

TATIANA MARTINS DA SILVEIRA ARAGÃO

**CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM ESPAÇO DIALÓGICO COM CUIDADORES
FAMILIARES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS VISANDO UMA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE**

RIO GRANDE

2008

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM ESPAÇO DIALÓGICO COM CUIDADORES
FAMILIARES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS VISANDO UMA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE**

TATIANA MARTINS DA SILVEIRA ARAGÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Prof^a Dra. Marlene Teda Pelzer

RIO GRANDE

2008

A659 Aragão, Tatiana Martins da Silveira
Construção coletiva de um espaço dialógico com cuidadores familiares de idosos hospitalizados visando uma educação em saúde / Tatiana Martins da Silveira Aragão. – Rio Grande, 2008. 149f. ; 29,7 cm.

Orientador: Marlene Teda Pelzer
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande. Curso de Pós-graduação em Enfermagem, 2008.
Anexos: f. 148-149
Apêndices: f. 90-147
Referências bibliográficas: f. 80-89
1. Idoso. 2. Cuidadores. 3. Educação em saúde. 3 Enfermagem.
Aragão, Tatiana Martins da Silveira. II. Pelzer, Marlene Teda.
III. Universidade Federal do Rio Grande.

CDU 616-083

Catálogo na fonte :Bibliotecário Gilson Borges Corrêa CRB 10/1213

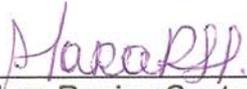
Tatiana Martins da Silveira Aragão

**CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM ESPAÇO DIALÓGICO COM CUIDADORES
FAMILIARES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS VISANDO UMA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

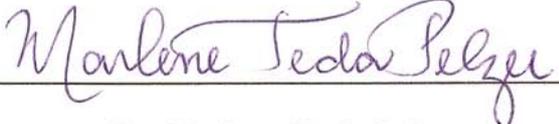
Mestre em Enfermagem

e aprovada na sua versão final em 18 de Dezembro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

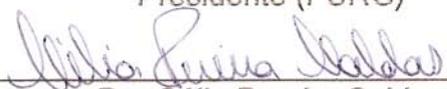


Dra Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa

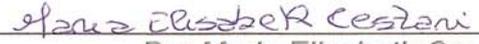
BANCA EXAMINADORA:

Dr.(a) 

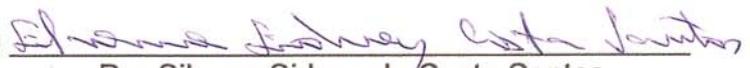
Dra Marlene Teda Pelzer
Presidente (FURG)

Dr.(a) 

Dra Célia Pereira Caldas
Membro (UERJ)

Dr.(a) 

Dra Maria Elisabeth Cestari
Membro (FURG)

Dr.(a) 

Dra Silvana Sidney da Costa Santos
Suplente (FURG)

“Não há educação sem amor. [...] Não há educação imposta, como não há amor imposto. Quem não ama não compreende o próximo, não o respeita”.

(Freire, 1991, p. 29)

Dedico aos meus pais, Geraldo e Fátima, pelo amor, educação, carinho; por tudo que me deram e me dão até hoje.

Também, ao meu esposo, Valdenir, pelo apoio diário, pelas palavras de incentivo, pela compreensão e afeto.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me acompanhar em todos os momentos da minha vida, pois sem sua bondade e infinito amor nada seria possível;

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Marlene Teda Pelzer, não só pela orientação, mas pela confiança, amizade, incentivo e por sua participação em minha formação profissional desde a graduação;

Às professoras Dras. Célia Pereira Caldas, Maria Elisabeth Cestari e Silvana Sidney da Costa Santos, que se disponibilizaram a participar desta banca examinadora trazendo suas valiosas reflexões e contribuições;

As alunas do curso de enfermagem da FURG, Anne, Vanise, Karine e Daniele, por terem participado da fase de coleta de dados deste estudo. A participação de vocês foi muito importante, obrigada;

Aos familiares cuidadores, por terem participado deste estudo, compartilhando suas experiências e vivências, possibilitando a construção deste trabalho;

As minhas colegas de trabalho e, em especial, as amigas Sílvia e a Neca pela compreensão do meu afastamento parcial do serviço para a realização do mestrado e incentivo dispensados;

Às colegas do curso de Mestrado, pelos momentos compartilhados na vida acadêmica e, em especial, à amiga Graça pelo incentivo e por dividir comigo todos os percalços desta trajetória, desde as disciplinas cursadas no curso de mestrado até a finalização desta dissertação;

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da FURG, pela oportunidade de aprimoramento na minha trajetória profissional;

Aos professores do curso de Mestrado em Enfermagem, pelos conhecimentos transmitidos;

Às colegas do curso de Mestrado, pelos momentos compartilhados na vida acadêmica;

Enfim, a todos que colaboraram para a realização deste trabalho.

Muito Obrigada!

RESUMO

ARAGÃO, Tatiana Martins da Silveira. **Construção coletiva de um espaço dialógico com os cuidadores familiares dos idosos hospitalizados visando uma educação em saúde**. 2008. 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Diante do envelhecimento populacional acelerado e do aumento da longevidade, muitos idosos apresentarão doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT), que podem causar dependência. A família, considerada a principal cuidadora, necessitará de acompanhamento constante dos serviços de saúde e de programas sociais. A partir deste contexto e, sendo enfermeira de um hospital universitário, no qual cada vez mais internam pacientes idosos, decidi realizar este trabalho com o objetivo geral de construir um espaço coletivo dialógico com os cuidadores familiares dos idosos internados numa unidade de clínica médica, com vistas a uma educação em saúde e, como objetivos específicos, discutir em grupo as dificuldades dos cuidadores no processo de cuidar do ser idoso; compartilhar as experiências entre os cuidadores, unindo-se aos conhecimentos do profissional enfermeiro; elaborar um guia a partir das discussões grupais, servindo como um recurso para esclarecer dúvidas de outros cuidadores e para os profissionais conhecerem as necessidades mais frequentes dos cuidadores familiares. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, convergente-assistencial, com 15 cuidadores familiares dos idosos internados num setor de clínica médica de um hospital universitário. Para a coleta de dados, escolhi trabalhar com a dinâmica de grupo, utilizando a estratégia teórico-metodológica dos círculos de cultura, preconizada por Paulo Freire. A análise foi realizada seguindo-se quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Foram identificadas três categorias: “Discutindo coletivamente em grupo dificuldades do dia-a-dia no processo de cuidar do idoso”, “Compartilhando as experiências entre os cuidadores, unindo-se aos conhecimentos do profissional enfermeiro” e “Educação em saúde”. Na primeira categoria foram estabelecidas três sub-categorias: “Sobrecarga do cuidador”, “O suporte formal” e “As atividades de vida diária (AVD)”. Na segunda categoria destacaram-se “Compartilhando saberes” e “Os conhecimentos do profissional enfermeiro” e, na terceira categoria, “Necessidade de educação em saúde para os cuidadores familiares”, “Déficit de orientações aos cuidadores por parte da equipe de saúde”, “A necessidade de educação em saúde para os profissionais” e “Educação em saúde através da metodologia freireana”. Conclui que o objetivo de construção de um espaço dialógico, para discussão das dificuldades e troca de experiências entre os cuidadores e o profissional enfermeiro, foi alcançado, e que a metodologia freireana utilizada, contribuiu para a aproximação das pessoas, possibilitando o diálogo e a troca de experiências no grupo. Acredito que, após a fase de apresentação e divulgação desta pesquisa, deve ser realizada uma reflexão sobre a possibilidade de continuidade deste trabalho no hospital, pois considero que será um diferencial na assistência de enfermagem ao idoso e seu familiar.

Descritores: Idoso. Cuidadores. Educação em saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

ARAGÃO, Tatiana Martins da Silveira. To build a dialogic space in association with the hospitalized senior's family to reach an education in health. 2008. 149f. Dissertation (Masters in Nursery) – Nursery Pos- graduation Program, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Facing the fast population aging and the rising of the longevity, many seniors are supposed to show non-transmittable diseases and chronic offenses, which can cause dependence. The family is considered the major protector and it will need constant attendance from the health services and social programs. Departing from this context, and as a nurse of a university hospital, in which most of patients are seniors, I decided to do this task aiming to build a dialogic and collective space in association with the familiar protectors of seniors who are interned in a medical clinic unit looking for a education in health which has as special goals to discuss in group the protectors' difficulties in the process of taking care of a senior; to share the experiences among the protectors, uniting them to the professional nurse's knowledge; to create a guide departing from the group discussions, that will serve as a source to make the other protectors' doubts clear and also it will make the professionals able to know the more frequent needs of the familiar protectors. It is a qualitative, convergent- assistance research with 15 familiar protectors of seniors who are interned in a medical clinic unit of a university hospital. I choose to work with the group dynamic using the methodological-theoretical strategy of the culture circles, extolled by Paulo Freire to collect the data. The analysis was made following four generic processes: apprehension, synthesis, theory and transference. Then three categories were identified: "collectively discussing in group the everyday difficulties in the process of taking care of a senior", "sharing the experiences among the protectors uniting them to the professional nurse's knowledge" and "Education in health". In the first category three sub-categories were established: "protector's overload", "the formal support" and "the daily life activities (DLA)". In the second two categories were pointed out: "sharing the knowledge" and "the professional nurse's knowledge" and the third category points "the need of education in health for familiar protectors", "deficit in the orientations given to the protectors by the health team", "the need of education in health for professionals" and "education in health through Paulo Freire's methodology". I concluded that the aim of building a dialogic space for discussion about the difficulties and experiences' exchanges among the protectors and the professional nurse was reached and the Paulo Freire's methodology contributed for people's approach, making the dialogue and the experiences' exchanges in the group possible. I believe that after a presentation and divulgation phase of this research, a reflection about the possibility of continuity of this work in the hospital must be done because I consider that it will be a differential in the nursery assistance to the senior and its familiar.

Descriptors: Senior. Protectors. Education in health. Nursery.

RESUMEN

ARAGÃO, Tatiana Martins da Silveira. **Construcción colectiva de un espacio de diálogo con los cuidadores familiares de los ancianos hospitalizados mirando una educación para la salud.** 2008. 149f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande.

Delante del envejecimiento poblacional acelerado y el aumento de la longevidad, muchos ancianos han a presentar enfermedades y agravos crónicos no transmisibles (EANT), que pueden causar dependencia. La familia, considerada la principal cuidadora, tendrá necesidad de constante vigilancia de los servicios de salud y programas sociales. Partiendo de esto contexto y, siendo enfermera de un hospital universitario, lo cual cada vez más internan pacientes ancianos, decidí llevar a cabo este trabajo, con el objetivo general de construir un espacio colectivo de diálogo con el de los cuidadores familiares de ancianos hospitalizados en una unidad de medicina general, con la mirada de una educación, y como objetivos específicos, discutir las dificultades de un grupo de cuidadores en el cuidado de los ancianos; compartir experiencias entre los cuidadores, uniendo los conocimientos de los profesionales de enfermería, elaborar una guía de los debates del grupo, actuando como recurso para las preguntas de los cuidadores y otros profesionales para satisfacer las necesidades más frecuentes de los cuidadores familiares. Esta es una investigación cualitativa, *convergente-asistencial*, con 15 cuidadores familiares de personas ancianas hospitalizados en un sector de medicina general en un hospital universitario. Para la colecta de los datos, optó por trabajar con dinámicas de grupo, utilizando la estrategia metodológica y teórica de los círculos de la cultura, defendida por Paulo Freire. El análisis se llevó a cabo, seguido de cuatro procesos genéricos: la aprehensión, la síntesis, la teoría y la transferencia. Se identificaron tres categorías: "Hablar de las dificultades en conjunto como un grupo de día a día en el cuidado de los ancianos", "Intercambio de experiencias entre los cuidadores, uniendo los conocimientos de los profesionales de enfermería" y "La educación para la salud". En la primera categoría se establecieron tres subcategorías: "La sobrecarga del cuidador", "El apoyo formal" y "Las actividades de la vida diaria (AVD)". En la segunda categoría destacamos: "Compartir los conocimientos" y "El conocimiento de los profesionales de enfermería" y en la tercera categoría, "La necesidad de educación para la salud de los cuidadores familiares", "falta de orientación a los cuidadores por el equipo de salud", "La necesidad de profesionales de la educación para la salud" y "La educación para la salud a través de metodología de Freire". Llego a la conclusión de que el objetivo de construir un espacio de diálogo para la discusión de las dificultades y el intercambio de experiencias entre los cuidadores y los profesionales de enfermería fue alcanzado y que la metodología freireana utilizada, contribuyó para unir las personas, facilitando el diálogo y el intercambio de experiencias en el grupo. Creo que después de la fase de presentación y difusión de esta investigación, debe ser realizado un debate sobre la posibilidad de continuar este trabajo en el hospital, porque creo que será un diferencial en el cuidado de enfermería a los ancianos y su familia.

Descriptores: Ancianos. Cuidadores. Educación para la salud. Enfermería.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 REFERENCIAL TEÓRICO	22
1.1 A BUSCA DE ALGUMAS IDÉIAS EM FREIRE.....	22
1.2 ALGUNS ASPECTOS RELEVANTES DA TEORIA DE MADELEINE LEININGER.....	24
1.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA QUE FAZEM MENÇÃO AOS CUIDADORES.....	25
1.4 ASPECTOS RELEVANTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	28
1.5 A FAMÍLIA E O CUIDADOR FAMILIAR	30
2 METODOLOGIA	41
2.1 TIPO DE ESTUDO	41
2.2 O LOCAL.....	41
2.3 OS SUJEITOS PARTICIPANTES.....	42
2.3.1 Os cuidadores.....	43
2.4 Aspectos éticos.....	44
2.5 A COLETA DE DADOS	46
2.5.1 Os encontros.....	51
2.5.1.1 Primeiro encontro: apresentação da proposta do trabalho e conhecimento dos cuidadores (24/09/08).....	51
2.5.1.2 Segundo encontro: cuidados com a pele e prevenção de úlceras de decúbito (01/10/08)	53
2.5.1.3 Terceiro encontro: cuidados com a alimentação (01/10/08).....	58
2.5.1.4 Quarto encontro: cuidados com a higiene (15/10/08).....	61
2.5.1.5 Quinto encontro: aspectos psicológicos, comunicação e cuidados com o cuidador (22/10/08)	63
2.5.1.6 Sexto encontro: cuidados com o ambiente e exercícios passivos para o idoso (29/10/08).....	67
2.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	69
3 CONSTRUÇÃO UM ESPAÇO DIALÓGICO COM OS CUIDADORES FAMILIARES DOS IDOSOS COM VISTAS A UMA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	71
3.1 DISCUSSÃO GRUPAL DAS DIFICULDADES DO DIA-A-DIA NO PROCESSO DE CUIDAR DO IDOSO	71
3.1.1 Sobrecarga do cuidador.....	71
3.1.2 Suporte formal	72
3.1.3 As atividades de vida diária (AVD).....	72
3.2 COMPARTILHAMENTO DAS EXPERIÊNCIAS ENTRE OS CUIDADORES, UNINDO-SE AOS CONHECIMENTOS DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO	72
3.2.1 Compartilhando saberes.....	73
3.2.2 Os conhecimentos do profissional enfermeiro	74
3.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	74
3.3.1 Necessidade de educação em saúde para os cuidadores familiares.....	74
3.3.2 Déficit de orientações aos cuidadores por parte da equipe de saúde.....	74
3.3.3 A necessidade de educação em saúde para os profissionais	75
3.3.4 Educação em saúde através da metodologia freireana.....	76

4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICE A - Carta de solicitação de autorização para realizar a pesquisa no HU/FURG.....	90
	APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	92
	APÊNDICE C – Convite aos cuidadores.....	95
	APÊNDICE D – Ficha de dados do familiar cuidador.....	96
	APÊNDICE E - Textos utilizados nos encontros com os cuidadores.....	97
	APÊNDICE F – Manual: Cuidando de um familiar idoso com dependência.....	124
	ANEXO A - Autorização para realizar a pesquisa no HU/FURG.....	148
	ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética.....	149

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais, e estima-se, para o ano de 2050, que esta relação será de uma para cinco no mundo em geral, e nos países desenvolvidos será de uma para três (IBGE, 2002).

Também é importante destacar que, em todo mundo, a faixa etária que cresce mais rápido é a de maiores de 80 anos. Atualmente esse grupo representa menos de 1,5% da população total, no entanto, a previsão é que se quadruplique nos próximos 40 anos, de menos de 90 milhões em 2005 passará aos 400 milhões em 2050. (NACIONES UNIDAS, 2007a).

Dados do IBGE (2002) mostram que a população idosa residente no Brasil em 1991 representava 7,3% da população geral, em 2000, passou para 8,6%, e, segundo Beltrão, Camarano e Kanso (2004), as projeções para o ano de 2020 é de aproximadamente 14% da população, correspondendo, segundo Veras (2004a), à sexta maior população idosa do mundo.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)¹, realizada em 2006, apontou um percentual de 10,2% de pessoas idosas residentes na população brasileira naquele ano. Em relação aos grupos etários, o segmento que mais cresceu foi aquele de pessoas de 75 anos ou mais; correspondendo, em 2006, a 26,1% da população de 60 anos ou mais, quando, em 1996, representava 23,5% (IBGE, 2007b).

Ainda de acordo com dados do IBGE (2007b), a população residente acima de 60 anos na região Sul do país em 2006 era de 10,9%, correspondendo ao 2º lugar no país depois da região Sudeste (11,3%). Dentro da região Sul, o Rio Grande do Sul liderava a proporção de idosos correspondendo a 12,4%, contra 10,1% de Santa Catarina e 9,8% do Paraná.

¹A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) “abrange a população residente nas unidades domiciliares (domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos)”; “excluíram-se da pesquisa as pessoas residentes em embaixadas, consulados e legações e, também, as pessoas institucionalizadas residentes em domicílios coletivos de estabelecimentos institucionais, tais como: os militares em caserna ou dependências de instalações militares; os presos em penitenciárias; os internos em escolas, orfanatos, asilos, hospitais etc.; e os religiosos em conventos, mosteiros etc.”; “considerou-se como família o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residissem na mesma unidade domiciliar e, também, a pessoa que morasse só em uma unidade domiciliar”. (IBGE, 2007a).

No município do Rio Grande, os últimos dados relacionados à porcentagem de idosos na população são do censo demográfico de 2000, demonstrando que a população residente era de 186.544 habitantes e, destes, 20.926 habitantes correspondiam às pessoas acima de 60 anos, sendo assim, 11,21% (IBGE, 2004a).

Outro fator a destacar é que as mulheres vivem mais que os homens em quase todos os países, e a porcentagem de mulheres aumenta com a idade. Em todo o mundo as mulheres representam 55% da população maior de 60 anos de idade e, entre os maiores de 80 anos, as mulheres representam 65% deste grupo de idade. (NACIONES UNIDAS, 2007a).

A realidade brasileira não é diferente, e isso tem repercussões frente às demandas das políticas públicas, pois se acredita que a maior parte dessas mulheres seja viúva, sem experiência profissional, com pouco estudo, acarretando maior dependência tanto da família como do Estado. (CAMARANO et al., 2002).

O envelhecimento da população é decorrente de uma menor mortalidade combinada com a redução da fecundidade e uma maior longevidade. O aumento da esperança de vida e a redução da fecundidade são os principais fatores que impulsionam a transição demográfica. Mundialmente, a esperança de vida passou de 47 anos em 1950-1955, para 65 anos em 2000-2005, e a previsão para 2045-2050 é de 75 anos. No período compreendido entre 1950-1955 e 2000-2005, o número de filhos se reduziu de 5 a 2,6 por mulher, e a previsão para 2045-2050 é de 2 filhos. (NACIONES UNIDAS, 2007b).

A esperança média de vida ao nascer, no Brasil, em 2006 já alcançava 72,4 anos de idade. (IBGE, 2007b).

No Brasil, a melhora das condições de saneamento e infraestrutura básica de saúde, associada a uma tecnologia médica mais avançada; a universalização da seguridade social; o maior acesso aos serviços de saúde, entre outros, contribuíram para o aumento da expectativa de vida. (CAMARANO, 2006a; ROGRIGUES; RAUTH, 2006).

A transição demográfica compreende três etapas. Na primeira, predominando a faixa etária dos mais jovens, o aumento da proporção de crianças favorece o aumento da sobrevivência nos primeiros anos de vida. A segunda, que corresponde à redução da fecundidade, a porcentagem de crianças começa a diminuir e aumenta a de adultos em idade produtiva. E a terceira etapa, que chega após um longo período de diminuição da fecundidade, da mortalidade, da proporção de crianças e

de adultos em idade produtiva, somente aumenta as pessoas com 60 anos ou mais. Nessa última etapa, o rápido envelhecimento da população traz problemas específicos para as políticas públicas, devido à redução da força produtiva de trabalho e o aumento da demanda na atenção à saúde e apoio às pessoas idosas. A maioria dos países em desenvolvimento encontra-se na segunda etapa, e os desenvolvidos encontram-se, geralmente, na terceira etapa de transição demográfica. (NACIONES UNIDAS, 2007b).

O crescimento da população idosa no Brasil aponta para a necessidade de mudanças nas áreas de saúde e previdência, na organização de espaços urbanos, em uma nova estruturação no mercado de trabalho e mesmo na vida familiar. Na área de saúde, devido ao aumento da utilização dos serviços, medicações e tecnologias caras, os custos serão ampliados. Os profissionais deverão repensar a assistência à referida população. Em vez de curar, deverão monitorar, acompanhar, prevenir e reabilitar. (VERAS, 2004b; BRASIL, 2006a).

Assim, considerando que muitos desses idosos podem apresentar doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT), que se prolongam por muitos anos, requerem acompanhamento constante dos serviços de saúde e programas sociais, uma vez que não têm cura e podem gerar dependência. Este século será marcado por novas necessidades de cuidado. (SANDRI, 2004; PAVARINI et al., 2005; BRASIL, 2006a), muitas delas atendidas numa realidade, predominantemente, familiar.

Isso acarretará uma grande mudança na sociedade, principalmente para o setor saúde, pois se tornará prioritário identificar as necessidades do familiar cuidador, já que ele é quem irá responsabilizar-se pelo cuidado no domicílio. Os serviços de saúde deverão adotar estratégias que representem suporte às famílias. (KARSCH, 1998; LUZARDO; WALDMAN, 2004).

Para se ter condições mais eficientes e eficazes para um envelhecimento digno, as políticas públicas devem passar da teoria para a prática, com políticas de formação de recursos humanos para o atendimento, pesquisa, educação em saúde, atenção aos direitos e ao ensino tanto da gerontologia quanto da geriatria. (RODRIGUES; RAUTH, 2006).

Na vivência da prática assistencial como enfermeira, percebo que o idoso hospitalizado e seu familiar necessitam de uma atenção maior da enfermagem, pois a pessoa idosa tem suas particularidades, podendo apresentar fragilidades e,

geralmente, manifesta algum grau de dependência. Considero a presença e a participação do familiar no cuidado, junto à equipe de enfermagem, importantes para o tratamento e a recuperação do paciente. No dia-a-dia, observo que os idosos, que são estimulados por sua família, têm uma reabilitação mais rápida. Pena e Diogo (2005) ressaltam a importância da presença do familiar, do conhecimento que este possui acerca da pessoa idosa e sua experiência prévia com a mesma, unindo-se às orientações recebidas da equipe de enfermagem no processo de cuidado.

Ao conversar com os acompanhantes, muitas vezes percebo as dificuldades das pessoas para cuidarem de seus idosos. Cuidar de uma pessoa com algum grau de dependência não é uma tarefa fácil. Ao cuidar do idoso, aparecem dificuldades como sobrecarga física e financeira, falta de preparo e de informação do cuidador sobre como cuidar, do entendimento sobre o processo de envelhecimento, de apoio social e de serviços especializados, aumentando assim o peso das tarefas. (YUASO, 2000; PAVARINI et al, 2001). A presença de estresse entre os cuidadores é outro elemento essencial, podendo ser, também, um fator de risco da ocorrência de situações de violência contra idosos ou de adoecimento do próprio cuidador. (BRASIL, 2006a).

Segundo Martinez (2007), a pessoa que assume a tarefa de cuidar, com o tempo, pode apresentar alterações físicas, sociais, econômicas, emocionais e espirituais, tendo como consequências sentimentos de tristeza, esgotamento, impotência, entre outros. A autora também refere que cuidar de uma pessoa idosa dependente exige muito tempo e dedicação, por isso é comum o cansaço físico dos cuidadores, a sensação de que a sua saúde tem se deteriorado, sentimentos de aborrecimento e irritabilidade, além de sentirem-se culpados por não conseguirem fazer tudo que seu familiar necessita.

Para Sánchez (2001), as necessidades do cuidador familiar principal variam conforme o estado de saúde da pessoa cuidada, do apoio familiar e social disponível, da condição econômica, da facilidade de acesso aos serviços de saúde, do conhecimento e experiências acerca do cuidar dos problemas de saúde de seu familiar e, especialmente, depende da capacidade de aceitação de ser cuidador.

Segundo Saldanha e Caldas (2004), a baixa renda da maior parte da população e a inexistência de políticas públicas efetivas de apoio às famílias têm-se constituído em barreiras relevantes para o adequado suporte familiar aos idosos. Alvarez (2001) especifica que esta falta de apoio prejudica no cuidado e nas

habilidades do cuidador, na ajuda à pessoa idosa para controlar seus problemas e prevenir complicações.

Nas políticas em relação à pessoa idosa, vem-se discutindo esse tipo de apoio às famílias, ressaltando-se a importância de orientações das instituições de saúde para os familiares cuidadores de seus idosos. No entanto, na realidade, percebe-se a dificuldade da efetivação dessas políticas. Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) de 2006, é comentado que, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. (BRASIL, 2006c).

No que se refere à Estratégia de Saúde da Família (ESF), as visitas domiciliares constituem-se um importante suporte ao cuidador do idoso. De acordo com Martins et al. (2007), cotidianamente os profissionais do programa de ESF, nas visitas domiciliares, deparam-se com idosos que demandam cuidados e com cuidadores familiares que também necessitam de cuidados, o que mostra a carência de suporte e a falta de estrutura mais eficaz para que estes cuidadores possam prestar um cuidado mais efetivo.

Outro fator relevante é que muitas regiões do país ainda não estão suficientemente cobertas pela ESF, e muitos profissionais, que dela participam, não possuem capacitação na área do idoso. Isso leva a situações em que a família, quando precisa de ajuda nos serviços de saúde pública de sua região, não consegue atender as necessidades de cuidado do seu familiar idoso, pois tais serviços são precários ou inexistentes. (SANDRI, 2004).

Segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC (2007), intitulada "Idosos no Brasil. Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade", em relação às visitas da ESF, 51% dos idosos referiram que nunca receberam visitas de agentes de saúde, e somente 24% recebem visitas regulares dos agentes.

Dados do Ministério da saúde apontam que, em 2007, as equipes de ESF cobriam 46,6% da população brasileira, e os agentes comunitários de saúde cobriam 56,8%. (BRASIL, 2008a).

Neste sentido, vê-se que as estruturas de suporte em saúde pública ainda são frágeis no Brasil e não constituem uma rede de apoio organizada, o que leva, na maioria das vezes, o cuidador a trabalhar sozinho. Existem associações e organizações lutando para melhorar essa situação, independentemente de medidas

governamentais, mas somente haverá mudanças, quando toda a sociedade pensar na questão com propostas e ações efetivamente eficazes e eficientes. (LEAL, 2000).

Alexandre Kalache, coordenador do programa de envelhecimento e saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), em entrevista concedida à Folha de São Paulo em 2007, ao falar sobre o processo de envelhecimento no Brasil, afirma: “*é preciso reforçar, capacitar a rede de atenção primária para que ela esteja mais voltada às necessidades dessa população que envelhece, hoje o SUS está muito voltado para a saúde materno-infantil [...], e ainda comenta que [...] a OMS tem desenvolvido estudos-pilotos, criando uma espécie de caixa de ferramentas sobre como fazer para que o centro de saúde se torne mais amigo do idoso.* (KALACHE, 2007).

No que diz respeito a Rio Grande, na área de saúde, o município conta com o Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Rio Grande (FURG), com 180 leitos. Na cidade também há o complexo de hospitais da Santa Casa, tendo o hospital geral 329 leitos, o de cardiologia 100 leitos e o psiquiátrico com 130 leitos. Em relação ao atendimento comunitário nos bairros, funcionam 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, destas, 18 trabalham com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), compondo-se de 24 equipes distribuídas nesses postos, dando cobertura para aproximadamente 38% da população.

Cada equipe da ESF é responsável pelo acompanhamento de cerca de 3 a 4.500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área. A atuação das equipes ocorre principalmente nas UBS, nas residências e na mobilização da comunidade. (BRASIL, 2008b).

Com base nessas informações e também nos dados do IBGE (2007c) quanto às estimativas populacionais da cidade de Rio Grande que, em 2007, era de 194.351 pessoas, pode-se perceber que, apesar do número considerável de equipes do programa de ESF, ainda existe uma boa parcela sem esse tipo de suporte em algumas localidades.

Foi elaborado um estudo por Tier et al. (2006), no segundo semestre de 2005, que objetivava identificar iniciativas realizadas com pessoas idosas na cidade do Rio Grande, de tal estudo verificou-se o seguinte:

1) na área de promoção da saúde e manutenção da capacidade funcional, campanhas de vacinação contra Influenza; existência do Núcleo Universitário da

Terceira Idade (NUTI/FURG), dos grupos de convivência e outras iniciativas do Programa de apoio ao idoso;

2) na área de assistência às necessidades de saúde do idoso, o atendimento domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família;

3) na área de apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, a existência do Grupo de Ajuda Mútua para Familiares de Idosos com Doença de Alzheimer (GAM), que constitui a Sub-Regional Sul da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz);

4) na área de apoio a estudos e pesquisas, a presença do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatría, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON), na Escola de Enfermagem da FURG;

5) na área de capacitação de recursos humanos, as disciplinas específicas da Graduação e Mestrado em Enfermagem da FURG, com prioridade para os enfermeiros da Rede Básica de Saúde.

Percebeu-se, no estudo, que as ações existem, mas são desarticuladas e limitadas em seus recursos financeiros e humanos. (TIER et al., 2006).

Santos, Pelzer e Rodrigues (2007) realizaram uma pesquisa junto aos cuidadores participantes do GAM, questionando acerca do recebimento de ajuda ou orientações por parte dos profissionais nos centros de saúde do Rio Grande. De um total de 14 cuidadores, nove afirmaram que não recebem esse tipo de auxílio. Cinco cuidadores referiram que recebem ajuda, quatro citaram o GAM e um, ajuda de médicos.

Acrescentando, Pelzer (2005) relata que o município não conta com geriatras. No passado havia um ambulatório de geriatria no HU/FURG, desativado em 1993 por falta de docente na área dessa especialidade.

Em junho de 2008, por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), foi iniciado, na cidade do Rio Grande, o Programa de Atenção à Saúde do Idoso. Segundo a coordenadora do programa, foram realizadas, até o momento, capacitações com todos os enfermeiros e agentes comunitários de saúde atuantes nas equipes de ESF, bem como na rede básica, no sentido de preparar os profissionais para lidar com a clientela idosa e fornecer orientações em relação à promoção de saúde e qualidade de vida. Por sua vez, implantou-se a Caderneta de Saúde da pessoa idosa nos postos de saúde que trabalham com a ESF.

Foram formados três grupos de idosos para diabéticos e hipertensos até o momento (Out. 2008) nos postos Rita Lobato, Posto 4 e Parque São Pedro. Os idosos que freqüentam os referidos postos são convidados a participar dos grupos. Nessas reuniões são discutidos assuntos como cuidados na hipertensão e diabetes, como também são fornecidas orientações em relação à alimentação, vacinas e prevenção de quedas, entre outros. O programa pretende estender as reuniões para outros grupos de idosos, já existentes em outros bairros, que são coordenados pela parte do serviço social dentro da SMS.

Também estará sendo implantado pela SMS o projeto “Vida Ativa nas Comunidades do Rio Grande” que está na fase de capacitação dos profissionais. Um membro de cada unidade de saúde do programa de ESF será capacitado por um Educador físico e estagiários do curso de Educação Física. Esses membros realizarão sessões de prática de atividade física na comunidade, objetivando a sensibilização quanto à importância da promoção de saúde e prevenção de doenças por meio de um estilo de vida mais ativo. As pessoas convidadas serão todos os indivíduos com diabetes e hipertensão, agravos crônicos que predominam entre os idosos.

Diante dessa realidade e, sendo enfermeira de um setor de clínica médica de um hospital universitário, o qual possui cada vez mais um número crescente de pacientes idosos, questionei o que poderia fazer para contribuir como profissional de saúde com esses pacientes e familiares. Resolvi então trabalhar com os cuidadores familiares, com vistas a uma educação em saúde no processo de cuidar do paciente idoso com algum grau de dependência.

Para a busca do referencial teórico, foram utilizadas as fontes LILACS e MEDLINE da Biblioteca Virtual em Saúde BIREME, sites do Ministério da Saúde, IBGE, IPEA e também consultas a vários livros.

Nas consultas foram identificados outros trabalhos já realizados com cuidadores como: Alvarez (2001), Domingos (2003), Coelho (2004), Shier (2004), Cesar (2005), Luzardo (2005), Pelzer (2005), Carreira (2006), Gratão (2006), Silva (2007) na área da enfermagem; Almeida (2005) na área de medicina; Yuaso (2000), Sommerhalder (2001), Santos (2003) na área de educação e Gonçalves (2002) na área de engenharia da produção/fisioterapia, entre outros.

Mesmo sabendo que este tema já foi estudado por outros pesquisadores, acredito que o desenvolvimento deste trabalho foi importante para os cuidadores

familiares, pois, como já mencionado, os cuidadores enfrentam muitas dificuldades no processo de cuidar do idoso. Durante as visitas diárias aos pacientes do setor de clínica médica do HU, a maioria dos cuidadores refere que, ao cuidar do idoso no domicílio, surgem muitas dúvidas e dificuldades e, como algumas localidades do município ainda não contam com a ESF, acabam aprendendo a cuidar do idoso no dia-a-dia sozinhos, sem um apoio formal. Também referem que aprendem alguns cuidados durante a hospitalização, pois observam os profissionais da enfermagem no manejo com o idoso. Neste trabalho, consegui identificar com os cuidadores toda essa problemática.

Concordo com Schier (2004) ao considerar o familiar cuidador como cliente e parceiro da enfermagem, requerendo a educação em saúde, necessária no desenvolvimento de habilidades para o cuidado e o autocuidado, estratégias de enfrentamento do estresse que envolve o ato de cuidar de outrem e o preparo para os cuidados no domicílio após a alta hospitalar da pessoa idosa.

Para Schier (2004), o compromisso e a responsabilidade da enfermeira e dos profissionais da saúde em geral não se encerram com a alta hospitalar, pois o melhor nível de saúde possível da pessoa idosa e da família, no contexto domiciliar, pode refletir a qualidade de educação em saúde, proporcionada durante a hospitalização.

Para aplicar esta pesquisa foram utilizados pensamentos de Freire e Leininger, ambos acreditam que a cultura dos indivíduos deve ser respeitada, Paulo Freire no sentido de educar considerando os conhecimentos que cada pessoa traz de sua experiência de vida, e Madeleine Leininger no cuidado transcultural de enfermagem, no qual refere que ao cuidar do cliente, este deve ser respeitado quanto ao seu modo de vida, as suas crenças e os seus valores.

Assim, diante de todos os apontamentos, como pressupostos da pesquisa, acreditei que a criação de um espaço coletivo dialógico poderia proporcionar aos cuidadores a discussão de dificuldades e trocas de experiências entre eles e também com o profissional enfermeiro.

A partir desse pensamento surgiu a seguinte questão de pesquisa: como construir coletivamente um espaço dialógico com os cuidadores familiares dos idosos numa unidade de clínica médica, com vistas a uma educação em saúde?

O objetivo geral da pesquisa foi: construir um espaço dialógico coletivamente com os cuidadores familiares dos idosos internados na Unidade de Clínica Médica (UCM) do Hospital Universitário da FURG com vistas a uma educação em saúde.

Os objetivos específicos foram:

- discutir em grupo as dificuldades dos cuidadores no processo de cuidar do ser idoso;
- compartilhar as experiências entre os cuidadores, unindo-se aos conhecimentos do profissional enfermeiro;
- elaborar um guia a partir das discussões grupais, como um recurso para esclarecer dúvidas de outros cuidadores e para os profissionais conhecerem as necessidades mais freqüentes dos cuidadores familiares.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Para conduzir este estudo, apoiei-me inicialmente em alguns pensamentos da teoria da educação de Paulo Freire, principalmente no sentido da educação dialógica e respeito aos saberes dos educandos. Também busquei uma teoria de enfermagem que pudesse dar embasamento teórico de acordo com o pensamento freireano. Para tanto, estudei Leininger que traz a teoria transcultural de cuidados de enfermagem. Além destes, foi necessário buscar outros referenciais, como as políticas públicas de atenção à pessoa idosa que fazem menção aos cuidadores, a família e o cuidador familiar, elementos importantes no processo de envelhecimento.

1.1 A BUSCA DE ALGUMAS IDÉIAS EM FREIRE

A educação é, antes de mais nada, ato de amor e coragem, que está embasada no diálogo, na discussão e no debate. O homem vive em constante aprendizado, não havendo homens “ignorantes absolutos”, já que existem diferentes saberes, alguns sistematizados, outros não. (FREIRE, 2000, p. 104).

A educação tem caráter permanente. Não há seres educados e não educados. Estamos todos nos educando. Existem graus de educação, mas estes não são absolutos. (FREIRE, 1991, p. 14).

Os graus de educação, de que fala Freire, não são absolutos, pois o ser humano é inacabado, incompleto, está em constante busca do seu próprio crescimento. Não há saber e nem ignorância absoluta, há somente uma relativização destes. Por isso, como profissionais de saúde, não é viável colocar-se na posição de seres superiores que ensinam um grupo de ignorantes, mas sim na posição humilde daqueles que comunicam um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo. É possível afirmar que tanto ensinar como cuidar exige respeito aos saberes dos indivíduos, sobretudo das classes populares, saberes socialmente construídos no seu dia-a-dia com suas possibilidades e limitações. (FREIRE, 1991, 2002).

Em outras palavras, quando o profissional de saúde se reconhece como um ser superior que transfere conhecimentos a ignorantes, tem-se a educação bancária. O cuidador recebe passivamente os conhecimentos, tornando-se um depósito do

educador. Já a educação crítica está fundamentada sobre a criatividade e estimula uma ação e uma reflexão verdadeiras sobre a realidade, ou seja, possibilita, e mais, exige a problematização da realidade do cuidador, dos recursos de que dispõe e do modo como vai utilizá-los frente ao saber cuidar proposto. (FREIRE, 1991).

De acordo com Almeida et al (2005), é fundamental o respeito pela experiência, cultura, valores e crenças das pessoas, pois só há possibilidade de diálogo, se alicerçada no respeito. Valla (2000), ao falar especificamente de classes populares, assinala que, se existe dificuldade na relação dialógica dos trabalhadores em saúde com a população, possivelmente, esta se situe na incompreensão sobre como as pessoas dessas classes pensam, percebem e situam-se no mundo. Parece haver uma incapacidade de aceitar que pessoas da periferia são capazes de produzir conhecimento e que esse conhecimento está vinculado às suas raízes culturais, aos seus valores, modos de ser e de viver.

O diálogo é o instrumento principal da pedagogia da comunicação e da estratégia de saúde que se deve dar de forma horizontal, no qual os sujeitos, profissionais de saúde e cuidadores, podem pensar sua realidade sem críticas e julgamentos exteriores que, problematizada, os desafia na busca de soluções, unidos por um mesmo ideal. (NASCIMENTO, 2003).

Na educação problematizadora, são trazidos do próprio universo das pessoas os temas geradores, ou seja, as suas necessidades e dificuldades como mobilizadoras de uma discussão, buscando apontar soluções e caminhos para os seus problemas. Os temas geradores são temas concretos da vida cotidiana, quando se fala sobre ela. (BRANDÃO, 1991). O saber técnico e científico precisa interagir, de forma respeitosa, com o saber e a cultura popular, através do diálogo nas práticas educativas, ampliando as visões de ambos os sujeitos: professores e educandos ou profissionais de saúde e usuários, num processo de construção compartilhada do conhecimento. (WEYDT et al., 2004; GAZZINELLI et al., 2005).

1.2 ALGUNS ASPECTOS RELEVANTES DA TEORIA DE MADELEINE LEININGER

George (2000) refere que na teoria de enfermagem transcultural, construída por Leininger, as pessoas de cada cultura podem saber e definir as formas nas quais experimentam e percebem seu mundo de atendimento de enfermagem e podem relacionar essas experiências e percepções com suas crenças e práticas gerais de saúde. Desse modo, o atendimento de enfermagem desenvolve-se no contexto cultural no qual será proporcionado.

Acrescenta, ainda, que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, sendo definido por ela como diversidade do cuidado, porém, existem pontos comuns no cuidado de todas as culturas, o que chama de universalidade.

Boehs (2002), ao citar Leininger, descreve que para a autora o cuidado humano é universal, que para nascer, crescer, viver e morrer precisa ser cuidado, no entanto, cada cultura tem uma estrutura social e ambiente diferenciado, sendo assim terá sua própria visão de saúde, doença e cuidado.

Nesse sentido, George (2000, p. 299), ao citar Leininger (1988), traz o pensamento da autora:

O conhecimento de significados e práticas derivados da visão de mundo, de fatores da estrutura social, de valores culturais, do contexto ambiental e de usos de linguagem são essenciais para orientar as decisões e ações da enfermagem na promoção do cuidado cultural congruente.

O conhecimento dos valores, das crenças e as práticas de cuidado cultural servirão como base para três modos de ações no atendimento de enfermagem, ressaltando que todos exigem a participação da enfermeira e do cliente. São estes: a preservação do cuidado cultural, o ajustamento do cuidado cultural e a repadronização do cuidado cultural. (GEORGE, 2000).

Leininger (1991), citada por George (2000), refere que a preservação do cuidado cultural inclui ações e decisões profissionais assistenciais que ajudam os indivíduos de determinada cultura na preservação de valores relevantes de cuidado, mantendo o seu bem-estar, recuperação da doença ou encarando deficiências e/ou morte. O ajustamento do cuidado cultural ou negociação inclui ações e decisões profissionais assistenciais que ajudam os indivíduos de uma determinada cultura a

adaptar-se ou a negociar com as outras um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com prestadores de cuidados profissionais. A repadronização do cuidado cultural ou reestruturação inclui as ações e decisões profissionais assistenciais que ajudam o cliente na reorganização, troca ou modificação de seu estilo de vida para um nível de atendimento de saúde novo, diferente e benéfico, proporcionando um modo de vida mais saudável, sendo respeitados os valores culturais e as crenças do cliente.

Ainda, para a autora, os indivíduos que recebem um atendimento de enfermagem, que não possuam um mínimo de congruência cultural, ou seja, compatível e respeitando o modo de vida, as crenças e os valores do cliente, demonstrarão sinais de estresse, não-comprometimento, conflitos culturais e/ou preocupações éticas ou morais.

1.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA QUE FAZEM MENÇÃO AOS CUIDADORES

Nas políticas públicas, referentes à pessoa idosa, vem-se discutindo a importância de orientações das instituições de saúde sobre o cuidado e apoio às famílias cuidadoras de seus idosos. Em 1994, quando foi sancionada a primeira lei referindo-se à pessoa idosa, a Política Nacional do Idoso, o cuidado informal² e a formação de grupos de auto-ajuda começaram a ser incentivados. (BRASIL, 1994).

Em abril de 1999 foi publicada a Portaria Interministerial nº 5.153, na qual foi instituído o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, este devendo atuar de forma descentralizada, envolvendo os Secretários Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, através do estabelecimento de protocolos específicos com as universidades e entidades não-governamentais, visando à capacitação de recursos humanos nas diferentes modalidades de cuidadores: domiciliar (familiar e não-familiar) e institucional. (BRASIL, 1999a).

² Cuidado informal realizado pelo cuidador informal pode ser uma pessoa da família, amigos e voluntários. Este cuidador, sem a necessária formação específica, é o responsável pelo desenvolvimento das ações desenvolvidas relativas ao idoso (YUASO, 2000). Também existe o cuidador formal que, segundo Santos (2003), é todo profissional e instituição que realiza atendimento sob a forma de prestação de serviços.

Na Política de Saúde do Idoso, em Dezembro de 1999, houve o estímulo para a busca de uma parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários às suas atividades diárias. Essa parceria era a estratégia menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas idosas. (BRASIL, 1999b).

Em 2002, entrou em vigor a Portaria nº 702 com o intuito de criar mecanismos para organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência ao Idoso, também foi editada a Portaria nº 249 sobre as normas para cadastramento de Centros de Referência³ para a pessoa idosa, os quais integrariam as respectivas Redes. (BRASIL, 2002a; 2002b). Uma das exigências para o cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso é o desenvolvimento de programas de orientação do acompanhante do idoso no período de internação, orientando-o sobre como pode melhorar o apoio que dá à pessoa idosa relativos aos aspectos de dependência, buscando preservar ao máximo a autonomia dela. Após a alta hospitalar, deve receber apoio constante, através de um programa desenvolvido pela equipe de saúde quanto aos cuidados a serem prestados ao idoso no ambiente domiciliar. (BRASIL, 2002b).

Em 2003, no Estatuto do Idoso, é enfatizado novamente que as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos de atendimento ao idoso e, dentre estes, está a orientação de cuidadores familiares e a formação de grupos de autoajuda. (BRASIL, 2003).

Recentemente, em janeiro de 2006, foi instituída a Portaria GM nº 120 que determinou a constituição de um grupo de trabalho para revisar as portarias nº 702/GM e SAS/MS nº 249 mencionadas anteriormente. Produziu-se um documento no qual consta que os Centros de Referência continuam a ser unidades de alta complexidade, porém foram retiradas as exigências, para efeito de credenciamento, de possuir modalidades de atenção hospital-dia geriátrico e atendimento domiciliar. (TELLES, 2006).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida.

³ Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso é o hospital que dispõe de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada, envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de constituir-se em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos (BRASIL, 2002a).

Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma de suas prioridades, sendo duas de suas ações estratégicas, a atenção diferenciada na internação hospitalar e o incentivo à atenção domiciliar. (BRASIL, 2006b).

Em outubro de 2006, após o Pacto pela Saúde, foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que evidenciou um número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso fragilizado, previsto no Estatuto do Idoso. A família, ao cuidar do idoso, necessita de um suporte qualificado e constante, e o programa de Saúde da Família tem papel fundamental nesse suporte. (BRASIL, 2006c).

Fazendo uma observação em relação às políticas de saúde, têm ocorrido queixas dos Gestores Estaduais e Municipais e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) quanto à dificuldade de se manterem atualizados com as novas regras instituídas a cada tempo e de não serem regulamentados aspectos importantes aprovados nas leis, além de desconsiderarem uma participação mais abrangente dos segmentos interessados. (BAPTISTA, 2007).

As políticas de atenção à pessoa idosa foram bem elaboradas, no entanto, perante a realidade, percebe-se que ainda há muitos entraves para que sejam efetivamente operacionalizadas. Existem inúmeras realidades institucionais no país, poucos esforços dos Estados e Municípios para a elaboração de políticas locais condizentes com as necessidades de suas regiões, se se considerar que o Brasil tem, além das dimensões continentais, diversidades étnicas e culturais. Segundo Moreira (2001), no Brasil, existem diferenças regionais, dimensionais, de intensidade do envelhecimento populacional e de desenvolvimento socioeconômico, por isso, faz-se necessária a elaboração de políticas sociais diferenciadas.

Nas regiões mais pobres como no Nordeste, a esperança de vida não chega aos 60 anos e nas mais desenvolvidas, como no Sul, passa dos 70 anos, existindo dessa forma velhices distintas. Assim, o atendimento dessa população tão heterogênea deveria ser adaptado às condições locais. (RODRIGUES; RAUTH, 2006).

O envelhecimento da população de certas regiões também sofre influência do processo migratório. Conforme Brito (2001), em contextos mais reduzidos, a migração pode ser seletiva em termos de idade. A população que migra geralmente é a mais jovem, contribuindo, assim, para o rejuvenescimento das áreas de destino e envelhecimento das áreas de origem. Logo, as áreas onde a população envelhece

mais rapidamente devem ter uma atenção especial na elaboração das políticas públicas, pois tendem a ter uma estagnação econômica.

1.4 ASPECTOS RELEVANTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Ainda é grande a desinformação sobre o processo de envelhecimento e suas particularidades no contexto social. Nesse sentido considero importante trazer alguns conceitos e aspectos relevantes do processo de envelhecimento.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 1982), o ser idoso difere entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Nos primeiros, são consideradas idosas as pessoas com 65 anos ou mais e nos países em desenvolvimento são idosos aqueles com 60 anos ou mais, como é o caso do Brasil.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como:

um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. (OPAS apud BRASIL, 2006a).

O envelhecimento ainda pode ser compreendido como:

um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo. (BRASIL, 2006a).

Para Rodrigues; Diogo; Barros (1996, p. 12):

O envelhecimento é um processo universal, é um termo geral que, segundo a forma em que aparece, pode-se referir a um fenômeno fisiológico, de comportamento social, ou ainda cronológico, isto é, de idade. É um processo em que ocorrem mudanças nas células, nos tecidos e no funcionamento dos diversos órgãos. O homem em desenvolvimento durante o ciclo da vida é um ser biopsicossocial, podendo sofrer influências e influenciar o ambiente em que vive, num processo de adaptação, em suas relações com o mundo. O ambiente físico, político e cultural em que o homem estiver situado pode facilitar ou dificultar o processo de adaptação, acelerando ou retardando o envelhecimento.

Ao trazer definições de outros autores, têm-se algumas considerações de Motta (2004) dizendo que o envelhecimento ao nível biológico pode ser determinado

por uma idade funcional que resulta da interação da herança genética e dos elementos do meio ambiente. Dessa forma, os indivíduos teriam experiências variadas com efeitos na saúde física, orgânica e/ou funcional. Alguns aspectos condicionariam os organismos a desenvolverem-se com êxito ou não. São citados a alimentação, educação, trabalho e relações sociais.

Em relação ao social, o envelhecimento é influenciado pela inter-relação de fatores individuais e sociais, resultado da educação, trabalho e experiência de vida. Para cada idade que o indivíduo passa durante a vida, a sociedade determina funções adequadas que o mesmo deve desempenhar como estudo, trabalho, casamento, aposentadoria, entre outros. (MOTTA, 2004).

Motta (2004) ainda destaca que o processo de envelhecimento está diretamente ligado ao modo como se vive em todos os seus aspectos: econômico, social, psicológico, de saúde física, entre outros. Por isso, ressalta que nunca é tarde para modificar comportamentos e hábitos na busca de uma melhor qualidade de vida.

É nesse sentido que as Nações Unidas, diante do envelhecimento da população mundial, orientam que as políticas devam focar intervenções preventivas e educação para a saúde, como evitar o hábito de fumar e beber em excesso e praticar exercícios físicos para reduzir a obesidade. Tais medidas poderiam ajudar a reduzir os riscos de desenvolver doenças crônicas como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares em idade avançada. (Naciones Unidas, 2007a).

A respeito de algumas características mais específicas do envelhecimento, Ramos e Toniolo Netto (2005) destacam que o organismo do ser humano tem uma grande reserva funcional, garantindo o seu funcionamento, porém, com as mudanças ocorridas no processo de envelhecimento, há uma diminuição desta capacidade de reserva, comprometendo a sua função.

Neste sentido, com o processo de envelhecimento, existe a tendência da fragilidade progressiva, determinada pela diminuição da capacidade física e funcional⁴. Assim, as pessoas idosas nos seus aspectos biopsicossociais próprios

⁴ A perda da capacidade funcional significa "...a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária". (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003, p.840). As atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. São elas: utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições, cuidar das próprias finanças. (BRASIL, 2006a).

necessitam de assistência diferenciada, principalmente em termos de saúde. Isso acarreta uma maior demanda nos serviços de saúde, internações mais frequentes e tratamentos mais prolongados. (DOMINGOS, 2003; SILVA; ALMEIDA; NETO, 2005).

Souza, Skubs e Brêtas (2007) referem que no idoso, além do aumento da vulnerabilidade, há a ocorrência de patologias que podem causar a diminuição da capacidade funcional. Por isso é importante saber que algumas dificuldades e perdas, apresentadas pelo idoso, são normais, e também aprender a reconhecer o que é um processo normal do envelhecimento, o que pode ser um processo patológico e quando é necessário procurar um recurso profissional de saúde.

Isso é essencial, no sentido da detecção e tratamento de doenças na pessoa idosa, para evitar erros ao tratar o envelhecimento natural como doença, fazendo exames e tratamentos desnecessários. (BRASIL, 2006a).

1.5 A FAMÍLIA E O CUIDADOR FAMILIAR

Segundo Karsch (2003), nos Estados Unidos e países da Europa, as políticas públicas investem recursos na construção e manutenção de redes para suporte aos idosos e cuidadores. Saad (2004) cita que, nesses países desenvolvidos, o papel da família como provedora central de suporte básico aos idosos foi sendo substituído pelo setor público. Todavia, para Santos (2003), na maior parte dos países menos desenvolvidos, como no Brasil, nos quais há deficiências, principalmente nas áreas de saúde pública e seguridade social, os cuidadores familiares dos idosos, no ambiente domiciliar, geralmente não têm apoio do sistema formal de saúde ou de uma rede de suporte social.

Nesse sentido, a família nem sempre terá condições de dar o apoio de que necessitam. (RODRIGUES; RAUTH, 2006). Na mesma linha de pensamento, acredito que o governo, diante do acelerado crescimento da população idosa e das dificuldades das famílias em cuidar desses idosos, tem investido na fiscalização das instituições de longa permanência (ILPs), o que podemos constatar através da Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de Nº 283 de 26 de Setembro de 2005, a qual descreve sobre a melhoria das condições e

monitoramento das ILPs. No entanto, na realidade brasileira, ainda existem muitas deficiências de acordo com a resolução.

Portanto, a família continua sendo a principal fonte de assistência para boa parte dos idosos (CAMARANO, 2006b) e, segundo Alvarez (2001), acaba tendo obrigação e encargo de cuidar devido à escassez de apoio por parte das instituições públicas.

Tradicionalmente, a expectativa é que as famílias cuidem de seus idosos e mesmo que os filhos adultos tenham consciência desta responsabilidade de cuidar, e os idosos tenham expectativas de serem cuidados pelos filhos, embora alguns fatores tenham contribuído para diminuir essas expectativas e responsabilidades, como as mudanças nas estruturas familiares. (ALVAREZ, 2001; KARSCH, 2003; CALDAS, 2004). Estas estão modificando-se devido às separações; divórcios e novas uniões; instabilidade no trabalho e movimentos de migração nacional e internacional em busca de melhores oportunidades de trabalho; crescimento da mulher no mercado de trabalho e o aumento da longevidade humana.

Em relação à entrada da mulher no mercado de trabalho, Romero (2002) ressalta que grande parte necessita ajudar na economia de sua família e, muitas vezes, a responsabilidade do sustento da casa são delas.

Atualmente, as famílias extensas foram substituídas pelas famílias nucleares⁵ (Caldas, 2004), e estas estão tornando-se frágeis devido às taxas elevadas de divórcios, dos recasamentos, das diferentes formas de coabitação. (DEBERT; SIMÕES, 2006).

Debert e Simões (2006) ainda referem que, nas famílias com filhos, os arranjos nucleares biparentais são os que prevalecem, porém, devido ao crescimento de mulheres solteiras com filhos, cresce o número de crianças vivendo em famílias monoparentais. Outro fator relevante é o expressivo crescimento de arranjos não-familiares, nos quais pessoas sem relações de parentesco estão agrupadas ou pessoas que vivem sozinhas, homens jovens e solteiros e mulheres mais velhas e viúvas.

Segundo Karsch (2003), tanto novos laços afetivos como rupturas podem acontecer nas relações familiares em casos de divórcios e novas uniões. Essas

⁵ Família nuclear – unidade constituída pelo par heterossexual e seus filhos dependentes. (DEBERT; SIMÕES, 2006).

mudanças poderão mais tarde influenciar na identificação do cuidador e na organização dos cuidados para os idosos que moram no domicílio.

Para Lemos e Medeiros (2006), em relação às redes informais de suporte ao idoso, é na família e na convivência com vizinhos que as pessoas constroem relações que representam a sustentação para o enfrentamento das dificuldades cotidianas. Porém, as autoras alertam que, muitas vezes, a vizinhança é a única alternativa de ajuda, devido à restrição dessas redes, pela opção atual dos casais, de terem poucos filhos ou não terem. Frequentemente ocorrem situações nas quais os idosos dependem dos vizinhos, amigos, comunidade, por não possuírem familiares diretos, por terem sido abandonados pela família ou porque os parentes residem longe.

Dados da PNAD de 2003 e 2006 mostram que na década de 80, o número de pessoas na família era em média 4,5; em 2003 3,3; e em 2006 3,2 pessoas, demonstrando que as famílias estão diminuindo, mas, mesmo assim, é ela, na maioria das vezes, que dá o suporte ao familiar idoso. (IBGE, 2004b, 2007b).

A família atual, com os seus novos arranjos, conforme descrito anteriormente, tem dificuldades para enfrentar as crescentes demandas de apoio financeiro, de suporte emocional, de cuidados pessoais, entre outros. Por isso, “[...] a mobilização de apoios intergeracionais informais torna-se uma importante estratégia de sobrevivência, o que pode resultar na co-residência entre idosos e seus filhos, netos e até bisnetos.” (DEBERT; SIMÕES, 2006, p. 1370). Isso acarreta situações em que o cuidador é responsável para cuidar tanto dos filhos quanto de seus pais ou avós. (SANTOS, 2003). Assim, é comum nos dias de hoje encontrar estes novos arranjos familiares nos domicílios, sendo chamados de multigeracionais, nos quais residem pessoas de três ou mais gerações, o que era pouco encontrado até a metade do século passado. (SANTOS, 2003; PACHECO, 2004).

No Brasil como na América Latina em geral, o intercâmbio de ajuda entre os membros da família está presente, é como se fosse um contrato intergeracional, definindo o papel de cada um durante os vários estágios da vida. Este apoio entre as gerações parece ser reforçado por normas tradicionais de culturas ou imposições sociais. (SAAD, 2004).

A coresidência pode ser uma estratégia das famílias em benefício tanto das gerações mais novas como das mais velhas, mas, em diversos trabalhos para vários

países no mundo, ela se dá normalmente pela necessidade dos mais jovens. (CAMARANO et al., 2004).

A população idosa está vivendo mais e em melhores condições financeiras e de saúde, e os filhos estão saindo da casa dos pais com idades mais avançadas. Assim, ficam dependentes economicamente por mais tempo, isso se deve a instabilidade do mercado de trabalho, ao maior tempo gasto com estudos e um crescimento das instabilidades nas relações afetivas. Em relação aos idosos, a necessidade de coresidência cresce de acordo com o envelhecimento destes. Tal fato proporciona o compartilhamento de experiências, o suporte financeiro e emocional entre as gerações, destacando-se as relações entre avós e netos. Ressalta-se, ainda, que as trocas intergeracionais também podem ser importantes na valorização do idoso nas sociedades. (CAMARANO et al., 2004).

Em 2003, nas famílias que continham idosos, estes contribuíram com 70% da renda familiar. Dentre o total de famílias com idosos residindo, encontraram-se filhos maiores de 21 anos morando em 44,9% delas. Destes, aproximadamente 31% não tinham rendimento e 28,9% não estudavam e nem trabalhavam. (CAMARANO, 2006a).

Segundo a PNAD, realizada em 2006, em relação à análise dos arranjos familiares onde os idosos estão inseridos, percebeu-se que a convivência com familiares prevalece. O tipo mais comum de arranjo encontrado foi aquele em que o idoso mora com seus filhos, correspondendo a 44,5% no conjunto do país. (IBGE, 2007b).

Os benefícios sociais, que os idosos recebem, contribuem de maneira significativa na renda das famílias, e isso deve estar associado à expressiva redução de pobreza nelas ocorrida. (CAMARANO et al., 2004). Muitas vezes estas pensões e aposentadorias é a única renda da família. (CAMARANO, 2006b).

Outro dado da PNAD de 2006 mostra que, no grupo de 60 anos ou mais, o percentual de beneficiários era de 76,6%, aumentando para 84,6%, quando se referia aos idosos acima de 65 anos. (IBGE, 2007b).

Fazendo uma observação sobre as pensões, Camarano (2006b) cita os principais benefícios da previdência social que são as aposentadorias (por tempo de contribuição, idade ou invalidez) e pensões por morte. A aposentadoria por idade é adquirida aos 65 anos para homens e aos 60 anos para as mulheres. Para isso, ambos precisam ter contribuído pelo menos 15 anos. No caso da aposentadoria por

tempo de contribuição, os homens ganham este direito quando contribuíram para o sistema por no mínimo 35 anos e as mulheres 30 anos. Em relação à aposentadoria por invalidez, será concedida ao contribuinte que estando ou não recebendo o auxílio doença, seja considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o trabalho.

Em 1974, na política previdenciária, foi instituída a renda mensal vitalícia (RMM). Esta beneficiava pessoas com idade superior a 70 anos ou inválidos, com comprovação de trabalho em algum período da vida, que não ganhassem nenhum benefício do INSS e não tivessem renda própria ou familiar para o seu sustento. Esta foi substituída, em 1993, pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) na implementação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). O BPC contempla com um salário mínimo mensal pessoas com 65 anos ou mais, ou portadoras de deficiência que comprovem uma renda per capita familiar inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, considerada renda insuficiente para a família, estando sujeitos a reavaliações periódicas num prazo de dois anos para continuidade ou não do recebimento do benefício. No antigo benefício (RMM) não havia reavaliação, pois o critério principal era a participação prévia no mercado de trabalho. (CAMARANO, 2006b).

Mesmo com as dificuldades, apresentadas nos dias atuais, para o idoso ser cuidado pelos seus familiares, dentro das políticas públicas, é na família nuclear que a constituição brasileira se baseia, a qual cita que os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice. (DEBERT; SIMÕES, 2006). Também acredito que a família do idoso ainda é o melhor lugar para ele ser acolhido. Penso que a maioria das pessoas gostaria de poder ficar perto dos seus familiares durante a velhice. Isso é confirmado no estudo de Vilela et al. (2006), no qual 84% dos cuidadores referiram que ao chegar a velhice gostariam de ser cuidados pelos seus filhos e outros familiares e, se possível, na sua própria casa. Fazendo uma observação, ressalto que isso pode ser considerada uma questão cultural, pois nos países europeus, por exemplo, grande parte dos idosos com mais de 70 anos vivem sozinhos ou apenas com seus cônjuges. (IACOVU, 2000; GIBSON; GREGORY; PANDYA, 2003).

Para Rodrigues e Rauth (2006), a família tem significativa importância para o idoso, pois são nas relações familiares que ele vive com mais assiduidade e intensidade.

Segundo Meléndez, Tomás e Navarro (2007), a presença dos filhos ajuda a gerar bem-estar no idoso a medida que a idade avança e favorece a sensação de apoio psicológico, auxiliando nas atividades cotidianas e instrumentais.

No entendimento de Carreira (2006), devido à proximidade e à convivência da família com o idoso, esta tem mais condições de acompanhar o processo de saúde-doença de seus membros, pode detectar sinais de doença ou preocupação com mudanças mínimas na aparência, na disposição, que são despercebidos a outros.

Nakatani et al. (2003) destacam que manter o idoso no lar, ao contrário da institucionalização, pode ser importante na conservação da sua própria identidade, favorecendo sua autonomia e independência.

Ainda segundo Walsh (2001), outro benefício de manter o idoso com sua família está no fato dela não apresentar deteriorização tão severa quanto aqueles institucionalizados, pois, estes últimos, costumam ser muito medicados.

Para Gonçalves (2002, p. 30), “a família oferece apoio do tipo social, funcional, econômico, material e afetivo”, “[...] ajuda em tarefas domésticas, de asseio e outras atividades da vida diária”, comenta ainda que ela tem a função de acompanhar o idoso, apoiá-lo e dar afeto, assim como providenciar no transporte quando se fizer necessário, assisti-lo em caso de doença, inclusive economicamente, no que se refere à compra de medicamentos e outros gastos. Por fim, o autor conclui-se que o tipo e a quantidade de ajuda recebida dos filhos “estão associados a fatores como proximidade residencial, o estado civil, a saúde e a necessidade do idoso, o poder econômico normalmente menor do idoso em relação ao de seus filhos, os laços afetivos e o sexo dos filhos”.

Vê-se que na sociedade brasileira o cuidado do idoso recai sobre a família, tanto social como legalmente, no entanto, a família não recebe nenhum preparo para essa função. (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007).

Vilela et al. (2006) acreditam que, para cuidar do idoso, não adianta somente a disposição e a solidariedade do cuidador, também são necessárias orientações básicas sobre as doenças que podem acometer o idoso e estratégias de cuidado nas diversas situações.

Para Silva (2007), falta orientação ao idoso doente e aos seus familiares por parte dos serviços de saúde e profissionais no momento das hospitalizações, assim como na alta hospitalar ou para o acompanhamento ambulatorial.

Coelho (2004) aponta, em seu estudo com grupo de familiares de idosos com Alzheimer, que, na sua vivência profissional numa instituição hospitalar, observou que no retorno do idoso ao domicílio, tanto o paciente como a família recebiam orientações médicas, enquanto que as de enfermagem quase não existiam.

Caldas (2004) ainda traz outro aspecto importante que é a demora para conseguir as consultas médicas, principalmente quando estas são para especialistas, e exames complementares, além de outros. A autora também refere que, muitas vezes, o familiar não recebe a orientação por parte dos profissionais sobre o local para conseguir o tratamento e, quando conseguem recurso, existem outras dificuldades como transportar o idoso devido as suas limitações físicas.

Nas situações de hospitalização, com o retorno do idoso para o domicílio, a situação torna-se ainda mais difícil, pois, segundo Diogo (1997), as rotinas da família são alteradas, adaptações na casa acabam sendo exigidas devido às limitações do idoso, e o cuidador familiar enfrenta situações de angústia, fadiga, insônia e estresse. Para Gonçalves (2002), o cuidado ao idoso requer um ambiente adequado, por isso algumas modificações podem ser necessárias no ambiente domiciliar como instalação de corrimão, rampas, barras de apoio etc.

Alvarez (2001) acrescenta que, para o cuidado ao idoso, o cuidador necessita de aprendizagem, pois o cuidado pode ser complexo e envolve várias tarefas. A autora destaca cuidados com a administração da medicação em horário correto, com a hidratação e a alimentação conforme as necessidades do idoso e prevenção de úlceras de pressão e seus curativos, quando já instalados. Também refere a disposição do doente em seguir o tratamento médico, a demora e o esforço exigido na reabilitação do idoso e a necessidade de se estimular o autocuidado e a autoestima.

Na opinião de Carreira (2006), a família precisa se organizar para dar suporte ao idoso com doença crônica desde a fase inicial. Nesta organização também serão “escolhidos” os familiares que irão cuidar deste idoso.

Vários fatores influenciam para que as pessoas assumam a tarefa de cuidar: a cultura, os ensinamentos religiosos, a história de vida, a sensação de dever para com o familiar doente, a disponibilidade pessoal, a habilidade destas para alguns cuidados específicos, o tipo de atividade laboral que realizam, a condição econômica dos membros da família, as relações de afeto, a afinidade, a construção da relação

familiar com o doente e, ainda, a questão de gênero. (SOMMERHALDER, 2001; CALDAS, 2004; COELHO, 2004; CARREIRA, 2006).

Alvarez (2001) relata que, geralmente na família, a mulher é a cuidadora. Segundo Caldas (2004), na maior parte dos países do mundo as mulheres são responsáveis pelos cuidados aos idosos. Isso pode ser explicado pelo fato de as mulheres antigamente ficarem dentro de casa, assim estando disponíveis para cuidar.

Para Martinez (2007) o ato de cuidar pode estar ligado ao gênero feminino por uma herança cultural com componente histórico ou por tradição familiar, onde a mulher era geralmente delegada ao cuidado de sua casa e dos membros de sua família, dadas as características de delicadeza, dedicação e abnegação.

A mulher ao longo da história humana vem assumindo o papel de cuidadora principal, no cuidado aos filhos; como mulher, com o companheiro e com os idosos da família. (COELHO, 2004).

No dizer de Coelho (2004), as famílias interpretam ser função da mulher a obrigação do cuidado, independente de ela ter ou não disponibilidade de tempo. Muitas trabalham fora ou têm outros compromissos e isso acarreta uma sobrecarga de atividades, podendo interferir na saúde delas.

Outro aspecto a ser destacado, que pode agravar ainda mais esta situação, é que, apesar da família programar rodízios na tarefa de cuidar do familiar idoso, a responsabilidade de cuidar recai sobre um único membro da família. (MARCON, 1998).

Nesse mesmo pensamento, Alvarez (2001) traz, em sua pesquisa com cuidadores, que eles citaram o sentimento de solidão na tarefa de cuidar, de terem assumido o cuidado e não conseguirem dividir com os outros familiares. No estudo de Luzardo, Gorini e Silva (2006) sobre as características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores, foi evidenciado que não há rodízio entre a maioria dos cuidadores, levando-os à sobrecarga.

Para Vilela et al. (2006), o cuidado de um idoso em tempo prolongado expõe o cuidador a riscos de adoecer, principalmente os cuidadores únicos que estão sempre sobrecarregados por assumirem total responsabilidade. Quando o cuidador é mulher, esta ainda acumula papel de mãe, esposa, entre outros. A situação de sobrecarga pode levar o cuidador ao autodescuido, o que foi constatado pelos autores no seu trabalho, no qual em 14,9% das respostas, os cuidadores referiram

não ter mais tempo para cuidar de si mesmos. No estudo de Alvarez (2001), os cuidadores também relataram deixar sua saúde para segundo plano, e que procuram assistência somente quando a doença se agrava.

Entre as conseqüências do cuidado, Vilela et al (2006) constataram ainda que 47% dos cuidadores têm problemas na vida profissional, como a redução na jornada de trabalho, até o seu abandono em 58%.

Para Gonçalves (2002), o estado físico e psicológico do cuidador influencia diretamente no cuidado ao idoso. O cuidador ao apresentar problemas de saúde acaba comprometendo a qualidade do cuidado, não conseguindo atender as reais necessidades do idoso.

Diante de todos os fatos expostos, acredito que sempre que se pensar em trabalhar com o cuidador familiar, no sentido de melhorar a assistência prestada ao idoso, deve-se também pensar no cuidado do cuidador, pois como se vê, este geralmente trabalha sozinho, sem nenhum apoio formal ou informal, tendo uma sobrecarga e muitas vezes deixando de lado sua saúde.

De acordo com Pacheco (2004), a busca de grupos de apoio aos cuidadores e de profissionais de gerontologia é a melhor alternativa para administrar tais situações.

O enfermeiro tem um papel importante no apoio aos cuidadores, pois o cuidado ao ser humano é a essência da enfermagem, por isso ele é o profissional que pode perceber melhor as dificuldades vivenciadas por eles. Para Marques, Rodrigues e Kusumota (2006), o enfermeiro deve incentivar a família na participação e responsabilidade no cuidado do idoso dependente e também deve orientá-la tanto na internação como na comunidade.

De acordo com Sommerhalder (2001), com a falta de suporte por parte dos serviços públicos, os cuidadores com o apoio informal de amigos, vizinhos, parentes e amigos aprendem a cuidar através de erros e acertos, descobrindo assim o melhor modo de se adaptar a novas situações. A autora ressalta que, se o cuidador tiver orientações prévias de um profissional habilitado, muito sofrimento se evita na adaptação da tarefa de cuidar.

Caldas (2000) observa que, em sua prática no trabalho com cuidadores, a assistência de enfermagem é muito valorizada pelos cuidadores. Ainda relata que eles não faltam às consultas e referem melhor desempenho no cuidar do idoso. Por fim, a autora considera que o mais importante de tudo para o cuidador é a

necessidade de falar e ser ouvido e, para isso, é importante a disponibilidade do enfermeiro para com o cuidador.

Concordo com Santos (2003), quando afirma que, para as famílias exercerem o papel de cuidadores informais, são necessárias condições de infraestrutura e suporte e, para que estas sejam eficazes, devem-se conhecer as necessidades de cuidado do indivíduo doente e a realidade em que estas famílias vivem. Para Gratão (2006), o conhecimento de dados referentes ao cuidado da família, dispensado ao idoso, pode ser fundamental para entender melhor as dificuldades vivenciadas pela família e dar embasamento para efetivas orientações a estes familiares.

Domingos (2003) apresentou, em seu estudo sobre o cuidado familiar na percepção de idosos de uma comunidade, que os idosos consideram importante uma rede de serviços de suporte para a família no sentido de acolhimento das demandas do idoso e seus familiares. Os idosos apontaram como prioritários os serviços de atenção básica de saúde e social. Também comentaram que as experiências que tiveram, ao precisar de assistência primária de saúde, não foram bem-sucedidas. A autora sugere que exista uma ajuda financeira, pelo Estado, à família em que o familiar cuidador tenha que abandonar o emprego para cuidar do idoso doente quando fique dependente de cuidados no domicílio.

Oliveira (2006) também refere que alternativas assistenciais como centros-dia, programas de cuidadores formais, entre outros, poderiam contribuir com a família cuidadora.

Na visão de Luzardo, Gorini e Silva (2006), os idosos que apresentam grau elevado de dependência não se beneficiam da maior parte dos programas relacionados à pessoa idosa, pois estes visam à qualidade de vida e interação dos idosos com a sociedade, o que não é o caso destes que estão restritos ao domicílio.

Karsch (2003), em seu estudo com famílias cuidadoras, traz que, em países mais desenvolvidos, existem organizações definidas como *community care*, as quais têm como principal objetivo a permanência do idoso em seu domicílio, oferecendo suporte para a família e o cuidador. Entre os programas de apoio, existe um serviço que oferece profissionais para alternar os cuidados com o cuidador. Outro recurso que existe em muitos países é “comida sobre rodas”, que produz e fornece refeições programadas para doentes e incapacitados, o que ajuda o cuidador no sentido de poupá-lo do trabalho de cozinhar diariamente.

Segundo Lechner e Neal citados por Karsch (2003), nos Estados Unidos existe uma política de apoio para as mulheres que cuidam de um idoso que dependa delas, podendo ser reduzida a jornada de trabalho e receber ajuda financeira para assistência a este idoso.

Para alcançar estes exemplos referidos na literatura concordo com Silva, Almeida e Neto (2005), os quais referem que, para atuar frente ao envelhecimento populacional, diversos atores sociais devem ser envolvidos num processo participativo, articulando-se e tomando decisões. Estes seriam os gestores, sociedade civil organizada e a própria clientela idosa.

Ao fazer uma reflexão, a partir dos autores citados, podem-se notar as dificuldades para a família cuidar do idoso no domicílio, no entanto, mesmo que o governo comece a investir em políticas para dar suporte a esta parcela da população, com o crescimento acelerado do envelhecimento, e com todas as características brasileiras já citadas, este apoio irá demorar a chegar a essas famílias. Por isso, acredito no dever de orientar estas famílias para o cuidado do seu familiar idoso e também para conhecerem seus direitos e buscá-los, o que na realidade ainda é deficiente. Alvarez (2001) constatou, em seu estudo através dos relatos dos cuidadores, o desconhecimento quanto aos seus direitos em relação aos serviços públicos, tornando-os, com isso, menos exigentes.

Por fim, concordo com Silva (2007), quando ressalta a importância dos serviços de saúde e os profissionais, inclusive o enfermeiro, estarem capacitados para oferecer esta assistência aos cuidadores familiares.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo teve uma abordagem de caráter qualitativo. Para Minayo (2000), a pesquisa qualitativa é importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos. Em relação ao referencial metodológico, utilizado nesta pesquisa, foi do tipo convergente-assistencial (PCA). Assim, segundo Trentini e Paim (2004), o tema deve emergir de uma situação problema da prática assistencial, requer a participação ativa dos sujeitos da pesquisa e tem o objetivo de encontrar alternativas para minimizar ou solucionar problemas. Portanto, sua preocupação é em melhorar o contexto social pesquisado. A principal característica desta pesquisa é a articulação intencional com a prática assistencial. Assim, as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo de pesquisa. Ela permite ao mesmo tempo pesquisar o tema proposto e implementar ações intervenientes na prática. Desta forma, a PCA alimenta a assistência e é alimentada por ela.

2.2 O LOCAL

O estudo foi desenvolvido junto aos cuidadores familiares dos idosos internados na Unidade de Clínica Médica (UCM) de um Hospital Universitário localizado na região sul do Rio Grande do Sul. Para a realização dos encontros foi solicitada à Direção do HU uma sala, e esta escolhida intencionalmente de modo que ficasse mais perto do setor de clínica médica para facilitar a adesão dos familiares, pois, em caso de alguma intercorrência, poderiam facilmente nos avisar.

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU), da cidade do Rio Grande – RS, é vinculado à Universidade Federal do Rio Grande (FURG). É constituído dos setores de Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Maternidade, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Neonatal, Serviço de Pronto

Atendimento, Bloco Cirúrgico, Hospital-dia, Ambulatório e Serviços de Diagnoses. Possui 180 leitos, e tem como finalidade assistir a comunidade e o desenvolvimento do ensino e da pesquisa. Atende também pacientes de regiões vizinhas, tais como São José do Norte, Tavares, Mostardas, Santa Vitória do Palmar e outras.

A UCM situa-se no 2º andar do hospital, estando constituída por 49 leitos, sendo oito quartos com cinco leitos (três quartos para pacientes femininas e três com pacientes masculinos), três quartos para pacientes com AIDS (dois quartos com dois leitos isolados por uma divisória e um quarto com três leitos). Nos quartos isolados ficam tanto mulheres como homens e no quarto com três leitos ficam três pacientes femininos ou três masculinos. Ainda existe um quarto de isolamento, com dois leitos, destinados principalmente para pacientes com suspeita ou diagnóstico de tuberculose. Além dessas dependências, a unidade possui um posto de enfermagem localizado no centro da unidade; quarto para o plantonista da residência de Medicina; sala de descanso para a Enfermagem; sala de prescrição; sala de reuniões; copa para a realização de lanche.

Serve de campo de estágio aos acadêmicos de Enfermagem e Medicina. É destinada ao atendimento de pacientes com idade superior a doze anos e com patologias clínicas. A maior frequência é de pacientes idosos e muitos destes com algum grau de dependência. Quase sempre a taxa de ocupação é de 100%, com raras exceções tem-se um leito disponível. Os pacientes que internam geralmente vêm do setor de pronto atendimento.

2.3 OS SUJEITOS PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo foram 15 familiares cuidadores dos idosos internados na UCM do HU. Considerei como familiar cuidador não somente aqueles ligados por laços consangüíneos, mas também as pessoas que convivem, que cuidam e que estão ligadas afetivamente ao idoso. Utilizei como base o conceito de família de Szymanski (2004, p.7) que a define como “[...] um grupo de pessoas que convivem, reconhecendo-se como família, propondo-se a ter entre si uma ligação afetiva duradoura, incluindo o compromisso de uma relação de cuidado contínuo entre os adultos e deles com as crianças, jovens e idosos.”

Em relação aos idosos internados, os critérios de inclusão foram baseados em Silva (2007), assim consideraram-se indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos; dependentes com algum grau de dificuldade na realização de tarefas básicas como cuidados pessoais ou mais complexos.

Além das características mencionadas acima, para a escolha dos familiares na participação da pesquisa, também foi observada uma permanência mais constante do cuidador com o idoso e realizada uma conversa prévia de modo informal durante as visitas diárias de rotina aos pacientes, considerando a vontade do familiar de participar e cooperar com a pesquisa.

2.3.1 Os cuidadores

A seguir serão apresentados os sujeitos do estudo. Percebi que prevaleceram os cuidadores do sexo feminino - 10 pessoas, e o que mais me chamou a atenção foi o grande número de pessoas com pouca escolaridade - 13 pessoas somente com o 1º grau.

Refletindo sobre este achado, acredito que isto também reforça a necessidade desse tipo de trabalho com os cuidadores dos idosos internados na UCM do HU, pois, na sua maioria, são pessoas carentes não somente no aspecto sócio-econômico, mas também de informações.

Em algumas reuniões, quando algum familiar não podia comparecer, ocorreu do outro cuidador, que cuida em casa, ir no seu lugar, o que aconteceu com os familiares dos idosos 3 e 6.

Quadro I – caracterização dos sujeitos do estudo. Rio Grande. RS. 2008.

CUIDADOR	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	VÍNCULO COMO IDOSO	IDOSO	IDADE DO IDOSO	SEXO DO IDOSO
AN	33 A	F	1º GRAU COMPLETO	CUIDA DE IDOSOS	AMIGA DA FAMÍLIA	1	91 A	F
GE	47 A	F	2º GRAU COMPLETO	DO LAR	NORA	2	83 A	F
JA	39 A	F	1º GRAU INCOMPLETO	FEIRISTA	CUNHADA	3	60 A	M
VIR	46 A	F	2º GRAU COMPLETO	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	FILHA	4	88 A	F
RU	62 A	M	1º GRAU INCOMPLETO	PEDREIRO	SOBRINHO	5	77 A	M
IB	56 A	F	1º GRAU INCOMPLETO	DO LAR	FILHA	6	78 A	F
ADI	60 A	F	1º GRAU INCOMPLETO	COPEIRA	CUNHADA	7	78 A	F
IR	55 A	M	2º GRAU INCOMPLETO	MARINHEIRO	ESPOSO	8	60 A	F
JO	44 A	M	2º GRAU INCOMPLETO	VENDAS	IRMÃO	3	60 A	M
EL	79 A	M	1º GRAU INCOMPLETO	ESTIVADOR APOSENTADO	ESPOSO	9	76 A	F
JAD	28 A	M	1º GRAU COMPLETO	PINTOR	FILHO	10	67 A	M
VEDI	32 A	F	1º GRAU INCOMPLETO	DO LAR	NETA	6	78 A	F
VE	57 A	F	1º GRAU INCOMPLETO	PRODUTORA RURAL	FILHA	11	76 A	F
LAI	50 A	F	1º GRAU INCOMPLETO	DO LAR	FILHA	12	79 A	F
NAI	51 A	F	1º GRAU INCOMPLETO	RECEPCIONISTA	FILHA	13	87 A	F

2.4 Aspectos éticos

Primeiramente foi solicitado o consentimento da Instituição por meio de um ofício (Apêndice A), no qual foram explicados os objetivos do trabalho e os benefícios decorrentes de sua realização, assim como o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos a serem pesquisados (Apêndice B).

O projeto também foi encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa em Saúde (CEPAS), obtendo a respectiva aprovação conforme parecer nº72/2008 (Anexo A).

Após a aprovação, segui a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regula as Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2000). O trabalho começou a ser implantado e, no início de cada grupo com os cuidadores, pedia para os novos participantes lerem e assinarem um documento prestando esclarecimentos quanto ao estudo, solicitando o seu consentimento livre e esclarecido, para participar do trabalho, assegurando o respeito aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa. Os sujeitos foram esclarecidos quanto ao papel do pesquisador, os objetivos do estudo, o desenvolvimento, os possíveis riscos e benefícios, que as informações fornecidas por eles seriam divulgadas, permanecendo em sigilo a identidade de cada um.

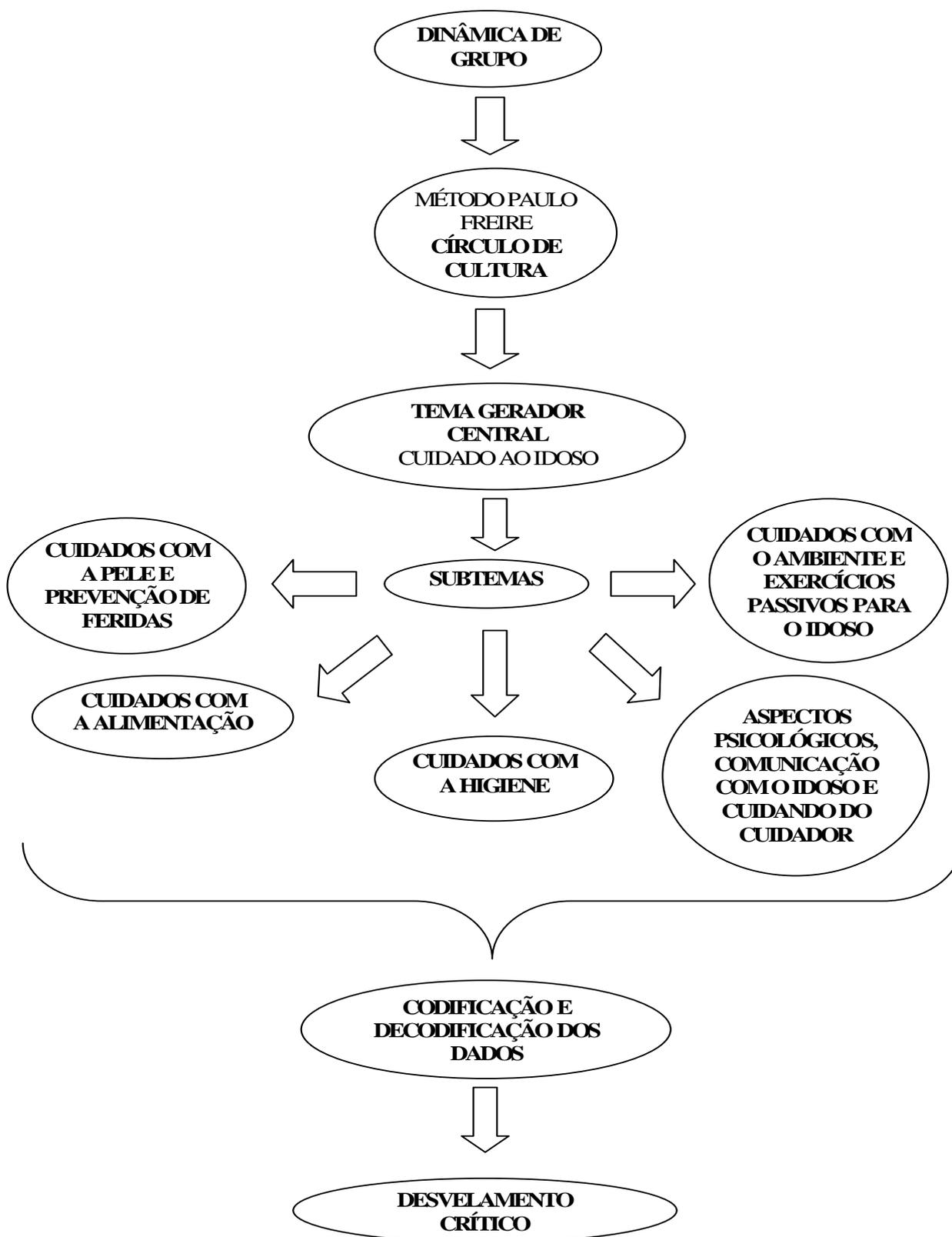
Em relação à análise crítica de riscos e benefícios da pesquisa, não houve riscos aos sujeitos. Quanto aos benefícios, acredito que o estudo proporcionou ao cuidador familiar do idoso hospitalizado um espaço educativo, no qual foram compartilhadas dúvidas e experiências entre os familiares e o profissional enfermeiro, isso, certamente, beneficiou-o na tarefa de cuidar do seu familiar idoso.

Responsabilizei-me por todos os procedimentos da pesquisa e suas implicações, assegurei aos sujeitos e à instituição total sigilo e informei que poderiam desistir de participar do estudo em qualquer etapa da pesquisa.

Por fim, quanto aos critérios que poderiam suspender a pesquisa ou encerrá-la, seria a recusa dos sujeitos a participar do estudo, o que não ocorreu.

2.5 A COLETA DE DADOS

Diagrama 1 - Apresentação da coleta de dados pela dinâmica de grupo pelo método Paulo Freire



A PCA possibilita a utilização de vários métodos, estratégias e técnicas para obter as informações. Nesse sentido, utilizei na pesquisa a dinâmica de grupo pela estratégia teórico-metodológica dos Círculos de Cultura preconizada por Paulo Freire.

Para Saupe, Brito e Giorgi (1998), o método Paulo Freire tem sido utilizado em trabalhos da enfermagem com sucesso, pois as questões educativas compõem também o papel do enfermeiro como educador.

Segundo Brandão (1991, p. 43), o "Círculo de Cultura" é uma idéia que substitui a de "turma de alunos" ou a de "sala de aula". De acordo com Saupe, Brito e Giorgi (1998), quando há uma aproximação de pessoas que estão vivenciando problemas ou uma situação existencial semelhante, ocorre a formação de um grupo especial, denominado por Freire como Círculo de Cultura. Neste grupo existirá um animador, que é a pessoa que será a organizadora das questões básicas para o encontro e os encaminhamentos que surgirem das relações e convívio dos componentes do Círculo de Cultura. Deve ocorrer a participação ativa de todos, e juntos ensinam e aprendem. Na pesquisa apresentada, os cuidadores familiares dos idosos internados na clínica médica foram aproximados por estar vivenciando a mesma situação, cuidar de seu familiar idoso com algum grau de dependência e que estava hospitalizado. Como animadora dos encontros, organizei-os e sistematizei as questões com base nos problemas vivenciados por esses familiares.

Freire (2000, p. 111), ao discorrer sobre o círculo de cultura diz:

Em lugar do professor, com tradições fortemente "doadoras", o coordenador de debates. Em lugar de aula discursiva, o diálogo. Em lugar de aluno, com tradições passivas, o participante de grupo. Em lugar dos "pontos" e de programas alienados, programação compactada, "reduzida" e "codificada" em unidades de aprendizado.

Silveira (2000, p. 35), ainda acrescenta:

O círculo de cultura baseia-se numa relação horizontal, dialógica e participativa, em que não existe um que sabe e outro que não sabe, mas um educador que pode aprender com os educandos e educandos que podem aprender com o educador, numa possibilidade permanente de troca de conhecimentos.

Esta metodologia propõe uma seqüência de passos que vão se interrelacionando, num movimento de construção, que avança e retroage, não são estanques, acontecem simultaneamente, conforme a situação vivida no Círculo de Cultura. (SAUPE; BRITO; GIORGI, 1998). As etapas são: levantamento de palavras ou temas geradores, codificação e decodificação e desvelamento crítico.

I etapa: levantamento de palavras ou temas geradores. Em um primeiro momento, a partir de problemas e situações em comum do dia-a-dia do grupo, são levantadas palavras ou temas geradores centrais para discussão, que são:

relativos às aspirações, ao conhecimento empírico e à visão de mundo dos educandos que, captados e estudados pelo educador, tornam-se base para o conteúdo programático da educação dialógica de um grupo determinado. (VASCONCELOS; BRITO, 2006, p.182).

expressões, situações de vida e do trabalho que servem como instrumento para conduzir os debates e para a compreensão do mundo, para serem aprofundadas no diálogo entre educador-educandos. (SILVEIRA, 2000, p. 37).

O tema gerador central lançado para os cuidadores foi **cuidado ao idoso** e, a partir deste, solicitei aos participantes pensarem em assuntos que pudessem ser discutidos no grupo. Desse modo, os familiares, a cada encontro, foram escolhendo subtemas que gostariam de discutir nas reuniões.

II etapa: codificação e decodificação. Saupe, Brito e Giorgi (1998) explicam que a codificação ocorre quando os participantes do Círculo de Cultura expõem seu entendimento sobre o tema. São expressos por “códigos”, o que cada um do grupo pensa. Segundo Freire (1980), o código é a representação de uma situação existencial concreta. O questionamento destes “códigos”, utilizados para descrever a situação e a sua problematização, representa a decodificação. (SAUPE; BRITO; GIORGI, 1998). Faz-se necessário problematizar os conceitos, questioná-los e avançar no conhecimento do que é preciso elaborar para melhorar a realidade. Freire (1980) refere que na decodificação ocorre um movimento de ida e volta, do abstrato ao concreto, que se produz na análise de uma situação codificada e, se esta fase for bem feita, conduz a substituir a abstração pela percepção crítica do concreto, que deixa de ser uma realidade densa impenetrável.

Neste estudo, a codificação foi realizada quando os cuidadores expuseram o seu entendimento sobre o subtema, a vivência deles em relação ao tema. E a decodificação ocorreu quando houve o questionamento destes códigos, ou seja, foi questionada, problematizada a vivência referente ao tema para tentar melhorar a realidade do problema.

III etapa: desvelamento crítico. Segundo Saupe, Brito e Giorgi (1998, p. 261), “...representa a tomada de consciência da situação existencial compartilhada, que agora é vista com outros olhos e que possibilita e nos leva a uma ação na busca de sua superação e não mais de adaptação”. Esta fase ocorreu quando os cuidadores,

juntamente com a enfermeira, chegaram a alternativas de soluções para encaminhar certo problema.

Trabalhar com o referencial teórico de Paulo Freire para Saupe, Brito e Giorgi (1998) não significa buscar fórmulas “mágicas” para a solução de problemas. Através do Círculo de Cultura será desvelada a realidade vivida, desmistificando as verdades, mostrando que as certezas absolutas não existem. As transformações até podem se dar de maneira abstrata, porém permanecem em cada consciência, e o que acontece é a sensibilização das pessoas do grupo para a realidade com um novo olhar. Assim, “mudanças acontecem com o compromisso e o envolvimento de cada um e todos juntos irão buscar a transformação possível.” (SAUPE; BRITO; GIORGI, 1998, p.262).

Para a aplicação desta metodologia, tomei como base a pesquisa de Shier (2004), que também trabalhou com grupos de familiares de idosos hospitalizados. A autora relata que a técnica de grupo, para ser desenvolvida no hospital, tem algumas particularidades que dificultam a formação de grupo fixo, como a rotatividade das internações, a realização de exames ou intercorrências clínicas com o paciente, que podem dificultar ou impedir a participação do familiar nas reuniões dos grupos. Sabendo dessas particularidades, de acordo com a experiência da autora citada, os grupos foram formados pelos cuidadores pré-selecionados que estavam disponíveis no dia marcado para o encontro, por isto que os subtemas foram sendo escolhidos ao longo dos grupos e em todos os encontros era realizada a avaliação.

Fazendo uma observação, pode-se relacionar a metodologia freireana com a PCA, pois as duas caminham na mesma direção, os temas a serem discutidos devem surgir da prática, da realidade vivida; deve haver a participação ativa de todos os sujeitos da pesquisa e os dois métodos têm o objetivo de melhorar a realidade.

O período de realização das atividades em grupo foi iniciado logo após a aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa, sendo desenvolvidas no segundo semestre de 2008, nos meses de setembro e outubro. Os encontros foram semanais, num total de seis. Todos foram realizados às quartas-feiras às 16 h, com duração em média de 1 hora, porque os cuidadores ficavam preocupados em ficar longe do familiar idoso. Este horário foi escolhido levando-se em conta as conversas informais com os cuidadores, pois esse espaço de hora, era depois do café da tarde

e antes da janta e também porque a maioria dos médicos visitavam os pacientes pela manhã. Semanalmente precisei convidar novos cuidadores, sendo algumas vezes convidados no dia do encontro, devido algumas intercorrências como altas hospitalares, espera da visita pelo médico, exames e também alguns óbitos, o que já era previsto de acordo com o trabalho de Shier (2004), citado anteriormente. Na véspera de cada encontro, levava um convite formal por escrito para os cuidadores (Apêndice C). Também foi elaborada uma ficha com alguns dados dos participantes a fim de conhecê-los melhor e saber principalmente a escolaridade deles, com o intuito de não constranger ninguém, na reunião com o grupo, ao pedir que assinassem ou escrevessem algo (Apêndice D). Outro recurso utilizado para facilitar a adesão dos cuidadores na pesquisa foi a participação de alunos do curso de Enfermagem, que fazem parte do grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Gerontogeriátrica-GEP-GERON, no qual participam alunos da Graduação de Enfermagem e profissionais da área da enfermagem, educação, nutrição, psicologia, que trabalham com a área do Envelhecimento. Esses alunos ficavam com os idosos, enquanto o seu familiar estava no grupo. Quando foi realizado o convite aos cuidadores para participação no trabalho, alguns falaram que não poderiam ir, pois não podiam deixar o idoso sozinho. No momento em que eram informados de que haveria alunas do curso de enfermagem para ficar com o familiar, enquanto participavam do grupo, aceitavam o convite. Assim, essa integração com as alunas foi essencial para a realização da pesquisa.

Ficou combinado com a enfermeira do turno da tarde da UCM que as alunas não poderiam fazer procedimentos, que somente olhariam os idosos e chamá-las-iam, no posto, caso precisassem.

Em cada encontro participaram de 4 a 6 pessoas. A opção por um grupo pequeno foi para favorecer o diálogo entre os participantes, as trocas de experiências e também facilitar o registro das falas, as quais foram gravadas em MP3, transcritas e feitas as respectivas anotações. Também foram realizados registros em um diário de campo que, de acordo com Trentini e Paim (2004), servem como fonte de informações valiosas, devido a sua utilidade na interpretação e discussão dos dados. Para a confecção deste diário, a pesquisadora, além de fazer anotações logo após o término dos encontros, também contou com a ajuda de uma aluna da graduação do curso de enfermagem. Tratou-se com a mesma tudo que deveria ser anotado e observado para facilitar a futura análise. Essa aluna

ficava junto ao grupo, porém não participava das discussões, somente fazia as anotações.

Para a dinâmica dos encontros fluírem melhor, utilizaram-se textos (Apêndice E) construídos com base nos assuntos escolhidos pelos cuidadores para a discussão nos grupos. Tais textos foram confeccionados a partir de outros manuais existentes na literatura e a partir da minha experiência profissional. Foi realizada uma síntese a partir deles para a construção de um manual (apêndice F), de acordo com os objetivos específicos do trabalho.

2.5.1 Os encontros

2.5.1.1 Primeiro encontro: apresentação da proposta do trabalho e conhecimento dos cuidadores (24/09/08)

Iniciei o encontro com agradecimento aos participantes que concordaram em participar do estudo. Logo após, expus o objetivo do trabalho, que precisava das suas assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o que já havia sido comentado individualmente quando foram convidados. Assim, distribuí os termos para as pessoas lerem e assinarem.

Para dar seqüência às atividades, forneci os crachás, nos quais foram colocados os nomes das pessoas para facilitar a identificação dos colegas do grupo, assim como os apontamentos no diário de campo, que foram sendo realizados por uma das alunas do curso de enfermagem, o que facilitou o meu trabalho nas transcrições posteriores. No entanto, ressalttei que os nomes das pessoas não seriam identificados no trabalho, que teríamos que pensar em nomes fictícios. Decidiu-se no grupo que seriam utilizadas as primeiras iniciais dos nomes. Neste dia participaram 5 cuidadores, **AN, GE, RU, JA e VE**.

Após esta fase, expliquei que o objetivo deste primeiro encontro era para conhecerem-se e escolher temas a serem discutidos nos próximos encontros. Para as apresentações, utilizei a técnica da bola, que consistiu em rolar a bola pelo círculo, sendo que, na pessoa que batesse, esta se apresentaria dizendo o nome,

de quem cuidava, a idade do idoso, o motivo pelo qual o idoso estava internado e qual era o tipo de dependência deste idoso. Esta técnica ajudou bastante na descontração do grupo, que ainda permanecia retraído.

Neste primeiro momento das apresentações, aconteceu o desabafo de uma cuidadora:

É muito difícil (choro), pois é só eu e meu marido para cuidar dele. Ele está em cima da cama e tem curativos enormes. Tem a irmã dele que é minha vizinha e não ajuda nada, mas sempre está se metendo, pois é a gente que recebe o dinheiro. É muito difícil cuidar, a gente sabe que o governo dá algumas coisas, mas é muito pouco. Eu sou feirante, tenho meu filho doente de asma e o meu marido também tinha se acidentado. Acabo cuidando de três pessoas (JA).

Neste momento, lembrei do referencial teórico, que dá destaque à sobrecarga do cuidador. Outros cuidadores também acrescentaram:

É muito difícil cuidá-la, pois às vezes fica braba, não quer fazer as coisas. Seria bom ter um serviço de apoio psicológico no hospital para saber como trabalhar esses problemas específicos, como lidar com essas situações (AN).

Ela é teimosa, às vezes acorda braba. Meu marido já não tem mais muita paciência. Eu não dou muita bola, ela me cuidou tanto tempo desde que eu casei, agora porque ela está doente como é que eu não vou cuidá-la?(GE).

Nesta fala percebi que o cuidar está ligado ao sentimento de gratidão pela idosa, o que também é referido na literatura.

Após as apresentações, pedi para cada participante pegar um papel e uma caneta, dispostos numa mesa no centro da sala, e que escrevessem sobre assuntos que gostariam de falar, relacionados ao tema central da pesquisa .

Alguns fizeram as anotações juntos e os temas indicados foram cuidados com a sonda nasoentérica, cuidados com escaras, como curar uma escara interglútea e esclarecimento sobre a “doença do esquecimento”.

Percebi que a cuidadora **GE** necessitava de apoio para lidar com a sogra, com a doença do esquecimento como ela referiu, por isso falei sobre o Grupo de Ajuda Mútua para os cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer (DA). Assinalei que seria interessante a mesma ir a algum encontro e comentei algo sobre a doença, com o intuito de amenizar um pouco aquela situação de total desconhecimento da cuidadora sobre a DA. O grupo também ajudou com alguns exemplos de pessoas conhecidas que tem um familiar com DA.

Para o próximo encontro, decidiu-se que o assunto seria sobre os cuidados com a pele e prevenção de feridas.

2.5.1.2 Segundo encontro: cuidados com a pele e prevenção de úlceras de decúbito (01/10/08)

Para este encontro foi necessário convidar mais três pessoas, pois os familiares de **AN** e **GE** tiveram alta hospitalar e o familiar de **RU** teve seu quadro clínico agravado durante os últimos dias e faleceu. Uma das pessoas convidadas teve um imprevisto na hora e não pode comparecer, então participaram as duas novas cuidadoras chamadas de **IB** e **AD** e mais **VIR** e **JA** que haviam participado do outro encontro. Neste dia havia 4 participantes. As novas cuidadoras foram intencionalmente convidadas de acordo com o assunto que havia sido escolhido pelo grupo, pois as suas familiares eram acamadas e apresentavam úlceras de decúbito.

Inicialmente expliquei novamente o objetivo do trabalho, falei do TCLE e solicitei que lessem e assinassem. Após, distribuí os crachás, sendo colocados os nomes das novas participantes.

Comentei no grupo que havia convidado mais duas pessoas, pois os familiares dos outros cuidadores tiveram alta durante a semana. Assim, pedi para as duas cuidadoras da outra semana apresentarem-se e, em seqüência, as demais.

O recurso utilizado, nesta e em outras reuniões, foram textos confeccionados (Apêndice E) com base nos assuntos escolhidos para discussão. Estes serviram para construir o manual (Apêndice F).

Neste dia, conforme combinado no encontro anterior, foram discutidos cuidados com a pele e prevenção de úlceras de decúbito. As fases do círculo de cultura, neste trabalho, obedeceram a uma sistemática pré-estabelecida.

Perguntei ao grupo sobre alguns cuidados com a pele para prevenção das feridas e os familiares responderam:

Passar bastante óleo é importante (VIR).

Eu uso uma bóia quando o coloco na cadeira, mas é importante salientar que ela tem que ficar quase vazia, pois eu tinha colocado ela cheia uma vez em baixo dele e aí cria ferida

mesmo, fica uma coisa dura. Também boto o rolinho nos pés, as gurias do posto me orientaram (JA).

Esse óleo evita, porque eu faço assim depois do banho: em vez de passar o hidratante eu passo o óleo, previne e ao mesmo tempo vai hidratar (JA).

Também passo óleo (IB).

Creme hidratante também é bom (AD).

Jamais usar desodorante direto na pele, eu passo na mão e depois na roupa só para ficar o cheirinho. Descobri que se colocar o cheirinho em baixo do colchão também funciona (JA).

Nesta ocasião, comentaram como faziam em casa, das experiências prévias que já tinham. Este momento contemplou a fase de **codificação**, na qual os participantes expuseram o seu entendimento sobre o tema. Logo após, o texto começou a ser lido com várias pausas para explicações e troca de experiências.

Ao falar sobre os cuidados com a alimentação na cama, por exemplo, que se deve ter cuidado para não cair restos alimentares e procurar sentar o idoso ou elevar a cabeceira, uma cuidadora comentou:

A mãe come deitada (MR).

Reforcei sobre o cuidado de elevar a cabeceira da cama ou sentar o idoso para alimentar-se, principalmente pelo risco de aspiração. Após, a cuidadora complementou:

É manha, e meu irmão bota mais manha ainda, ela não deixou ele dormir essa noite toda. Ela dorme, dorme o dia inteiro e acho que de noite não tem sono. Aí pede: me vira para um lado, me vira para o outro, coça meu pé [...] (VIR).

O pessoal do quarto diz que ele faz a manha comigo. Com os outros ele não faz. Mas eu aprendi a dizer não, tem que aprender a dizer não! (JA).

Nesta fala, a colega de grupo também refere que passa a mesma situação e como lida com ela.

Ao falar do colchão piramidal, são emitidas as seguintes observações:

Eu coloco plástico somente quando dou banho nele, as gurias do posto que me orientaram (JA).

Não estou fazendo propaganda de nenhum lugar, mas aqui na frente está caro, vocês podem ver o preço na SR, eu comprei bem mais barato lá (JA).

E qual é a densidade dele? (VIR).

Acho que é igual aqui do hospital, ele não baixou nenhum pouco, está igual (JA).

É que a mãe é pesada (VIR).

Nestes depoimentos as cuidadoras trocam experiência e aprendizado, pois uma comenta que não deve ser utilizado plástico no colchão piramidal, recomenda o local onde pode ser comprado mais barato, e a outra pergunta sobre a densidade.

[...] é tem que cuidar, pois, quando a mãe fez a cirurgia, o médico mandou ficar de barriga para cima e aí quando eu vi, já tinha aparecido uma, bem no meio das nádegas (VIR).

Notei a falta de orientação do profissional, quanto à prevenção de úlceras de decúbito e também da equipe de saúde que não orientou acerca da alternativa de usar coxins, colchão piramidal, para amenizar.

Eu estou brigando com a equipe cirúrgica, pois eu quero debridar e eu não vou sossegar, todos os dias eu pego no pé deles [...] (JA).

Neste caso, a cuidadora estava revoltada pelo descaso da equipe médica, pois referiu que o médico responsável já havia pedido para o cirurgião desbridar, porém já fazia um bom tempo, e ela estava sempre insistindo com a equipe.

Comentei para o grupo que sempre que tivessem algum problema tentassem resolver diretamente com a equipe médica e de enfermagem primeiramente. Nas situações em que isso não fosse possível, então deveriam procurar o Serviço de Ouvidoria do HU e em último caso, a Direção.

Perguntei as outras cuidadores se os seus familiares tinham alguma escara.

Ela tem nos dois calcanhares (IB).

E tem que mandar debridar, mostrar para a enfermeira, mostrar para o médico (JA).

A cuidadora **JA**, com sua experiência relatada anteriormente, alerta a companheira do grupo sobre a importância de ficar atenta aos curativos e cobrar da equipe de saúde que sejam periodicamente avaliados.

Eu cheguei aqui domingo e ele tava cheio de talco, tinham dado banho nele e eu não estava (JA).

Aqui, percebi o desconhecimento de alguns profissionais em cuidados específicos com o idoso, neste caso, com a pele. Sendo assim, demonstra a necessidade de educação em saúde na área do idoso também para os profissionais.

Cunha, Valle e Melo (2006) mencionam algumas características da pele do idoso como: ocorrência de perda de gordura subcutânea, redução de secreção sebácea, ressecamento, enrugamento e perda de elasticidade.

A pele tem a função de proteção imunológica. A camada de gordura produzida por ela impede a penetração de microrganismos que provocam doenças. (MARCHRY, 2004).

Neste sentido, alguns cuidados devem ser tomados: usar pouco sabão, de preferência neutros (glicerina), sem muito perfume ou conservantes. Os sabonetes têm a função de remover a gordura da pele. Cuidado com os sabonetes ditos hidratantes, pois eles têm apenas a adição de componentes mais oleosos, mas continuam cumprindo a função de desengordurar; banhos muito quentes e com buchas ou esponjas também removem nossa proteção natural e devem ser evitados; após o banho, recomenda-se o uso de hidratantes, pois eles têm o poder de engordurar a pele, impedindo a saída de água do corpo; colônias e perfumes devem ser colocados na roupa, evitando o contato direto com a pele; os talcos devem ser evitados, pois contribuem para a secura da pele. (MARCHRY, 2004; PINHEIRO, 2008; SPDV, 2008).

No decorrer das discussões, as dúvidas foram surgindo:

E aquelas manchas pretas que ficam? (AD)

O açúcar também me falaram que é bom (JA).

E para assadura, o que é bom? (VIR).

E tem na farmácia o óleo? (AD).

Estes questionamentos foram direcionados à enfermeira, deste modo passei a tecer algumas considerações apoiada na literatura e em minha experiência profissional. Referi que, as feridas quando estão pretas, deve ser realizada uma limpeza profunda (desbridamento) pelo médico. Em relação ao açúcar, comentei das contra-indicações e para as assaduras recomendei o óleo, que também é muito bom. Ao final, salientei a importância de avaliação constante das feridas pela equipe de saúde.

É, lá em casa, as gurias do posto me ensinaram a fazer o curativo. Eu tenho que trocar o curativo umas quatro vezes ao dia (JA).

Sinalizei ao grupo que a frequência dos curativos deve ser a menor possível, pois muitas trocas prejudicam a cicatrização. Em casos especiais como o familiar de **JA**, que tem a ferida na região sacrococcígea, acaba tendo que ser trocado com mais frequência devido à contaminação com fezes e urina.

Durante a leitura e discussão, aconteceu a **decodificação**, na qual foram questionadas a utilização de certos produtos nos cuidados com a pele e prevenção

de feridas. Além disso, como observado nos depoimentos, outros problemas surgiram, sendo assim problematizadas as situações e sugeridas alternativas para melhorá-las. Questionei sobre o uso de cremes e sabonetes com perfume, pois estes possuem conservantes, podendo causar alergia e prejudicar a pele do idoso e, especificamente, do sabonete por retirar a gordura natural da pele, que no idoso já é mais ressecada; sobre o uso das luvas de látex com ar ou água também não devem ser usadas nos calcanhares pois provocam uma pressão no local favorecendo o aparecimento de feridas; sobre os problemas específicos que foram surgindo, como o caso da demora para o desbridamento da escara do cunhado de **JA**, que nestes casos devem cobrar da equipe, exigir, ir atrás dos seus direitos. Deste modo, através das conversas e experiências de cada um e da enfermeira, chegou-se às melhores alternativas de cuidados com a pele e prevenção de feridas, assim como o manejo específico em algumas situações. Esta fase contemplou o **desvelamento crítico**.

No final das discussões, foi efetuada uma avaliação sobre o encontro deste dia, o que tinham achado, o que tinham aprendido e o que trocaram de experiência com os outros, tal avaliação efetuou-se em todos os encontros do grupo.

Eu aprendi sobre a escara, como ela se cria, que eu achei que fosse de outro jeito, como ela se alastra pelo corpo da pessoa.

Eu fiquei até muito chateada, porque logo que apareceu, eu pensei que não estava cuidando ela bem. Aí eu me apavorei comigo mesmo, eu não estou cuidando ela bem, eu faço tudo, e está saindo isso (AD).

Do óleo como hidratante e dos sabonetes que tem pigmentos (VIR).

Eu não sabia que o óleo eu posso manipular e usar em casa, eu achei que era só aqui (IB).

No meio dos debates, quando foi salientado que os cuidados com a alimentação na prevenção de feridas eram importantes, familiares questionaram algumas coisas sobre sonda nasoentérica. Comentei que poderíamos conversar sobre isso em outro encontro, já que na semana anterior este tema tinha sido referido para ser discutido. Ficou combinado então para o próximo encontro que a discussão seria sobre cuidados com a alimentação e sonda nasoentérica.

2.5.1.3 Terceiro encontro: cuidados com a alimentação (01/10/08)

Para este encontro foi convidada mais uma cuidadora, pois a familiar de **VIR** teve alta durante a semana. E **JA** não poderia estar neste dia, perguntou, então, se o esposo poderia vir no seu lugar, já que o mesmo é irmão do idoso e cuida dele em casa. Deste modo, participaram neste dia, **JO** esposo de **JA**, **IB**, **AD** e o novo participante convidado **IR**, totalizando 4 pessoas. As atividades iniciaram com a retomada dos objetivos do trabalho, leitura e assinatura do TCLE para os novos cuidadores, distribuição de crachás e as respectivas apresentações. Esta foi uma rotina em todos os encontros, já que sempre eram convidados participantes novos.

De acordo com o que foi combinado no encontro anterior, o assunto deste dia foram cuidados com a alimentação. Primeiramente solicitei para falarem sobre a alimentação com o familiar idoso, algo que eles lembrassem.

É, para ele eu faço assim, mais amassado, passado no liquidificador (JO).

Ela está usando sonda (IR).

É, ela usa sonda também (AD).

Percebi que estavam tímidos no primeiro momento e decidi partir para a leitura do texto. Vale ressaltar que o texto em todos os encontros ajudou no sentido deles lembrarem-se das situações vivenciadas, dos problemas, para assim comentarem e discutirem.

E quando eu sei quanto eu tenho que dar de água e como eu dou? (IR).

Expliquei que tanto no adulto como no idoso, a hidratação é importante e principalmente no envelhecimento, pois o organismo tende a desidratar mais facilmente. O ideal são 2 litros de água por dia. Somente ressaltei que se deve estar atento a alguma restrição médica.

Ao falar sobre os cuidados no modo de oferecer a alimentação:

É, no caso ali da minha mãe, ela só quer comer comigo, minha cunhada coloca a comida para ela comer e ela não come [...] (VE).

Tens que ver o jeito que a tua cunhada dá, porque às vezes a tua cunhada quer que ela coma com a destreza que ela comia antes e aí a pessoa não consegue. Ela não deve deixar ela mastigar direito. Fala para ela dar a comida e conversar um

pouquinho. Eu faço assim, dou uma colherada e quando termina de mastigar dou outra (JA).

Neste momento, houve a troca de experiência no manejo com o idoso na alimentação.

Na seqüência, ao falar sobre cuidados com a sonda nasoentérica, um familiar fez um comentário:

Ah! Tem que cuidar também que uma vez ela ficou para baixo e começou a sair o leite (JO).

Ao ressaltar os cuidados com a sonda, referi que ela pode obstruir ou sair acidentalmente e **IB** pergunta:

E aí, o que a gente faz? (IB).

Na ocasião, questionei se no bairro onde moram recebem visita de algum membro da equipe do posto de saúde.

No bairro onde eu moro ninguém vai em casa! (IB).

Expliquei que, em alguns bairros, existem postos de saúde que possuem a ESF, a qual tem agentes de saúde que visitam as casas e acompanham a saúde da família. No entanto, caso tivessem algum posto de saúde no bairro, poderiam pedir ajuda falando diretamente com a enfermeira do posto. Caso não tivessem sucesso, deveriam trazer o idoso ao hospital. Para tal, acionariam o bip da prefeitura para pedir uma ambulância. Na ocasião, todos disseram que conhecem esse tipo de serviço. Também falei que se tivessem alguma dúvida, poderiam ligar para o hospital e falar conosco na clínica médica, informando que estiveram com o familiar internado e que precisavam de uma orientação para dirimir dúvidas.

Uma cuidadora preocupada perguntou:

E ela vai ficar todo esse tempo sem comer? (AD).

Outra cuidadora comentou:

Antes de ir embora vou lá saber isso, se elas podem ir em casa pois se não como é que eu vou fazer. Vou ficar muito preocupada (IB).

Percebi a preocupação dos cuidadores em relação ao suporte formal no bairro em que moram. E a alternativa encontrada para o problema foi investigar no posto do bairro como podem ter o apoio deles. Ficaram muito preocupados em saber que talvez tenham que vir ao hospital. A realidade do Pronto Atendimento do HU e do Pronto Socorro da Santa Casa infelizmente é essa. Seguidamente vem

peças dos bairros somente para trocar uma sonda, fazer curativos, entre outros procedimentos. Segundo eles, muitas vezes por falta de material no posto do bairro.

No meio desta discussão o Sr. **IR** comenta:

É muito difícil cuidar e eu sou sozinho, é só eu e ela, os irmãos dela até vão visitá-la, mas ninguém cuida, é só ela e eu (IR).

Eu não quero me meter na vida do Sr., mas acho que o Sr. vai ter que conseguir alguém para ajudar (IB).

É eu entrei com os papéis dela hoje da aposentadoria e vou ter que ver isso. Tenho uma oficina na minha casa, mas quando estou lá ela está sozinha e uma vez quando eu voltei ela tinha caído, estava em baixo da cama (IR).

É bom o Sr. conseguir cama hospitalar. Eu alugo na beneficiência (AD).

Novamente observei a sobrecarga de cuidar um familiar sozinho. Também foram sugeridas pelas colegas de grupo alternativas para melhorar esta realidade.

Foi realizada a avaliação deste dia e, após, solicitei que escolhessem algum tema para o próximo encontro. Alguns assuntos foram sugeridos, mas para o próximo encontro decidiu-se conversar sobre cuidados com a higiene.

Para mim foi muito bom, pois ela não usava sonda em casa e não sabia muita coisa (IR).

Também concordo com ela, é importante para a gente saber o que fazer, eu mesmo não sabia o que fazer e agora eu já sei (IB).

É importante sim, pois aqui tem também tudo escrito e podemos consultar depois (IB).

E mesmo que ele não esteja usando sonda agora, se ele precisar de novo já sei mais coisas (JO).

O cuidador **IR** que teve a sua primeira participação no grupo neste dia perguntou:

Eu perdi muita coisa? (IR)

Comentei que na outra semana foram abordados cuidados com a pele e prevenção de feridas e que poderia repassar-lhe o texto. O grupo também comentou alguma coisa.

É eu procuro colocar ela no sofá, na cadeira, na cama. Sempre estou mexendo com ela (IR).

É importante o Sr. usar o colchão piramidal, mas com o plástico não adianta, cria escara igual (JO).

Deste modo foram recapitulados alguns pontos importantes da outra semana.

2.5.1.4 Quarto encontro: cuidados com a higiene (15/10/08)

Neste dia participaram mais três pessoas novas: **JAD**, **EL** e **VEDI**, porém **VEDI** veio no lugar de **IB**, que teve problemas de horário para participar do encontro. Durante a semana faleceu outra idosa, a familiar de **AD** que havia participado nos dois últimos grupos. Além dos cuidadores citados acima, ainda vieram **JA** e **IR**, somando 5 pessoas.

As atividades fluíram da mesma forma que nos outros dias.

Primeiramente eles comentaram algumas experiências, com relação à prática de higiene com os seus familiares.

É o meu gosta de tomar banho desde que seja uma vez por semana, mas ele diz para mim que vai pegar pontada, aí eu coloco o aquecedor no quarto e ele continua brigando, não adianta (JA).

O meu pai não reclama, pois como é que se diz? Ele está meio fora do ar (JAD).

A minha sogra que dá banho (VEDI).

Ela gosta de tomar banho, só não gosta que demore muito, senão ela fica gelada (IR).

Eu não tenho muita habilidade, às vezes eu chego no banheiro, ah! E as roupas? Aí vou buscar a roupa e lá em casa é só eu e ela, é tanta coisa na minha cabeça (IR).

Eu acho que a sugestão para o senhor, é fazer um mapinha com os horários, banho, medicação. Coloca ele na geladeira, ou outro lugar fácil de enxergar (JA).

Isso aconteceu comigo, eu deixei ela no banheiro e ela caiu e é horrível, pois tu sozinho não sabe o que vai fazer. Isso aqui está sendo muito bom para mim (IR).

Na fala de **IR**, percebi a necessidade de orientação no planejamento e organização do cuidado, o que foi sugerido pela colega de grupo como alternativa de melhorar esta realidade.

Quando a luva é usada na escara não pode ser a mesma para dar o banho, e nem a luva que tu usas para lavar as coisas, tu pode usar no corpo (JA).

Pede no posto, o posto fornece e o governo dá! (JA).

E como a gente faz para pegar? (EL).

Para mim eles dão com ordem do hospital (JA).

A gente tem que aproveitar o que o posto dá, pois a gente não tem dinheiro, um vidrinho de óleo acaba em dois dias. E é caro, eu pago R\$14,00, multiplica isso no mês (JA).

Sobre o primeiro depoimento, comentei que existe a seqüência do banho e descrevo a mesma. Assim, pode-se usar uma mesma luva para dar todo o banho, porém para o curativo deve ser trocada.

Na segunda fala, **JA** mais uma vez deixa claro que se deve cobrar pelos direitos de cada um, quando enfatiza para pedir no posto as luvas, “que o governo dá! “

Recomendo o uso do creme lanete que pode ser mesclado com o óleo, que também hidrata a pele, não tem perfume, é mais barato e pode ser manipulado em farmácia.

Na continuidade das discussões, **JA** faz um comentário sobre a dificuldade no banho do cunhado e, ao citar o uripen, acaba trazendo um aprendizado para **JAD**.

[...] então eu entendo que ele esteja agora brigando por causa do banho porque ele já não gosta de tomar banho e numa posição reta na cama como ele não se mexe, aí é complicado e a cunhada dele nunca viu ele pelado e agora eu tenho que estar trocando uripen, aí fica complicado (JA).

O que é o uripen? (JAD).

É tipo uma camisinha com um caninho que não machuca, mas tem que lavar e trocar. Elas me orientaram no posto a trocar uma vez por semana (JA).

JAD demonstra desconhecimento e pergunta o que é o uripen? E fica bem interessado em conhecer e aprender como usá-lo no seu pai. Porém, o que notei na fala de **JA** é o tempo de troca, que não está de acordo com a literatura. Expliquei que a troca deve ser diária, que o membro deve ser bem higienizado e ser inspecionado para ver se não está inchado, com vermelhidão, se não tem alguma infecção para poder ser colocado o novo dispositivo. Refletindo sobre esta orientação dada no posto, acredito que seja devido ao nível sócio-econômico das famílias, pois possuem poucos recursos e a troca diária tornaria oneroso o uso do uripen.

No meio das discussões, comentei sobre o colchão piramidal, e os cuidadores trocaram algumas idéias:

É, ela tem um pouco de ferida nas costas? (EL).

O piramidal evita formar a escara e o Sr. não sabe o que é cuidar de uma escara (JA).

Ao falar na higiene bucal, mais especificamente sobre a prótese dentária, percebi, na situação citada a seguir, a falta de informação quanto aos cuidados com a prótese num idoso dependente.

Ela usa sim. A irmã dela só tira para limpar (EL).

Até falando nisso aí, ontem, foi ontem que a sua esposa se afogou? O senhor não estava lá e eu vi - ela se afogou, estava quase engolindo, aí a gente tirou, mas eu corri porque já tinha acontecido com a minha também (IR).

Reforcei sobre os cuidados em não deixar o idoso que está mais sonolento, com dificuldade de deglutir, com prótese dentária.

Ao fim do encontro foi realizada a avaliação e comentaram:

É, em relação ao banho que foi falado, eu acho que ela tem vergonha também, não quer se mostrar, e a gente tem que ter cuidado com isso (IR).

A dúvida que eu tive foi quando se lava as partes íntimas, já que ela falou das luvas e do óleo. E também do uripen (JAD).

Para o próximo dia, os cuidadores escolheram falar sobre os aspectos psicológicos, ressaltando que gostariam de discutir como lidar com os familiares em certas situações, que às vezes não sabem o que fazer.

Eu queria falar sobre o psicológico, como tratar uma pessoa psicologicamente que tens que convencer, parece uma coisa mínima, mas[...] Eles acham que quem está cuidando é culpado pelo sofrimento deles e é a pessoa que mais ajuda, mas na hora de brigar, é a pessoa com a qual eles mais brigam (JA).

Estão sempre querendo atenção, chamam toda hora! (IR).

2.5.1.5 Quinto encontro: aspectos psicológicos, comunicação e cuidados com o cuidador (22/10/08)

Para este encontro foram convidadas mais duas cuidadoras, **LAI** e **VE**. Durante a semana, faleceu o familiar de **JAD** que havia participado do último encontro. Além dessas cuidadoras, também participaram **IR**, **JA** e **IB**, totalizando 5 pessoas.

Além do assunto escolhido, achei importante discutir sobre cuidados com o cuidador, pois, desde o início dos encontros, notei nas falas a sobrecarga destas pessoas no cuidar e, por isso, levei um texto sobre este tema também.

Após todas as etapas iniciais, similares às dos outros dias, expliquei que neste encontro a proposta seria um pouco diferente. Solicitei que primeiramente escrevessem num papel algum problema vivenciado, que tiveram dificuldade de resolver, ou não sabiam se tinham resolvido da melhor forma.

Após uns 10 minutos, pedi que trocassem os papéis com os colegas e lessem e pensassem o que fariam naquela situação relatada. No entanto, os problemas foram muito parecidos, e eles começaram a falar das situações que passavam, e a ansiedade foi tanta que essa proposta inicial não deu muito certo, porém estimulou-os a falarem.

Neste dia eles falaram muito sobre as suas angústias e problemas do dia-a-dia, como não ter o apoio dos familiares, não ter como dividir o cuidado com outra pessoa, conflitos na família, principalmente devido às pensões que o idoso recebe, entre outros.

Imagina o que eu faço com R\$ 400,00. Com esse dinheiro eu pago o rapaz de noite, eu estava 45 dias cuidando dele sem parar, e eu preciso descansar (JA).

Eu sempre pensei nessa situação, por isso sempre guardei o dinheirinho dela quando adbecesse, pois sabia que não ia ter ajuda (VE).

A minha mãe quando está no hospital, é só eu [...]. Já aconteceu da minha mãe estar mal na UTI, eu telefonar para o meu irmão à noite para chamá-lo porque eu estava sozinha e ele dizer que eu estava no meio dos médicos, dentro de um hospital. Como isso magoa a gente! (LAI).

Mas os meus dizem a mesma coisa, só dizem que se acontecer alguma coisa que eu ligue. No dia da cirurgia eu liguei para eles pedindo a presença de um deles comigo, não, tu faz e o que tu fizeres está bem feito, tu estás no meio do recurso, tu não precisas (IB).

A parte emocional, a parte de sentimento humano, da família, é isso que foge deles. Esses dias eu estava na igreja e chorava. Eu estou sozinho, eu não estou agüentando mais, a minha família virou as costas, a família dela não liga, eu estou sozinho para tudo (IR).

Ela me atrapalha assim, ela veio aqui no sábado e falou para ele que ia levá-lo para casa dela, que não vai deixá-lo mais comigo porque eu não cuido direito, que ele está seco assim,

por culpa minha. Aí hoje ele já não falou comigo, manda eu sair, diz que não gosta de mim. Mas ela não quer ele, quer o dinheiro dele (JA).

E uma coisa interessante é que às vezes as pessoas vêm, ficam aqui uns 20 minutos ou um dia e distorcem a cabecinha deles (IR).

Fazem assim comigo, fazem quase 7 anos que um irmão meu me ameaça em entrar com um processo contra mim porque eu estou usando o dinheiro da mãe. Agora do jeito que a mãe está, ele e a esposa vêm no hospital, ficam 15 minutos, dão uma olhadinha e saem. Ele me disse que está esperando a mãe falecer para entrar com um processo contra mim, para mim dar conta do dinheiro da mãe, porque eles acham que eu fiz obra na casa e por isso tenho que entregar a metade da casa. Fiz isso para dar um quarto decente para mãe, eu fico sentida, isso me dói (IB).

Nesses relatos, identifiquei o sentimento de solidão, de cuidar sozinho, de não ter apoio da família, mesmo quando ela existe. Evidenciei o interesse financeiro por parte dos demais familiares, não envolvidos com o cuidado. No dizer a seguir, notei que **VE** já consegue superar melhor estes conflitos familiares, o que pôde servir de exemplo para os outros cuidadores:

Agora eu não ligo muito para o que os outros dizem. Ela tem o dinheiro dela, eu compro o que eu acho que eu tenho que comprar e não deixo ninguém se meter, porque quem cuida dela sou eu (VE).

Nos depoimentos a seguir, os cuidadores trocam experiências e estratégias de enfrentamento:

JA, tu tem que te impor! Não pode deixar ela fazer isso contigo! (IB).

Mas o que tu tens que fazer é cuidar do teu psicológico, para não te abalares, senão tu vais ficar doente rapidinho (IB).

A gente tem que ter limite, tanto é que tu estás sentindo a tua saúde agora (IR).

Mas tu tens que ter a tua vida também. Quer ver, faz quase 7 anos que eu cuido da minha mãe, eu entrei em depressão, aí depois eu comecei a me tratar, o médico me falou, olha tu tens que te divertir, tu tens que ter as tuas amigas, tens que sair. Agora eu saio todo domingo para dançar, agora que ela está no hospital, que eu não faço (IB).

Eu acho que tu deves ver um pouquinho o teu lado, é o que eu estou fazendo, todo mundo está me condenando, mas eu estava só envolvido com ela, só que eu vi que eu tinha que cuidar da minha vida e das minhas coisas. Tens que pensar

assim, ele está lá, ele tem que passar esse pedaço dele, eu estou fazendo o que eu posso, mas vou cuidar do meu marido, do meu filho e da minha casa (IR).

A solução sugerida pelo grupo é de sempre pensar que estão fazendo a sua parte, cuidando do seu familiar e fazendo o melhor e não devem dar ouvidos aos comentários dos outros, não deixar que influenciem as suas vidas. E também é muito importante terem um tempo para si, para a sua família, para o seu lazer, senão ficarão doentes.

Em relação à comunicação com o idoso, emitiram os seguintes depoimentos:

A minha mãe é assim, quando ela quer, ela quer porque quer, não quer saber se eu posso ou não posso, eu tenho que fazer. Aí eu digo para ela, tem que ter calma, não adianta não ter calma (LAI).

A minha mãe é assim, desde mais jovem foi autoritária, sempre resolveu todos os problemas do meu pai, e agora ela se acha inútil, ela não aceita que a gente faça as coisas para ela (LAI).

Toda hora ele chamava, e eu tinha que lavar a roupa, limpar a casa, e ele ficava me chamando, mas agora eu digo para ele que primeiro eu vou lavar a roupa e falo: fica contando aí quantas peças de roupa que a JA está lavando, aí eu cuidava ele pela janela (JA).

A minha mãe é muito teimosa, ela acha que eu não posso sair de casa, que eu não tenho vida. Mas o ano passado eu queria viajar e ela nunca quer ficar fora de casa, aí eu conversei com a minha irmã e disse para ela que se não quisesse ir comigo eu ia viajar igual e aí deixei-a lá (VE).

É, com a mãe eu faço assim, mãe se está sentindo dor, pisca para mim quando eu perguntar. E ela faz assim comigo (IB).

Nessas manifestações, as cuidadoras expuseram as situações que passam com o idoso e as alternativas que encontraram para lidar com elas, servindo de troca de experiência com os colegas do grupo. Foram citadas a teimosia do idoso, a dificuldade do idoso em aceitar a situação de doença atual, a necessidade de atenção constante, a dificuldade de aceitar que os demais se divirtam e a comunicação com uma pessoa que não fala.

Para o próximo encontro o grupo sugeriu falar sobre fisioterapia e outro tema que fosse importante para eles, já que seria o último.

2.5.1.6 Sexto encontro: cuidados com o ambiente e exercícios passivos para o idoso (29/10/08)

Neste último encontro participou mais uma cuidadora, **NAI**, que foi convidada por **LAI**, que comentou sobre o trabalho, pois estavam com suas familiares internadas no mesmo quarto. Ainda participaram **JA**, **IR** e **VEDI**, que veio novamente no lugar de **IB**. Deste modo, participaram 5 pessoas.

Conforme combinado, levei um material sobre exercícios passivos para realizarem com o seu familiar idoso. Também foi comentado acerca dos cuidados com o ambiente.

Primeiramente, como nos outros encontros, os cuidadores expuseram algumas experiências com o tema.

Um dia eu estava com a minha mãe e quando eu vi ela já estava no chão (LAI).

Eu faço estes movimentos em casa com o meu sogro, que teve uma isquemia. É muito bom! (LAI).

Usa a bolinha que também é bom! (JA).

São muitas coisas, se a gente for ver, até os cantos dos móveis teria que ser protegido (JA).

Ao falar sobre adaptações no ambiente, as cuidadoras referem:

A cadeira de banho mesmo está cara, mas esses dias eu vi uma e gostei, em vez de ser uma cadeira de rodinha é só o adaptador, a pessoa fez assim: pegou 4 paus de madeira e pegou uma tampa de vaso e botou em cima e ficou bem firme, e é o que a gente tem que cuidar, que não resvale. Uma boa idéia porque a gente não tem dinheiro, se a gente for ver, a gente já gasta muito (JA).

Eu achei interessante esses movimentos. Eu consegui aprender e foi muito bom, e agora a gente vai tentar aplicar isso. Isso aí é muito importante para as pessoas que têm os seus doentes acamados, para saber mexer neles (IR).

A minha mãe não pode colocar nada por causa da bronquite. Pior que ela quer fazer as coisas, limpa a casa, passa lustra móveis e aí fica ruim. Eu também tirei todos os tapetes (LAI).

Como nos outros dias, os cuidadores trocaram experiências nas situações que foram surgindo com auxílio do texto. Após as discussões, foi dada prioridade a

avaliação do trabalho realizado, dos encontros, o que acharam, se foi válido e por quê.

Nos extratos que se seguem, são identificados pelos depoentes a relevância do trabalho realizado:

Eu achei muito bom, muito interessante, pena que eu só pude vir hoje (NA).

Até o psicológico de nós você ajudou (IB).

Eu gostei, porque no caso da minha mãe, a gente precisa aprender para cuidar deles (IB).

É importante a gente saber o que fazer, eu mesmo não sabia o que fazer e agora eu já sei (IB).

A gente aqui aprendeu sobre os cuidados que a gente tem que ter em casa para cuidar deles (IR).

*E tu vais encontrar um monte de **Jas**. Eu aprendi muito na marra. Mas aqui me ajudou muito também (JA).*

Para mim eu aprendi aqui porque até então a minha mãe até ser hospitalizada ela me ajudava, ela tinha os movimentos (IB).

Eu acho que foi muito bom, porque a gente às vezes tem situações difíceis, a mãe mesmo passa todo o tempo no hospital e é só eu, então tem uma hora que já não tem o que fazer, entende? E isso que tu estás fazendo é muito importante para gente, porque dá uma luz para saber como a gente tem que agir (LAI).

Para mim foi maravilhoso, fico até emocionada de falar, vi que muitas coisas que eu fazia estavam certas e outras coisas que eu não fazia, comecei a fazer também. Mas para mim que estou cuidando foi essencial, sabe quando tu recebes um balde de água gelada, quando tu estás com muito calor, é como se eu tivesse queimando numa febre infinita, porque eu estava assim, a hora que a enfermeira me convidou, estava assim, no último, já nem sabia o que fazer, eu estava aplicando aquilo por instinto e isso me deu um vigor, todas as quartas-feiras eu me sinto assim, passo a semana todinha sabendo que não é só eu, que tem outros iguais, que não é assim que eu tenho que levar, que eu tenho que levar de outro jeito, então até psicologicamente foi bom, porque desde que tu converse no grupo, tu acabas desabafando, tu acabas falando com outro. O que tu fizestes aqui, mesmo sendo para poucas pessoas, mas tu não sabes a quantidade de gente que já sabe do que tu ensinaste (JA).

Hoje eu estava lá resolvendo uns assuntos no cartório e eu olhei o relógio, mas a enfermeira vai estar lá às 4 h e eu peguei o motoboy e vim correndo, eu cheguei aqui e olhei para os lados, cadê a Tati? E a Tati que não chega?(IR)

Concordou JA, será que a enfermeira não vem?(JA).

E é bom que a gente sabe que tem outras pessoas que passam pela mesma coisa. O ponto é esse, se tudo isso que tu trouxe a gente ler em livro, ótimo, maravilhoso, mas não tem a prática, porque quando tu escutas a outra pessoa falar que passa isso, é com se fosse um conforto, não que tu quisesses que ela passasse por isso, mas é bom a gente saber que não está sozinho, que tem um monte de gente com os mesmos problemas, e saber que tu podes aprender um detalhezinho que te ajuda um monte (JA).

A curiosidade faz a gente aprender, também aqui muito bom foi isso, tu mexestes com a nossa curiosidade pedindo sempre para a gente anotar algo, o que a gente achava e o que a gente queria para a outra semana (JA).

Neste dia, atrasei-me um pouco, e percebi, em algumas falas dos cuidadores, a preocupação por eu não ter chegado no horário, o comprometimento deles com o trabalho e a importância do mesmo para eles.

Diante de todos os relatos, fiquei muito emocionada, pois não esperava tamanha retribuição. Assim, pude perceber que estes momentos passados juntos foram realmente um diferencial para estas pessoas.

Para Diogo, Ceolim e Cintra (2004), as reuniões em grupo proporcionam aos cuidadores expressarem os seus sentimentos, as dificuldades vivenciadas, as expectativas em relação à sua pessoa e ao idoso dependente, no contexto domiciliar, entre outras carências.

2.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Trentini e Paim (2004) descrevem a fase de análise em pesquisa qualitativa baseadas em Morse e Field (1995), que se desenvolve em quatro processos genéricos – apreensão, síntese, teorização e recontextualização. A fase de análise compreende o processo de apreensão e a fase de interpretação corresponde aos processos de síntese, teorização e transferência.

A apreensão teve início com a coleta de dados e, simultaneamente, os dados foram sendo organizados, pois, segundo Trentini e Paim (2004), deve haver uma

organização das informações, o que facilita as etapas posteriores da pesquisa, principalmente a codificação dos dados.

Desse modo, as falas dos familiares cuidadores que participaram dos grupos foram transcritas na íntegra e também foram registrados num diário de campo acontecimentos, observações, impressões importantes, referentes a cada encontro.

Para Trentini e Paim (2004), é humanamente impossível para um pesquisador assistencial registrar tudo o que ocorreu na pesquisa e assistência, por isso, as autoras recomendam utilizar além das gravações, os “diários”, onde são registradas experiências como idéias, dúvidas, sentimentos, reações, erros e acertos, problemas, dificuldades e facilidades que surgiram durante a coleta de informações. Estes registros são considerados de grande utilidade na interpretação e discussão dos dados.

Para a codificação, tive que ler, reler e refletir sobre as informações transcritas para encontrar as palavras chaves (códigos) que representassem os assuntos. Após a codificação, foram escolhidos os códigos mais significativos para formar as categorias e subcategorias temáticas.

No processo de síntese, avaliei, de modo subjetivo, as associações e variações das informações, considerando os dados mais significativos da pesquisa. Nesta fase, tive que emergir nas informações trabalhadas na fase de apreensão, até conseguir completa familiaridade com elas, além de envolver-me em profundo trabalho intelectual.

Na teorização, interpretei os dados obtidos associando-os com o referencial teórico adotado. Nesta fase, foram descritos detalhadamente os temas e as relações a partir das categorias e subcategorias identificadas no estudo.

Na fase de recontextualização dos resultados, procurei dar significado aos achados e descobertas, contextualizando-os e socializando os resultados.

3 CONSTRUÇÃO UM ESPAÇO DIALÓGICO COM OS CUIDADORES FAMILIARES DOS IDOSOS COM VISTAS A UMA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As categorias e sub-categorias a seguir foram formadas com base no referencial teórico-metodológico da pesquisa e com os objetivos da pesquisa.

3.1 DISCUSSÃO GRUPAL DAS DIFICULDADES DO DIA-A-DIA NO PROCESSO DE CUIDAR DO IDOSO

3.1.1 Sobrecarga do cuidador

Todo referencial teórico estudado, a respeito da sobrecarga do cuidador, pôde ser constatado na prática, o que foi evidenciado em todos os encontros, seja nos aspectos financeiros, emocionais, como também físicos, com abalo da saúde. Observei a ansiedade das pessoas em falar, desabafar.

De acordo com as falas, percebi que aquele momento em que estavam reunidos também foi uma oportunidade de relatarem as suas angústias. Naquele espaço, podiam ser escutados por outras pessoas que estavam passando por problemas semelhantes.

Diante destes achados, senti a necessidade de levar para o grupo o tema “cuidando do cuidador”, para tentar discutir alternativas para melhorar a realidade vivenciada. Vale ressaltar que, apesar do texto ter sido levado em um dia específico, em todos os encontros os cuidadores trocaram experiências quanto à importância de cuidarem de si. Neste sentido, é trazido o pensamento de Boff (1999, p. 34) que diz: “toda vida precisa de cuidado, caso contrário adocece e morre”.

3.1.2 Suporte formal

Outro aspecto, observado nos depoimentos, foi o diferencial que um suporte formal constante faz no processo de cuidar de um doente, como é o caso da ESF que acompanha as famílias. Percebi nas falas da cuidadora **JA**, que referiu ter este suporte no seu bairro, o conhecimento que tinha com cuidados específicos com um idoso dependente. E em contrapartida, notei que os outros cuidadores tinham dúvidas em cuidados básicos como foi constatado nos depoimentos.

Essa situação é confirmada pela PNSPI, a qual cita que existe um número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil, previsto no Estatuto do Idoso, e ressalta a necessidade de estabelecer um suporte qualificado e constante à família, já que a mesma é geralmente executora do cuidado ao idoso. E a ESF teria papel fundamental neste suporte. (BRASIL, 2006c).

3.1.3 As atividades de vida diária (AVD)

Verifiquei que os assuntos escolhidos para a discussão nos grupos, foram cuidados relacionados principalmente as AVD como cuidados com a pele, higiene, alimentação, entre outros.

Pude fazer uma relação dessas necessidades evidenciadas com o grande crescimento da população idosa funcionalmente incapacitada, considerando que os estudos apontam que dobrará o número de pessoas idosas dependentes nas AVD, na segunda ou terceira década deste século, assim, as políticas sociais e de saúde deverão preocupar-se em construir um suporte adequado para esses idosos. (PASCHOAL, 2002).

3.2 COMPARTILHAMENTO DAS EXPERIÊNCIAS ENTRE OS CUIDADORES, UNINDO-SE AOS CONHECIMENTOS DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

3.2.1 Compartilhando saberes

Conforme evidenciado nas falas, observei a troca de experiências entre os cuidadores nas mais diversas situações, desde os cuidados mais simples como problemas mais complexos.

Nesses momentos, quando os cuidadores trouxeram as suas experiências no cuidar e puderam trocar essas com o grupo, pude fazer uma relação entre a teoria freireana e a de Leininger, pois os dois autores enfatizam o respeito pela cultura dos indivíduos; Paulo Freire no sentido da educação, que não pode ser vertical e sim horizontal, que acontece através do diálogo e refere que se devem respeitar as opiniões dos indivíduos, como eles pensam sobre certo tema e como o entendem. E na teoria de Madeleine Leininger, a autora cita que a cultura das pessoas deve ser respeitada ao cuidar deste cliente, as pessoas vivem de acordo com o ambiente, as relações sociais, os ensinamentos que trazem de sua criação, de sua cultura. E ao cuidar, ao orientar, devem-se levar em conta esses aspectos, tentando-se modificar ou adaptar práticas de saúde para uma vida mais saudável, porém sempre em conjunto com o cliente.

Ainda com relação às falas dos cuidadores, notei que eles tinham bagagens de conhecimentos empíricos e que estavam em estágios diferentes, o que contribuiu de forma positiva na troca de experiências entre eles, unindo-se aos conhecimentos da enfermeira.

Estes conhecimentos, que os familiares trazem, são definidos por Freire de “saber ingênuo”, resultante de sua experiência de vida. Na educação coerente, o saber ingênuo dá lugar a um saber produzido pela curiosidade epistemológica, que é a curiosidade científica presente no processo educativo libertador. É a atitude crítica que leva ao conhecimento e à mudança, que vai além da percepção inicial e simples do objeto a ser conhecido. (VASCONCELOS; BRITO, 2006).

Complementando este pensamento, Freire (2002, p. 171) refere que “quanto mais me torno rigoroso na minha prática de conhecer tanto mais, porque crítico, respeito devo guardar pelo saber ingênuo a ser superado pelo saber produzido através do exercício da curiosidade epistemológica.”

3.2.2 Os conhecimentos do profissional enfermeiro

Para realizar este trabalho, utilizei a experiência da prática assistencial, dos conhecimentos adquiridos na disciplina “O cuidado ao idoso/família na enfermagem/saúde”, das aulas do mestrado e da participação no GEP-GERON e, além disso, busquei na literatura subsídios teóricos específicos na área do envelhecimento.

3.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

3.3.1 Necessidade de educação em saúde para os cuidadores familiares

Neste estudo, foi constatada a necessidade de aprendizado dos cuidadores familiares dos idosos que estavam internados na clínica médica do HU naquele período. Percebi que a maior parte cuida instintivamente e que eles aprendem alguns cuidados com a equipe de saúde durante a internação.

Martins et al (2007) aponta que a falta de orientação para o cuidador pode gerar riscos para a saúde do idoso, porém, quando é instrumentalizado corretamente, poderá enfrentar com maior segurança as dificuldades no processo de cuidar.

3.3.2 Déficit de orientações aos cuidadores por parte da equipe de saúde

Percebi um déficit de orientações por parte da equipe de saúde durante a internação hospitalar, o que foi constatado ao longo de todos os encontros. Notei o desconhecimento dos cuidadores, relativos a cuidados básicos que já poderiam ter sido orientados durante a internação.

É necessário que a equipe converse mais com o familiar, mas não somente na alta hospitalar, porém, durante toda a internação, de modo que o cuidador aprenda os cuidados e tenha oportunidade de conversar com a equipe sobre as suas dúvidas e angústias.

Por sua vez, César (2005) traz a sugestão de Haddock (1991) que refere que as enfermeiras deveriam iniciar o planejamento da alta a partir da admissão do paciente na instituição, pois deste modo possibilitaria o familiar se estruturar com antecedência para receber o idoso no domicílio de acordo com as suas necessidades.

3.3.3 A necessidade de educação em saúde para os profissionais

Evidenciei em algumas situações referidas pelos cuidadores, que os profissionais precisam de uma educação em saúde na área do envelhecimento. E, em alguns casos, acredito que seja também falta de conhecimento técnico.

Segundo Telles (2006), os profissionais que atuam na rede de saúde não tiveram ao longo de sua formação acadêmica conteúdos referentes ao processo de envelhecimento humano, e os que estão se formando na atualidade, na sua grande maioria, tiveram pouco contato. Por isso ressalta a importância de um esforço imediato para capacitação dos profissionais.

Uma observação em relação ao chamado de Telles para a capacitação dos profissionais, é que desde 1994, na PNI, uma das diretrizes era capacitar e reciclar os recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços (BRASIL, 1994), isso leva a refletir como o processo de capacitação está lento e, em contrapartida, percebe-se o crescimento acelerado da população idosa e a necessidade de profissionais capacitados para atuarem na área.

3.3.4 Educação em saúde através da metodologia freireana

Concordo com Martins et al (2007), quando refere que a educação em saúde deve ser um processo que estimule o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada.

Isso foi constatado no estudo, principalmente nas últimas falas da cuidadora **JA**, que referiu que eu consegui mexer com a curiosidade deles. Segundo Vasconcelos e Brito (2006, p. 68) que escreveram sobre os conceitos de educação em Paulo Freire, a curiosidade é “o elemento propulsor do conhecimento, que estimula a reflexão crítica e afasta o comodismo e a passividade da educação bancária”. A cuidadora ainda comentou que a parte teórica, trazida pela enfermeira, era importante, mas o diferencial neste trabalho era poder unir a teoria com a prática vivenciada por eles.

Na mesma linha de pensamento, Santos (2006) ressalta que, para a construção partilhada de conhecimentos, é necessária a compreensão do saber popular, unindo-se ao compromisso do profissional de saúde em dividir o seu conhecimento técnico específico.

Neste trabalho, o enfermeiro como educador e os cuidadores como alunos refletiram juntos, de modo crítico, sobre o problema apresentado da situação real vivenciada.

Educador e educando estavam, ambos, em posição de trocar conhecimentos, gerando um contexto de aprendizagem e ensino onde um ensinou ao outro aquilo que conhecia. Esta sistemática foi capaz de criar um rico ambiente de aprendizagem, de debate e de reflexão. (VASCONCELOS; BRITO, 2007).

Isso se percebeu no diálogo entre os membros do grupo, na troca de experiências através das vivências dos indivíduos nos cuidados específicos ao seu familiar idoso. A cada tema discutido, as pessoas falavam como procediam em tal situação ou cuidado, e eu, como enfermeira e organizadora do grupo, conduzia o mesmo e acrescentava algo da minha experiência profissional, estimulando a troca dos saberes, o diálogo e a complementaridade das ações de cuidar de um idoso dependente e de autocuidar-se.

Neste mesmo sentido, Caldas (2001, p.164) refere que “o papel da enfermeira é estimular no cuidador a habilidade, a conduta resolutiva e não apenas oferecer

soluções padronizadas a problemas específicos que possam surgir”. Ou seja, a enfermeira deve incentivar o cuidador a pensar, a refletir sobre a situação vivenciada, procurando assim alternativas de soluções possíveis e viáveis a ação do cuidar do idoso dependente no domicílio.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste estudo foi construir um espaço coletivo dialógico com os cuidadores, com o objetivo de discutirem as dificuldades do dia-a-dia no processo de cuidar do familiar idoso, trocar experiências com os colegas do grupo, unindo-se aos conhecimentos do profissional enfermeiro e construir um guia a partir de discussões grupais para servir como um recurso para esclarecer dúvidas de outros cuidadores, e para os profissionais conhecerem as necessidades mais frequentes dos cuidadores. Foi uma longa caminhada, mas os objetivos foram alcançados.

Inicialmente, tive que me instrumentalizar nos assuntos referentes ao processo de envelhecimento e em relação à metodologia proposta para a aplicação dos grupos.

Uma dificuldade enfrentada foi quanto à adesão dos cuidadores para participar da pesquisa, pois percebi que algumas pessoas ficaram receosas em aceitar o convite. Fazendo uma reflexão diante da realidade hospitalar, onde as pessoas recebem passivamente as orientações dos profissionais, acredito que a metodologia adotada, a qual propõe a participação dos indivíduos, tenha surpreendido algumas pessoas, pois ao propor o trabalho, era explicado que seria um espaço para eles falarem, questionarem, trocarem idéias. No contexto atual, as pessoas estão acostumadas com a educação bancária, que é aquela que somente são transmitidos os conhecimentos, não existem o diálogo e a reflexão dos assuntos, preconizados na educação freireana.

Como pontos positivos do estudo, destaco primeiramente a adesão e a retribuição dos cuidadores em relação ao trabalho, o que é notado nas últimas falas do último dia de reunião do grupo.

Um aspecto que facilitou o estudo foi a minha convivência como enfermeira do setor de clínica médica, pois nas visitas diárias aos pacientes e acompanhamento dos mesmos, pude notar e observar as relações de cuidado do familiar com o idoso e as dificuldades apresentadas.

Para o desenvolvimento desta metodologia, a qual precisa da participação dos cuidadores, um fator que contribuiu para o seu desenvolvimento, foi o fato de alguns cuidadores estarem com os idosos internados na mesma enfermaria, desse modo, alguns já se conheciam informalmente e já estavam convivendo diariamente

com as dificuldades de cuidar de um familiar idoso dependente. O diálogo e a troca de experiências durante as reuniões também contribuíram para a aproximação dos cuidadores.

Refletindo sobre o método utilizado, considerando o ambiente hospitalar, ela é viável desde que o profissional consiga reservar um horário e se ausentar por um tempo, pelo menos uma hora, para fazer os grupos. Também é importante ser desenvolvida da forma como foi realizada neste trabalho, trabalhar todas as fases do círculo de cultura num mesmo dia, devido a não garantia de participação de todos os cuidadores no próximo encontro, conforme mencionado na metodologia, como intercorrências com o idoso, altas hospitalares, óbitos, entre outros.

Como principais achados no estudo, aponto primeiramente que todo o referencial teórico estudado como as dificuldades financeiras, a falta de apoio de outros familiares para cuidar do idoso, a deficiência do suporte formal, a figura da mulher como sendo a principal cuidadora, entre outros, pode ser constatado através das falas, das vivências dos cuidadores.

Esta pesquisa também me possibilitou perceber que, tanto os cuidadores como os profissionais de saúde, necessitam de educação na área do envelhecimento.

Por último, considerando alguns depoimentos dos cuidadores, sobre dificuldades encontradas na assistência do seu familiar idoso internado na unidade de clínica médica, do qual faço parte da equipe, os achados serão levados para as reuniões do setor, para discussão e reflexão das alternativas de soluções, visando melhorar a realidade apresentada.

Em relação à contribuição do estudo à enfermagem no ensino, na pesquisa, na extensão e na assistência, o mesmo possibilitou entender como esta metodologia pode ser aplicada pelos enfermeiros no hospital e como pode colaborar para a assistência. Este método, através dos grupos, possibilita um conhecimento melhor das situações vivenciadas pelos cuidadores, o enfermeiro passa a conhecer melhor cada familiar, as suas necessidades, o que facilita direcionar a educação em saúde para estas pessoas.

Acredito que, após a fase de apresentação e divulgação desta pesquisa, deve ser refletido e discutido no GEP-GERON a possibilidade de continuidade deste trabalho no hospital, pois considero que será um diferencial na assistência de enfermagem ao idoso e seu familiar.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 10 de set. 2008.

ALMEIDA, A.B de; OLIVEIRA, A.M.B de; RIBEIRO, K.S.Q.S. A Fisioterapia na Atenção Básica a partir de uma Experiência de Educação Popular. In: **Colóquio Internacional Paulo Freire**, 5, 2005, Recife. Disponível em: <<http://www.paulofreire.org.br/asp/template.asp?secao=coloquios&sub=5coloquio>> Acesso em: 13 maio 2007.

ALMEIDA, T. L. Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde da família. 2005. 141 f. **Dissertação** (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ALVAREZ, A. M. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e da família idosa no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. 2001. 199 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, mar., p. 615-26, 2007.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004 (Texto para discussão, 1034).

BOEHS, A. E. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 1. p. 90-96, jan.-fev., 2002.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRANDÃO, C. R. **O que é o método Paulo Freire**. 17. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991. 120p.

BRASIL. Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 jan. 1994.

_____. **Portaria Interministerial nº 5.153**, de 07 de abril de 1999a. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/conleg/Idoso/DOCS/Federal/Portaria5153.doc>>. Acesso em: 5 abr. 2007.

_____. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº1395, de 9 de dezembro de 1999. Que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 dez. 1999b. Seção 1, p. 20-24.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Resolução 196/96**. Conselho Nacional de Saúde. FIOCRUZ. Brasília, 2000.

_____. **Portaria MS/GM nº 702**, de 12 de abril de 2002a. Criar mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.

Disponível em:

<<http://www.senado.gov.br/web/conleg/Idoso/DOCS/Federal/Portaria702.doc>>

Acesso em: 5 abr. 2007.

_____. **Portaria SAS/MS nº 249**, de 12 de abril de 2002b. Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à saúde do Idoso.

Disponível em:

<<http://www.senado.gov.br/web/conleg/Idoso/DOCS/Federal/Portaria249.doc>>

Acesso em: 5 abr. 2007.

_____. Lei nº. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Lei Especial: Estatuto do idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Cadernos de Atenção Básica. n. 19. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 192p.

_____. **Portaria GMMS nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006 Divulga o Pacto pela Saúde 2006, pela Consolidação do SUS, e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 fev. 2006b.

_____. **Portaria MS/GM nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006c Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em:

<<http://www.sbgg.org.br/profissional/legislacao/img/2528.pdf>>. Acesso em: 5 abr.

2007.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da família. Disponível em:

<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 10 de jun.

2008a.

_____. Ministério da Saúde. **SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica**.

Disponível em: <w3.datasus.gov.br/siab/siab.php>. Acesso em: 10 jun. 2008.

BRITO, F. As migrações, a redistribuição espacial e a estrutura etária: o caso da região metropolitana de Belo Horizonte. In: WONG, L. R. (Org.). **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade** - subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. Belo Horizonte: UFMG/cedeplar: ABEP, 2001. p. 57-78.

CALDAS, C. P. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. **Textos sobre Envelhecimento** – UNATI – Universidade Aberta da Terceira Idade. v. 3, n. 4. Rio de Janeiro. jul. 2000. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2008.

_____. Cuidando de uma pessoa que vivencia um processo demencial numa perspectiva existencial. In: GUERREIRO, T; CALDAS, C. P. **Memória e demência: (re)conhecimento e cuidado**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

_____. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: Saldanha, Assuero Luiz; Caldas, Célia Pereira. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 41-47.

CAMARANO, A. A.; et al. **Como vai o idoso brasileiro?** Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para discussão, 681).

_____. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 137-67.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2006a. p.88-104.

_____. **Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006b (Texto para discussão, 1179).

CARREIRA, L. Cuidado da família ao idoso portador de doença crônica: análise do conceito na perspectiva da família. 2006. 240 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

CESAR, A. M. Percepções de cuidadores familiares sobre o programa de preparo de alta hospitalar ao idoso com acidente vascular cerebral: indicativos à educação em saúde. 2005. 85 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Curso de mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005

COELHO, G. S. O fundamental no cuidado junto ao idoso com Alzheimer: vivências e experiências de familiares compartilhadas no diálogo grupal. 2004. 129 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

CUNHA, V. G. V.; VALLE, E. A.; MELO, R. A. O exame físico do idoso. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 910-925

DEBERT, G. G.; SIMÕES, J. A. Envelhecimento e velhice na família contemporânea. IN: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1365-73.

DIOGO, M. J. D'E. O arranjo familiar no cuidado do idoso com amputação de membros inferiores. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 2, maio-ago. p. 88-97, 1997.

DIOGO, M. J. D'E.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. **Rev. Esc. Enferm**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 97-102. 2005.

DOMINGOS, A. M. O cuidado familiar como questão do envelhecimento e da Enfermagem Gerontológica. 2003. 211 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

FREIRE, P. **Conscientização: uma Introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980. 95p.

_____. **Educação e mudança**. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991. 79p.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002. 165p.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO (FPA) em parceria com SESC Nacional e SESC São Paulo. **Idosos no Brasil**. Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade, maio, 2007.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1. p. 200-206, jan.-fev., 2005.

GEORGE, J.B. Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional. Trad. Ana Maria Vasconcelos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 297-309. 375p.

GONÇALVES, L. O. Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. 2002. 91 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) - Clínica Escola de Fisioterapia Universidade do Vale do Itajaí, Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

GRATÃO, A. C. M. Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado. 2006. 90 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

GIBSON, M. J., GREGORY, S. R., PANDYA, S. M. **Living arrangements of older persons and family support in more developed countries.** Population Bulletin of the United Nations – Special Issue n. 42-43, 2003.

IACOVU, M. **The living arrangements of elderly Europeans.** EPAG Working Paper n. 8, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 27 maio 2007.

_____. **Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001.** Rio de Janeiro: IBGE, 2004a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 28 maio 2008.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD): síntese de Indicadores 2003.** Rio de Janeiro, 2004b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 27 maio 2007.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 2006.** Rio de Janeiro, 2007a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 maio 2008.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das Condições de vida da População Brasileira 2007.** Rio de Janeiro, 2007b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 maio 2008.

_____. **Contagem da população 2007c.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>>. Acesso em: 10 jun. 2008.

KALACHE, A. **Brasil precisa mudar rede de saúde para atender idoso.** Folha de São Paulo. São Paulo, 8 out. 2007. Entrevista concedida a Cláudia Collucci. Disponível em: <<http://leituras-favre.blogspot.com/2007/10/brasil-precisa-mudar-rede-de-sade-para.html>>. Acesso em: 8 maio 2008.

KARSCH, U. M. (Org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores.** São Paulo: EDUC, 1998. 246p.

_____. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

LEAL, M. das G. S. O Desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. **Revista da Terceira Idade.** Publicação do SESC - Ano XI – n. 20. ago. 2000. Disponível em: <<http://www.idea-sp.com.br/desafio.html>>. Acesso em: 25 jul. 2007.

LEMOS, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1227-33.

LUZARDO, A. R. **Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores**: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. 2005. 87 f. Dissertação (Mestrado). Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá**, v. 26, no. 1, p. 135-145, 2004.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n.4. p. 587-94. 2006.

MARCHRY, J. **Pele na terceira idade requer cuidados e atenção redobrada**. Erechim, UNIMED, 24 jul. 2004. PALESTRA. Disponível em: <<http://www.daubi.jor.br/copydesk-palestra-unimed-jaqueline-machry-24-7-2004.htm>> Acesso em 02 de dez. 2008.

MARCON, S. S. et al. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.7, n.2, p. 289-307, mai./ago, 1998.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente vascular: alterações no relacionamento familiar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n.3, p. 364-71, mai/jun. 2006.

MARTÍNEZ, M. V. R. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. **Avances en enfermería**, v.25, n.1, 2007. p. 33-45.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-62, abr/jun. 2007.

MELÉNDEZ, M.J.C.; TOMÁS, M.J. M.; NAVARRO, P. E. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. **Salud pública de México**, v.49, n.6, noviembre-diciembre de 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro : Hucitec, 2000. 269p.

MOREIRA, M. M. Envelhecimento da população brasileira: Aspectos gerais. In: WONG, L. R. (org). **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade - subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso**. Belo Horizonte : UFMG/CEDEPLAR: ABEP, 2001. p. 25-6.

MOTTA, L. B. Processo de envelhecimento. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C. P.; ORG. **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro : Interciência, 2004. p. 117-124.

NACIONES UNIDAS. **El envejecimiento de la población mundial es inevitable - desarrollo en un mundo que envejece**. Estudio Económico y Social Mundial 2007. Asuntos Económico y Sociales 2007a. Disponível em: <http://www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/pressreleases/wess07factsheet_sp.pdf> Acesso em 13 de Mai. de 2008.

_____. **El desarrollo en un mundo que envejece** – reseña. Estudio Económico y Social Mundial 2007b. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Nueva York, 2007. 20 p. Disponível em: <http://www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/overviewlanguages/overview_sp.pdf> Acesso em 13 de Mai. de 2008.

NAKATANI, A. Y. K. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa Saúde da Família. **Rev. Eletrôn. Enferm.** (online), v.5, n.1, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 21 de Nov.2008.

NASCIMENTO, R. M. Educação e política no pensamento de Paulo Freire. **Leopoldianum: Revista de Estudos e Comunicações**, v.28, n. 78. p. 47-58. 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Assembléia mundial sobre envelhecimento**: resolução 39/125. Viena, 1982.

OLIVEIRA, S. F. D. Declínio cognitivo, funcionalidade e arranjos domiciliares entre os idosos do município de São Paulo. 2006. 109f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação de Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso. Universidade de São Paulo, 2006.

PACHECO, J. L. Os conflitos familiares e o idoso. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C. P.; ORG. **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro : Interciência, 2004. p. 349-57.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e Independência. In: NETTO, M. P. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo : Atheneu, 2002. p. 313-323.

PAVARINI, S.C.I. et al. De necessidades à intervenção: etapas na organização de um serviço de orientação para cuidadores de idosos. In: SEMINÁRIO DE METODOLOGIA PARA PROJETOS DE EXTENSÃO, 4, 2001, São Carlos. **Anais Eletrônicos...** Rio de Janeiro, UFRJ, 2001. Disponível em: <<http://www.itoi.ufrj.br/sempe/index.htm>> Acesso em: 25 de Jul. de 2007.

_____. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.3. 2005.

PELZER, M. T. **Assistência cuidativa humanística de enfermagem para familiares cuidadores de idosos com doença de alzheimer a partir de um grupo de ajuda mútua**. 2005. 132f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

- PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D'E. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.663-69. 2005.
- PINHEIRO, A. M. **Cuidados para uma pele saudável**. Brasília. Banco de pautas da secretaria de comunicação (SECOM) da Universidade de Brasília (UNB). Disponível em: <<http://www.secom.unb.br/bcopauta/saude49.htm>> Acesso em 02 de dez. 2008.
- RAMOS, L. R.; TONIOLO NETO, J. **Guia de geriatria e gerontologia**. São Paulo : Mandel, 2005.
- RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D'E.; BARROS, T. R. O envelhecimento do ser humano. IN: RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D'E.; BARROS, T. R. (Orgs). **Como cuidar de idosos**. Campinas, SP : Papirus, 1996. p. 11-6.
- RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2006. p.186-92.
- ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n.4. 2002. p. 777-94.
- SAAD, P. M. Transferência de apoio intergeracional no Brasil ena América Latina. In: CAMARANO, A. A. (org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro : IPEA, 2004. p.169-09.
- SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P.; (org). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro : Interciência, 2004, 399p.
- SÁNCHEZ, B. H. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. **Investigación y Educación en Enfermería**, v.19, n.2, septiembre, 2001. p. 36-51.
- SANDRI, J. V. de A. **Uma política de saúde para a população idosa no município de Itajaí (SC)**. 2004. 204f. Tese (Doutorado). Centro de ciências da saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- SANTOS, M. A. **O cuidador familiar de idosos com demências: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira**. 2003. 211f. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Programa de Pós-graduação em Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- SANTOS, A. S. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária à saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 2 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/issue/view/3>> Acesso em 02 de Dez. 2008.
- SANTOS, S. S. C.; PELZER, M. T.; RODRIGUES, M. C. T. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano (RBCEH)**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, jul./dez. 2007

SAUPE, R.; BRITO, V. H.; GIORGI, M. D. M.; Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem. In : SAUPE (Org.). **Educação em Enfermagem**. Florianópolis : UFSC, 1998. p. 245-270.

SHIER, J. **Tecnologia de educação em saúde: O grupo aqui e agora**. Porto Alegre: Sulina, 2004, 144p.

SILVA, L. **O processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar**. 2007. 157f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2007.

SILVA, M. C. Q.; ALMEIDA, J. L. T.; NETO, D. L. Programa de assistência à saúde do idoso em Manaus em nível ambulatorial: uma análise crítica de gestores. **Textos sobre Envelhecimento – UNATI – Universidade Aberta da Terceira Idade**, v.8, n.1. 2005. Disponível em:
<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100003&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 14 de Jan. 2008.

SILVEIRA, R. S. da. **A expressão do caminhar construído junto à equipe de enfermagem de uma unidade cirúrgica sobre o cotidiano do trabalho, com vistas a uma consciência crítica**. 2000. 225f. Dissertação (Mestrado). Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 839-47, mai-jun. 2003.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA (SPDV). Manuais. **A Enfermagem na Dermatologia**. Disponível em:
<<http://www.dermo.pt/default.asp>> Acesso em 02 de dez. 2008.

SOMMERHALDER, C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar**. 2001. 106f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2001.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 3, p. 263-7. mai-jun. 2007.

SZYMANSKI, H. Práticas educativas familiares: a família como foco de atenção psicoeducacional. **Rev. Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 21, n. 2, p. 5-16, mai./ago. 2004.

TELLES, J. L. **Perspectivas e desafios para o planejamento das ações do Pacto pela Vida/Saúde da população idosa 2006/2007: contribuições para o debate**. Nov.2006. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/acoes_%20estrategicas_%20para_implementar_%20pol%C3%ADtica_2007.pdf> Acesso em 13 de jun. de 2007.

TIER, C. G. et al. Política de saúde do idoso: iniciativas identificadas no Município de Rio Grande-RS. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 39-43, jan.-abr. 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VALLA. (Org.) et al. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro : DP&A, 2000. 115 p.

VASCONCELOS, M. L. M. C.; BRITO, R. H. P. de. **Conceitos de Educação em Paulo Freire**. 2 ed. Petrópolis, RJ : Vozes: São Paulo : Mack Pesquisa-Fundo Mackenzie de Pesquisa, 2006. 196p.

VERAS, R. A frugalidade necessária: modelos mais contemporâneos. **Cadernos Saúde Pública**. 2004-a; 20(5): 1141-59.

_____, R. A era dos idosos: desafios Contemporâneos. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (orgs). **Saúde do idoso: A arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro : Interciência, 2004-b. p.3-21.

VILELA, A. B.A. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. UNATI-Universidade da Terceira Idade**. v.9, n.1. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Jan. 2008.

WALSH, F. A família no estágio tardio de vida. In: CARTER, B.; McGOLDRICK, M. (Orgs.). **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2. Ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 2001. P. 269-87.

WEYDT, C. P. et al. Grupo de convivência com idosos hospitalizados: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano (RBCEH)**. Passo Fundo, v.1, n.1, p. 116-33. 2004.

YUASO, D. R. **Treinamento de cuidadores familiares de idosos de alta dependência em acompanhamento domiciliário**. 2000. 84f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Curso de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

**APÊNDICE A - Carta de solicitação de autorização para realizar a pesquisa no
HU/FURG**

Ilmo(a). Sr(a). Coordenador(a) de Desenvolvimento
Senhor(a):

Vimos por meio deste solicitar a vossa autorização para desenvolver uma pesquisa intitulada: “CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM ESPAÇO DIALÓGICO COM OS CUIDADORES FAMILIARES DOS IDOSOS NUMA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA COM VISTAS A UMA EDUCAÇÃO EM SAÚDE”. A mesma será realizada com os familiares cuidadores dos idosos internados no setor de Clínica Médica do HU, sob a orientação da Prof^a Enf^a Dr^a Marlene Teda Pelzer.

A pesquisa tem como objetivo geral: criar um espaço dialógico construído coletivamente com os cuidadores familiares dos idosos internados na Unidade de Clínica Médica (UCM) do Hospital Universitário da FURG com vistas a uma educação em saúde.

E, como objetivos específicos, pretende-se:

- discutir coletivamente em grupo as dificuldades dos cuidadores no processo de cuidar do ser idoso;

- compartilhar as experiências entre os cuidadores, unindo-se aos conhecimentos do profissional enfermeiro;

- elaborar um guia a partir das discussões coletivas grupais, para que possa servir como um recurso para esclarecer dúvidas de outros cuidadores e para os profissionais conhecerem as necessidades mais freqüentes dos cuidadores familiares.

Será mantido o anonimato tanto da instituição quanto dos participantes. Ressaltamos ainda, que estaremos disponíveis para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Atenciosamente,

Enf^a Tatiana Martins da Silveira Aragão (Mestranda)

Profª Enfª Drª Marlene Teda pelzer (Orientadora)

Rio Grande...../...../.....

Enfª Tatiana Martins da Silveira Aragão (Mestranda)

Endereço profissional: Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa

Setor de Clínica Médica

Rua Visconde de Paranaguá, nº 102

Centro, Rio Grande/RS

CEP: 96200-190

Telefone: (53) 3233-8873/9971-9369

e-mail: tatiana_enferm@hotmail.com

Profª Enfª Drª Profª Marlene Teda pelzer (Orientadora)

Endereço profissional: Área Acadêmica da Saúde

3º andar – Departamento de Enfermagem

Rua General Osório, s/nº

Centro, Rio Grande/RS

CEP: 96201-900

Telefone: 32338858

e-mail: pelzer@mikrus.com.br

Ciente. De acordo.

Coordenador(a):

Rio Grande...../...../.....

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Vimos por meio deste consultá-lo(a) a respeito da sua participação no trabalho que se pretende desenvolver nesta instituição.

Somos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), nossos nomes são: Tatiana Martins da Silveira Aragão (mestranda) e Prof^a Enf^a Dr^a Marlene Teda Pelzer (orientadora) e estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: “CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM ESPAÇO DIALÓGICO COM OS CUIDADORES FAMILIARES DOS IDOSOS NUMA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA COM VISTAS A UMA EDUCAÇÃO EM SAÚDE”.

O objetivo deste estudo é construir um espaço no qual os cuidadores familiares dos idosos internados no setor de Clínica Médica do HU possam discutir em grupo as dificuldades no processo de cuidar do ser idoso e compartilhar as experiências que possuem unindo-se aos conhecimentos do profissional enfermeiro, assim visando uma educação em saúde; também almeja-se elaborar um guia a partir das discussões grupais, para que possa contribuir como recurso para esclarecer dúvidas de outros cuidadores e para os profissionais conhecerem as necessidades mais freqüentes dos cuidadores familiares.

Solicitamos a sua colaboração com a sua participação nesta pesquisa, nos encontros que serão realizados com alguns cuidadores familiares dos idosos internados na UCM do HU. Será solicitada para a Direção do hospital uma sala para os respectivos encontros. Os dias e os horários dos mesmos serão agendados previamente com os familiares. Para registro dos encontros e posterior análise, as falas dos indivíduos serão gravadas em MP3, com o consentimento do grupo.

Disponibilizaremos alguns estudantes de enfermagem do GEP-GERON grupo de pesquisa da área do idoso, para cuidar do seu familiar enquanto estiver participando do grupo.

Informamos que será garantido o seu anonimato e assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome não será identificado.

Para o alcance do objetivo proposto da pesquisa é imprescindível a sua participação. No entanto, sua participação é completamente voluntária e sua decisão

em não participar ou em retirar-se em qualquer fase do processo não terá nenhuma implicação para você.

Assumimos o compromisso de garantir o acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de dissertação de mestrado, em eventos e publicações científicas, inclusive dando retorno a coordenação de desenvolvimento do HU.

Caso você tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir, em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente. Colocamo-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Muito obrigada pela atenção.

Atenciosamente,

Enfª Tatiana Martins da Silveira Aragão (Mestranda)

Profª Enfª Drª Marlene Teda pelzer (Orientadora)

Rio Grande...../...../.....

Enfª Tatiana Martins da Silveira Aragão (Mestranda)
 Endereço profissional: Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa
 Setor de Clínica Médica
 Rua Visconde de Paranaguá, nº 102
 Centro, Rio Grande/RS
 CEP: 96200-190
 Telefone: (53) 3233-8873/(53)9971-9369
 E-mail: tatiana_enferm@hotmail.com

Profª Enfª Drª Marlene Teda pelzer (Orientadora)
 Endereço profissional: Área Acadêmica da Saúde
 3º andar – Departamento de Enfermagem
 Rua General Osório, s/nº
 Centro, Rio Grande/RS
 CEP: 96201-900
 Telefone: 3233-8858
 E-mail: pelzer@mikrus.com.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE CEPAS
 Universidade federal do Rio Grande – PROPESP
 Endereço: 3º andar Hospital Universitário da FURG / Visconde de Paranaguá, 102
 Rio Grande – RS CEP: 96201-900

Telefone: 32330235/32336821

E-mail: cepas@furg.br

Autorização do sujeito: após ter tomado conhecimento do conteúdo deste termo, aceito participar da pesquisa proposta, conforme consta neste documento.

Nome: _____

Assinatura: _____

Ou impressão digital:



Rio Grande,...../...../.....

Nota: O presente termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com o participante da pesquisa.

APÊNDICE C – Convite aos cuidadores**Grupo de cuidadores familiares dos idosos internados na Clínica Médica**

O nosso **primeiro** encontro será realizado no dia **24 de Setembro às 16 h**. Encontrar-nos-emos em frente ao posto de enfermagem da clínica médica e iremos para a sala na qual será a nossa atividade em grupo. Algumas alunas do curso de enfermagem ficarão com seus familiares enquanto estiverem no grupo.

Conto com a sua presença!
Enfermeira Tatiana Aragão

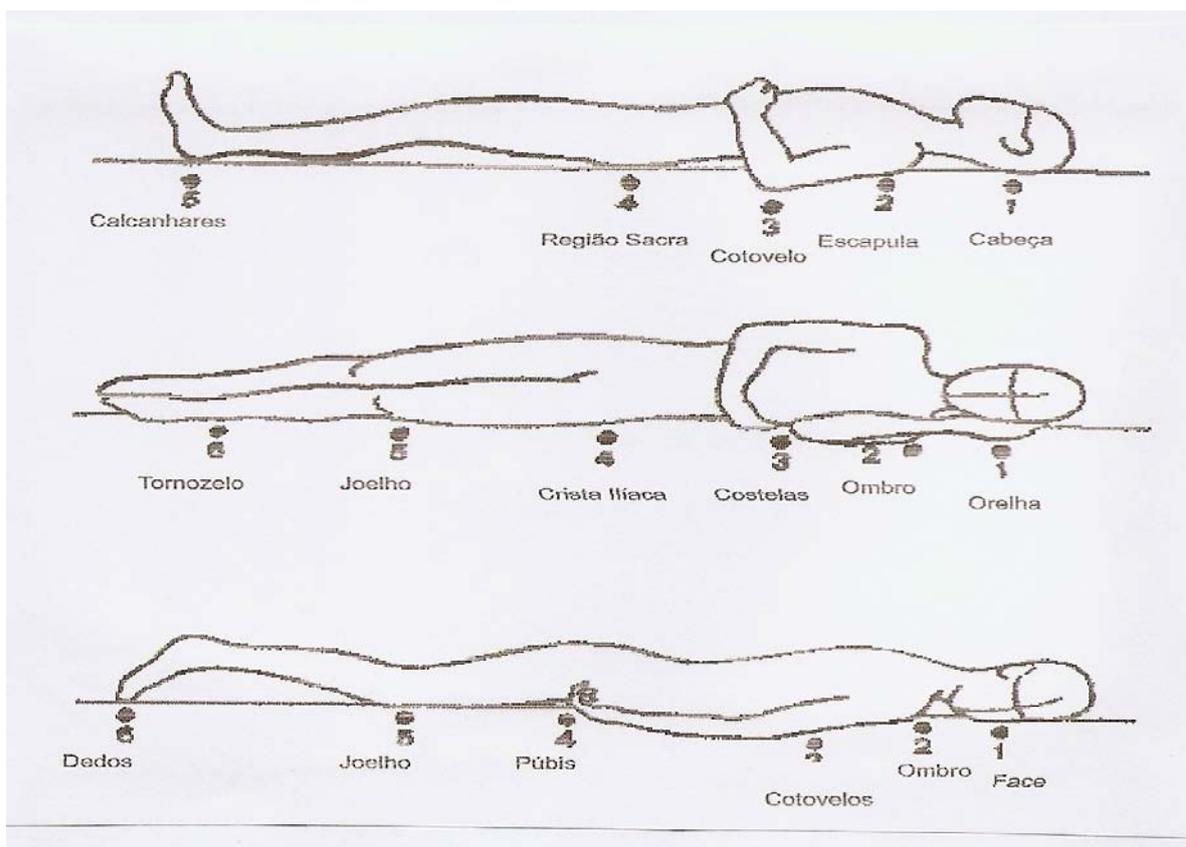
APÊNDICE D – Ficha de dados do familiar cuidador**Ficha de dados do familiar cuidador****Nome:****Idade:****Sexo:****Escolaridade:****Profissão:****Grau de parentesco com o paciente:**

APÊNDICE E - Textos utilizados nos encontros com os cuidadores

Úlceras de decúbito ou úlceras de pressão

As úlceras de decúbito/pressão são feridas que surgem na pele quando a pessoa permanece muito tempo numa mesma posição. É causada pela diminuição da circulação do sangue nas áreas do corpo que ficam em contato com a cama ou com a cadeira.

Locais onde é mais comum o aparecimento das úlceras de decúbito/pressão

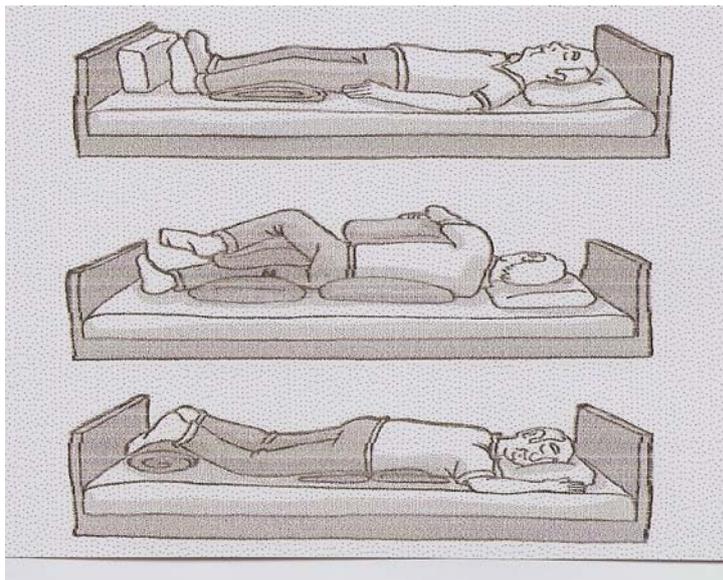


Fonte: Manual para cuidadores informais de idosos. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2005.

Prevenção

- Estimular a pessoa cuidada a mudar de posição pelo menos a cada 2 ou 3 horas. À noite, o cuidador pode mudar a pessoa de posição quando acordá-la para dar medicação, ou fazer outro cuidado. Alguns apoios podem ajudar a pessoa a segurar-se e a mudar de posição sozinha, os mesmos podem ser comprados ou improvisados em casa: barras de apoio para cabeceiras da cama, faixas de pano amarradas na cabeceira, nas laterais ou nos pés da cama ajudam a pessoa a levantar ou mudar de posição na cama;
- Caso a pessoa cuidada fique a maior parte do tempo em cadeira de rodas ou poltrona, é preciso ajudá-la a aliviar o peso do corpo sobre as nádegas. Se a pessoa tem força nos braços, deve-se orientar a pessoa cuidada a sustentar o peso do corpo ora sobre uma nádega, ora sobre outra, e se a pessoa não consegue apoiar-se nos braços, o cuidador deve ajudá-la a se movimentar;
- Sempre que mudar a pessoa de posição, fazer isso com cuidado para não raspar a pele no lençol, nos estofados, ou nas cadeiras, pois a pele está muito fina e frágil e pode vir a ferir-se;
- Deixar a roupa que fica embaixo do paciente sempre lisa e sem dobras e tomar cuidado com farelos ou pedacinhos de comida, pois podem ferir a pele;
- Proteger as saliências ósseas com travesseiros, pequenas almofadas ou lençóis dobrados em forma de rolo;

IMPORTANTE - Não se devem utilizar luvas de látex nos calcanhares do paciente, pois este procedimento pode ocasionar mais ainda o aparecimento de úlceras de pressão.



Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

- O colchão de espuma tipo “caixa de ovo” ou piramidal ajuda a prevenir as úlceras, pois protege os locais do corpo onde os ossos são mais salientes e ficam em contato com o colchão ou a cadeira. Quando a pessoa não consegue controlar a saída de urina e/ou fezes, é necessário proteger o colchão com plástico, apenas na região das nádegas e, por cima do plástico, colocar um lençol de algodão. A pele não deve ficar em contato com o plástico.
- Na higiene, lavar a pele sempre com muito cuidado, evitar esfregar a pele com força, pois pode romper a mesma. Fazer movimentos suaves, usar pouca quantidade de sabonete e enxaguar bem. Não se deve esfregá-la durante a limpeza, pois a pele ressecada pode romper e originar feridas. Lembrar-se de que uma úlcera de decúbito surge em algumas horas e pode levar meses para cicatrizar;
- Evitar a exposição da pele ao excesso de umidade;
- No banho, examinar todo o corpo, especialmente as áreas que recebem maior pressão, pois estão mais sujeitas ao surgimento de úlceras. Ao secar a pessoa, não esfregar a toalha;
- Após o banho, massagear a pele com creme ou óleo apropriado para hidratar a pele e ajudar na circulação do sangue, porém não massagear áreas já hiperemeadas (avermelhadas).
- Para aqueles pacientes que não conseguem, ajudar na movimentação ou na transferência e, nas mudanças de posição, usar o lençol móvel ou o forro da cama para a movimentação (ao invés de puxar ou arrastar);

- A cabeceira do leito não deve ser elevada mais que 30 graus para limitar a pressão do corpo para baixo;
- Colocar a comadre ou o papagaio suavemente para não machucar a pele do paciente;
- Atenção à alimentação, pois uma boa dieta é importante para prevenir e acelerar a cicatrização da úlcera de pressão;
- Oferecer água, suco e chá várias vezes ao dia e em pequenas quantidades. Os idosos podem desidratar-se facilmente, por isso esse cuidado é importante. Obs: Caso o idoso tenha algum problema de saúde que tenha que tomar menos líquidos como, por exemplo, pacientes que fazem hemodiálise, então consultar o médico;
- Levar a pessoa a um local onde possa tomar sol por 15 a 30 minutos, de preferência antes das 10 e depois das 16 horas, com a pele protegida por filtro solar. O sol fortalece a pele, fixa as vitaminas no corpo e ajuda na cicatrização das escaras.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. E. et al. **Manual para realização de curativos**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002. 122 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. 65p.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. Coordenação e revisão Rúbia Aparecida Lacerda; tradução Eliane Kanner. São Paulo: Atheneu, 1996. 256 p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Grupo Pró Idoso Distrito de Saúde leste. **Manual para cuidadores informais de idosos**. Campinas, 2005. 104p.

CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO

Uma alimentação saudável é importante para a saúde e, conseqüentemente, para a qualidade de vida das pessoas, pois influencia no bem estar físico e mental, no equilíbrio emocional, na prevenção de agravos à saúde e no tratamento de pessoas doentes.

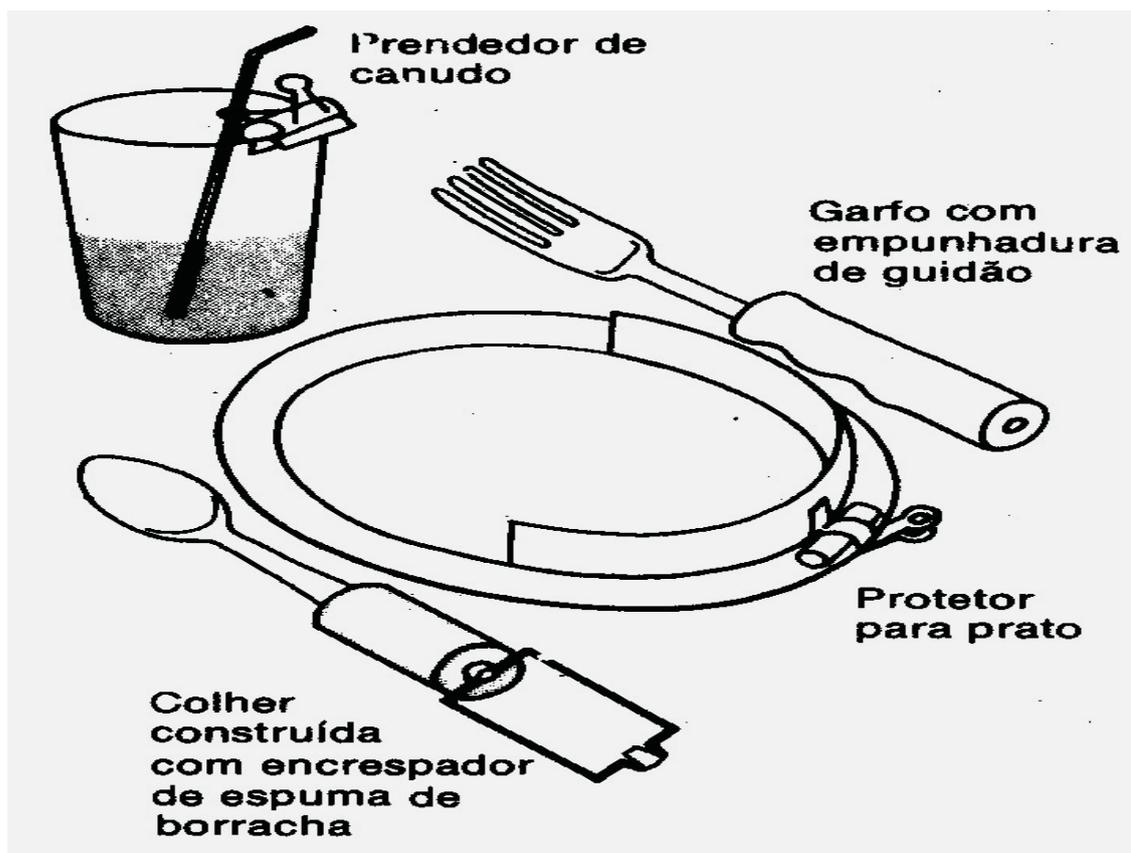
É através da alimentação que o organismo recebe todas as substâncias (nutrientes) necessárias ao seu bom funcionamento.

Nem sempre é fácil alimentar outra pessoa, por isso o cuidador precisa ter muita calma e paciência, estabelecer horários regulares, criar um ambiente tranquilo.

Alguns cuidados importantes:

- Para receber a alimentação, a pessoa deve estar sentada confortavelmente;
- Jamais oferecer água ou alimentos à pessoa na posição deitada, pois ela pode engasgar-se;
- Se a pessoa cuidada consegue alimentar-se sozinha, o cuidador deve estimular e ajudá-la no que for preciso: preparar o ambiente, cortar os alimentos, etc. Pode-se diminuir a sujeira, durante a alimentação, forrando o chão com plástico ou jornal e utilizando bicos adaptadores para copos, talheres adaptados e outros acessórios;
- Lembrar que a pessoa precisa de um tempo maior para se alimentar, por isso não se deve apressá-la;

Exemplos de alguns adaptadores para facilitar o manuseio dos utensílios



Fonte: Manual para cuidadores informais de idosos. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2005.

Quando a pessoa cuidada estiver sem apetite, o cuidador deve oferecer alimentos saudáveis e da preferência dela, incentivando-a a comer. A pessoa, com dificuldades para alimentar-se, aceita melhor alimentos líquidos e pastosos, como: legumes amassados, purês, mingau de aveia ou amido de milho, vitamina de frutas com cereais integrais, vitaminas com sustagem;

- Para estimular as sensações de gosto e cheiro, que com o avançar da idade ou com a doença podem estar diminuídos, é importante que as refeições sejam saborosas, de fácil digestão, bonitas e cheirosas;

- Uma boa maneira de estimular o apetite é variar os temperos e o modo de preparo dos alimentos. Os temperos naturais como: alho, cebola, cheiro-verde, açafrão, cominho, manjericão, louro, alecrim, sálvia, orégano, gergelim, hortelã, noz-moscada, manjerona, erva-doce, coentro, alecrim, dão sabor e aroma aos alimentos e podem ser usados à vontade;

- Se a pessoa consegue mastigar e engolir alimentos em pedaços não há razão para modificar a consistência dos alimentos. No caso da ausência parcial ou total dos dentes, e uso de prótese, o cuidador deve oferecer carnes, legumes,

verduras e frutas bem picadas, desfiadas, raladas, moídas ou batidas no liquidificador;

- Caso haja dificuldade para engolir, procurar oferecer alimentos cozidos e com molho;

- Para manter um bom funcionamento do intestino é importante o cuidador oferecer à pessoa grande quantidade de líquidos (6 a 8 copos por dia) e alimentos ricos em fibras: frutas, sempre que possível cruas e com casca, como ameixa, mamão, laranja, abacaxi, hortaliças, de preferência cruas, leguminosas, feijões, ervilha, lentilha, cereais integrais como farelos, aveia, gérmen de trigo, etc. Também se podem acrescentar legumes e verduras no recheio de sanduíches e tortas e nas sopas;

- É fundamental ingerir diariamente alimentos que contenham cálcio para prevenir o aparecimento da osteoporose que é uma doença comum em idosos, especialmente em mulheres, devido à mudança hormonal provocada pela menopausa. Consumir alimentos como leite, coalhada, queijo magro, vegetais como folhas verdes escuras (brócolis, espinafre, couve, etc). É aconselhável a exposição diária ao sol para a produção de vitamina D, pois ela auxilia na absorção de cálcio;

- Sempre que for possível, o cuidador deve estimular e auxiliar a pessoa cuidada a fazer caminhadas leves, alongamentos e passeios ao ar livre;

- É importante a pessoa doente ou em recuperação comer diariamente carnes e leguminosas, pois esses alimentos são ricos em ferro. O ferro dos vegetais é mais bem absorvido quando se come junto a alimentos ricos em vitamina C, como laranja, limão, caju, goiaba, abacaxi e outros, em sua forma natural ou em sucos;

- Utilizar açúcares, doces, gorduras, alimentos gordurosos em pequena quantidade para manter o peso e prevenir doenças (obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares) e evitar as complicações destas, quando já existentes;

- Sempre que possível, procurar substituir as frituras por preparações cozidas;

- No preparo de carnes, retirar toda a gordura visível, assim como a pele das aves e dos peixes;

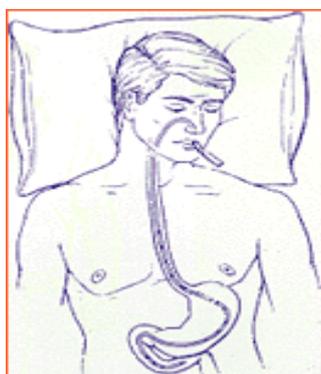
- Observar a data de validade dos alimentos.

- Em casos de vômitos ou diarreia, oferecer 2 a 3 litros de líquidos por dia em pequenas quantidades, de preferência nos intervalos das refeições; oferecer refeições menores 5 a 6 vezes ao dia; os alimentos muito quentes podem liberar cheiros e isso pode agravar a náusea; os alimentos secos e em temperaturas mais

frias são mais bem aceitos; é importante que a pessoa mastigue muito bem e devagar os alimentos; logo após as refeições, o cuidador deve manter a pessoa sentada para evitar as náuseas e vômitos; enquanto durar as náuseas e vômitos, deve-se evitar os alimentos muito temperados, com cheiros fortes, salgados, picantes, ácidos, doces e gorduras.

- Caso a pessoa apresente dificuldade para engolir, oferecer as refeições em quantidades menores de 5 a 6 vezes por dia; oferecer líquidos nos intervalos das refeições, em pequenas quantidades e através de canudos; manter a pessoa sentada ou em posição reclinada com ajuda de travesseiros nas costas, para evitar que a pessoa engasgue; a pessoa com dificuldade para engolir aceita melhor os alimentos mais leves e macios, os líquidos engrossados com leite em pó, cereais, amido de milho, os alimentos pastosos como as gelatinas, pudins, vitaminas de frutas espessas, sopas tipo creme batidas no liquidificador, mingaus, purê de frutas, polenta mole com caldo de feijão; as sopas podem ser engrossadas com macarrão, mandioquinha, cará, inhame e aveia; evitar alimentos de consistência dura, farinhentos e secos como a farofa e bolachas. O pão francês e as torradas devem ser oferecidos sem casca, molhados no leite.

ALIMENTAÇÃO POR SONDA (DIETA ENTERAL)



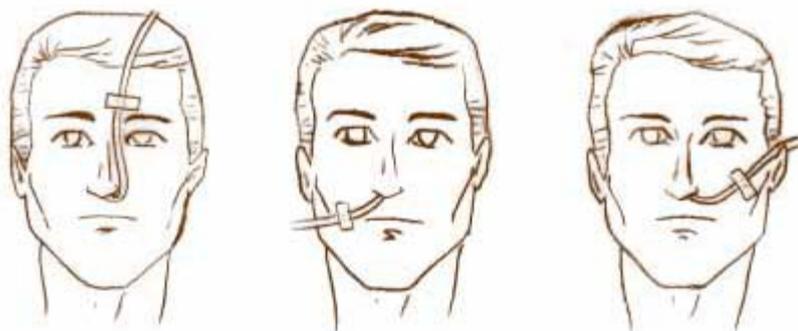
Fonte: Orientações aos pacientes que usam sonda alimentar. Brasil, Ministério da Saúde, INCA, 2008.

A alimentação enteral é o fornecimento de alimentos na forma líquida através de uma sonda de alimentação que caem diretamente no estômago ou intestino. Assim, é possível fornecer os nutrientes que a pessoa necessita independente da sua cooperação, fome ou vontade de comer. A alimentação por sonda pode ser indicada quando a quantidade de alimentos que a pessoa come não está sendo suficiente, quando a pessoa não pode se alimentar pela boca, para ajudar na cicatrização de feridas, para preparar o organismo para algumas cirurgias e tratamentos de quimioterapia, radioterapia e diálise, entre outras indicações. Em algumas situações a pessoa pode receber alimentação mista, isto é, alimenta-se pela boca e recebe um complemento alimentar pela sonda. A alimentação enteral deve ser prescrita pelo médico ou nutricionista e a sonda deve ser colocada pela equipe de enfermagem.

Alguns cuidados importantes

- A fixação externa da sonda pode ser trocada pelo cuidador, desde que tenha cuidado para não deslocar a sonda. Para fixar a sonda é melhor utilizar esparadrapo antialérgico, mudando constantemente o local de fixação, assim se evita ferir a pele ou as alergias. Sempre que estiver descolando trocar o adesivo de fixação.

Tipos de fixação da sonda



Fonte: Orientações aos pacientes que usam sonda alimentar. Brasil, Ministério da Saúde, INCA, 2008.

- Algumas vezes a sonda pode sair acidentalmente pelo nariz: após tosse, espirro, ânsia de vômito ou ao movimentar-se durante o sono.

Fique Atento: Se a sonda se deslocar ou tiver sido retirada acidentalmente, não tentar recolocá-la, convém chamar a equipe de saúde. Lavar a sonda com água e sabão e guardá-la em lugar seco e limpo, pois ela pode ser reutilizada.

- O medicamento que não for líquido (comprimido ou drágeas) também pode ser colocado através da sonda, desde que triturado até virar pó e diluído em água.

- Mesmo que o paciente não esteja mastigando os alimentos, aconselha-se a manter sua boca bem limpa, através da higiene oral com a escovação dos dentes ou através de gaze embebida em anticépticos orais, assim evitando cáries e infecções.

- É conveniente passar vaselina ou manteiga de cacau nos lábios para evitar rachaduras e ressecamento das mucosas.

- A narina, onde foi introduzida a sonda, deve ser limpa diariamente, com cotonete umedecido, a fim de evitar acúmulo de crostas e ferimentos neste local.

- Pode haver entupimento da sonda por alimentos ou remédios. Inserir água morna para tentar desobstruí-la, caso não se consiga chamar a equipe de saúde.

- Antes de dar a dieta colocar a pessoa sentada na cadeira ou na cama, com as costas bem apoiadas, e a deixar nessa posição por 30 minutos após o término da alimentação. Esse cuidado é necessário para evitar que, em caso de vômitos ou regurgitação, restos alimentares entrem nos pulmões.

- Recomenda-se pendurar o frasco de alimentação enteral num gancho, prego ou suporte de vaso em posição bem mais alta que a pessoa, para facilitar a descida da dieta.
- Deve-se injetar a dieta na sonda lentamente gota a gota. Esse cuidado é importante para evitar diarreia, formação de gases, estufamento do abdome, vômitos e também para o organismo aproveitar melhor o alimento e absorver seus nutrientes.
- O tipo de dieta, a quantidade, os horários, o modo de preparação deverão ser orientados pela nutricionista.
- Ao terminar a alimentação enteral, injetar na sonda 20ml de água fria, filtrada ou fervida, para evitar que os resíduos de alimentos entupam a sonda.
- Para as pessoas que não podem tomar água pela boca, oferecer água filtrada ou fervida entre as refeições, em temperatura ambiente, por meio de seringa ou colocada no frasco descartável. A quantidade de água deve ser definida pela nutricionista.
- A sonda deve permanecer fechada sempre que não estiver em uso.
- A diarreia pode ser uma ocorrência comum: verificar o gotejamento, os cuidados de higiene no preparo e, se não melhorar, procurar a equipe de saúde que acompanha o paciente no domicílio ou o hospital onde recebeu as orientações quanto à alimentação por sonda.

Importante: Se o paciente apresentar náusea ou tosse excessiva ou dificuldade respiratória, suspender imediatamente a infusão da dieta/suco/água e entrar em contato com a equipe de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto nacional do câncer (INCA). **Orientações aos pacientes que usam sonda alimentar**. 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=117>. Acesso em: 6 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. 65p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Grupo Pró Idoso Distrito de Saúde Leste. **Manual para cuidadores informais de idosos**. Campinas, 2005. 104p.

Cuidados na higiene dos idosos acamados ou com limitações físicas

A higiene corporal, além de proporcionar conforto e bem-estar, constitui-se um fator importante para recuperação da saúde. O ambiente também deve ser limpo, arejado e com o mínimo necessário para atendimento das necessidades. Deixar no quarto do doente somente os móveis necessários.

Atenção: Algumas pessoas idosas, doentes ou com incapacidades podem, às vezes, se recusar a tomar banho. É preciso que o cuidador identifique as causas. Pode ser que a pessoa tenha dificuldade para locomover-se, tenha medo da água ou de cair, pode sentir frio, pode ainda estar deprimida, sentir dores, tonturas ou mesmo sentir-se envergonhada de ficar exposta à outra pessoa, especialmente se o cuidador for do sexo oposto. É preciso que o cuidador tenha muita sensibilidade para lidar com essas questões. Respeitar os costumes da pessoa cuidada e lembrar que confiança se conquista, com carinho, tempo e respeito.

Banho de chuveiro com auxílio do cuidador

- Separar antecipadamente as roupas pessoais;
- Preparar o banheiro e colocar num lugar de fácil acesso os objetos necessários para o banho;

(A falta de uma preparação adequada poderá levar a uma situação tensa e perigosa, pois caso os objetos necessários como sabonete, xampu, toalha, roupas limpas não estiverem à mão, corre-se o risco de ter que deixar o idoso sozinho, confuso e molhado num ambiente potencialmente perigoso).

- Regular a temperatura da água (Evitar banhos muito quentes e demorados, pois ressecam a pele);
- Utilizar sabão neutro ou de glicerina;
- Manter fechadas portas e janelas para evitar as correntes de ar;
- Retirar a roupa da pessoa ainda no quarto e protegê-la com um roupão ou toalha;

- Evitar olhar para o corpo despido da pessoa a fim de não constrangê-la;
- Colocar a pessoa no banho e não deixá-la sozinha, porque ela pode escorregar e cair;
- Estimular, orientar, supervisionar e auxiliar a pessoa cuidada a fazer sua higiene; somente fazer aquilo que ela não for capaz de fazer;
- Após o banho, ajudar a pessoa a se enxugar; secar bem as partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos para evitar o aparecimento de assaduras e micoses;
- Ao secar não esfregar a toalha para evitar machucar a pele e o surgimento de feridas;
- A higiene da cabeça deve ser feita com regularidade;
- Diariamente inspecionar o couro cabeludo observando se há feridas, piolhos, coceira ou áreas de queda de cabelo;
- Os cabelos curtos facilitam a higiene, mas lembrar-se de consultar a pessoa antes de cortar seus cabelos, pois ela pode não concordar por questão religiosa ou por outro motivo;
- O banho de chuveiro pode ser feito com a pessoa sentada numa cadeira de plástico com apoio lateral colocada sobre tapete antiderrapante, ou em cadeiras próprias para banhos, disponíveis no comércio;
- Observar se há necessidade de cortar as unhas dos pés e das mãos, em caso positivo, posteriormente, cortá-las retas, com todo o cuidado, especialmente nos pacientes diabéticos;
- Após o banho, substituir a roupa de cama e pessoal e utilizar roupas de preferência em algodão;

Banho no leito

O banho de chuveiro é o ideal, mas em alguns casos existem dificuldades ou impossibilidades para a pessoa sair da cama. Nestes casos o banho pode ser realizado na cama.

Caso a pessoa seja muito pesada ou sinta dor ao mudar de posição, é bom o cuidador ser ajudado por outra pessoa no momento de dar o banho no leito. Isso é importante para proporcionar maior segurança à pessoa cuidada e para evitar danos à saúde do cuidador.

Antes de iniciar o banho na cama, preparar todo o material que será usado: papagaio, comadre, bacia, água morna, sabonete, toalha, escova de dente, lençóis, forro plástico e roupas. É conveniente o cuidador proteger as mãos com luvas de borracha. Existe no comércio materiais próprios para banho, no entanto, o cuidador pode improvisar materiais que facilitem a higiene na cama.

- Antes de iniciar o banho, cobrir o colchão com plástico;
- Iniciar a higiene corporal pela cabeça;
- Com um pano molhado e pouco sabonete, fazer a higiene do rosto, passando o pano no rosto, nas orelhas e no pescoço. Enxaguar o pano em água limpa e passar na pele até retirar toda a espuma, secar bem;
- Lavagem dos cabelos:
 - Cobrir com plástico um travesseiro e colocar a pessoa com a cabeça apoiada nesse travesseiro que deve estar na beirada da cama;
 - Pôr, embaixo da cabeça da pessoa, uma bacia ou balde para receber a água;
 - Molhar a cabeça da pessoa e passar pouco xampu;
 - Massagear o couro cabeludo e derramar água aos poucos até a retirada completa da espuma.
 - Secar os cabelos;
- Lavar com um pano umedecido e sabonete os braços, não se esquecendo das axilas, mãos, tórax e barriga. Secar bem. Nas mulheres e pessoas obesas é preciso secar muito bem a região em baixo das mamas, para evitar assaduras e micoses;
- Fazer da mesma forma a higiene das pernas;
- Nos pés, deve ser dada atenção à higiene entre os dedos, secando-os bem, passar creme hidratante ou óleo;
- Ajudar a pessoa a deitar de lado para que se possa fazer a higiene das costas. Secar e massagear as costas com óleo ou creme hidratante para ativar a circulação;
- Deitar novamente a pessoa com a barriga para cima, colocar a comadre e fazer a higiene das partes íntimas. Ensaboar a região genital no sentido da frente para trás, então jogar a água e enxugá-la com um pano. Caso os pêlos estejam grandes e volumosos devem ser aparados com tesoura para facilitar a limpeza;

A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho diário e também após a pessoa urinar e evacuar, assim se evita umidade, assaduras e feridas (úlceras de pressão). É importante usar um pano macio para fazer a higiene e lembrar que as partes do corpo que ficam em contato com o colchão estão mais finas e sensíveis, e qualquer esfregada mais forte pode provocar o rompimento da pele e a formação de feridas (úlceras de pressão).

Importante: O momento do banho é importante para observar e avaliar a integridade da pele, dos cabelos, unhas e da higiene oral. A análise cuidadosa da pele e a avaliação de aspectos como cor, temperatura, hidratação, inchaço e vermelhidão podem ser os primeiros sinais indicativos do aparecimento de escaras.

Cuidados com a higiene da boca

A higiene bucal é importante para evitar cáries, dor de dente e inflamação da gengiva. Nas pessoas idosas diminui a salivação o que favorece o aumento da concentração de bactérias na boca. Por isso é importante oferecer bastante água durante o dia a pessoa idosa para manter a boca sempre úmida.

Alguns cuidados:

- Para o idoso totalmente dependente, que precisa de alguém para fazer a higiene bucal, e para aqueles que tentam morder ao mexermos na boca, pode ser utilizada uma garrafa de refrigerante de plástico. A ponta do gargalo da garrafa é colocada na boca do idoso (região posterior) para que ele a morda. Assim, o cuidador pode realizar a higiene oral sem o risco de uma mordida repentina;

- Nestes casos o cuidador pode fazer a higiene com uma espátula envolvida com uma gaze embebida em solução anti-séptica ou o próprio dedo indicador envolto com a gaze;

- Deve-se ter maior atenção para a higiene oral nos pacientes que usam prótese dentária. Estas devem ser retiradas após cada refeição, higienizadas fora da boca e, após limpeza da cavidade oral, recolocadas;

- Pacientes muito confusos devem ter suas próteses dentárias retiradas à noite, colocadas em solução anti-séptica e, após a higienização, recolocadas pela

manhã. Alguns pacientes não devem permanecer com a prótese mesmo durante o dia, pela possibilidade de engolirem. Nestes casos, e se o idoso estiver se alimentando via oral, colocá-lo somente no momento da refeição;

- Para a higienização bucal com escova dental pelo cuidador, é necessário o idoso ficar numa posição confortável, com a coluna reta, de maneira que a sua cabeça seja facilmente segura durante a limpeza, de frente para a pia com espelho ou com uma bacia e espelho na mão. O cuidador poderá ficar por trás do idoso e um pouco de lado, usando sempre luvas;

- Colocar uma pequena quantidade de creme dental em uma escova pequena e macia e, após a limpeza, pedir para que a pessoa realize bochechos com água ou, se não conseguir, pedir para somente cuspir;

- A língua também deve ser massageada com a escova dental macia para remoção da sujidade.

REFERÊNCIAS

BORGES, M. F. **Convivendo com Alzheimer** : Manual do Cuidador. Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz). Disponível em:
<<http://www.alzheimer.med.br/manual.htm>> Acesso em: 13 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. 65p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Grupo Pró Idoso Distrito de Saúde Leste. **Manual para cuidadores informais de idosos**. Campinas, 2005. 104p.

Aspectos psicológicos / estimulação sensorial/comunicação

- Conversar sempre com a pessoa cuidada e estimular os outros familiares a fazerem o mesmo;

- Evitar comentários negativos a respeito da doença da pessoa na presença dela;

- Ler para a pessoa trechos de um livro preferido;
- Colocar música para a pessoa ouvir;
- A música pode ser um excelente modo de comunicação, ajudando o idoso a recordar sentimentos, pessoas e situações antigas;
- Mostrar gravuras, revistas ou fotos que a agrade;
- Na comunicação, caso o paciente não consiga escrever, pedir a ele que responda com sinais, fazendo sim ou não com a cabeça, piscando com os olhos, apertando a mão, combinar os sinais com ele;
- Sempre fazer com que, ao conversar com o idoso, ele esteja olhando para a pessoa que fala, prestando atenção no que se está falando;
- O cuidador deve falar pausadamente, com frases curtas e simples, enfocando uma idéia de cada vez, assim dando tempo do idoso entender o que lhe é dito;
- Ao dizer nomes, dar-lhe uma orientação: “Maria, sua filha”; João, seu vizinho”;
- Conversar e cantar com a pessoa, pois estas atividades estimulam o uso da voz;
- O toque, o olhar, o beijo, o carinho são outras formas de comunicação que ajudam o cuidador a compreender a pessoa cuidada e ser compreendido por ela;
- Lembrar que a pessoa está vivenciando uma etapa difícil da sua vida, e o familiar ou a pessoa que cuida é a facilitadora neste momento;
- O paciente pode apresentar sentimentos de: impotência, dependência, depressão, ansiedade frente à doença, medo, etc.
- A pessoa cuidada pode emitir comportamentos como:
 - Teimosia, não obedecendo a ordens;
 - Comportamento de “mimo” e resistência em assumir sua parte no tratamento;
 - Dificuldade em lidar com as perdas impostas pela doença, “atacam” (verbal ou fisicamente);
 - Não aceitação do trabalho, diversão ou inter-relacionamento dos demais. Supervalorização de sua impotência e solicitação demasiada do cuidador;
 - Depressão podendo ser patológica ou reativa;

- Presença de insônia;
- Ausência de controle dos esfínteres;
- A coordenação motora é inadequada (derrubar objetos, comida, etc.);
- Perda de memória;
- Perda de orientação espacial;

- Diante desses quadros o cuidador pode ter:

- Tristeza: por vivenciar as perdas do paciente;
- Raiva: diante de suas recusas;
- Ansiedade: por esperar progresso do paciente, para sair da rotina do

dia-a-dia da doença;

- Culpa: por ter pensamento e atitudes às vezes negativas;

- Pode vivenciar:

- Cansaço;
- Insônia;
- Perda de autocontrole;
- Impotência;
- Depressão;

Atenção: Calma! Procurar:

- Deixar o idoso sempre ocupado;
- Estimular o contato social (visitas e telefonemas);
- Caso a pessoa esteja incapacitada para andar, deixá-la a maior parte

do tempo na sala, local onde ocorre maior circulação dos membros da família, diminuindo o sentimento de solidão;

- Assistir à TV;
- Ler jornais, ver notícias (caso não possa fazê-lo, faça por ele).
- Oferecer-lhe revistas;
- Proporcionar-lhe ouvir música;
- Incentivá-lo a rezar (se o paciente for religioso);

• Incentivar a autonomia do paciente como não responder por ele, não fazer por ele o que ele pode fazer;

- Sair de perto quando perder o autocontrole e solicitar ajuda de outro cuidador da família ou voluntário;
- Sempre que possível revezar com alguém;
- Procurar informar-se a respeito da evolução da patologia;
- Procurar recursos existentes na comunidade;
- Conversar com familiares que também tenham seus doentes;
- Ter cautela nos gestos ou palavras dirigidos à pessoa dependente. O paciente é atento;

Quando o idoso solicitar a presença constante do cuidador, sem uma necessidade clara, é interessante que o cuidador procure aumentar o tempo de espera a cada solicitação, de forma progressiva e contínua (por exemplo, 5 minutos por dia); assim, a pessoa dependente precisará suportar períodos cada vez mais longos entre seu pedido e a resposta e o aumento de sua ansiedade. Importante estabelecer limites com o paciente.

É importante que o cuidador, a família e a pessoa a ser cuidada façam alguns acordos de modo a garantir certa independência tanto a quem cuida como para quem é cuidado. Por isso, o cuidador e a família devem reconhecer quais as atividades que a pessoa cuidada pode fazer e quais as decisões que ela pode tomar sem prejudicar os cuidados. Deve-se incentivá-la a cuidar de si e de suas coisas. Negociar é a chave para se ter uma relação de qualidade entre o cuidador, a pessoa cuidada e sua família.

O “não”, “não quero” ou “não posso”, pode indicar várias coisas, como por exemplo: não quero ou não gosto de como isso é feito, ou agora não quero, vamos deixar para depois? O cuidador precisa ir aprendendo a entender o que essas respostas significam e quando se sentir impotente ou desanimado, diante de uma resposta negativa, é bom conversar com a pessoa, com a família, com a equipe de saúde. Também é importante conversar com outros cuidadores para trocar experiências e buscar alternativas para resolver essas questões.

É importante tratar a pessoa a ser cuidada de acordo com sua idade. Os adultos e idosos não gostam quando os tratam como crianças. Mesmo doente ou com limitações, a pessoa a ser cuidada precisa e tem direito de saber o que está acontecendo ao seu redor e de ser incluída nas conversas. Por isso é importante

que a família e o cuidador continuem compartilhando os momentos de suas vidas, demonstrem o quanto a estimam, falem de suas emoções e sobre as atividades que fazem, mas acima de tudo, é muito importante escutar e valorizar o que a pessoa fala.

Muitas vezes, a pessoa cuidada parece estar dormindo, mas pode estar ouvindo o que falam a seu redor. Por isso, é fundamental respeitar a dignidade da pessoa cuidada e não discutir em sua presença fatos relacionados com ela, agindo como se ela não entendesse, não existisse, ou não estivesse presente.

Cuidando do cuidador

A tarefa de cuidar de alguém geralmente se soma às outras atividades do dia-a-dia. O cuidador fica sobrecarregado, pois muitas vezes assume sozinho a responsabilidade pelos cuidados, soma-se a isso o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida.

Diante dessa situação é comum o cuidador passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar.

A tensão e o cansaço sentidos pelo cuidador são prejudiciais não só a ele, mas também à família e à própria pessoa cuidada.

Algumas dicas podem ajudar a preservar a saúde e aliviar a tarefa do cuidador:

- O cuidador deve contar com a ajuda de outras pessoas, como a ajuda da família, amigos ou vizinhos, definir dias e horários para cada um assumir parte dos cuidados. Essa parceria permite ao cuidador ter um tempo livre para se cuidar, distrair-se e recuperar as energias gastas no ato de cuidar do outro; é aconselhável pedir ajuda sempre que algo não estiver bem;
- É fundamental o cuidador reservar alguns momentos do seu dia para se cuidar, descansar, relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer, tais como: caminhar, fazer ginástica, crochê, tricô, pinturas, desenhos, dançar, etc;
- Compressas quentes (bolsas térmicas, tecidos umedecidos em água quente) auxiliam no relaxamento muscular.

O cuidador pode exercitar-se e distrair-se de diversas maneiras, como por exemplo:

- Enquanto assiste à TV: movimentar os dedos das mãos e dos pés, fazer massagem nos pés com ajuda das mãos, rolinhos de madeira, bolinhas de borracha ou com os próprios pés;
- Sempre que possível, aprender uma atividade nova ou saber mais sobre algum assunto que lhe interessa;
- Ler, participar de atividades de lazer em seu bairro, fazer novos amigos e pedir ajuda quando precisar.

Lembre-se: Calma! Paciência! Cuide-se! A vida não pára!

Cuide-se de verdade! Vá ao médico quando precisar. Mantenha-se saudável física e emocionalmente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. 65p.

BORGES, M. F. **Convivendo com Alzheimer** : Manual do Cuidador. Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz). Disponível em:
<<http://www.alzheimer.med.br/manual.htm>> Acesso em: 13 out. 2008.

PREFEITURA DE SANTOS. **Manual de Cuidadores de Idoso**. 2004. Disponível em:
<<http://www.santos.sp.gov.br/frames.php?pag=/saude/saude.php>> Acesso em: 20 out. 2008.

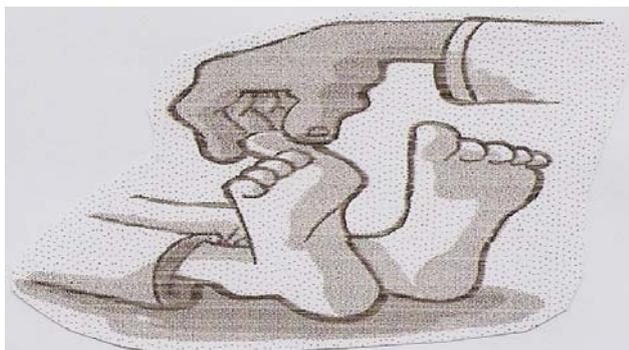
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Grupo Pró Idoso Distrito de Saúde Leste. **Manual para cuidadores informais de idosos**. Campinas, 2005. 104p.

Exercícios passivos para o idoso dependente

Devem ser realizadas massagens no corpo do paciente (pés, tornozelos, mãos, ombros, músculos próximos à coluna, mãos, etc.), principalmente no paciente diabético. A massagem proporciona o relaxamento e beneficia a circulação sanguínea.

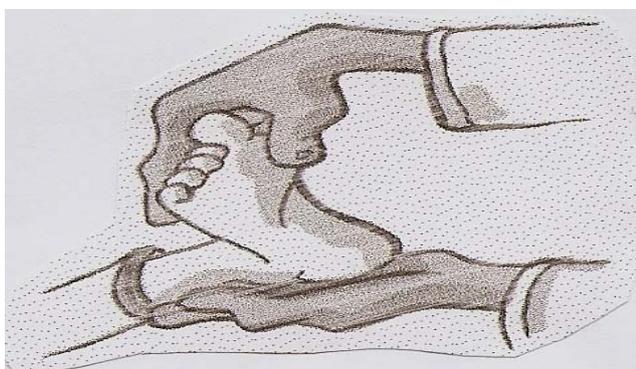
Alguns exercícios:

Movimentar cada um dos dedos dos pés, para cima e para baixo, para os lados e com movimentos de rotação;



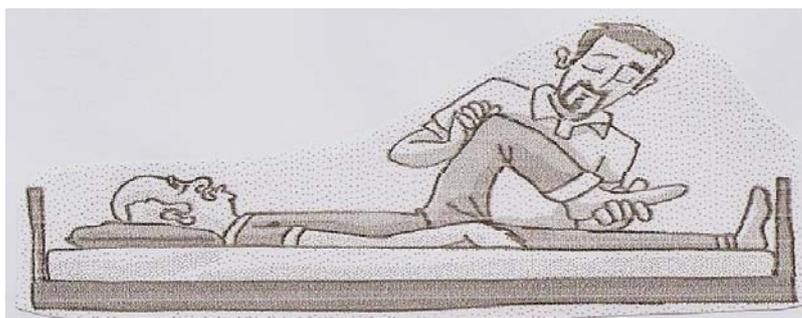
Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

Mobilizar os tornozelos para cima, para baixo e em movimentos circulares para os dois lados;



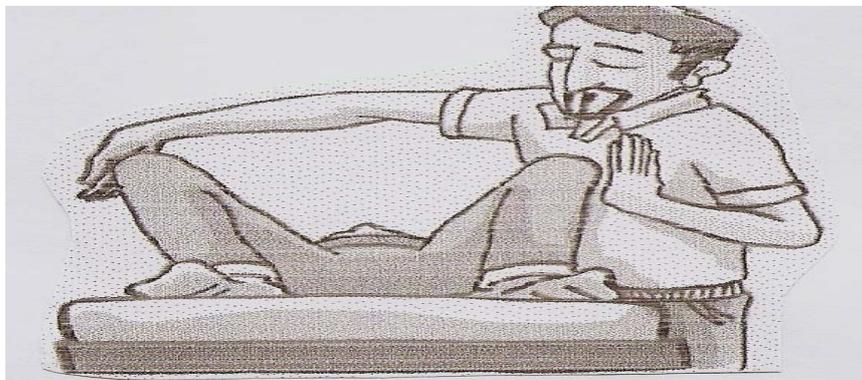
Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

Dobrar e estender uma das pernas, repetir o movimento com a outra perna (sem atritar o calcanhar na cama, que favorece o surgimento de feridas);



Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

Com os pés da pessoa apoiados na cama e os joelhos dobrados, fazer movimentos de separar e unir os joelhos; após pedir para a pessoa levantar os quadris e abaixar lentamente.



Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

Levantar e abaixar os braços da pessoa, depois abrir e fechar;



Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

Fazer movimentos de dobrar e estender os cotovelos, os punhos e depois os dedos;



Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

Ajudar a pessoa a flexionar suave e lentamente a cabeça para frente e para trás, para um lado e depois para o outro, isto alonga os músculos do pescoço. Estimular para que a pessoa faça os movimentos sozinha, se necessário, o cuidador pode ajudá-la. No caso de tonturas suspender o movimento até melhorar do sintoma;



Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

É importante o cuidador estimular a pessoa cuidada a utilizar ao máximo o lado do corpo que está comprometido, realizando com o lado afetado todos os exercícios citados anteriormente. Caso seja necessário, o cuidador pode ajudá-la na realização desses exercícios. Sempre que possível é bom que a porta do quarto e os móveis estejam do lado mais comprometido, pois isso faz com que a pessoa se volte mais para esse lado estimulando os movimentos do membro afetado.

Adaptações ambientais

Muitas vezes é preciso fazer algumas adaptações no ambiente da casa para melhor abrigar a pessoa cuidada, evitar quedas, facilitar o trabalho do cuidador e permitir que a pessoa possa tornar-se mais independente.

O lugar onde a pessoa mais fica deve ter somente os móveis necessários. Deixar os caminhos livres, retirando móveis e entulhos. Cuidar para que os objetos e móveis não atrapalhem os locais de circulação e nem provoquem acidentes. Mas também é importante manter alguns objetos de que a pessoa mais goste, de modo a não descaracterizar totalmente o ambiente.

Alguns exemplos de adaptações:

- Cadeiras, camas, poltronas e vasos sanitários mais altos do que o comum facilitam a pessoa cuidada a sentar, deitar e levantar. O cuidador ou outro membro da família podem fazer essas adaptações. Em lojas especializadas existem levantadores de cama e cadeiras e vasos sanitários;

- Antes de colocar a pessoa sentada numa cadeira de plástico, verificar se a cadeira suporta o peso da pessoa e colocar a cadeira sobre um piso antiderrapante, para evitar escorregões e quedas, caso se utilize cadeira de plástico para o banho, usar cadeiras com braço para o paciente ter apoio para levantar-se;

- Sempre que for possível é bom ter barras de apoio na parede do chuveiro e ao lado do vaso sanitário, assim a pessoa cuidada sente-se segura ao tomar banho, sentar e levantar do vaso sanitário, evitando apoiar-se em pendurador de toalhas, pias e cortinas;

- O sofá, poltrona e cadeira devem ser firmes e fortes, ter apoio lateral, que permita à pessoa cuidada sentar-se e levantar-se com segurança;

- Piso escorregadio causa quedas e escorregões, por isso é bom utilizar tapetes antiderrapantes (emborrachados) em frente ao vaso sanitário e cama, no chuveiro, embaixo da cadeira;

- Se a pessoa cuidada não controla a saída de urina ou fezes, é preciso cobrir com plástico a superfície de cadeiras, poltronas e cama e colocar por cima do plástico um lençol para que a pele não fique em contado direto com o plástico, pois isso pode provocar feridas;

- Sempre que possível, colocar a cama em local protegido de correntes de vento, isto é, longe de janelas e portas;

- Retirar tapetes, capachos, tacos e fios soltos, para facilitar a circulação do cuidador e da pessoa cuidada e principalmente evitar acidentes;

- Prender os tacos soltos e bordas soltas de carpetes;

- Não encerar pisos;

- O ambiente da casa precisa estar sempre limpo, arejado e livre de fumaça e poeira;

- Os produtos de limpeza com cheiro forte devem ser evitados, pois podem provocar alergias e alterações respiratórias;

- A iluminação do ambiente não deve ser tão forte que incomode a pessoa cuidada e nem tão fraca que dificulte ao cuidador prestar os cuidados. É bom ter uma lâmpada de cabeceira e também deixar acesa uma luz no corredor;

- As escadas devem ter corrimão dos dois lados, faixa ou piso antiderrapante e ser bem iluminadas;

- Não deixar animais soltos;

- Substituir ou consertar móveis instáveis;

- Evitar o uso de chinelos, salto alto e sapatos de sola lisa;

- Não deixar o idoso andar de meias;

- Não usar chaves na porta dos banheiros;

- Os objetos de uso pessoal devem estar colocados próximos à pessoa e numa altura que facilite o manuseio, de modo que a pessoa cuidada não precise abaixar-se e nem se levantar para apanhá-los;

- As pessoas idosas ou com certas doenças neurológicas podem ter dificuldades para manusear alguns objetos por ter as mãos trêmulas. Algumas adaptações ajudam a melhorar o desempenho e a qualidade de vida da pessoa:

- Enrolar fita adesiva ou um pano nos cabos dos talheres e também no copo, caneta, lápis, agulha de crochê, barbeador manual, pente, escova de dente. Assim os objetos ficam mais grossos e pesados o que facilita à pessoa coordenar seus movimentos para usar esses objetos;

- Colocar o prato, xícara e copo em cima de um pedaço de material emborrachado para que não escorregue.

REFERÊNCIAS

BORGES, M. F. **Convivendo com Alzheimer** : Manual do Cuidador. Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz). Disponível em:

<<http://www.alzheimer.med.br/manual.htm>> Acesso em: 13 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. 65p.

PREFEITURA DE SANTOS. **Manual de Cuidadores de Idoso**. 2004. Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/frames.php?pag=/saude/saude.php>> Acesso em: 20 out. 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Grupo Pró Idoso Distrito de Saúde Leste. **Manual para cuidadores informais de idosos**. Campinas, 2005. 104p.

APÊNDICE F – Manual: Cuidando de um familiar idoso com dependência**CUIDANDO DE UM FAMILIAR IDOSO COM DEPENDÊNCIA**

**ENFERMEIRA TATIANA MARTINS DA SILVEIRA ARAGÃO
(COREN RS 83909)**

APRESENTAÇÃO

Este manual tem o objetivo de esclarecer dúvidas dos cuidadores familiares de idosos com algum grau de dependência e também para os profissionais de saúde conhecer as dúvidas mais freqüentes que se apresentam.

Ele foi elaborado a partir de uma pesquisa, realizada no setor de Clínica Médica do Hospital Miguel Riet Corrêa, junto aos cuidadores familiares de idosos que estavam internados. Este trabalho resultou na dissertação de mestrado intitulada **“Construção coletiva de um espaço dialógico com cuidadores familiares de idosos hospitalizados visando uma educação em saúde”**, de autoria da Enfermeira Tatiana Martins da Silveira Aragão.

Neste trabalho, realizaram-se encontros semanais com alguns cuidadores familiares dos idosos internados, onde foram debatidos assuntos escolhidos pelos próprios cuidadores. Nestes grupos, as pessoas discutiram dificuldades do dia-a-dia relacionadas ao cuidado ao idoso dependente e, também, trocaram experiências entre os cuidadores, unindo-se ao conhecimento do profissional enfermeiro.

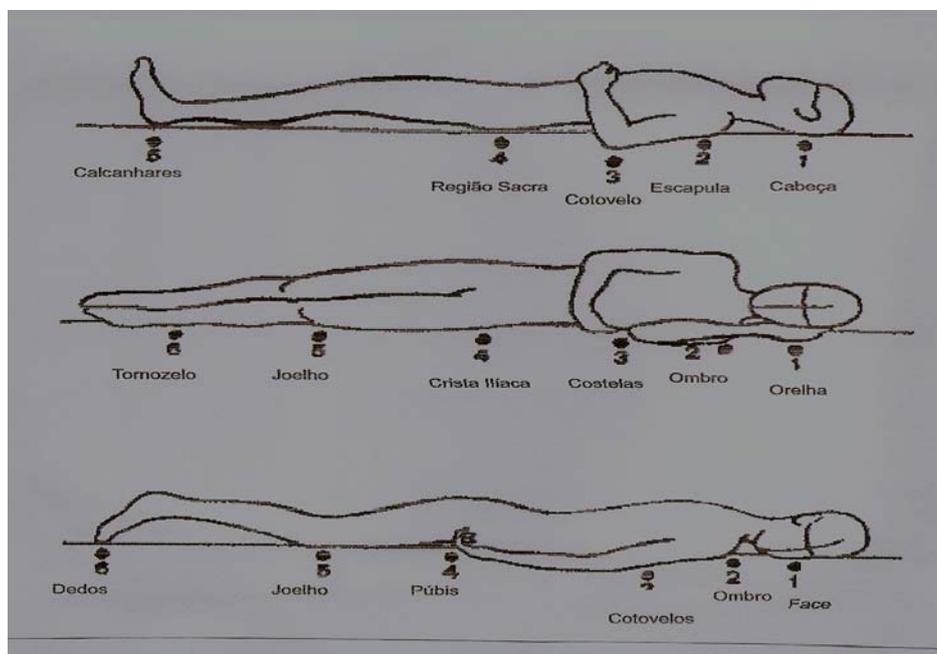
Os assuntos investigados foram: os cuidados com a pele e prevenção de úlceras de decúbito, a alimentação, a higiene, o ambiente, exercícios passivos para o idoso, os aspectos psicológicos, a comunicação e cuidando do cuidador.

Para construir a parte textual, foi necessária a busca bibliográfica e ressaltado aqui que os textos foram montados a partir de outros manuais existentes, que estão nas referências.

1 CUIDADOS COM A PELE E PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE DECÚBITO OU ÚLCERAS DE PRESSÃO

As úlceras de decúbito/pressão são feridas que surgem na pele quando a pessoa permanece muito tempo numa mesma posição. É causada pela diminuição da circulação do sangue nas áreas do corpo que ficam em contato com a cama ou com a cadeira.

Locais onde é mais comum o aparecimento das úlceras de decúbito/pressão



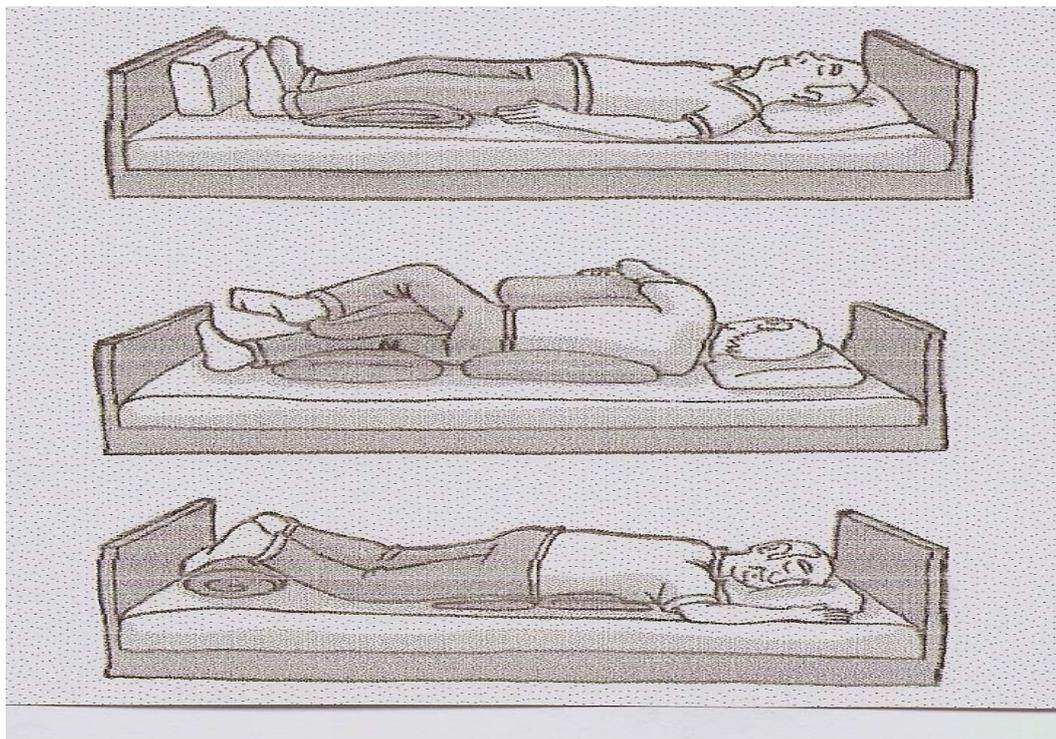
Fonte: Manual para cuidadores informais de idosos. Brasil, Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

Prevenção

-Trocar a pessoa de posição pelo menos a cada duas ou três horas; (Existem apoios que podem ser comprados ou improvisados, que podem ajudar a pessoa a segurar-se e a mudar de posição sozinha: barras de apoio para cabeceiras da cama, faixas de pano amarradas na cabeceira, nas laterais ou nos pés da cama ajudam a pessoa a levantar ou mudar de posição na cama);

- Quando a pessoa estiver sentada, também não deve ficar muito tempo na mesma posição, orientar a pessoa cuidada a sustentar o peso do corpo ora sobre uma nádega, ora sobre outra e se a pessoa não consegue se apoiar nos braços, o cuidador deve ajudá-la a movimentar-se;

- Nas trocas de posição evitar raspar a pele no lençol;
- Manter a roupa de cama sem dobras;
- Cuidar com farelos e pedaços de comida que caem na cama;
- Proteger as saliências ósseas com travesseiros, pequenas almofadas ou lençóis dobrados em forma de rolo;



Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

IMPORTANTE - Não se devem utilizar luvas de látex nos calcanhares do paciente, pois este procedimento pode ocasionar mais ainda o aparecimento de úlceras de pressão.

- Utilizar colchão piramidal protegendo-o com plástico somente na região das nádegas, caso a pessoa não tenha controle dos esfíncteres, porém colocando um lençol de algodão para não deixar a pele em contato com o plástico;

- Cuidado na higiene, a pele não deve ser esfregada, pois a pele ressecada pode romper e originar feridas;

- Evitar a exposição da pele ao excesso de umidade;

- Aproveitar a hora do banho e examinar todo o corpo, especialmente as áreas que recebem maior pressão, pois estão mais sujeitas ao surgimento de úlceras. Ao secar, não esfregar a toalha;

- Utilizar sabonetes, cremes neutros, porque estes não têm pigmentos, pois a pele do idoso é sensível e quanto menos química tiver na composição dos produtos melhor;

- Não utilizar talco, a pele do idoso já é ressecada, por isso deve ser hidratada;

- Após o banho massagear a pele com creme ou óleo apropriado para hidratar a pele e ajudar na circulação do sangue, porém não massagear áreas já hiperemeadas (avermelhadas);

- A cabeceira do leito não deve ser elevada a mais que 30 graus para limitar a pressão do corpo para baixo;

- Atenção a alimentação, pois uma boa dieta é importante para prevenir como para cicatrizar úlcera de pressão;

- Oferecer bastantes líquidos em pequenas quantidades. Os idosos podem desidratar-se facilmente, por isso este cuidado é essencial. Obs: Caso o idoso tenha algum problema de saúde que tenha que tomar menos líquidos, como por exemplo, pacientes que fazem hemodiálise, então consultar o médico;

- Levar a pessoa a um local onde possa tomar sol por 15 a 30 minutos, de preferência antes das 10 e depois das 16 horas, com a pele protegida por filtro solar, e o rosto, com um boné ou chapéu. O sol fortalece a pele, fixa as vitaminas no corpo e ajuda na cicatrização das escaras.

OBS: Lembrar-se de que uma úlcera de decúbito surge em algumas horas e pode levar meses para cicatrizar.

2 CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO

Uma alimentação saudável é importante para a saúde e, conseqüentemente, para a qualidade de vida das pessoas, pois influencia no bem-estar físico e mental, no equilíbrio emocional, na prevenção de agravos à saúde e no tratamento de pessoas doentes.

Nem sempre é fácil alimentar outra pessoa, por isso o cuidador precisa ter muita calma e paciência, estabelecer horários regulares, criar um ambiente tranqüilo.

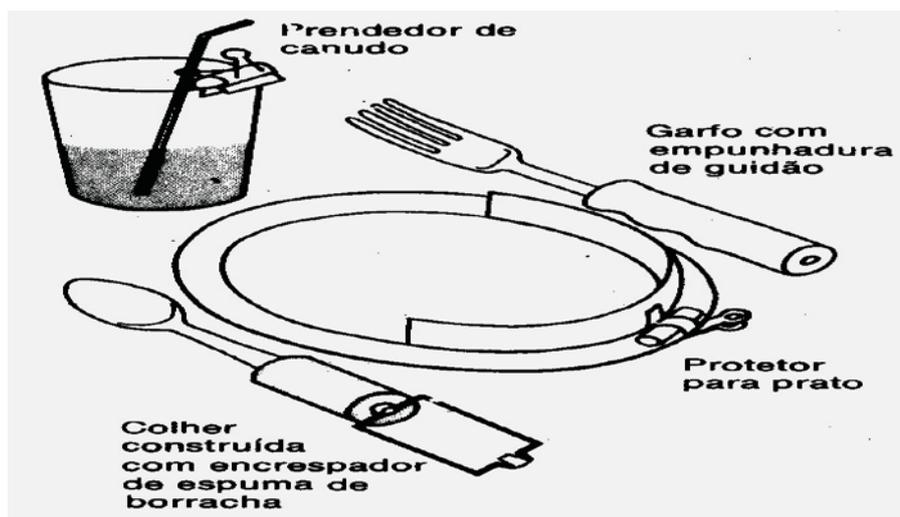
Alguns cuidados importantes:

- Para receber a alimentação, a pessoa deve estar sentada confortavelmente;

- Jamais oferecer água ou alimentos à pessoa na posição deitada, pois ela pode se engasgar;

- Se a pessoa cuidada consegue se alimentar sozinha, o cuidador deve estimular e ajudá-la no que for preciso: preparar o ambiente, cortar os alimentos etc. Pode-se diminuir a sujeira, durante a alimentação, forrando o chão com plástico ou jornal e utilizando bicos adaptadores para copos, talheres adaptados e outros acessórios;

Alguns adaptadores para facilitar o manuseio dos utensílios



Fonte: Manual para cuidadores informais de idosos. Brasil, Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2005.

- Lembrar que a pessoa precisa de um tempo maior para se alimentar, por isso não se deve apressá-la;

- Quando a pessoa cuidada estiver sem apetite, o cuidador deve oferecer alimentos saudáveis e de sua preferência, incentivando-a a comer. A pessoa com dificuldades para se alimentar, aceita melhor alimentos líquidos e pastosos, como: legumes amassados, purês, mingau de aveia ou amido de milho, vitamina de frutas com cereais integrais, vitaminas com sustagem;

- Para estimular as sensações de gosto e cheiro, que com o avançar da idade ou com a doença podem estar diminuídos, é importante que as refeições sejam saborosas, de fácil digestão, bonitas e cheirosas;

- Caso haja dificuldade para engolir, procurar oferecer alimentos cozidos e com molho;

- É importante ter uma dieta equilibrada, oferecer alimentos ricos em fibras para manter um bom funcionamento do intestino, que contenham cálcio para prevenir o aparecimento da osteoporose e ricos em ferro para o restabelecimento da pessoa doente;

- Deve-se oferecer à pessoa grande quantidade de líquidos (6 a 8 copos por dia) importantes para hidratação e para ajudar a melhorar o funcionamento do intestino;
- É aconselhável a exposição diária ao sol, conforme orientado anteriormente sempre com filtro solar e nos horários apropriados, para a produção de vitamina D, pois ela auxilia na absorção de cálcio;
- Utilizar açúcares, doces, gorduras, alimentos gordurosos em pequena quantidade para manter o peso e prevenir doenças (obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares) e evitar as complicações destas, quando já existentes;
- Em casos de vômitos ou diarreia, oferecer 2 a 3 litros de líquidos por dia em pequenas quantidades, de preferência nos intervalos das refeições; oferecer refeições menores, 5 a 6 vezes ao dia; os alimentos muito quentes podem liberar cheiros e isso pode agravar a náusea; os alimentos secos e em temperaturas mais frias são mais bem aceitos; é importante a pessoa mastigar muito bem e devagar os alimentos. Logo após as refeições, o cuidador deve manter a pessoa sentada para evitar as náuseas e vômitos; enquanto durar as náuseas e vômitos, devem-se evitar os alimentos muito temperados, com cheiros fortes, salgados, picantes, ácidos, doces e gorduras.

E quando o paciente estiver usando sonda de alimentação?



Fonte: Orientações aos pacientes que usam sonda alimentar. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

A alimentação enteral é o fornecimento de alimentos na forma líquida através de uma sonda de alimentação que caem diretamente no estômago ou intestino.

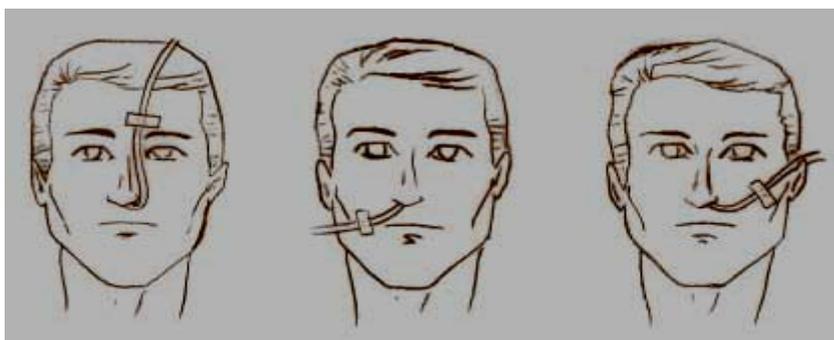
Assim, é possível fornecer os nutrientes que a pessoa necessita, independente da sua cooperação, fome ou vontade de comer. A alimentação por

sonda pode ser indicada quando a quantidade de alimentos que a pessoa come não está sendo suficiente, quando a pessoa não pode se alimentar pela boca, para ajudar na cicatrização de feridas, para preparar o organismo para algumas cirurgias e tratamentos de quimioterapia, radioterapia e diálise, entre outras indicações. Em algumas situações, a pessoa recebe alimentação mista, isto é, alimenta-se pela boca e recebe um complemento alimentar pela sonda. A alimentação enteral deve ser prescrita pelo médico ou nutricionista, e a sonda deve ser colocada pela equipe de enfermagem.

Alguns cuidados importantes:

- A fixação externa da sonda pode ser trocada pelo cuidador, desde que tenha cuidado para não deslocar a sonda. Para fixar a sonda, é melhor utilizar esparadrapo antialérgico, mudando constantemente o local de fixação, assim se evita ferir a pele ou as alergias. Sempre que estiver descolando, trocar o adesivo de fixação;

Tipos de fixação da sonda



Fonte: Orientações aos pacientes que usam sonda alimentar. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

- Algumas vezes a sonda pode sair acidentalmente pelo nariz: após tosse, espirro, ânsia de vômito ou ao movimentar-se durante o sono;

Fique Atento: se a sonda se deslocar ou tiver sido retirada acidentalmente, não tentar recolocá-la, chamar a equipe de saúde. Lavar a

sonda com água e sabão e guardá-la em lugar seco e limpo, pois ela pode ser reutilizada.

- O medicamento que não for líquido (comprimido ou drágeas) também pode ser colocado através da sonda, desde que triturado até virar pó e diluído em água;

- Mesmo que o paciente não esteja mastigando os alimentos, deve-se manter sua boca bem limpa, através da higiene oral com a escovação dos dentes e limpeza da língua ou através de gaze embebida em anti-sépticos orais, assim evitando cáries e infecções;

- É aconselhável passar vaselina ou manteiga de cacau nos lábios para evitar rachaduras e ressecamento das mucosas;

- A narina, onde foi introduzida a sonda, deve ser limpa diariamente, com cotonete umedecido, a fim de evitar acúmulo de crostas e ferimentos neste local;

- Pode haver entupimento da sonda por alimentos ou remédios. Instrui-se passar água morna para tentar desobstruí-la, caso não se consiga chamar a equipe de saúde;

- Antes de dar a dieta, colocar a pessoa sentada na cadeira ou na cama, com as costas bem apoiadas, e deixá-la nessa posição por 30 minutos após o término da alimentação. Esse cuidado é necessário para evitar que, em caso de vômitos ou regurgitação, restos alimentares entrem nos pulmões;

- Recomenda-se pendurar o frasco de alimentação enteral num gancho, prego ou suporte de vaso, em posição bem mais alta que a pessoa, para facilitar a descida da dieta;

- Deve-se injetar a dieta na sonda lentamente, gota a gota. Esse cuidado é importante para evitar diarreia, formação de gases, estufamento do abdome, vômitos e também para o organismo aproveitar melhor o alimento e absorver seus nutrientes;

- O tipo de dieta, a quantidade, os horários, o modo de preparação deverão ser orientados pela nutricionista;

- Ao terminar a alimentação enteral, inserir na sonda 20ml de água fria, filtrada ou fervida, para evitar que os resíduos de alimentos obstruam a sonda;

- Para as pessoas que não podem tomar água pela boca, oferecer água filtrada ou fervida entre as refeições, em temperatura ambiente, por meio de seringa

ou colocada no frasco descartável. A quantidade de água deve ser definida pela nutricionista;

- A sonda deve permanecer fechada sempre que não estiver em uso;
- A diarreia pode ser uma ocorrência comum: verificar o gotejamento, os cuidados de higiene no preparo e, se não melhorar, procurar a equipe de saúde que acompanha o paciente no domicílio ou o hospital onde recebeu as orientações quanto à alimentação por sonda.

Importante: se o paciente apresentar náusea ou tosse excessiva ou dificuldade respiratória, suspender imediatamente a infusão da dieta/suco/água e entrar em contato com a equipe de saúde.

3 CUIDADOS COM A HIGIENE

A higiene corporal, além de proporcionar conforto e bem-estar, constitui-se um fator importante para recuperação da saúde. O ambiente também deve ser limpo, arejado e com o mínimo necessário para atendimento das necessidades. Deixar no quarto do doente somente os móveis necessários.

Atenção: algumas pessoas idosas, doentes ou com incapacidades podem, às vezes, se recusar a tomar banho. O cuidador precisa identificar as causas. Pode ser que a pessoa tenha dificuldade para locomover-se, tenha medo da água ou de cair, pode sentir frio, pode ainda estar deprimida, sentir dores, tonturas ou mesmo sentir-se envergonhada de ficar exposta à outra pessoa, especialmente se o cuidador for do sexo oposto. É necessário o cuidador ter muita sensibilidade para lidar com essas questões. Respeitar os costumes da pessoa cuidada e lembrar que confiança se conquista, com carinho, tempo e respeito.

Banho de chuveiro com auxílio do cuidador

- Separar antecipadamente as roupas pessoais;
- Preparar o banheiro e colocar num lugar de fácil acesso os objetos necessários para o banho;

(A falta de uma preparação adequada poderá levar a uma situação tensa e perigosa, pois caso os objetos necessários como sabonete, xampu, toalha, roupas

limpas não estiverem à mão, corre-se o risco de ter que deixar o idoso sozinho, confuso e molhado num ambiente potencialmente perigoso);

- Regular a temperatura da água (evitar banhos muito quentes e demorados, pois ressecam a pele);

- Utilizar sabão neutro ou de glicerina;

- Manter fechadas portas e janelas para evitar as correntes de ar;

- Retirar a roupa da pessoa ainda no quarto e protegê-la com um roupão ou toalha;

- Evitar olhar para o corpo despido da pessoa, a fim de não constrangê-la;

- Colocar a pessoa no banho e não deixá-la sozinha, porque ela pode escorregar e cair;

- Estimular, orientar, supervisionar e auxiliar a pessoa cuidada a fazer sua higiene. Somente fazer aquilo que ela não for capaz de fazer;

- Após o banho, ajudar a pessoa a se enxugar. Secar bem as partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos, para evitar o aparecimento de assaduras e micoses;

- Ao secar, não esfregar a toalha para evitar machucar a pele e surgir feridas;

- A higiene da cabeça deve ser feita com regularidade;

- Diariamente inspecionar o couro cabeludo observando se há feridas, piolhos, coceira ou áreas de queda de cabelo;

- Os cabelos curtos facilitam a higiene, mas lembrar-se de consultar a pessoa antes de cortar seus cabelos, pois ela pode não concordar por questão religiosa ou por outro motivo;

- O banho de chuveiro pode ser feito com a pessoa sentada numa cadeira de plástico com apoio lateral colocada sobre tapete antiderrapante, ou em cadeiras próprias para banhos, disponíveis no comércio;

- Observar se há necessidade de cortar as unhas dos pés e das mãos, em caso positivo, posteriormente, cortá-las retas, com todo o cuidado, especialmente nos pacientes diabéticos;

- Após o banho, substituir a roupa de cama e pessoal e utilizar roupas, de preferência, em algodão;

Banho no leito

O banho de chuveiro é o ideal, mas em alguns casos existem dificuldades ou impossibilidades para a pessoa sair da cama. Nestes casos, o banho pode ser realizado na cama.

Caso a pessoa seja muito pesada ou sinta dor ao mudar de posição, é bom o cuidador ser ajudado por outra pessoa no momento de dar o banho no leito. Isso é importante para proporcionar maior segurança à pessoa cuidada e para evitar danos à saúde do cuidador.

Antes de iniciar o banho na cama, preparar todo o material que será usado: papagaio, comadre, bacia, água morna, sabonete, toalha, escova de dente, lençóis, forro plástico e roupas. É conveniente o cuidador proteger as mãos com luvas de borracha. No comércio há materiais próprios para banhos, no entanto, o cuidador pode improvisar materiais que facilitem a higiene na cama.

- Antes de iniciar o banho, cobrir o colchão com plástico;
- Iniciar a higiene corporal pela cabeça;
- Com um pano molhado e pouco sabonete, fazer a higiene do rosto, passando o pano no rosto, nas orelhas e no pescoço. Enxaguar o pano em água limpa e passar na pele até retirar toda a espuma, secar bem;
- Lavagem dos cabelos:
 - Cobrir com plástico um travesseiro e colocar a pessoa com a cabeça apoiada nesse travesseiro que deve estar na beirada da cama;
 - Pôr, embaixo da cabeça da pessoa, uma bacia ou balde para receber a água;
 - Molhar a cabeça da pessoa e passar pouco xampu;
 - Massagear o couro cabeludo e derramar água aos poucos até a retirada completa da espuma.
 - Secar os cabelos;
- Lavar com um pano umedecido e sabonete os braços, não se esquecendo das axilas, mãos, tórax e barriga. Secar bem. Nas mulheres e pessoas obesas é preciso secar muito bem a região em baixo das mamas, para evitar assaduras e micoses;
- Fazer da mesma forma a higiene das pernas;

- Nos pés, deve ser dada atenção à higiene entre os dedos, secando-os bem, passar creme hidratante ou óleo;

- Ajudar a pessoa a deitar de lado para que se possa fazer a higiene das costas. Secar e massagear as costas com óleo ou creme hidratante para ativar a circulação;

- Deitar novamente a pessoa com a barriga para cima, colocar a comadre e fazer a higiene das partes íntimas. Ensaboar a região genital no sentido da frente para trás, então colocar um pouco de água e enxugá-la com um pano. Caso os pêlos estejam grandes e volumosos, devem ser aparados com tesoura para facilitar a limpeza;

A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho diário e também após a pessoa urinar e evacuar, assim se evita umidade, assaduras e feridas (úlceras de pressão). É importante usar um pano macio para fazer a higiene e lembrar que as partes do corpo que ficam em contato com o colchão estão mais finas e sensíveis e qualquer esfregada mais forte pode provocar o rompimento da pele e a formação de feridas (úlceras de pressão).

Importante: o momento do banho é importante para observar e avaliar a integridade da pele, dos cabelos, unhas e da higiene oral. A análise cuidadosa da pele e a avaliação de aspectos como cor, temperatura, hidratação, inchaço e vermelhidão podem ser os primeiros sinais indicativos do aparecimento de escaras.

Cuidados com a higiene da boca

A higiene bucal é importante para evitar cáries, dor de dente e inflamação da gengiva. Nas pessoas idosas diminui a salivagem, o que favorece o aumento da concentração de bactérias na boca. Por isso, é importante oferecer bastante água durante o dia à pessoa idosa, para manter a boca sempre úmida.

Alguns cuidados:

- Para o idoso totalmente dependente, que precisa de alguém para fazer a higiene bucal, e para aqueles que tentam morder ao mexermos na boca, pode ser

utilizada uma garrafa de refrigerante de plástico. A ponta do gargalo da garrafa é colocada na boca do idoso (região posterior) para que ele a morda. Assim, o cuidador pode realizar a higiene oral sem o risco de uma mordida repentina;

- Nestes casos, o cuidador pode fazer a higiene com uma espátula envolvida com uma gaze embebida com solução anti-séptica ou o próprio dedo indicador envolto com a gaze;

- Deve-se ter maior atenção para a higiene oral nos pacientes que usam prótese dentária. Estas devem ser retiradas após cada refeição, higienizadas fora da boca e, após limpeza da cavidade oral, recolocadas;

- Pacientes muito confusos devem ter suas próteses dentárias retiradas à noite, colocadas em solução anti-séptica e, após a higienização, recolocadas pela manhã. Alguns pacientes não devem permanecer com a prótese mesmo durante o dia, pela possibilidade de engolirem. Nesses casos, e se o idoso estiver alimentando-se via oral, colocá-la somente no momento da refeição;

- Para a higienização bucal, com escova dental pelo cuidador, é necessário o idoso ficar numa posição confortável, com a coluna reta, de maneira que a sua cabeça seja facilmente segura durante a limpeza, de frente para a pia com espelho ou com uma bacia e espelho na mão. O cuidador poderá ficar por trás do idoso e um pouco de lado, usando sempre luvas;

- Colocar uma pequena quantidade de creme dental em uma escova pequena e macia e, após a limpeza, pedir para que a pessoa realize bochechos com água ou, se não conseguir, pedir para somente cuspir.

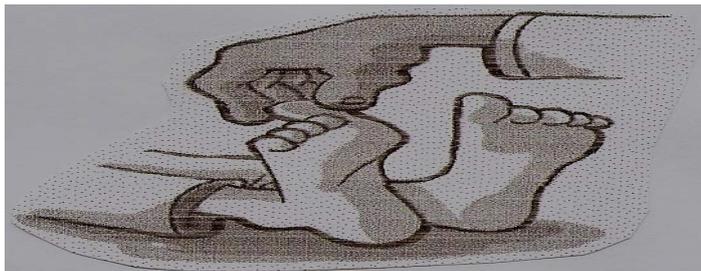
- A língua também deve ser massageada com a escova dental macia para remoção da sujidade.

4 EXERCÍCIOS PASSIVOS PARA O IDOSO DEPENDENTE

Devem ser realizadas massagens no corpo do paciente. Proporcionam o relaxamento e beneficia a circulação sanguínea. Importante no paciente diabético.

Alguns exercícios

Movimentar cada um dos dedos dos pés, para cima e para baixo, para os lados e com movimentos de rotação;



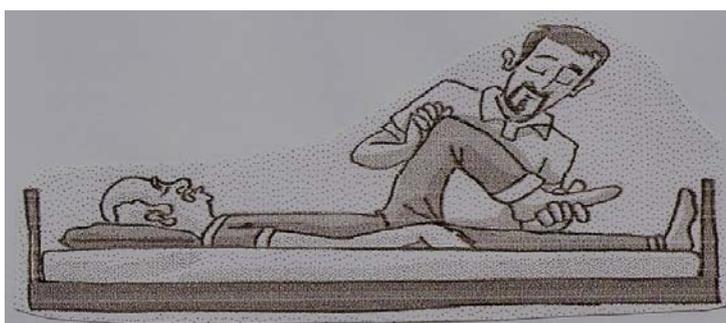
Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

Mobilizar os tornozelos para cima, para baixo e em movimentos circulares para os dois lados;



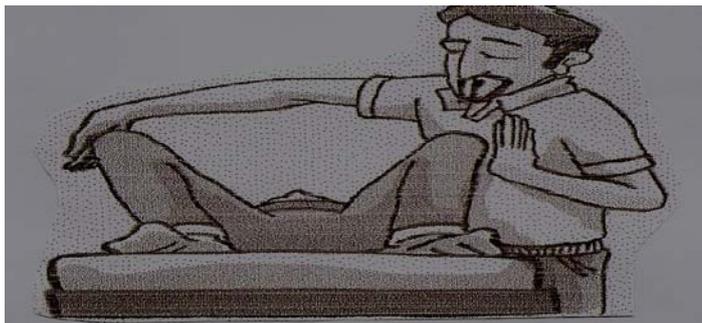
Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

Dobrar e estender uma das pernas, repetir o movimento com a outra perna (sem atritar o calcanhar na cama, que favorece o surgimento de feridas);



Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

Com os pés da pessoa apoiados na cama e os joelhos dobrados, fazer movimentos de separar e unir os joelhos; após pedir para a pessoa levantar os quadris e abaixar lentamente.



Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

Levantar e abaixar os braços da pessoa, depois abrir e fechar;



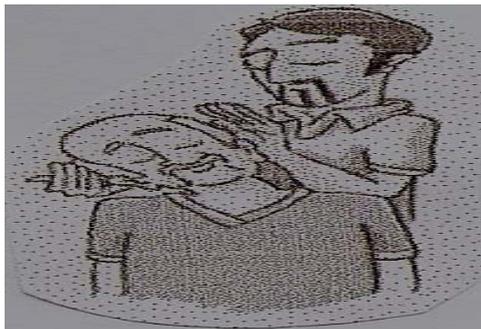
Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

Fazer movimentos de dobrar e estender os cotovelos, os punhos e depois os dedos;



Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

Ajudar a pessoa a flexionar suave e lentamente a cabeça para frente e para trás, para um lado e depois para o outro, isto alonga os músculos do pescoço. Estimular para que a pessoa faça os movimentos sozinha, se necessário, o cuidador pode ajudá-la. No caso de tonturas, suspender o movimento até melhorar do sintoma;



Fonte: Guia prático do cuidador. Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

É importante o cuidador estimular a pessoa cuidada a utilizar ao máximo o lado do corpo que está comprometido, realizando com o lado afetado todos os exercícios citados anteriormente. Caso seja necessário, o cuidador pode ajudá-la na realização desses exercícios. Sempre que possível, é bom que a porta do quarto e os móveis estejam do lado mais comprometido, pois isso faz com que a pessoa se volte mais para esse lado, estimulando os movimentos do membro afetado.

5 CUIDADOS COM O AMBIENTE

Muitas vezes é preciso fazer algumas adaptações no ambiente da casa para melhor abrigar a pessoa cuidada, evitar quedas, facilitar o trabalho do cuidador e permitir que a pessoa possa se tornar mais independente.

O lugar onde a pessoa passa a maior parte do tempo deve ter somente os móveis necessários. Deixar os caminhos livres, retirando-se móveis e entulhos. Cuidar para que os objetos e móveis não atrapalhem os locais de circulação e nem provoquem acidentes. Mas também é importante manter alguns objetos que a pessoa mais goste, de modo a não descaracterizar totalmente o ambiente.

Alguns exemplos de adaptações:

- Cadeiras, camas, poltronas e vasos sanitários mais altos do que o comum facilitam a pessoa cuidada a sentar, deitar e levantar. O cuidador ou outro membro da família podem fazer essas adaptações. Em lojas especializadas existem levantadores de cama e cadeiras e vasos sanitários;

- Antes de colocar a pessoa sentada numa cadeira de plástico, verificar se a cadeira suporta o peso da pessoa e colocar a cadeira sobre um piso antiderrapante, para evitar escorregões e quedas, caso se utilize cadeira de plástico para o banho, usar cadeiras com braço para o paciente ter apoio ao levantar-se;

- Sempre que for possível é bom ter barras de apoio na parede do chuveiro e ao lado do vaso sanitário, assim a pessoa cuidada se sente segura ao tomar banho, sentar e levantar do vaso sanitário, evitando apoiar-se em suportes de toalhas, pias e cortinas;

- O sofá, poltrona e cadeira devem ser firmes e fortes, ter apoio lateral, que permita à pessoa cuidada sentar-se e levantar-se com segurança;

- Piso escorregadio causa quedas e escorregões, por isso é bom utilizar tapetes antiderrapantes (emborrachados) em frente ao vaso sanitário e cama, no chuveiro, embaixo da cadeira;

- Sempre que possível, colocar a cama em local protegido de correntes de vento, isto é, longe de janelas e portas;

- Retirar tapetes, capachos, tacos e fios soltos, para facilitar a circulação do cuidador e da pessoa cuidada e principalmente evitar acidentes;

- Prender os tacos soltos e bordas soltas de carpetes;

- Não encerar pisos;

- O ambiente da casa precisa estar sempre limpo, arejado e livre de fumaça e poeira;

- Os produtos de limpeza com cheiro forte devem ser evitados, pois podem provocar alergias e alterações respiratórias;

- A iluminação do ambiente não deve ser tão forte que incomode a pessoa cuidada e nem tão fraca que dificulte ao cuidador prestar os cuidados. É bom ter uma lâmpada de cabeceira e também deixar acesa uma luz no corredor;

- As escadas devem ter corrimão dos dois lados, faixa ou piso antiderrapante e ser bem iluminadas;

- Não deixar animais soltos;

- Substituir ou consertar móveis instáveis;

- Evitar o uso de chinelos, salto alto e sapatos de sola lisa;

- Não deixar o idoso andar de meias;

- Não usar chaves na porta dos banheiros;

- Os objetos de uso pessoal devem estar colocados próximos à pessoa e numa altura que facilite o manuseio, de modo que a pessoa cuidada não precise abaixar-se e nem se levantar para apanhá-los;

- As pessoas idosas ou com certas doenças neurológicas podem ter dificuldades para manusear alguns objetos por ter as mãos trêmulas. Algumas adaptações ajudam a melhorar o desempenho e a qualidade de vida da pessoa:

- Enrolar fita adesiva ou um pano nos cabos dos talheres e também no copo, caneta, lápis, agulha de crochê, barbeador manual, pente, escova de dente. Assim os objetos ficam mais grossos e pesados, o que facilita à pessoa coordenar seus movimentos para usar esses objetos;

- Colocar o prato, xícara e copo em cima de um pedaço de material emborrachado para que não escorregue.

6 ASPECTOS PSICOLÓGICOS / COMUNICAÇÃO E CUIDANDO DO CUIDADOR

- Conversar sempre com a pessoa cuidada e estimular os outros familiares a fazerem o mesmo;

- Evitar comentários negativos a respeito da doença da pessoa na presença dela;

- Ler para a pessoa trechos de um livro preferido;

- Colocar música para a pessoa ouvir;

- A música pode ser um excelente modo de comunicação, ajudando o idoso a recordar sentimentos, pessoas e situações antigas;

- Mostrar gravuras, revistas ou fotos que a agradem;

- Na comunicação, caso o idoso não consiga escrever, pedir a ele que responda com sinais, fazendo sim ou não com a cabeça, piscando com os olhos, apertando a mão, combinar os sinais previamente com ele;

- Sempre fazer com que, ao conversar com o idoso, ele esteja olhando para a pessoa que fala, prestando atenção no que se está falando;

- O cuidador deve falar pausadamente, com frases curtas e simples, enfocando uma idéia de cada vez, assim dando tempo do idoso entender o que lhe é dito;

- Ao dizer nomes, dar-lhe uma orientação: "Maria, sua filha"; João, seu vizinho";

- Conversar e cantar com a pessoa, pois estas atividades estimulam o uso da voz;
- O toque, o olhar, o beijo, o carinho são outras formas de comunicação que ajudam o cuidador a compreender a pessoa cuidada e ser compreendido por ela;
- Lembrar que a pessoa está vivenciando uma etapa difícil da sua vida, e o familiar ou a pessoa que cuida é a facilitadora neste momento;
- O paciente pode apresentar sentimentos de: impotência, dependência, depressão, ansiedade frente à doença, medo etc.
- A pessoa cuidada pode emitir comportamentos como:
 - Teimosia, não obedecendo a ordens;
 - Comportamento de “mimo” e resistência em assumir sua parte no tratamento;
 - Dificuldade em lidar com as perdas impostas pela doença, “atacam” verbal ou fisicamente;
 - Não aceitação do trabalho, diversão ou inter-relacionamento dos demais. Supervalorização de sua impotência e solicitação demasiada do cuidador.
 - Depressão podendo ser patológica ou reativa;
 - Presença de insônia;
 - Ausência do controle dos esfínteres;
 - A coordenação motora é inadequada (derrubar objetos, comida, etc.);
 - Perda de memória;
 - Perda de orientação espacial;.
- Diante desses quadros, o cuidador pode ter:
 - Tristeza: por vivenciar as perdas do idoso;
 - Raiva: diante de suas recusas;
 - Ansiedade: por esperar progresso do idoso, para sair da rotina do dia-a-dia da doença;
 - Culpa: por ter pensamento e atitudes às vezes negativas.
- Pode vivenciar:
 - Cansaço;
 - Insônia;
 - Perda de autocontrole;
 - Impotência;

- Depressão.

Atenção: Calma! Procurar:

- Deixar o idoso sempre ocupado;
- Estimular o contato social (visitas e telefonemas);
- Caso a pessoa seja incapacitada de andar, deixá-la a maior parte do tempo na sala, local onde ocorre maior circulação dos membros da família, diminuindo o sentimento de solidão;
 - Assistir à TV;
 - Ler jornais, ver notícias (caso não possa fazê-lo, faça por ele).
 - Oferecer-lhe revistas;
 - Proporcionar-lhe ouvir música;
 - Incentivá-lo a rezar (se o idoso for religioso);
 - Incentivar a autonomia do paciente como não responder por ele, não fazer por ele o que ele pode fazer;
 - Sair de perto quando perder o autocontrole e solicitar ajuda de outro cuidador da família ou voluntário;
 - Sempre que possível revezar com alguém;
 - Procurar informar-se a respeito da evolução da patologia;
 - Procurar recursos existentes na comunidade;
 - Conversar com familiares que também tenham seus doentes;
 - Ter cautela nos gestos ou palavras dirigidos à pessoa dependente. O idoso é atento.

Quando o idoso solicitar a presença constante do cuidador, sem uma necessidade clara, é interessante que o cuidador procure aumentar o tempo de espera a cada solicitação, de forma progressiva e contínua (por exemplo, 5 minutos por dia); assim, a pessoa dependente precisará suportar períodos cada vez mais longos entre seu pedido e a resposta e o aumento de sua ansiedade. Importante estabelecer limites com o idoso.

É importante que o cuidador, a família e a pessoa a ser cuidada façam alguns acordos, de modo a garantir uma independência, tanto a quem cuida como para quem é cuidado. Por isso, o cuidador e a família devem reconhecer quais as atividades que a pessoa cuidada pode fazer e quais as decisões que ela pode tomar sem prejudicar os cuidados. Convém incentivá-la a cuidar de si e de suas coisas.

Negociar é a chave para se ter uma relação de qualidade entre o cuidador, a pessoa cuidada e sua família.

O “não”, “não quero” ou “não posso”, pode indicar várias coisas, como por exemplo: não quero ou não gosto de como isso é feito, ou agora não quero, vamos deixar para depois? O cuidador precisa ir aprendendo a entender o que essas respostas significam e, quando se sentir impotente ou desanimado, diante de uma resposta negativa, é bom conversar com a pessoa, com a família, com a equipe de saúde. Também é importante conversar com outros cuidadores para trocar experiências e buscar alternativas para resolver essas questões.

É importante tratar a pessoa a ser cuidada de acordo com sua idade. Os adultos e idosos não gostam quando os tratam como crianças. Mesmo doente ou com limitações, a pessoa a ser cuidada precisa e tem direito de saber o que está acontecendo ao seu redor e de ser incluída nas conversas. Por isso é importante que a família e o cuidador continuem compartilhando os momentos de suas vidas, demonstrem o quanto a estimam, falem de suas emoções e sobre as atividades que fazem, mas acima de tudo, é muito importante escutar e valorizar o que a pessoa fala.

Muitas vezes, a pessoa cuidada parece estar dormindo, mas pode estar ouvindo o que falam ao seu redor. Por isso, é fundamental respeitar a dignidade da pessoa cuidada e não discutir em sua presença fatos relacionados com ela, agindo como se ela não entendesse, não existisse, ou não estivesse presente.

7 CUIDANDO DO CUIDADOR

A tarefa de cuidar de alguém geralmente se soma às outras atividades do dia-a-dia. O cuidador fica sobrecarregado, pois muitas vezes assume sozinho a responsabilidade pelos cuidados, soma-se a isso o peso emocional da doença que o incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida.

Diante dessa situação, é comum o cuidador passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar.

A tensão e o cansaço sentidos pelo cuidador são prejudiciais não só a ele, mas também à família e à própria pessoa cuidada.

Algumas dicas podem ajudar a preservar a saúde e aliviar a tarefa do cuidador:

- O cuidador deve contar com a ajuda de outras pessoas, como a ajuda da família, amigos ou vizinhos, definir dias e horários para cada um assumir parte dos cuidados. Essa parceria permite ao cuidador ter um tempo livre para se cuidar, distrair-se e recuperar as energias gastas no ato de cuidar do outro; é conveniente pedir ajuda sempre que algo não estiver bem;

- É fundamental o cuidador reservar alguns momentos do seu dia para se cuidar, descansar, relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer, tais como: caminhar, fazer ginástica, crochê, tricô, pinturas, desenhos, dançar, etc;

- Compressas quentes (bolsas térmicas, tecidos umedecidos em água quente) auxiliam no relaxamento muscular. Verificar a temperatura e o tempo de permanência – 10 minutos – para evitar queimaduras.

O cuidador pode exercitar-se e distrair-se de diversas maneiras, como por exemplo:

- Enquanto assiste à TV: movimentar os dedos das mãos e dos pés, fazer massagem nos pés com ajuda das mãos, rolinhos de madeira, bolinhas de borracha ou com os próprios pés;

- Sempre que possível, aprender uma atividade nova ou saber mais sobre algum assunto que lhe interesse;

- Ler, participar de atividades de lazer em seu bairro, fazer novos amigos e pedir ajuda quando precisar.

Lembre-se: Calma! Paciência! Cuide-se! A vida não pára!

Cuide-se de verdade! Procure um profissional de saúde quando precisar. Mantenha-se saudável física e emocionalmente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. E. et al. **Manual para realização de curativos**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002. 122 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto nacional do câncer (INCA). **Orientações aos pacientes que usam sonda alimentar**. 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=117>. Acesso em: 6 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. 65p.

BORGES, M. F. **Convivendo com Alzheimer**: Manual do Cuidador. Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz). Disponível em:
<<http://www.alzheimer.med.br/manual.htm>> Acesso em: 13 out. 2008.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. Coordenação e revisão Rúbia Aparecida Lacerda; tradução Eliane Kanner. São Paulo: Atheneu, 1996. 256p.

PREFEITURA DE SANTOS. **Manual de Cuidadores de Idoso**. 2004. Disponível em:
<<http://www.santos.sp.gov.br/frames.php?pag=/saude/saude.php>> Acesso em: 20 out. 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Grupo Pró Idoso Distrito de Saúde Leste. **Manual para cuidadores informais de idosos**. Campinas, 2005. 104p.

ANEXO A - Autorização para realizar a pesquisa no HU/FURG

Fundação Universidade Federal do Rio Grande
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO
Unidade de Trabalho de Pesquisa**

Rio Grande, 14 de julho de 2008.

A

Prof.^a. Enf.^a. Dr.^a. Marlene Teda Pelzer.
Orientadora

Enf.^a Tatiana Martins da Silveira Aragão
Mestranda em Enfermagem - FURG

Informo que sua pesquisa sob o número de registro 243358/2008 – PROPEP “CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM ESPAÇO DIALÓGICO COM OS CUIDADORES FAMILIARES DOS IDOSOS NUMA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA COM VISTAS A UMA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.” atende as exigências na Instituição HU/FURG para o seu desenvolvimento, desta forma recebe parecer favorável.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
Hospital Universitário
Jacqueline Saliete Dei Svaldi
Coordenadora de Desenvolvimento

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética**CEPAS****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
3º andar do Hospital Universitário, Rua visconde de Paranaguá n.º 102 – Campus Saúde
Caixa Postal 474 - Rio Grande – RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 0235 / 3233 6736 - Fax: 3233 6822 (PROPESP)
E-Mail: cepas@furg.br Homepage: <http://www.cepas.furg.br>

PARECER Nº 72/2008

PROCESSO Nº 23116.003876/2008-71

CEPAS Nº 61/ 2008

TÍTULO DO PROJETO: “ Construção coletiva de um espaço dialógico com os cuidadores familiares dos idosos numa unidade de clínica médica com vistas a uma educação em saúde “

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marlene Teda Peizer

PARECER DO CEPAS:

Após a análise do seu projeto pelo Colegiado deste Comitê, o mesmo foi APROVADO .

Segundo normas da CONEP devem ser enviados relatório de acompanhamento aos Comitês de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: janeiro/2009

Rio Grande, RS, 26/08/2008.



Alexandra M. S. de Freitas
Coordenadora do CEPAS