar tipo2
AD3	Atenção Domiciliar tipo3
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FACENF	Faculdade de Enfermagem
GAPESE	Grupo de Estudos e Pesquisas em Autocuidado e Processo Educativo em Saúde e Enfermagem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

CAMINHOS QUE ME TROUXERAM ATÉ AQUI.....	18
1 INTRODUÇÃO.....	23
1.1 AGENDA NACIONAL DE PRIORIDADES DE PESQUISA EM SAÚDE.....	27
2 OBJETIVOS.....	29
2.1 GERAL.....	29
2.2 ESPECÍFICOS.....	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
3.1 POLÍTICA DE ATENÇÃO AO IDOSO.....	30
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	31
3.3 ATENÇÃO DOMICILIAR.....	36
3.4 O CUIDADOR FAMILIAR IDOSO NO PROCESSO DE CUIDAR DO OUTRO.....	38
3.5 A FAMÍLIA E A SAÚDE DO IDOSO NO DOMICÍLIO.....	43
3.6 ESPIRITUALIDADE E SAÚDE	47
3.6.1 Espiritualidade do idoso.....	54
4 CAMINHO METODOLÓGICO	58
4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM TEÓRICO - METODOLÓGICA	58
4.1.1 Grounded Theory (Teoria Fundamentalada Nos Dados).....	58
4.2 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO.....	65
4.2.1 Cenário da pesquisa.....	65
4.2.2 Participantes da pesquisa.....	66
4.2.3 Coleta de dados.....	67
4.2.4 Cuidados éticos.....	70
5 O CONTEXTO DE VIDA DOS CUIDADORES IDOSOS NO PROCESSO DE CUIDAR DE OUTRO IDOSO NO DOMICÍLIO E SEUS DESAFIOS – ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	72
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES IDOSOS.....	72
5.2. APRESENTANDO OS CUIDADORES EM SEU COTIDIANO.....	74
5.3 CODIFICAÇÃO ABERTA.....	92
5.4 CODIFICAÇÃO AXIAL.....	99

5.5 CODIFICAÇÃO SELETIVA.....	103
5.6 A DIMENSÃO ESPIRITUAL INFLUENCIANDO A VIDA E O PROCESSO DE CUIDAR DO CUIDADOR FAMILIAR IDOSO.....	108
5.6.1 Espiritualidade/Religiosidade: alicerce para a vida do idoso.....	111
5.6.2 A dimensão espiritual: força e motivação para continuar cuidando do outro.....	118
5.7 ENVELHECER E SE TORNAR CUIDADOR FAMILIAR.....	121
5.7.1 O processo de cuidar do outro no cotidiano.....	122
5.7.2 Ser cuidador familiar e suas implicações para a saúde e o autocuidado.....	129
5.8 O APOIO FAMILIAR.....	136
5.8.1 O apoio familiar influenciando positivamente no processo de cuidar do outro.....	137
5.8.2 Ausência de apoio familiar influenciando negativamente na saúde do cuidador..	140
5.9 CUIDADOR IDOSO QUE CUIDA DIARIAMENTE DE UM IDOSO DEPENDENTE, A SAÚDE E A EQUIPE DE SAÚDE.....	149
5.9.1 Os serviços de saúde e a necessidade de atenção domiciliar.....	150
5.9.2 Contribuições da equipe de saúde para o cuidado integral do binômio cuidador idoso-idoso dependente.....	155
6 CONEXÕES E INTERCONEXÕES PARA A APROXIMAÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO PARA O CUIDADO INTEGRAL DO BINÔMIO: CUIDADOR FAMILIAR IDOSO E FAMILIAR IDOSO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	164
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E QUESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS.....	168
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
REFERÊNCIAS.....	172
APÊNDICE.....	188
ANEXO.....	195

CAMINHOS QUE ME TROUXERAM ATÉ AQUI

Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.

Chico Xavier

A preocupação especial com o outro vem se consolidando em minha trajetória de vida, mesmo antes da vivência acadêmica. Desde bem jovem, de forma empírica, desenvolvi habilidades para prestar cuidados às pessoas da minha convivência próxima e, por isso, eu era chamada, quando alguém da vizinhança adoecia e até mesmo para ajudar na preparação do corpo de vizinhos idosos que faleciam. Ingressei no curso de graduação em enfermagem, na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em 1996 e, após concluir o curso, iniciei minha vida profissional, ainda em Juiz de Fora, onde trabalhei, durante alguns meses, que foram riquíssimos, na área de psiquiatria, o que só confirmou para mim que, para se prestar um cuidado integral, não é preciso se desvincular da dimensão espiritual, pois, para cuidar, precisamos estar com o outro.

Em 2001, mudei-me para uma cidade no Acre, Cruzeiro do Sul, que fica na região Norte do Brasil, localizada no Extremo-ocidental do país, fazendo fronteira com o Peru. Lá vivi por dez anos, conjugando a vida pessoal com o trabalho em enfermagem, na assistência direta ao paciente, em um Hospital Geral e Maternidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O trabalho como consultora da UNESCO e na área de Saúde Coletiva, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi uma grande experiência profissional, pois trabalhar na ESF é, sem dúvida, genial. Assim, nós nos descobrimos fazendo parte do dia a dia daquele que, até então, conhecíamos apenas em uma situação de saúde, dentro de uma unidade hospitalar. Com o trabalho na ESF, passamos a entrar na casa das pessoas, conhecer o seu cotidiano e entendê-las, neste contexto, como seres de extrema relevância para o processo de cuidar em saúde. Naquele cotidiano, durante as visitas domiciliares, comecei a perceber que idosos cuidavam sozinhos de outro idoso e, a meu ver, essa não era uma tarefa nada fácil.

Faltam-me palavras para explicar o que foi trabalhar na região Amazônica: foi um período de intenso aprendizado, num lugar com culturas diversas, que se mesclavam com naturalidade. A partir daí, pude vivenciar experiências distintas, trabalhando com

comunidades rurais, ribeirinhas e indígenas. Que riqueza! Como aprendi com aquelas pessoas!

A importância de se perceber o outro por meio das dimensões biopsicossociais e espirituais sempre esteve presente em minha vida profissional, pois nunca consegui conceber a atenção em saúde sem o devido olhar para a individualidade de cada pessoa que por minhas mãos passaram, com suas diferenças culturais e de credo. A própria clientela, com uma diversidade cultural acentuada, foi corroborando, ao longo do tempo, para que eu pudesse apreender, a cada dia, a importância de se ver o outro como um ser único, com suas individualidades e crenças, e que estas devem ser respeitadas pelos profissionais de saúde.

Em 2009, o curso da minha vida foi alterado por um concurso que realizei na Universidade Federal do Acre, quando deixei a assistência direta ao paciente e assumi o papel de docente na Universidade Federal do Acre. Ainda incipiente, com apenas alguns meses de docência, voltei a minha terra natal, agora como docente da carreira do magistério superior, na Universidade Federal de Juiz de Fora, na Faculdade de Enfermagem (FACENF). Logo que cheguei, fui lotada nos Departamentos de Enfermagem Básica e Enfermagem Aplicada, onde ministrei aulas práticas e teóricas, na disciplina de Saúde Mental, onde tive a oportunidade de criar um grupo de prática de Saúde Mental na Atenção Primária, campo que pode mostrar aos alunos a importância de se trabalhar a Saúde mental, independentemente da área de atuação. No outro departamento, comecei com aulas práticas, nas disciplinas de Fundamentos de Enfermagem II e Administração de Enfermagem I e II.

Quantas mudanças em tão pouco tempo. Até então, na verdade, eu ainda não sabia o tamanho da responsabilidade que estava assumindo. Logo comecei a perceber como precisava me esforçar para me capacitar. Então a luta começou, com as dificuldades para uma melhor compreensão do inglês e para a concepção do pré-projeto, afinal, até aqui, eu não tinha familiaridade com a vida acadêmica e com a pesquisa, pois faço parte da última turma de enfermagem da UFJF que não teve que realizar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Muitos foram os embates, as lutas, por vezes interiores; muitas vezes pensei em desistir, pela pressão sofrida de forma externa e interna. Mas, enfim, estou aqui e, como não poderia deixar de ser, sou persistente, sigo firme atrás dos meus objetivos. No início era difícil, não conseguia nem descobrir algo que pudesse ser objeto da minha pesquisa o que, como venho aprendendo, teria que ser algo que me motivasse, pois um pesquisador deve ser motivado por uma inquietação que o faça transpor qualquer dificuldade para o alcance do seu objetivo.

Depois de duas tentativas em seleções em outro Programa de Pós-graduação, das quais participei até a fase de entrevista, mas não obtive êxito, comecei a fazer parte do Grupo de Estudos e Pesquisas em Autocuidado e Processo Educativo em Saúde e Enfermagem (GAPESE), no ano de 2012. Foi quando despertou em mim um interesse especial pela área de gerontologia, mas ainda sem conseguir definir um objeto de estudo. A minha dificuldade tornava-se ainda maior, por ter uma grande facilidade de adaptação, o que faz com que eu tenha diversas áreas de interesse.

Durante uma reunião do grupo de pesquisa, após discussões sobre o processo de autocuidado dos pacientes após a alta hospitalar, comecei a imaginar como seria a vida do cuidador que é idoso e tem por responsabilidade os cuidados com outro idoso. A partir daí, passei a estabelecer uma ponte com a minha prática cotidiana como enfermeira assistencial, no norte do Brasil, quando trabalhava na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ao realizar as visitas domiciliares (VD) às famílias da área de atuação, observava que muitos idosos tinham como cuidador principal um familiar idoso que, geralmente, eram cônjuges ou companheiras (os) e filhas que, por sua vez, também conviviam com agravos à saúde, suscitando certo grau de dificuldade para a realização dos cuidados com o outro e consigo próprios. Esses cuidadores demonstravam despreparo para cuidar de um familiar idoso dependente, no domicílio, como também para cuidar de si. A maioria deles expressava conforto quando o ser cuidado hospitalizava-se, relatando que, dessa forma, dividiam as tarefas do cuidado com a equipe de enfermagem e, principalmente, não se sentiam tão sozinhos e vulneráveis.

Atualmente, durante minha atuação como docente de enfermagem no departamento de Enfermagem Básica, na disciplina de Fundamentos de Enfermagem II, e também em um Projeto de Extensão com ênfase para a saúde da pessoa Idosa na Atenção Primária à Saúde (APS), pude observar, assistematicamente, as mesmas situações, que passaram a provocar inquietações, despertando-me o interesse em compreender como pessoas idosas, que cuidam de um familiar idoso no domicílio, realizam o autocuidado, como buscam alívio para as tensões do dia a dia? Como se sentem na vida cotidiana com a responsabilidade que representa assumir os cuidados do outro? E, concomitante a esta questão, surgem outras: recebem visitas as domiciliares do(a) enfermeiro(a) da ESF? Recebem apoio de enfermagem institucionalizado para as tarefas de cuidado que realizam? Como solucionam suas necessidades de cuidados de saúde, quando se esgota a sua capacidade física e emocional de autocuidar-se?

Um pressuposto é que, para o bom desempenho nos cuidados com um idoso, os profissionais de saúde, amparados por uma política de saúde, devem ofertar as orientações, o

apoio e a educação, conforme as necessidades e as demandas dos cuidadores e dos idosos de quem cuidam. O autocuidado torna-se uma meta, sobretudo na perspectiva terapêutica, quando se mostra frágil a relação da família com o processo-saúde-doença-cuidado, o que evidencia demandas reais para acompanhar um tratamento prescrito. Outro pressuposto é que o acompanhamento de enfermagem precisa estender-se ao cuidador, apoiando-se na premissa de que a atividade de cuidar de um idoso dependente gera desgaste e tensão, incorrendo em comprometimento da saúde física, mental e social do cuidador.

1 INTRODUÇÃO

A verdadeira riqueza é a do espírito sedimentada pela generosidade, a abnegação, o amor dedicado, com consciência de que está realizando a missão da vida.

Leocádio José Correia

Esta pesquisa tem como foco o processo de cuidar de um idoso por um familiar também idoso, no domicílio.

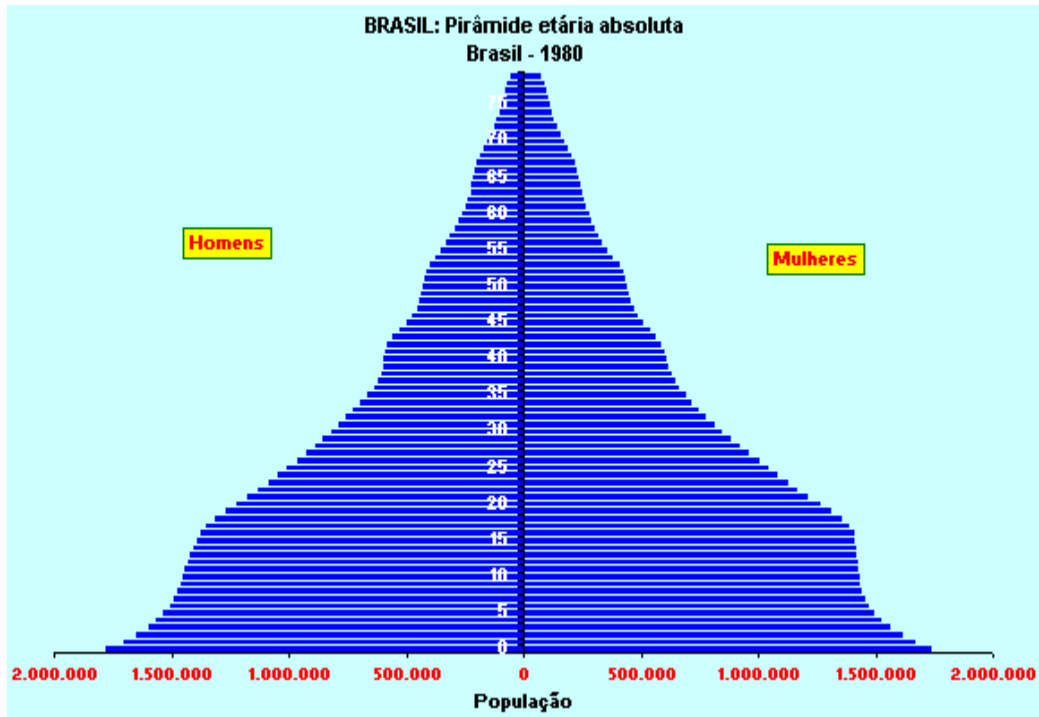
A última metade do século XX assistiu a uma transição demográfica, agora compreendida como a revolução da longevidade, em que mais pessoas vivem muito mais tempo (Butler, 2008). De acordo com dados das Nações Unidas (2012), existia, no mundo, cerca de 810 milhões de pessoas com idade igual ou maior a 60 anos, e esse número deverá crescer para mais de 2 bilhões em 2050. Será quando, pela primeira vez na história, os idosos superarão o número de crianças (0-14 anos). A Ásia tem mais da metade (55%) das pessoas mais velhas do mundo, seguida pela Europa, com 21%. Os dados mostram, ainda, que, apesar de o processo de envelhecimento estar evoluindo rapidamente nos países desenvolvidos, as regiões menos desenvolvidas também irão experimentar o mesmo processo de transição de forma rápida, em um curto período de tempo (UNITED NATIONS, 2012).

O mundo vive um processo histórico de transição demográfica que tem por fator colaborativo a redução das taxas de natalidade e mortalidade, resultando em populações mais velhas em todo o mundo. Até 2050, uma em cada cinco pessoas terá 60 anos ou mais de idade. Frente a esse fenômeno, a comunidade global reconheceu a necessidade de integrar o processo do envelhecimento mundial, num contexto mais alargado de desenvolvimento, e de conceber políticas com base num “percurso de vida” mais extenso e numa perspectiva de sociedade alargada. A ideia é a de criar uma nova imagem para o envelhecimento e transmiti-la ao cenário mundial, por meio de políticas voltadas ao envelhecimento (UNITED NATIONS, 2014).

As pirâmides etárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 despontam para o aumento do número de pessoas idosas no Brasil, o que seguirá se elevando nos próximos anos. Assim, a representação da população em 1980 era em forma triangular, com base alargada e pico estreito, modificando-se em 2010 e que seguirá se transformando, conforme projeções para 2050, quando deixará de ter a forma de um triângulo. De acordo com as pirâmides etárias do IBGE, vistas nas Figuras 1, 2 e 3, pode-se comparar as projeções

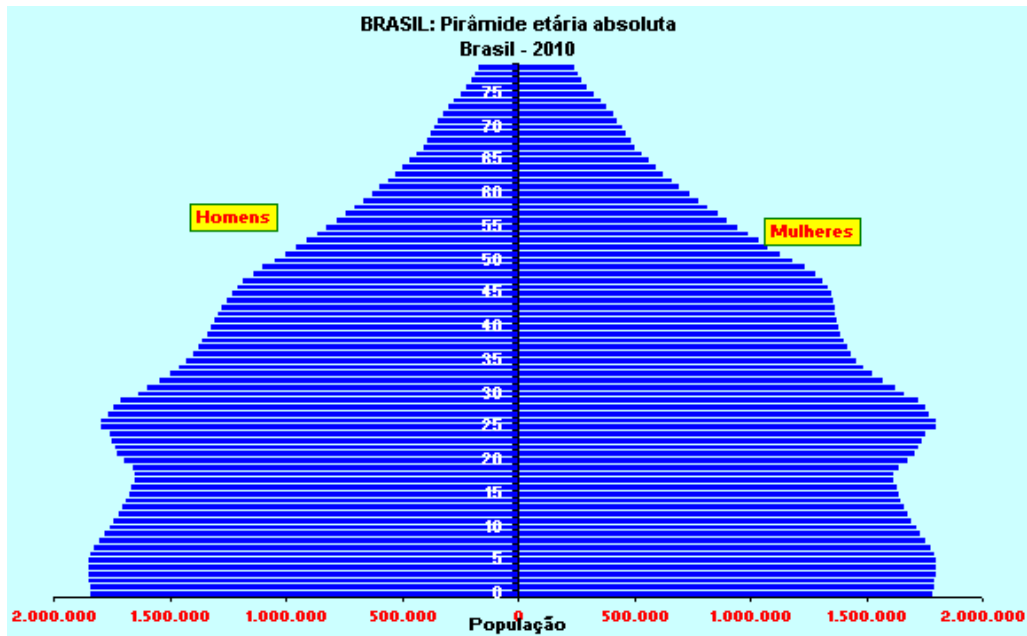
populacionais brasileiras em três momentos distintos, retrospectivos e prospectivos (IBGE, 2013):

Figura 1: Pirâmide etária brasileira no ano de 1980



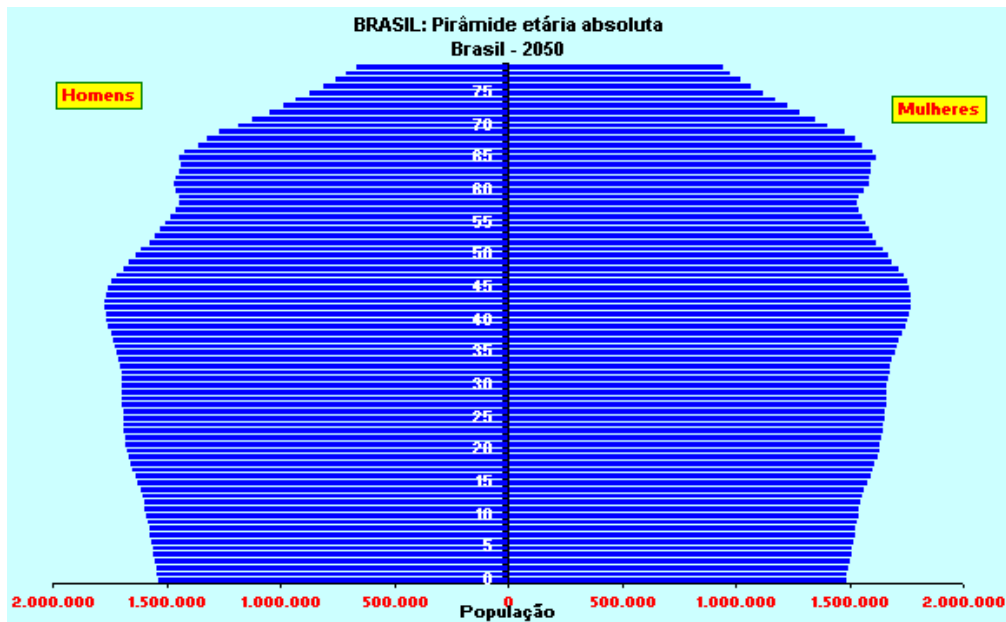
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Figura 2: Pirâmide etária brasileira no ano de 2010



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Figura 3: Pirâmide etária brasileira para o ano de 2050



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Para Vasconcelos e Gomes (2012), o processo de transição demográfica no Brasil pode ser explicado pela ocorrência de alguns fenômenos a partir de 1950: quedas nos níveis

de mortalidade, natalidade, bem como na de fecundidade, caracterizando, assim, o aumento da expectativa de vida e de sobrevida em idades avançadas, o que, de acordo com Gonzaga (2014), está relacionado aos avanços na área de saúde, assim como ao investimento em saneamento e educação.

Análogo ao fenômeno de transição demográfica é, no país, o processo de transição epidemiológica, quando as doenças infecciosas são controladas por vacinas, drogas e medidas de saneamento, diminuindo a incidência de doenças, inclusive as crônicas não transmissíveis, cujas causas externas passaram a prevalecer, atingindo principalmente a população idosa. (CHAIMOWICZ, 2013).

Ainda por meio da análise dos dados do IBGE (2010a), observa-se que o índice de envelhecimento “baliza” para as mudanças na composição etária da população brasileira. Em 2010, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, existiam aproximadamente 31 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, a expectativa é que o quadro mudará e, para cada 100 crianças de 0 a 14 anos, existirão aproximadamente 172 idosos. Um dado importante, segundo o IBGE (2008), refere-se à região Sudeste, onde se concentra aproximadamente 9,4 milhões de pessoas idosas, sendo 2,2 milhões em Minas Gerais (IBGE, 2009).

No município de Juiz de Fora – Minas Gerais (MG), a situação não se distingue do perfil populacional global, seguindo a tendência mundial, com a desaceleração da taxa de crescimento e evolução da pirâmide etária nas faixas de maior idade. De acordo com os números do IBGE, 13,7% da população juizforana têm idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2010b). Ao traçar um paralelo com Uberlândia-MG, que possui número de habitantes levemente superior ao de Juiz de Fora, 604.013, esta se sobrepõe àquela, que possui 12,4% de cidadãos com 60 anos ou mais (IBGE, 2010c). Mantém ainda, média maior que o Estado de Minas Gerais com 11,9% (IBGE, 2010d). O índice de idosos em Juiz de Fora também supera o percentual nacional: os idosos representam 20.566.363 dos brasileiros, totalizando 11% da população (IBGE, 2010e).

Chaimowicz (2013) apresenta uma análise de que o Brasil está rumo a uma revolução etária e que, em 25 anos, terá o título de “país envelhecido”, estando às voltas com o controle da mortalidade infantil e epidemias de dengue e febre amarela, sendo, concomitantemente e cada vez mais, atingido pelos casos de depressão em idosos, doença de Parkinson e doença de Alzheimer. Daí que se pode conceituar o envelhecimento como um processo natural e progressivo, que distingue uma etapa da vida composta por diversas alterações, sendo elas: físicas, mentais e sociais, decorrentes do desgaste natural das estruturas corporais, psíquicas e cognitivas (FRIES; PEREIRA, 2011).

Observa-se um abismo no que se refere à prática e ao discurso sobre modelos hierarquizados por complexidade, com o intuito de se ter um cuidado integralizado com todos os idosos. E, para os autores, a própria idade passa a ser o principal fator de risco para a maioria das doenças que acometem o indivíduo idoso (VERAS; CALDAS, 2004). Um estudo aponta que as “condições crônicas” abrangem uma categoria extremamente vasta de agravos que oferecem pontos comuns: são persistentes e necessitam de certo nível de cuidados permanentes, exigindo mudanças no estilo de vida e gerenciamento da saúde (CARREIRA; RODRIGUES, 2010).

Decorrente dos diversos agravos que podem acometer à saúde e, principalmente, sem um acompanhamento, o indivíduo poderá desenvolver a incapacidade funcional, que pode ser conceituada como uma dificuldade ou a necessidade de auxílio para o sujeito realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD); ou mesmo as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), imprescindíveis para uma vida independente na comunidade como, por exemplo, as tarefas relacionadas à mobilidade (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008, 2010; FREITAS et al., 2012; BARBOSA et al., 2014)

Ainda para os autores supracitados, as ABVD consistem nas tarefas de autocuidado, tais como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, deitar-se na/levantar-se da cama, usar o sanitário, ir de um cômodo a outro caminhando, frequentemente utilizados como indicadores de incapacidade funcional; e as AIVD são tarefas adaptativas ou indispensáveis para a vida independente na sociedade, por exemplo: realizar compras, telefonar, utilizar o transporte, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição, gerir o próprio dinheiro (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; FREITAS et al., 2012; BARBOSA et al., 2014).

Para Santos (2014), as pessoas idosas passam por várias transformações ao envelhecer, e, quando se deparam com o diagnóstico de uma doença crônica, para o seu enfrentamento, podem ingressar em um estágio de desequilíbrio, o qual deve ser explicado dentro de uma ótica construtiva pelos profissionais da saúde. Além disso, com o passar dos anos e em decorrência do crescimento progressivo do número de idosos, o papel de cuidador vem sendo resgatado, visto que este é o que, no espaço doméstico, realiza ou auxilia o idoso a realizar suas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AVID), com o objetivo da preservação de sua autonomia e de sua independência (MAZZA; LÈFEVRE, 2005; VIEIRA et al., 2011).

Justifica-se o desenvolvimento desta pesquisa, tendo em vista, ainda, a premência de que os campos da política, planejamento e das práticas de saúde voltem o olhar para a família, especialmente para aquela que compartilha com o Estado o ônus com os cuidados de saúde.

A assistência aos idosos é um dos focos de atenção da ESF e, como já mencionado, é relevante que se amplie aos seus cuidadores. Para tanto, os profissionais da equipe devem estar preparados com as habilidades demandadas para o cuidado de saúde requerido pela atenção domiciliar, contribuindo para o alcance dos objetivos postos pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que é o desafio da atualidade para as Equipes.

1.1 AGENDA NACIONAL DE PRIORIDADES DE PESQUISA EM SAÚDE

Atualmente, as pesquisas na área da atenção ao idoso estão incluídas como prioridade para o Ministério da Saúde (FERNANDES; SOARES, 2012). Por ser considerado um fenômeno de proporção mundial, o tema “envelhecimento populacional” é tratado de forma recorrente em diversos países, incluindo o Brasil, visto que o assunto origina alusões relevantes aos níveis sociais e econômicos à vida da população e aos cofres públicos (CHAIMOWICZ, 2013).

Surge, então, a construção e implementação da Agenda Nacional de Prioridades de pesquisa em Saúde, que é “um processo político que busca, em todas as suas etapas, a ampla participação de atores com experiências e linguagens distintas tanto da pesquisa como da saúde” (BRASIL, 2008a, P. 5). A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde tem como pressuposto “respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais” (Brasil, 2008a, p. 13). Essa agenda estabelece-se como o primeiro exercício de definição de prioridades de pesquisa em saúde realizada no Brasil.

A discussão no entorno da Agenda é uma ação relevante para legitimar esse instrumento na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, permitindo que prioridades de pesquisa em saúde estejam em consonância com os princípios do SUS. Seus pressupostos são a respeito das necessidades nacionais e regionais de saúde, bem como têm o intuito de ampliar a indução seletiva para a produção de conhecimentos nas áreas de prioridades para o desenvolvimento das políticas sociais (BRASIL, 2008a).

A importância do estudo sobre o envelhecimento decorre da necessidade de se realizar investigações num campo sobre o qual, até então, tem-se pouco domínio e conhecimento. Sua abordagem na atenção primária em saúde está centralizada na interface sócio-política com a atenção à saúde, cujas investigações têm sido desenvolvidas de forma isolada, sendo esse um

dos temas que mais geram interesse, em decorrência da crescente demanda da população que envelhece (FERNANDES; SOARES, 2012).

Assim, a realização de estudos e pesquisas centradas na área de Enfermagem, tendo como enfoque tanto o idoso como o cuidador, especialmente o informal, torna-se cada vez mais importante, diante do contexto de envelhecimento e de aumento das demandas de atenção domiciliar em que vivemos. A temática em questão encontra-se no âmbito das prioridades da área de Saúde do Idoso, na Agenda Nacional de Pesquisa, no item “6.1.2.1 Estudos sobre o papel do idoso como cuidador” (BRASIL, 2008a, p.19).

Considera-se este estudo relevante, pela necessidade de se fundamentar os cuidados primários de saúde, que representam papel essencial na manutenção da continuidade da assistência aos idosos e aos seus cuidadores também idosos, vinculados à assistência domiciliar. É necessário colher o ponto de vista dos sujeitos acerca de suas necessidades e demandas, no âmbito dessa nova modalidade assistencial, de acordo com o que tem potencialidade para a evolução da prática de saúde e, em particular, da enfermagem.

Espera-se contribuir com a construção de conhecimentos sobre as necessidades de cuidados demandadas pelo usuário idoso que cuida de outro idoso no domicílio, visando fortalecer o trabalho de promoção em saúde, priorizado pela legislação do SUS, bem estar em consonância com os princípios da universalidade e da integralidade do cuidado. Assim, ao reportarmos a integralidade do cuidado, não podemos deixar de destacar que a dimensão espiritual é intrínseca ao ser humano, reconhecível quando surge como necessidade e, logo, inerente aos cuidados de enfermagem. Contudo, os enfermeiros demonstram insegurança e subjetividade quando definem conceitos ditos subjetivos, tais como a dimensão espiritual, tanto, que insistem em suprimi-la, na maioria das vezes, durante a assistência prestada.

Acredita-se que, ao se investir nesta pesquisa, bem como na divulgação de suas produções, dar-se-á uma maior visibilidade ao discurso científico e, conseqüentemente, garantir-se-á a confiabilidade das práticas. Nessa perspectiva, considera-se que a investigação poderá contribuir para o conhecimento e a integração de várias dimensões na prática das equipes de saúde, com ênfase nos cuidados de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

Analisar os elementos que constituem o processo de cuidar de um idoso, no domicílio, por um familiar também idoso.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Analisar como idosos que cuidam de um familiar idoso cuidam de si;
- Identificar quais são as estratégias utilizadas pelos cuidadores para o alívio das tensões relacionadas ao processo de cuidar;
- Observar quais são as facilidades e as dificuldades do cuidador idoso no cuidado diário de seu familiar;
- Desenvolver um fluxograma teórico sobre o processo de cuidar, no domicílio, por idosos que cuidam de um familiar idoso.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência.
Leonardo Boff, 1999

3.1 POLÍTICA DE ATENÇÃO AO IDOSO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado idoso todo o indivíduo com 60 anos de idade ou mais, caso viva em países em desenvolvimento, e esse limite passa a ser 65 anos de idade, caso se trate de países desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984). No Brasil, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) seguiu o mesmo critério de idade cronológica, definindo a pessoa idosa como aquela com 60 anos de idade ou mais.

A revisão preliminar da literatura sobre a Legislação Brasileira no que concerne a pessoas com 60 anos de idade ou mais mostra que o processo de envelhecimento no Brasil, sob a perspectiva legal, inclui a Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), tendo sido promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, por meio do decreto 1.948/1996, de 03/07/1996. A lei, assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atenção do SUS (BRASIL, 2010). Seu objetivo principal foi criar condições favoráveis para se obter a longevidade com qualidade de vida.

Já, em 1999, foi promulgada a Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, que aprovou a proposta da política de saúde do idoso pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999). Constata-se, como citado na portaria anterior, que o retorno ao modelo de cuidados no domicílio, amplamente discutido, não pode ter como único intuito baratear custos ou mesmo transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação, informação e assessoria de especialistas (BRASIL, 1999).

Em 2002, foi proposta a organização e implantação de redes estaduais de assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, foram criadas as normas para cadastramento de centros de referência em atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2006a).

A Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do idoso, foi aprovada e sancionada, ampliando a resposta do Estado e da Sociedade às necessidades da população idosa, mas não trouxe meios para financiar as ações propostas. O capítulo IV enfocou, especificamente, o papel do SUS na atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, com a garantia de acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. (BRASIL, 2003). A vigência do Estatuto e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos e ampliação da ESF revelaram a presença de idosos e famílias frágeis, em situação de vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das redes estaduais de assistência à saúde do idoso tornando imprescindível a readequação da PNSI (BRASIL, 2006a).

Em fevereiro de 2006, foram publicadas, por meio da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, as Diretrizes do Pacto pela Saúde, contemplando o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso passou a ser vista como uma das seis prioridades pactuadas, nas três esferas de governo, sendo proposta uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas diretrizes, sendo uma delas a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006b). Frente ao acima citado, surgiu a Portaria GM/MS Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com a finalidade principal de:

“recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade” (BRASIL, 2006a p. 3).

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta, na “Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde”, na cidade de Alma-Ata, no

Cazaquistão, antiga União Soviética, em 1978, quando propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros, para atingir o maior nível de saúde possível, até o ano 2000. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. A Declaração de Alma-Ata, como foi denominado o acordo assinado por 134 países, defendia a seguinte definição de APS, aqui designada como cuidados primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DE ALMA ATA, 1978).

Logo, começaram a surgir diversas definições para a caracterização da APS. Para Starfield, pesquisadora da atenção primária à saúde e referência para o Ministério da Saúde, a APS compõe a base que definirá o trabalho nos outros níveis de acesso ao sistema de saúde, suscitando a organização e racionalização da utilização dos recursos, básicos, assim como os especializados, voltados para a promoção, prevenção e recuperação da saúde (STARFIELD, 2004). Assim, a APS é o nível do sistema de saúde que, preferencialmente, será porta de entrada para o usuário em suas necessidades e problemas e que deverá fornecer a atenção sobre a pessoa e não apenas direcionados à enfermidade, no decorrer do tempo e para todas as condições.

Segundo Gomes *et al.* (2011), de acordo com a declaração de Alma-Ata, a APS compreende entre outras propostas, os principais cuidados à saúde, devendo ser baseados em tecnologias acessíveis, para que possa levar os serviços de saúde ao mais próximo possível de lugares onde habitam e trabalham as pessoas, compondo, assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Nesse sentido, surge a necessidade de criação de sistemas de saúde universais, isto é, que concebe a saúde como um direito humano e, na década de 80 do séc. XX, passou-se a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, bem como das desigualdades entre os diversos países; também estipula que os governos nacionais devem

promover o gerenciamento dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional (MATTA, 2005).

A partir daí, surgiram, no Brasil, experimentos em APS instituídos de forma rudimentar, desde o início do século XX, até culminar com o movimento sanitário, quando as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, incluindo a necessidade de reorientação do modelo assistencial vigente, rompendo, assim, com o modelo médico privatista centrado no indivíduo, que vigorava até o início dos anos 80. Inúmeras foram as experiências que, somadas à constituição do SUS (Brasil, 1988) e sua regulamentação (Brasil, 1990), possibilitaram a construção de uma política de Atenção Básica à Saúde (ABS) que tendesse à reorientação do modelo assistencial, originando uma relação prioritária entre a população e o sistema de saúde (LAVRAS, 2011).

Vários foram os movimentos realizados com o intuito de fortalecer a APS no país, merecendo destaque a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB), pelo Ministério da Saúde, em 2000, a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e do Pacto pela Saúde e Pela Vida, no ano de 2006, documentos que reiteraram, com primazia, a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde (GOMES *et al.*, 2011). Desse modo, a compreensão da APS desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, como pode ser visto na portaria que institui a PNAB, que define a APS como:

Um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social. (Brasil, 2011a).

Atualmente, a estratégia de conformação essencial da APS no Brasil é a saúde da família, que vem recebendo incentivos financeiros com objetivo de ampliar a cobertura populacional bem como à reorganização da atenção. A ESF foi, originalmente, concebida

como Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, fortemente vinculado à situação das comunidades, sendo implantado, inicialmente, em cidades de pequeno porte pelo Ministério da Saúde (MS). A intenção era gerar mudanças no modelo de assistência vigente na época, pautado nas ações médico-curativas, sendo que sua proposta caracterizava-se por ter a família como sua unidade nuclear de atuação, buscando a integração com a comunidade na qual se insere e a intervenção oportuna e precoce. Além disso, fazia-se necessário dar ênfase à prevenção e à educação em saúde., o que deveria então, fortalecer os princípios da universalidade, integralidade e equidade preconizados pelo SUS (BRASIL, 1999a).

Em 1996, o Ministério encetou uma quebra com a denominação de Programa para Estratégia, por confiar que este possuía potencial estratégico para a reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil (CORBO; MOROSINI, 2005). A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo a reorganização da atenção básica no Brasil, em consonância com os princípios do SUS, e é tida pelo MS e pelos gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011a p. 17).

A Saúde da Família é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número determinado de famílias, em determinada área geográfica, e atuam com “ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, além da manutenção da saúde desta comunidade” (BRASIL, 2011a).

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Também podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011a).

Ainda é possível a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde, como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica, com vistas à implantação gradual da ESF, ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica. Cada equipe de Saúde da

Família tem sido ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011a).

No município de Juiz de Fora, a ESF encontra-se em processo de ampliação e enfrenta desafios para se solidificar, dentro os quais estão: a definição do perfil dos profissionais que atuam no PSF; a capacitação específica para os profissionais (especialização); a educação continuada para as equipes; a infraestrutura inadequada das UAPS; a falta de entrosamento entre os membros das equipes (42% relataram essa dificuldade); a remuneração diferenciada entre os profissionais da ESF, causando desconforto nas equipes; a maioria dos profissionais não registrar as atividades executadas; o funcionamento deficiente do sistema de referência e contra referência (SALDANHA, 2008). Saldanha (2008) revela esses desafios em seu estudo e traz à tona elementos importantes para refletir e problematizar a ESF no município. A referida pesquisa buscou avaliar o uso da rede de serviços de saúde em Juiz de Fora, por meio de pesquisas sobre a opinião dos usuários.

O estudo de Barra (2013) identificou que, em 2013, o município possuía 89 equipes de saúde da família, representando uma cobertura de 51,4% de ESF, atendendo uma população de 265.197 pessoas. As equipes alocavam-se em 59 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), distribuídas entre as zonas urbana e rural. Na zona urbana registravam-se 32 Unidades de Saúde da Família (USF), duas UAPS com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e dez UAPS tradicionais. Já na zona rural são cinco USF, nove UAPS tradicionais e uma unidade volante. Denominam-se como tradicionais as unidades de saúde integradas por clínico gerais, ginecologistas obstetras, pediatras e enfermeiras que não trabalham em equipe.

O mesmo estudo salientou que o município tem 76%, de cobertura na APS, revelando, portanto, a existência de 24% de áreas totalmente descobertas, sem ESF e sem Unidade tradicional, impactando, negativamente, na avaliação realizada pelo autor, em todo o sistema de saúde local, comprometendo-se o acesso da população (BARRA, 2013).

Um estudo recente apontou que a atenção primária proporciona uma atenção de forma inespecífica ao idoso, o que impacta diretamente em seu bem-estar. Portanto, há premência de desenvolver programas sociais e assistenciais para atender às necessidades emergentes desse grupo populacional. Essa parcela da população necessita de um olhar que seja direcionado para a funcionalidade e não permaneça centrado na doença, haja vista que, para eles, a saúde

não se resume em controlar e prevenir agravos de doenças crônicas não transmissíveis, mas em um processo de interação entre a saúde física e mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (FERNANDES; SOARES, 2012).

3.3 ATENÇÃO DOMICILIAR

De acordo com o Ministério da Saúde, a Assistência Domiciliar na Atenção Básica/Saúde da Família é uma modalidade da Atenção Domiciliar, inerente ao processo de trabalho das equipes desse ponto de atenção. Ela tem por finalidade responder às necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária (BRASIL, 20011b).

Considerando a necessidade de reformulação da Portaria Nº 2.029/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, que Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, para a readequação de suas normas e diretrizes e para consolidar a modalidade de Atenção domiciliar, criou-se, pelo MS, a portaria nº 2.527, em 27 de outubro de 2011, que redefiniu a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Consta nessa Portaria que a Atenção Domiciliar (AD) consiste em “um dispositivo organizacional e assistencial favorável à concretização de novos modos de produção de cuidado e de intervenção nos diversos pontos da Rede Atenção à Saúde (RAS), implicando em um cuidado centrado no usuário e em suas necessidades”. De acordo com essa política, a AD passou a integrar ações destinadas ao indivíduo no seu domicílio, objetivando a humanização do cuidado, a desospitalização, a minimização dos riscos de infecção hospitalar mediante a redução do tempo de internação, quando esta se tornar necessária (BRASIL, 2011b). Atualmente, a Atenção Domiciliar passou a ser regulamentada pela portaria 963, de 27 de maio de 2013, que definiu a AD como:

Uma nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013 p.1).

De acordo com o Art. 18 dessa Portaria, a AD deve se organizar em três modalidades: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3). No presente trabalho, a ênfase será dada à modalidade AD1, considerando ser ela de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. O Art. 20 caracteriza a AD1 como a modalidade de

atenção responsável pelos usuários que: tenham agravo à saúde controlados/compensados e que possuam dificuldade ou mesmo incapacidade de se locomover a uma unidade de saúde; aqueles que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS); e não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3, descritos na mesma portaria. As equipes das UAPS que executarem as ações na modalidade AD1 terão como apoio os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹, bem como os ambulatórios de especialidades e reabilitação. Os equipamentos, os materiais permanentes e de consumo e os prontuários dos usuários atendidos na modalidade AD1 ficarão guardados na estrutura física das próprias UAPS (BRASIL, 2013). Destaca-se que, no município sede desta pesquisa, os NASF não foram implantados.

Segundo Brito *et al* (2013), a atenção domiciliar é uma estratégia de intervenção em saúde, que possibilita práticas mais próximas do conceito de integralidade, o que, para Mattos (2004 citado por BRITO *et al*, 2013), tem múltiplos sentidos, sendo um deles o da integralidade horizontal, no qual se comprova que as respostas às necessidades dos usuários comumente não são alcançadas por meio de um único contato com o sistema de saúde, tendo necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e acompanhamento do itinerário terapêutico entre eles. O estudo de Brito *et al*. (2013) mostrou a vulnerabilidade da Atenção domiciliar no âmbito da Atenção Primária, pois revelou fragilidades importantes no que se refere à consolidação da modalidade de VD. Os depoimentos dos participantes da referida pesquisa relacionaram essa fragilidade ao cotidiano de trabalho da ESF, o qual é marcado por conflitos organizacionais e assistenciais que afetam o seu processo de trabalho e a realização de suas atividades.

¹Segundo a portaria 2488, de 21/10/2011, o **NASF** é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve, ainda, estar comprometido com a promoção de mudanças na atitude e no desempenho dos profissionais da Saúde da Família e entre sua própria equipe (NASF), incluindo atuação intersetorial e interdisciplinar, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. O NASF deverá ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade da equipe de Saúde da Família.

Em suma, no que concerne à Saúde do Idoso, a legislação voltada para a sua assistência traz contribuições valiosas para esse campo, pois busca a construção de práticas voltadas a uma assistência integral de cuidados, por intermédio do SUS, com atenção especial às doenças que afetam preferencialmente essa faixa etária, com abordagem na prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Após a inclusão da saúde do idoso como uma das seis prioridades, passa a se ter como diretriz a implantação de serviços de atenção domiciliar, com a finalidade de valorizar o efeito positivo do ambiente familiar no processo de recuperação da saúde do idoso, além de proporcionar efeito benéfico para o sistema de saúde, a partir da desospitalização. No entanto, na prática, em um país onde existem deficiências no setor público, em particular na área da Saúde Pública, além de outros como na Seguridade Social, o idoso e sua família permanecem às margens da assistência, com atenção pontual, incipiente e focada no modelo biomédico da assistência, fragmentando o ser, focando-se na cura da doença e esquecendo-se do ser como um todo.

3.4 O CUIDADOR FAMILIAR IDOSO NO PROCESSO DE CUIDAR DO OUTRO

A arte pode ser considerada, primariamente, como uma forma de contato de humano-para-humano, na qual são transmitidos sentimentos. Logo, o cuidar pode ser visto como forma de expressão artística, uma arte, na medida em que, a partir dessa prática, o ser humano passa a ter competência para expressar abertamente sentimentos individuais vividos e que, conseqüentemente, serão experimentados pelo receptor da interação do cuidar. A arte de cuidar surge como forma de comunicação e a própria expressão de sentimentos humanos (WATSON, 2002). “A prática de cuidar é, sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo” (COLLIÈRE, 1999 p.25) e de acordo com Boff (1999, p. 12.):

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

O ato de cuidar implica em respeitar a pessoa em todas as suas peculiaridades, a partir de um olhar individualizado, pois cada pessoa é um ser único com particularidades/vivências próprias e, só a partir dessa reflexão, promove-se uma tomada de decisão, para seu projeto de vida e saúde (WALDOW; BORGES, 2011).

Essencialmente, o cuidar constitui uma forma indispensável de assegurar a continuidade da vida humana, individual e em grupo, fazendo retroceder a morte. Em tempos remotos, o cuidar abrangia atividades tais como cuidar do território, afugentar o inimigo, proteger a família e os bens materiais, sendo essas mais vinculadas ao homem. A mulher, por sua vez, cuidava das crianças, garantindo e conservando a continuidade da vida humana (COLLIÈRE, 1989).

Para Collière (1989), o ato de cuidar tem como essência a manutenção e a continuidade da vida. A pessoa que realiza o cuidado se torna responsável por suprir a incapacidade funcional, temporária ou definitiva do outro, e o que se percebe é que, geralmente, esse papel cabe à família, pois é ela, na pessoa do cuidador familiar, que executa e se responsabiliza pelo cuidado. A responsabilidade de cuidar de idosos dependentes tem sido exposta pelos cuidadores familiares como uma tarefa exaustiva e, por vezes, estressante, devido ao envolvimento afetivo e pela dependência, processo no cuidador prioriza pelo bem-estar físico e psicossocial do idoso e, com isso, restringe o seu próprio viver (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Atualmente, em virtude da sobrecarga do sistema de saúde, verifica-se uma tendência para diminuir ao máximo possível o tempo de permanência dos indivíduos internados nas unidades de saúde e transferir muitos cuidados, que antes eram tidos como hospitalares, para os serviços de Atenção Primária à Saúde e Atenção Domiciliar e, conseqüentemente, para as famílias.

As alterações advindas do processo de envelhecimento podem trazer inúmeros desafios, entre eles, a probabilidade de desenvolver doença e/ou invalidez crônica. Para muitos idosos, isso significa assistir a doença ou deficiência de um ente querido, como o cônjuge e, a partir daí, tornar-se cuidador, o que também pode ser uma ameaça ao bem-estar de quem cuida (POULIN, et al., 2010).

O papel dos cuidadores informais assume, então, importância na sociedade, com implicações significativas nas condições econômicas, sociais e humanas. No entanto, o cuidador torna-se vulnerável a distúrbios psicológicos e pode sofrer um esgotamento, devido à tensão ou sobrecarga, podendo apresentar sintomas como: ansiedade, depressão e diminuição da autoestima, estresse, frustração, reduzida interação social, entre outros. Esses fatores podem desencadear problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, o que requer, então, um olhar direcionado, com o objetivo de proporcionar apoio e orientações necessárias para motivar paciente e cuidador. Busca-se, com isso, conseguir a participação

ativa destes, na terapêutica, com progressos para o paciente e melhoria da qualidade de vida para a família (CABRAL et al., 2014).

De acordo com a Alliance for Aging Research (2011), 65,7 milhões de cuidadores compõem 29% da população adulta dos Estados Unidos e são encontrados em 31% de todas as casas. Destes, quase 49 milhões são cuidadores de um adulto ou paciente idoso, sendo que entre 20 e 25% dos cuidadores possuem 65 anos ou mais (ALLIANCE FOR AGING RESEARCH, 2011).

Os cuidadores idosos enfrentam um duplo risco: o de servir de suporte por meio da prestação de cuidados diários ao ente querido com demasiada frequência e sofrer declínios decorrentes do processo de envelhecimento, que levam ao surgimento de múltiplas condições crônicas e que repercute, diretamente, no bem-estar e na saúde para a díade cuidador-ser cuidado (MCGHAN et al., 2013).

Para Penrod *et al.* (2012), embora o papel de cuidador venha sendo bastante explorado em vários estudos, ainda não há um reconhecimento e forma de apoiar às necessidades dos cuidadores, principalmente a partir de sua perspectiva. Existe uma considerável literatura no entorno dos cuidadores em geral, no entanto, estudos de cuidadores idosos e, ainda, que cuidam de seus cônjuges, é limitado pelo uso de desenhos transversais (LAVELA; ATHER, 2010). Pesquisas futuras deveriam realizar estudos longitudinais, por um período prolongado de acompanhamento, pois, assim, ter-se-á uma compreensão do processo de transições, desafios enfrentados pelos cuidadores idosos, assim como fornecer informações valiosas para esse grupo potencialmente vulnerável dos cuidadores.

O cuidador familiar precisa e merece apoio e valorização por parte das políticas públicas, dos profissionais de saúde, principalmente no que tange à Estratégia de Saúde da Família, servindo de suporte a essa população, ainda mais por ter como um de seus membros o enfermeiro, que pode desenvolver diferentes modalidades de cuidado, destacando-se os grupos de ajuda ou redes que deem suporte a esses cuidadores (CELICH; BATISTELLA, 2007).

Para oferecer uma assistência com qualidade ao cuidador e a seu familiar é necessário conhecer seu contexto de vida, sua cultura e seus sistema de crenças. De acordo com as autoras, em seu estudo, os cuidadores apontaram que uma forma de autocuidado é a fé. Para eles, a fé é uma forma de cuidado consigo e que os auxilia a ter forças e esperança para continuar seu caminho. Por meio da fé em Deus, conseguem munir-se de esperança. Além das crenças em um ser superior, relataram que é fundamental, para continuarem a cuidar, a existência de amor e paciência. A doação e a dedicação estão relacionadas com o sacrifício e

este acontece quando o sujeito abdica-se em prol do amor ao próximo, sem almejar nada em troca (SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014).

No contexto multiprofissional da ESF, destaca-se o processo de cuidar do enfermeiro, cujo planejamento tem por princípio partir das necessidades de saúde da população (indivíduos, família e comunidade). No âmbito da atenção à saúde dos cuidadores familiares, a avaliação sistemática torna-se uma etapa imprescindível, com vistas a explorar outra dimensão, que é o cuidado espiritual, com o intuito de prevenir e detectar, previamente, a fadiga dessas pessoas que cuidam. O cuidar em enfermagem deve passar por “ajudar a outra pessoa a cuidar de si própria favorecendo sua potencialidade existencial de vir a ser” – este é o «cuidado autêntico» (WALDOW, 1995 p.21/2).

A atividade de cuidador vem sendo culturalmente instituída no cenário assistencial aos idosos e, de acordo com o Ministério da Saúde, em sua publicação *O Guia Prático do Cuidador*, este é definido como: “a pessoa da família ou da comunidade, que presta cuidados a outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidado por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração” (BRASIL, 2008b).

A atuação do enfermeiro junto ao idoso se situa no campo da educação para a saúde, no “cuidar”, tendo como base o conhecimento das doenças associadas ao processo de envelhecimento e no retorno da capacidade funcional do idoso, na realização das suas atividades, com o objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar sua independência e bem-estar (DIOGO, 2007).

Ainda, para a autora, o enfermeiro tem a perspectiva de desenvolver seu exercício profissional em uma multiplicidade de serviços, desde a comunidade até as instituições de mais alta complexidade tecnológica. A carga de sua competência estão: educação, cuidado ou assistência direta, assessoria, planejamento e coordenação de serviços, ensino e avaliação das pessoas que executam essas atividades ou daquelas que se preparam para realizá-las. Entre os diversos campos de desempenho do enfermeiro em gerontologia, podemos citar as comunidades, ambulatorios, centros e postos de saúde, domicílios, casas geriátricas, asilos, centros ou hospitais-dia, clínicas e hospitais, entre outros. Um dos aspectos que vale ressaltar é o trabalho em equipe, com a finalidade de assistir integralmente o idoso, ou seja, para atendê-lo também em suas dimensões bio-psíquica e espiritual (DIOGO, 2007).

Estudos realizados no Brasil e no mundo demonstram características culturais significativas, como a função de cuidar ser prestada, na maioria dos casos, pela figura de poucos ou de apenas um único membro, chamado de cuidador principal, que pode ou não ser membro da família, sendo este o que realiza a maior parte dos cuidados prestados ao idoso no

ambiente domiciliar. Também é comum os cuidados serem realizados principalmente por cônjuges e filhas, o que remete às mulheres o papel de “grandes cuidadoras”, a quem foi atribuído esse papel cultural e social, ao cuidar dos filhos, marido e familiares, mas, em muitos casos, esse cuidador é também uma pessoa frágil, já em idade de envelhecimento ou com a saúde debilitada (SARAIVA et al., 2007; SOUZA; CALDAS, 2008; VIEIRA et al., 2011; COUTO, 2013; MCGHAN et al., 2013).

Um estudo transversal, com o objetivo de identificar os correlatos de sobrecarga do cuidador entre cuidadores familiares de idosos americanos coreanos, apontou que os cuidadores do sexo feminino e cônjuges do ser cuidado foram associados a uma maior sobrecarga. Por outro lado, aqueles com maior apoio familiar e maior gestão e eficácia no autocuidado foram associados com menor sobrecarga (CASADO; SACCO, 2012)

Segundo Araújo; Paul; Martins (2009), que fazem referência ao risco de alteração da saúde do cuidador em virtude do desgaste provocado pelas atividades desenvolvidas diariamente no cuidado ao idoso dependente, o papel de cuidador é árduo, fator esse especialmente enfatizado por mulheres idosas cuidadoras do marido idoso. Elas demonstram ficarem tão cansadas que acabam alienadas do mundo, mas, ao mesmo tempo, sentem-se orgulhosas do papel que despenham (SILVA et al., 2014).

De acordo com Seima; Lenardt e Caldas (2014), em estudo quantitativo, de corte transversal e qualitativo descritivo, realizado em Curitiba-PR, em um Centro de Referência em Atendimento em Doença de Alzheimer, os cuidadores relataram que conviver junto ao idoso portador de doenças crônicas, principalmente as degenerativas, torna a rotina desgastante. Ainda para as autoras, um fator decisivo para maiores desgastes dos cuidadores, é a idade avançada. Cuidadores acima de 60 anos, com o desenvolvimento de outras atividades associadas ao cuidar, residir com o idoso e cuidar dele por tempo prolongado, têm maior probabilidade de sofrerem com a sobrecarga que, em geral, levam-nos à privação da vida social, o que também constitui fator que pode determinar o aumento da sobrecarga.

A carga de trabalho sobre o cuidador é, por vezes, significativa. Portanto, é de suma importância a existência de outras opções assistenciais a serem oferecidas às famílias, com o objetivo de se adequar às necessidades emanadas pelos idosos (BRASIL, 2008b). A responsabilidade assumida pelo cuidador permeia, na maioria das vezes, um estado de obrigação, mesmo quando há ajuda de outros familiares, pois o maior compromisso acaba sendo dele. Para vencer tais dificuldades, o cuidador se serve dos conhecimentos do profissional enfermeiro, o qual lhe atribuirá segurança para lidar com as circunstâncias futuras com relação aos cuidados ao doente, preparando o cuidador para a prática dos cuidados

simples, que venham facilitar e diminuir os riscos de agravos do estado clínico do doente sob seus cuidados. (MANOEL *et al.*, 2013).

Adota-se, nesta pesquisa, a concepção de cuidador como sendo a pessoa que prioriza as necessidades de cuidado do outro (BRASIL, 2008b), aquele que tem a função de cuidar de alguém com algum grau de dependência física ou mental e que necessite de ajuda (total ou parcial) para realizar as atividades da vida cotidiana no domicílio (MARCON *et al.*, 2006).

E, no tocante à persistência em seguir um modelo biomédico centrado na doença, é deixado de lado aquele que mais assiste ao doente, “o cuidador”, pois não permite que o seu trabalho tenha a visibilidade merecida e, muito menos, dispõe do apoio necessário para exercer tal função. Sendo o cuidador familiar idoso o principal responsável pela assistência ao nível domiciliar, este trabalho traça o seu perfil, expõe sentimentos, dificuldades, necessidades e recomenda algumas ações que devem ser realizadas pelo sistema formal de saúde.

Portanto, cabe às Políticas Públicas, aos serviços, bem como aos profissionais de saúde a responsabilidade pelo aprimoramento e desenvolvimento de ações que sejam verdadeiramente centradas na família, principalmente no cuidador familiar, muitas vezes idoso, levando em conta o seu contexto de vida, suas crenças e desafios, com vistas a favorecer o processo de cuidado do outro e de si, visto que, muitas vezes, aquele que cuida abdica de sua vida em prol da assistência ao ser-cuidado.

3.5 A FAMÍLIA E A SAÚDE DO IDOSO NO DOMICÍLIO.

Por se tratar de uma instituição social determinada historicamente e que adquire características distintas em um dado contexto sócio-econômico-político, a família tem passado por diversas modificações. Tantas mudanças fazem com que não saibamos exatamente o que é uma família: convivemos com modelos ideais, enquanto vemos a fragmentação progressiva do modelo nuclear: mãe, pai e filhos (SZYMASNKI, 1992).

Frente a tantas mudanças no que se designa família, desponta uma mudança, chamada por Camarano *et al.* (2005) de envelhecimento familiar, indicando que cresce, a cada dia, o número de famílias com a presença de pelo menos um idoso. As mudanças na constituição das famílias refletem uma profunda alteração nos valores anteriormente estabelecidos e nos papéis funcionais vividos por um ou mais membros (LOPES, 2007). A estrutura familiar pode ser nuclear ou conjugal, o que consiste num homem, numa mulher e nos seus filhos, biológicos ou adotados, habitando num ambiente familiar comum.

Atualmente, o que se observa é o aparecimento considerável de um novo modelo familiar, a chamada família monoparental, ou seja, de pais únicos. Essa é uma variação da estrutura nuclear tradicional, devido a mudanças sociais, como divórcio, óbito, abandono de lar, ilegitimidade ou adoção de crianças por uma só pessoa. Podemos citar, também, a família ampliada ou extensa, que consiste em uma estrutura mais ampla, incluindo a família nuclear mais os parentes diretos ou colaterais, existindo uma extensão das relações entre pais e filhos para avós, pais e netos (WHALEY E WONG, 1989).

Assim, a família deve ser considerada como um sistema social uno, composto por um grupo de indivíduos, cada um com seu papel conferido e, embora diferenciados, consubstanciam o funcionamento do sistema como um todo. O mais importante ao se falar de qualquer que seja a estrutura familiar é considerar que, obrigatoriamente, todas terão um papel fundamental na proteção dos seus idosos. Por isso, há que se constatar que a família é muito mais que uma instituição que origina biologicamente um ser; ela é, especialmente, uma teia com distintas características culturais e sociais (ATKINSON; MURRAY, 1989).

Para Symanski (2002 p.9), a família é “uma associação de pessoas que escolhe conviver por razões afetivas e assume um compromisso de cuidado mútuo”. Embora, a relevância de não advir na idealização da família que ainda permeia o imaginário coletivo, na medida em que tal espaço ao mesmo tempo em que é capaz de produzir “cuidados, aprendizado de afetos, construção de identidades, vínculos de pertencimento” (CARVALHO, 2003 p.15), pode gerar também um ambiente hostil, cheio de tirania e desigualdades.

No entanto, para Elsen; Marconi e Silva (2004), a família é um sistema de saúde, do qual fazem parte um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações familiares na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença. E este sistema inclui, também, um processo de cuidar, no qual a família supervisiona a condição de saúde de seus membros, toma decisões quanto ao caminho a seguir, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes, pedindo auxílio a pessoas significativas e/ou profissionais de saúde. Para Sanches e Boemer (2002), ela é parte essencial na constituição da saúde de seus membros, pois tem como função básica o apoio, a segurança e a proteção. A família age afetuosamente, por vezes, fazendo tudo por seus membros; outras vezes possibilita seu crescimento e amadurecimento para que eles sigam seus próprios caminhos (SANCHEZ; BOEMER, 2002).

Collière (1999) menciona que a família é o eixo dos cuidados “(...) que detém em si próprio um valor terapêutico”. Por ser uma unidade viva, é nela que se encontra o maior número de cuidadores informais, com destaque para as mulheres, pois estas desenvolvem este

ofício desde o início da humanidade. Contudo, para outros autores, existem apenas quatro tipos de pessoas no mundo, aqueles que foram responsáveis, aqueles que atualmente são cuidadores, aqueles que se tornarão os cuidadores e os que são dependentes de um cuidador (MCSHERRY; JAMIESON, 2011).

Nos extremos da vida, seja na primeira infância, seja na senectude, encontra-se uma maior limitação social do indivíduo, que passa a depender, por vezes de maneira vital, da sociedade que o envolve e assiste. Como a base e a raiz da estrutura social é a família, pode-se inferir que o estudo do relacionamento do idoso com a família é de primordial importância no estudo das peculiaridades da vida e da saúde nesta fase (LEME, 2007).

Tratar de aspectos que envolvem o envelhecimento sinaliza para a visibilidade que o tema vem conquistando. Para Lopes (2007), rezeamos ficar velhos, pois, embora, cada vez mais, se divulgue a “boa velhice”, explicada por figuras públicas poderosas e sábias, o “velho denegrado” faz parte do nosso dia a dia e, este sim, ronda assustadoramente o nosso imaginário.

De acordo com Lopes e Calderoni (2002), muitas vezes, a família não está preparada para perceber e lidar com tantas transformações que ocorrem com a pessoa que envelhece e, mesmo querendo ajudar, não consegue se posicionar adequadamente. E, quando o familiar assume o papel de cuidador de um idoso, principalmente, quando acometido por uma doença crônica degenerativa, ele passa a experimentar uma cascata de alterações em sua rotina familiar, social, financeira, emocional (SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014).

As famílias, principalmente o cuidador principal, não estão preparadas para dar conta da nova situação, comprometendo ainda mais o quadro clínico do idoso, além da dinâmica familiar que, subitamente, é transformada pela presença de um idoso dependente dentro de casa. Nestes casos, a Estratégia de Saúde da Família torna-se importante aliada, pois, além de integrar os grupos de ajuda mútua, deverá contribuir e auxiliar a detectar, na comunidade, os recursos necessários que ajudem a melhorar a qualidade de assistência e de vida do idoso e de seu cuidador (NARDI; OLIVEIRA, 2008).

Na manutenção do bem-estar da pessoa idosa, a família é apontada por estudiosos como elemento importante, não importando se esse auxílio acontece nas atividades da vida diária ou como suporte emocional (fazer companhia, ajudar a manter ou reatar laços afetivos, etc.). Assim, a família é parte fundamental no conceito da pessoa idosa, como parte do processo de bem-estar, conferindo-lhe a autonomia, integração e sua aceitação na velhice. A vulnerabilidade familiar pode gerar a sua exclusão do convívio social, elevando o risco de surgimento de patologias e, principalmente, os estados depressivos (CAMARANO, 2005).

Indubitavelmente, as pessoas idosas querem continuar mantendo suas casas, independente se é grande ou pequena, simples ou com total conforto, pois é neste ambiente, junto aos seus pertences e recordações, que elas se sentem seguras e autoconfiantes (JARDIM, 2006).

Seguramente, a família tem um papel relevante em garantir o bem-estar dos seus familiares com idade avançada. O ideal seria que todos pudessem permanecer no convívio familiar, porém deve-se considerar que a família, com todos os seus problemas de ordem sociocultural e econômica, dificilmente conseguira assumir sozinha o seu idoso dependente de cuidados. Diante de tal situação, reportamo-nos ao artigo 229 da Constituição Brasileira de 1988, que descreve o dever e a necessidade de assistência entre pais e filhos. “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, os filhos maiores tem o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (BRASIL, 1998). Já no artigo 230, encontramos o dever de amparar à pessoa idosa, cuja responsabilidade deverá compartilhada entre a família, a sociedade e o Estado (BRASIL, 1998).

Para Cecilio (2011), a gestão do cuidado em saúde é o provisionamento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, segundo as necessidades individuais de cada indivíduo, em distintos momentos da vida, com vistas ao seu bem-estar, segurança e autonomia para continuar com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado se dá a partir de cinco dimensões inseparáveis: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, e cada uma delas oferece especificidades que devem ser conhecidas para reflexão e intervenções (CECILIO, 2011).

Ainda para o autor, a dimensão mais nuclear é a dimensão individual da gestão do cuidado em saúde, ou seja, cada pessoa pode ou possui potencial para cuidar de si, enquanto a dimensão familiar da gestão do cuidado é aquela que adquire valores distintos em momentos diferentes da vida das pessoas. Trata-se de uma dimensão da gestão do cuidado em que os atores privilegiados serão as pessoas da família, os amigos e os vizinhos. Em decorrência do processo de envelhecimento acelerado da população brasileira, essa dimensão assumiu relevante importância para os serviços e pesquisas em saúde. Em implicação, surgem as relações muitas vezes conflituosas entre os cuidadores e os seres-cuidados, como consequência da complexidade dos laços familiares, da sobrecarga de trabalho para os cuidadores, das exigências permanentes para a realização do cuidado, entre outras (CECILIO, 2011).

Os profissionais de saúde passaram a ter o olhar voltado para a família e não somente para o indivíduo, pois a família tem papel relevante no estabelecimento e na manutenção da saúde. Portanto, para a ocorrência do efetivo tratamento, a família terá que apoiar as práticas

assistenciais. O surgimento de uma doença, no seio familiar, pode levar a alterações nas rotinas de vida, ocasionando sofrimento e angústia dos familiares e levando a um desequilíbrio no funcionamento habitual das pessoas que ali coabitam, de modo que o envolvimento com a família é importante para a recuperação do paciente. (PENA; GONÇALVES, 2010).

Para melhor atender as novas demandas, torna-se indispensável aos profissionais de saúde considerar, com atenção e critério, as peculiaridades familiares de seu paciente, procurando adaptar às mesmas os seus cuidados de saúde. Nesse sentido, é de suma importância conhecer o contexto de vida, o domicílio, as limitações ambientais, a rotina de funcionamento de horários de trabalho, a dinâmica das refeições, etc. e a disponibilidade de apoio por parte de familiares, empregados ou agregados ao idoso. (LEME, 2007)

Essa reflexão sobre a complexidade da família atual e o reconhecimento da sua importância no apoio à velhice visa a contribuir para a formação de profissionais que venham a interferir nas políticas de saúde, no sentido de colaborar na difícil articulação de demandas individuais, organização familiar e suportes institucionais. (LOPES, 2006). Ao discorrer sobre a concepção necessária do termo “família”, no contexto assistencial do SUS, ele é definido como um sujeito coletivo, com particularidades e vivências de conflitos internos, mas com potencial para inserir-se na elaboração de um plano terapêutico de seu familiar dependente, considerando-se a sua inserção em contextos culturais de cuidados intra e extrafamiliares. Assim, fora dos limites institucionais do sistema de saúde, ao se investir no estímulo ao desenvolvimento de habilidades pessoais para o autocuidado de um familiar dependente, há que se reconhecer que a família evidencia um fenômeno de individualização, ou seja, cada membro desta família tem um mundo em particular que deve ser considerado, assim como as peculiaridades de cada família (CASTRO, 2009).

3.6 ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

O estudo da espiritualidade em relação à saúde faz-se imprescindível, pois as investigações têm mostrado que a religiosidade e a espiritualidade são fatores associados, positivamente, ao bem-estar psicológico, à satisfação em viver, à felicidade e à melhoria da saúde física e mental. A religiosidade dá sentido à vida das pessoas e as auxilia a lidar com o sofrimento e a morte (STROPPA e MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

O tema espiritualidade tem sido objeto de muitos estudos no âmbito acadêmico, ultrapassando a fronteira da Teologia, determinando, assim, outras perspectivas para uma

melhor compreensão desse fenômeno humano. No transcorrer da história da humanidade, observa-se que as experiências espirituais e religiosas se distinguem frente ao período histórico, sendo diretamente influenciada pelo contexto sócio-histórico e cultural da época (SOUZA, 2005; GUIMARÃES, 2006).

Desde os primórdios da civilização, as práticas curativas ou médicas estiveram intensamente ligadas à espiritualidade. Ainda na modernidade, em que a sua consideração e valorização foram proscritas do debate nos ambientes de pesquisa, exercício profissional e ensino da atenção à saúde, a espiritualidade continua importante na motivação e orientação de grande parte dos profissionais de saúde e para os doentes (PENHA, 2008).

Vista através deste caráter místico-religioso, ela era essencialmente desenvolvida por pajés, sacerdotes, magos e feiticeiros, já que as doenças eram percebidas como castigo enviado por Deus ou possessões demoníacas. Por meio de Hipócrates, considerado o “pai da medicina”, as práticas médicas foram absolvidas do misticismo religioso, com base em fundamentos básicos da propedêutica, além das medidas de higiene e nutrição como práticas terapêuticas. Auferia-se uma natureza imaterial no homem, agregada ao corpo, a qual, instintivamente, regulava todas as funções fisiológicas do organismo e, caso houvesse qualquer desequilíbrio, seria desenvolvido algum processo patológico. Consideravam, ainda, outras fontes de energia, ou seja, outras entidades imateriais superiores (psyche, alma, etc.), que estavam arroladas aos aspectos emocionais, à inteligência e à essência espiritual humana (TEIXEIRA, 2013).

A partir do século XVI, com o advento da Era Moderna, inicia-se à medicina científica, com predomínio do modelo cartesiano, para o qual o corpo e a alma são independentes. A relevância dava-se em estudar o funcionamento do corpo humano, equiparando este a uma máquina, ou seja, o corpo humano deveria ser estudado por partes, tal como uma máquina estudada peça a peça. O momento era de se levar em consideração a razão, o mundo moderno era racional e científico, onde imperava o positivismo para a compreensão da vida (VASCONCELOS, 2006). Surgem, neste período de liberdade científica, grandes avanços no campo da biologia experimental, com o surgimento de academias, levando ao incremento da fisiologia, farmacologia, anatomia, novas descobertas para as causas das epidemias, valorização do conceito de higiene, entre outros (PENHA; SILVA, 2009).

Apesar de alguns estudiosos terem previsto que a religiosidade tenderia a diminuir drasticamente ou mesmo desaparecer, percebe-se que não foi o caso, especialmente no continente americano, no qual sobrevém um crescente número de trabalhos publicados

(MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2008). De acordo com Stroppa e Moreira-Almeida (2008), a partir da década de noventa, um grande número de artigos têm sido publicados na literatura acadêmica, nas áreas da saúde e sobre a relação entre religião e saúde. Pesquisadores nacionais e internacionais têm se dedicado a estudos sobre o tema, por meio do desenvolvimento de instrumentos válidos e confiáveis para acessá-lo (PANZINE; ROCHA; BANDEIRA; FLECK, 2007).

Elucidar a definição do termo “espiritualidade” não é tarefa simples, como poderia parecer, pois o vocábulo tem, no ocidente, uma grande carga da tradição, isso é, vem enredado ao significado de religiosidade. Segundo King e Crowther (2004), existe uma tendência a colocar tais expressões como sinônimas, conferindo-lhes sentidos análogos. Contudo, a espiritualidade pode ser conceituada de distintas formas e a partir de diversos pontos de vista, já que é um campo de estudo em formação e que tem atraído um número cada vez maior de interessados (VASCONCELOS, 2006). Vários estudos mostram, com olhares das diversas áreas, dentre enfermeiros, médicos, filósofos, psicólogos e sociólogos, trazendo várias facetas possíveis sobre a abordagem em espiritualidade e religião, conforme a seguir:

Resultados de um estudo de Dyson e Cobb (1997) mostraram que a espiritualidade estava fortemente associada ao conceito de religiosidade, sobretudo pelo fato de que, quando realizaram o estudo, escassas eram as pesquisas voltadas para o tema específico. Os que existiam buscavam uma relação entre influência religiosa e o processo saúde-doença. Por outro lado, ainda nesse estudo, a espiritualidade também foi relacionada ao bom relacionamento com Deus, com o outro e consigo mesmo, no intuito de se alcançar um sentido para a vida (DYSON; COBB 1997).

Para Allport (1950), a experiência religiosa era algo fundamentalmente pessoal, sujeita às leis de evolução psicológica. Para o autor, a religião era um fator importantíssimo na integração da personalidade, alegando que ela era o esforço do homem para unir-se à criação e ao Criador, com o objetivo de ampliar e completar sua própria personalidade. Ainda para o autor, a religião foi descrita sob dois aspectos fundamentais que permeiam a vivência religiosa, que são, respectivamente, a religiosidade intrínseca e a extrínseca. Sendo a extrínseca, ou menos espiritualizada, aquela que se encontra entre os que “herdam” sua crença religiosa, não existindo uma tendência reflexiva durante a escolha pela entidade ou filosofia religiosa e, nesse caso, a divindade costuma tender a um instrumento de satisfação dos desejos impulsivos ou egocêntricos. Já na prática intrínseca ou mais espiritualizada, uma forma de religiosidade associada com a procura por significado, pela unidade e transcendência e por uma busca do máximo do potencial humano, há uma busca em ultrapassar a comodidade e a

convenção social, buscando-se um sentido e um aumento do compromisso com a crença ou religião (ALLPORT, 1950).

Para GEERTZ (1978), a experiência religiosa era compreendida como individual, ou seja, distinta para cada indivíduo, ainda que se compartilhasse da mesma crença. Já para Lotufo Neto (1997), a espiritualidade se dá pela busca que o indivíduo faz para alcançar uma vida plena, com sentido, orientada para algo maior, não material, que está além, pelo qual se descobre alguma forma de dependência ou reconhecimento desse ser superior. A espiritualidade compreenderia o “processo pessoal dirigido a relacionar o si próprio com o poder superior essencial”. Ainda para o autor “Deus, um espírito vivo, pessoal e invisível, criador da vida e o modelo perfeito que deve ser procurado” (LOTUFO NETO, 1997). Dessa forma, a religião é “a instituição humana mais antiga e duradoura”, portanto, inconcebível de separar da história cultural da humanidade. A justificativa para uma duração tão prolongada deve-se ao fato de que a religião deva ter papel de relevância para o indivíduo e a sociedade (LOTUFO NETO, 1997).

A experiência religiosa é única, diferente das vivências do dia a dia, afeta as percepções centrais sobre si próprio e a vida, pode mudar as noções sobre quem você é e o sentido ou significado da sua vida. A experiência religiosa é complexa do ponto de vista psicológico, envolvendo emoções, crenças, atitudes, valores, comportamentos, ambiente social. Ela transcende estas categorias psicológicas e dá ao indivíduo um sentido de integridade (LOTUFO NETO; 1997, p. 3).

A espiritualidade pode ser definida como algo que traz significado e propósito à vida das pessoas e funciona, ainda, como um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Essa definição é encontrada em todas as culturas e sociedades, sendo expressa como uma busca individual, mediante a participação de grupos religiosos que possuem algo em comum, como a fé em Deus, o naturalismo, o humanismo, a família e a arte (PUCHALSKI, 1999).

A base espiritual advém de uma realidade emblemática e fascinante que se apodera do ser humano e manifesta a presença de algo sublime, ao mesmo tempo de forma tão simples, de modo que cria possibilidades para ser vivida no cotidiano. Para Boff (2001), a espiritualidade é a capacidade de experimentar uma força interior capaz de superar as próprias capacidades; é a arte de deixar-se invadir e nortear a vida pela experiência da transcendência. Ainda, para o autor, a espiritualidade assinala o mergulho que fazemos em nós mesmos. A partir do momento em que retornamos ao nosso interior, às vezes por meio de técnicas de

meditação, mergulhamos no mais profundo do nosso ser e, ao experimentamos a realidade como um todo, estamos vivenciando a nossa espiritualidade (BOFF, 2001).

Em seu estudo, Tanyi (2002) identificou que a espiritualidade tem sido compreendida de forma controversa, ora tratada como sinônimo da religiosidade, ora associada às demandas ligadas às crenças religiosas, ora desvinculada radicalmente. Raros foram os achados de uma boa relação entre os dois termos.

Para Hufford (2005), a espiritualidade refere-se ao domínio do espírito (Deus ou deuses, almas, anjos, demônios), algo extrafísico, o que outrora era chamado de sobrenatural. A espiritualidade é uma relação pessoal com o transcendente, num sentido mais geral, inclui a religião e consiste em um aspecto do núcleo da religião. Representa a existência de indivíduos “espiritualizados”, mas não religiosos ou, ainda, indivíduos totalmente céticos, notadamente não espirituais. Ainda para o mesmo autor, a religião seria uma forma institucionalizada da espiritualidade. Religiões são instituições organizadas ao redor do conceito de espírito (HUFFORD, 2005).

Para Dalgarrondo (2008), religiosidade e espiritualidade podem ser compreendidas como dimensões amplas e independentes de designações institucionalizadas de religião. A religiosidade e a espiritualidade são experimentadas, de formas distintas, no desenvolvimento humano, ou seja, a religiosidade sofre transformações ao longo do ciclo vital.

Ao mesmo tempo em que muitos autores aderem à ideia de que a religião pode ser uma forma de espiritualidade, outros, como os citados anteriormente, acreditam que a espiritualidade sempre tem a ver com o transcendente. Por outro lado, alguns autores consideram a possibilidade de uma espiritualidade de cunho imanente, ou seja, não consideram nada além do corpo físico, nem Deus, nem o espírito. De acordo com o filósofo materialista Comte-Sponville (2007), que defende a ideia ampla de espiritualidade, o espírito não é uma substância e, sim, uma função do cérebro, por meio do qual o indivíduo está no comando. Esse filósofo aponta que:

Toda religião pertence, ao menos em parte, à espiritualidade; mas nem toda espiritualidade é necessariamente religiosa. Quer você acredite ou não em Deus, no sobrenatural ou no sagrado, de qualquer modo você se verá confrontado com o infinito, a eternidade, o absoluto – e com você mesmo. Para isso, basta a natureza. Para isso, basta a verdade. Nossa própria finitude transitória e relativa basta. Não poderíamos de outro modo nos pensar como relativos, nem como efêmeros, nem como finitos. (COMTE-SPONVILLE, 2007:129)

Para Giovanetti (2005), a espiritualidade é uma atividade do nosso espírito e não necessariamente implica a fé em algum ser transcendente, característica necessária à vivência da religiosidade. Boff (2001) diz que a espiritualidade tem a ver com a experiência e não com dogmas, ritos ou celebrações. A palavra “espiritualidade” indica toda vivência que pode produzir transformação profunda no interior de cada um e que o leva à integração pessoal e à integração com outros homens.

Florence Nightingale descreveu, no século XIX, a espiritualidade sob a perspectiva fenomenológica-existencialista, a qual traz o conhecimento fortemente consciente em relação à presença divina. De acordo com Macrea (2001) e relatado por Penha (2008):

Nós não podemos chamar de amor, admiração, reverência ou confiança que um ser humano tem por outro ser humano. Isto nós chamamos de influências humanizadoras; mas, sentimentos advindos da consciência de uma presença de natureza maior que a humana, desconexa do que é material; isto nós podemos chamar de influência espiritual; e estarmos conscientes é a mais alta habilidade de nossa natureza (PENHA, 2008).

Adotaremos neste trabalho a definição de espiritualidade/religiosidade segundo Koenig; McCullough e Larson (2001), que explica a espiritualidade como uma busca pessoal para alcançar respostas a demandas essenciais sobre a vida, bem como para o seu sentido e, também, sobre as relações com o sagrado e com o transcendente, que poderá ou não levar ao desenvolvimento de rituais religiosos e da formação de uma comunidade. A religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Podendo ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão). E a religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos, designados a facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente (Deus, poder superior ou suprema verdade/realidade) e promover a compreensão das relações e da responsabilidade por outros que vivem numa mesma comunidade (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Após distintas perspectivas, pode-se encontrar alternativas na busca por uma nova maneira de pensar o fazer em saúde, voltado para a humanização, a atenção à saúde e o cuidado com o indivíduo ou grupos sociais, numa visão integrada do ser humano, como um ser plural dotado de razão, emoção, intuição, sensibilidade e espiritualidade, e que deve ser compreendido em suas múltiplas abordagens, deixando de lado um olhar fragmentado da sintomatologia ou medicalização. Tudo isso feito por meio de uma postura de compreensão,

acolhimento e diálogo em busca de soluções para a melhoria da qualidade de vida das classes populares menos favorecidas (GUIMARÃES, 2006).

Para Vasconcelos (2006), o desenvolvimento da sensibilidade, o emprego da razão aliada aos aspectos emocionais e a intuição torna-se essencial para uma assistência de qualidade, com visão humanista e, portanto, integrada do ser humano. E que, portanto, deve ser compreendido nos seus múltiplos enfoques, desconsiderando a fragmentação e o processo de medicalização do ser. E isso é possível por meio da espiritualidade. Porém, para o autor, apesar de a espiritualidade estar vinculada à área da saúde, tanto sob a perspectiva do profissional quanto do indivíduo a ser cuidado, comumente, ela se oculta entre os profissionais, em geral, pela dificuldade de se discutir sobre ela (VASCONCELOS, 2006). Para Lucchetti *et al.* (2012), essa dificuldade é originada pelo fato de que os profissionais, principalmente da área médica, não são treinados para lidar com as crenças espirituais dos pacientes e que muitas barreiras são criadas pelos mesmos, tais como falta de tempo e de conhecimento, sendo usadas como alegações para a falta de atenção à dimensão espiritual do paciente/usuário.

Em um estudo realizado no Reino Unido, concluiu-se, pelos resultados preliminares de uma pesquisa descritiva, que os enfermeiros reconhecem a espiritualidade como um aspecto fundamental para a assistência de enfermagem e que atender às necessidades espirituais do paciente melhora a qualidade dos cuidados de forma geral. Os dados demonstram, ainda, que houve alguma incerteza quanto à fronteira entre a crença pessoal e a prática profissional. No entanto, apesar desse reconhecimento quanto à atenção dada à dimensão espiritual, os profissionais entrevistados defendem a integração formal da espiritualidade dentro dos programas de formação do enfermeiro, a necessidade de capacitação dos profissionais e o apoio dos órgãos sociais, para que possam atender as necessidades espirituais dos seus pacientes com eficácia (MCSHERRY; JAMIESON, 2011, 2013).

Segundo Penha e Silva (2012), a religiosidade e a espiritualidade tornaram-se um divisor de águas para os novos tempos, sobretudo por ter sido demonstrado que, por meio das crenças e práticas religiosas/espirituais, tem-se exercido grande impacto no auxílio para o enfrentamento das mais distintas circunstâncias de desequilíbrio na saúde das pessoas, assim como o preparo para morte e, até mesmo, nas relações interpessoais dos profissionais.

Embora menos frequente, as crenças espirituais ou religiosas podem interferir, negativamente, no tratamento de saúde, levando a problemas de saúde ou no agravamento do resultado de uma doença. É importante que os profissionais de saúde estejam conscientes de quando crenças espirituais ou religiosas possam piorar a saúde ou conflitar com o tratamento

apropriado. A religião pode ser responsável por julgamentos pessoais, pode tornar-se rígida, inflexível, restritiva e limitadora; mas pode, também, encorajar pensamentos mágicos, pois as pessoas rezam esperando uma cura, como se Deus tivesse que atender todos os desejos humanos. Se a cura física não acontecer prontamente, o indivíduo tende a se ressentir, dizendo que a oração não foi atendida e que Deus não liga para ela, ou, pior ainda, que a doença foi enviada como vingança de Deus, como forma punitiva por seus pecados. Outra forma preocupante é quando a religião passa a ser usada no lugar do tratamento médico prescrito. Os tratamentos passam a ser evitados ou até mesmo descontinuados, devido a fundamentos religiosos. Os pacientes podem parar de tomar seus medicamentos após frequentar um serviço de cura para “demonstrar sua fé”, determinando um potencial impacto negativo na doença e na sua resposta ao tratamento médico (KOENIG. 2005; LUCCHETTI et al., 2010).

Embasados nas diversas definições sobre espiritualidade e religião, compreende-se que não existe um consenso entre os pesquisadores quanto ao significado de religiosidade e espiritualidade. Elas são tidas como fatores de relevância cultural, não podendo, assim, ser reduzidas a um simples fenômeno, pois são constructos multidimensionais e complexos em diversos níveis, tais como: o biológico, o afetivo, o cognitivo, o moral, o relacional, o nível de personalidade e autoidentidade. Há um crescente número de investigações que revela que a religiosidade e a espiritualidade podem estar associadas de forma positiva à saúde e ao bem estar. No entanto, também existe o lado negativo, tanto em relação à saúde mental quanto ao sofrimento emocional.

Percebe-se um acúmulo crescente de evidências na relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde física e mental, o que indica, portanto, que esse é um campo promissor de investigação. Por fim, torna-se indispensável, ao longo desta tarefa desafiadora que surge, dispormo-nos, espontaneamente, não importando se possuímos ou não crença de ordem materialista ou espiritual, se convictos ou não, dotados de atitudes religiosas ou não, porque, na realidade, necessitamos é de, conscientemente, explorar essa relação abstrata que existe entre o fenômeno espiritualidade e saúde, para que consigamos, assim, aperfeiçoar e aprofundar o nosso conhecimento e conceito sobre o ser humano, de forma ampla e abrangente, bem como uma recondução das novas abordagens terapêuticas.

3.6.1 Espiritualidade do idoso

Snodgrass e Sorajjakool (2011) objetivaram explorar a relação entre espiritualidade e envelhecimento, com ênfase nos fatores que podem resultar em um aumento da

espiritualidade entre os idosos. Eles obtiveram como resultado que o processo de envelhecimento e a aquisição de conhecimentos, por meio das dificuldades sofridas com o passar da vida, influenciam, significativamente, oferecendo oportunidade de abraçar a finitude humana, para reconhecer a continuidade da vida e crescer em clareza a respeito de Deus (SNODGRASS; SORAJJAKOOL, 2011).

Já o pensamento de Carl Gustav Jung ressalta a importância do estudo da dimensão espiritual do homem, com ênfase na fase do envelhecimento, pois, ao envelhecer, nas horas difíceis, de crises e nas doenças, o enfrentamento fundamentado na dimensão espiritual tem sido realmente comprovado como de importância e sentido vital. O processo de envelhecimento parece gerar uma necessidade de se realizar uma retrospectiva da vida e, a partir daí, surge um novo equilíbrio perante as mudanças relacionadas ao envelhecer (MONTEIRO, 2006).

De acordo com o modelo de desenvolvimento da personalidade proposto por Erik Erikson (1998), o qual apresenta uma visão holística e dinâmica da vida, é premente a necessidade de reelaborar e ressignificar constantemente a vida, durante todo o ciclo vital, o que permite ao indivíduo rever comportamentos e deliberar sobre antigas crises, ao envelhecer. O estudo traz, em sua abordagem inicial, oito estágios do desenvolvimento humano, afirmando que cada fase do desenvolvimento apresenta seu próprio desafio, ao que o autor chamou de crises. Entretanto, a pessoa que tiver superado as crises anteriores e estiver inserida em um contexto psicossocial que o auxilie a transpor as dificuldades atuais não permitirá que a desesperança tome conta da sua vida (ERIKSON, 1998).

Após a perda do esposo, Joan Erikson, desenvolveu o nono estágio do desenvolvimento humano. Segundo a autora, por volta dos 80 anos ou mais, momento em que a saúde física começa a deteriorar-se progressivamente, é quando há perdas de amigos e membros da família, quando a própria morte torna-se uma realidade mais próxima. Se o idoso consegue superar os elementos distônicos das experiências da nona etapa, provavelmente trilhará o caminho que leva à Gerotranscendência (ERIKSON, 1998).

De acordo com Tornstam (1997), o desenvolvimento humano, no sentido da Gerotranscendência, ocorre em três níveis, sendo o primeiro chamado de cósmico: um aumento do sentimento de unidade com o universo, quando o indivíduo busca uma redefinição da percepção do tempo, do espaço, da vida e da morte. Há uma afinidade cada vez maior com as gerações passadas e futuras. No segundo nível, a redefinição do *self* envolve uma diminuição no egocentrismo e um declínio no interesse material, e tais características do ego, muitas vezes, combinam com as características no terceiro nível social, que é

caracterizada por um declínio em relação aos contatos sociais supérfluos e um aumento do seu tempo dedicado à meditação (TORNSTAM, 1997). Para Braam *et al.* (2006), a Gerotranscendencia tem sido conceituada como um desenvolvimento potencial, que acompanha o envelhecimento normal. A teoria da Gerotranscendência consiste em um conceito que explica o processo de envelhecimento, idealizando um estado especial da mente, quando ocorre mudança uma perspectiva de uma visão materialista e pragmática do mundo para uma visão mais cósmica e transcendente ao envelhecer (TORNSTAM, 1989; GAMLIEL, 2001).

O estudo de Braam *et al.* (2006) observou uma associação significativa e positiva entre a transcendência cósmica e o quadro de sentido na vida para idosos. Essa associação foi mais acentuada entre os participantes com menor envolvimento religioso, principalmente no caso de mulheres acima de 75 anos e de viúvas. O estudo sugere que a relevância pessoal de transcendência cósmica depende de fatores culturais, bem como do contexto de vida individual.

Segundo Monod *et al.* (2010), a espiritualidade é considerada um componente essencial para uma abordagem multidimensional a ser utilizada em cuidados geriátricos de pacientes idosos com agravos à saúde. A espiritualidade também foi apontada como uma forma positiva de lidar com a doença, a deficiência ou o risco de vida. De acordo com os autores, diversos estudos têm documentado associações significativas entre espiritualidade e melhor saúde: mental, física e funcional (MONOD, 2010).

No Brasil, o estudo de Lucchetti *et al.* (2011), com o objetivo de avaliar a relação entre religiosidade e saúde mental em situação de hospitalização, dor, incapacidade e qualidade de vida de idosos em cenário de reabilitação ambulatorial, concluiu que a religiosidade está relacionada, significativamente, com menos sintomas depressivos, melhora da qualidade de vida e uma diminuição do comprometimento cognitivo. O envolvimento religioso pode exercer um papel protetor no corpo, prevenir problemas de saúde, ajudar na recuperação ou adaptação a problemas e pode ser considerado um fator no enfrentamento das condições crônicas e na incapacidade que provocam (LUCCHETTI *et al.*, 2011).

Freitas (2014) refere, em seu estudo, os efeitos positivos da religiosidade e da espiritualidade sobre a saúde e o bem-estar, na percepção das pessoas, especialmente em situações críticas ou geradoras de estresse, incluindo o envelhecimento e a melhoria da saúde mental do idoso deprimido, nas perspectivas de finitude da vida, dentre outras. A autora aborda, ainda, a variedade de modos por meio dos quais o envolvimento religioso influencia

positivamente a vida e a saúde dos indivíduos, funcionando como suporte social no enfrentamento das diversidades da vida (FREITAS, 2014).

Contudo, apesar de os estudos estarem avançando, a cada dia, quanto à temática em questão, ainda existe uma lacuna entre teoria e prática. E, mesmo quando os profissionais reconhecem a importância da religiosidade e da espiritualidade no processo saúde/doença, desconhecem uma forma de combinar o saber médico com a cultura, o senso comum e outras produções de conhecimento, no atendimento ao paciente, em especial no que se refere ao manejo da relação entre religiosidade e saúde física ou mental. Em geral, os profissionais revelam frequentes sentimentos de despreparo e insegurança para lidar com as questões religiosas de seus pacientes, pois alegam ausência de formação para lidar de modo adequado com o tema (FREITAS, 2014).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Mas as partes do mundo têm todas tais relações e tal encadeamento umas com as outras que considero impossível compreender uma sem alcançar as outras, e sem penetrar o todo.

PASCAL

4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Para a compreensão da questão e alcance dos objetivos propostos, optou-se por realizar uma pesquisa de natureza qualitativa, para a compreensão do processo de cuidar do outro pelo cuidador familiar idoso, em diferentes padrões socioeconômicos e culturais.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), os métodos qualitativos de investigação lidam com aspectos complexos inerentes aos seres humanos, com a sua capacidade de dar forma e criar suas próprias experiências, bem como com a ideia de que a verdade é a possibilidade de se chegar a um aglomerado de realidades. Conseqüentemente, as investigações qualitativas enfatizam a compreensão da experiência humana tal como é vivida e relatada pelos sujeitos que participam da pesquisa. A metodologia qualitativa aplicada à saúde não busca somente estudar o fenômeno em si, mas entender o seu significado no âmbito individual ou coletivo (TURATO, 2005).

A pesquisa qualitativa é multimetodológica quanto ao foco, abrangendo um enfoque interpretativo e naturalístico para seu assunto. Isso estabelece que pesquisadores qualitativos investiguem fatos no seu *setting* natural, buscando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos dos significados que as pessoas lhes trazem (DENZIN; LINCOLN, 1994). Há uma diversidade de formas para se realizar uma pesquisa qualitativa e, neste estudo, optou-se pelo método da *Grounded Theory*, traduzida para o português como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

4.1.1 Grounded Theory (Teoria Fundamentada nos Dados)

A presente pesquisa utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), idealizada pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss, que a denominaram “*Grounded Theory*”. Ambos eram professores de sociologia na Universidade da Califórnia e juntaram os seus conhecimentos e experiências para desenvolver técnicas para a análise de dados qualitativos. Essa abordagem deriva-se do Interacionismo Simbólico que, segundo Blumer

(1986), é uma perspectiva teórica centrada na interação entre as pessoas, apreendendo, ao se interagir, a ação, percepção, interpretação e reação das coisas na relação com o outro. Permite, ainda, a coleta de dados em cenários naturais, onde a coleta dos dados, análise e teoria trazem uma relação de proximidade (STRAUSS; CORBIN, 2008). De acordo com Charmaz (2009, p. 24), a TFD “serve como um modo de aprendizagem sobre os mundos que estudamos e como um método para a elaboração de teorias para compreendê-los”.

O interacionismo simbólico busca revelar o significado que o mundo tem para cada indivíduo, bem como o tipo de influência que aquele exerce nas atitudes e tomada de decisões deste. A partir de tal perspectiva teórica, os grupos humanos ou sociedades são vistos como conjunto de seres humanos que estão em ação, por meio das atividades múltiplas que os indivíduos realizam em suas vidas, como eles se relacionam e como eles lidam com essas situações (BLUMER, 1969).

A TFD tem como finalidade compreender o fenômeno social no contexto em que este ocorre, observando a inter-relação entre significados e ação e, a partir daí, desenvolver um modelo teórico (STRAUSS, CORBIN, 2008). A partir da década de 60, a TFD, até então muito utilizada na educação, começa a influenciar o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. O foco principal da contribuição da teoria para o conhecimento em enfermagem transversal foi na adequação para a doença, infertilidade, adaptação e intervenções de enfermagem, bem como o estudo de pessoas e de grupos vulneráveis (STREUBERT e CARPENTER, 1999), como no caso deste estudo, em que se trabalha com cuidadores idosos que cuidam, em casa, de outro idoso, que tem sua saúde comprometida, sendo portadores de uma ou mais doenças crônicas e, portanto, necessitando de cuidados específicos de enfermagem no domicílio, tanto quanto o ser cuidado.

A TFD é um método de pesquisa importante para o estudo dos fenômenos na área de enfermagem. O método explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e colabora para o incremento de teorias de médio alcance em enfermagem, além de auxiliar a explicar teoricamente lacunas entre teoria, pesquisa e prática. (STREUBERT; CARPENTER, 1999).

Strauss e Corbin definem metodologia como uma forma de pensar a realidade social e de estudá-la, enquanto o método se caracteriza pelo “conjunto de procedimentos e técnicas para coletar e analisar dados” (STRAUSS e CORBIN, 2002, p. 3). Eles ainda destacam três principais elementos na pesquisa qualitativa: primeiro, os dados que emanam de várias fontes, tais como entrevistas, observações, documentos, registros, filmes e fotografias. Segundo, os métodos usados para interpretar e organizar os dados, que incluem: conceituar e reduzir os dados; elaborar categorias conforme suas propriedades e dimensões e; racionalizar por meio

de proposições. Procedimentos denominados como codificação. O processo analítico inclui, ainda, amostra não estatística, memorandos e diagramas. Finalmente, o terceiro, refere-se às publicações e apresentações públicas dos resultados.

A Teoria Fundamentada nos dados é uma metodologia indutiva que se aproxima do assunto a ser investigado sem uma teoria pré-concebida. Usada no desenvolvimento de uma tese pautada em dados sistematicamente coletados e analisados, a teoria surge durante a realização da pesquisa e se baseia na contínua interação entre análise e coleta de dados (STRAUSS & CORBIN, 2008).

Nessa perspectiva, teoria é aquilo com que o pesquisador encerra o seu trabalho e não como o principia. Não é aquilo que vai ser testado, mas o que se conclui depois de uma pesquisa e da análise comparativa dos dados dela resultantes. Diferentemente das teorias formais, que fornecem os conceitos e hipóteses necessárias à explicação do fenômeno, na TFD, o pesquisador construirá uma teoria a partir da observação específica do fenômeno e não pela aplicação de uma teoria pré-estabelecida para explicá-lo (DICK, 2005). Assim, por ser um método geral de análise comparativa constante, a TFD é citada, frequentemente, como método comparativo (GASQUE, 2007).

Uma das vantagens discutidas por Fragoso, Recuero e Amaral (2011) é o fato de que a TFD valoriza o contato do pesquisador com o objeto e estimula a criação de uma sensibilidade para os dados. Experimentar o campo empírico permite ao pesquisador também observar os novos elementos e construir suas percepções por meio da análise e reflexão sistemática dos dados encontrados em campo.

De acordo com Fragoso, Recuero e Amaral (2011), apesar de não ser um método simples, a TFD é extremamente interessante, pois tem a proposta de análise concomitante ao processo de coleta de dados, configurando, dessa forma, para que a teoria aflore do empírico. A proposta da TFD, então, é estabelecer uma teoria confiável, que seja capaz de esclarecer determinada área de estudo. Para tanto, alguns critérios desse método deverão ser seguidos com rigor metodológico: coleta dos dados; codificação/categorização; e redação da teoria.

De acordo com Strauss e Corbin (2008), existe uma causa para alternar coleta e análise de dados. Além de permitir a validação fundamentada em conceitos emergentes, também permite validar conceitos e hipóteses à medida que são desenvolvidos. Aqueles considerados como “não ajustáveis” podem, então, ser rejeitados ou modificados, durante o processo de pesquisa.

Para Gasque (2007) o pesquisador, ao utilizar essa metodologia, necessita, primeiramente, deixar seu conhecimento em "estado de suspensão", para que a teoria possa emergir, ou seja, deve-se estar aberto ao novo e ao inesperado.

De acordo com Levacov (2003), uma informação importante que deve ser observada é que a teoria a ser criada não surge somente para explicar algum fenômeno, mas também provê um esquema de referência para a ação. Portanto, pela TFD, pretende-se esclarecer um fenômeno presente na realidade e este processo ocorrerá a partir da análise qualitativa, podendo trazer conhecimentos novos para a área do fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Embora fundamentar conceitos em dados seja a principal característica da TFD, a criatividade dos pesquisadores também é imprescindível. Dessa forma, de posse dos dados qualitativos, o pesquisador deve ser capaz de basear suas considerações em um pensamento crítico e criativo, tanto na ciência quanto na arte da análise. Várias são as técnicas utilizadas na coleta de dados na TFD, dentre elas: a entrevista, a observação, os memorandos, os discursos, as cartas, as biografias, as autobiografias, as pesquisas na biblioteca, entre outras (DICK, 2005).

O processo de pesquisa na TFD transcorre em cinco etapas: a coleta de dados empíricos; a codificação aberta; a codificação axial; a codificação seletiva; e a construção do relatório de pesquisa (STREUBERT; CARPENTER, 1999; STRAUSS; CORBIN, 2008). Fundamentalmente, logo, faz-se necessária uma concisa descrição da ferramenta antes de iniciar a coleta dos dados, pois "a aproximação do campo é um dos momentos cruciais da TFD" (FRAGOSO, RECUERO e AMARAL, 2011, p. 89).

Sobre codificação ou análise, Strauss e Corbin (2008, p. 25) indicam que análise é a interação entre os pesquisadores e os dados, sendo fruto do encontro entre a ciência e a arte. É ciência ao caracterizar e manter o rigor exigido para tal e por basear a análise em dados. Em consonância, a arte se manifesta a partir da criatividade, na capacidade dos pesquisadores em nomear categorias, fazer perguntas estimulantes, fazer comparações e extrair um esquema inovador, integrado, além de permitir o tom, a partir da massa de dados brutos. Diante dos dados coletados, seguem-se os procedimentos da TFD para ajudar a garantir o rigor no processo de criação. Esses procedimentos, porém, não foram criados para serem seguidos de forma dogmática, mas, sim, para serem usados de maneira criativa e flexível, os quais são denominados de codificação que, por sua vez, é parte integrante do processo de elaboração da Teoria e requer muita concentração, sob o risco de perder-se a essência dos depoimentos. Esse processo tem por objetivo conferir o rigor metodológico ao processo de preparação dos dados

para análise (STRAUSS e CORBIN, 2008). Strauss e Corbin (2008, p. 26) assim descrevem o processo de codificação:

- 1) Construir em vez de testar a teoria.
- 2) Fornecer aos pesquisadores as ferramentas analíticas para lidar com as massas de dados brutos.
- 3) Ajudar os analistas a considerar significados alternativos para os fenômenos.
- 4) Ser sistemático e criativo simultaneamente.
- 5) Identificar, desenvolver e relacionar os conceitos que são os blocos de construção da teoria (STRAUSS e CORBIN, 2008, p. 26).

A primeira etapa, representada pela coleta de dados, poderá ser feita por meio de entrevistas formais ou semiestruturadas, entrevistas informais, observação, periódicos, documentos ou da combinação dessas fontes. A coleta de dados relevantes fornece material sólido para a construção de uma análise significativa. Os dados revelam as opiniões, sentimentos, intenções e ações dos participantes, bem como os contextos de suas vidas. A obtenção desses dados retrata uma descrição densa, como a redação das observações das notas de campo, relatos pessoais dos participantes por escrito e/ou a compilação de narrativas detalhadas (como a transcrição de entrevistas gravadas) (CHARMAZ, 2009).

O processo de entrevista pode adotar uma linha dialogal entre entrevistado-entrevistador. O pesquisador desenvolve algumas perguntas para a entrada em campo e, a partir do momento em que os dados começam a aparecer, elas são descartadas (STRAUSS; CORBIN, 2008). À medida que surgem respostas, poderão surgir distintas questões e, nesse caso, enfatiza-se que poderá ser utilizada a técnica da pergunta geradora, ou seja, aquela que permite uma exibição mais flexível e compreensiva do tema em questão (SANTOS, 2009). Poderá, ainda, reestruturar-se o instrumento, com a modificação no foco das perguntas, com o objetivo de explicitar e descobrir a realidade investigada ou na forma como é questionada, com o intuito de se aproximar da compreensão dos sujeitos e, assim, extenuar o máximo possível de informações (DE CARVALHO DANTAS et al., 2009).

A observação é uma técnica de pesquisa qualitativa que examina, com todos os sentidos, um evento dentro de um contexto, sendo usada na descrição de um problema previamente definido. Ela exige treinamento para que os sentidos possam estar voltados para o objeto de pesquisa, mediante a observação do comportamento não-verbal do sujeito, ou seja, a observação pode ser um precioso recurso de coleta, visto que possibilita compreender o que não é passível de expressão, ou o que o sujeito não consegue expressar por palavras (STRAUSS; CORBIN, 2008). A observação é importante para se apreender o que não pode

ser dito ou escrito, como o ambiente, o comportamentos e a linguagem não-verbal, tendo como objetivo conhecer e compreender a realidade. Ela exige treinamento de memória, sendo essencial a tomada de pequenas notas em um diário de campo, que devem ser expandidas posteriormente (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Portanto, é necessário o seu registro em um diário de campo, que é um local onde o pesquisador toma notas, como, por exemplo, de suas impressões a respeito de conversas e observações de comportamentos (MINAYO, 2010).

A segunda etapa, a codificação aberta, se funda no processo analítico, por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões, descobertas nos dados. Nessa etapa, os conceitos são revelados, nomeados e desenvolvidos; o pesquisador deve abrir o texto e expor pensamentos, ideias e significados que ele contém. Sem esse primeiro passo analítico, as outras etapas da análise e da comunicação que se segue podem não ocorrer de forma adequada (STRAUSS; CORBIN, 2008). Esta etapa pode ser feita de diferentes maneiras, dentre as quais se destaca a análise linha por linha, que foi a adotada neste estudo, e envolve o exame minucioso de dados, frase por frase e, em algumas vezes, palavra por palavra, visando sempre captar o ponto de vista dos sujeitos sobre o fenômeno pesquisado. Essa é a forma que consome mais tempo, porém produz melhor resultado (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A terceira etapa, a codificação axial, é o processo de relacionar categorias às suas subcategorias. Apresenta essa denominação porque essa codificação ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões. O objetivo dessa codificação é começar o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta. As categorias são relacionadas às suas subcategorias para gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos. Embora a codificação axial tenha objetivo diferente da codificação aberta, esses passos não são necessariamente analíticos sequenciais. Ela exige que o analista tenha algumas categorias, mas sempre começa a surgir, durante a codificação aberta, um sentido de como as categorias se relacionam (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Nessa fase, o intuito é descobrir o principal problema na cena social descrita pelos sujeitos participantes do estudo e como eles expressam o problema. É importante destacar que a codificação auxilia o pesquisador a realizar a integração das categorias e o objetivo é reunir os dados, elaborando conexões entre as categorias e as subcategorias, tendo em vista os dados coletados, considerando o chamado paradigma, com o intuito de aprofundar-se na teoria que emerge (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A quarta etapa se constitui na codificação seletiva, o processo de integrar e refinar a teoria. Na integração, as categorias são organizadas em torno de um conceito explanatório central, a categoria central (ou categoria básica), a qual representa o principal tema da pesquisa. A integração ocorre com o tempo, começando com os primeiros passos da análise e, geralmente, não termina até a redação final. Uma vez que se consiga um comprometimento com a ideia central, as principais categorias são relacionadas a ela por meio de declarações explanatórias de relações. Diversas técnicas podem ser usadas para facilitar o processo de integração, entre as quais: falar ou escrever o enredo, usar diagramas, classificar e revisar memorandos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Destaca-se essa fase como o momento de refinamento das categorias. Esse processo busca a integração entre as categorias e as subcategorias, até a definição da categoria central, que deve estar presente na maioria dos relatos. A categoria central representa o tema principal da pesquisa, que dá coesão à Teoria, gerando as condições causais, o contexto, as condições intervenientes, as estratégias e as consequências, relações teóricas pelas quais as categorias são relacionadas uma a outra e à categoria central (STRAUSS e CORBIN, 2008).

Como critérios para a escolha da categoria central, Strauss e Corbin (2008) sugerem que ela deve ter poder analítico. O que dá a ela esse poder é a capacidade de reunir as outras categorias para formar um arcabouço explanatório. Strauss (1987, p. 36) provê uma lista de critérios que podem ser aplicados a uma categoria para definir se ela se qualifica como central:

1. Deve ser central, ou seja, todas as outras categorias importantes podem ser relacionadas a ela;
2. Deverão aparecer, frequentemente, nos dados, ou seja, em todos ou quase todos os casos, há indicadores apontando para este conceito;
3. A explicação que resulta da relação das categorias é lógica e consistente;
4. O nome ou frase usada para a descrição da categoria central deve ser suficientemente abstrato, de maneira que possa ser utilizada para fazer pesquisa em outras áreas substanciais, levando ao desenvolvimento de uma teoria mais geral;
5. Ao passo que o conceito é refinado analiticamente por meio da integração com outros conceitos, a teoria passa a ter profundidade e maior poder explanatório;
6. O conceito consegue explicar variações e, também, o ponto principal dos dados (STRAUSS, 1987, p. 36, tradução nossa).

Por último, tem-se a quinta etapa, que corresponde à produção do relatório de pesquisa e deve dar aos leitores uma ideia das fontes dos dados, como eles foram interpretados e como os conceitos foram integrados (STREUBERT; CARPENTER, 1999).

Na TFD, o pesquisador encontra-se em um cenário naturalista, onde não é possível controlar a sua presença ou tentar retirar-se do estudo. No caso, acaba levando a experiência pessoal ao estudo, enfatizando a compreensão do problema (STREUBERT; CARPENTER, 1999). A questão da pesquisa nessa abordagem identifica o fenômeno a ser estudado e a amostragem é determinada pela geração de dados e de suas análises. Pesquisadores que utilizam a TFD seguem a colher dados até que haja a saturação que, no caso da referida teoria, é considerada quando os dados analisados não permitem mais a criação de novos códigos nem a expansão dos já existentes (STREUBERT; CARPENTER, 1999). Logo,

Uma categoria é considerada saturada quando parece não surgir nenhuma nova informação durante a codificação, ou seja, quando não se vê novas propriedades, dimensões, condições, ações/interações ou consequências nos dados (STRAUSS & CORBIN, 2008, p.135).

Portanto, a partir do exposto, optou-se por essa metodologia, a fim de se aprofundar na compreensão do cotidiano do cuidador idoso, com vistas ao processo de cuidar de outro idoso no domicílio.

4.2 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

4.2.1 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município mineiro de Juiz de Fora, cuja população estimada, no ano de 2014, segundo o IBGE, era de 550.710 habitantes (IBGE, 2014). O município é polo da macrorregião sudeste de Minas Gerais, referência em saúde para 94 municípios (JUIZ DE FORA, 2014a), em virtude da existência de serviços de saúde de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, distribuídos entre os prestadores públicos conveniados e privados, com ou sem fins lucrativos, em sua grande maioria (FARAH, 2006; ALBERTONI, 2014).

De acordo com o Plano de Saneamento Básico de 2014, o município de Juiz de Fora possui um serviço de abastecimento de água tratada com excelente índice de atendimento,

sendo que, em 2010, a cobertura dos serviços prestados foi de quase 100%, o que se torna positivo para a qualidade de vida da população (JUIZ DE FORA, 2014b).

Atualmente, 63 UAPS, fazem parte da rede de serviços oferecidos na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Juiz de Fora (JUIZ DE FORA, 2014c). De acordo com o modelo de organização da Atenção à Saúde no SUS, o cenário inicial em que se identificam os sujeitos na rede de serviços de saúde é a Atenção Primária à Saúde, representada pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Foram incluídos na pesquisa idosos cuidadores de idosos residentes das áreas de abrangência das UAPS, situadas na zona norte do município. Optou-se por essa região por a mesma apresentar extensa área urbana e por localizar-se distante do centro da cidade, onde se encontram as principais instituições de cuidados e de atenção à saúde da pessoa idosa.

A estrutura de saúde do município de Juiz de Fora está dividida em regiões sanitárias bem delimitadas, com o objetivo de fortalecer a APS e as suas interfaces com as diversas Unidades nos outros níveis de atenção. As zonas norte/noroeste e norte são denominadas, respectivamente, de regiões sete e oito, incluindo os seguintes bairros da região: Região 7 (norte e noroeste) – Esplanada, Monte Castelo, Industrial, Jardim Natal, Milho Branco, Jockey Clube I, Jockey Clube II e Cidade do Sol; Região 8 (norte) – Nova Era, São Judas Tadeu, Santa Cruz, Benfica, Vila Esperança e Barreira do Triunfo. De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, a região possui 117.238 habitantes e 14 Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo que, do total, três atuam como Unidade tradicional e as outras com ESF, totalizando 30 equipes de saúde, o que subsidiou a escolha para a pesquisa (JUIZ DE FORA, 2014d).

Para a realização desta pesquisa, foi solicitada e obtida autorização da Secretária de Saúde do Município e da Direção da Faculdade de Enfermagem, conforme apêndices A e B.

4.2.2 Participantes da pesquisa

A TFD é um método circular e, portanto, admitiu à pesquisadora mudar o foco de atenção e buscar outras direções, de acordo com os dados que foram sendo levantados em cena. Permitiu, ainda, voltar ao campo quantas vezes necessário, com vistas a que se emergisse dos dados um constructo teórico. O presente estudo teve seus dados saturados com sete participantes, entretanto, com o objetivo de proporcionar uma comparação dos dados de forma a permitir uma interpretação fidedigna dos depoimentos e para obter o rigor científico que se requer de um trabalho dessa natureza, retornou-se ao campo para mais três entrevistas,

seguindo a orientação do referencial. A oitava, nona e décima entrevistas estiveram focadas em perguntas diretas sobre o fenômeno em questão; no entanto, é importante salientar que o direcionamento se deu somente após o entrevistado dizer sobre seus valores e crenças, com o objetivo único de não influenciar as suas respostas, com base no rigor metodológico.

Assim, totalizou-se, para este estudo, um grupo de dez (10) cuidadores familiares idosos que cuidam, em casa, de uma pessoa também idosa. Os cuidadores poderiam ou não ser cadastrados e/ou acompanhados pelas equipes de saúde das Unidades de Atenção Primária à Saúde do município. Já os critérios de inclusão para os cuidadores idosos estudados foram: ter mais de 60 anos de idade e residirem em área de abrangência de unidades de atenção primária do município de Juiz de Fora (MG).

No momento da pesquisa, os entrevistados deveriam estar lúcidos, orientados e conscientes; exercerem o papel de cuidador familiar (principal), ou seja, ter relação de parentesco com o idoso: ser esposa/marido/companheiro(a), filho(a), nora/genro, irmão(a), morar com o idoso e ser responsável pelo seu cuidado, independentemente de etnia, cor, religião, posição política; e manifestarem, diante do pesquisador, serem os responsáveis diretos pelos cuidados de um idoso dependente, aceitando participar como voluntários não remunerados, externando seu consentimento pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

4.2.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada, no período de agosto de 2014 a janeiro de 2015 e teve início nas Unidades de Atenção Primária à Saúde localizadas nos bairros Nova Era e Santa Cruz, por serem os bairros mais populosos da região norte da cidade, de acordo com o Plano Municipal de Saúde (JUIZ DE FORA, 2014c) e terem ESF. Na primeira visita identificava-se o enfermeiro ou gerente da Unidade, explicando os propósitos da pesquisa e obtendo, dessa forma, acesso à informação sobre os idosos residentes na área de abrangência das Equipes de Saúde da Família. Em seguida, solicitava-se o acompanhamento do(a) Agente Comunitário de Saúde (ACS) para as visitas domiciliares, como garantia de aceitação e confiabilidade do idoso. Foram necessárias, em média, duas visitas para entrar em contato com os enfermeiros de cada unidade e, em seguida, com o ACS. A escolha do ACS dava-se a partir da indicação do enfermeiro, que apontava por quais áreas o ACS era responsável, considerando a existência de cuidadores idosos, de forma a seguir os critérios de inclusão no estudo.

Em visita posterior, ACSs conhecedores da micro-área de que são responsáveis indicavam-me, de forma intencional, as famílias com idosos que são dependentes de cuidados, no domicílio, por um cuidador familiar idoso. Fui bem recepcionada pelos profissionais, que prontamente concordavam em me acompanhar numa primeira visita domiciliar (VD) para identificação da família, apresentação da pesquisadora e da pesquisa. Em seguida, começamos a fazer os agendamentos para as visitas posteriores de coleta de dados, de acordo com a disponibilidade de cada agente comunitário e durante o horário de trabalho.

Daí, o cenário passou a ser o domicílio do idoso, adotando-se a visita domiciliar como estratégia para a coleta de dados. Com a VD, objetivava-se a aproximação, o conhecimento e a caracterização do cuidador idoso, por meio da realização de uma entrevista semiestruturada (APENDICE D), da observação e do registro de memorandos com os cuidadores idosos que aceitaram participar da pesquisa, conforme acordado previamente entre participante e pesquisadora.

Do total de participantes, seis aceitaram participar já na primeira visita e quatro se prontificaram rapidamente, mas pediram para ligar e marcar, pois não podiam, naquele momento; nenhum convidado se negou a participar da pesquisa. O acompanhamento do ACS foi solicitado durante quatro visitas, com o objetivo facilitar o processo de coleta de dados, considerando-se a necessidade de que alguém permanecesse junto ao idoso, durante a entrevista com o cuidador. Em três casos não foi necessária a presença do ACS, durante a entrevista, que se retirou após a apresentação da pesquisadora. E, nas três últimas entrevistas, os cuidadores foram identificados por meio de indicação por desconhecidos em pontos comerciais dos bairros, não havendo, portanto, intermediação de uma UAPS e o acompanhamento por um ACS.

No que se refere à coleta de dados empíricos na TFD, a entrevista em profundidade seguiu uma linha de diálogo entre o entrevistador e o entrevistado. À medida que surgiam as respostas às questões da pesquisa, outras surgiam. Além dos dados obtidos a partir da entrevista, conforme descrito anteriormente, utilizei da observação durante cada visita domiciliar. O diário de campo foi redigido logo após a observação, na rua do entrevistado ou, quando não, no mesmo dia. Evitando-se o risco de perder algum detalhe.

Observou-se, durante a visita domiciliar, que os cuidadores se preparavam para a entrevista, quando agendada previamente, e que a presença da pesquisadora trazia extremo conforto e alívio para os cuidadores. A satisfação que demonstravam por conversar com alguém, ser ouvido com atenção, sem pressa, deixa-los livres para falar de assuntos tão cotidianos e, por vezes, tão pesados para levarem pela vida sem poder compartilhar. Eles

demonstraram muita satisfação pelo simples fato de ter alguém que os escutasse e isso ocorreu de forma geral, independentemente de condição financeira. Todos demonstraram receptividade e gratidão e terminavam por pedir que eu voltasse mais vezes, pois seria muito bem-vinda, confirmando, assim, a importância do relacionamento interpessoal, principalmente por meio da escuta terapêutica.

Cada visita durava, em média, de uma hora e meia a duas horas, sempre concluída com a entrevista gravada, norteadas pelo roteiro, sendo que, antes de cada entrevista, era lido o TCLE, juntamente com cada participante que, posteriormente, assinava-o e ficava com uma via. As notas de campo realizadas durante as entrevistas foram, posteriormente, melhor descritas e ampliadas.

As entrevistas digitais transcritas e a pré-análise acontecia após a expansão das notas e antes de se realizar a próxima visita, conforme orientação de Strauss e Corbin (2008). A partir da visão de Glaser e Straus (1967, p. 85), citado anteriormente e embasado na ideia da pergunta geradora, houve a reestruturação do instrumento, que admitiu uma exposição mais flexível e abrangente da temática, com o intuito de aprofundar a realidade investigada e confirmar a categoria central, com vistas à validação do modelo teórico.

Realizou-se, nessa fase, mais três entrevistas com cuidadores idosos de outros bairros, sendo eles: Benfica e Bairro Industrial, que ainda funcionam com equipes tradicionais de saúde. Nesta etapa, a abordagem aos possíveis participantes foi feita partindo-se da indicação de pessoas desconhecidas, em pontos comerciais, tais como loja de roupas, salão de beleza, onde a pesquisadora abordava os profissionais, questionando se conheciam alguém que se encaixava nos critérios de inclusão para o estudo. Porém, agora, o interesse era que os possíveis entrevistados tivessem melhores condições financeiras, para avaliar se a questão da espiritualidade modificava-se de acordo com o nível sociocultural e financeiro dos indivíduos. A partir daí, eu visitava os domicílios, quando explicava o propósito da pesquisa e os convidava a participar de uma entrevista. Da mesma forma que antes, todos aceitaram. Então, eu fui agendando as entrevistas de acordo com a disponibilidade de cada um. Nesta fase o processo transcorreu sem o acompanhamento de outros profissionais de saúde.

Para a edição textual dos dados empíricos, utilizou-se um *software*, o programa OpenLogos, versão 1.0.2, pela necessidade de sistematizar os dados a partir de textos extensos e não estruturados, originados das transcrições das entrevistas, da observação participante e de notas, registradas em um diário de campo. Todas as informações foram associadas e trabalhadas dentro das categorias de análise e agrupadas aos vários trechos identificados, de acordo com a similaridade.

O OpenLogos é um gerenciador de dados textuais, elaborado por Kenneth Rochel de Camargo Júnior, com a função de armazenar e organizar os dados para análise em uma base de dados (CAMARGO JUNIOR, 2003), que constitui um arquivo com extensão padrão “txt”. O programa permite, ainda, a associação de um pequeno texto descritivo a cada base e também gera uma tabela de categorias que poderão ser utilizadas para marcar segmentos de texto, segundo os critérios interpretativos do usuário. Cada categoria é identificada por um código e um texto de definição, sendo a tabela ordenada pelos códigos, alfabeticamente. Uma terceira tabela mantém o relacionamento entre as categorias e os documentos, permitindo a recuperação desses, com base em critérios de pesquisa. O programa também gera outra tabela com uma lista de todas as palavras que ocorrem na base de dados em uso, para, posteriormente, ser utilizada na tabulação (CAMARGO JUNIOR, 2003).

O OpenLogos permite que se gerencie um número indeterminado de bases de dados, cada qual registrada em um arquivo específico do disco rígido do computador. Esse programa encontra-se disponível, gratuitamente, para os pesquisadores que desejarem utilizá-lo (CAMARGO JUNIOR, 2003).

A inserção de todos os dados gerados no programa permitiu a organização dos mesmos e, a partir daí, passaram pela análise linha a linha, parágrafo por parágrafo, sendo que cada fragmento que expunha um fenômeno foi definido e codificado com um termo que o representasse.

4.2.4 Cuidados éticos

Esta investigação obedeceu às normas de Pesquisa com Seres Humanos, segundo a Resolução CNS nº 466/2012, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. O documento tem como finalidade garantir os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012). Nesse sentido, foi elaborado um TCLE para a autorização da participação voluntária dos sujeitos da pesquisa no atendimento proposto e para a entrevista. Em tal instrumento, assinado por todos que concordaram em participar do estudo, é descrito o objetivo da pesquisa, bem como todo o processo para o seu desenvolvimento.

Os participantes foram tratados com dignidade, respeitados em sua autonomia e em sua vulnerabilidade, bem como em reação aos seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos na pesquisa. Considerando que toda pesquisa que envolve seres humanos

apresenta riscos, buscou-se a ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, assumindo o compromisso de obter o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, conforme parecer consubstanciado publicado na Plataforma BRASIL, número 676.364, de 26/05/2014 (Anexo A).

Para garantir o anonimato e preservar a identidade dos participantes, os nomes dos cuidadores idosos foram substituídos por nomes bíblicos, não existindo qualquer analogia com seus nomes próprios.

Conforme orientação da resolução supracitada, o material gravado durante a coleta de dados, os TCLE e todos os dados reunidos em arquivo, físico ou digital, durante a pesquisa serão guardados, sob a responsabilidade da coordenadora da pesquisa, por um período de cinco anos e, posteriormente, serão destruídos de forma adequada. Além disso, os resultados da pesquisa, assim que finalizados, estarão à disposição dos participantes e instituições envolvidas e serão encaminhados para publicação (BRASIL, 2012).

5 O CONTEXTO DE VIDA DOS CUIDADORES IDOSOS NO PROCESSO DE CUIDAR DE OUTRO IDOSO NO DOMICÍLIO E SEUS DESAFIOS – ANÁLISE E DISCUSSÃO

Cuidemos do nosso coração, porque é de lá que sai o que é bom e ruim, o que constrói e destrói.

Papa Francisco

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES IDOSOS

A seguir será exposta a compreensão do contexto de vida e os desafios enfrentados pelo cuidador familiar idoso, durante o processo de cuidar do outro no domicílio. A tabela é resultante da análise dos dados empíricos coletados junto aos cuidadores idosos familiares.

No quadro 1, apresenta-se a caracterização dos cuidadores idosos que participaram do estudo.

QUADRO 1 - Identificação dos idosos cuidadores familiares de idosos, com seus respectivos idosos dependentes de cuidados, participantes da pesquisa, por características individuais. Juiz de Fora – MG, 2015.

N.º	Identificação do cuidador principal	Gênero	Idade atual do cuidador	Relação conjugal	Grau de Parentesco com o ser-cuidado	Identificação da pessoa cuidada	Idade	Núcleo Familiar	Filiação religiosa	Renda pessoal
01	Adameire	Fem.	90 anos	Casada	Esposa e mãe	Jeremias Sarah	93 anos 67 anos	Esposo e duas filhas	Espírita não-praticante	Não possui renda própria
02	Isabel	Fem.	60 anos	Viúva	Filha	Jesebel	93 anos	Mãe	Católica	Pensionista
03	Dina	Fem.	61 anos	Divorciada	Filha	Débora	86 anos	Mãe	Católica não-praticante	Aposentada
04	Lia	Fem.	60 anos	Divorciada	Filha e irmã	Maria Lucas	94 anos 57 anos	Mãe, irmão e filha	Católica não-praticante	Não possui renda própria
05	Joshua	Fem.	70 anos	Casada	Filha	Gabriel	93 anos	Esposo e pai	Católica	Aposentada
06	Gedeão	Masc.	61 anos	Casado	Esposo	Ester	74 anos	Esposa	Evangélico	Aposentado
07	Talita	Fem.	79 anos	Casada	Esposa	Emanuel	81 anos	Esposa e filha	Católica	Aposentada
08	Ruth	Fem.	66 anos	Casada	Esposa	Mateus	86 anos	Esposo e enteado	Evangélica	Aposentada
09	Samuel	Masc.	79 anos	Casado	Esposo	Rebeca	74 anos	Esposa	Católico	Aposentado
10	Eunice	Fem.	73 anos	Casada	Esposa	Mateus	82 anos	Esposo	Evangélica não-praticante	Aposentada

De acordo com o quadro 1, o grupo foco da pesquisa foi composto por dez cuidadores idosos, sendo a maioria mulheres, entre elas esposas e filhas, corroborando com estudos que indicam a mulher como principal cuidadora. A idade variou entre 60 e 90 anos e a maioria dos cuidadores moram com companheiros. Houve casos em que o cuidador era responsável pelo cuidado de mais de uma pessoa, podendo, este segundo, ser idoso ou não. Em relação à idade da pessoa que é cuidada, a maioria está acima de 80 anos. A renda da maioria dos cuidadores deve-se à aposentadoria ou pensão, mas existem casos de pessoas que não possuem nenhum tipo de renda pessoal, ficando dependentes de filhos ou do familiar de que cuidam. Um dado relevante é que todos os cuidadores apresentam pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT).

5.2. APRESENTANDO OS CUIDADORES EM SEU COTIDIANO

Tomando como referência os registros e as notas de observação da pesquisadora no diário de campo, será apresentada a seguir, conforme listado no (Quadro 1), uma caracterização sucinta do contexto de vida dos cuidadores idosos principais que participaram do estudo. Salienta-se que, ao citar o nome de cada participante, traz-se, ao lado, a uma frase que exprime a essência de cada cuidador, de acordo com o que foi apreendido pela pesquisadora durante as visitas e entrevistas.

5.2.1 Adameire – “Resiliência em sua luta diária para a promoção do cuidado da filha e do esposo”.

A primeira visita domiciliar (VD 01) foi à casa de Adameire, 90 anos não-aparentes. Natural de Muriaé, ela tem pele morena escura, baixa estatura, é magra, tem olhos castanhos, cabelos curtos e grisalhos. A cuidadora usa óculos e encontrava-se com uma calça marrom, blusa cinza, usando uma sandália preta aberta em sua parte posterior. Ela se mostrou uma pessoa dotada de total simplicidade, não possuía nenhum adorno e nem tinha as unhas pintadas. Fui recebida com um tímido sorriso no rosto, mas seu semblante demonstrava certa tristeza que, inicialmente, não foi declarada.

A idosa reside em uma rua aparentemente tranquila, com predomínio de estruturas baixas e terrenos grandes, habitando, com o marido e duas filhas, o andar térreo de uma casa de dois andares, de pintura envelhecida. Entrei por um pequeno portão cinza localizado junto

à garagem. Segundo a entrevistada, no andar de cima mora a sua nora, que está separada do seu filho e, mesmo após a separação conjugal, as duas têm um bom relacionamento. A casa tinha aspecto de boa limpeza; ao entrarmos pela cozinha, havia roupas em cima da mesa, e eu fui informada pela idosa que ela estava recolhendo as roupas do varal e dobrando. Então, ela aproveitou para dizer que fazia todo o serviço de casa, exceto faxina e passar a roupa, pois disse que sente “muitas dores pelo corpo, a pressão sobe às vezes, e já não é mais como antes”.

Ela conversava bem, contando tudo com riqueza de detalhes. Sua aparência era bastante sofrida, com os olhos tristes, condizentes com sua a sua difícil história de vida: mãe de seis filhos, entre eles uma advogada, uma auditora fiscal federal e uma fisioterapeuta, pesa-lhe o fardo de cuidar da filha (Sarah) de 69 anos, a qual, segundo a Adameire, nasceu com paralisia cerebral e está, conforme pude perceber, totalmente dependente, balbuciando algumas poucas palavras com dificuldade, ficando em pé apenas com ajuda. Adameire só não está dando o banho na filha e paga uma moça para fazer essa tarefa. Porém a entrevistada não demonstra muita satisfação com isso, pois diz que “ela [a ajudante] não dá o banho direito” e que ela tem que ficar junto, tomando conta.

Adameire cuida, também, do seu esposo, Sr. Jeremias, o seu segundo casamento, com quem está casada há mais de 60 anos. Seu esposo está com 93 anos, é negro, alto e tem sequelas do acidente vascular encefálico (AVE) que sofreu em 1995; atualmente, o ser-cuidado tem diagnóstico de câncer de próstata em estágio avançado (segundo relato de Adameire). O mesmo anda empurrando uma cadeira simples da cozinha, como se fosse um andador e, ao que pude avaliar, com grande risco para queda, pois os tacos de madeira estavam se soltando e a própria Adameire reclamou que é um perigo e que também já caiu muitas vezes por conta do chão “esburacado”. Ela disse que dá o banho no esposo, pois ele não consegue tomar sozinho, mas tem muita dificuldade e insegurança para realizar essa tarefa, por ele ser muito alto e ela tão baixinha e ele não conseguir sentar-se, devido a um edema na região genital (não visualizado). A senhora relatou que tem medo de que ele caia e que isso é o que lhe traz mais insegurança nos cuidados diários.

Adameire evidenciou, em sua fala, certa mágoa quanto à sua filha que tem boas condições financeiras, pois sente necessidade de apoio para exercer a função de cuidar. Isso se tornou nítido quando ela disse que nem ela e nem a Sarah se aposentaram até hoje, pois sua filha colocou-as como “dependentes dela” e, por isso, a idosa não pode comprar nada, nem arrumar o chão. Disse, ainda, que a filha paga o plano de saúde e faz as compras, contudo, às

vezes, não é o suficiente, pois ela não tem liberdade para comprar nada: “O dinheiro da aposentadoria dele mal dá para comprar os remédios, que são muitos e caros”.

Adameire relatou gostar muito de ler e que a leitura lhe traz conforto e bem-estar, e que realiza as suas leituras todas as noites. Demonstrou um misto de emoções durante a entrevista, chorou, apresentou a voz embargada muitas vezes, demonstrou tristeza, relatou ter medo de morrer por conta da sua filha, totalmente dependente de seus cuidados.

Com resignação, garante que, independentemente de religião (espírita há 62 anos, mas há 5 anos deixou de frequentar, em virtude da sobrecarga de funções diárias e por não ter com quem deixar o esposo e a filha para sair de casa), acredita que sua força vem de Deus, como a mesma relatou: “Não tomo uma gota d’água ao amanhecer antes de agradecer a Deus por tudo, além de pedir força para continuar meu caminho”. Ela fez questão de mostrar os livros (de Seicho-no-ie) de que gosta de ler e que, segundo relatos da mesma, dão-lhe força para seguir seu caminho. Disse, ainda, que “escuta a bíblia, em fitas cassete com que sua filha lhe presenteou”.

Percebi que ela se sentiu extremamente agradecida pela oportunidade de poder falar à vontade e de ter alguém para escutá-la, sem julgamentos ou imposições, apenas ouvindo sua história de vida. Adameire despediu-se com um forte abraço, um semblante mais leve, agradeceu muito e pediu para que eu voltasse mais vezes, demonstrando a importância do relacionamento interpessoal entre o profissional de saúde e o cliente.

5.2.2 Isabel – “Uma história de amor e resignação”.

A segunda visita domiciliar (VD 02) foi a casa da Isabel, 60 anos, natural do município de Tabuleiro (MG), viúva há dois anos. Ela é branca, baixa, tem cabelos claros e curtos, olhos verdes e é mãe de três filhos. Recebeu-me de blusa marrom de mangas compridas, calça de moletom, usando uma sandália preta aberta em sua parte posterior. Fui recepcionada com um caloroso abraço.

A idosa reside com a sua mãe, em uma rua larga, asfaltada, com predomínio de casas baixas e não totalmente construídas, próxima à praça e à igreja. A rua está localizada na parte baixa do bairro, não apresentando dificuldades quanto ao acesso. A moradia da idosa possui dois andares, ficando, no primeiro, a sua casa e, em cima, a de uma de suas filhas. À frente da sua casa, do outro lado da rua, reside a outra filha. Ao entrar na casa, não pude deixar de perceber como a senhora cuida da manutenção com zelo, estando tudo muito limpo, sendo a

sala m lugar pequeno, com muitas fotos religiosas e da família. A casa é própria, bem conservada, e tem água tratada e rede de esgoto.

Isabel contou como começou a cuidar da sua mãe, que hoje está com 93 anos, demonstrando muita calma e satisfação pela vida que leva; reforçou a todo o momento, a importância do apoio da sua família (filhas e irmãos), deixando claro que ama a vida e que sua força para seguir em frente, a cada dia, vem de Deus e sem essa força nada seria possível. Ela mostrou-se uma pessoa bastante religiosa, atuante da religião católica e que vai à missa toda semana, quando um dos seus irmãos fica com a mãe.

Enfim, Isabel não demonstrou dificuldades para cuidar da sua genitora, que aparentava estar muito bem cuidada, nem para autocuidar-se, relatando, ainda, que pratica hidroginástica há quase 01 ano, quando a sua filha que mora em frente permanece com a avó. Em nenhum momento, a entrevistada demonstrou sentir-se sozinha e relata que tem apoio da equipe da Unidade de Atenção Primária, incluindo ACS, médico e enfermeira. Disse que gosta da ideia de ter alguém da área da saúde em casa para tirar suas dúvidas e informar-se a respeito das doenças que tem: hipertensão e artrite reumatoide.

5.2.3 Dina – “Abdicação da própria vida em prol do cuidar”.

A terceira visita domiciliar (VD 03) foi a casa de Dina, natural do Município de Juiz de Fora (MG), divorciada, 61 anos, branca, estatura baixa, com cabelos castanho-escuros abaixo dos ombros e olhos castanhos, mãe de três filhos. Recebeu-me com uma blusa cinza por baixo de um casaco preto de frio e uma bermuda também preta colada ao corpo com listras laterais de cor branca, abaixo dos joelhos; usava um chinelo dourado.

Cheguei ao seu domicílio acompanhada pelo Agente comunitário de saúde responsável pela referida área. Cabe enfatizar que fiquei surpresa pelo carinho, educação e respeito que ele demonstrou pelas usuárias, tendo aproveitado a oportunidade para realizar algumas orientações, demonstrando muita solicitude e disponibilidade caso fosse necessário. Fui recepcionada com um caloroso abraço, um sorriso no rosto e uma delicadeza gratificante.

Dina reside em uma rua asfaltada, onde prédios de pequeno e médio porte mesclam-se com muitas casas de um e de dois andares. Por perto pude perceber uma igreja evangélica. A rua está localizada na parte de subida moderada do bairro, porém não apresentando dificuldades ao acesso. A entrevistada mora em um prédio de quatro andares, mas a sua residência se localiza no primeiro andar e é acessada por meio de um corredor, não possuindo escadas.

Ao entrar na sua casa já pude perceber o bom aspecto higiênico, o apartamento de médio porte, arejado, devido a uma sacada na sala. Na pequena estante, fotos dos familiares espalhadas, demonstrando o apego à família, o que também pôde ser percebido em sua fala. O apartamento é alugado, sendo que ela está morando no bairro há apenas dois meses, já que possui casa própria em um bairro próximo. No entanto, Dina contou que ficou por conta dos filhos, desde que resolveu cuidar de sua mãe e acabou deixando tudo para trás. Contou-me, ainda, que em sua casa tem muitos cachorros, dos quais sua mãe não gosta. Atualmente, Dina mora com a sua mãe, de quem cuida, com dois de seus filhos, a filha mais velha e o filho mais novo.

A entrevistada demonstrou, a todo o momento, que a entrevista servia como desabafo e pareceu-me agradecida por eu estar ali, permitindo que ela me contasse a sua história. Contou-me como começou a cuidar integralmente da sua mãe, que hoje está com 86 anos, há mais de dois anos e que essa ação lhe resultou em alguns desentendimentos familiares com sete irmãos, incluindo-a. Ao relatar sobre quando resolveu cuidar da sua mãe que, na época, morava com outra irmã, em outro bairro da cidade, expressou-se com cuidado, demonstrando que sua fala não tinha a intenção de denegrir a imagem da irmã, mas, sim, mostrar o motivo de sua ação.

Relatou, com certa tristeza, que chegava para visitar a mãe e a mesma estava com mau cheiro (urina) e ela podia perceber que a genitora não estava se alimentando direito. O que mais chamava a sua atenção era que quando visitava a mãe, esta não aceitava que ao final do dia ela fosse embora. Todo o desentendimento familiar, a revolta de todos os irmãos foi, de acordo com a entrevistada, “por acharem que ela queria se aproveitar das pensões da mãe”, uma sendo pela aposentadoria pessoal que sua mãe faz jus por tempo de serviço e a pensão que recebe do marido falecido. A situação parece impactar negativamente na Sra. Dina que, a todo o momento, demonstrou tristeza e emoção ao falar, principalmente quando disse que “no início todos os irmãos se afastaram, ninguém ia visitá-las”.

Enfim, hoje, como ela diz: “eles foram percebendo que eu apenas quis cuidar dela e, a cada dia que eles veem a mãe, dizem que ela está bem, cheirosa e bem cuidada”. Prosseguiu dizendo: “minha maior tristeza é em relação ao afastamento de um dos meus irmãos, com quem mais tinha proximidade que, desde então, nunca mais me procurou, não aceitando sequer olhar para mim”. Em todos os momentos da entrevista percebi que essa é uma questão angustiante para a entrevistada, que lhe traz preocupação e tristeza, afetando-a mais que a

própria mudança de vida em detrimento ao ato de cuidar integralmente de uma pessoa, o que corroborou, sem dúvida, para diversas mudanças no seu dia a dia.

Dina realiza todas as atividades da casa e diz ser muito caseira, demonstra calma e satisfação pela vida que leva, mesmo com as dificuldades com que se depara a todo momento. Ela demonstra que busca alívio em “um ser superior”, que lhe garante força para viver e continuar com a sua tarefa de cuidadora, força essa que a fez superar os embates causados pela família quando resolveu assumir a tarefa de cuidar e abdicar de tantas coisas em sua vida. Para relaxar e aliviar as tensões, diz que gosta de escutar música de diversos gêneros, tais como: gospel e sertanejo, e assistir às novelas pela TV.

Demonstrou ser uma pessoa espiritualizada, disse que é católica, porém, ultimamente, antes da mudança, estava frequentando uma igreja evangélica, pois disse que o irmão batizou a mãe na igreja dele e, como ela não sai sem ela e não quer arrumar “confusão”, levando a mãe para uma igreja católica, prefere ir à igreja evangélica mesmo. Nessa hora, demonstrou, novamente, sua espiritualidade, presente e dando força, a todo o momento, para continuar seguindo. Sua fala demonstrou como acredita em um ser superior que, em sua concepção, é Deus, que dá força e ânimo, independentemente de religião. Tanto, que afirmou não estar frequentando nenhuma igreja no momento, mas que pretende, sim, procurar uma que seja mais fácil, devido à dificuldade de sair de casa, pois sua mãe não aguenta andar muito e ela não possui veículo próprio.

Alegou que não poderia falar com detalhes a respeito da equipe de atenção primária que a assiste, pelo pouco tempo que está morando no bairro, mas disse que o agente de saúde é muito amigável e que sua mãe também gosta demais dele.

Quanto ao seu estado de saúde, relatou que sofre de hipertensão, porém controlada, e convive com um possível diagnóstico de fibromialgia. Na despedida, ela e sua mãe me levaram até o portão de saída, conversando bastante e ela, agradecendo de forma sincera, convidou-me a voltar e, novamente, falou de Deus, na crença em seu poder. Ela acredita, também, na importância do perdão, pois sabe que tudo vai se resolver e, mesmo acreditando que não tenha feito nada de errado contra o seu irmão, tem vontade de pedir perdão a ele. Novamente, insistiu para que eu voltasse e se despediu dizendo para eu ir com Deus e que esperava sinceramente que tivesse contribuído para o meu trabalho.

5.2.4 Lia – “Atribuindo toda a sua força ao divino: sobrecarga física e emocional influenciada pela falta de apoio familiar”.

A quarta visita domiciliar (VD 04) foi a casa de Lia, 60 anos, natural de Urucânia, nas imediações de Ponte Nova (MG). Mãe de duas filhas, uma casada e a outra com 13 anos, Lia é divorciada, vive hoje com a filha mais nova, com o seu irmão e a sua mãe, sendo, dos dois últimos, a cuidadora principal e, pode-se dizer, a única. O primeiro tem 58 anos e apresenta transtorno mental, sempre tendo requerido cuidados especiais; a segunda, com 94 anos, encontra-se em estado de total dependência.

Ao chegar a sua casa com a ACS responsável pela área, fomos recebidas pela entrevistada de forma carinhosa e receptiva. Ela convidou-nos para entrar em sua casa, que apresentava uma pequena sala onde se encontravam os dois familiares de quem a mesma cuida. Seu irmão estava deitado em um pequeno sofá de dois lugares e assistia à televisão; sua mãe estava no outro sofá, com os olhos fechados, apresentando uma aparência sofrida.

Fui convidada por Lia a ir para a cozinha para “podermos conversar mais à vontade”. Sua casa é bastante simples e fica em um nível mais baixo em relação à rua, o que dificulta o acesso, por apresentar alguns degraus, um tanto quanto íngremes, principalmente, no que diz respeito a levar a sua mãe para passear ou mesmo quando precisa sair com a mesma, por qualquer motivo.

Lia é uma mulher de estatura mediana, olhos castanhos, pele clara, cabelos lisos e castanhos, com alguns fios brancos que estavam amarrados por um rabo sem muita perfeição. Encontrava-se com uma bermuda de cor chumbo, de malha, abaixo dos joelhos, uma blusa envelhecida de malha verde clara, usava uma sandália bastante envelhecida, não usava nenhum adorno e as unhas dos pés estavam com uma pintura já desgastada. Seu semblante não demonstrava alegria. Ao contrário, percebi que seus olhos eram tristes, o que pude compreender no transcorrer da entrevista.

A cuidadora reside em um bairro da cidade que possui um misto entre pobreza acentuada e classe média e média-alta. Sua rua está localizada na parte alta do bairro, em um morro, numa das áreas mais carentes do bairro. A rua é composta por muitas casas baixas e simples e, nos fundos da sua casa, existe uma pequena casa (não visualizada), onde, segundo Lia, atualmente mora sua filha mais velha, que acabou de ter um bebê.

Sua casa apresenta moderado aspecto de limpeza, sendo Lia a responsável por todos os afazeres domésticos, mas relata que “é difícil manter tudo limpo”, tanto pela dependência de sua mãe, como pela implicância da mesma com a limpeza. Segundo relatos de Lia, sua mãe “sempre briga” quando ela começa a limpar, então, ela tem que realizar tudo aos poucos. A

mãe realmente depende em todos os sentidos da sua cuidadora, tanto para as ABVD como para as AIVD, como por exemplo: não consegue andar, vestir-se ou tomar banho sozinha, e até comer está sendo difícil. Sua mãe esteve deitada durante todo o tempo em que estive em sua residência e pouco falou. A não ser quando estávamos na cozinha, durante a entrevista e, por Lia ter “sumido”, ela começou a chamá-la pelo nome, insistentemente, comprovando como o ser-cuidado cria um elo quase exclusivo com o cuidador, que o impede, muitas vezes, de realizar outras atividades.

Um aspecto que considerei relevante, considerando a questão desta pesquisa, e novamente enfatizado pela cuidadora, foi o lado espiritual, o que até emocionou-me, durante a entrevista. Foi importante ver como as pessoas buscam força em um ser superior, “Deus” que, independentemente da religião, sustenta-as no dia a dia, dando forças para superação dos obstáculos da vida que, no caso desta entrevistada, não são poucos, dentre eles: a falta de apoio familiar, a dependência financeira, a falta de um companheiro e o próprio cuidar diário de sua mãe, totalmente dependente, do irmão e de uma filha adolescente. Ela demonstrou ser uma pessoa extremamente carente de afeto, sozinha e com poucas possibilidades de autocuidar-se. Ela afirma que “está vivendo uma fase bastante pesada”, pois não conta com apoio dos outros irmãos, tendo chorado muito durante a entrevista, demonstrando profundo sentimento de tristeza e abandono.

Percebi, mais uma vez, que os cuidadores se sentem respeitados e agradecidos quando paramos para escutá-los, mesmo que não façamos nenhuma intervenção, a não ser a escuta ativa de toda a sua história de vida. Demonstram que, muitas vezes, isso é mais importante até do que realizar um cuidado direto (procedimento) à saúde. Lia pediu para eu voltar outras vezes, pois nunca ninguém havia parado para dar atenção a ela nem aos seus sentimentos.

5.2.5 Joshua –“A religiosidade como força maior, aliado ao companheirismo do esposo: história de vida como cuidadora”.

A quinta visita domiciliar (VD 05) foi a casa de Joshua, 70 anos, natural de Piedade do Rio Grande (MG), mãe de 4 filhos (uma falecida há cinco anos com doença renal crônica). Ao chegar a sua casa com a ACS responsável pela área, fomos recepcionadas pelo esposo, um senhor bastante simpático, que nos recebeu com um sorriso estampado no rosto, demonstrando muita simpatia e, tão logo nos convidou a entrar, já estávamos em sua sala.

Despertou-me atenção a limpeza e, também, a decoração, com vários quadros de Jesus e algumas imagens de Santos nas paredes. A cara era bastante clara e arejada.

Em seguida, apareceu Joshua, pele morena, baixa estatura, peso condizendo com a altura, olhos castanhos, cabelos negros com raízes grisalhas, por renovar a pintura, presos por um rabo de cavalo. Ela encontrava-se com uma calça preta, blusa estampada de branco e preto, com um cinto de cor branca, fino, na cintura, usando uma sandália preta, aberta em sua parte posterior e óculos de grau, com muita simplicidade, não possuía nenhum adorno, nem as unhas estavam pintadas. Recepcionou-nos bem, seu semblante demonstrava serenidade, o que foi comprovado no decorrer da entrevista.

Joshua, seu esposo e o pai de quem ela é cuidadora, um senhor de 93 anos, residem em uma rua aparentemente tranquila, com presença de prédios e muitas casas bonitas ao redor, e um ponto de ônibus em frente. A família reside em uma boa casa, com terraço; a pintura, na cor verde, tem aparência de nova, com murinho com grade e boa quantidade de plantas. O espaço inclui, também, uma casa nos fundos (não visualizada), na qual mora o filho, de 47 anos, sozinho. Segundo relato dos idosos, “ele é alcoolista”, morava em outro bairro, em casa própria, mas, devido ao problema e por não se cuidar direito, convenceram-no a morar perto deles. A casa de Joshua tem ótimo aspecto de limpeza e a mesma garante que é responsável por todos os afazeres da casa, mas que tem seu esposo, com quem pode contar sempre. Pude perceber, pela forma como se olhavam, o jeito de conversar e até pela participação do esposo na entrevista, que compartilham uma cumplicidade ímpar.

Eles estão juntos há 55 anos e, com certeza, parte da serenidade aparente da entrevistada, apesar de todas as tarefas e responsabilidades de ser cuidadora principal, deve-se a essa união. A outra parte advém da sua religiosidade/espiritualidade desenvolvida, sendo demonstrada, a todo o momento, em sua fala. Joshua relatou que tem alguns problemas de saúde, mas em nenhum momento ficou se queixando ou ao menos deixou transparecer algum tipo de sofrimento ou sobrecarga em detrimento ao ato de cuidar.

Ela discorreu bem, contando tudo com riqueza de detalhes; demonstrou certa apreensão em determinada pergunta, quanto a sentimentos de tensão e angústia, pois a questão remeteu à possibilidade de ela morrer e, caso isto aconteça, o que seria do pai e do esposo? Nesse ponto, o esposo também interferiu, dizendo que “nenhum pode ficar sem o outro, pois eles sempre se ajudaram e pretendem continuar dessa forma”. Ao final da entrevista, pude conhecer o seu pai, que estava repousando e, segundo Joshua, apresenta déficit na escuta. Ele

pareceu ser bastante “brincalhão”, um senhor com ótima aparência, sem dúvida com aspecto higiênico impecável.

A idosa frisou que tem uma família bem grande, espalhada por Volta Redonda, Barbacena, Piedade, São João Del Rey, mas o casal lembrou-se da importância da filha que faleceu e que fazia hemodiálise, que “Deus levou”. Ela era muito ligada ao avô e, por isso, ajudava muito, pois, quando o casal queria sair, mesmo quando a filha já fazia hemodiálise, ela ficava com o avô. Isso facilitava o relacionamento do casal, pois eles conseguiam sair mais juntos e, como notei, esse é um ponto crucial, pois eles sempre foram unidos, gostavam muito de “sair e viajar juntos”, pois agora não estão mais realizando as viagens. Eles repetiram, várias vezes durante a entrevista, como sentem falta da filha. O que chamou minha atenção durante a entrevista foi a cumplicidade do casal e a espiritualidade/religiosidade desenvolvida de Joshua que, mais uma vez, demonstrou a importância de se trabalhar a dimensão espiritual para se atingir um cuidado integral e de qualidade. E outro ponto é quanto ao elo entre a família e o ACS, devendo ser desenvolvido também pelo profissional enfermeiro. Ficou claro que eles se sentiram agradecidos pela visita, foram muito agradáveis e falaram para voltarmos mais vezes.

5.2.6 Gedeão – “Dono de uma fé inabalável que lhe confere segurança para a vida e o processo de cuidar do outro”

A sexta visita domiciliar (VD 06) foi a casa de Gedeão, 61 anos, cuidador de sua esposa, Ester, 74 anos, com quem está casado há sete anos. Ela é diabética, o que, como consequência, fez com que ela tivesse que amputar a parte inferior do membro esquerdo. Eles residem em uma rua asfaltada, plana, na parte mais baixa do bairro. As casas ao redor eram simples como as do casal, que não é própria, tendo sido alugada, há quatro anos, quando a esposa sofreu a amputação do membro. Antes, eles moravam com a filha de Ester, mas “não dava certo”, de acordo com Gedeão. Eles levam uma vida simples e se mantêm com as aposentadorias dos dois. Gedeão afirma ser responsável por todos os afazeres da casa e também por levar a esposa ao médico, para fazer exames ou para acompanhamentos na ACISPES² e na Unidade de Atenção Primária à Saúde do bairro.

² A Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES) é uma associação civil sem fins econômicos, sediada em Juiz de Fora-MG, criada em 1996; é um consórcio entre 24 municípios que tem como foco a promoção da saúde, com a realização de consultas e exames de média complexidade e transporte para os pacientes. Disponível em: <http://www.acispes.com.br/?pagina=quem>.

Os dois são evangélicos e frequentam assiduamente a igreja, para onde ele a leva na cadeira de rodas. A casa parece ser pequena, apesar de eu não tê-la visto por completo, apenas conheci a sala e o quarto do casal. Quando chegamos a sua casa (a ACS e eu), Gedeão nos recebeu de forma educada, pedindo que aguardássemos um pouco, pois ele estava auxiliando sua esposa no banho. Após alguns minutos, ele a deixou no quarto e veio nos receber, pedindo desculpas. Disse que a auxilia no banho, mas que ela se troca sozinha.

Gedeão trajava uma bermuda cor de vinho, uma camiseta bege e chinelo. Ele tem ótima aparência e está em forma; é alto, moreno, tem os cabelos levemente grisalhos e barba feita. Contou-me sobre a responsabilidade de cuidar, mas que, ainda assim, “agradece a Deus todas as manhãs, por lhe dar forças para continuar cuidando”. E, quando se sente abatido, Deus o renova; então relatou que “é gratificante o amor que Deus tem por nós”. Relata, ainda, que sente dificuldades, pois “cuida sozinho”, já que filha da esposa mal aparece, então, “aonde ele vai tem que levar a Ester”. Demonstra muita preocupação com a própria saúde, pois diz que “tem que estar de pé para cuidar dela”, então procura se cuidar. Quando perguntado sobre consultas médicas, tais como no urologista, cardiologista ou fazer exames preventivos como os de câncer de próstata, ele relatou “fazer todos os anos” e, também, a ultrassonografia da próstata. Mas ele leva a esposa junto, pois também não pode deixá-la sozinha.

Uma dificuldade que sente e relatou foi quanto à acessibilidade, já que, diariamente, defronta-se com a falta de acesso, por exemplo, “falta de pontos de ônibus para facilitar”. Disse que são coisas que o entristece, pois não é só com ele que acontece. Logo traz Deus para a conversa e diz que Deus lhe fala: “Filho, estou te dando forças, segue em frente, então continua seu caminho sem desanimar”. Ele demonstra muita segurança para realizar os cuidados, pois é impulsionado por Deus. A questão é se organizar para dar conta de realizar todas as atividades e, também, conseguir se cuidar.

Para alívio de tensões diárias, diz que gosta muito de “cantar louvores e ler a bíblia. Aí, pronto, a tristeza vai embora”. Foi uma entrevista muito rica, ele demonstrou ser uma pessoa sábia, centrada em seus objetivos e possui uma espiritualidade/religiosidade muito desenvolvida. Agradeceu pela conversa que, segundo ele, “foi riquíssima, saudável” e ainda disse: “é muito bom ver que alguém se preocupa com a gente, que escuta e ajuda a resolver os problemas”. Encerrou, dizendo que “o evangelho não é religião, ele leva a um só caminho: Deus”.

5.2.7 Talita–“Força de Deus para seguir, sempre”.

A sétima visita domiciliar (VD 07) foi a casa da Talita, 79 anos, mãe de sete filhos, sendo seis casados e uma solteira que, inclusive, mora com o casal e é manicure. Residem em uma rua bastante movimentada, por ser uma das principais do bairro, que é asfaltada e localizada em área plana, de fácil acesso, com presença de prédios e muitas casas, além do variado comércio. A chegada com a ACS foi interessante, pois a Sra. Talita tem o costume de amarrar a chave a uma corda e jogá-la para quem chega, para não ter que descer as escadas, e a ACS me falou que já está acostumada com o procedimento. Abrimos um portão, que deu acesso a uma escada de dois lances pequenos, cada um com seis degraus, porém íngremes, sendo a escada bem estreita, o que me pareceu dificultar a passagem, principalmente se for com a cadeira de rodas.

Ao terminar a escada, chegamos a uma enorme varanda arejada e confortável, onde encontramos o casal. O Sr. Emanuel, com boa aparência e aspecto bem higiênico, estava sentado, confortavelmente, em uma cadeira, tendo uma bengala encostada ao seu lado, e avistava todos os movimentos da rua. Dona Talita veio nos encontrar com um sorriso grande e já comentando sobre o calor, que estava muito. Ela é uma senhora branca, de estatura mediana, aparentemente acima do peso, com cabelos lisos, curtos, presos atrás das orelhas, pretos com algumas raízes brancas por retocar e olhos castanhos.

Ela recebeu-me com um vestido solto no corpo, tipo camiseta, até os joelhos, com estampado floral em vermelho e branco e usava um confortável chinelo preto que cobria a parte anterior do pé e aberto em sua parte posterior; usava óculos de grau e não usava muitos adornos, apenas um pequeno brinco de pedrinha transparente, as unhas não estavam pintadas; aparentava boa aparência. Mostrou-se cordial e interessada em participar do estudo. A entrevista aconteceu na varanda e, apesar de não ter entrado em sua casa, esta me pareceu grande e limpa. A residência é própria e o andar de baixo possui uma garagem, um ateliê de costura e um espaço a mais, que é uma sala para a sua filha trabalhar. O casal é aposentado, ela trabalhava como costureira e o esposo era comerciante. Aparentemente, eles têm uma vida tranquila quanto à condição financeira, possuem plano de saúde e, geralmente, utilizam o plano para consultas, exames, etc. Eles não utilizam os serviços da unidade básica, mas ela disse já ter recebido visitas da médica e sempre receber a ACS; só sente não poder receber os remédios da UAPS, tendo que comprar todos os meses, por não ter como buscar (a UAPS fica bem distante da sua casa).

D. Talita demonstrou ser segura e determinada em sua vida e afirma que é assim pela força de Deus. Disse que “a tarefa de cuidar não é nada fácil e só sabe o que é isso quem sente na pele”. Ela exerce a função de cuidadora principal de forma integral, há mais de trinta anos, como disse, desde quando o esposo teve o primeiro AVC. Enfatizou que não tem ninguém que a substitua na rotina de cuidados, salvo em casos esporádicos. Relatou que tem “vários problemas” de saúde e mostrou-me seus pés, que são deformados, em consequência da artrose que a acompanha há alguns anos e que a faz sentir “dores terríveis, que já não cedem com o uso de analgésicos comuns”, citando o nome de um fármaco mais potente. Além disso, ela sofre com hipertensão, hemorroidas, diverticulite e refluxo. Porém, disse que “segue firme”, sempre alimentando a sua crença que, segundo a mesma, faz com que ela continue a viver e cuidar.

Em alguns momentos da entrevista, os seus olhos brilhavam e se enchiam de lágrimas, então ela dizia que “o seu alívio vem de Deus”, por meio das suas orações. Ela disse, ainda, que, muitas vezes, entra para o quarto e chora muito, como forma de desabafo, pois sente falta de alguém para ouvi-la e entendê-la. Novamente, fui impactada com a força que mais essa cuidadora demonstrou, afirmando, em vários momentos, que tudo só é possível por meio da crença, da busca espiritual, da sua fé em Deus.

5.2.8 Ruth – “Enfrentando desafios e adaptações ao próprio envelhecimento, firme em sua crença religiosa para cuidar de um familiar dependente”.

A oitava visita domiciliar (VD 08) foi realizada a casa de Ruth, natural de Juiz de Fora, casada, 66 anos, negra, aparentemente com sobrepeso, baixa, com cabelos e olhos escuros. Ela não possui filhos naturais, porém relata ter seis enteados que são verdadeiros presentes de Deus. Recebeu-me usando uma blusa estampada, com fundo branco e saia vermelha, usando um sapatinho simples, de aparência confortável. Fui recepcionada com um caloroso abraço.

A senhora reside em uma rua de boa localização, de fácil acesso, asfaltada, composta por casas baixas, dois prédios, um bazar que, por sinal, é da sua enteada, uma padaria e uma vidraçaria. A sua casa era a última de um longo terreno, passei por um pequeno portão que dava acesso a um corredor largo, onde havia várias casas da família. Sua casa era simples, de fácil acesso, com boa aparência higiênica, e Ruth disse que é ela quem realiza todas as tarefas

diárias, “graças a Deus”. Pareceu-me muito à vontade em contar sua vida e falava com um brilho no olhar, com muita alegria pela família e seus seis enteados.

Demonstrou, em sua fala, que seu alicerce, em todos os momentos e para a realização de tudo em sua vida, o apoio, a sustentação para a tarefa de cuidar, diariamente, do seu esposo, é, “em primeiro lugar, a força de Deus e, em segundo, a família”. Sr. Mateus, seu esposo, apresenta sequelas do acidente vascular encefálico (AVE) que sofreu em 1996 e ela relata que o mesmo ficou em estado grave, tendo sido até “desenganado” pelo médico. Após a sua recuperação, que foi considerada um milagre, ele passou por uma longa internação em um hospital da cidade, até poder retornar a sua casa e, a partir daí, ela não parou mais de cuidar dele. Relatou que, de um ano para cá, “ele tem piorado bastante”, “até começou a babar”. Porém, ela mantém sua força, mesmo sentindo muitas “dores nas pernas”, advindas de uma artrose, e diz que, apesar de toda a dificuldade que o esposo tem para andar, “não para quieto”, o que a sobrecarrega bastante, pois ela tem medo de deixá-lo sozinho, até porque ele também não ficaria: “ele tem medo de passar mal sozinho, por exemplo. Se ele estiver deitado e sozinho, ele não consegue se levantar”. Ela disse que procura estar sempre presente e que “dá o banho, faz tudo”, mas, às vezes, ele fica com a enteada para ela descansar um pouco durante o dia, principalmente, quando está com muita dor.

Ruth mostrou-se uma pessoa extremamente religiosa, praticante, sendo, atualmente, evangélica, porém disse que, por muitos anos, foi católica. Ela acredita firmemente na superação das adversidades da vida pela fé. Não recebe apoio institucionalizado para o cuidado diário com o esposo e utiliza a rede privada para a assistência à saúde dele e à própria. Mais uma vez, o que despertou a minha atenção durante a visita e entrevista foi, novamente, a grande força que demonstra pela fé em Deus, agradecendo a Ele por tudo e, a todo o momento e com o apoio familiar, garante um suporte para o cuidador seguir o seu caminho com menor sobrecarga. E, ainda mais, ao sair, falou que já vinha sendo preparada para cuidar desde nova, quando cuidou de três pessoas, sendo uma cega, uma muda e a outra surda. E, ainda assim, com ajuda de Deus, sempre deu conta, na verdade ainda frisou: “era Deus me preparando”.

5.2.9 Samuel – “Sem Deus nada é possível, com Deus tudo dará certo”.

A nona visita domiciliar (VD 09) foi a casa de Samuel, 79 anos, pai de duas filhas, casadas, sendo uma pedagoga e a outra psicóloga, uma residente em Juiz de Fora e a outra em Brasília, acompanhando o esposo, que é gerente do Banco do Brasil. Avô de duas netas, duas

morando em Brasília, sendo uma advogada e a outra cursando Engenharia de Comunicação, a outra, médica, está terminando uma especialização em São Paulo. Ele demonstrou muita alegria, empolgação e orgulho ao falar das filhas e, ainda mais, das netas.

Ao chegar a sua casa, fui recepcionada pelo mesmo, com muita cordialidade e respeito. Neste momento, ele fez um comentário, elogiou a minha pontualidade, pois marquei, por telefone, a entrevista para as 15 horas e cheguei com três minutos de antecedência. Pude notar que ele já me aguardava e, nesse momento, já demonstrou a sua preocupação em receber bem quem o visita.

O Sr. Samuel tem pele morena, olhos castanhos, estatura baixa e é calvo; vestia uma bermuda branca, com uma camiseta cinza e sandálias de couro, evidenciando excelente aspecto de higiene. Ele e a esposa residem em uma rua aparentemente tranquila, com presença de prédios e muitas casas. Logo fui convidada a entrar, então subimos dois lances de escada de uns 12 degraus cada. Sua casa possui três andares, sendo, no primeiro, um apartamento que se encontra vazio, pois dizem que, caso aluguem, podem perder a privacidade; e um duplex, a partir do segundo andar. Ao entrar em sua sala, chamou-me atenção a limpeza e a decoração de muito bom gosto, com um grande lustre pendente na sala, evidenciando certa sofisticação, os tetos rebaixados, a sala com dois ambientes, alguns quadros de extremo bom gosto, completando a decoração. A casa é muito clara e arejada.

Logo que entramos, ele me levou ao quarto onde estava a sua esposa, Rebeca, 74 anos, que estava deitada em sua cama, em um quarto amplo, bem decorado e limpo, com cortinas requintadas. Podia-se perceber que eles possuem boas condições financeiras, que têm uma vida muito tranquila. Rebeca, há alguns anos, vem desenvolvendo artrite reumatoide, uma doença crônica e degenerativa que está impedindo, progressivamente, nos últimos quatro anos a sua locomoção. Ela anda com muita dificuldade, somente do quarto para o banheiro, ou até a cozinha para almoçar, com ajuda de muletas e do marido. Para sair de casa, ela depende das muletas e de cadeiras de rodas. O que não a impede de ser vaidosa, com ótima aparência, cabelos alinhados, pretos, na altura do ombro, parecia que acabara de sair de um salão de beleza. E, como a mesma disse, os cabelos estão “sempre pintados, pois, apesar dos pesares, gosto muito de me cuidar”, completou dizendo: “gosto de me cuidar em todos os sentidos desde os cuidados com a higiene e a beleza até com alimentação e saúde” Rebeca estava coberta por uma colcha branca, com um enorme ventilador ligado.

Ela relatou ter plano de saúde e que prefere utilizar a assistência hospitalar, ambulatorial e para exames na rede privada (pelo convênio particular). Já o seu cuidador e

esposo, refere preferir se consultar na UAPS, que não possui ESF e funciona sob o modelo tradicional, onde busca seus remédios e é “muito bem atendido por todos”, deixando para usar o convênio só em casos de exames e cirurgias, “por não demorar, já que pelo SUS o processo é demorado”. Rebeca é falante e se mostrou muito preocupada com as unhas por fazer, pois sua manicure, segundo a mesma, viajou e, portanto, ela não pôde fazer suas unhas naquela semana. Rebeca se expressa bem e diz ser aposentada, era servidora pública.

Como dito anteriormente, a casa possui dois andares, o segundo não visualizado, com um ótimo aspecto de limpeza, responsabilidade do Senhor Samuel, que faz questão de dizer que cuida sozinho e que Rebeca é exigente demais, tem mania de limpeza e que encontram dificuldades para achar pessoas de confiança e, por isso, ele “prefere se virar sozinho”. A roupa é levada para uma lavadeira e a alimentação é comprada, só ficando a cargo dele os pequenos lanches, pois fica pesado fazer tudo sozinho. Por isso, optaram por comprar, sem contar que o restaurante tem uma ótima comida, com cardápio variado. Relatou, ainda, que gosta de comida japonesa e, de vez em quando, de um bom vinho. Ele diz que adora cozinhar e sabe fazer diversos pratos, dos mais sofisticados aos mais simples, e gosta de fazer “tortas doces e petiscos com camarão”.

Segundo os relatos, eles estão juntos há 57 anos e demonstram que se amam e se respeitam, tratando-se com muito carinho, mas ela fez questão de dizer que é “muito ciumenta”. Como, nas outras entrevistas, aqui a história se repete: o cuidador apresenta alterações de saúde, faz uso de medicações anti-hipertensivas e está com um “problema” no joelho direito, sendo que as escadas acabam dificultando, porém, em nenhum momento, ficou se queixando ou ao menos deixou transparecer algum tipo de sofrimento ou sobrecarga em detrimento do ato de cuidar, ao contrário, surpreendeu-me o seu cuidado consigo e a serenidade para o cuidado com a esposa, tudo com muita segurança.

Samuel, afirma, veementemente, sua convicção da presença de Deus em sua vida e alega que só tem a agradecer. Na verdade, o único momento em que demonstrou certa aflição foi quanto à possibilidade de algo acontecer com ele; mostrou até que todas as portas tem tetra chave, pois, caso aconteça algo a ele, a esposa estaria protegida, até a chegada da filha. Quanto ao apoio familiar, dizem que, se precisarem, podem contar com a família, apesar de todos serem ocupados; porém, eles demonstraram muita independência, deixando para recorrer aos familiares só em último caso. O que mais me impressionou, durante a visita e a entrevista, foi a força e a busca espiritual emanada naquele ambiente por ambos, ela fervorosa

em suas orações, demonstradas por meio da fala e percebida pela presença de muitas imagens de Jesus e de outros santos de sua devoção, junto a fotos da família.

Já o Samuel demonstrou muita serenidade, paciência, sabedoria e reverência a Deus, em todos os momentos, desde a minha chegada até a minha saída daquele lar. Ele disse ser “tamente a Deus”, é católico, porém diz respeitar todas as religiões, pois todas buscam a Deus. Ele disse que vai à missa todas as semanas e que assiste na TV, porém tem a obrigação de ir à casa de Deus, completando: “tenho que dedicar parte do meu tempo a Ele”. E percebi, mais uma vez, que se sentiram agradecidos pela visita e foram muito agradáveis, falaram para voltar mais vezes. A visita levou três horas e meia, com muito diálogo e aprendizado. A entrevista foi feita em uma sala, sem a presença da esposa.

5.2.10 Eunice - “Vitoriosa em virtude da confiança em Deus e do amor pelo esposo”

A décima visita domiciliar (VD 10) foi a casa de Eunice, natural do Município de Ponte Nova (MG), casada, em seu segundo casamento há vinte anos, tem 73 anos. Foi recepcionada com um largo sorriso, seus olhos são vivos, demonstrando grande prazer em viver. Ela é branca, tem baixa estatura, está acima do peso, e possui cabelos lisos, curtos e de cor castanho-claro, olhos cor de mel. Recebeu-me com um conjunto de blusa e bermuda com discreto estampado, usava uma sandália marrom aberta em sua parte posterior e óculos de grau; com simplicidade, não possuía muitos adornos, apenas um pequeno brinco, as unhas estavam pintadas, com ótima aparência.

Mãe de três filhas, sendo uma adotada, na verdade, o seu esposo “pegou para criar” e, quando eles ficaram juntos, ela assumiu juntamente com ele o cuidado da filha. Quanto às duas filhas biológicas, uma está morando na Suíça, a trabalho, e a outra mora na cidade do Rio de Janeiro, com esposo e filhos, onde Eunice também morou por mais de 15 anos e conheceu seu atual e “amado esposo”, o Sr. Mateus. Eunice reside em uma rua asfaltada, onde prédios de pequeno e médio porte mesclam-se com muitas casas de um andar e duplex. Pude perceber a existência de uma igreja católica na esquina de sua casa. A rua está localizada em uma das partes mais altas do bairro, de subida acentuada, porém não oferece dificuldades para o deslocamento, pois a entrevistada possui veículo próprio e “dirige para todos os lados”, disse que “resolveu tirar a carteira após o marido ter ficado ruim em 2000 e ter passado muito aperto para resolver as coisas”. Ela relata que, se não fosse habilitada para dirigir, não saberia o que fazer.

Ela reside em casa própria, ampla e arejada, da qual eu pude perceber o bom aspecto higiênico, estando tudo limpo e bem decorado; a moradia possui, ainda, uma biblioteca, que a entrevistada fez questão de me mostrar, pois nela se encontram vários exemplares dos livros que seu esposo escreveu. Ele, advogado aposentado, segundo relatos de Eunice, era escritor, jornalista, “tinha uma vida extremamente ativa”, e demonstrou ser culto, ao conversarmos, desde a minha chegada até a saída. Dona Eunice esbanja orgulho do marido e exhibe “um amor inquestionável pelo maridão”, de quem demonstrou cuidar com amor e paciência. Pude notar sua emoção em vários momentos da entrevista. Ele se encontrava sentado no sofá da sala de televisão, assistindo a uma programação, enquanto exibia um cuidado impecável, estava vestido com um pijama confortável, porém requintado, com barba feita e os cabelos arrumados.

Eunice contou-me que começou a cuidar do seu esposo, que hoje está com 82 anos, no ano de 2000, quando ele “teve um AVC”. Porém, após três meses de reabilitação, ele já estava dirigindo, sem sequela alguma. A partir de 2007, ele começou a ter “uma fraqueza nas pernas, travava-as, mas não conseguia andar”, foi quando mudaram para o atual endereço. No ano de 2010, ele teve outro “princípio de AVC”, depois começou com “episódios de labirintite” e, a partir daí, não pôde ficar sozinho, “não consegue ir ao banheiro sozinho”, depende de acompanhamento. Ela relatou viver em função do esposo e que faz isso com muito amor e cuidado, pois “ama-o demais”. A entrevistada verbalizou a dificuldade, tendo em vista não ter mais vida social, “ele não aceita outra pessoa para cuidar”, a não ser quando precisa resolver “algum problema”. E a filha adotiva, que mora num bairro perto, ajuda-a sempre que necessário.

Ela evidenciou, em todos os momentos da entrevista, uma “fé inabalável”, com uma força que, sem dúvidas para ela, “vem de Deus”. O casal possui filiação religiosa evangélica, porém de uns tempos para cá, não conseguem mais “frequentar os cultos”, passando a assistir pela TV, pois ele não aguenta ir e ela não o deixa em casa, não se sente segura em deixá-lo sozinho, diz ter “medo que algo ruim aconteça a ele na sua ausência”. Ela busca momentos de distração, por meio do computador, em conversa com as amigas e filhas.

Ela relatou ser quem realiza todos os cuidados com o marido, inclusive com a barba, os cabelos e as unhas. Segundo a entrevistada, ela tem que “ter um cuidado especial”, pois ele é diabético. Eunice contou que realiza as atividades da casa, porém tem uma ajudante que a auxilia uma vez por semana, tendo em vista a casa ser muito grande, com janelas enormes a serem limpas. Quanto ao autocuidado, percebi que ela procura realizar consultas e exames de

rotina, aproveitando, principalmente, os momentos em que o esposo também vai. Eles buscam toda a assistência via rede privada, por meio de convênio particular. Ela relatou que o marido passou por uma internação via SUS, mas “se arrependeu amargamente” e, a partir daí, começou a “pagar um plano completo para ele e ela realizarem exames e consultas particulares”. Quando a cuidadora necessita, a filha fica com o pai para que ela possa fazer alguns acompanhamentos de saúde, como no caso da ida ao endocrinologista, pois descobriu que está “com problema na tireoide”, há seis anos e, desde então, faz uso de medicação. Eunice também é diabética, hipertensa e relata sentir “muitas dores no corpo”, que surgiram há um ano.

Mostrou-se resistente quanto à prática de atividade física, sendo que ela já foi orientada a caminhar ou fazer hidroginástica e ainda não aceitou, alegando “não ter tempo”. Em todos os momentos da entrevista, demonstrou sentir grande amor pelo esposo, mas o que realmente impressionou, assim como em todas as outras entrevistas, é o quão expressam sua espiritualidade, com uma misteriosa força e devoção, uma busca diária e incessante de graças divinas, o que é percebido pela fala segura e com propriedade dos entrevistados.

A cuidadora apenas demonstrou insegurança quando falou sobre a sua morte, o que pode ser explicado em virtude de ter que deixar o esposo, “e o que seria dele?” Uma preocupação é imaginar que ele tenha que viver o resto da vida em um asilo. Ainda assim, ela dá a volta por cima da insegurança, pautada na crença que tem em Deus. Segundo a mesma, é Ele quem a fortalece todos os dias. Eunice, como os outros participantes, mostrou-se agradecida por ter a oportunidade de expor a sua vida e alegou que “vai só guardando tudo” e comigo ela se sentiu a vontade, pôde se abrir e expor o que acontece no seu dia a dia como cuidadora principal do seu esposo.

5.3 CODIFICAÇÃO ABERTA

Nesta etapa da análise, em que o material empírico pode se codificado em tantos códigos quanto possível (STRAUSS; CORBIN, 2008) e que todos os dados são passíveis, nessa fase da análise, de uma codificação, chegamos a um conjunto de 39 códigos, o que pode ser visualizado no QUADRO 2:

QUADRO 2- Codificação aberta: geração de 39 códigos relacionados à questão em investigação

N.º	Dados empíricos – Trechos extraídos de entrevistas com os participantes	Códigos
1	<i>Comecei a cuidar dele quando ele teve AVC, isso em 96, minha filha. A partir daí, comecei a cuidar e, graças a Deus, cuidei até hoje. (Ruth)</i>	Envelhecer e tornar-se cuidador familiar principal.
2	<i>Eu não tomo uma gota d'água de manhã, enquanto eu não agradeço a Deus: agradeço pela minha vida, pela vida dos meus filhos e do meu marido. A casa tá em pedaços, mas é minha né? Eu agradeço tudo! Acredito que Deus é quem dá força [a] todo mundo, tudo que a gente passa é pela vontade Dele. Se deixar de compreender ou desejar a presença dele junto de nós, a gente não tem vida não, a nossa vida é a luz divina. E a força de Deus. (Adameire)</i>	Espiritualidade/religiosidade como força e suporte de vida.
3	<i>A dificuldade é na hora de dar um banho. (Isabel)</i> <i>Difícil. É muito complicado, só a gente vivendo o dia a dia [para compreender]. Remédio eu tenho que dar na mão, água na mão, tudo é na mão. E ele também não gosta de aceitar outra pessoa não, é difícil, complicado, e agora está ficando pior, porque a cabeça tá ficando bem ruim; três derrames você já viu, né? (Talita)</i>	Sobrecarga Física do papel do cuidador idoso.
4	<i>Eu tenho artrite reumatoide, [...] eu tenho duas próteses, eu não posso caminhar. (Isabel)</i> <i>Eu tenho artrose nos pés, nos joelhos, sinto dores fortíssimas, [o que] me deixa quase sem andar. Tem dias, para você ter uma ideia, [que] eu tomo tramadol, de tanto dor que tenho. (Talita)</i>	O Comprometimento da saúde do cuidador idoso.
5	<i>Tenho que fazer tudo por ela, ajudo no banho, tenho medo que ela caia. Então, mesmo quando estímulo, fico de perto olhando. Ai ela toma direitinho, mas fico com medo, tenho que ajudar ela se vestir, ela se veste, mas devido ao braço dela, por causa do AVC, vai muito devagar, né. E tá muito frio. Ai acabo ajudando para ela não sentir frio, a alimentação tem que ser na hora, ela não pode cozinhar. Então, eu que faço tudo. Igual depois que mudei, ainda não consegui fazer aquela faxina [em sua casa]. (Dina)</i>	Atividades desempenhadas pelo cuidador familiar do idoso.
6	<i>Então, eles me apoiam também. Muito [...] A família dá força. (Isabel)</i>	Apoio familiar recebido para cuidar do outro.
7	<i>Mas a gente preocupa, né! Eu preocupo. Eu fico assim: Meu Deus, e se eu morrer? Como é que o meu pai vai se virar ou ele? [referindo-se ao esposo]. (Joshua)</i>	Preocupação em morrer em virtude da dependência do ser cuidado, além do medo da perda do outro.

	<i>Então, tenho muito medo né, já era apegada a ela, e depois que passei a cuidar dela, estamos cada dia mais agarradas, e se ela se for não sei o que será de mim. [...] só tenho medo que ela se vá, mas Deus é poderoso, né? Não dá uma cruz que não possamos carregar. (Dina)</i>	
8	<i>Sim. Eles ajudam, mas você sabe, né, todos têm família, filhos, marido e moram longe, então, a 'L...' [enteada] é quem mais ajuda,[mas] também tem os [seus] filhos.Tento fazer o que posso, só quando não aguento mesmo, porque a [...] ajuda muito, mas ela tem os filhos o marido, tem a vida dela né! (Ruth)</i>	O sentimento de apreensão em ser considerado um fardo para a família.
9	<i>Então, quando sinto muita dor e não estou bem, acabo tendo que pedir ajuda, tenho medo de deixar ele cair. (Isabel)</i>	
10	<i>Deus me da força, porque vivo numa cadeia sem muro [...]. (Ruth)</i>	Mudanças no estilo de vida relacionadas ao processo de cuidar.
11	<i>A gente vence todas as dificuldades. E depois que passa a gente fica assim: como é que eu consegui? [...]. Eu não acho muito sobrecarregado não, porque, no momento que a gente tá conseguindo, a gente tá tendo a capacidade e força para lutar, né? (Joshua)</i>	Resiliência no cuidado do outro.
12	<i>Ah, minha filha, tem mais ou menos uns 3 anos, depois disso só compro os remédios da pressão. Às vezes minha pressão fica muito alta, ai vou na farmácia, a menina olha a minha pressão e pronto. (Ruth)</i>	Encontrando dificuldade para autocuidar-se.
13	<i>Vou à igreja todos os domingos. Quando não vou no sábado, vou no domingo. (Talita)</i> <i>Deus me ajuda, porque eu tenho tempo para ele. Eu vejo a missa do Padre Marcelo na televisão e vou [à] igreja, porque a missa do Padre Marcelo só vale para quem não tem condição de ir [à] igreja. Agora se tem condição de ir, tem que ir é lá. Agora um domingo que a senhora não pode ir lá, a senhora assistir na televisão [não tem problema]. Não é só de manhã cedo que tem missa não, tem o dia inteiro, ai é válido, mas a pessoa tem que ter um tempo para Deus. Por que, Nossa Senhora, o que Deus me ajudou [...]. (Samuel)</i>	Frequência religiosa como apoio e suporte de vida.
14	<i>Ai eu tive que ir à farmácia, pedir o cara, ai ele ainda me cobrou vinte reais para vir aqui e aplicar a injeção nela, porque ela não pode ficar sem a injeção, entendeu? (Lia)</i> <i>Tem medicamento que tem no posto, sei que tem, mas não tenho como buscar e acabo tendo que comprar. Se pelo menos alguém que viesse visitar pudesse trazer, me ajudaria muito. Precisamos disso. (Talita)</i>	Estratégia de busca de cuidado/ Necessidade de atenção domiciliar.

15	<i>Eu cuidei primeiro foi de uma irmã paralítica que eu tinha. Ela nasceu e dez anos depois ficou paralítico. Aí eu ajudei minha mãe [a] cuidar dela, ajudei [a] cuidar do meu pai, que faleceu há treze anos e, por fim, tive que mudar para cá para cuidar da minha mãe e do meu irmão. (Lia)</i>	Experiência prévia com o processo de cuidar de outra pessoa/ familiar no domicílio.
16	<i>Só tenho medo de não aguentar, porque, como disse, ele tem piorado, então tenho medo dele cair, de não conseguir segurar mesmo. (Ruth)</i>	Fragilidades para exercer o papel de cuidador.
17	<i>[Por exemplo] a limpeza na casa: eu comecei a fazer a limpeza da casa na segunda-feira passada, no banheiro; aí, na terça, eu fiz na cozinha, sabe? Quando foi na quarta, eu fiz no quarto dela, sexta eu fiz na sala. É assim, cada dia eu faço uma coisa, porque eu não dou conta de fazer tudo de uma vez e ela também não deixa, sabe? (Lia)</i>	Manutenção da casa e ambiente em que vive com o idoso.
18	<i>[...] Eu não tô podendo pagar, eu não aposentei. É, assim, isso vai sair vai ser muito ruim, mas eu tenho que falar, né? A minha filha que é da auditoria fiscal da receita federal, colocou eu e a Sarah como dependentes dela, porque ela era uma moça muito doente, deu até tuberculose nos ossos, foi um custo para sarar. Naquele tempo, a tuberculose era um bicho de sete cabeças, né? E ela teve, e por causa disso a gente não pode aposentar e receber o nosso dinheiro. Aí ela faz a compra, paga o plano de saúde [...] desse que só faz tratamento de ficar internado, e é muito caro, né? E quanto mais à gente vai ficando velho... (Adameire)</i>	Dependência financeira de outro familiar.
19	<i>Me revolta ver [começa a chorar, com enorme sofrimento, o que me emocionou profundamente; tive vontade de chorar junto] os filhos não querem saber dela, fica só nas minhas costas, eu sofro de ver ela sofrendo (muita tristeza e revolta com a falta do apoio familiar). [...] Olha, é uma responsabilidade muito grande, né, porque eu sozinha... (Lia)</i> <i>Quando ele ficou de cama, precisava ir no banheiro e eu não tinha como levar, eu tenho um filho que vinha aqui, de vez em quando, dava uma ajuda, mas não era sempre, porque ele tem a casa dele. (Talita)</i>	Pouco ou nenhum apoio familiar.
20	<i>Foi mudando... É que eu não ligo muito para sair, não faço amigo, né, não tenho uma vida assim, social, tenho uma vida só para eles. Eu falo que nem na casa da minha filha eu não vou, ela mora aqui em de Juiz de Fora. (Adameire)</i>	Déficit do lazer.
21	<i>Tudo assim, né? O corpo dela judiado, porque ela trabalhou também, ela também lutou para criar a gente, na roça, né, porque a gente morava na roça. Ela lutou, cortava cana, junto comigo, com meu pai [começou a demonstrar muita emoção na voz e olhos cheios de lágrimas], plantava milho, feijão, tudo isso ela fez na roça para ajudar a criar a gente. Aí eu fico olhando o corpinho dela, ela senta lá naquela cadeira para</i>	Sobrecarga emocional do papel do cuidador idoso.

	<i>tomar banho com aquele corpo todo deformado sabe... (Lia)</i>	
22	<i>E tem outra coisa que eu tenho: é muito medo [chorando]. Esse muro assim, baixinho, as coisas do jeito que tá, ninguém respeita ninguém, essas coisas... [pausa] Eu tenho medo de entrar alguém de má intenção, por exemplo, aqui tinha a oficina dele, quando ele parou de trabalhar não podia andar dentro dela, de tanto ferro pelo chão, agora vai lá para ver se acha um pedaço de ferro. (Adameire)</i>	Sentem-se desprotegidos e com medo da violência.
23	<i>E toda vez que eu passo mal e falo com ela que vou no médico, nossa! Ela entra em pânico, ela não deixa. Ela não fica sem eu não, eu não posso sumir não... (escutou a mãe perguntando por ela na sala). (Lia)</i>	Dificuldade em se afastar do ser-cuidado, devido ao elo de confiança instituído entre eles.
24	<i>Às vezes, eu vou lá pro terreiro para chorar, às vezes eu vou lá para os fundos, né? Porque eu não quero chorar perto da minha filha, né?! (Lia)</i> <i>Então a minha luta é essa. Tem dias que eu fico assim, às vezes eu choro muito [os olhos encheram de lágrimas, e deu um sorrisinho sem motivação]. (Talita)</i>	Manifestação de tristeza.
25	<i>Não recebo nada de ninguém, nada, poucas vezes a agente de saúde, que vinha, mas diz que nossa área não tem médico. Assim mesmo, a "N" [filha que mora com o casal] levantou cedo um dia aí e foi lá [na UAPS] pegar a receita do calmante que a gente usa, porque sem receita não compra o remédio e, nessa confusão, perderam meu cartão do SUS. (Adameire)</i> <i>A enfermeira, inclusive no mês passado [interroguei neste momento para saber se ela sabia o nome da enfermeira responsável pela área], [ela responde] "E", né? Aquela que aplica injeção [na verdade é a técnica de enfermagem]. Pois é, ela aplicava a injeção na minha mãe, todo mês, mês passado eu chamei, cansei de chamar, pedir, não vieram aplicar a injeção na minha mãe. (Lia)</i>	Déficit de atendimento às necessidades de saúde do binômio cuidador idoso e idoso dependente.
26	<i>Eu tomo, tomo [o] remédio do reumatismo, tomo o remédio da pressão, porque tenho pressão [alta] também, [mas] tá controlada [...] (Isabel)</i> <i>Estou sempre no médico, procurando melhorar, às vezes, não vou por preguiça, mas eu vou, tenho cardiologista, ortopedista, gastro e proctologista, [por]que tenho problema de hemorroida, tenho diverticulite, refluxo [risos], as coisas da idade, né? Mas, graças a Deus, Deus vem me dando forças para eu chegar até onde eu cheguei, porque, se ele não me desse essa força, eu já teria desistido. (Talita)</i>	Conhecimento do idoso acerca do cuidado de si.
27	<i>Gostaria muito de agradecer por ter vindo, por me escutar. Nossa! Nunca ninguém parou para me ouvir. [Quero] pedir desculpa se falei coisas que nem vai te ajudar. Se</i>	A importância da escuta ativa para o idoso.

	<p><i>quiser voltar, vai ser sempre muito bem-vinda. (Dina)</i></p> <p><i>Vale muito [ter o profissional de saúde, que possa ouvir], pois, às vezes, a gente quer uma pessoa para conversar, expor os problemas para alguém que entenda e, às vezes, acontece que os de casa não entendem. Entendeu? Às vezes a gente quer falar... (Talita)</i></p>	
28	<p><i>[...] Na verdade, tudo começou a complicar em 96, quando ela teve um AVE, aí, um ano depois, ela teve convulsão, o médico disse que ela, depois do AVE, tinha que estar tomando o fenobarbital [e], como não estava, teve convulsão. Agora, depois que ela está comigo, teve dois enfartes, e agora o médico falou que ela está com princípio de Alzheimer. (Dina)</i></p>	O processo de envelhecimento e o surgimento de novas patologias.
29	<p><i>Ela precisou fazer um tratamento serio no HU, mas ela trata é no HU. Ontem mesmo a gente foi na Reumatologista, aí, quando foi em maio do ano passado, que a gente descobriu que ela estava com osteoporose. Até aí a gente não sabia, ela, caiu fraturou a bacia, ai ela teve que ficar de repouso. Quando tirou à chapa, o médico falou assim: você tem que procurar um reumatologista imediatamente, [por]que ela tá com muita osteoporose. (Isabel)</i></p>	Atenção às necessidades de saúde do idoso dependente.
30	<p><i>A minha filha que fica com ela. Por exemplo, hoje eu saio 5 horas, [por]que eu tenho hidroginástica. Eu faço hidroginástica três vezes por semana. (Isabel)</i></p>	Autocuidado preservado do cuidador idoso.
31	<p><i>Gosto de ler a palavra. Não é sempre, não, mas tem alguns salmos, como o salmo 91 e o salmo 123, quando estou com aquela angústia, sabe, aquela coisa ruim, acho que isso é normal, né? (Dina)</i></p> <p><i>Vou à igreja todos os domingos. Quando não vou no sábado, vou no domingo. Ou, então, entro no quarto e choro muito, se não a gente não aguenta não. Rezo muito, leio a bíblia. Aí já saio do quarto melhor. Assisto à missa todos os dias de manhã, na Canção Nova, porque ouvir a palavra de Deus ajuda muito. Graças a Deus. (Talita)</i></p>	Religiosidade como estratégia para o alívio da tensão.
32	<p><i>Faço tudo com ela, então, se ela vai ao médico e [eu] tô precisando, aproveito e me consulto também. O pessoal lá do posto, já está até acostumado. (Dina)</i></p>	Sendo acompanhado pela equipe de ESF.
33	<p><i>Aí o que aconteceu foi o seguinte: comecei a perceber algumas “coisas estranhas” [Pausa prolongada]. Quando ia visitar minha mãe, ela ficava mais feliz, porém, quando era a hora, deu vir embora ela não aceitava, insistia para que eu ficasse. Então, todas as vezes quando vinha embora, saía de lá chorando, sabe? Aí falei com a minha irmã que mora em Uberlândia, que ia arrumar um lugar para morar com a mamãe, ela logo concordou dizendo: isso mesmo, vai ser bom para ela. (Dina)</i></p>	Assumir o papel de cuidador principal.

34	<i>Só que [pausa], com isso, minha família ficou chateada comigo, acharam, e um dos meus irmãos chegou a falar, que eu só estava fazendo isso por interesse na pensão da mãe, ou melhor, nas pensões, né? (Dina)</i>	Conflito familiar.
35	<i>Eu vivo aí cuidando deles, eu vou atrás de médico, de remédio em posto, mas [pra] mim mesmo nada. (Lia)</i>	Prioriza as necessidades do ser cuidado.
36	<i>A casa dela é muito linda [referindo-se à casa de uma filha], mas nem lá eu vou, também porque eu não posso, né, não tenho tempo. (Adameire)</i>	Falta de tempo.
37	<i>Olha, facilidade a gente não encontra nenhuma. Principalmente, [da] parte do governo, porque não tem calçada para cadeirante, não tem rampa. Aí você chega num lugar que diz que tem preferencial, você vai ficar é lá mesmo, tem que ficar é 3, 4 horas. (Gedeão)</i>	Acessibilidade e falta de apoio do poder público promovendo tensão no papel do cuidador.
38	<i>O dinheiro dele não tá dando nem para comprar o remédio, é muita raça de remédio. (Adameire)</i>	Aspectos econômicos.
39	<i>Quando eu casei, eu ainda era católica, depois que eu passei [pausa] agora sou evangélica, mas sempre fui [á igreja] e levei a sério. (Ruth)</i>	Equilíbrio para enfrentamento diário, por meio da busca pessoal, independentemente da filiação religiosa.

5.4 CODIFICAÇÃO AXIAL

Para cada código previamente identificado, gerou-se, nessa segunda codificação, um conceito relacionado, de forma a identificá-lo por meio dos dados coletados (QUADRO 3).

QUADRO 3 - Codificação axial: formando conceitos sobre o contexto de vida do cuidador familiar idoso.

N.º	Códigos	Base Conceitual de Análise
1	Envelhecer e tornar-se cuidador familiar principal.	Acreditam que são responsáveis pelo cuidado do seu familiar ao envelhecer, principalmente, quando adoecem.
2	Espiritualidade/religiosidade como força e suporte de vida.	Depositam suas esperanças em um ser superior. Acreditam que sua vida é regida por uma força Divina, superior, que os sustenta, a cada dia, e os mantém vivos e com forças para continuar sempre.
3	Sobrecarga Física do papel do cuidador idoso.	Estado de esgotamento físico resultante da rotina de atividades diárias: atividades ou condições relacionadas à função de cuidador e outras que representam acúmulo de tarefas, que geram impacto físico no cuidador e conseqüente comprometimento a sua saúde.
4	Comprometimento da saúde do cuidador idoso.	Relatos de convivência com processos agudos ou crônicos relacionados ou não ao processo de cuidar do idoso dependente que requerem cuidados permanentes, com acompanhamento profissional ou uso de medicamentos.
5	Atividades desempenhadas pelo cuidador familiar do idoso.	Representa a rotina cotidiana de cuidados dispensados ao familiar idoso dependente, com as atividades que, na visão dos sujeitos, são mais extenuantes.
6	Apoio recebido da família para autocuidar-se e cuidar do outro.	Afirmções de que, quando se tem o apoio da família, tudo fica mais fácil. O apoio familiar é muito importante no processo de cuidar do outro e para auxiliar que eles cuidem de si.
7	Preocupação em morrer em virtude da dependência do ser cuidado, além do medo da perda do outro.	Tornam-se fragilizados pelo sentimento de perder o familiar e, principalmente, têm medo de que eles estejam sós quando da morte. Ou, ao contrário, têm medo de morrer e deixar a pessoa cuidada e, daí, surgem questionamentos, tais como: o que será dele sem mim.
8	O sentimento de apreensão em ser considerado um fardo para a família.	Acham que devem resolver os problemas e realizar as atividades sem auxílio ao máximo possível, pois os outros familiares trabalham e têm família. Então, acreditam que só devem recorrer quando não tem jeito mesmo.

N.º	Códigos	Base Conceitual de Análise
9	Necessidade de apoio por um cuidador secundário.	Atividades e momentos em que o cuidador principal, necessita de outro familiar/cuidador informal, promovendo um revezamento e contribuindo com a diminuição da sobrecarga.
10	Mudanças no estilo de vida relacionadas ao processo de cuidar.	Mostra o processo por que passa a pessoa que, ao longo do tempo, torna-se cuidadora, que é quando se tem que mudar toda ou quase toda a sua vida para atender às demandas do outro. Muitos acreditam que “passam a viver em uma cadeia sem muros”.
11	Resiliência no cuidado do outro.	Aspectos ou condições positivas que proporcionavam sensação de bem-estar ao cuidador, capacidade de enfrentar os problemas, ter novas forças para superar, para que possa perseverar e continuar cuidando.
12	Encontrando dificuldade para autocuidar-se.	Sinais de prejuízo ao autocuidado do cuidador, em consequência do papel exercido e relação a fatores dificultadores, tais como falta de tempo e atividades que trazem sobrecarga física e emocional.
13	Frequência religiosa como suporte para o enfrentamento da vida.	Representam as manifestações do idoso em relação a sua fé e à importância da sua participação frequente em cultos religiosos, como forma de suporte no enfrentamento dos infortúnios que surgem durante a vida.
14	Estratégia de busca de cuidado/ Necessidade de atenção domiciliar.	Repasse da carga de cuidados à família, sem o suporte adequado por parte do Estado e com uma assistência domiciliar de forma insipiente, com ações esporádicas da equipe de saúde.
15	Experiência prévia com o processo de cuidar de outra pessoa/ familiar no domicílio.	Relato de experiências anteriores de cuidar de indivíduos dependentes, o que pode ter contribuído positivamente diante da atual demanda e oferta de cuidados ao familiar dependente.
16	Fragilidades para exercer o papel de cuidador.	Os cuidadores relatam não terem condições físicas de exercer a atividade que a pessoa cuidada requer, muitas vezes, por também serem idosos e/ou acometidos por patologia, ou simplesmente não aguentarem.
17	Manutenção da casa e ambiente	Relato das atividades desenvolvidas cotidianamente de cuidados com o ambiente de modo concomitante, gerando sobrecarga.
18	Dependência financeira de outro familiar.	Quando o cuidador não consegue arcar com todas as despesas, em geral, por não ter renda própria por algum motivo.
19	Baixo ou nenhum apoio familiar.	Para os idosos, esse sentimento pareceu bem comum. Realidade externada pelo cuidador acerca de sua realidade familiar: os familiares sempre têm algo mais importante a ser feito ou mesmo, quando outros membros da família não se apresentam para auxiliar na demanda de cuidados e divisão de responsabilidades

N.º	Códigos	Base Conceitual de Análise
20	Déficit do lazer.	com o cuidador principal. Quando se observa o abandono a atividades de lazer na rotina do cuidador, que relatou ter deixado de fazer atividades como viagem, festas, passeios, etc.
21	Sobrecarga emocional do papel do cuidador idoso.	Estado manifestado por sinais de estresse, nervosismo, ansiedade, tristeza e tensão, associado à atividade de cuidar de idosos dependentes quando comparada ao estilo vida anterior à função de cuidador.
22	Sentem-se desprotegidos e com medo da violência.	Demonstram um medo crescente de serem roubados, assaltados e violentados dentro da própria residência.
23	Dificuldade em se afastar do ser cuidado, devido ao elo de confiança que se cria entre eles.	Sentimentos vivenciados pelo cuidador, que demonstra dificuldade em se afastar do idoso dependente e insegurança em deixar outras pessoas assumirem os cuidados. E, também, pela confiança do ser-cuidado única e exclusivamente no familiar que assumiu os seus cuidados.
24	Manifestação de tristeza.	Sentimentos vivenciados pelo cuidador, como desânimo e frustração, em relação à postura dos familiares e quanto à situação de saúde de quem cuida. Muitas vezes, isso é manifestado por choro, insônia, depressão, nervosismo, falta de apetite, dentre outras.
25	Déficit de atendimento às necessidades de saúde do binômio cuidador idoso e idoso dependente.	Relatam terem muita dificuldade para conseguir atendimento, via UAPS; não são atendidos prontamente, outras vezes só o idoso que é cuidado consegue e, muitas vezes, ficam sem o atendimento necessário.
26	Conhecimento do idoso acerca do cuidado de si.	Situação em que o idoso demonstra domínio a respeito dos cuidados relacionados ao tratamento da sua doença: cuidados na administração da medicação, dieta, aplicação de insulina.
27	A importância da escuta ativa para o idoso.	Eles demonstram necessidade de conversar, principalmente de serem ouvidos. Geralmente, o cuidador é muito sobrecarregado pelas atividades diárias e nunca é ouvido por ninguém. E, quando isso ocorre, traz alívio, é uma forma de desabafo.
28	O processo de envelhecimento e o surgimento de novas patologias.	Entendem o surgimento de doenças como um processo que advém do envelhecimento, levando ao aumento da sobrecarga do cuidador no processo de cuidar do outro.
29	Atenção às necessidades de saúde do idoso dependente.	Inclui a busca por atendimento na rede particular, atendimento em nível de ambulatório, serviços de urgência e atenção hospitalar.

N.º	Códigos	Base Conceitual de Análise
30	Autocuidado preservado do cuidador idoso.	Manutenção da capacidade do cuidador em atender às necessidades de autocuidado.
31	Religiosidade como estratégia para o alívio da tensão.	Atividades que realizam: seja na busca da religião, por meio da participação frequente, quando fazem suas preces no próprio lar, ou mesmo quando assistem pela TV ou escutam pelo rádio programas religiosos, como forma de aliviar a sobrecarga cotidiana.
32	Acompanhamento pela equipe de ESF.	Na visão dos idosos, a presença do profissional de saúde pode facilitar o dia a dia, pois subsidia no aprendizado das atividades e no saber lidar com a patologia; serve ainda como fonte de informação. Além da melhor atenção ao ser cuidado.
33	Assumir o papel de cuidador principal.	Às vezes, é necessário assumir o papel de cuidador no lugar do outro familiar que, até então, vinha desempenhando o papel, principalmente, quando se percebe que o ente querido está passando por necessidades, encontrando-se em situação precária de higiene ou mesmo quando, por algum motivo, até de saúde o outro, não consegue mais desempenhar tal função.
34	Conflito familiar.	Ocorre a partir do momento que um familiar se responsabiliza pelo cuidado integral do idoso dependente. Ou mesmo quando um ou mais membros da família não aceitam o papel que o cuidador exerce. Ainda indica qualquer situação em que o cuidador se sinta vulnerável quanto ao papel ou às ações de seus familiares.
35	Prioriza as necessidades do ser-cuidado.	Mesmo se tratando de dois idosos envolvidos, o que cuida faz questão de priorizar, a todo o momento, as necessidades de cuidados do ser-cuidado (seja de higiene, saúde, alimentação e outros), abdicando, muitas vezes, do cuidado de si.
36	Falta de tempo.	Fator apontado como responsável pela dificuldade em atender as necessidades de autocuidado e alívio da tensão do cuidador, além de provocar a sobrecarga física e emocional.
37	Acessibilidade e baixo apoio do poder público.	Ausência de vias que facilitem o acesso de cadeirantes, como rampas e pontos de ônibus. Na opinião dos cuidadores, são coisas simples, que facilitariam o seu trabalho.
N.º	Códigos	Base Conceitual de Análise
38	Aspectos econômicos.	Situações em que o cuidador relatou dificuldades, como o aumento de custos e comprometimento do

		orçamento familiar, sem ter alguém a quem recorrer.
39	Equilíbrio para o enfrentamento diário, por meio da busca pessoal, independentemente da filiação religiosa.	A mudança de filiação religiosa se dá em decorrência de um elo familiar ou pela busca em alcançar forças para o enfrentamento da vida.

5.5 CODIFICAÇÃO SELETIVA

Nessa fase, as quatro categorias foram formadas e relacionadas às suas subcategorias, buscando gerar explicações mais concisas e completas sobre o fenômeno estudado “A vida do idoso e o processo de cuidar de um familiar também idoso, no domicílio.” (QUADRO 4).

QUADRO 4 – A vida do idoso e o processo de cuidar de um familiar também idoso, no domicílio.

CATEGORIA1 – ENVELHECER E SE TORNAR CUIDADOR FAMILIAR		
SUBCATEGORIA 1	O processo de cuidar do outro no cotidiano.	Envelhecer e tornar-se cuidador familiar principal.
		Assumir o papel de cuidador principal.
		Experiência prévia com o processo de cuidar de outra pessoa/familiar no domicílio.
		Priorização das necessidades do ser-cuidado.
		Comprometimento da saúde do cuidador idoso.
		Mudanças no estilo de vida relacionado ao processo de cuidar.
SUBCATEGORIA 2	Ser cuidador familiar e suas implicações para a saúde e o autocuidado.	Atividades desempenhadas pelo cuidador familiar idoso.
		Fragilidades para exercer o papel de cuidador.
		Manutenção da casa e do ambiente em que vive com o idoso.
		Déficit de lazer.

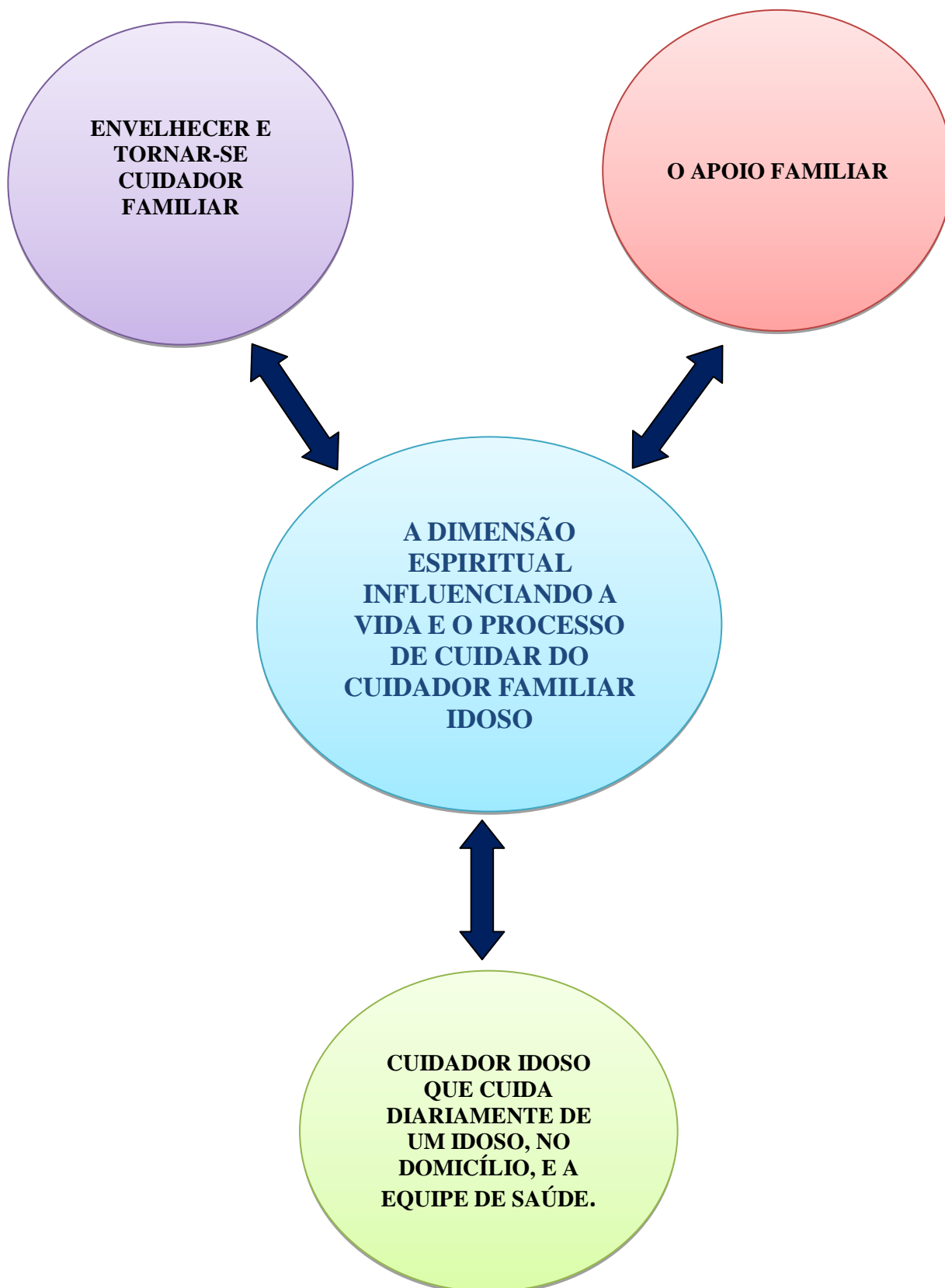
		Falta de tempo.
		Dificuldade em se afastar do ser-cuidado, devido ao elo de confiança que se cria entre eles.
CATEGORIA 2 – O APOIO FAMILIAR		
SUBCATEGORIA 1	O apoio familiar influenciando positivamente o processo de cuidar do outro.	Apoio recebido da família para cuidar do outro e autocuidar-se.
		Autocuidado preservado do cuidador idoso.
		Necessidade de apoio por um cuidador secundário
SUBCATEGORIA 2	A ausência de apoio familiar influenciando negativamente no cuidado do outro e na saúde do cuidador .	Baixo ou nenhum apoio familiar.
		Sentimento de falta de proteção e com medo da violência.
		Aspectos econômicos.
		Dependência financeira de outro familiar.
		Sentimento de apreensão em ser considerado um fardo para a família.
		Conflito familiar.
		Dificuldade para autocuidar-se. Manifestação de tristeza.
		Sobrecarga física do papel do cuidador idoso.
		Sobrecarga emocional do papel do cuidador idoso.

CATEGORIA 3 - A DIMENSÃO ESPIRITUAL INFLUENCIANDO A VIDA E O PROCESSO DE CUIDAR DO CUIDADOR FAMILIAR IDOSO - CENTRAL		
SUBCATEGORIA 1	Espiritualidade/Religiosidade: alicerce para a vida do idoso.	Espiritualidade/religiosidade como força e suporte de vida.
		Equilíbrio para o enfrentamento diário, por meio da busca pessoal, independentemente da filiação religiosa.
		Frequência religiosa como suporte para o enfrentamento da vida.
		Religiosidade como estratégia para o alívio da tensão.
SUBCATEGORIA 2	A dimensão espiritual: força e motivação para continuar cuidando do outro.	Preocupação em morrer, em virtude da dependência do ser cuidado, além do medo da perda do outro.
		Resiliência no cuidado do outro.
CATEGORIA 4 - O CUIDADOR IDOSO QUE CUIDA DIARIAMENTE SE UM IDOSO NO DOMICÍLIO E A EQUIPE DE SAÚDE		
SUBCATEGORIA 1	Os serviços de saúde e a necessidade de atenção domiciliar	Processo de envelhecimento e o surgimento de novas patologias.
		Déficit de atendimento às necessidades de saúde do binômio cuidador idoso e idoso dependente.
		Estratégias de busca de cuidado/ Necessidade de atenção domiciliar .
		Atenção às necessidades de saúde do idoso dependente.
		Acessibilidade e baixo apoio do poder público.
SUBCATEGORIA 2	Contribuições da equipe de saúde para o cuidado integral do binômio cuidador idoso-familiar idoso cuidado.	Importância da escuta ativa para o idoso.
		Acompanhado pela equipe de ESF.
		Conhecimento do idoso acerca do cuidado de si.

A partir do referencial metodológico utilizado para a análise do material coletado, surgiram quatro categorias relacionadas ao objeto do estudo. Destaca-se a categoria “A dimensão espiritual influenciando a vida e o processo de cuidar do cuidador familiar idoso”, como sendo a categoria central do estudo, face às outras três categorias, que guardam, todavia, relações entre si (DIAGRAMA 1).

Essa categoria foi por nós considerada a categoria central, pois tem a capacidade de reunir as outras categorias para formar um todo explanatório. O estudo voltou-se para as questões de espiritualidade/religiosidade, desde a primeira entrevista, a partir dos dados coletados, sem que a pesquisadora fizesse qualquer inferência a tal respeito. Ressalta-se que as entrevistas, inicialmente, não tiveram foco nessa temática de religiosidade/espiritualidade, mas, sim, no autocuidado do cuidador idoso, que era o pressuposto inicial para o estudo. As pessoas, nessa fase da vida, demonstraram-se espiritualizadas e apresentam um olhar individualizado sobre o sentido da vida. Um olhar experiente, adquirido por meio de suas vivências, que nem sempre foram as mais fáceis. Hoje, apesar de todas as experiências que vivenciam como cuidadores familiares de um ser que depende deles, agradecem e buscam no transcendente a força para continuar vivendo e cuidando, garantindo, veementemente, que todas as coisas só são possíveis com o auxílio de um ser superior que, para eles, é Deus.

DIAGRAMA 1 - Relação entre as categorias do estudo, destacando a categoria central.



A seguir, apresenta-se a análise e a discussão das quatro categorias estabelecidas no estudo, com suas subcategorias relacionadas.

5.6 - A DIMENSÃO ESPIRITUAL INFLUENCIANDO A VIDA E O PROCESSO DE CUIDAR DO CUIDADOR FAMILIAR IDOSO (CATEGORIA CENTRAL)

A partir dos dados encontrados neste estudo e em congruência com a literatura científica, pode-se compreender que, com o passar dos anos, ou seja, durante o processo de envelhecimento, as pessoas tendem a ressignificar o sentido da vida, a partir de perspectivas tais como: redefinição do significado das relações; mudanças de ponto de vista; e uma nova percepção quanto à velocidade do tempo entre passado, presente e futuro, onde o passado é resgatado de forma jamais experimentada. Nessa fase da vida, a pessoa está em busca da sabedoria, está menos centrada em si mesma e passa a ter uma intensa relação com a dimensão espiritual, pela busca pessoal por algo maior e que traga forças para o enfrentamento das adversidades da vida. A seguir um trecho de uma das últimas entrevistas:

A minha força vem de Deus, o dia que não faço minhas orações, está me faltando alguma coisa, é a fé que tenho em Deus, independente de família, e de tudo, o que move é a fé que tenho em Deus. Esta sempre em minha vida, sempre a critério dele. (Samuel)

A experiência de busca do sagrado gera uma profunda transformação no ser e esta torna-o integrado consigo mesmo e com o mundo, dando um novo sentido à vida. Uma infundável busca humana do sentido e significado pessoal. De acordo com Müller (2004, p. 31): “quando consigo chegar ao mais íntimo de mim, eu estou em contato com o mundo do sagrado (...)”.

Compreendeu-se, neste estudo, de acordo com a opinião dos entrevistados, que, com o apoio dos familiares, o processo de cuidar do outro torna-se mais leve; porém, sem o atendimento das suas necessidades espirituais, há um enfraquecimento, relativo ao seu empoderamento, pois, na religião, encontram força para o enfrentamento da vida e o cuidar do outro, assim como para a própria consciência do envelhecer. A função da religiosidade, em sua essência, é sustentar e desenvolver a relação do indivíduo com o sagrado. Sua proposta é fornecer um significado à vida. Desse modo, pode prover subsídios para que o indivíduo transcenda o sofrimento, as perdas e a percepção da morte (GOLDSTEIN & SOMMERHALDER, 2002). Corroborando com o que foi citado, observe a fala a seguir, de

uma participante da pesquisa, com 90 anos de idade, que, atualmente, cuida da filha e do esposo, ambos idosos e, efetivamente, possui mínimo apoio familiar:

Eu não tomo uma gota d'água de manhã, enquanto eu não agradeço a Deus, agradeço pela minha vida, a vida dos meus filhos, do meu marido, a casa tá em pedaços, mas é minha né, eu agradeço tudo. Acredito que Deus é que dá força, todo mundo, tudo que a gente passa é pela vontade dele, se deixar de compreender ou desejar a presença dele junto de nós, a gente não tem vida não, a nossa vida é a luz divina, é a força de Deus. (Adameire)

No relato dessa idosa, nota-se que ela leva seu dia a dia com vistas ao que realmente chama-se cuidado integral, que é o estar com o outro, mesmo com as fragilidades advindas do processo de envelhecimento. Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros da ESF, devem atentar para o seu público, a fim de acessar a dimensão espiritual como forma de se prestar uma assistência individual e com qualidade.

Ao referir-se à espiritualidade na atenção primária à saúde, Smeke (2006) propõe que, no cuidar cotidiano, seja por meio da consulta, nos grupos ou no domicílio, muitas vezes os profissionais se deparam com um intrincado de carências, queixas, dores, que se mesclam, enredando e extrapolando os limites da doença. Nesse período, o sofrimento visivelmente ultrapassa a relação orgânica e “se quisermos realmente ajudar, sairemos de nosso papel profissional e devemos colocar em ação o nosso lado humano” (SMEKE, 2006, p. 298). Quando o profissional entra em contato com a dimensão que extrapola o espaço psicossomático da pessoa que está sendo cuidada e pelo ato de acolher, da escuta qualificada, acende para a compreensão, a esperança, o alívio da dor e do sofrimento.

Uma questão observada durante as entrevistas, nas falas dos participantes, foram algumas expressões utilizadas pelos idosos que, pela entonação da voz e a forma como foram ditas, não se referem apenas a uma simples expressão cotidiana, mas têm objetivo de manifestar fé e devoção. Eles utilizam as expressões “Se Deus quiser” e “Graças a Deus”, frequentemente, como pode ser observado a seguir:

Igual minha mãe, Graças a Deus, a mãe não tem problema nenhum, por que com a idade eles não gostam de tomar banho né, ela ama tomar banho, ela ama pintar o cabelo, passar uma maquiagem, ela ama. Isso é muito bom. [...] para mim tá tudo tranquilo, né. (Isabel)

As vezes a gente senti assim alguma tristeza, assim, sem motivo. A gente que é ser humano, cada dia acorda de uma maneira. Mas pelo que faço no dia a dia não, é que é do ser humano mesmo, mas ai começo a cantar,

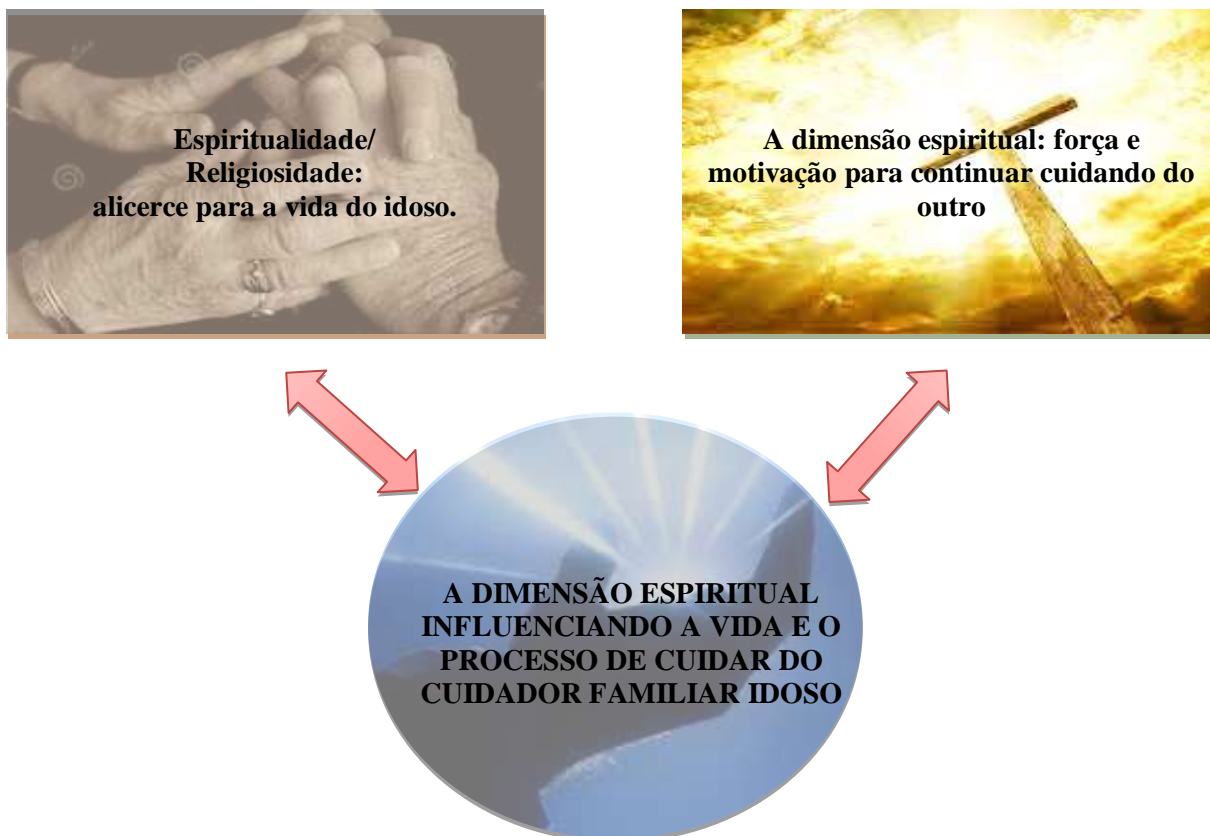
encontro alguém para sorrir um pouco, pois sorrir faz bem, e lá vamos tocando, Graças a Deus. (Gedeão)

Então esse dia [referindo se às atribuições da igreja], ele não sai enquanto eu não chego porque eu tenho que ir buscar força com Deus, para eu ter força de resolver tudo em casa. [...] Então é isso, Deus me ajuda! Que eu dou conta sim, Graças a Deus e se Deus quiser, até enquanto eles precisar. (Joshua)

Em seu estudo sobre *Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais*, Freitas (2014) enfatiza as expressões que se costuma ouvir com frequência dos brasileiros quando inqueridos quanto à condição de saúde. Entre elas: “Tudo bem, graças a Deus!” ou “Vou melhorar, se Deus quiser!”. Estas se traduzem em um padrão do quanto à religiosidade tem importância para a vida dessas pessoas e do quanto elas mesmas a relacionam ao seu bem-estar, físico, mental ou espiritual (FREITAS, 2014).

A autora questiona, ainda, se, contudo, os profissionais de saúde reconhecem a devida importância dessas expressões no contexto dos diversos serviços de saúde em nosso país. Existe algum espaço na racionalidade científica que regula a formação profissional, para a escuta da fé religiosa que move seus pacientes? Ou tais afirmativas devem ser consideradas como meros reflexos de perspectivas ingênuas, que nada têm a ver com o conhecimento científico que sustenta suas práticas clínicas?

DIAGRAMA 2 - A dimensão espiritual influenciando o processo de cuidar de um cuidador familiar idoso - categoria central



5.6.1 Espiritualidade/Religiosidade: alicerce para a vida do idoso

Há uma consonância na literatura de que, na fase de envelhecimento, a religiosidade desempenha papel central na vida dos idosos. Estes utilizariam a religião com intuito de lidar melhor com as suas dificuldades, doenças e até com a morte (DALGALARRONDO, 2008). O estudo de Manning (2013) sugere que a espiritualidade é importante para uma parcela respeitável da população idosa e atua como um fator de promoção do envelhecimento saudável. Ressalta, ainda, que os participantes usam sua espiritualidade como uma ferramenta para promover e manter a resiliência, com o passar dos anos, em suas vidas (MANNING, 2013).

O Brasil é considerado um país religioso, sendo que os brasileiros demonstram manterem-se firmes em alguma crença, embora nota-se, com o passar dos anos, uma perda da hegemonia católica. Conforme a interpretação do último censo do IBGE, em 2010, percebe-se

o surgimento de uma nova fase, que desponta para uma pluralidade religiosa, que indica um aumento do número de adeptos a outras crenças, entre elas: protestante, espírita e outras. No entanto, o censo mostrou que apenas 8% da população total se declarou "sem religião", o que inclui as categorias: sem religião, ateu e agnóstico (aqueles que declararam religiosidade não determinada/mal definida ou declaração de múltipla religiosidade). Observa-se, ainda, que os ateus são apenas 0,3% da população e os agnósticos menos de 0,1%. Ressalta-se que aproximadamente 4,3% das pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais se declararam “sem religião”, o que inclui os mesmos quesitos citados anteriormente (IBGE, 2012).

Para os autores, a pessoa confere à religião a sua principal motivação (STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008). A religiosidade não é somente um sentimento de autopercepção do indivíduo, pois abrange uma ação de afirmação ou de negação em relação a questões concretas que chegam a transformar a personalidade das pessoas, sendo elementos inseparáveis (VALLE 2002).

Então, partiremos da seguinte premissa: até que ponto a religião faz parte da vida de um idoso? A partir dos relatos dos participantes, compreende-se que a religiosidade tem importância relevante em suas vidas, pois afirmam que:

A religião é importante para todo e qualquer ser humano, uma vez que a “FÉ” [enfático ao falar sobre a fé] faz com que acreditamos em tudo que desejamos e que pode ser realizado. (Samuel)

A fé remove montanhas. Tem que acreditar, ter fé, e Deus nos dá a intuição, nos dá a direção [no sentido de sabedoria para decisão a ser tomada]. (Gedeão)

E a razão para isso parece ser simples: acreditar que exista uma ‘força suprema’, algo que não pode ser visto, mas pode ser imaginado e ter fé acaba instituindo-se em um lenitivo para vencer os obstáculos e fardos – muitos deles pesados, que a vida vai apresentando ao longo de sua jornada.

E isso se reflete na vida cotidiana, na capacidade de expressão de múltiplas formas de crenças religiosas, que constituem parte fundamental de suas vidas. Essa é uma tradição comum da cultura brasileira e a análise dos relatos permitiu identificar as manifestações do idoso em relação ao que buscam e acreditam, emergindo o código: **Espiritualidade/Religiosidade como força e suporte de vida**, que apontam como a forma principal de suporte para o seu empoderamento e enfrentamento diário da doença e do processo de cuidar do outro, mesmo quando não se tem nenhuma outra forma de apoio/suporte no cuidado ao ente querido dependente.

Ele ficou muito ruim, ficou internado [pausa] por muitos meses e foi praticamente desenganado, o médico quando viu andar de novo disse que era um milagre [pausa] a partir daí comecei a cuidar e graças a Deus cuido até hoje, quem viu como ele ficou nem acreditava que ele pudesse ficar bom. E Deus vem me dando força [...] tem gente que ainda pergunta como você aguenta? Aguento Deus me deu essa cruz para eu levar. Com certeza o importante é a fé. [pausa] Facilidade, não tem não [risos], mas Deus me dá forças. [...] mas vou levando em quanto Deus me der vida e saúde. (Ruth)

É de Deus, é Deus, né, porque se eu não tivesse a fé que eu tenho em Deus, eu acho que eu não estava aqui mais não [sugeriu pelo tom de voz, que teria feito algo]. [pequena pausa]. Até pedi a Deus, se é pecado eu pedi a Deus, pra Deus levar ela, porque eu não entendo porque que ela tá sofrendo tanto, será que ela tem tanto pecado? Não é? Eu pedi a Deus que levasse ela, mas não deixa ela sofrer mais não, porque eu já não aguento mais ver ela sofrer (Lia)

É mas é essa a força que a gente tem que passar. É em Deus, eu busco em Deus, eu procuro, Ele que me fortalece todos os dias. Quando eu levanto todos os dias de manha eu falo: Sr. muito obrigada pela noite, e obrigada por mais um dia que está começando. Todos os dias eu agradeço, Ele me dá força e o amor que eu sinto pelo meu marido. O amor dá uma força incrível pra gente. E esse amor vem de muitos anos, muito lindo, a nossa história de amor é muito linda se ele ainda escrevesse, seria um livro lindo, um romance, mas Deus me dá força. [pausa breve]. É! Com Deus supero tudo, eu falo pra ele vamos meu filho, fortalece essas pernas que firme com Deus a gente consegue, com família ou sem família a gente supera tudo. (Eunice)

Ao passo que buscam apoio em uma força metafísica, os participantes também atribuem ao divino a força para perseverar e continuar trilhando o seu caminho, envelhecendo e cuidando de uma ou mais pessoas também idosas, no domicílio. Pelas falas dos participantes, nota-se a presença do *coping* religioso espiritual que, para Panzini e Bandeira (2005), são as estratégias de religiosidade e espiritualidade empregadas para enfrentar as circunstâncias difíceis de vida.

Em estudo realizado, o *coping* religioso mostrou uma relação positiva com a qualidade de vida e melhores níveis da saúde física. Revelou uma relação positiva, com mudanças positivas ao nível da percepção subjetiva de saúde, no funcionamento cognitivo, bem como no estado físico geral. Em nível de saúde espiritual, verificou-se uma relação positiva com o sentimento de ligação a Deus, a sensação de proximidade com os outros e sentimentos de crescimento espiritual (PARGAMENT et al., 2003, PARGAMENT; ANO, 2004).

Ah! Porque a gente tem Deus com a gente [risos], porque a gente com Deus, a gente tem força para tudo né! [pequena pausa] A gente se sente vitorioso porque conseguiu. (Joshua)

A responsabilidade é muita, mas eu agradeço a Deus todas as manhãs por que Deus tem me dado, a Graça, tem me dado força. Às vezes quando eu penso que não vou conseguir Deus me renova. [pausa, pensativo] Então são coisas que entristece a gente, tem dias que dá vontade de chorar, mas ai Deus fala pra mim: filho eu estou te dando forças, eu que estou te dando forças, vá em frente. Então é isso que me segura, me segura e eu vou, vou caminhando e Deus tem me dado essa Graça. [...] Eu tenho só que agradecer a Deus pela força que me dá. Gedeão

As estratégias de enfrentamento baseadas na religiosidade incluem o uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com a ansiedade, o estresse e as consequências negativas geradas pela experiência de problemas vivenciados no dia a dia (PANZINI; BANDEIRA, 2005, 2007).

A partir da análise dos dados e de acordo com a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE) traduzida, adaptada e com validação de construto, de critério e de conteúdo da Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (PANZINI, 2004), com base na escala norte-americana RCOPE (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000), destaca-se, no quadro 5, a seguir, as estratégias de *coping* positivo utilizadas pelos cuidadores participantes deste estudo, no dia a dia de suas vidas.

QUADRO 5 - Estratégias de *coping* comumente utilizada pelos cuidadores participantes do estudo.

Fatores	Estratégia utilizada
Mudanças de si e/ou de sua vida	✓ Acham importante pedir perdão e ser perdoados pelos erros.
Ações em busca de auxílio espiritual	✓ Assistir a cultos ou sessões religiosas/espirituais.
Ajudar ao outro	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tentar proporcionar conforto espiritual a outras pessoas. ✓ Orar/rezar pelo bem-estar de outros. ✓ Oferecer apoio espiritual aos outros.
Posição positiva frente a Deus	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procurar o amor e a proteção de Deus. ✓ Acreditam que Deus esta sempre junto a eles. ✓ Procurar em Deus força, apoio e orientação. ✓ Rogar a Deus para que tudo fique bem. ✓ Sente que Deus está agindo em favor dele. ✓ Estabelece uma ligação maior com Deus.
Ações em busca de auxílio institucional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ouvir e/ou cantar músicas religiosas. ✓ Realizar atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente

	<p>relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, oração do terço, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Participar de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais. ✓ Ir a um templo religioso. ✓ Manter um local de oração em casa. ✓ Procurar apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa. ✓ Buscar a casa de Deus.
Busca pessoal de conhecimento espiritual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procurar auxílio nos livros sagrados (bíblia e outros). ✓ Buscar ajuda ou conforto na literatura religiosa. ✓ Assistir a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade. ✓ Leitura de livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com as adversidades.

A partir da análise dos dados obtidos neste estudo identificou-se que os participantes demonstram flexibilidade na mudança de crença religiosa, emergindo o código: **Equilíbrio para enfrentamento diário, através da busca pessoal, independente de sua filiação religiosa**. Observe as falas das participantes:

Quando casei eu ainda era católica, depois que eu passei [pausa] apesar de que quando eu era católica eu sempre gostei de praticar, porque tem gente que leva assim na brincadeira, né, uma hora vai outra não vai, igual católico uma hora leva bem a outra hora não vai. Eu sempre dediquei, sempre gostei de ir à missa. Sempre dediquei. (Ruth)

Eu fico, [...]. Hoje seis horas da manhã eu estava assistindo o pastor na rede Record. [...] É o que eu faço todo dia de manhã, na hora que eu assisto o pastor, nem é da igreja católica, é da igreja evangélica, sabe? Que eu gosto muito de escutar, porque Deus é um só né, qualquer igreja que você for o Deus tá lá é o mesmo, não é, não muda nada. (Lia)

Na verdade eu sou católica, mas tem muito tempo que não vou à igreja. Na verdade, [risos, sem graça] ultimamente eu estava indo na igreja evangélica, porque meu irmão, você sabe, a mamãe não responde muito por ela, e ele levou ela para a igreja dele e batizou, então por causa dela comecei a ir, mas na verdade, acho que não importa né? (Dina)

De acordo com Moreira-Almeida (2010), a religiosidade vem sendo reconhecida como importante fonte de apoio entre as pessoas para aprenderem a lidar com circunstâncias

geradoras de estresse e acredita-se na associação positiva entre a religiosidade e a melhora da qualidade de vida com uma boa saúde mental.

Muito se tem sido discutido no entorno dos termos utilizados, na realidade, na forma que os indivíduos têm de experimentar sua vivência espiritual, o que pode acontecer por meio da religiosidade. Para Allport (1950), a saúde mental está relacionada de forma positiva com a experiência de religiosidade intrínseca. O autor justifica tal afirmação pela maior consciência e resistência às pressões externas, exibida pelo indivíduo, que experimenta esse tipo de prática religiosa e consegue, assim, afastar-se dos efeitos emocionais, sofridos pelas pressões externas.

Pode se apreender, pelos relatos, que os entrevistados buscam sentimentos internalizados para dar sentido à sua existência e empoderamento para o fazer cotidiano:

Só Deus mesmo, tem que ter muita fé, pedir muito a ele proteção. [pausa] [...] Menina, eu não sei de onde vem essa força sabe, de onde vem a força não, mas sei que Deus tá me ajudando, tá me ajudando porque acho que é só ele pra dá a gente a força, pra gente continuar vivendo né, porque a vida tá muito difícil, é tudo, tudo pra mim hoje é difícil, mas ai como eu sempre peço a Deus, peço a Ele proteção, peço a Ele uma ajuda, a luz pra poder me iluminar, principalmente, para terminar de cuidar da minha mãe. (Lia)

É gosto de ler a palavra, não é sempre, não, mas tem alguns salmos, como o salmo 91 e o salmo 123, quando estou com aquela angústia, sabe, aquela coisa ruim, acho que isso é normal, né? Todo mundo sente, então peço a Deus, pois é a força maior, né! É onde conseguimos força para seguir nossa vida, e acredito, ele não nos abandona, não nos desampara, está sempre com a gente [demostrou muita paz e sabedoria ao falar, muita sinceridade no tom de voz]. Não existe vários Deus, apenas um, e não um para cada igreja. (Dina)

Para os autores, as pessoas com elevados índices de religiosidade intrínseca encontram maior significado da vida na religiosidade/espiritualidade, pois, comumente, internalizam princípios básicos de suas crenças, o que determinará significado à sua existência (KOENIG; BÜSSING, 2010).

De acordo com Koenig e Büssing (2010), a religiosidade organizacional é a participação religiosa do indivíduo em igrejas, templos, sinagogas, podendo ser em eventos tais como: missas, cultos, grupos de oração, grupos de estudo das escrituras, reuniões religiosas e outros que envolvam a temática. Considera-se frequência religiosa a constância com que o indivíduo vai a um serviço religioso (ASSOCIATION OF RELIGION DATA ARCHIVES, 1998).

Para representar as manifestações que os idosos revelam em relação a sua fé e a importância de sua participação frequente em cultos religiosos, como forma de suporte no enfrentamento dos infortúnios que surgem durante a vida, surgiu o código: **frequência religiosa como suporte para enfrentamento da vida.**

Eu participo das coisas da igreja, um dia da semana, eu levo comunhão para os enfermos. [...] É rezar, ir na igreja, procurar as reuniões, porque pra mim ir na igreja, não tem nada que me segura, as vezes, ele fala: eu vou deitar. Eu falo você vai deitar e eu vou rezar, porque nós tem um terço ai todas as quartas feira, nas quinta e terça é na igreja, eu sou católica, as meninas me convidam, porque eu sou da pastoral do batismo também, então reunião que é depois da seis dá para mim ir. Uma oração ajuda muito. Porque a gente fica mais perto, ali conversando com Deus né! E a gente faz as preces da gente. Então esse dia [referindo se às atribuições da igreja], ele não sai enquanto eu não chego porque eu tenho que ir buscar força com Deus, para eu ter força de resolver tudo em casa. [...] Então é isso, Deus me ajuda! Que eu dou conta sim, Graças a Deus e se Deus quiser, até enquanto eles precisar. (Joshua)

Agora a gente tem que ter fé em Deus. Eu sou católico, a pessoa que tem outra religião tem lá os métodos dele. Às vezes ela tá passando mal, ela gosta de dormir com o ventilador ligado, me faz um mal, resseca o meu nariz, já fiz cirurgia de adenoide. Ai começo a rezar quando termino de rezar, ela já está dormindo, isso é uma benção que Deus me ajuda, porque eu tenho tempo para ele. Eu vejo a missa do Padre Marcelo na televisão e vou na igreja toda semana, porque a missa do Padre Marcelo só vale para quem não tem condição de ir na igreja, agora se tem condição de ir na igreja, tem que ir é lá. (Samuel)

Vou à igreja todos os domingos, quando não vou no sábado, vou no domingo. (Talita)

Pode se compreender, com base nos dados até então apresentados, que o processo de cuidar de outro um idoso não é tarefa fácil, principalmente quando o cuidador também é idoso. Isso está atrelado ao fato de que poucos conseguem algum tipo de apoio em suas famílias. Frente aos desafios que surgem no dia a dia, buscam a **Religiosidade como estratégia para o alívio da tensão.**

Primeiro não fico sem ir à missa. E gosto muito de ir no shopping, amo shopping, posso não ter dinheiro para comprar, mas as vitrines, amo shopping. Então isso eu não estou fazendo muito, mas as vezes eu vou ao médico ai [pausa] já entro no shopping um pouquinho, mas entendeu? Não faço assim diariamente, sabe pra não deixar ela muito né? Ela não fica tão a vontade como ela fica comigo, quando ela fica com a minha menina. (Isabel)

E no período assim, que às vezes ele sai [refere-se ao marido], durante o dia, porque eu não gosto muito assim de televisão, eu gosto muito é de música. Eu ligo o rádio baixinho, ouvindo música de louvores. (Joshua)

Eu creio a religião ajuda muito a gente, porque a gente busca. (Ruth)

Koenig, MCCullough e Larson (2001) asseguram que a participação religiosa pode auxiliar no alívio de sintomas depressivos, principalmente graças aos recursos psicológicos fornecidos por diversos tipos de instituição religiosa. Independentemente do credo, a experiência religiosa poderá levar a consequências na forma como a pessoa vive, sendo constantemente associada ao maior desapego das coisas, bem como à aquisição de um senso de fraternidade e comprometimento na solução dos problemas humanos, além de um sentimento de alegria mais profundo (BAUNGART; AMATUZZI 2007).

5.6.2 A dimensão espiritual: força e motivação para continuar cuidando do outro

Com o passar dos anos, a pessoa torna-se mais reflexiva, tende a repensar a sua vida, traçando toda a sua trajetória, chegando aos dias atuais e avaliando como foi e como será a partir daí. Assim, ficou marcada, no estudo, a questão da **preocupação em morrer em virtude da dependência do ser cuidado, além do medo da perda do outro**. Os participantes relatam ter medo da própria morte, em razão do seu papel de cuidador e a dependência do outro e, por outro lado, pelo medo de perder a pessoa mais próxima, com quem passam a dividir os seus dias e suas noites, numa relação de intimidade e reciprocidade. Eles demonstram muitas emoções ao se reportarem à morte mostraram-se firmes na busca de um ser supremo que os protege, dá forças e não desampara nunca:

Então, tenho muito medo né, já era apegada a ela, e depois que passei a cuidar dela, estamos cada dia mais agarradas, e, se ela se for, não sei o que será de mim. [...] só tenho medo que ela se vá, mas Deus é poderoso, né? Não da uma cruz que não possamos carregar. (Dina)

E o medo dele é [pausa]. Eu falo assim: Eu quero ir depois dele, eu falo assim, eu vou sofrer muito, mas se ele ficar sozinho aqui ele vai sofrer muito mais. Aí eu não quero que ele sofra. Esses monte de reportagens de idoso no asilo, que passa na televisão, eles tudo maltratado, ele chorava, eu não quero. Eu falava para ele: meu filho enquanto eu tiver vida e saúde você não vai para asilo nenhum, você não vai, e eu tenho fé em Deus que você vai primeiro que eu, eu falo para ele mesmo. Porque assim você não vai sofrer. (Eunice)

Para Koenig, MCCullough e Larson (2001), a ansiedade acarretada pelo medo da morte tende a diminuir à medida que o idoso é mais espiritualizado. E, assim, durante a

consulta ao idoso, atendê-lo também utilizando a religiosidade é construir, na prática, uma rede de apoio social, apontando para a possibilidade de enfrentamento dos problemas de saúde–doença (LINDOLPHO; SÁ; ROBERS, 2009).

Partindo-se da compreensão de resiliência como a capacidade do indivíduo em se adaptar e transformar situações de risco, estresse e vulnerabilidade em potencialidades, faz-se uma correlação aos cuidadores deste estudo que, mesmo frente às adversidades, encontram aspectos ou condições positivas, que proporcionam sensação de bem-estar, para que possa perseverar e continuar cuidando. Pôde-se identificar, nos relatos dos entrevistados, que a relação de cuidado é envolvida por sentimentos diversos e que refletem, diretamente, o cotidiano dos cuidadores, seja por dificuldades e sofrimento ou pela superação e o desenvolvimento da **resiliência no cuidado do outro**:

Mas Graças a Deus! [...] A gente vence todas as dificuldades. E depois que passa a gente fica assim, como é que eu consegui [pausa]. Eu não acho muito sobrecarregado não, porque no momento que a gente tá conseguindo, a gente tá tendo a capacidade e força para lutar, né! (Joshua)

Dizer que é gratificante não é né, porque ver a pessoa que a gente gosta imobilizada, mas pelo amor que Deus tem tido por nós, tem abençoado a gente, eu fico feliz, por que eu tenho que agradecer porque Deus me dê sempre essa força, essa imensidão, esse amor que eu tenho, não só por ela, porque é minha esposa, mas por todas as pessoas que me cercam, e que precisam de mim para alguma coisa eu estou sempre pronto para fazer aquilo que está ao meu alcance. (Gedeão)

Para Walsh (2005), a resiliência é “a capacidade de se renascer da adversidade fortalecido e com mais recursos” (p. 4). E esclarece que este: “é um método ativo de resistência, reestruturação e crescimento em resposta à crise e ao desafio”, quando faz referência a um “renascimento”. A autora destaca o processo de transformação que ocorre a partir do enfrentamento das adversidades, salienta, ainda, que a resiliência se constrói por causa das adversidades, a partir do encontro das pessoas com elas. Enfatiza, também, que as crises e as dificuldades da vida podem extrair o melhor do ser humano, desde que haja enfrentamento dos desafios (WALSH, 2005).

Ao longo dos anos, o afastamento do homem da sua busca espiritual refletiu-se diretamente na assistência da enfermagem, profissão que, em seu contexto histórico, esteve associada aos preceitos religiosos (LINDOLPHO; SÁ; ROBERS, 2009). Ainda, de acordo com as autoras, Florence conseguiu estruturar a ação de enfermagem como prática profissional, cuja inspiração e base eram intercaladas com religiosidade, mas firmando os

princípios científicos que norteavam o seu fazer, pautando-se na estatística, instituindo, assim, a quebra de um paradigma (LINDOLPHO; SÁ; ROBERS, 2009).

Durante as consultas de enfermagem nos domicílios, o enfermeiro deve ter como preocupação atender aos cuidadores idosos e seus familiares, dentro de suas necessidades bio-psico-espirituais. Deve-se considerar o homem em sua totalidade, uma pessoa não pode ser fragmentada, pois é importante que seja vista de forma integral, com vistas a valorizar os sentimentos positivos que são expressos pelos cuidadores durante o seu cotidiano de cuidar.

O profissional de saúde deve se manter alerta às necessidades relacionadas à dimensão espiritual da pessoa e ser sensibilizado quanto a esse aspecto na busca do cuidado em saúde pautado na visão humanista da pessoa. A partir daí, é importante utilizar a espiritualidade como elemento auxiliar no processo de assistência à saúde dos idosos, haja vista, nessa fase da vida, a espiritualidade encontrar-se aguçada.

No curso dessa nova experiência vivenciada pelos cuidadores e acompanhando as suas rotinas de cuidado, observou-se que, apesar das inúmeras dificuldades enfrentadas, principalmente na fase inicial de construção do papel de cuidador, na qual ainda é frequente o medo, a insegurança e a inexperiência, com o passar do tempo, os familiares se movimentam para se adaptarem as suas novas condições de vida e buscarem superar esses obstáculos. Empoderamento e segurança para realizar o cuidado constituíram-se, então, na fase em que o cuidador idoso familiar, frente as suas vivências ininterruptas de cuidar, solidifica uma experiência e, aos poucos, passa a adaptar-se às necessidades de cuidado. Além da adaptação às rotinas de cuidado, criando estratégias para melhor cuidar, com efetividade e segurança, pautando-se numa visão espiritual que os condiciona os cuidadores a permanecerem cuidando, com segurança e autonomia. A partir do momento em que adquirem autonomia, surgem possibilidades para o melhor enfrentamento, em todos os sentidos: bio-psico-social e espiritual. Portanto, o trabalho do profissional enfermeiro com vistas à educação em saúde de forma continuada poderá abreviar o processo de adaptação e, conseqüentemente, o idoso ganhará mais tempo para si.

Olha! Eu me sinto seguro, eu não sei é porque cada dia eu me sinto, eu não sei estou sendo renovado, impulsionado por uma força maior, que me mantém de pé. Então tem dias que [pausa rápida] eu acordo 5:30, 6 horas, aí o corpo não tá pedindo, o corpo não quer levantar, mas aí eu zango com ele, você não manda em mim, quem manda em você sou eu. Então você não vai me derrotar, porque se eu levantar tarde, eu atraso os remédios dela. Gedeão

Notou-se, durante as entrevistas, pela fala de cada cuidador, que as necessidades deles não se limitam apenas às questões objetivas, mas permeiam o campo da subjetividade, da espiritualidade. Portanto, há circunstâncias vivenciadas pelos cuidadores idosos que precisam de direcionamento por parte dos profissionais de saúde na assistência prestada, tendendo a constituir uma configuração para o equilíbrio do seu ser. De tal modo, o manejo da espiritualidade se mostra eficaz, principalmente na assistência aos idosos.

Frente ao contexto histórico sobre a espiritualidade no decorrer da história da humanidade é que se acredita na necessidade veemente de sua implementação na assistência à saúde, como forma de valorização humana, a partir da dimensão espiritual; bem como da atenção integral do ser, com enfoque na espiritualidade trazida por ele como forma de valorização da história de vida de cada um. Começando pelo respeito e valorização, novos caminhos surgirão para a assistência no processo saúde-doença. Para tanto, o profissional deverá ressignificar a sua prática, despertando para um novo olhar ao paciente/usuário. Acredita-se que os profissionais têm a capacidade de resgatar a subjetividade e a integração de toda a dimensão humana.

5.7– ENVELHECER E SE TORNAR CUIDADOR FAMILIAR

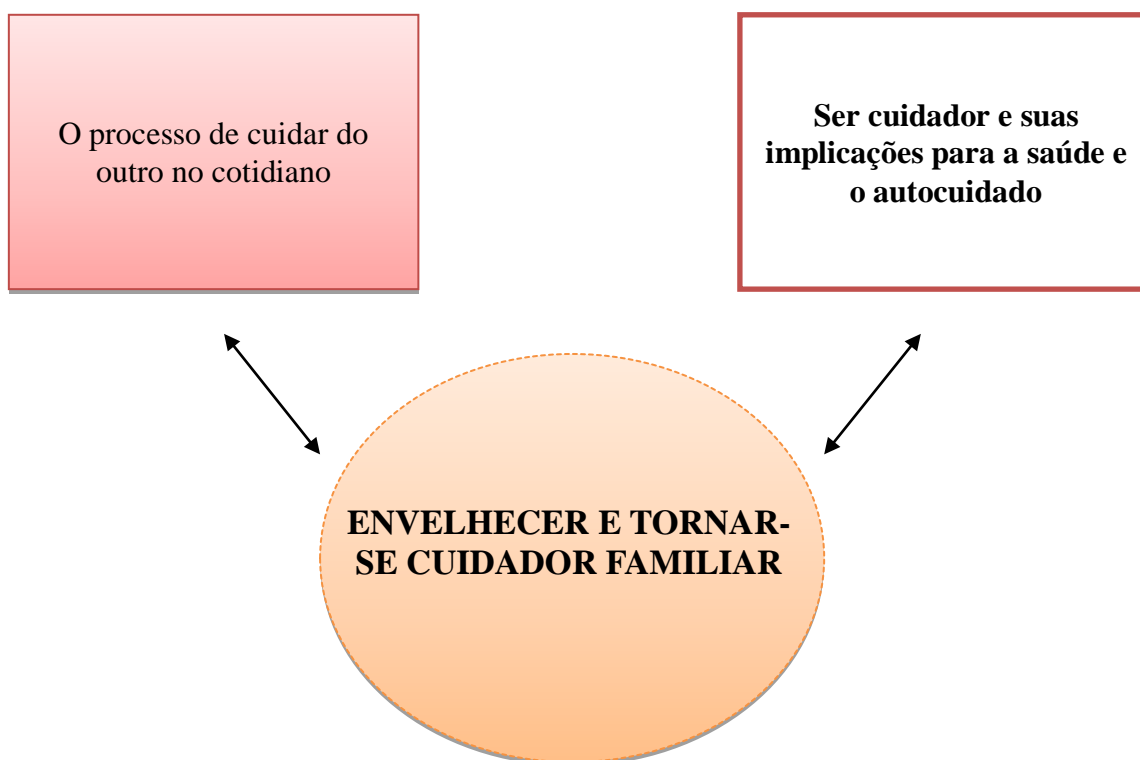
Até bem pouco tempo, o envelhecimento era considerado algo distante e, quando alcançado, era percebido como sinônimo de doença. Portanto, se a pessoa alcançasse seus 60-70 anos, a partir daí, permanecer vivo, em quaisquer que fossem as condições, seria considerado lucro. Atualmente, vivencia-se o processo de envelhecimento acelerado e a comunidade científica busca formas para que essa fase seja vivida de forma ativa e saudável. E, advindo desse contexto, uma figura se torna crucial: o cuidador familiar. A primeira categoria do estudo favorece-nos a compreensão a respeito da definição do processo de envelhecimento e do processo de vida, que leva o idoso a se tornar cuidador principal do seu familiar também idoso. Geralmente, isso acontece em detrimento às condições de agravos crônicos, processos degenerativos e sequelas à saúde, comprometendo a capacidade de autocuidado, bem como desencadeando o processo de tornar-se dependente, de tal forma que não possa mais desempenhar as atividades básicas e/ou instrumentais da vida diária.

A partir daí, são necessários arranjos nas estruturas familiares, pois, na maioria dos casos, um único membro é escolhido, seja por obrigação ou por opção da própria pessoa. É quando o familiar torna-se o cuidador principal. Neste estudo especificamente, o cuidador é idoso e se tornou cuidador por se considerar responsável pela vida da pessoa de quem cuida,

Seja pelo vínculo familiar ou pelo afeto.

Aborda-se essa categoria por meio de duas subcategorias: o processo de cuidar do outro no cotidiano e ser cuidador familiar e suas implicações para a saúde e o autocuidado, a qual traz as fases do próprio envelhecimento e o cotidiano do processo de cuidar de um familiar idoso dependente.

DIAGRAMA 3 - ENVELHECER E TORNAR-SE CUIDADOR FAMILIAR



5.7.1 O processo de cuidar do outro no cotidiano

Com o processo de envelhecimento populacional, assumir a tarefa de cuidador familiar tornou-se um evento comum na sociedade. Nesse processo, o papel de cuidador passou a ser do idoso, mesmo que esse não possua preparo adequado, conhecimento ou suporte para desempenhar tal função.

A partir das observações e entrevistas realizadas com cuidadores idosos em suas residências, foi possível adquirir melhor compreensão de como se dá o processo de **envelhecer e tornar-se cuidador familiar principal**. Apreende-se que o processo de

dependência do idoso inicia-se pela perda gradual da capacidade para a realização das atividades básicas da vida diária, geralmente, decorrente de incapacidades advindas de agravos à saúde. Os 11 (relembrando que uma idosa cuida de filha e esposo, ambos idosos) idosos cuidados pelo familiar apresentaram alto grau de dependência, nas atividades básicas, necessitando da presença do cuidador para atender ou auxiliar em suas necessidades de autocuidado. Destacam-se, principalmente, as incapacidades para tomar banho, vestir-se, alimentar-se, deambular e ter continência. Percebe-se que o início da função de cuidador nem sempre acontece de maneira abrupta, mas progressivamente, à medida que progride a perda pelo idoso de sua capacidade de autocuidar-se. O que pôde ser compreendido pelas seguintes falas:

Ai eu passei a cuidar dela a partir daí. Tem quatro anos, e nesses quatro anos, nos mudamos, separamos da filha dela porque não dava para viver juntos, embolado. Aí, viemos morar sozinhos, aí eu passei a fazer todo o cuidado dela. (Gedeão)

Foi muito difícil, ele teve um AVC em 2000 e ficou com o lado esquerdo todo paralisado [...], aí não ficou sequela nenhuma, nenhuma desse, aí depois ele começou a ficar com fraqueza na perna, deu uma fraqueza, sentava no vaso, não conseguia levantar. Aí isso, já foi em 2007, já tinha passado uns 7 anos, que ele começou a travar as pernas. (Eunice)

Ele teve três derrames, o primeiro tem 32 anos e deixou ele três anos, e deixou ele praticamente sem andar, ele estava com 48 anos na época, aí com muito tratamento ele conseguiu recuperar os movimentos. Aí quando foi em 1999 ele teve um câncer de próstata, aí fez uma cirurgia radical, tirou tudo. Aí depois ele teve toxoplasmose, e sempre eu cuidando dele, porque desde a época que ele teve o derrame, ele não teve mais cabeça para resolver nada. . Então, quando foi em 2008, ele teve outro derrame, este derrame que ele teve, porque o primeiro ele ficou sem andar, mas recuperou por causa da idade, [tinha] 48 anos. O de 2008 deixou ele sem andar, e até hoje ele está no andador, na cadeira de rodas, na bengala, anda escorando nas paredes. (Talita)

Em contrapartida, para alguns idosos, o processo de cuidar inicia-se após um evento abrupto, como no caso de um acidente vascular encefálico que deixa sequelas ou por causas variadas e mesmo a idade avançada não permitir uma recuperação satisfatória para se tornar independente de cuidados novamente. A forma de se definir quem será o cuidador principal é um processo dinâmico e multifacetado que poderá variar a partir de experiências pessoais e das práticas socioculturais de cada grupo ou comunidade, vigorantes nos cenários onde se inserem essas famílias (SANTOS, 2010).

A definição de quem será o cuidador, inicialmente advém de arranjos familiares, na tentativa de encontrar “a pessoa apropriada” para desempenhar essa função. Porém, por questões culturais, acaba incidindo, principalmente sobre filhas e cônjuges, o papel de cuidador dos idosos. Aspecto que pôde ser observado nesta investigação, visto que, entre os cuidadores, oito eram mulheres: esposa, filha, mãe, e apenas dois eram homens: os esposos.

Apesar das mudanças estabelecidas, observou-se que os cuidadores carregam consigo valores e costumes relacionados ao papel da família, vinculados à responsabilidade de ter que assumir o cuidado de um familiar doente, ser responsável por aquela pessoa, principalmente quando se percebe que o mesmo passa a sofrer algum comprometimento em sua integridade física por déficit de cuidados. Os valores e costumes do cuidador foram manifestados e originados de seu cotidiano, de suas relações no contexto cultural onde se insere e, a partir daí, nota-se o **assumir o papel de cuidador principal**, o que pode ser confirmado nos trechos da fala a seguir:

Na verdade foi o seguinte, minha mãe foi casada duas vezes, já com o segundo marido eles moravam na roça, num sítio, porém meu padrasto ficou doente, teve uma AVC, ai eles acabaram vindo para cá, primeiro moravam com minha irmã, nós somos em 7 filhos. Aí, o que aconteceu foi o seguinte: comecei a perceber algumas “coisas estranhas” (Pausa), quando ia visitar minha mãe, ela ficava mais feliz, porém quando era a hora de vir embora ela não aceitava, insistia para que eu ficasse, então todas as vezes quando vinha embora, saía de lá chorando, sabe! Aí, falei com minha irmã que mora em Uberlândia que ia arrumar um lugar para morar com a mamãe, ela logo concordou dizendo: isso mesmo, vai ser bom para ela. (Dina)

Pôde-se perceber, durante as entrevistas, que os cuidadores apresentavam histórias anteriores de cuidados de outros familiares, ou ainda tinham trabalhado como cuidadores formais. O fato de ter **experiência prévia com o processo de cuidar de outra pessoa/familiar no domicílio** pareceu favorecer a atual rotina de cuidados, conferindo-lhes segurança e autonomia para desempenhar o papel de cuidador familiar.

Eu trabalhava numa casa que tinha três, uma era cega, a dona “M”, a outra era velhinha era muda e surda e tinha um irmão, eram três irmãos. O “G” era surdo-mudo, eu ia para lá arrumava casa, comida tudo para eles, fazia compra pra eles, ele perguntava as coisas eu não entendia, ele escrevia pra mim, a “A” eu chegava lá só de encostar ela sabia que era eu. Era Deus me preparando para cuidar né. (Ruth)

Destaca-se, ainda, a experiência prévia como elemento facilitador para o processo de adaptação à rotina de cuidados que precisam ser oferecidos ao atual membro familiar dependente de cuidados, o que pode ser observado por meio das seguintes falas:

A Sarah [filha] já nasceu com paralisia cerebral e nunca fez tratamento nenhum, agora que meu filho tá fazendo uma fisioterapia nela, ele é fisioterapeuta [pausa] Eu sempre cuidei deles. (Adameire)

Quando a minha irmã, quando o meu irmão, eu cuidei da minha irmã, eu morava em Benfica. Eu saía de Benfica, vinha para cá, fazia faxina na casa, levava ela para o médico, porque eu que levava pra médico, pra tudo em quanto era lugar. A gente pedia um carro ali, pedia um vizinho aqui, porque os vizinhos aqui são, [gagueja] é uma loucura para prestar favor para a gente. Aí eu pegava ela, levava ela para fazer hemodiálise, porque ela tinha problema de rins, não podia operar porque ela era parálitica e se cortar não cicatriza. Aí levava pro médico, levava para hemodiálise, para tomar sangue. Foi assim durante uns dez anos com a minha irmã. Depois ela faleceu, já tem mais de uns vinte anos que ela faleceu. Ela faleceu aí eu comecei a cuidar do meu pai, meu pai também vivia passando mal, estava sempre saindo pra levar ele no médico. Eu levava pro médico, levava pro banco, porque também era eu que recebia. Aí, meu pai de uma hora para outra, porque meu pai também não deu trabalho, passou mal e agente levou ele para a policlínica, ele ficou lá cinco horas, depois foi transferido para a Santa Casa passou a noite e no dia seguinte Deus levou ele. (Lia)

Mas agora não pode, mas antes disso, no período da mãe dele também foi assim, né Zaqueu [esposo]? Ele precisou sair do serviço, porque eu não tenho muita saúde, ela sofreu derrame três vezes [a mãe do esposo], deu isquemia cerebral, e eu com o meu tamanho [muito baixinha], punha ela na cadeira, vinha no banheiro dava banho, trocava fralda. Ela, acho que foi um ano e sete meses usando fralda. Ai quando ela faleceu, minha mãe tinha saúde, meu pai também tinha. (Joshua)

A partir do momento em que o cuidador familiar idoso assume o cuidado integral do seu familiar idoso dependente, tende a deixar as suas necessidades de autocuidado em prol do outro, ou seja, passa a **priorizar as necessidades do ser-cuidado**. Assim, o autocuidado do cuidador deixou de ser prioridade entre os idosos pesquisados e até as suas necessidades básicas, como tomar banho, ficavam em segundo plano. Os cuidadores pesquisados relataram que não tinham tempo para cuidar da aparência ou para o lazer, o que foi observado a partir dos seguintes relatos:

Eu vivo aí cuidando deles, eu vou atrás de medico de remédio em posto, médico para eles, remédio, mas de mim mesmo nada. (Lia)

Então tenho que priorizar ela, primeiro faço as coisas para ela depois penso em mim [pausa],pois hoje tudo que faço é em prol dela. (Dina)

Pereira e Filgueiras (2009) ressaltam que o cuidador, além de treinamento para execução de certos cuidados, precisa de planejamento que intervenha em seu cuidado e considere a sobrecarga sofrida, seja física, psíquica, financeira ou social, com o intuito de promover a manutenção de sua saúde.

Em outubro faz um ano que ele ficou internado de novo no [Hospital público]. Ele ficou internado, eu fiquei com ele lá dia e noite, muito difícil, fiquei dormindo numa cadeira. Aí depois ele foi para o [outro hospital público] pior ainda. Aí depois desse aperto, agora estou pagando um plano de internação para ele, pra mim não precisa não, ai ele falou que tenho que fazer, mas deixa, o importante é você [referindo-se ao esposo] e não vai passar mais pelo que você passou, era muito barulho. (Eunice)

O relato de Eunice despertou-nos a atenção para a questão legal quando da assistência à saúde do idoso. Conforme o capítulo IV, artigo 15 do Estatuto do idoso, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

No entanto, o que se percebe é que, para garantir uma assistência adequada, acreditam que devam recorrer ao sistema privado de saúde, por meio dos planos de saúde. Por sua vez, os planos de saúde que atendem de forma global, conferindo-lhes direito a consultas ambulatoriais, exames e internação, têm custo abusivo, porque, não raro, os usuários são portadores de doenças crônicas não-transmissíveis que, por serem consideradas pré-existentes, acabam sendo abrangidas por carências e justificando a não cobertura de gastos. Retornando à legislação, no que concerne aos planos de saúde, trouxe o art. 15, §3º do Estatuto do Idoso, que diz ser vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade (BRASIL, 2012).

Frente a tais questões, o idoso, ainda que amparado pela legislação vigente do país, torna-se fragilizado, pois não consegue um atendimento integral pelo SUS e, para usufruir desse atendimento no setor privado, terá que dispor de parcela significativa de sua renda, isso quando pode cogitar tal possibilidade. Neste estudo, cinco famílias utilizam o sistema de saúde privado de alguma forma, sendo que a prioridade é para o familiar cuidado; as outras famílias utilizam, exclusivamente, o atendimento do SUS.

Outra questão relevante e que gerou um código para o estudo foi com relação às **mudanças no estilo de vida relacionado ao processo de cuidar**, que podem ser compreendidas, na percepção dos participantes do estudo, como os aspectos que

influenciaram mudanças radicais em seu modo de vida, a partir do momento em que assumiram os cuidados do familiar dependente. Cuidadores idosos familiares descrevem a ocorrência do afastamento de outros membros da família, o abandono da religião e, principalmente, a impossibilidade de sair de casa, além do abandono de sua casa e dos momentos de lazer.

Dessa forma, com as restrições impostas pelo dia a dia de cuidados, o cuidador deixa de realizar atividades que lhe proporcionam prazer e bem-estar, como a prática de uma atividade física, de lazer e o próprio cuidado com a saúde, priorizando o cuidado do familiar dependente, em detrimento do autocuidado:

Mudou muita coisa, né! Porque quando era só nós dois, a gente fechava a porta da casa e saia, né! Viajávamos muito. (Joshua)

Foi tudo muito rápido, resolvi, logo consegui uma casa lá no Marumbi, ela não queria vir para os lados de cá, minha casa fica no São Judas, mas aí deixei tudo para trás, minha casa, meus filhos, tudo mesmo....tudo para cuidar dela, aí desde 2012 cuido dela integralmente. [pausa] não é fácil não, não porque eu goste de sair, não é isso, na verdade sempre fui muito caseira, prefiro ficar em casa, mas a responsabilidade né!!! [pausa prolongada]. Como te disse deixei tudo para trás, meus filhos, foi até por isso que convenci que mudássemos para cá, pois aqui fico mais perto deles, eles estavam meio jogados, sabe, não porque eu quisesse, mas por que não posso mais sair sem ela, ou deixa-la sozinha. (Dina)

Aí o médico aconselhou que a gente teria que sair daquele apartamento, porque era difícil para descer escada e subir escada, aí era muito difícil para mim, ajudar descer, subir, aí nós resolvemos mudar para cá, né, mudamos para uma casa, não tem escada, o carro para na porta da casa é só entrar e sair. [...] Para mim é difícil, né por que eu não tenho uma vida social, pra mim sair é difícil. E hoje mudou tudo né, porque se eu vou no mercado, eu tenho que deixar ele na cama deitado, e saio correndo, para voltar. Se eu vou ao banco, eu tenho que deixar ele na cama, eu vou correndo. (Eunice)

Então eu falei: eu vou mudar para lá. Aí eu vim aqui, conversei com os irmãos mais velhos, eles falaram: você pode ir para lá, tem uma casa vazia nos fundos, você não vai ter despesa, você só vai ter que cuidar da mãe. (Lia)

Mudou muita coisa, porque aí eu perdi aquilo que eu tinha como prioridade pra mim, que era a minha liberdade de ir e vir. E hoje eu não tenho essa liberdade mais, hoje eu tenho que estar limitado a ela. Eu não posso dizer assim, daqui uma hora eu vou apanhar um ônibus e vou pra cidade e fazer isso e aquilo, não posso fazer isso. Sei que não posso. Tenho a minha responsabilidade, custei administrar isto, mas aos poucos eu fui chegando, por que o dia a dia é que vai ensinando como é que vai ser a vida da gente. (Gedeão)

Apreende-se, a partir dos trechos acima, que assumir a tarefa de cuidador principal significa aceitar uma mudança radical no estilo de vida. Implica mudanças corriqueiras, como a dificuldade de sair para pagar uma conta, até o fato de ter que abrir mão da sua liberdade, do lazer e até do local em que se vive, devido à necessidade de adequações ou por questões econômicas. Quando o cuidador possui cônjuge, a mudança não ocorre apenas na vida do cuidador, mas, sim, na vida de ambos. Percebeu-se que eles acabam mudando a rotina que tinham na vida conjugal, em detrimento de cuidar do seu familiar. E, quando têm filhos, o cuidador poderá vivenciar uma súbita mudança no arranjo da família, tendo que escolher deixar de conviver diariamente com os filhos para cuidar do familiar dependente. Em contrapartida, alguns demonstram, claramente, os sentimentos contraditórios, especificados na literatura, observe o trecho da fala de Ruth:

Na verdade não mudou muita coisa, porque nunca fui de sair demais, Deus me dá força, porque vivo numa cadeia sem muro (risos sem motivação).
(Ruth)

Para Elias (1985), as relações entre os indivíduos e a sociedade são indissociáveis. Os indivíduos estão na sociedade formada pelas relações sociais e separados por uma barreira invisível. Torna-se necessário compreender as teias humanas e, sobretudo, as configurações sociais de cada indivíduo. O ato de cuidar do outro é algo complexo e permeado por sentimentos distintos e conflitantes (BRASIL, 2008b) e, do outro lado, temos o ser que depende dos cuidados, também com os mesmos sentimentos contraditórios, podendo tornar conflituoso este relacionamento entre cuidador e pessoa cuidada. Ao mesmo tempo em que a entrevistada relata não ter apresentado grandes mudança em sua vida, refere que Deus lhes dá forças, pois vive em uma cadeia sem muros, demonstrando, dessa forma, um misto de sentimentos, que a levam a batalhas em seu interior, mas que deposita em uma força maior, suprema, que lhe dá força para seguir.

De acordo com o Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2008b), a mudança nas atividades cotidianas, adicionada à realização dos cuidados do familiar dependente, acaba sobrecarregando o cuidador, que pode manifestar cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar, depreciando não só a ele próprio, mas, também, a pessoa a ser cuidada. Portanto, se não forem adequadamente gerenciadas, essas alterações poderão provocar o adoecimento do cuidador.

O processo de cuidar de um idoso no domicílio pode resultar em limitações na vida cotidiana do cuidador familiar, comprometendo os seus papéis sociais, ocupacionais e

peçoais, com conseqüente risco a sua saúde e bem-estar. No estudo em questão, observou-se que os cuidadores participantes, sem exceção, são acometidos por, pelo menos, uma doença crônica não-transmissível. Seguem trechos de falas as quais podem ratificar o **comprometimento da saúde do cuidador idoso:**

Aí, igual há poucos dias eu passei mal ai, eu fui parar lá na UPA, quando vê eu estava com a glicose de 480, estou com a glicose, estou com problema diabético, entendeu? (Lia)

Encontro dificuldade, igual essa semana, eu estava sentido dor para tudo em quanto é lado, mas não sei que tanta dor que eu estava sentindo. (Adameire)

Sabe né também tenho problemas de saúde, artrose nos joelhos, mas tem dias que não ando boa né [pausa breve], tem dias que minhas pernas doem demais. (Ruth)

Eu tenho hipertensão, eu sou diabética, eu tenho muitas dores no corpo. Eu estou tratando com endócrino, pois estou com problema de tireoide, e tá muito alto. Estou tomando remédio mais alto que o possível, que o médico falou que é além do que posso a dosagem da tireoide, mas agora fiz o exame e baixou um pouco já. Tem um ano mais ou menos que começou as dores, a pressão e a tireoide, tem uns 6 anos que descobri. (Eunice)

Eu tenho artrite reumatoide, eu tenho duas próteses, eu não posso caminhar, tenho problemas com a pressão, mas está controlada, graças a Deus, está tudo tranquilo. (Isabel)

Eu tenho artrose nos pés, nos joelhos, sinto dores fortíssimas, me deixa quase sem andar tem dias [...] tenho problema de hemorroida, tenho diverticulite, refluxo, hipertensão [...] coisas da idade né. (Talita)

Frente ao comprometimento da sua saúde e tendo a responsabilidade ímpar de cuidados de outra pessoa, o cuidador passa a conviver e até incorporar as doenças crônicas ao seu modo de viver. Adapta-se ao processo saúde-doença e organiza-se no dia a dia, no sentido de atender às necessidades do outro e, ao mesmo tempo, de continuar vivendo dentro desse novo contexto.

5.7.2 Ser cuidador familiar e suas implicações para a saúde e o autocuidado

O envelhecer faz parte de um processo natural e progressivo do ciclo vital, que aponta para uma etapa da vida composta por sucessivas alterações, dentre elas: físicas, mentais e sociais, que surgem do desgaste natural das estruturas corporais, psíquicas e cognitivas. E, quando pessoas que já são idosas assumem o papel de cuidador familiar, o trabalho pode se

tornar mais árduo, o que foi percebido nas falas, sobretudo das mulheres idosas cuidadoras. Elas demonstraram, durante a observação e mesmo durante as entrevistas, que ficam cansadas, ao mesmo tempo, demonstram sentimentos positivos quanto ao ato de estarem cuidando e que continuarão a cuidar enquanto estiverem vivas. E, para isso, esperam e acreditam no poder de um ser superior que as ampara e dá forças.

Apreendeu-se que, por levarem consigo valores e costumes relacionados ao papel familiar, ao assumir o cuidado de um familiar doente, surge um elo recíproco, transversal à convivência diária que leva à **dificuldade em se afastar do ser cuidado, devido ao elo de confiança que se cria entre eles**, tanto pela dificuldade de aceitação do idoso cuidado por outra pessoa, quanto pela dificuldade do cuidador em confiar na capacidade de outros familiares para desempenhar a função que exerce diariamente. Isso pôde ser observado em algumas falas dos cuidadores principais:

Eu vou, mas minha cabeça fica aqui, é muito difícil, mudou muito. Mesmo deixando minha filha aqui com ele, eu vou, mas eu fico preocupada, entendeu? Eu tenho medo dele passar mal, e ela não saber fazer aqueles cuidados que eu tenho. (Eunice)

Igual quando eu preciso sair, eu costumo sair e nem falo que vou sair, porque se eu falar que vou sair ele adocece, ele fala assim eu tô passando mal, pra gente não ir, não sair. E também se eu sair, ele ficar em casa, ele parece que não da falta não. Se não for demorar muito ele não dá falta. Ele não fica sozinho. (Joshua)

E toda vez que eu passo mal e falo com ela que vou no médico, nossa! Ela entra em pânico, ela não deixa. Ah não vai não que eu tô passando mal e não posso ficar aqui sozinha. Medo, ela tem medo de ficar sozinha com ele (referindo-se ao irmão com transtorno mental, que também é cuidado por ela). Encontro todas as dificuldades, porque se eu sair de casa eu fico com a cabeça aqui nos dois, eu tenho que prender os dois dentro de casa para protegê-los. (Lia)

Eu falo a minha família é ela, eu não gosto de deixar ela só, e ela também não fica. (Gedeão)

E ele também não gosta de aceitar outra pessoa não, é difícil, complicado e agora está ficando pior porque a cabeça tá ficando bem ruim, três derrames você já viu né. (Talita)

Ao analisar as falas dos cuidadores, é importante ressaltar a importância de existirem alguns acordos entre o cuidador e a pessoa a ser cuidada, de modo a garantir certa independência, tanto a quem cuida como para quem é cuidado. Um ponto essencial para esse acordo é o estímulo para o autocuidado de ambos (BRASIL, 2008b). Por outro lado, faz-se

necessário ressaltar as questões relacionadas ao apoio social ou redes sociais, que seria composto por uma estrutura e uma função, as quais são aspectos e fenômenos distintos e que, como tais, devem ser avaliados e examinados (BOCCHI; ANGELO, 2008).

A estrutura das relações sociais refere-se à organização do vínculo entre os indivíduos e pode ser descrito sob vários aspectos. A estrutura das relações sociais é composta pela rede de relações formais e informais. As relações formais são relações mantidas devido à posição e aos papéis na sociedade e incluem: profissionais de saúde, professores, advogados, entre outros. As relações sociais informais – aquelas consideradas de maior importância pessoal e afetiva do que as relações mais especializadas e formais – são compostas por todos os indivíduos (família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade) e pela ligação entre indivíduos com quem se tem uma relação familiar próxima ou com envolvimento afetivo (DUE *et al.*, 1999).

A partir do momento em que os cuidadores demonstram insegurança para saírem de casa, deixando por alguns momentos o ser de quem cuidam, tem-se a ideia de falta de suporte social recebido no dia a dia. O apoio social prestado de forma efetiva serve como fator interventor da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-familiar cuidado, ao conferir certa liberdade ao familiar para retomar parte da vida pregressa à função de cuidar integralmente de outra pessoa.

As **fragilidades para exercer o papel de cuidador** foram definidas pelo fato de o cuidador familiar não dar conta de exercer a atividade que a pessoa cuidada requer, pelo fato de também ser idoso, por ser acometido por patologia ou, simplesmente, por não aguentar desempenhar as tarefas, devido ao seu próprio processo de envelhecimento.

Tenho que fazer força, aí sinto muita dor... (Ruth)

Fiquei com medo dela ir caindo, caindo, aí eu fiquei com medo dela piorar mais, mas ela é muito pesada para mim. (Adameire)

Ah, eu não sei, tem hora que eu fico, sabe? Tem hora que eu fico imaginando: é muita pressão pra mim, é muito cansativo, eu ter que cuidar dela, dele, da minha filha caçula. (Lia)

Tem dia que a gente fica preocupada, ô gente! Será que eu vou dar conta? Mas eu ponho, Nossa Senhora passa na frente, que ela me ajuda, e lá vai remando né! (Joshua)

Quando ele ficou na cama que precisava ir no banheiro, que eu não tinha como levar, eu tenho um filho que vinha aqui de vez em quando dava uma ajuda, mas não era sempre, porque ele tem a casa dele, as vezes, eu pedia o rapaz da oficina ou pedia o vizinho para vir aqui para colocar ele na cadeira

de banho, pra dar um banho nele, e eu, sem poder, também, porque eu tenho um problema sério de saúde [neste momento me mostrou os pés com deformações pela artrose]. (Talita)

As falas permitem-nos a avaliação do que o idoso faz do seu processo de cuidar: consideram a tarefa difícil e cansativa. Assim, percebemos que necessitam de ajuda para tal responsabilidade. Portanto, antecipa-se a inferência de que o apoio familiar e profissional com estímulo, seja por consultas de enfermagem, grupos educativos ou pela visita domiciliar, com vistas ao autocuidado, pode ser realizado junto a essa população, a fim de se promover a troca de experiências entre os participantes, incentivando-se práticas positivas e ajustando as negativas por meio de uma linguagem clara e simples.

A **falta de tempo** enfatizada revelou-se como um importante fator prejudicial ao autocuidado dos cuidadores, que acabam se descuidando da sua saúde, da aparência física, do vestuário, do lazer e do bem-estar pessoal. Dessa forma, a qualidade de vida dos cuidadores familiares sofre prejuízos, a partir do momento em que esses não tenham suas necessidades básicas satisfeitas, assim como as necessidades de prazer, bem-estar e realizações pessoais e espirituais que, como pode ser verificado nos relatos, acabam sendo sacrificados em função de se tornarem cuidadores. Com a mudança na rotina e, conseqüentemente, na vida do cuidador, este esbarra em outras dificuldades que o distanciam do autocuidado como, por exemplo, o aumento do tempo gasto por realizar os cuidados do familiar dependente. Os cuidadores relataram que apresentam demanda de tempo muito grande em sua função, diminuindo, dessa forma, o tempo para o autocuidado:

O serviço aumentou, cuidar de gente idoso não é fácil. Eu cuidava da minha saúde e agora eu não tenho mais tempo. (Lia)

Quando eu chamo a minha filha para ir para a escola, ela levanta às 05h30min da manhã, você imagina! Ontem eu deitei já era uma hora da manhã. (Lia)

Ele falou que tenho que fazer uma hidroginástica, uma caminhada. Doutor como é que vou fazer: caminhar 40 minutos, 20 minutos. Eu não aguento, com esse corpo todo, esse peso todo. Para fazer uma caminhada, descer morro, e na hora de subir, vou dar um infarto, ele não entende, não sobra tempo. (Eunice)

Essa subcategoria trouxe à tona as situações críticas ou obstáculos pelos quais os cuidadores familiares passam. Percebeu-se que o cuidado com corpo, sono, alimentação e saúde encontram-se deficientes, em função da falta de tempo e pela ausência de outra pessoa

que possa “render” o cuidador familiar na realização dos cuidados. Trazendo novamente à tona a questão vista anteriormente do cuidador poder contar com apoio social.

Não, eu não tenho problema de pressão, eu tinha problema de pressão só quando eu ficava nervosa, é tipo assim, estado de nervo, aquela ansiedade, aquele nervosismo, aí ela subia. Não tomo mais nada de pressão, só para diabetes. Também não sei se melhorou né, tava muito alta, tem que arrumar um tempo, tenho que correr atrás. (Lia)

O **déficit do lazer** é uma constante na vida dos cuidadores que participaram do estudo, a partir do que se compreendeu a realização de pouca ou nenhuma atividade de lazer na rotina de vida diária do cuidador, que relata não conseguir realizar as atividades de que sempre gostou. Os cuidadores familiares, ao cumprirem com seus papéis, deixam de exercer várias atividades de que gostam, como viajar, ir à igreja, ver televisão, sair de casa ou conversar com amigos, o que caracteriza um déficit de lazer por parte desses cuidadores e pode ser analisado a partir dos trechos das entrevistas que se seguem:

Foi mudando é que eu não ligo muito para sair, não faço amigo né, não tenho uma vida assim, social, tenho uma vida só para eles. Eu falo que nem na casa da minha filha eu não vou, ela mora aqui em de Juiz de Fora. (Adameire)

Ontem, ainda, ele [referindo-se ao esposo] foi fazer uma viagem, já fez duas viagens sem mim, porque, de primeiro, nós não saíamos sozinhos, nós só saíamos juntos, nós íamos a praia. No tempo que eu tinha minha mãe, nós íamos para a praia. Teve um dia que nós fomos para Piúma, nos ficamos lá quinze dias, quer dizer que nós não tínhamos essa responsabilidade, né? Agora não, eu vou, ele fica, ele vai eu fico [risos, sem motivação]. (Joshua)

Os seguintes trechos das entrevistas com Adameire e Eunice permitiram-nos compreender como tiveram que deixar de frequentar suas crenças religiosas em detrimento do ato de cuidar de, respectivamente, dois idosos dependentes, a filha e o esposo, no caso de uma, e do esposo, no caso de outra:

Sabe, não larguei porque quis, não tem nada disso, porque eu não larguei por desaforo, não larguei por que eu deixei de ser, eu larguei porque não tenho condição de ir (pausa). Eu trabalhava [referindo-se às reuniões do Centro Espírita que participava] lá no centro da cidade, toda segunda, sexta e sábado. (Adameire)

Não, não faço mais nada, por que antes eu ia para a igreja, mas nem na igreja eu tô indo, com ele assim não dá. (Eunice)

As falas anteriores remete-nos, novamente, à questão de o idoso ter a sua espiritualidade/religiosidade desenvolvida. Muitos idosos deixam de frequentar os cultos, missas, entre outros, ligados à sua filiação religiosa, por diversos fatores, entre eles: a dificuldade de acesso e a piora do quadro de saúde. No caso deste estudo, em detrimento do ato de cuidar e de não terem com quem deixar a pessoa cuidada para que possam continuar realizando essa atividade que, para eles, funciona, também, como atividade de lazer.

As **atividades desempenhadas pelo cuidador familiar idoso** que surgiram durante a investigação apontam para a necessidade de apoio ao cuidador idoso familiar, pelo enfermeiro e também pelos outros profissionais de saúde, a fim de proporcionar melhores condições de cuidado ao idoso dependente, bem como segurança para o cuidador, que necessita de conhecimentos e habilidades para desempenhar o papel a ele delegado. É preciso preparar e acompanhar esse familiar no desempenho dessa nova função de cuidador, ajudando-o a superar as dificuldades e proporcionar cuidados de qualidade, que atendam às necessidades identificadas e sejam equivalentes ao contexto cultural familiar. Isso contribuirá para o processo de adaptação no desempenho das atividades de cuidar, bem como no autocuidado.

Durante as entrevistas, pode-se apreender que os cuidadores executam atividades de cuidados sem nenhum treinamento ou acompanhamento de profissionais de saúde, como pode ser observado nos trechos a seguir:

Sou eu quem aplico a insulina, faço a glicemia, e verifico a PA todos os dias.
(Gedeão)

À noite, muitas vezes ele passa mal, a pressão dele sobe, vai a 18, aí o batimento cardíaco vai a 110, 130, eu dou outro comprimido para a pressão, coloco toalhinhas frias na testa dele, ele fica muito quente. Aí ele vai refrescando, vai passando. (Eunice)

De acordo com o Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde, a função do cuidador é a de acompanhar e de auxiliar a pessoa cuidada, fazendo por ela somente aquilo que ela não consiga fazer sozinha, não fazendo parte de sua rotina técnicas e procedimentos característicos de profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem (BRASIL, 2008b).

As outras atividades desenvolvidas pelos cuidadores idosos que foram identificadas durante a visita domiciliar e em trechos das falas dos familiares nas entrevistas consistem na administração de medicamentos, dar ou auxiliar no banho, escovar os dentes, auxiliar para ir

ao banheiro, promoção de atividades de lazer e espirituais, busca por materiais e atendimentos de saúde e cuidados com a integridade da pele e prevenção de lesões, etc.

Eu dou o almoço, ajeito ela no banho, porque assim, vestir a roupa eu gosto de ajudar, porque é para ela não ficar muito cansada, porque ela tem fibrose no pulmão também, aí para não ficar muito cansadinha, aí eu ajudo ela a vestir a roupa, mas ela toma banho sozinha, eu só ajudo a vestir a roupa, passo creme nas pernas, porque ela tem um problema de varizes, seríssimo também, ai tem que tá bem hidratada, porque se não dá problema. (Isabel)

Tenho que fazer tudo: é dar banho, dar comida na mão, dar remédio na mão. Ela come sozinha, mas ela entorna, entorna metade assim no colo, mais come, e vai ao banheiro e faz o “xixi” dela sozinha, às vezes para limpar lá, quando ela faz “coco”, ai ela me chama. (Lia)

De um ano para cá ele piorou muito começou até a babar... e não quer ficar parado, então se ele vai para um lado, vou também, se vai pro outro, vou atrás. (Ruth)

Dos dez participantes, oito relataram que o acúmulo de tarefas diárias leva ao cansaço físico e mental, podendo levar a prejuízos no processo de cuidar, pois são muitas tarefas domésticas a serem realizadas no dia a dia, tais como; lavar e passar a roupa, cozinhar, arrumar a casa, entre outras, e não simplesmente cuidar do familiar. Isso gerou o código **manutenção da casa e ambiente em que vive com o idoso** que, para eles, são todas as atividades desenvolvidas cotidianamente de cuidados com o ambiente de modo concomitante, gerando sobrecarga.

E quem faz todas as tarefas sou eu mesma, lavo roupa, arrumo a casa, faço comida, além de cuidar dele. (Ruth)

Eu lavo, eu não passo roupa, quem quiser roupa passada, eles passam né? Eu passava quando era nova. Faço almoço, só faço almoço, esquento pra janta, se quiser eu faço uma sopa. (Adameire)

A alimentação tem que ser na hora, ela não pode cozinhar, então eu que faço tudo. Igual, depois que mudei, ainda não consegui fazer aquela faxina [tudo limpo, ótima aparência, muito organizado]. (Dina)

Igual a limpeza na casa, eu comecei a fazer a limpeza da casa na segunda feira passada, eu fiz no banheiro, ai na terça eu fiz na cozinha, sabe! Quando foi na quarta eu fiz no quarto dela, sexta eu fiz na sala, é assim, cada dia eu faço uma coisa, porque eu não dou conta de fazer tudo de uma vez e ela também não deixa, sabe! (Lia)

Então quem fica mesmo 24 horas sou eu, não tem jeito, eu quem tenho que ir na rua com todas as minhas dificuldades, eu tem que ir na rua fazer os serviços de pagar conta, tudo sou eu que faço, cozinha, só não arrumo casa, porque ela arruma toda segunda feira [fez referência a sua filha solteira,

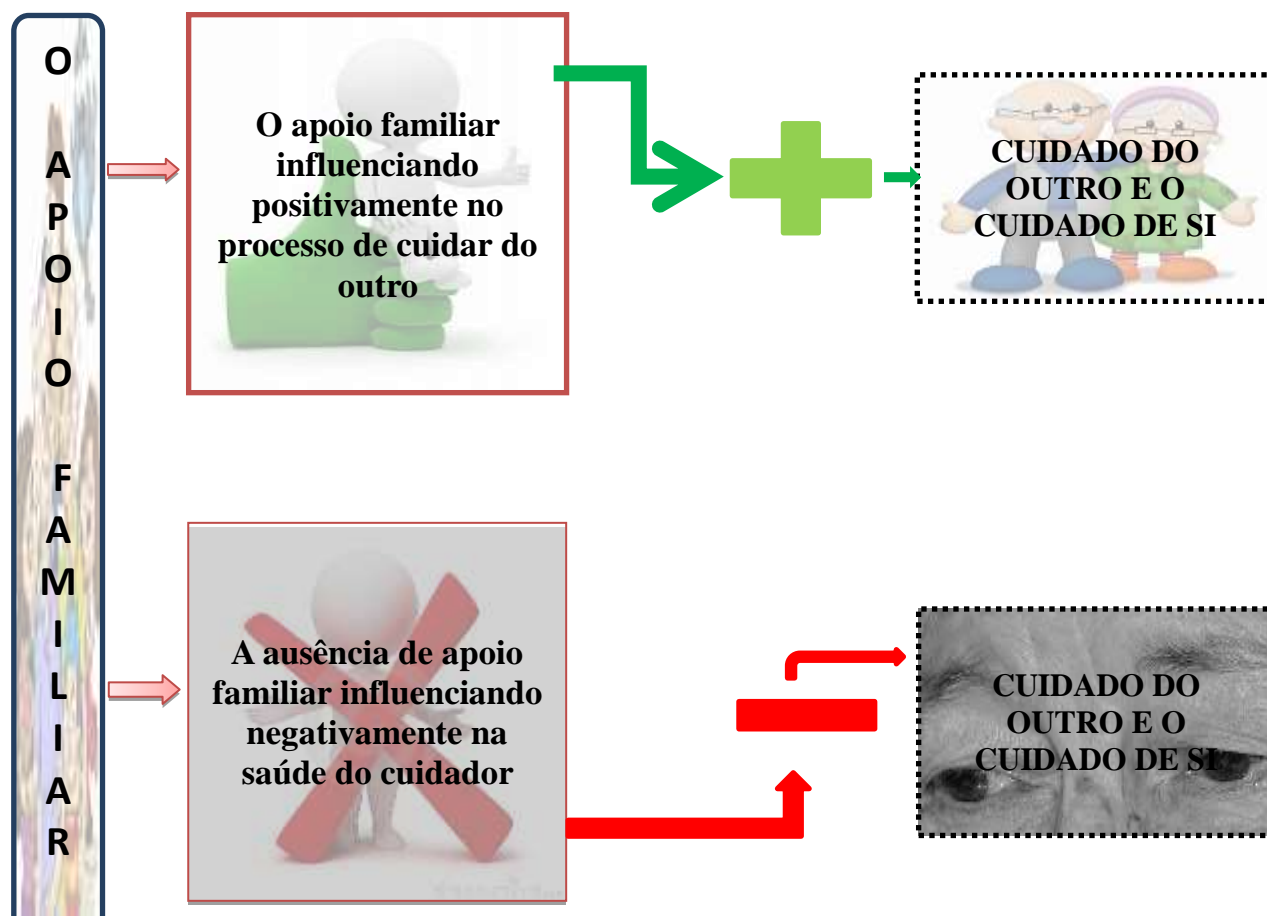
mora com eles porém trabalha o dia inteiro], ai fica por conta dela, o resto tudo sou eu que faço. (Talita)

Evidencia-se, pelas falas, que a realização de atividades rotineiras, ou melhor, o acúmulo de tarefas por parte destes, gera dificuldades para que possam exercer o autocuidado, levando ao comprometimento da sua saúde. Esse aumento das atividades cotidianas, as mudanças bruscas na rotina e a responsabilidade do cuidador familiar demandada pelos cuidados do familiar dependente, bem como as tarefas domésticas, dificultam o pleno desempenho do autocuidado. Outro ponto a ressaltar, entre os participantes, foi que são muito exigentes consigo mesmos, na aceção da limpeza e, mesmo estando a casa, em condições adequadas de higiene, alguns relatavam que não estavam limpo como deveriam estar.

5.8 O APOIO FAMILIAR

Traz-se à tona, nesta categoria, a concepção de que, além do cuidador familiar ter passado por mudanças no contexto de vida analisadas anteriormente e que interferem, diretamente, no processo de cuidar do outro. Compreende-se que, à medida que esse assume a diretriz do cuidado de seu familiar no domicílio, o processo de cuidar e o autocuidado sofrerão influências, conforme os estímulos do restante da família. Os vínculos do cuidador familiar com os demais membros da família variam entre aspectos favoráveis (positivos) e desfavoráveis (negativos), que foram abordados, nessa categoria, por meio das seguintes subcategorias: “o apoio familiar, influenciando positivamente no processo de cuidar do outro” e “a ausência de apoio familiar, influenciando negativamente na saúde do cuidador”.

DIAGRAMA 4 – O APOIO FAMILIAR



5.8.1 O apoio familiar influenciando positivamente no processo de cuidar do outro

O contexto de vida do cuidador familiar idoso é marcado por interações com pessoas próximas: familiares e amigos, cuja influência torna-se clara a partir dos dados. Por vezes, de forma positiva, como suporte e elemento incentivador; em outras, em oposição, a falta de apoio, influenciando negativamente, em todo o processo de cuidar do outro e, conseqüentemente, no cuidado de si e, enfim, afetando a saúde do cuidador.

A carga de trabalho sobre o cuidador é, por vezes, significativa e, como foi percebido na análise da categoria anterior, o processo de cuidar dos idosos no contexto domiciliar torna-se rotineiro em decorrência do rápido processo de envelhecimento e esse processo de cuidar à margem do apoio familiar poderá desencadear o surgimento de repercussões negativas para a saúde física e mental, sendo que essas se refletirão na qualidade de vida e no bem-estar, tanto dos indivíduos que cuidam, quanto na vida daqueles que são cuidados. Os participantes deste estudo, de forma geral, assinalaram quanto à importância da presença da família, na

subcategoria **apoio recebido da família para cuidar do outro e autocuidar-se** e, de forma expressiva, falaram sobre a ajuda da família para apoio, suporte e melhora das condições de qualidade de vida de maneira geral. A importância do apoio familiar fez-se presente nos depoimentos dos entrevistados:

A base da gente é a família né, abaixo de Deus é a família. Então é um dividindo com o outro para não pesar. [...] As vezes, se eu falar hoje eu preciso de ir no médico, mas aí eu tenho que ver: será que ele não tem que sair não? Porque, se tiver que sair, eu não posso. Então, a gente tá sempre dividindo, às vezes, hoje mesmo eu já perguntei pra ele: amanhã você tem que sair? Ele disse: eu acho que eu tenho, mas também amanhã é dia de ir na igreja, vou depois. (Joshua)

A minha família toda gosta muito dele, a minha filha preocupa demais, tá com um problemão na casa com o marido, de doença também. Mas preocupa muito, sempre que pode vem aqui. Tem os netos, tem uma bisneta linda, com um olhão azul, graças a Deus tudo bem encaminhado, ninguém deu para nada, pra droga, tudo fazendo universidade, eles não gostam de embalo, de *funk*, de nada, então isso dá muita tranquilidade para a gente. (Eunice)

Com o passar do tempo, eles foram percebendo que ela emagreceu, pois o médico já tinha falado que ela não podia engordar, cuidei da dieta, ela passou a não dormir igual antes, ela estava dormindo o dia inteiro na minha irmã. [parou e se explicou], não quero falar mal dela, mas [pausa]. Ela levantava só para comer, tomar remédio, já estava dando aquele mau cheiro, mesmo né de urina, que às vezes escapa, e se não lavar, né! Ai depois que começaram a perceber que ela foi melhorando, começaram a voltar, mas o meu irmão não [demonstrou tristeza e ressentimento]. (Dina)

Os relatos mostram que cuidadores que recebem o apoio familiar de forma contínua e assistida conseguem reduzir seu tempo nos cuidados com o outro, contribuindo para a diminuição da sobrecarga física, levando a diminuição da ansiedade ao executar seu papel, favorecendo o **autocuidado preservado do cuidador idoso**:

Vou ao médico: igual, segunda feira, tenho médico meio dia. Minha filha vem e fica com ela. (Isabel)

Igual, por exemplo, semana passada precisei ir ao médico, precisava estar às 7 horas lá no Joao Penido, então minha filha ficou com ela. [...] Aqui ainda não conheço muito, mas já fui lá no posto, conversei com a enfermeira, a [...], inclusive falei com ela que queria os encaminhamentos para o ACISPES, já que já posso ser atendida lá, né!! E sou doida para fazer uma tomografia, uma densitometria. (Dina)

E o dia que eu tenho que ir em médico, ele fica [referiu-se ao esposo], eu já sei que posso sair despreocupada também né! (Joshua)

É possível destacar, no relato de Gedeão, assim como observado em depoimentos de outros idosos, que a realização do autocuidado, a vontade de se cuidar e a vontade de viver têm que partir de si e, segundo o mesmo, a partir de uma força sagrada. Precisam estar bem, pois o outro já é dependente. Então, um precisa estar bem para cuidar dos dois. Isabel complementa que a realização de atividades que dão prazer afasta sentimentos negativos em relação ao processo de saúde e doença. E ainda há relatos, como no caso de Joshua, de quem utiliza as práticas integrativas e complementares como aliadas no processo de envelhecer bem.

Na literatura científica, depara-se com diferentes designações para as práticas terapêuticas. Medicina alternativa e complementar foi definida como um grupo de distintos sistemas médicos e de cuidados à saúde, além de práticas que não estão presentes na biomedicina (NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, 2007), para as quais, no Brasil, usa-se a expressão práticas integrativas e complementares (PIC). Incluem-se nessas práticas: a medicina tradicional chinesa (sobretudo, a acupuntura), a homeopatia e a antroposofia, as plantas medicinais (fitoterapia) e o termalismo social (crenoterapia) (BRASIL, 2006c).

Hoje eu saio 5 horas que eu tenho hidroginástica, eu faço hidroginástica, faço 3 vezes por semana, Tem mais de ano. (Isabel)

Eu tenho que ir no médico eu não meço esforços, se eu tenho que ir eu vou, e ela vai junto comigo. Se eu vou no urologista, no cardiologista ela vai junto comigo. Na medida do possível, vou me cuidando, faço o exame preventivo da próstata todo ano, ano passado fiz ultrassonografia da próstata, fiz consulta com urologista, esse ano ainda não fui, porque não pediram, mas eu já estou preocupado e vou pedir o dia que for lá para me encaminharem de novo. Acho que isso é importante, eu sempre falo com ela, nós não podemos cair os dois, alguém tem que estar de pé para cuidar do outro. Por que ela, ela já está dependente, se eu também ficar dependente, como é que vai ser as nossas vidas? Não tem jeito. (Gedeão)

Tendo um que fica com ele, eu posso sair, vou ao médico. Ele também vai, [referindo-se ao marido]. A gente cuida da saúde nossa também, mas só que tem que planejar. Essa semana eu tenho que ir no médico, nós trata na homeopatia também, ai quando marca tem que ser trocado, um num dia o outro no outro. Eu tenho muita fé com remédio de homeopatia, porque é um remédio que não faz mal. Eu tomo valeriana, o meu é três num só, é valeriana, camomila e tem um outro nome, mais forte. (Joshua)

Estou sempre no médico procurando melhorar, as vezes não vou por preguiça, são coisas da idade né. Mas graças a Deus, Deus vem me dando forças para eu chegar até onde eu cheguei, porque se ele não me desse essa força, eu já teria desistido. (Talita)

Nessa perspectiva, Eliopoulos (2011), em seu estudo, mostrou que a maioria dos idosos possui recursos internos, entre eles: físicos, emocionais e espirituais, que permitem um bom desenvolvimento nessa fase da vida, com a prática de atividades que subsidiam o autocuidado. Os comportamentos que exemplificam suas potencialidades são, por exemplo, a suposição da responsabilidade pelo autocuidado; a mobilização de recursos internos e externos para desenvolver estratégias, solucionar problemas e manobrar os momentos de crise, principalmente relacionados à saúde; o reconhecimento e a aceitação da realidade de que a vida inclui eventos positivos e negativos; e o reconhecimento das limitações e das potencialidades.

Observou-se que o cuidador idoso precisa da ajuda de alguém, em vários momentos, para auxiliar na realização de certo cuidado, ou mesmo, para que esse possa sair para realizar alguma atividade, tais como: mercado, serviços de banco e até para realizar consultas, exames, etc. Surge, então, a **necessidade de apoio por um cuidador secundário**, o revezamento que, ainda que apenas por um pequeno período, contribui para a diminuição da sobrecarga do cuidador:

Então, quando sinto muita dor e não estou bem, acabo tendo que pedir ajuda, tenho medo de deixar ele cair. (Isabel)

Igual, assim, hoje, você viu aí, arrumo uma moça para dar banho [estava saindo da casa dela, quando chegamos para a visita], tenho que ir lá para explicar o negócio do banho e as vezes nem dá o banho direito é só o banho que me sacrifica. [pausa] Vai ser difícil a beça, eu ir nesse médico, porque eu tenho que deixar alguém com o pessoal aqui né? (Adameire)

Aí, quando tenho que ir, minha filha fica com ele. A sorte é que ela não trabalha. Ela tem problema de saúde, então, ela é encostada pelo INSS. Ai ela põe a filha no colégio e fica aqui com ele. (Eunice)

Se preciso sair, dependendo do que vou fazer, dependo de alguém para ficar com ela. (Dina)

5.8.2 A ausência de apoio familiar influenciando negativamente na saúde do cuidador

A partir das observações realizadas nos domicílios dos idosos, pôde-se observar que os cuidadores têm a necessidade de realizar cuidados específicos em casa, a fim de manter e promover a saúde do familiar cuidado, assim como a própria. A ausência do apoio familiar influencia negativamente a saúde do cuidador, o que se mostrou evidente, no caso dos participantes do estudo, tendo em vista também serem idosos. Observa-se por meio da fala e de suas expressões que, para eles, a presença familiar é de fundamental importância. Pode

compreender que, nessa fase da vida, eles são mais reflexivos, emotivos, gostam de conversar e de serem ouvidos; sentem-se muito desvalorizados e entristecidos pela ausência de seus entes queridos.

Compreendeu-se, a partir dos dados e observações, que o cuidador familiar idoso que cuida de um idoso dependente, dedica-se de modo integral e, geralmente, sem auxílio de outros familiares na divisão das tarefas. Essa exposição direta, com o passar do tempo, contribui para um maior risco de adoecimento, déficit no autocuidado, sobrecarga física e desconforto emocional. Observou-se que a falta de auxílio de outros familiares na maior parte do tempo é um relato recorrente e enfatizado, sobretudo pelo **baixo ou nenhum apoio familiar**. A dificuldade para conseguir apoio na divisão das tarefas de cuidado do idoso pode estar associada ao fato de os outros familiares trabalharem, mas o motivo parece ser a lacuna existente no envolvimento de outros familiares com a situação de dependência e problemas de saúde do idoso. Durante as entrevistas, surgem trechos emocionados dos entrevistados:

Vão chegar os resultados dos exames, mas eu vou ter que marcar médico. Vai ser difícil a beça eu ir nesse médico [pausa, demonstrou tristeza]. Não tenho mais os meus irmãos, que eu tinha nove né. Minha mãe! Sou casada a segunda vez, a Sarah, essa aí é a mais velha, filha do primeiro casamento. Ele também tá sozinho, só nós dois e os filhos agora, né, mas eles trabalham...né! (Adameire)

Somos nós dois, aqui! Só nós dois [referindo-se ao marido], só nós três [referindo-se ao esposo e ao pai de quem cuida]. Ninguém mais ajuda não. (Joshua)

Os filhos dele não tem contato nenhum com ele, moram no Rio, mas desde que ele separou, a mãe fez intrigas e eles não gostam dele. Quando casei com ele, tentei de tudo para unir de novo, chamava para irem lá em casa, para almoçar, mas não teve jeito. Acho que ele sente muito por isso, principalmente, agora perto do Natal, né? (Eunice)

[...] Eu sou aposentado, ela também é, então Deus abençoa e dá para viver, agora, ajuda pessoal assim, é muito difícil, porque quando a gente morava junto com a filha dela, até que quebrava o galho, mal, mas ajudava, mas hoje nem para ficar aqui com ela para eu ir num médico. Pra ir eu tenho que levar ela junto [pausa]. Se eu vou fazer qualquer coisa eu tenho que levar ela, porque não tem nenhuma pessoa que fique aqui. (Gedeão)

Eu estou com 79 anos e ele 81. Então, assim, é complicado para mim, porque eu estou na fase que já estou precisando de um cuidador, só que eu não tenho condição, porque um cuidador não fica barato. Eu sei que é mais de um salário. E eles [se refere aos filhos] trabalham, né. (Talita)

Uma das participantes relatou que os membros da família “somem” com medo de serem responsabilizados pelo cuidado de alguma forma. Observe:

Olha, é uma responsabilidade muito grande né, porque, eu sozinha [pausa]. Não recebo nada, tem uns que nem telefonam, porque sabe que vai ter problema. Ah! ela vai reclamar, vai pedir isso, vai pedir aquilo. Tem uma que veio aqui quando meu pai faleceu. Meu pai já tem quinze anos, tem uma que mora aqui em Juiz de Fora, essa que tem quinze anos que não liga, não procura é a que mora em Belo Horizonte. Sabe é casada, e o marido é vereador, tem, tá, e tem. A gente era em 11 irmãos, ai morreram quatro e ficaram sete, desses sete, eu [novamente gaguejou demonstrando ansiedade alta] e meu irmão, o Lucas e os outros 5 não querem saber, são 3 irmãos homens e duas irmãs mulher. E tem uma irmã mulher, que mora aqui em Juiz de Fora, mora lá no Furtado de Menezes, entendeu? Mas essa, também não liga, não procura, não quer saber, entendeu? Então é muito difícil, de lidar com a situação, as vezes eu fico até revoltada, que eu vejo ela, quando eu levo ela para tomar banho, eu fico vendo sabe, o corpinho dela todo transformado, sabe? [pausa, choro] me revolta, me revolta de ver [começa um pranto de lágrimas, com enorme sofrimento, onde me emocionou profundamente, tive vontade de chorar junto], os filhos não querem saber dela, fica só nas minhas costas. Eu sofro de ver ela sofrendo [muita tristeza e revolta com a falta do apoio familiar]. (Lia)

A fala de Lia remete-nos, novamente, à necessidade de apoio ao cuidador pelas redes sociais. Comumente, os cuidadores não possuem apoio adequado para assistir o familiar de quem cuida. O apoio social da própria família é essencial para a manutenção dos cuidados dos idosos acometidos por doenças incapacitantes. Na ausência de apoio e de orientações pertinentes, o cuidador familiar é levado a uma sobrecarga física e mental, fator interveniente, que concorre para o prejuízo da qualidade de vida do binômio cuidador idoso-familiar idoso cuidado.

A fala de Gedeão contribui para compreendermos como a família tem papel essencial para a manutenção da vida e redução do desgaste físico e emocional deste binômio:

Eu acho que se a família fosse unida assim, se desse as mãos, compartilhasse, seria mais fácil, mas como isso é quase impossível, acho que é difícil se conseguir, alguma coisa, melhorar essa condição de vida. Por que quando você tem um juntando mais um, é dois. A carga fica mais leve, mas esse outro lado fica difícil de conseguir, então [pausou]. A família é tudo, abaixo de Deus é tudo, porque se você tem o apoio da família, você pode confiar em deixar a pessoa, se tiver a filha dela, eu vou sair mais tranquilo porque sei que posso confiar, não preciso ficar estressado aonde eu for, se demorar umas duas ou três horas, se deixar com uma pessoa que não é da família, primeiro que não vou ter liberdade da minha casa ficar na mão de uma pessoa que [pausa]. Se não for família fica difícil, mas família é unida na hora de fazer festa, churrasco, de ganhar as coisas, ai é unida, mas no resto não é unida não. (Gedeão)

Concomitante à falta de apoio familiar, surgiu dos dados o código **conflito familiar**, relacionado ao papel do cuidador principal. As famílias não querem assumir o cuidado

integral do familiar, contudo, quando um familiar se dispõe a exercer o papel de cuidador familiar, isso gera conflitos, principalmente por aspectos financeiros, ou seja, não querem assumir o cuidado, mas querem usufruir da renda que o idoso adquiriu em sua vida.

Só que (pausa) [embargo na voz], com isso, eu cuidando dela direto, minha família ficou chateada comigo, acharam, e um dos meus irmãos chegou a falar, que eu só estava fazendo isso por interesse na pensão da mãe, ou melhor, nas pensões né! Sabe, ela tem duas pensões, uma do FUNRURAL do esposo dela e outra porque ela trabalhou muito e aposentou. [...] Sabe, esse meu irmão, é o que eu mais me dava, nós éramos muito agarrados e decidi cuidar da mamãe, ele foi o que mais me acusou, depois disso, nunca mais veio aqui, mandou me avisar que se me encontrar na rua com ele, se eu estiver de um lado da rua é bom que eu atravesse, e se eu passar na rua e ele estiver com o caminhão passa por cima, nossa, como dói, isso dói demais, isto é muito difícil para mim [silêncio]. Agora eu não entendo, por que ele age assim, mas um dia quem sabe se Deus quiser vai passar. (Dina)

Os dados da pesquisa apontam que o idoso continua com a condição de provedor da família de forma parcial ou total, com a sua aposentadoria, mesmo quando depende de cuidados integrais de um cuidador que, no caso deste estudo, também é idoso e pode ou não ter algum tipo de renda própria. Quando o cuidador assume os cuidados de forma integral e passa a se responsabilizar pelo cuidado do idoso, isso poderá desencadear uma crise familiar, em virtude da renda do familiar cuidado. Alguns familiares não querem assumir o cuidado, mas querem usufruir, de alguma forma, da renda pessoal do idoso, como forma de garantir, de forma total ou parcial a sua subsistência. Ocorrerá, então, como consequência, a inversão da lógica inicial do ato de cuidar, em que o idoso deixa de ser aquele que deveria ser objeto de cuidado para ser o que garante o cuidado, tanto dele quanto de seus familiares.

Em outros casos, a renda do idoso pode não ser suficiente para o próprio sustento, situação da qual se depreendeu o código **aspectos econômicos**, o que está relacionado ao aumento dos custos e do orçamento familiar, tendo indicado os casos em que o cuidador relatou o aumento de custos com as despesas para realizar os cuidados, seja com a medicação, seja com qualquer tipo de tratamento do familiar dependente.

O dinheiro dele não tá dando nem para comprar o remédio, é muita raça de remédio... (Adameire)

E tem um fisioterapeuta que vem toda semana, toda sexta às 06h30 min da tarde, porque eu não posso assumir mais vezes, teria que ser mais de uma vez, levar para hidroterapia, mas eu não posso teria que ter um carro, um homem para ir junto levar. (Talita)

Ao passo que alguns idosos continuam como provedores da família, encontrou-se situações em que, devido ao acometimento à saúde, por condições crônicas que despendem muitos custos, eles não conseguem se manter sozinhos, dependendo da ajuda de outro(s) familiar(es). As dificuldades financeiras decorrentes do baixo poder aquisitivo, concomitante ao aumento das despesas em função das demandas do processo de cuidar do outro e da própria saúde, como necessidade de comprar medicamentos que não são fornecidos pelo SUS e demandas específicas do cuidado, puderam ser observadas no cotidiano de alguns idosos.

A preocupação com o apoio financeiro para o autocuidado, somada a outros aspectos, contribui para o desgaste físico e emocional, por ser mais um elemento gerador de preocupação, no contexto do cuidado no domicílio. Os relatos revelam que, mesmo possuindo uma renda mensal, em caso de necessidade financeira, devido ao adoecimento, os idosos pesquisados relataram que não tinham a quem recorrer, aumentando-lhes a preocupação em relação ao bem-estar da pessoa idosa dependente. Dessa forma, cabe uma proposição acerca do processo de trabalho em saúde. Torna-se importante que os profissionais de saúde se preocupem em adequar o plano de cuidados à individualidade e ao contexto de cada idoso, para que seja um plano real e possível de ser realizado por esses indivíduos.

Surgiu, ainda, um fator de proximidade ao anterior e que contribui, sobremaneira, para o desgaste físico e emocional do cuidador idoso, que é quando surge a **dependência financeira de outro familiar**.

Eu não tô podendo pagar, eu não aposentei. É assim, isso vai sair vai ser muito ruim, mas eu tenho que falar né. A “T”, a minha filha, que é a fiscal da [...], auditor fiscal da receita federal, ela colocou eu e a Sarah como dependentes dela, porque ela era uma moça muito doente [referindo-se a filha Sarah], deu até tuberculose nos ossos, foi um custo para sarar, naquele tempo a tuberculose era um bicho de sete cabeças, né? E ela teve, e por causa disso, a gente não pode aposentar e receber o nosso dinheiro, aí ela faz a compra, e paga o plano de saúde [pausa] desse que só faz tratamento de ficar internado, e é muito caro né e quanto mais a gente vai ficando velho, ela não deixa faltar muito conforto não [falta de motivação nessa fala].
(Adameire)

E, nesse caso, o cuidador que, mesmo idoso, não possui renda própria, torna-se dependente de outros familiares, o que muitos consideram ser o ideal, mas que, para o idoso, não é o que ele espera. Em outro caso, durante os arranjos familiares para se encontrar um familiar que será o cuidador, são garantidos benefícios pelos outros familiares. Observe:

Ai eu falei: mas vocês vão me ajudar a cuidar da mãe? Porque ir lá para cuidar dela só, eu vou precisar de um dinheiro, porque eu não vou poder trabalhar, ai eles disse, isso ai depois a gente vê, quer dizer isso ai já vai para

quatro anos que eu tô aqui. [...] porque a família, os irmãos não me ajudam financeiramente com nada. (Lia)

No caso de Lia, que abdicou do seu modo de vida e do seu trabalho para cuidar do familiar, após a sua inserção nos cuidados diários, viu-se sem ajuda da família, tanto para os cuidados, como no auxílio financeiro. Veja o trecho da fala a seguir:

Eu não consegui aposentar ainda, porque eu não tenho o tempo, sabe! Eu trabalhei, mas muita gente não contribuiu com meu INPS, muitas casas que eu trabalhei, casa de família, e coisa, ai eles não pagaram o INPS, ai eu fiquei sem o INPS, agora eu tô correndo atrás ai, pra ver se eu consigo pelo menos encostar, que ai eu teria o meu ganho né, o meu dinheiro porque eu vou ficar usando o dinheiro da minha mãe e do meu irmão, não dá. Eu tenho que ter o meu para eu poder cuidar da minha filha, né. Porque ela precisa de muita coisa, e eu não tenho como dar. (Lia)

O estudo de Couto (2013) sobre o cuidador familiar de idoso dependente trouxe em subcategorias o abandono do trabalho para cuidar, dentro das vivências de ser cuidador de idoso dependente e mostrou que esse era um aspecto negativo, na concepção dos sujeitos, pois eles terminam por considerar que não têm mais “vida própria”, levando até ao isolamento social.

Na concepção dos participantes do estudo, eles consideram que, estando, rotineiramente, desprovidos do apoio familiar, podem sofrer com a insegurança relacionada à violência urbana, o que configura o tópico **sentem-se desprotegidos e com medo da violência**.

E tem outra coisa que eu tenho: é muito medo (chorando), esse muro assim baixinho, as coisas do jeito que tá, ninguém respeita ninguém, essas coisas [...]Eu tenho medo de entrar alguém de má intenção,nós aqui sozinhos, por exemplo, aqui tinha a oficina dele, quando ele parou de trabalhar não podia andar dentro dela, de tanto ferro pelo chão, agora vai lá para ver se acha um pedaço de ferro. Levaram tudo, até as ferramentas tudo. (Adameire)

Quando vou sair, tenho que prender os dois dentro de casa, eu fecho o portão lá de fora e levo a chave, porque se eu deixar o portão aberto, todo mundo que chamar lá fora eles põe dentro de casa, não tem juízo, nem ele, nem ela, entendeu? E não podemos brincar, né. (Lia)

A situação apontada pelos cuidadores faz relação com o que foi encontrado como resultado no estudo realizado pela Universidade Federal de Juiz de Fora, em 2012, no qual os idosos entrevistados elencaram como o medo mais frequente é aquele relacionado à segurança, ao medo da violência (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2012).

Ao mesmo tempo em que consideram ter baixo apoio familiar, em geral, os idosos almejam sustentar sua independência, pois não querem demonstrar que acabam por precisar de auxílio para a realização de atividades, mesmo as tarefas domésticas do dia a dia. E isso configura o eixo **sentimento de apreensão em ser considerado um fardo para a família**, pois os idosos pensam que devem resolver os problemas e realizar as atividades com o máximo de autonomia possível, pois os familiares trabalham e têm família. Assim, os idosos acreditam que só devem recorrer a eles quando não têm nenhuma outra forma para a resolução de situações cotidianas ou mesmo as que são inesperadas:

Tento não ficar chamando os filhos dele, é porque são seis enteados que tenho, a “L” tinha sete anos quando nos casamos é esta que mora na frente. [...] Eles ajudam, mas você sabe né, todos têm família, filhos, marido e mora longe, então a “L” é que mais ajuda, também tem os netos, mas tento fazer o que posso, só quando não aguento mesmo, porque a Lane ajuda muito, mas ela tem os filhos o marido, tem a vida dela né. (Ruth)

Em 2012, 2011, ele passava mal, ele todo dia dava as crises, a pressão subia, eu sozinha com ele. Ai minha filha falava: liga para mim, que eu venho. Ai disse: mas você vai fazer o que? Ele não quer que ligue, não chama não [o esposo diz]. Vamos ao médico, não quero não, você vai me cuidar ela vai abaixar e agora mesmo eu estou bom. (Eunice)

O que falta é por que não dá mesmo para resolver tudo, por que ela [refere-se a uma de suas filhas] num casou, mas resolveu criar filho dos outros, e as filhas dela são três, todas três têm problema, uma com 15 anos teve filho e agora já tá com três filhos e as outras duas que são gêmeas tem problema assim, não raciocina, uma não raciocina nada, nada, nada e a outra ainda raciocina um pouco. [...] Aí ela com esses filhos, tem que dar pouco, e ai vem os netos né, ai ela tem que diminuir né, ela agora tá diminuindo aquele capricho que tinha com a gente. Ela não deixa faltar nada, mas também não tem, aquele capricho, pode ver ai a casa como é que tá a gente não mora numa casa assim, por que quer né! A casa dela é muito linda, mas nem lá eu vou também. (Adameire)

A partir das falas, apreende-se que, em determinado momento, o idoso talvez não consiga mais cuidar de si mesmo como antes; ele precisa de auxílio. Nesse sentido, o ideal é que a família se reúna com o cuidador idoso e o idoso cuidado para definir qual é o melhor caminho a seguir e, assim, encontrar soluções acessíveis, sem que os idosos precisem se sacrificar calados, evitando solicitar a presença de outros, para não parecer que são incapazes de continuar tendo a sua independência. O que pude perceber por meio das falas, gestos e comunicação não-verbal do cuidador familiar é que ele se sente um fardo para a família, aumentando, assim, o seu sofrimento de forma desnecessária. Ou seja, desempenham a nobre

tarefa de cuidar diariamente de outra pessoa, mas sentem-se desvalorizados e em segundo plano pelo restante da família.

Em seu estudo sobre o autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar, Costa (2012) observou que o déficit na realização do autocuidado do cuidador estava relacionado às dificuldades em conciliar o autocuidado com as atividades de cuidado do familiar dependente. O achado **encontrando dificuldade para autocuidar-se** faz relação direta com a falta de apoio familiar.

E nesses quatro anos que eu to aqui, nunca mais eu fui ao médico, exame preventivo, exame de mamografia, acabou eu nunca fui mais, eu não cuido mais da minha saúde. (Lia)

Então eu não lavei a cabeça, ai eu fico coçando a cabeça, preocupada que eu não lavei a cabeça, mas eu falo, eu não vou preocupar não, se não eu fico doente. (Adameire)

Ah minha filha! Tem mais ou menos uns três anos que consultei, depois disso só compro os remédios da pressão, as vezes minha pressão fica muito alta, ai vou na farmácia, a menina olha a minha pressão e pronto. (Ruth)

É importante que o idoso seja estimulado e apoiado por seus familiares e pelos profissionais de saúde no que tange à motivação para o envelhecimento saudável e, principalmente, para o autocuidado e os cuidados realizados no domicílio.

Na concepção dos participantes, a tristeza é um sentimento humano que expressa desânimo e frustração em relação ao que está se passando consigo ou com o ser cuidado. Pode ser manifestada por meio de choro, insônia, depressão, falta de apetite, dentre outros. E pode ser percebido nos relatos, pela **manifestação de tristeza** dos participantes.

Não tem jeito, [choro] porque agora, tanto eu quanto ele e a Sarah, temos que esperar é só a morte mesmo, não tem jeito não [pausa com choro, desconsolo], passou nosso tempo eu não fico triste por isso não, eu fico abafada, porque eu só [pausa] estou esperando só o fim mesmo [silêncio, demonstrando muita tristeza]. (Adameire)

Às vezes eu vou lá pro terreiro para chorar, as vezes eu vou lá para os fundos, né? Porque eu não quero chorar perto da minha filha né? As vezes, ela vê e fica perguntando: o que você tem mãe, está doente? Ela só tem treze anos, né? E não tem noção, sofre junto comigo [olhos encheram-se de lágrimas]. Teve um dia que ela falou: vamos embora daqui mãe, me tira daqui, porque ele ficou nervoso ai de uma hora para a outra [se referindo ao irmão, o qual também cuida], não tem nem como né? É muito difícil a vida, muito complicado. (Lia)

As situações vivenciadas pelos cuidadores podem levá-lo a desenvolver tensão em relação ao papel de cuidador, o que se inclui entre os diagnósticos de enfermagem propostos pela taxonomia da NANDA (North American Nursing Diagnoses Association), encontrado no domínio sete, referente aos papéis nos relacionamentos; na classe um: papéis do cuidador. Daí a definição “dificuldade para desempenhar o papel de cuidador” (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2010).

Fernandes e Garcia (2009) identificaram os atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes, quando foram levantadas as alterações bio-psico-sociais que os familiares sofriam, chegando à conclusão de que os cuidadores familiares apresentavam alterações no estado físico e emocional, bem como desequilíbrio entre atividade e repouso e enfrentamento individual comprometido.

As autoras revelaram que o cuidador familiar estava exposto a múltiplos tipos de estressores de forma prolongada e que acabava por correr o risco de apresentar problemas de saúde parecidos ao do ser-cuidado. O cuidador familiar passa a ter restrições em sua própria vida ao assumir os cuidados para garantir o bem-estar físico e psicossocial do ser-cuidado, bem como o ônus relacionado a esse cuidado faz com que o cuidador também possa ser visto como um cliente que necessita de cuidados (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Pelos trechos de falas dos entrevistados, é possível perceber a **sobrecarga física do papel do cuidador idoso**:

Fico torcendo para que chegue a noite para que possa deitar... (Ruth)

Meu sono é igual de passarinho, acordo várias vezes para ver como ela está. (Dina)

É possível perceber, também, a **sobrecarga emocional do papel do cuidador idoso**:

Doente eu também já estou, o que eu considerar né, porque eu tô me considerando doente, porque eu sinto muita dor, dor no corpo todo, muito difícil [demonstra profunda tristeza, ficou em silêncio, chorou, voz embargada], mas vamos ver, tá bom. [outra pausa, pensativa] acho que tá muito difícil [voz embargada, novamente tristeza e lágrimas]. Tristeza eu sinto muita [chorou muito]. (Adameire)

Então é uma luta [...] Tudo assim né? O corpo dela judiado, porque ela trabalhou também, ela também lutou para criar a gente, na roça né, porque a gente morava na roça, ela lutou, cortava cana, junto comigo, com meu pai [começou a demonstrar muita emoção na voz e olhos brilhantes], plantava milho, feijão, tudo isso ela fez na roça para ajudar a criar a gente. Ai eu fico

olhando o corpinho dela, lá senta lá naquela cadeira para tomar banho com aquele corpo todo deformado sabe, me revolta [choro desesperado]. (Lia)

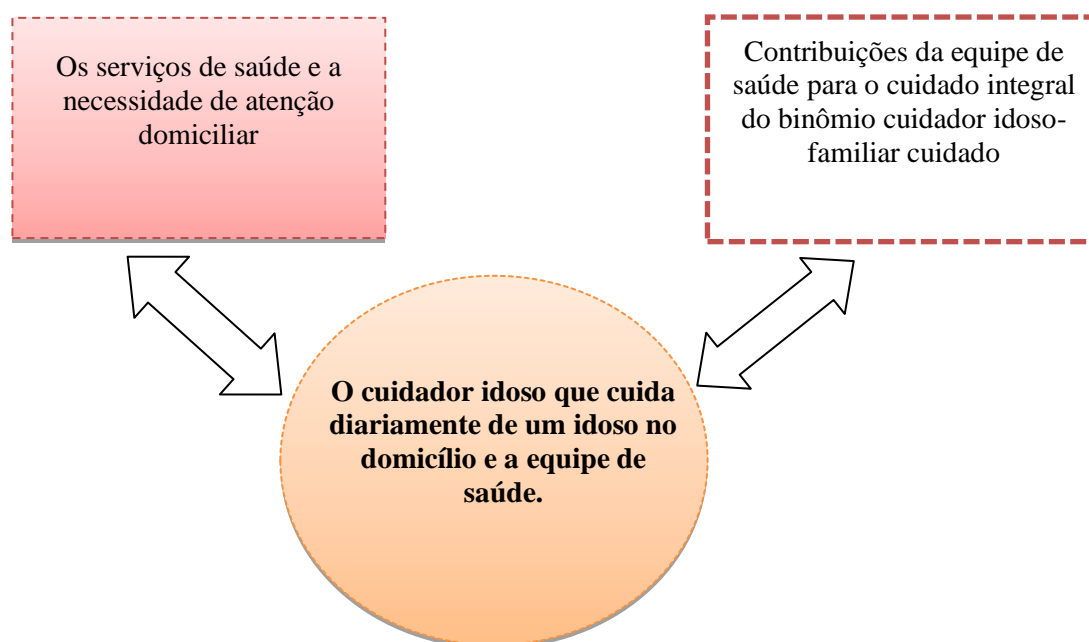
A partir dos dados, compreende-se que a sobrecarga é delineada como rotineira em virtude da sobreposição de tarefas, do acúmulo de atividades, do baixo apoio familiar e das carências no sistema de saúde, que impossibilitam que esse cuidador e o familiar cuidado tenham assistência digna e integral à saúde. As questões econômicas e de moradia também podem desencadear o processo de tensão do papel do cuidador. E, ainda, temos que ressaltar que a falta de preparo, o nível de conhecimento que o cuidador possui sobre as atividades do cuidado que realiza contribuem para tensão, estresse e prejuízos à qualidade de vida dos cuidadores.

Os enfermeiros precisam refletir, dessa forma, a respeito das várias estruturas, papéis e relações familiares, além de identificar a capacidade de autocuidado dos cuidadores idosos, para que trabalhem com maior eficiência diante da necessidade de cuidados específicos de enfermagem a esses idosos no domicílio (SANTOS, 2014).

5.9 CUIDADOR IDOSO QUE CUIDA DIARIAMENTE DE UM IDOSO DEPENDENTE, A SAÚDE E A EQUIPE DE SAÚDE.

A quarta categoria trouxe à tona uma discussão contemporânea e de relevância, pautada na legislação brasileira, vista hoje como uma questão de saúde pública, pois, em decorrência ao processo de envelhecimento, como foi explicitado anteriormente, surgem acometimentos por doenças crônicas não-transmissíveis e, no caso do estudo em questão, temos o binômio cuidador idoso/idoso dependente. O cuidador que assume integralmente os cuidados necessita, portanto, de apoio institucionalizado de uma equipe multiprofissional. Dar-se-á ênfase, neste estudo, ao profissional enfermeiro.

DIAGRAMA 5 – O CUIDADOR IDOSO QUE CUIDA DIARIAMENTE SE UM IDOSO NO DOMICÍLIO E A EQUIPE DE SAÚDE.



5.9.1 Os serviços de saúde e a necessidade de atenção domiciliar

Neste estudo, como já foi esclarecido, o cuidador familiar é idoso e possui comprometimento da sua saúde e, em outros casos, a fragilidade é decorrente do processo de envelhecimento; além disso, nesta pesquisa, o ser-cuidado também é idoso e dependente. Ocorre que o cuidador depende de outras pessoas para realizar o revezamento nos cuidados, de forma a facilitar a sua rotina diária.

A dependência por cuidados no domicílio vem se tornando um grave problema de saúde pública no país. Isso ocorre devido ao acelerado **processo de envelhecimento e o surgimento de patologias**, tornando-se necessário que se ofereça condições adequadas, como infraestrutura e suporte, para que o cuidador familiar exerça o seu papel de cuidar de idosos dependentes de forma adequada.

Olha! Eu comecei a cuidar porque eu morava com ela, aí aconteceu da Diabetes, aí ela perdeu o membro esquerdo, a perna esquerda né? (Gedeão)

Bom, comecei a cuidar dele quando ele teve AVC, isso em 96 minha filha, ele ficou muito ruim, ficou internado no “hospital público” por muitos meses. (Ruth)

Bem, ela tem problema de pressão, entendeu a osteoporose, tem que ter muito cuidado com problema de osteoporose, para não cair. (Isabel)

Bem, ela tem problema de pressão, foi no médico cardiologista que disse que ela está com as jugulares muito entupidadas, ele não sabe como que ela pode estar assim, ele explicou assim: é como se fosse uma enxurrada da chuva presa, não sabe por onde está passando, foi mais ou menos assim que ele disse, entendeu? Na verdade tudo começou a complicar em 96, quando ela teve um AVE, aí um ano depois ela teve convulsão, o médico disse que ela depois do AVE, tinha que estar tomando o fenobarbital^R, como não estava, teve convulsão. Bem agora depois que ela está comigo ela teve dois infartos, e agora o médico falou que ela está com princípio de Alzheimer, mas de vez enquanto ela dá uma mudada, fica meio esquisita, aí começa a repetir tudo, perguntando e repetindo. (Dina)

Frente à realidade vivenciada pelos cuidadores idosos em seus domicílios, a Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), passa a ter um papel essencial na atenção à saúde, atuando como suporte aos cuidadores familiares idosos e aos familiares idosos de quem cuidam, principalmente por ser definida, atualmente, como porta preferencial do sistema de saúde, alicerçada ao Serviço de atendimento domiciliar.

No entanto, o que se apreende com os dados deste estudo é um **déficit no atendimento às necessidades de saúde do binômio cuidador idoso e idoso dependente**, por parte de quem busca por atendimento nos serviços da rede, UAPS e equipe da ESF (consultas e, principalmente, a visita domiciliar). Infelizmente, o atendimento não supre as necessidades de saúde dos idosos e os usuários que necessitam não têm a equipe de saúde da família como referência. No estudo em questão, os entrevistados não sabem identificar a equipe multiprofissional e, geralmente, reconhecem apenas o agente comunitário de saúde.

Não recebo nada de ninguém, nada, poucas vezes a agente de saúde, que vinha, mas diz que nossa área não tem médico. Assim, mesmo, a “N” levantou cedo um dia aí e foi lá pegar a receita do calmante que a gente usa, porque sem receita não compra o remédio e nessa confusão perdeu meu cartão do SUS, porque era um cartão de papel, foi assim: foi fazer os cartões do SUS, ela colocou meu nome errado, porque é assim a Adameire..., aí o meu cartão veio igual o dela [referindo-se a sua filha]. Aí foi para consertar, até hoje, não trouxeram não, é outro de papel, eu fiquei usando aí ela levou para pedir a receita, ficou lá um tempão, uns três dias, enrola, enrola, enrola, aí falou que podia buscar as receitas, mas é tudo muito difícil mesmo. (Adameire)

Só o médico particular, porque no SUS é muito difícil, até para marcar, eu tentei, mas fiquei um ano tentando marcar com endócrino e não consegui. Então, Graças a Deus, ele deu uma condição melhorzinha, a gente não paga aluguel, então, é para gente pagar uma consulta, exames, remédio né? É para a gente se cuidar, né? (Eunice)

O processo de cuidar, por parte do enfermeiro, junto ao cuidador idoso e ao idoso dependente, alicerçado no Processo de Enfermagem, permite uma assistência embasada no referencial teórico do autocuidado de Dorothea Orem. Nessa perspectiva, tem-se que, no sistema de apoio-educação proposto pela teórica, o enfermeiro tem o papel de promover o cliente como um agente ativo de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimento e habilidades (OREM, 1995).

Na impossibilidade de as Equipes de Saúde da Família exercerem o papel que lhes cabe, pois acabam por atender às demandas espontâneas da unidade, o que vem ocorrendo é o repasse da carga de cuidados à família, sem o devido suporte, ficando, muitas vezes, a cargo cuidador idoso, com uma assistência domiciliar insipiente e ações esporádicas da equipe de saúde. Isso gera sérios problemas para o cuidador familiar idoso, que assume os cuidados sem o devido acompanhamento e treinamento, podendo levar a um prejuízo da saúde do ser-cuidado. Os cuidadores, por sua vez, não têm como ir à unidade e acabam por se automedicarem, entre outras ações que poderiam ser evitadas. A presente situação de **estratégias de busca de cuidado/necessidade de atenção domiciliar** pode ser notada nos trechos a seguir:

Não, não vem ninguém aqui, agente não tem contato assim com ninguém. (Ruth)

Só estou com uma tosse, nossa, mas meu filho me deu um xarope, e já estou bem melhor. (Dina)

Olha, a “C” é a única, né? (se referindo a ACS), tá sempre aqui. A enfermeira, inclusive no mês passado [interoguei neste momento para saber se ela sabia o nome da enfermeira responsável pela área e ela respondeu]A “E” né? Aquela que aplica injeção [na verdade ela se referiu a técnica de enfermagem]. Pois é, ela aplicava a injeção na minha mãe, todo mês. Mês passado eu chamei, cansei de chamar, pedir, não vieram aplicar a injeção na minha mãe. (Lia)

Porque para ele o médico tem que vir aqui, ele não tem paciência, ele chega lá e fica brigando, tá todo mundo passando na frente, eu quero ir embora, eu estou com vontade de fazer xixi, eu quero tomar café, ele fica nervoso. Ele não gosta de sair, ele chega a adoecer se tirar ele daqui. (Joshua)

Quando eu morava na “VE”, o pessoal do posto sempre ia, visitava, mas aqui, vai fazer 2 anos e meio que estamos morando aqui, a não ser a ACS, nunca veio ninguém. Tirando ela, nunca veio ninguém, nem médico, nem enfermeiro, a carta que vem do HIPERDIA, entrego lá, só para eles guardarem mesmo, porque nunca fizeram nem um atendimento aqui. Depois que mudei pra cá nunca fizeram acompanhamento, nem para ela e nem para mim, que tinha que fazer, não fazem não. Lá eles iam colher o sangue dela em casa quando precisava, já me ajudava muito. Também ficamos muito tempo sem médico, né. (Gedeão)

Igual tem medicamento que tem no posto, sei que tem, mas não tenho como buscar, acabo tendo que comprar, se pelo menos alguém que viesse visitar pudesse trazer, me ajudaria muito. Precisamos disso. (Talita)

Este estudo permitiu ver como é a busca da família pelos serviços de saúde e identificar a necessidade imprescindível de reestruturação dos serviços de atenção domiciliar para atender às demandas dos idosos e dos seus cuidadores. O serviço de atenção domiciliar vinculado à ESF distingue-se por constituir uma modalidade que abrange as ações de prevenção e promoção à saúde em sua totalidade e compreende a prática de políticas de saúde, sociais e econômicas, influenciando diretamente o processo saúde-doença da comunidade.

A assistência domiciliar tem como intuito transpor as barreiras institucionais da saúde e compõe nova forma de desempenho para os profissionais, pois se insere onde se dão todas as relações do indivíduo, no seio familiar e em sua comunidade, permitindo ao profissional trabalhar com possibilidades reais e efetivas, a partir de um olhar integral do contexto de vida de cada indivíduo e família.

Contudo, esbarra-se na questão de realizar efetivamente a atenção domiciliar, no caso específico deste estudo, a AD1, como preconizada pela legislação vigente. Verifica-se que os profissionais das equipes, em especial os enfermeiros, exercem inúmeras atividades que, reunidas, compõem a totalidade das suas ações. Sendo que essas englobam o atendimento da demanda diária nas UAPS; as inúmeras ações dirigidas para a cobertura de área por equipe; a coordenação dos ACS; os programas de saúde que devem ser realizados, tais como: saúde da mulher e do homem; hipertenso/diabético; imunização, com suas campanhas e metas de coberturas a serem alcançadas; ações educativas; e ainda, o cumprimento do planejamento por parte dos profissionais.

Nessa jornada, a atenção domiciliar, quando ocorre, dá-se de forma fragmentada, com vistas à resolução de problemas, impedindo a visão integral do processo e, portanto, com baixa resolutividade. Nos atendimentos domiciliares, os cuidados são de longo prazo, não se resumindo ao tratamento e à cura da doença, mas à atenção às diversas situações que possam surgir do contexto familiar, especificamente no estudo voltado para o binômio de idosos.

A busca pela **atenção às necessidades de saúde do idoso dependente** constitui-se nas trajetórias realizadas pelos familiares em busca dos serviços de saúde disponíveis no município sede da pesquisa. Essas trajetórias incluem os serviços dos diferentes níveis de

atenção à saúde (primário, secundário e terciário), públicos e privados, como pode ser visualizado nos depoimentos a seguir:

Assim, a glicemia e a coisa, as enfermeiras lá do HIPERDIA ensinaram, as outras coisas, de cuidar de pessoas, quando eu era jovem cuidei de criança, aí já tinha um jogo de cintura, então foi fácil para me adaptar a nova vida que Deus me deu. (Gedeão)

Até que não ela precisou fazer um tratamento serio no HU, mas ela trata é no HU, ontem mesmo a gente foi na Reumatologista, aí quando foi em maio do ano passado, que a gente descobriu que ela estava com osteoporose, até aí a gente não sabia, ela caiu fraturou a bacia, aí ela teve que ficar de repouso, aí quando tirou a chapa, o médico falou assim: você tem que procurar um Reumatologista imediatamente que ela tá com muita osteoporose. (Isabel)

A acessibilidade é definida como o resultado da relação entre a disponibilidade efetiva de serviços de saúde e o acesso por parte dos indivíduos a esses serviços (FRENK, 1992). As questões de **acessibilidade e baixo apoio do poder público** foram enumeradas pelos entrevistados em um desabafo, principalmente no caso de Gedeão, que tem a esposa cadeirante, em virtude de ter sofrido amputação do membro inferior esquerdo, por causa da diabetes e ser idosa, com 74 anos de idade. Ele passa, rotineiramente, por situações que poderiam ser evitadas, a partir de um olhar voltado para os direitos à acessibilidade das pessoas portadoras de necessidades especiais e, também, com um atendimento domiciliar de forma regular, como previsto em legislação.

Olha facilidade, a gente não encontra nenhuma. Principalmente, o que se diz assim parte do governo, porque não tem calçada para cadeirante, não tem rampa. Ai você chega num lugar que diz que tem preferencial, você vai ficar é lá mesmo, tem que ficar é 3, 4 horas, tem pessoas que tem que ficar é lá mesmo, que tá doente, mas tem dois braços, duas pernas, muitas vezes são jovens ainda, tem 25, 30 anos, mais quer dizer, se tá na fila a gente tem que respeitar e ficar também. (Gedeão)

E outro lugar na [...] eu tenho que descer no ponto da [...] e descer o morro empurrando a cadeira, porque lá eu já pedi, já falei com político, já apelei, já fizemos abaixo assinado, lá com o povo que frequenta a [...], que eles coloquem um ponto de ônibus ali, pelo menos na descida, para sair de lá a gente tem que descer segurando cadeira até na [...] e na subida é mais difícil, mas se eles colocarem uma faixa de pedestre os motoristas tem que respeitar ai conseguimos atravessar, quando tá chovendo temos que andar de baixo de chuva para conseguir chegar lá [...] (Gedeão)

As pessoas portadoras de deficiência são as mais expostas a comorbidades associadas a sua deficiência, o que pode gerar maior necessidade do uso de serviços de saúde para a manutenção da sua integridade física e mental. No entorno da satisfação dessas necessidades e serviços, existe a questão da acessibilidade aos serviços que, se não for apropriada, poderá

fazer com que o indivíduo portador de deficiência enfrente obstáculos que inviabilizem o seu acesso aos serviços de saúde.

Na ótica da entrevistada Eunice, a sua preocupação estende-se às pessoas com dificuldade financeiras, pois, como a mesma disse e também pôde ser observado durante a entrevista, ela possui uma boa condição financeira, tendo condições para realizar consultas, exames e medicação que não são ofertadas pelo SUS, sem contar que tem carro e dirige, o que facilita o seu deslocamento e, conseqüentemente, o processo de cuidar. Mas, em contrapartida, a grande número de brasileiros não possui as mesmas condições, dependem do SUS e acabam tendo que esperar por meses para conseguir realizar certos exames e outros procedimentos, tais como tratamentos específicos e procedimentos cirúrgicos.

Sou aposentada, trabalhei muito, eu era chefe de confecção. Ele também é aposentado, advogado pela rede ferroviária, ele trabalhou muito, escreveu muito, olha lá na biblioteca, tem mais de três mil livros, depois vou te mostrar. Ele era escritor, jornalista, teve uma vida muito ativa. Agora eu fico preocupada é com quem não tem condição, né? Porque ele toma remédios caríssimos, o SUS dá o básico, para hipertensão, diabetes, mas a maioria tem que comprar mesmo. (Eunice)

5.9.2 Contribuições da equipe de saúde para o cuidado integral do binômio cuidador idoso-familiar idoso cuidado

A partir da modificação do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, torna-se imprescindível a realização da educação em saúde, que deve ser vista como uma dimensão do processo de cuidar por parte dos profissionais de saúde. Nesse contexto, ressalta-se a figura do enfermeiro, sobretudo pela possibilidade de convivência direta com a população, incluindo a orientação quanto aos comportamentos de risco, de forma a promover a saúde e prevenir as doenças crônicas não-transmissíveis. Assim, os profissionais de saúde devem agir de forma a orientar os cuidados aos cuidadores familiares, a fim de minimizar o grau de dependência, que tenderá a aumentar a morbimortalidade da população.

É importante frisar que a educação para a saúde deverá ser desenvolvida em todos os âmbitos de atenção à saúde. Porém, a atenção primária, que é considerada a porta preferencial para os atendimentos do SUS, deve ocorrer na unidade de saúde e, quando isso não for possível, deverá ocorrer no domicílio, por meio de visitas domiciliares, em que se tem a oportunidade de monitorar de perto os cuidados realizados, assim como o cotidiano de vida.

De acordo com Santos (2014), por ser o enfermeiro um profissional que tem o cuidado enquanto objeto do seu processo de trabalho, ele deve buscar estabelecer uma relação singular com cada usuário, família e comunidade, ao longo de sua prática profissional, o que é essencial aos processos educativos em saúde. Lembra-se que em seu campo de competências inclui-se a educação em saúde, com vistas à construção compartilhada de conhecimentos, seja para o autocuidado, seja para a promoção da saúde ou prevenção de doenças e/ou seus agravos.

As relações interpessoais desenvolvem-se em decorrência do processo de interação. Não há processos unilaterais na interação humana, pois tudo que acontece no relacionamento interpessoal decorre de duas fontes que, no estudo, voltam-se à pessoa do profissional de saúde e do cuidador. Verificou-se, nesta pesquisa, **a importância da escuta ativa para o idoso**: como os participantes sentem-se valorizados e aliviados, mediante a escuta ativa, favorecendo para que os cuidadores criem vínculos com o profissional de saúde e se sintam à vontade para expressassem os mais diversos sentimentos.

Nunca ninguém se interessou em saber assim da minha vida. (Adameire)

Gostaria muito de agradecer por ter vindo, por me escutar, nossa! Nunca ninguém parou para me ouvir, pedir desculpa se falei coisas que nem vai te ajudar, se quiser voltar, vai ser sempre muito bem vinda. (Dina)

Muito difícil, quando minha filha vem aqui, a gente quer conversar, mas ela tem um problema com tablet, celular, e liga para um e liga para outro, aí a gente conversa um pouco, uma escuta é muito bom, mas Deus dá força. Foi muito bom, pois expus o meu problema, né. A gente vai só guardando. (Eunice)

É a primeira vez que alguém me escuta. E como faz bem. Graças a Deus, quando a gente conversa com uma pessoa, a gente se renova, igual esse papo que estamos tendo nessa manhã, não vou esquecer tão cedo, por que está sendo saudável para mim, deve estar sendo para vocês também. Sempre é bom conversar, pessoas que escutam, a gente escuta ajuda a resolver os problemas. (Gedeão)

Destaca-se, dessa forma, a importância da escuta terapêutica, do processo dialogal e da adaptação da linguagem durante a assistência aos idosos. Buscar por meio da pessoa do cuidador, compreendendo o seu contexto social, os seus hábitos de vida, as suas possibilidades de apoio e o seu suporte dentro da rede social é essencial para a eficácia do cuidado em casa.

Visitas domiciliares fazem-se necessárias, uma vez que possibilitam aos profissionais de saúde a imersão no contexto sociocultural de cada idoso sob seus cuidados e, assim,

garantem uma assistência de qualidade, ao permitir a utilização de estratégias dentro da realidade do idoso que facilitem o cuidado terapêutico no domicílio, possibilitando, ainda, o surgimento de um elo entre equipe e cuidador, com vistas a desenvolver o relacionamento interpessoal de forma efetiva, com o objetivo de uma assistência integral do ser.

A presença do profissional de saúde facilita o dia a dia, pois subsidia, no aprendizado das atividades, no saber lidar com a patologia, como a fonte de informação e a promoção de atenção qualificada ao ser-cuidado. Maior eficácia decorre da atenção à dimensão espiritual, aliada ao uso do relacionamento interpessoal com vistas ao cuidado integral do ser.

Destaca-se que, na ótica dos indivíduos, os seus direitos relacionados à saúde são incipientes, pois possuem uma visão pautada no tratamento da doença e não demonstram conhecer a assistência pautada na prevenção em saúde.

Bem o médico vem aqui visitar ela sempre, vê a pressão, controle como que tá, é como que fala? Se os exames estão tranquilo. [...] De vez em quando ela vem, a [...] vem aqui, o agente de saúde, então, graças a Deus, está tudo tranquilo. [...] O pessoal do posto é muito bacana, boba, o posto tem uma ano e pouco, não tem dois já. (Isabel)

Faço o seguinte, faço tudo com ela, então se ela vai ao médico e estou precisando, aproveito e me consulto também, o pessoal lá do posto do “M”, já estava até acostumado. [...] Como tem pouco tempo que estou aqui, ainda não posso dizer sobre o pessoal do posto, a não ser que gostei muito do agente de saúde, ele é uma excelente pessoa, apesar de ter o conhecido anteontem lá no posto, e hoje, quando ele veio, já foi momentos que pude perceber que tenho com quem contar Você viu ele me deu o número do telefone, falou que se eu precisar é só ligar. Nossa! A gente se sente apoiada, né? A enfermeira, também, como disse me ajudou muito. (Dina)

Quando é preciso eles ajudam, né [...] Quando a gente precisa a “P” [ACS], quando precisa ela agenda uma consulta para um de nós. É, porque só de vir cuidar dele aqui, igual quando tem exame de sangue, a [técnica de enfermagem], acho que é “M” né? Uma baixinha que trabalha na “SC”, é ela que vem colher o sangue. Isso pra mim já é uma ajuda e tanta para eu não precisar, porque oh!! Nós não tem carro, tem que depender de ônibus para sair com ele e nós não consegue mesmo [ar de riso, pareceu lembrar de algum episódio ocorrido]. E não tendo carro fica difícil para você sair com um idoso, não fica? [me interrogando] Pra levar lá, ele fica bravo. Ele sempre foi assim, nunca gostou de sair. (Joshua)

Com base nos dados, percebe-se que os participantes possuem conhecimento básico relacionado ao processo saúde-doença e o autocuidado é visto de forma rudimentar. Destacam-se algumas falas que emergiram dos relatos dos idosos acometidos por patologias crônicas, sobre o **conhecimento do idoso acerca do tratamento**:

Tomo pressat, o do coisa, vou pegar para você ver (foi buscar), tomo o Lorax, Lorazepan 2 mg , 01 comprimido a noite. (Adameire)

Eu tomo, tomo remédio para a pressão, que está bem controlada. (Dina)

A glicose tá alta, deve tá alta porque eu continuo bebendo água igual doida. Alimentação, eu alimento pouquinho coisa, mas a água eu continuo do mesmo jeito, ele disse [referindo-se ao médico que a atendeu na unidade de pronto atendimento] que não posso comer doce. (Lia)

Eu tenho pressão alta, tomo losartana, eu uso bombinha, porque eu tenho bronquite alérgica, dois tipos de bombinha, um antidepressivo, eu tenho gastrite, tenho refluxo, eu tenho sinusite, eu tenho tudo que tem ITE (risos bem humorado), eu tenho tudo que tem ITE. Eu já sofri tendinite, porque eu trabalhava muito com serviço repetitivo de costureira, desde a idade de 11 anos até a idade de cinquenta e tantos, então eu dei tendinite. Eu faço meus serviços, mas é por etapa. O dia que eu lavo roupa eu não aguento de dor no braço, porque pendurar a roupa no varal, né![...] Eu tomo remédio controlado de depressão, já fiz tratamento, porque eu já dei. Ih! Esqueci, na cabeça também.....eh...[pausa], esqueci. O que eu tenho na cabeça? Ritmia, disritmia, já dei né! Era muita dor de cabeça que eu tinha. Então o outro dia eu fiz a tomografia, ele disse [referindo-se ao médico] não D. Joshua, o que a Senhora tem é sequelas, o que deu aqui, é do que a senhora teve, mas não precisa preocupar não. (Joshua)

Eu tomo, tomo remédio do reumatismo, tomo o remédio da pressão porque tenho pressão também. (Isabel)

A modalidade de assistência por meio de grupos de convivência de idosos funciona como uma estratégia de intervenção junto a essas pessoas, uma vez que proporciona um espaço de troca de experiências relacionadas ao autocuidado terapêutico e, ao mesmo tempo, possibilita esclarecimentos sobre questões gerais relacionadas ao envelhecimento e suas repercussões específicas sobre cuidados a serem realizados em casa. No entanto, eles relatam não terem condição de sair de casa para ir até a unidade de saúde. Assim, compreende-se que o cuidador idoso, em processo de envelhecimento, acometido de doenças crônicas e tendo o papel de cuidar integralmente, por vezes sozinho no domicílio, acaba sendo privado de algumas atividades fora do domicílio, devido à dificuldade de deslocamento, à falta de acompanhante para o familiar de que cuida, o que restringe o seu espaço e sua rede social.

Nos casos de possibilidade de ir à unidade, a realização de grupos com idosos deve ser planejada e conduzida por uma equipe interdisciplinar, utilizando-se dinâmicas de grupo, exposição dialogada, temática de interesse dos participantes, linguagem clara e simples, de forma que os idosos possam se inserir no encontro e participar ativamente, contribuindo com sua vivência, experiências de vida e refletindo criticamente a respeito do seu processo de

saúde e doença, ao mesmo tempo em que interaja com os participantes, o que contribui para que, pelo menos nesses momentos, eles possam ter algum tipo de convívio social.

Outro método que pode ser utilizado é a educação em saúde, por meio do lúdico na interface da ESF. Um estudo descreve o lúdico com a utilização do teatro na estratégia de saúde da família, o que se revelou como um novo modo de educar em saúde, com temas pertinentes. De acordo com a demanda levantada, essa dinâmica promove a integração e a socialização dos participantes, com a troca de experiências de suas vivências e o levantamento de problemas comuns ao grupo. Por meio das artes cênicas, é possível romper a monotonia e o silêncio, o que leva à interatividade (SOARES; SILVA, L.; SILVA, P., 2011). Se usado com cuidadores idosos, haverá saldo positivo, visto que, na terceira idade, as pessoas sentem-se mais solitárias, necessitam comunicar-se, interagir, enfim, serem ouvidos atentamente. Simultaneamente, com essa prática os idosos poderiam compartilhar momentos agradáveis e de relaxamento da tensão que vivem.

A participação dos idosos em grupos de capacitação ou apoio precisa ser incentivada pelos profissionais de saúde, uma vez que funcionam como espaço que possibilita o compartilhamento de vivências relacionadas ao cuidado, à troca de experiências positivas ou negativas e à possibilidade para superar as dificuldades e os sentimentos negativos, como angústias, medos, inseguranças, conflitos e tensões. Em contrapartida, para aqueles que não conseguem se deslocar até a unidade, devem-se planejar as capacitações no domicílio, com a posterior avaliação quanto ao conhecimento adquirido e a possibilidade de estarem realizando certos tipos de cuidado sem o acompanhamento de um profissional.

De acordo com o relato de Silva *et al.* (2014), transversal ao contato com as famílias, pode-se acompanhar com proximidade a realidade, assim como a evolução de cada idoso e do seu familiar. Em cada visita é possível conhecer a rotina familiar, seus hábitos e crenças, o que é essencial para a escolha das ações e, a posterior adesão dos mesmos às mudanças. Ressalta-se, ainda, que a equipe passa a ser reconhecida e tomada como referência.

A equipe de saúde, na qual se ressalta a figura do enfermeiro, no cenário domiciliar, tem função primordial no auxílio aos cuidadores, para ensinar sobre a importância de autocuidar-se, bem como para avaliarem a real possibilidade de exercerem o cuidado de forma integral e solitária. Além disso, ensinando sobre as responsabilidades com os cuidados; a saberem a forma concreta de estimular o autocuidado do familiar de quem cuidam que, muitas vezes, sobrecarregam os cuidadores para realizarem atividades que poderiam ser feitas pela própria pessoa, mas não o fazem por medo e insegurança. E, também, identificando quando precisam ser consideradas outras opções de apoio, como por exemplo, o Serviço de

Atenção Domiciliar – SAD em outra modalidade ou o fomento à participação dos outros familiares no processo de cuidar do idoso dependente.

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro no domicílio ou na unidade de saúde, em conjunto com os outros profissionais da equipe, na busca de interação entre todas as áreas, para a resolução das situações de saúde, promoverá uma adequação ao melhor atendimento às necessidades do cuidador idoso e de sua família.

A partir do que foi citado anteriormente, surgiu a codificação: **acompanhado pela equipe de ESF** que, na visão dos idosos, seria o modo como a presença do profissional de saúde pode facilitar o dia a dia, pois subsidia o aprendizado das atividades e o saber lidar com a patologia, servindo, ainda, como fonte de informação, além de garantir melhor atenção ao ser-cuidado:

Faço o seguinte, faço tudo com ela, então se ela vai ao médico e tô precisando, aproveito e me consulto também, o pessoal lá do posto, já está até acostumado. (Dina)

Após mais de 20 anos de implantação, com expressiva adesão dos municípios brasileiros à estratégia de saúde da família, pode-se constatar, na prática, uma maior cobertura assistencial da população. No entanto, a inclusão da modalidade de Atenção Domiciliar, do tipo I, no contexto da ESF, ainda é trabalhada de forma incipiente pelas equipes. Considera-se que essa vem sendo implementada na saúde da família de forma lenta, com dificuldades pelos profissionais, devido à: estrutura oferecida para a sua atuação; formação profissional; e carência de perfil profissional para atuar na APS. A implicação disso vem sendo, com exceções, a composição de equipes multiprofissionais desconectadas entre si e ineficientes.

Para que a ESF desenvolva um processo de construção de novas práticas, faz-se imprescindível que os profissionais envolvidos articulem uma dimensão integrada, interdisciplinar, uma relação de conhecimentos e articulação de um “campo de produção do cuidado” comum a todos para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Faz-se necessária a incorporação, não apenas de novos conhecimentos, mas uma mudança de paradigma no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde.

Por sua vez, a gestão tem a responsabilidade de repensar a forma como vem sendo trabalhada a ESF, a partir de programas tarefairos, sem que tenha um olhar diferenciado, para a distinta realidade brasileira. Muitas vezes, com isso, acaba impondo uma sobrecarga de trabalho ao profissional, que não consegue planejar a assistência, no intuito de “cumprir”

metas e coberturas, que nem sempre é a realidade local. Além do redimensionamento de pessoal, é necessário um aumento de recursos humanos para atuarem de forma regular nos domicílios, tendo em vista a temática abordada, a ocorrência de um processo de envelhecimento progressivo, o que incorre em aumento na demanda de serviços domiciliares e, portanto, deverá ser repensado o número de profissionais por equipe, ou uma diminuição do número de pessoas atendidas pela mesma.

O cuidador idoso, sem treinamento prévio, necessita receber orientação de como proceder nas situações cotidianas de cuidado com outro, sobre o tratamento, bem como sobre o processo que levou seu familiar à dependência, além da necessidade de compartilhar as dúvidas e outras questões com o profissional de saúde. Consequências positivas ou negativas no cuidado domiciliar a um idoso dependerão de quem irá realizá-lo e o quão capacitado estará esse familiar.

Portanto, receber visitas periódicas, no domicílio, da equipe de saúde é imprescindível e necessário, de modo que, durante as visitas, os profissionais estejam atentos às mudanças sociais e econômicas que afetam as estruturas familiares e, conseqüentemente, a posição e o papel do cuidador.

A literatura científica mostra que a tarefa de cuidar de idosos dependentes, no domicílio, pode gerar efeitos adversos, suscitando impactos negativos e sobrecarga no âmbito físico, emocional, social e financeiro. Surge, assim, a necessidade de se desenvolver programas destinados a prevenir esses efeitos e a trabalhar na busca da qualidade de vida do cuidador. Destaca-se: e quando o cuidador também é idoso? Mas qual seria a melhor forma de abordagem a esses cuidadores? Após revisão, os estudos se pautam em cursos e treinamentos para os cuidadores, nas UAPS e centros especializados, ou seja, fora do domicílio, o que pode dificultar a participação do cuidador. Outro ponto é que não foram encontrados, na literatura referente à temática, muitos estudos voltados para o cuidador familiar em idade avançada. Tem-se bastante sobre o cuidador formal ou informal, no entanto, sem a ênfase para o cuidador familiar idoso.

O profissional de saúde poderá avaliar a rede de suporte do idoso e manter o acompanhamento domiciliar para a avaliação do cuidado, além de oferecer suporte apropriado. De acordo com os resultados dessa revisão da literatura, a importância da família é assegurada pelo fato de compreender-se que, quando essa assume o cuidado, não o fará sozinha, mas auxiliada por uma rede de relações sociais espontâneas e mobilizadora de recursos que estão além das circunstâncias imediatas, servindo de apoio em momentos de

necessidade e de crise. A rede é considerada, portanto, como recurso fundamental, e principal fonte de ajuda, principalmente nas famílias carentes. (GUTIERREZ & MINAYO, 2010).

Observou-se, a partir dos dados obtidos, que o atendimento domiciliar contribui, significativamente, para o cuidado da díade: cuidador idoso e familiar idoso cuidado. Nesse contexto, é preciso criar uma estratégia lucrativa para sociedade e o estado, o que pode ser feito a partir: do conhecimento dos profissionais sobre a realidade vivenciada pela família; da probabilidade de uma assistência integral e holística; bem como da diminuição dos custos com a atenção, devido a um menor índice de internação e pela alta hospitalar precoce. Em suma, o Atendimento Domiciliar com enfoque Gerontológico proporciona um tratamento distinto ao paciente, ao seu cuidador e, enfim, a sua família.

Um passo inicial para abordagem profissional como uma visão global do ser se dará por meio do relacionamento interpessoal, com base genuína na escuta ativa. Em seguida, para que o profissional de saúde possa acessar a espiritualidade/religiosidade do cliente, é fundamental ter um elo de confiança, além do momento certo para abordar o assunto, devendo se fazer uso do bom senso. Essa abordagem poderá acontecer durante a anamnese, de forma bastante natural e, apesar de não existir “uma receita pronta” para a abordagem espiritual, considera-se uma ótima oportunidade o momento quando o próprio paciente traz a questão à tona, demonstrando a importância que ela exerce em sua vida.

Por outro lado, vários instrumentos têm sido criados com intuito de facilitar a abordagem da espiritualidade para profissionais de saúde que desejarem, contudo, eles ainda encontram dificuldades para tratar do assunto. Esses instrumentos servirão como facilitadores do processo, auxiliando obterá obtenção da história espiritual. É importante ressaltar que alguns instrumentos podem ser aplicados em poucos minutos, quando a falta de tempo é um problema, como no caso do Questionário FICA, observado no quadro 6 (PUCHALSKIC; ROMER, 2000).

Caso o idoso relate não ser religioso, o profissional de saúde deverá direcionar suas perguntas para questões: como o paciente convive com a doença; o que promove um significado e propósito à sua vida; e quais crenças culturais podem impactar no seu tratamento (KOENIG, 2005).

Quadro 6 Instrumento para acessar a dimensão espiritual

Questionário FICA
<p>F – Fé / crença</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você se considera religioso ou espiritualizado? • Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com problemas? • Se não: o que te dá significado na vida?
<p>I – Importância ou influência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida? • A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde? • Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?
<p>C – Comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? • Ela te dá suporte, como? • Existe algum grupo de pessoas que você “realmente” ama ou que seja importante para você? • Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante?
<p>A – Ação no tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como você gostaria que o seu médico ou profissional da área da saúde considerasse a questão religiosidade / espiritualidade no seu tratamento? • Indique, remeta a algum líder espiritual / religioso.

Fonte: PUCHALSKIC; ROMER, 2000. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully.

6 CONEXÕES E INTERCONEXÕES PARA A APROXIMAÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO PARA O CUIDADO INTEGRAL DO BINÔMIO: CUIDADOR FAMILIAR IDOSO E FAMILIAR IDOSO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

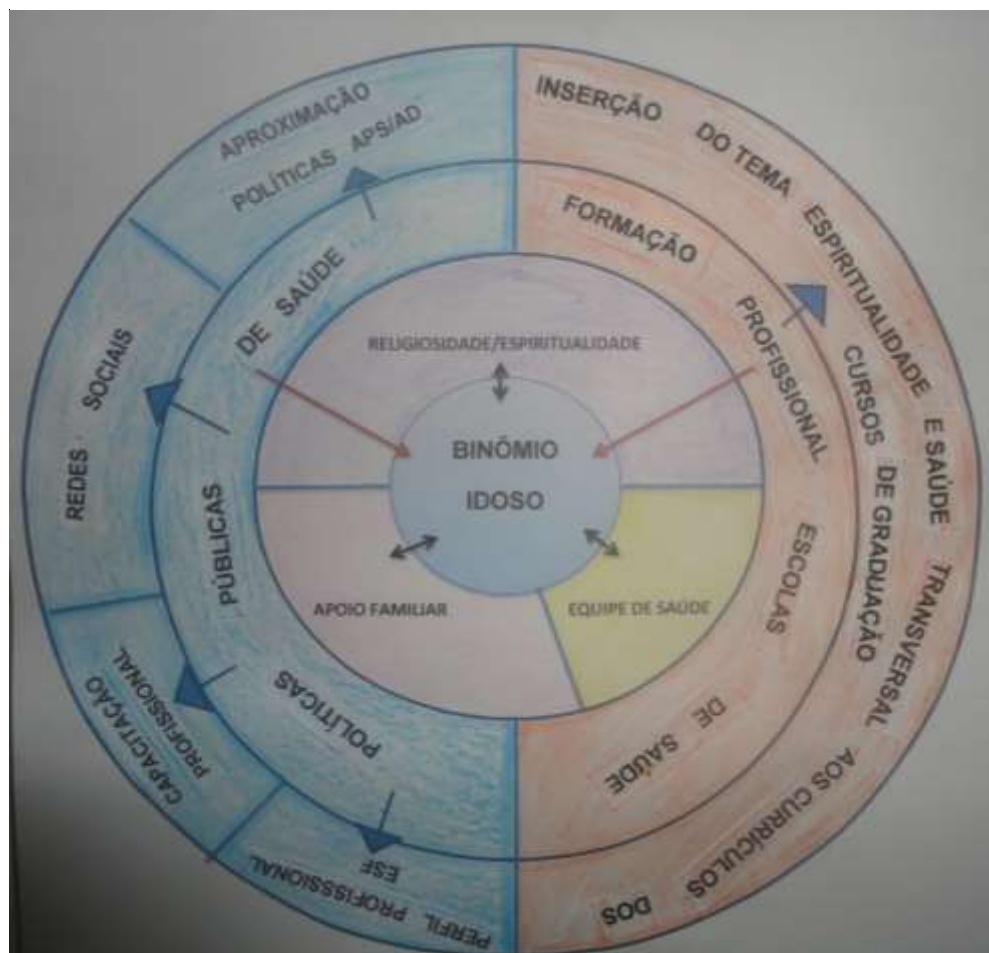
Farei o possível para prosseguir, o impossível Deus fará por mim.

Claudiney Ribeiro

A partir das categorias identificadas e das relações teóricas estabelecidas entre si, permitiu-se o desenvolvimento de um processo analítico e explicativo das ações e das interações que compuseram o processo de cuidar de um idoso por um cuidador familiar idoso, o que foi representado pela categoria central: “a dimensão espiritual influenciando a vida e o processo de cuidar do cuidador familiar idoso”, no cotidiano de cuidados no domicílio. Esse processo é composto por outros três subprocessos, que representam o significado simbólico da experiência para o cuidador familiar. Cada subprocesso identificado foi nomeado para formar as respectivas categorias: “envelhecer e se tornar cuidador”, “o apoio familiar” e o “cuidador idoso que cuida diariamente de um idoso no domicílio e a equipe de saúde”.

A partir daí, identificou-se a problemática da situação e propôs-se o planejamento de uma estratégia voltada para a assistência integral do binômio, por meio da Atenção Primária à saúde, na interface da Política de Atenção Domiciliar. A integração entre as categorias e sua articulação com a categoria central permitiu a construção de conexões e interconexões (Diagrama 6), que representa um modelo de atenção integral para o cuidador idoso familiar e o familiar idoso de quem ele cuida.

DIAGRAMA 6 – CONEXÕES E INTERCONEXÕES PARA A APROXIMAÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO DO CUIDADO INTEGRAL DO BINÔMIO: CUIDADOR FAMILIAR IDOSO E FAMILIAR IDOSO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE



O estudo trouxe a compreensão de que, para o cuidador familiar idoso, o que o move, o que o mantém vivo e o faz prosseguir na caminhada de cuidar integralmente de outro idoso, independentemente do que possa acontecer ou do apoio familiar que encontra para continuar cuidando, é a crença que guarda em um ser transcendente que, na opinião dos cuidadores que participaram da pesquisa, é Deus. Daí a força que possuem é à força de Deus. De acordo com os dados analisados, os cuidados estão sob sua responsabilidade nas 24 horas do dia, sete dias por semana, sendo que, neste estudo, alguns cuidadores relataram ter apoio familiar de forma parcial e outros, nenhum apoio familiar.

Para o cuidador familiar idoso, o cuidado de si não existe se não conjugado ao do outro, o que nos permitiu tratá-los como binômio. Contudo, ele tenta se cuidar e demonstra

preocupação com relação a sua saúde, principalmente, pela responsabilidade que coexiste ao passo que, para ele, alguém depende dele para continuar vivendo.

Quanto à assistência institucionalizada que recebe, ainda é incipiente, de forma irregular e sem assistência pela equipe como um todo, sempre fragmentada, tendo sido realizada por um ou, no máximo, dois elementos da Equipe de Saúde da Família, de forma esporádica e pontual ao idoso de quem cuida. Com isso, fica nítido que o cuidador não consegue identificar, nem classificar, os profissionais da equipe de saúde; em alguns casos, souberam identificar o agente comunitário de saúde.

Para a compreensão das conexões estabelecidas, é necessário retornar ao que nos trouxe até aqui. Chegou-se a essa discussão devido ao processo de transição demográfica e epidemiológica, que está levando ao rápido processo de envelhecimento e, com isso, tem-se que enfatizar o papel do cuidador, que fica mais importante a cada dia, principalmente, o cuidador familiar e, sobretudo, estudar o cuidador familiar idoso, que surge em cena com frequência avassaladora.

Partiremos do pressuposto de que, se temos um cuidador e que alguém dele depende, então faz-se necessária a atenção integral a esse indivíduo que se propôs ao cuidado do outro integralmente. As políticas atuais se pautam na diminuição do tempo de internação, acreditando ser melhor para o idoso o retorno rápido para o domicílio. No entanto, esquecem que o olhar assistencial deve estar voltado para a família, no caso específico deste estudo, no binômio. Considerando que se espera que o idoso que tem algum tipo de dependência não necessite de sucessivas internações, sobrepuja que o cuidador esteja saudável para continuar cuidando.

No caso do cuidador idoso, objeto do estudo, mais que uma simples consulta para a aquisição de uma receita, ele demonstrou que precisa ser ouvido, genuinamente. O cuidador idoso quer ser escutado e dividir as suas vivências, que não são fáceis; precisa falar, saber que está sendo ouvido, sem julgamentos, sem preconceitos, mas, simplesmente, sendo ouvidos por alguém que o considera importante, por estar realizando a nobre tarefa de cuidar do outro e que, para tal, abriu mão de filhos, família, emprego e até da sua liberdade pessoal. E os dados nos mostraram que ele não tem a possibilidade de ser escutado por familiares, profissionais ou outras pessoas.

Apreendeu-se, por meio dos dados coletados e das análises feitas anteriormente, que o processo de cuidar, realmente, é familiar. A família é a responsável, mas, a partir daí, quem será o responsável pelos cuidados diários? Após arranjos internos, surge o cuidador familiar e, então, será preciso dar conta dessa nova nuance. Mas como? Em primeiro lugar, a equipe de

saúde da família necessita reconfigurar a assistência prestada, visto que o idoso requer olhar diferenciado. A equipe precisa, ainda, acessar a dimensão espiritual, o que, para a pessoa idosa, mostrou-se, por meio da categoria central, ser o mais importante.

No entorno do estudo, criam-se várias nuances possíveis para o atendimento na atenção primária à saúde, por meio da equipe multiprofissional. Inicia-se a partir do novo olhar que a equipe deve ter ao se relacionar com o idoso da sua área de trabalho. Acessar a dimensão espiritual, promover relacionamento interpessoal efetivo, com vistas ao atendimento integral do binômio, envolvê-lo no seu autocuidado e, também, estimulá-lo por meio de orientações para que o familiar cuidado exerça o seu autocuidado, quando possível, visto que por insegurança, o cuidador, acaba por assumir para si cuidados que o outro poderia estar realizando. Não há como visitar um domicílio, cuja família coabita com um cuidador familiar idoso, sem o devido olhar ao binômio, que até então está esquecido. O olhar do profissional que realiza a assistência no domicílio é voltado apenas para o idoso que está sendo cuidado e o seu cuidador, como percebido no estudo, possui, no mínimo, uma doença crônica, além dos diversos fatores que incidem sobre a sua saúde mental. Além de possuir dificuldades para sair do domicílio, afastando-se da pessoa que cuida. Portanto, não há como negar a existência do “ser-cuidador” como parte do processo de atendimento domiciliar.

Em contra partida, frente a esse grave problema de saúde pública, devido ao súbito e progressivo aumento do número de idosos e em decorrência do despreparo para tal fato, há uma emergente necessidade de reestruturação das políticas voltadas ao atendimento ao idoso; bem como a criação e o fortalecimento das redes de apoio existentes; o redimensionamento das equipes, tendo vista a prioridade para o atendimento domiciliar; e, sobretudo, a captação de recursos humanos com perfil para atenção primária. Além disso, os profissionais que já atuam na linha de frente precisam ser capacitados para atuar com a nova demanda: Idosos e Espiritualidade e Saúde.

Por outro lado, como no caso de outros países, tendo como exemplo, os Estados Unidos, faz-se relevante à inserção de disciplinas que contemplem a Espiritualidade em Saúde na formação profissional, pois o que figura hoje é a situação de profissionais de saúde que se consideram despreparados para acessar a dimensão espiritual no que concerne à assistência ao cliente.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E QUESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

*Habitue-se a ouvir a voz do seu coração.
É através dele que Deus fala conosco e nos dá a
força que necessitamos para seguirmos em frente, vencendo
os obstáculos que surgem na nossa estrada.*

Irmã Dulce

Sabemos que, em um trabalho de mestrado, sempre é possível que ocorram falhas na elaboração, pois o tempo é exíguo, quando se torna necessário adotar um caminho para procurar solucionar as inquietações iniciais que levaram à execução do mesmo. Alguns aspectos referentes às limitações deste estudo são apontados a seguir.

Um primeiro ponto que se destaca foi a dificuldade de percorrer o campo e encontrar os sujeitos da pesquisa, porque não se tem um controle do total de cuidadores familiares idosos existentes nas áreas de ESF, levando-nos a depender do conhecimento dos ACS. Isso pode levar a outro viés no estudo, principalmente, devido ao fato de que não houve nenhum participante que apresentou postura em oposição ao cuidado, ou seja, o descuido do familiar.

Outra questão se dá por não ter-se encontrado, no estudo, nenhum cuidador não-religioso, com *coping* religioso negativo, assim como nenhum cuidador que demonstrasse a oposição ao cuidado do outro. Será que isso ocorre em razão da idade? A impressão da pesquisadora em relação aos participantes foi de sinceridade e preocupação com o outro, durante as entrevistas e observações; no entanto, os encontros foram pontuais.

Os resultados permitem compreender a situação local dos cuidadores familiares de idosos, no âmbito da atenção primária, podendo, os resultados, apenas serem aplicados a grupos semelhantes aos usados neste estudo. Outra limitação foi o número reduzido de homens na pesquisa, o que pode influenciar a relação entre gêneros.

Desse modo, sugere-se a realização de novas investigações: estudos longitudinais, com o mesmo enfoque na atenção primária, e em outros locais, no âmbito da atenção secundária e terciária, com o intuito de viabilizar a comparação entre as informações e ampliar as possibilidades de cuidado para cuidadores familiares idosos e o familiar idoso de quem cuidam.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Agradeço todas as dificuldades que enfrentei;
não fosse por elas, eu não teria saído do lugar.
As facilidades nos impedem de caminhar.
Mesmo as críticas nos auxiliam muito*

Chico Xavierx

Desde o primeiro momento em que me propus realizar este trabalho, surgiu uma constante preocupação de que ele pudesse contribuir para o enriquecimento do cuidado junto ao cuidador idoso familiar que cuida de outro idoso, no domicílio.

Ao analisar os dados coletados, tornou-se possível vislumbrar como se dá, no contexto domiciliar, o processo de cuidar do idoso que envelhece e como se percebe o cuidador familiar principal. E, nesse processo, compreender as implicações para a sua vida e saúde, a partir dos significados conferidos por eles, frente a essa experiência. Para tanto, foi necessário captar e, em seguida, articular as manifestações emocionais por eles descritas em profundidade e que se estabeleceram, algumas vezes, em um cenário com acúmulo de tarefas diárias, o que leva a uma sobrecarga e um desconforto emocional, além do medo de piora do quadro clínico do ser-cuidado e a falta de tempo, advindo das atividades desempenhadas pelo cuidador e a dificuldade em se afastar do ser cuidado pelo elo de confiança que se cria entre eles.

Envelhecer e tornar-se cuidador familiar representa uma atividade que traz mudanças no estilo de vida das pessoas, sendo apreendida no dia a dia das famílias, sem preparo ou treinamento prévio. Assim, por meio das visitas domiciliares às dez famílias acompanhadas na pesquisa, pôde-se perceber que a escolha do cuidador ocorria a partir da necessidade, em virtude do comprometimento das condições de saúde e do progressivo declínio da capacidade de autocuidar-se da pessoa idosa cuidada, tornando-a dependente de um cuidador em tempo integral, o que determinava movimentos internos da estrutura familiar, de envolvimento ou de afastamento de seus membros e resultava na definição ou autodesignação do membro que passaria a desempenhar o papel de cuidador familiar.

O estudo permitiu compreender sobre a importância do apoio familiar para o cuidador idoso e para o familiar cuidado. O contexto de vida do cuidador familiar idoso é marcado por interações com pessoas próximas: familiares e amigos. A influência dessas na situação pesquisada mostrou-se clara a partir dos dados. Por vezes, de forma positiva, servindo como suporte e elemento incentivador; em outras, em oposição, a falta de apoio influenciando negativamente em todo o processo de cuidar do outro, inclusive na saúde do cuidador. O

cuidador familiar idoso que cuida de um idoso dependente dedica-se de modo integral e, na maioria das vezes, sem auxílio de outros familiares na divisão das tarefas, sendo que essa exposição direta, com o passar do tempo, contribui para um maior risco de adoecimento, déficit no autocuidado, aumento da sobrecarga e desconforto emocional.

Os resultados desta investigação permitiram a compreensão do processo de cuidar do cuidador familiar idoso que cuida de outro idoso, no domicílio. Ao conhecer o cotidiano dos cuidadores idosos, pude observar aspectos e repercussões positivas e negativas que, direta ou indiretamente, influenciam na sua saúde, bem como no processo de cuidar do outro. Percebe-se que os profissionais de saúde, ressaltando a figura do enfermeiro, podem colaborar para a melhora da qualidade de vida do binômio, por meio da capacitação dos cuidadores. Foi possível identificar que, na compreensão dos sujeitos, as suas experiências frente à realidade de suas vidas, com a árdua tarefa de cuidar integralmente do outro no domicílio, sem preparo prévio, aparecem demandas específicas de apoio ao cuidador, o que favorecerá o processo de adaptação ao cuidado com o outro, que terá maior segurança para a execução dos cuidados. Além disso, a melhor organização do tempo, bem como a realização das tarefas por prioridade e, assim, o ganho de tempo para a realização do autocuidado de forma abrangente, ou seja, com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

As equipes de saúde da família precisam integrar os conceitos de interdisciplinaridade e configurar um sistema de apoio-educação das famílias, auxiliando no planejamento e na execução de cuidados. Por meio do relacionamento interpessoal entre a equipe de saúde da família e entre esta e o cuidador, a partir de um novo olhar direcionado à pessoa do cuidador idoso, que demonstra genuíno interesse em alguém que o escute, que se mostre interessado em sua história de vida.

Contudo, mesmo frente a repercussões negativas e dificuldades vivenciadas pelo cuidador familiar idoso e independentemente de ter ou não o apoio da família ou institucionalizado, este encontra empoderamento para o enfrentamento diário dos desafios de ser cuidador familiar, pela dimensão espiritual. Nessa fase da vida, ocorre uma modificação na perspectiva de uma visão materialista e pragmática do mundo para uma visão mais cósmica e transcendente.

Ao passo que buscam apoio em uma força metafísica, os participantes se utilizam do *coping* religioso espiritual, que são as estratégias utilizadas para o enfrentamento das situações que venham a surgir em suas vidas e atribuem ao sagrado a força para perseverar e continuar trilhando seu caminho, envelhecendo e cuidando de uma ou mais pessoas também idosas, no domicílio.

O profissional de saúde deve-se manter alerta às necessidades relacionadas à dimensão espiritual da pessoa idosa e ser sensibilizado quanto à esse aspecto, na busca do cuidado em saúde, estando pautados na visão humanista do ser humano. A partir daí, faz-se necessário acessar a dimensão espiritual como elemento auxiliar no processo de assistência à saúde dos idosos, haja vista, nesta fase da vida, a espiritualidade encontrar-se aguçada.

Espera-se que esta investigação possa contribuir para conferir visibilidade à atenção domiciliar no âmbito das políticas de saúde. Espera-se, ainda, que o estudo possa fornecer subsídios ao processo de cuidar pelas equipes de saúde da família, que possuem pessoas idosas e contribuem para um replanejamento das ações dos profissionais para à saúde do cuidador idoso. Ainda, que o enfermeiro, dentro dessa equipe, ao estar ciente das dificuldades e demandas apresentadas por esses indivíduos na realização do autocuidado e do cuidar do outro, possa repensar a organização do processo de trabalho, avaliando as atividades de educação em saúde, como grupos de apoio/capacitação e a realização de visitas domiciliares regulares de forma prioritária e com olhar abrangente para a família. Dessa forma, colaborar para diminuir a tensão vivenciada no dia a dia; acessar a dimensão espiritual; promover o relacionamento interpessoal efetivo, com vistas ao atendimento integral do binômio, envolvendo-o no seu autocuidado; e estimular, por meio de orientações, que o ser-cuidado exerça o seu autocuidado, sempre que possível.

Acredita-se que, com a divulgação do estudo, também seja possível contribuir para a construção de conhecimentos acerca do tema. Em contrapartida, as escolas de saúde em geral precisam incluir disciplinas que abordem o tema “espiritualidade e saúde” na formação dos profissionais de saúde, com objetivo de melhor prepará-los para o trabalho de tais demandas em sua prática profissional. Isso, tendo em vista que, na realidade atual, os profissionais preferem desvencilhar-se da abordagem do tema por alegarem não estarem preparados. A forma mais efetiva para se enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, dá-se no processo de formação, onde se podem consolidar temas que farão consolidar uma cultura inovadora de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

ALBERTONI, F.P. A ação dos sujeitos sociais na urbanização da região de São Pedro em Juiz de Fora/MG. Juiz de Fora: Dissertação (mestrado acadêmico) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 95f. p 55, 2014.

ALLIANCE FOR AGING RESEARCH. Fact Sheet: Selected Caregiver Statistics. 2011.

ALMEIDA, S. T. G. et al. Care Of The Elderly: Factors That Influence The Performance Of Health Professionals In Primary Care. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, n. Supl., p. 135-144, 2012.

ALLPORT, G.W. **The individual and his religion**. London: Macmillan, 1950.

ALVES, JED, BARROS, LFW, CAVENAGHI, S. A dinâmica das filiações religiosas no Brasil entre 2000 e 2010: diversificação e processo de mudança de hegemonia. **REVER (PUC-SP)**, v. 12, p. 145-174, 2012.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1199-207, 2008.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 468-78, 2010.

ARAÚJO, I. M. ; PAUL, C.; MARTINS, M. M. Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida - DOI: 10.4025/ciencucuidsaude. v8i2. 8198. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 191-197, 2009.

ARAÚJO, J. S. et al. A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado à sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 98-105, 2012.

ASSOCIATION OF RELIGION DATA ARCHIVES, A. Measures. **The Pennsylvania State University**, 1998.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. Prática de Enfermagem: fundamentos e ética. Atkinson, LD; Murray, ME. **Fundamentos de Enfermagem. Introdução ao processo de Enfermagem**. Tradução: Ademar Valadares Fonseca. Ed. Guanabara Koogan, p. 203-211, 1989.

BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Centro**, v. 39, p. 002, 2014.

BARRA, S. A.R. **Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersectorialidade**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 200f. p. 46, 2013.

BAUNGART, T.A.A.; AMATUZZI, M.M. “Experiência Religiosa e Crescimento Pessoal: Uma Compreensão Fenomenológica”. **Revista de Estudos da Religião**. São Paulo, nº4: 95-111, 2007.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 15-23, Feb. 2008.

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: Perspective and Method**. University of California Press. ISBN 9780520056763. 1986.

BOFF, L. Saber Cuidar: Ética do humano, Compaixão pela Terra. Petrópolis, R.J, Vozes, 1999.

BOFF, L. Espiritualidade. Um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001, p. 66.

BOHM, V; CARLOS, S. A. **Cuidador de idosos: sentimentos desencadeados por esta relação** *Revista Kairós Gerontologia*, 13(1), São Paulo, junho 2010: 211-20.

BRAAM, A. W. et al. Cosmic transcendence and framework of meaning in life: Patterns among older adults in The Netherlands. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 61, n. 3, p. S121-S128, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria no. 2.528 de 19 de outubro de 2006a: Aprova a **Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial República Federativa do Brasil 2006a out; 237(20)4, , p.3.

_____. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Lei n 10.741, de 10 de outubro de 2003, que dispõe sobre o estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 2003.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília: MS; 1999.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, 1999a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria. 399/GM**, de 22 de fevereiro de 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde (BR). Portaria no. 2.488 de 21 de outubro de 2011: Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial República Federativa do Brasil. 2011a.

_____. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria N. 2527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a **Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 28 out 2011b: Seção 1:1.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: **diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; Centro Gráfico. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de Enfermagem: Programa de Saúde da Família**. Brasília: 2001.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional do Idoso. 1. Ed. Brasília, Reimpressão 2010.

BRITO, M. J. M. et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 603-610, 2013.

BUTLER, R. N. The longevity revolution: The benefits and challenges of living a long life. New York, NY: Public Affairs; 2008.

CABRAL, D. F. et al. Anxiety, stress and depression in family caregivers of the mentally ill. **Atencion Primaria**, 46, 176-179, 2014.

CAMARANO, A.A.; KANSO S.; PASINATO M.T.; MELLO J. L. E. Idosos brasileiros - indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República/Subsecretária de Recursos Humanos; 2005.

CAMARGO JUNIOR, K. R. de. **Apresentando Logos**: um gerenciador de dados textuais. Instituto de Medicina Social – UERJ, Rio de Janeiro, 2003. p.30.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 6, p. 933-9, 2010.

CARVALHO, M. C. B. (org.). Família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez, 2003.

CASADO, B; SACCO, P. Correlates of caregiver burden among family caregivers of older Korean Americans. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 67, n. 3, p. 331-336, 2012.

CASTRO, E. A. B. Tecendo a rede de proteção após a queda: o cuidado depois da alta. In: CAMARGO JUNIOR, K. R. **Por uma filosofia empírica da atenção à saúde**: olhares sobre o campo biomédico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 155-87.

CECILIO, L.C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 15, n. 37, p. 589-599, June 2011 .

CELICH, K.L.S.; BATISTELLA, M. Ser cuidador familiar do portador de Doença de Alzheimer: vivências e sentimentos desvelados. **Cogitare Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 12, n. 2, Abr.-Jun., 2007.

CHAIMOWICZ, F. Saúde do idoso/ Flávio Chaimowicz com colaboração de: Eulita M. Barcelos, Maria D. S. Madureira e Marco Túlio de F. Ribeiro. – 2. Ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG; 2013.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009 p. 23-28.

COLLIÈRE, Marie-Françoise - *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN 972-757-109-3;

COMTE-SPONVILLE, A. *O Espírito do Ateísmo*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157-181.

COSTA, A. C. A. S. Os enfermeiros e as representações sociais sobre o envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada. 2011.

COSTA, S. R. D. ; C. E. A. B.; ACIOLI, S. Capacidade de autocuidado de adultos e idosos hospitalizados: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 193-207, 2013.

COUTO, A. M. **Cuidador familiar de idoso dependente**: vivências de cuidar em contexto domiciliar e implicações para a Enfermagem. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem)—Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 177f. 2013.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DE ALMA ATA, D. Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 de setembro de 1978. **Alma Ata, URSS**.

DE CARVALHO DANTAS, C. et al. Teoria fundamentada nos dados-aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 17, n. 4, 2009.

DE FREITAS, M. H. Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. **Revista Pistis Praxis**, v. 6, n. 1, 2014.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **Hand-book of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994. p.2.

DICK, B. Grounded Theory: a thumbnail sketch. 2005.

DIOGO, M. J.D. Consulta de Enfermagem em Gerontologia. In: Netto, Matheus Papaléo. Tratado de Gerontologia, 2.^a ed. Revisada e ampliada. São Paulo; Atheneu, 2007. p.377-392.

DYSON, J. COBB, M. The meaning of spirituality: a literature review. J Adv Nurs. 1997; 26(6); 1183-8.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos seguido de “Envelhecer e Morrer”. Rio de Janeiro: Jorge Zahar 1985.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R.S. (Org.). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2.^a ed. Maingá: Eduem, 2004. 460p.

ERDMANN, L. et al. Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 2, p. 180-5, 2007.

ERIKSON J. The Gerotranscendence. In: Erikson E. **The life cycle completed: a review**. Extended version with new chapters from Joan M. Erikson. New York, NY: W. W. Norton & Company, Inc. 1998. p. 123-9.

FARAH, B. F. A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família—experiência do município de Juiz de Fora/MG. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

FERNANDES, M.G.M.; GARCIA, T.R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 818-24, 2009.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, Dec. 2012.

FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. Métodos de pesquisa para internet. Porto Alegre: Sulina, 2011.

FREITAS, R. S. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 6, p. 933-939, 2012.

FRENK, J. et al. El concepto y la medición de accesibilidad. In: **OPS. Publicación Científica**. Organización Panamericana de la Salud, 1992. p. 929-943.

FRIES, A. T.; PEREIRA, D. C. Teorias do Envelhecimento Humano. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, p. 507-514, 2011. ISSN 2176-7114.

GAMLIEL, T. A Social Version of Gerotranscendence: Case Study. **Journal of Aging and Identity**. Vol. 6. N. 2, p. 105-114, 2001.

GASQUE, K. C. G. D. Teoria fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória. In: MUELLER, Suzana Pinheiro Machado (Org.). Métodos para a pesquisa em Ciência da Informação. Brasília: Thesaurus, 2007. p. 83-118.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1978.

GIOVANETTI, J. P. Psicologia Existencial e Espiritualidade. In. AMATUZZI, M. M. (org.). Psicologia e Espiritualidade. São Paulo, Ed. Paulus. 2005. p. 129 – 145.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing, 1967.

GOLDDTEIN, L. L.; SOMMERHALDER, C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: Freitas e colaboradores: Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GOMES, K. O. et al . Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, 2011 .

GONZAGA, M. R. O futuro da população brasileira: aspectos metodológicos e operacionais para projeções populacionais no Brasil. **Revista Coletiva**, N.13, Abr. 2014.

GUIMARÃES, M. B. A. A intuição na clínica: construção de elos entre a razão e emoção. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). A espiritualidade no trabalho em Saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 2006 p. 325-357.

GUNTER L.M.; MILLER J.C. Toward a nursing gerontology. *Nurs. Res*; 1977; 26: 208.

GUTIERREZ, D.M.D; MINAYO, M.C.S. (2010). Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(supl.1), 497-508.

HUFFORD, D. J. An Analysis of the Field of Spirituality, Religion and Health (S/RH). 2005.

IBGE. Ministério do Planejamento. **Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2050**. Brasília: IBGE. 2013.

_____. Ministério do Planejamento. **Síntese de Indicadores Sociais –2009**. Brasília: IBGE. 2009.

_____. Ministério do Planejamento. **Sinopse do senso demográfico. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Brasília: IBGE. 2010a.

_____. Ministério do Planejamento. Sinopse do senso demográfico. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: IBGE. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – Juiz de Fora**. 2010b.

_____. Ministério do Planejamento. Sinopse do senso demográfico. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: IBGE. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – Uberlândia**. 2010c.

_____. Ministério do Planejamento. Sinopse do senso demográfico. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: IBGE. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – Minas Gerais**. 2010d.

_____. Ministério do Planejamento. Sinopse do senso demográfico. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: IBGE. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil**. 2010e.

_____. Ministério do Planejamento. Sinopse do senso demográfico. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: IBGE. **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro, 2012.

JARDIM, S.E.G. Aspectos socioeconômicos do Envelhecimento. In: Netto, Matheus Papaléo. Tratado de Gerontologia, 2.^a ed. Revisada e ampliada. São Paulo; Atheneu, 2007.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. História da Cidade. 2014a.

_____. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Plano de Saneamento Básico de Juiz de Fora. 2014b.

_____. Prefeitura. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação**. Thiago Campos Horta, Maria Aparecida Martins Baêta

Guimarães, Cláudia Rocha Franco, Ana Paula Brandão Costa. Juiz de Fora (MG), 2014c. 133p.

_____. **Plano Municipal de Saúde. Programa Anual de Saúde.** Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental – SSSDA, Juiz de Fora, 2014d.

JARDIM, S.E.G. Aspectos socioeconômicos do Envelhecimento. In: Netto, Matheus Papaléo. Tratado de Gerontologia, 2. ed. Revisada e ampliada. São Paulo; Atheneu, 2007.

KING, J. E.; CROWTHER, M. R. The measurement of religiosity and spirituality: Examples and issues from psychology. **Journal of Organizational Change Management**, v. 17, n. 1, p. 83-101, 2004.

KOENIG, H. G. Espiritualidade no cuidado com o paciente. Por quê, como, quando e o quê. São Paulo: **Editora FE**, 2005.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed.** New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H. G. ; BÜSSING, A. The duke university religion index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, v. 1, n. 1, p. 78-85, 2010.

KOENIG, H. ; KING, D.; CARSON, V. B. **Handbook of religion and health.** 2.ed. 2012.Oxford University Press, 2012 p.37-38 .

KUBLER-ROSS, E. A roda da vida. Memórias do viver e do morrer. 2. ed. Sextante,1998 p.13.

LAVELA, S. L. ; ATHER, N. Psychological health in older adult spousal caregivers of older adults. **Chronic Illness**, v. 6, n. 1, p. 67-80, 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEME, L. E.G. O idoso E a família. In: Netto, Matheus Papaléo. Tratado de Gerontologia, 2.^a ed. Revisada e ampliada. São Paulo; Atheneu, 2007. p.217-223.

LEVACOV, Marília. Grounded Theory -Teoria Fundamentada (nos ou em dados). 2003.

LIMA, T. J. V. D. et al. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, Dec. 2010 .

LINDOLPHO, M. C.; SÁ, S. P. C.; ROBERS, L. M. V. Espiritualidade/Religiosidade, um suporte na assistência de enfermagem ao idoso. **Em extensão**, v. 8, n. 1, 2009.

LOPES, R.G. C; CALDERONI, S.Z. “**A família educando para a paz**”. A família e o idoso: A possibilidade do encontro. São Paulo: Marco Markovitch, 2002. p. 102.

LOPES, R.G. C; CALDERONI, S.Z. O idoso na família: Expansão de Possibilidades ou Retração? In: Netto, Matheus Papaléo. Tratado de Gerontologia, 2.^a ed. Revisada e ampliada. São Paulo; Atheneu, 2007. p.225-231.

LOTUFO NETO F. A Prevalência de Transtornos Mentais entre Ministros Religiosos. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Livre-docente junto ao Departamento de Psiquiatria São Paulo, 1997. p.1-11.

LUCCHETTI, G. et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 2, p. 154-8, 2010.

LUCCHETTI, G. et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 43, n. 4, p. 316-322, 2011.

LUCCHETTI, G. et al. **Integrating Spirituality into Primary Care**. INTECH Open Access Publisher, 2012.

MACRAE, J.A. Nursing as a spiritual practice: a contemporary application of Florence Nightingale's views. New York (NY): Springer; 2001.

MANNING, L. K. Navigating Hardships in Old Age: Exploring the Relationship Between Spirituality and Resilience in Later Life. 2013. *Qualitative Health Research*, 23(4), 568–575. doi:10.1177/1049732312471730

MANOEL, M.F. et al. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 346-353, 2013.

MARCON, S. S. et al. Famílias cuidadoras de pessoas com dependência: um estudo bibliográfico. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2006.

MATTA, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho Educação e Saúde*, 3(2) p. 371-396, 2005.

MAZZA, M. M. P. R.; LEFÈVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2005. ISSN 0104-1282.

MCGHAN, G. et al. "End-of-Life Caregiving: Challenges Faced by Older Adult Women". **Journal of gerontological nursing** 39.6,45–54. PMC, 2013.

MCSHERRY, W.; JAMIESON, S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care.(Survey). **Journal of Clinical Nursin.** 20(11 12), 1757, 2011.

_____. The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. **Journal of Clinical Nursing**, 22: 3170–3182. doi: 10.1111/jocn.12411, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONOD, S. M. et al. The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. 2010. **BMC Geriatrics**, 10, 88. doi:10.1186/1471-2318-10-88.

MONTEIRO, D. M. Espiritualidade e Envelhecimento. In: Py, L. et al. **Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões Psicossociais** – 2ª ed. Holambra, SP: Ed. Setembro, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev Psiq Clín**, v. 37, n. 1, p. 12-5, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 28, n. 3, Sept. 2006.

MÜLLER, W. **Deixar-se tocar pelo sagrado**. Petrópolis: Vozes, p.31, 2004.

NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. What is complementary and alternative medicine? [Internet]. **Bethesda: NCCAM**; 2007.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.

NARDI, F. R; OLIVEIRA, M. F.L. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 47, 2008.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** Tradução Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez: ABEn-CEPEEn, 1989.

OMS – Organização das Nações Unidas. **Guia global das cidades amigas das pessoas idosas.** 2009. Versão traduzida para o português.

OREM, D. **Nursing concepts of practice.** 5.ed. New York: Mosby, 1995.

PANZINI, R. G. Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): Tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida,** 2004.

PANZINI, R. G.; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D.R.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiq. Clín.** N. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007.

PANZINI R. G, BANDEIRA D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev Psiquiatr Clín** 2007; 34(1):26-135.

PANZINI R. G, BANDEIRA D.R. Escala de coping religioso-espiritual (escala cre): elaboração e validação de constructo. **Psicol Estud** 2005; 10(3): 507-516.

PARGAMENT, K. I.; ANO, G. Empirical advances in the psychology of religion and coping. **Religious influences on health and well-being in the elderly,** p. 114-140, 2004.

PARGAMENT, K. I., KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology.** 2000. 56(4), 519-543.

PASKULIN, L. M. G. et al . Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta paul. enferm.,** São Paulo , v. 23, n. 1, 2010 .

PENA, A. P. S.; GONCALVES, J. R. L. Assistência de enfermagem aos familiares cuidadores de alcoolistas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.),** Ribeirão Preto , v. 6, n. 1, 2010.

PENHA, R. M. **A expressão da dimensão espiritual no cuidado de enfermagem em UTI.** 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PENHA, R.M.; SILVA, M. J. P. Do Sensível ao Inteligível: novos rumos comunicacionais em saúde por meio do estudo da Teoria Quântica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 208-214, 2009.

PENHA, R. M. SILVA, Maria Júlia Paes da. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 260, 2012.

PENROD, Janice et al. The influence of the culture of care on informal caregivers' experiences. **ANS. Advances in nursing science**, v. 35, n. 1, p. 64, 2012.

PEREIRA, M. J. S B.; FILGUEIRAS, M. S. T. A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p. 72-82, 2009.

POULIN, M. J. et al. "Does a Helping Hand Mean a Heavy Heart? Helping Behavior and Well-Being Among Spouse Caregivers." **Psychology and aging** 25.1 (2010): 108–117. PMC.

PUCHALSKI, C. Task force report: spirituality, cultural issues, and end of life care. Assoc. of America Med. Colleg. Contemporary issues in medicine, communication in medicine. **Medical school objectives project**. 1999.

PUCHALSKI C.; ROMER A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med* 2000;3(1):129-37.

SALDANHA, R. C. M. Uso da rede de serviços de Juiz de Fora: a opinião dos usuários. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v.4, nº 13, Rio de Janeiro, 2008.

SANCHES, I. M.; BOEMER, M. R. O convívio com a dor: um enfoque existencial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 36,n.4.

SANTOS, C.M. Autocuidado e processo educativo de idosos com doenças crônicas não transmissíveis que demandam cuidados de enfermagem no domicílio. 2014. 153. Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

SANTOS, F. K. **O enfrentamento do cliente portador de doença renal crônica mediante o início da diálise peritoneal: reflexões para o cuidado de enfermagem**. 2009. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery.

SANTOS, S.M.A. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel de cuidador. 3 ed. Campinas, SP: Alínea, 2010.

SARAIVA, K. R. O., et al. (2007). O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto e Contexto –enfermagem**, 16(8), 63-70.

SEIMA, M. D; LENARDT, M. H; CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 233, 2014.

SMEKE, E. L. M. Espiritualidade e atenção primária à saúde: contribuições para a prática cotidiana. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

SNODGRASS, J.; SORAJAKOOL, S. Spirituality in older adulthood: Existential meaning, productivity, and life events. **Pastoral Psychology**, v. 60, n. 1, p. 85-94, 2011.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o estudo de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SILVA, M. C.M.S. et al. Educação em saúde com idosos: um relato de experiência. **Rev. Raízes e Rumos**. UNIRIO. v. 2, n.2, 2014.

SOARES, S. M.; SILVA, L. B.; SILVA, P. A. B. O teatro em foco: estratégia lúdica para o trabalho educativo na saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, Dec. 2011.

SOUZA I.R., CALDAS C.P. Atendimento domiciliário gerontológico: contribuições para o cuidado do idoso na comunidade. **RBPS**, v.21, n.1, p.61- 68, 2008.

SOUZA, R.B. O que é espiritualidade? O desafio bíblico da espiritualidade cristã. IN: BOMILCAR, N. (Org.). **O melhor da espiritualidade brasileira**. São Paulo: Mundo Cristão, 2005. p. 13-33.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. Bases de la Investigación Cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Antioquia: Universidad de Antioquia, 2002. Tradução de Eva Zimmerman.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STRAUSS, A. *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge (Reino Unido): University of Cambridge Press, 1987.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. **Religiosidade e Saúde**. Capítulo Publicado em: *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina* Mauro Ivan Salgado & Gilson Freire (Orgs.). Belo Horizonte: Inede, 2008. (pp.: 427-443)

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. **Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative**. 2.ed. Philadelphia: Lippincott, p. 99-115, 1999.

SZYMANSKI, H. **Um estudo sobre significado de família**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1992.

SZYMASNKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, n.71, set. 2002.

TANYI, R. A. Towards clarification of the meaning of spirituality. **Journal of advanced nursing**, v. 39, n. 5, p. 500-509, 2002.

TEIXEIRA, M.Z. *A natureza do homem: um estudo comparativo do vitalismo homeopático com as principais concepções médicas e filosóficas*. 2.^a ed. São Paulo: Marcus Zulin Teixeira, 2013.

TORNSTAM, L. **Gerotranscendence: A reformulation of the disengagement theory** *Aging*. 1, 55–63, 1989.

TORNSTAM, L. **Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging**. 1997.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, 2005.

UNITED NATIONS. **Population Ageing and Developmet 2012**. New York, N.Y.: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2012.

_____. **Basics Facts about the United Nations**. 2014. Published by the United Nations Department of Public Information New York, New York 10017, Unite States of America. Revised Edition. ISBN: 978-92-1-056166-2.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Centro de Pesquisas Sociais. **Diagnóstico socioeconômico da população idosa de Juiz de Fora: perfil do idoso residente na área urbana de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Pró-reitoria de extensão, 2012.

VALLE, E. Conversão: da noção teórica ao instrumento de pesquisa. 2002. **Revista de Estudos da Religião**, São Paulo, Nº 2: 51-76.

VASCONCELOS, A. M. N. ; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. 2012.

VASCONCELOS, E. M. (org.). A espiritualidade no trabalho em Saúde. São Paulo, Editora, Hucitec, 2006.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. **UnATI-UERJ**: 10 anos um modelo de cuidado integral para a população que envelhece. Rio de Janeiro: UnATI, 2004.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. p: 62-4.

VIEIRA, C.P.B. et al . Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 3, June 2011 .

WAHEY, L. F; WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica**, Ed. Guanabara, Rio de Janeiro,1989.

WALDOW, V.; LOPES, M.; MEYER, D. – *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 85-7307-060-9.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 24, n. 3, 2011 .

WALSH, F. Fortalecendo a resiliência familiar. (M. F. Lopes, Trad.) São Paulo: Roca. 2005. (Original publicado em 1998).

WATSON, J. – *Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Geneva. **The uses of epidemiology in the study of the elderly**. Geneva: WHO, HEE 82.6Rev.11(3.87).. Technical Report Series, 706, 1984.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Rua Halfeld, 1400 - Centro - CEP: 36016-000 - Juiz de Fora - MG - Tel: (32) 3690-7479 - Fax: (32) 3690-7549



JUIZ DE FORA
PREFEITURA

TERMO DE INFRAESTRUTURA E CONCORDÂNCIA

Autorizamos a realização da pesquisa " Autocuidado de Idosos Que Cuidam Em Casa De Um Familiar Idoso Dependente", a ser conduzida sob a orientação da prof.(a) Edna Aparecida Barbosa de Castro (Faculdade de Enfermagem/UFJF) e sua orientada Monalisa Claudia Maria da Silva Novaes.

O estudo será desenvolvido nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, que trabalham com a Estratégia de Saúde de família.

Tais instalações apresentam infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa que somente poderá iniciar a coleta de campo após apresentação de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF ao Departamento de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde da Subsecretária de Atenção Primária à Saúde/Secretária de Saúde/PJF.

Juiz de fora, 20 de Fevereiro de 2014

Claudia Rocha Franco
Chefe do Departamento de
Atenção Primária à Saúde

Claudia Rocha Franco

Chefe do Departamento de Atenção Primária à Saúde

APÊNDICE B**FACULDADE DE ENFERMAGEM****DECLARAÇÃO**

A Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Pro^{fa} Dr^a Gilrene Alves da Silva, autoriza a Mestranda em Enfermagem Monalisa Claudia Maria da Silva Novaes do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Mestrado em Enfermagem realizar a pesquisa: "Autocuidado de idosos que cuidam em casa de um familiar idoso dependente", sob a orientação da professora Dr.^a Edna Aparecida Barbosa de Castro.

Trata-se de uma pesquisa que visa compreender o autocuidado de idosos que cuidam de um familiar idoso dependente no domicílio na interface do processo de trabalho do enfermeiro da ESF com a Política de Atenção Domiciliar no SUS.

A pesquisadora responsável pela pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos participantes garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 17 de fevereiro de 2014.

Gilrene Alves da Silva

Prof^a Dr^a Gilrene Alves da Silva
Prof.^a Dr.^a Gilrene Alves da Silva
DIRETORA DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM/UFJF

APÊNDICE C

FRENTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR: FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Professora Monalisa Claudia Maria da Silva Novaes – Mestranda em Enfermagem - ENDEREÇO: RUA DIAS GOUVEIA, 16 B. BENFICA/ CEP: 36090-130 – JUIZ DE FORA – MG FONE(32) 3222-1264 – E- MAIL:monalisacms13@gmail.com E Professora Dra.^a Edna Aparecida Barbosa de Castro - ENDEREÇO: RUA HEITOR VILLA LOBOS, Nº 11 – RESIDENCIAL SÃO LUCAS 1 / SÃO PEDRO. CEP: 36036-635 JUIZ DE FORA – MG FONE: (32) 3231-1391 - E-MAIL: edna.catro@ufjf.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**Autocuidado de idosos que cuidam em casa de um familiar idoso**”. Nesta pesquisa pretendemos compreender como acontece o autocuidado de idosos que cuidam de um familiar idoso dependente no domicílio na interface do processo de trabalho do enfermeiro da ESF com a Política de Atenção Domiciliar no SUS. O motivo que nos leva a estudar o autocuidado do cuidador idoso é a tendência de envelhecimento da população brasileira levando a um aumento significativo do número de doenças crônico-degenerativas e com isso o aumento dos cuidadores que também são idosos. Nesta pesquisa, a pesquisadora fará visitas domiciliares que serão agendadas conforme a disponibilidade e aceitação do idoso. Durante essas visitas, a pesquisadora observará o contexto de vida dos cuidadores idosos e registrará em um diário apenas o que for relevante para a pesquisa. Será realizada uma entrevista conforme roteiro norteador, que será gravada e depois ouvida e transcrita para a identificação das informações mais importantes. O conteúdo das entrevistas e notas de observação será utilizado, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos e serão arquivados pela coordenadora da pesquisa por cinco anos, sendo destruídos após este período. O risco de participação é considerado mínimo, ou seja, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, ler, etc. havendo a preocupação e atenção das pesquisadoras no sentido de minimizar tais riscos ao máximo com técnicas de anonimato, técnicas comunicacionais, de interação interpessoal e de respeito humano, sendo a abordagem não intervencionista. Dentre os benefícios na realização da presente pesquisa destacamos: Fornecer subsídios ao processo de cuidar pelo enfermeiro aos cuidadores idosos e instigar as políticas de saúde para que o cuidador receba atenção e suporte para a realização das atividades diárias durante as visitas da equipe de saúde, com orientações de qualidade, de forma resolutiva e humanizada, em um ambiente familiar estruturado.

Para participar desta pesquisa o (a) Sr. (a):

- ✓ Sua participação será voluntária, não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira;
- ✓ Será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar
- ✓ Estará livre para participar ou recusar-se a participar, sendo que a retirada de seu consentimento ou sua interrupção em participar poderá ocorrer no momento em que quiser.
- ✓ A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelos pesquisadores.
- ✓ Terá sua identidade tratada com padrões profissionais de anonimato. Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão prévia;
- ✓ Terá assegurado o direito a ressarcimento ou indenização caso haja e seja comprovado qualquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa, sendo que esta pesquisa apresenta risco mínimo
- ✓ Terá à sua disposição os resultados da pesquisa quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Senhor (a). Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo **“Autocuidado de idosos que cuidam em casa de um familiar idoso”** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2014.

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP HU - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HU/UFJF. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIDADE SANTA CATARINA - PRÉDIO DA ADMINISTRAÇÃO SALA 27. CEP 36036-110. E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

APÊNDICE D - Roteiro semiestruturado para entrevista.

PESQUISADOR: Monalisa Cláudia Maria da Silva

IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais do nome: _____.

Data de Aplicação do questionário: _____.

Idade: _____

Sexo: _____

Grau de parentesco: _____

Escolaridade: _____

Há quanto tempo é cuidador: _____

Questões norteadoras da entrevista

1. Conta pra mim como foi que o Sr. (a) começou a cuidar de seu familiar idoso?
2. Como é para o (a) senhor (a) ter que cuidar de um familiar idoso?
3. Quais as dificuldades que o (a) senhor (a) sente ao cuidar do seu familiar? E as facilidades?
4. O (a) Senhor (a) recebe ajuda de outros membros da família? De quem? Quantas vezes por semana?
5. O senhor (a) se sente seguro quando está realizando as atividades de cuidar no dia a dia?
6. O que mudou na vida do (a) Senhor (a) desde que assumiu a responsabilidade pelos cuidados de seu familiar?
7. Como o (a) senhor (a) faz para cuidar de sua própria saúde?
8. Como busca o alívio para as tensões do dia a dia?
9. O que o Senhor (a) acha que poderia ser feito para favorecer o seu cuidado com sua saúde? E quem poderia fazer?
10. O Senhor (a) recebe alguma informação ou apoio no dia a dia sobre como cuidar de seu familiar em casa? De quem? De onde?
11. As informações e apoio que o senhor (a) recebe no dia a dia são suficientes para facilitar o seu processo de trabalho diário?
12. Quer falar mais alguma coisa?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado Plataforma Brasil**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA-MG****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Autocuidado do idoso que cuida em casa de um familiar idoso dependente

Pesquisador: Monalisa Cláudia Maria da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30978414.3.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 676.364

Data da Relatoria: 26/05/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa que tem por objeto o autocuidado de idosos que são cuidadores de um familiar idoso dependente. A ênfase será para as necessidades de apoio e educação dos idosos, que cuidam de idosos, em especial aquelas cuja resolutividade encontram-se no contexto do processo de trabalho de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, quando nas atividades de atenção domiciliar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender o autocuidado de idosos que cuidam de um familiar idoso dependente no domicílio na interface do processo de trabalho do enfermeiro da ESF com a Política de Atenção Domiciliar no SUS.

Objetivo Secundário: Analisar como idosos que cuidam de um familiar idoso dependente cuidam de si. Captar as facilidades e dificuldades do cuidador idoso no cuidado diário de seu familiar também idoso. Identificar as fontes de informação e de apoio desses cuidadores idosos em seu processo de cuidar de seu familiar dependente em casa. Desenvolver um fluxograma teórico sobre o processo de cuidados no domicílio por idosos que cuidam de um familiar idoso dependente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Continuação do Parecer: 676.364

O risco dos sujeitos em participarem desta pesquisa é considerado mínimo, ou seja, semelhante as situações cotidianas da vida, havendo a preocupação e atenção das pesquisadoras no sentido de minimizar tais riscos ao máximo com técnicas de anonimato, técnicas comunicacionais, de interação interpessoal e de respeito humano. Ainda, poderá Fornecer subsídios ao processo de cuidar pelo enfermeiro aos cuidadores idosos e instigar as políticas de saúde para que o cuidador receba atenção e suporte para a realização das atividades diárias durante as visitas da equipe de saúde, com orientações de qualidade, de forma resolutiva e humanizada, em um ambiente familiar estruturado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo proposto é pertinente e de valor científico, com metodologia adequada aos objetivos buscados, descrevendo claramente os métodos de coleta e análise dos dados. Os critérios de inclusão e exclusão são descritos, sem que haja comprometimento da vulnerabilidade dos sujeitos, estando-lhes garantido o direito à informação, privacidade e desistência. O cronograma está atualizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados. O TCLE não deixa claro que a pesquisa é de risco mínimo e que, ainda assim, o pesquisador procurará minimizá-los.

Recomendações:

Encaminhar ao CEP o relatório ao final da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

JUIZ DE FORA, 05 de Junho de 2014.

Assinado por:
Gisele Aparecida Fófano
(Coordenador)