

SHIRLEY DE SOUZA GOMES

DIFICULDADES VIVENCIADAS POR CUIDADORES INFORMAIS DE
IDOSOS DEPENDENTES ASSISTIDOS PELO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA
DOMICILIAR (SAD/SUS) DO HOSPITAL CARDOSO FONTES,
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO/RJ

RIO DE JANEIRO

2012

SHIRLEY DE SOUZA GOMES

DIFICULDADES VIVENCIADAS POR CUIDADORES INFORMAIS DE
IDOSOS DEPENDENTES ASSISTIDOS PELO SERVIÇO DE ASSISTENCIA
DOMICILIAR (SAD/SUS) DO HOSPITAL CARDOSO FONTES, NO MUNICÍPIO DO
RIO DE JANEIRO/RJ

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de
Sá como requisito parcial para obtenção do grau de
mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Luis Guilherme Barbosa

RIO DE JANEIRO

2012

SHIRLEY DE SOUZA GOMES

DIFICULDADES VIVENCIADAS POR CUIDADORES INFORMAIS DE
IDOSOS DEPENDENTES ASSISTIDOS PELO SERVIÇO DE ASSISTENCIA
DOMICILIAR (SAD/SUS) DO HOSPITAL CARDOSO FONTES, NO MUNICÍPIO DO
RIO DE JANEIRO/RJ

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de
Sá como requisito parcial para obtenção do grau de
mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Luis Guilherme Barbosa

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra

Prof. Dr. Hélio Ricardo dos Santos

DEDICATÓRIA

A todos os idosos e seus cuidadores, que eu, como Fisioterapeuta, tive a oportunidade de atender e conviver nesses muitos anos de trabalho e com quem aprendo todos os dias o sentido da humanidade, da compaixão, da criatividade e da busca para um mundo melhor. Obrigada... por abrirem suas casas e seus corações, para que eu pudesse realizar esta pesquisa.

Ao meu querido amigo e eterno mestre Dr. José da Rocha Cunha, que com seus ensinamentos, paciência, dedicação, compreensão e disponibilidade em querer ajudar sempre, incentivou esse trabalho e colaborou para o meu crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade da VIDA!!!

Ao meu marido e minha filha por toda paciência e compreensão pela ausência em várias ocasiões onde poderíamos estar juntos.

A todos os professores do mestrado, em especial a Zeílma da Cunha, pela acolhida nos momentos de desespero e incentivo à construção desse trabalho e ao Dr. Hésio Cordeiro, que possibilitou, através desse mestrado multidisciplinar, a enriquecedora experiência da troca de informações e conhecimentos entre profissionais de áreas distintas.

A Aline Luna, competente secretária e hoje grande amiga, pelo socorro constante nas questões burocráticas.

Ao meu orientador Dr. Luis Guilherme Barbosa pelo auxílio, aprendizado e incentivo, os quais muito contribuíram para a realização desse trabalho.

A toda equipe do Hospital Federal Cardoso Fontes/SAD, que contribuiu direta e indiretamente na realização dessa pesquisa.

A todos os colegas do mestrado, pois cada um teve sua importância na construção desse trabalho, em especial a Marta Elini e Leila que de forma simples e acolhedora souberam cativar minha amizade que será eterna! Obrigada, minhas pérolas preciosas!

A minha filha super especial de três patas e pelos, pela silenciosa e grata companhia nas madrugadas de estudo, leitura e pesquisas no computador... pois enquanto eu não apagasse todas as luzes e me recolhesse ao leito, ela não saía de perto, me acompanhando em cada movimento... obrigada à você também minha cadelinha Vitória!!!!

RESUMO

A Assistência Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde na qual uma equipe de profissionais faz o atendimento no próprio domicílio do usuário. O idoso dependente, principal usuário da assistência domiciliar, é a pessoa que perdeu sua capacidade funcional em razão de agravos ocorridos à sua saúde tornando-se limitado parcial ou totalmente. O aumento da longevidade traz associado uma maior prevalência de doenças crônicas e conseqüentemente dependência e/ou limitação nas atividades da vida diária. Pode-se dizer então, que a rede social formal e principalmente informal é importante no que se refere à prestação de cuidados, cabendo a família a responsabilidade da extensão de cuidado ao idoso no domicílio, o que pode implicar em desgaste da saúde física e mental podendo gerar sobrecarga. Dessa maneira, foi possível elencar vários fatores importantes a serem considerados em relação ao processo de cuidar do idoso dependente, as atividades realizadas no domicílio e as principais dificuldades encontradas. Cuidar de quem cuida deve ser uma preocupação e também uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, para que quem cuida não seja o futuro idoso dependente.

Esta pesquisa teve como principal objetivo identificar os fatores que influenciam na sobrecarga física e/ou emocional de cuidadores de idosos dependentes assistidos por um serviço de assistência domiciliar do Sistema Único de Saúde. Espera-se que toda essa problemática, possa sensibilizar os gestores das áreas da saúde, social e política, pois a estes cabe a responsabilidade de formular políticas que protejam os cuidadores perante os novos e vários desafios impostos pelo número crescente da população idosa. Os resultados encontrados foram semelhantes a estudos nacionais que afirmam serem os cuidadores predominantemente do sexo feminino, com baixa escolaridade, idades acima de 50/60 anos, prestando cuidados integrais e ininterruptos há mais de 03 anos, e que apresentaram níveis elevados de sobrecarga física e emocional diretamente relacionados com as múltiplas atividades no cuidado ao idoso e na realização das tarefas no domicílio.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidador informal; Cuidador; Idoso dependente; Sobrecarga, Saúde da Família.

ABSTRACT

Home care is a form of health care in which a team of professionals makes the service user in the household. The dependent elderly, home care of the primary user is the person who lost their functional capacity by reason of injuries occurring to health becoming partially or completely limited. The increased longevity brings a higher prevalence of associated chronic diseases and therefore dependence and / or limitations in activities of daily living. You could say then, that social networking is formal and informal mainly important in terms of care, leaving the family the responsibility of extending care to the elderly at home, which can result in erosion of physical and mental health may generate overhead. Thus, it was possible to list several important factors to consider in relation to the process of caring for dependent elderly people, activities performed at home and the main difficulties encountered. Caring for carers should be a concern and also a responsibility of all health professionals who care for the future is not dependent elderly people. This research aimed to identify factors that influence the physical overload and / or emotional caregivers of dependent elderly assisted by a home care service of the National Health System is expected that this whole issue, to raise awareness among managers of the areas health, social and political, since they have a responsibility to formulate policies that protect the caregivers towards the new and various challenges posed by the increasing number of elderly persons. The results were similar to national studies that claim to be the predominantly female caregivers, with low education, older than 50/60 years, providing comprehensive and continuous care for more than 03 years, and who had high levels of physical overload and emotional directly related to the multiple activities in elderly care and in carrying out tasks at home.

KEYWORDS: Informal caregiver; Caregiver; Elderly people dependant; Overload; Family health.

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO	11
1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
1.2. QUESTÃO NORTEADORA.....	14
1.3. OBJETIVOS	15
1.3.1. Objetivo Geral	15
1.3.2. Objetivos Específicos	15
1.4. JUSTIFICATIVA	16
2. O IDOSO E O PROCESSO DE ENVELHECER NO BRASIL	18
2.1. O ENVELHECIMENTO.....	18
2.2. AS POLÍTICAS DE SAÚDE	21
2.2.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	21
2.2.2. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	24
2.3. A PERDA DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA AUTONOMIA	27
3. A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO	30
3.1. SURGIMENTO	30
3.2. CONCEITO	33
3.3. LEGISLAÇÃO	36
3.4. O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)	37
3.4.1. Implantação	37
3.4.2. Operacionalização	38
3.4.3. A Fisioterapia no Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Cardoso Fontes.....	40
4. O CUIDADOR	43
4.1. Quem é o cuidador ?	43
4.2. O que é cuidar ?	46
4.3. O cuidador e a equipe de Saúde.....	48
4.4. Demandas no processo de cuidar do idoso dependente.....	49
5. METODOLOGIA	51
5.1. Local	51

5.2. População da Pesquisa	52
5.3. Instrumentos	53
5.4. Procedimentos éticos	55
6. RESULTADO E DISCUSSÃO.....	56
7. CONCLUSÃO.....	60
REFERENCIAS.....	64
ANEXOS	
Anexo 1 – Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar.....	76
Anexo 2 – Áreas adscritas assistidas pelo Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Federal Cardoso Fontes.....	83
Anexo 3 – Índice de Katz	84
Anexo 4 – Escala Burden Interview.....	86
APÊNDICES	
Apêndice 1 – Roteiro de entrevista semiestruturado	89
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	90

LISTA DE SIGLAS

AD – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

AVC – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ABVD – ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA

CA – CÂNCER

CI – CUIDADORES DE IDOSOS

DM – DIABETES MELLITUS

ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Eq.SF – EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA

HAS – HIPERTENSÃO ARTERIAL

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

NASF – NUCLEO DE ATENÇÃO Á SAÚDE DA FAMÍLIA

MS- MINISTÉRIO DA SAÚDE

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

PACS – PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PNI – POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

PNSI – POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DO IDOSO

PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

RDC – RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA

SAD – SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

SAMU – SERVIÇO DE ASSISTENCIA MÉDICA DE URGÊNCIA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras:

Figura 1 - População de 60 anos ou mais de idade distribuída em vários municípios das capitais

Gráficos:

Gráfico 1 - idade dos cuidadores

Gráfico 2 - gênero dos cuidadores

Gráfico 3 - grau de parentesco dos cuidadores

Gráfico 4 - tempo de cuidados prestados aos idosos

Gráfico 5 - escolaridade dos cuidadores

Gráfico 6 - estado de saúde dos cuidadores

Gráfico 7 - escores referentes a sobrecarga do cuidador

Gráfico 8 - gênero dos idosos dependentes

Gráfico 9 - idade dos idosos dependentes

Gráfico 10 - patologias apresentadas pelos idosos dependentes

Gráfico 11 - grau de dependência dos idosos

Gráfico 12 - fatores que influenciaram na sobrecarga física e mental dos cuidadores

Gráfico 13 - principais dificuldades encontradas no processo de cuidar do idoso

Gráfico 14 - atividades desenvolvidas no cotidiano pelos cuidadores

Gráfico 15 - percepção do cuidador a cerca do seu papel

Quadros:

Quadro 1 - Comparação entre Assistência Domiciliar e Assistência Hospitalar

1. INTRODUÇÃO

1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Cuidar de alguém acamado e/ou dependente pode demandar mobilização de recursos humanos, financeiros e institucionais, como por exemplo, a hospitalização, onde o usuário receberá assistência integral de uma equipe de profissionais da saúde. Quando o usuário possui doença aguda, há um protocolo a ser seguido para a estabilização do quadro clínico e posterior alta hospitalar, retornando apenas para as consultas ambulatoriais periódicas. Quando as doenças são crônicas, nem sempre o hospital é o local mais adequado para os usuários permanecerem por longos períodos, pois o risco de infecção hospitalar é alto, além de representar custo excessivo tanto para os familiares, com idas e vindas diárias ao hospital, normalmente muito distante do domicílio, como também para a própria unidade de saúde.

A evolução das doenças crônicas é lenta e silenciosa, normalmente com agravamento do quadro quando descobertas, portanto é necessário que os cuidados nunca cessem, após a alta hospitalar, quando os usuários são liberados para os domicílios, devendo haver continuidade no tratamento com a ajuda que for possível obter. Nesse contexto, surgiu a assistência domiciliar agregando a participação sistemática de profissionais da saúde nos cuidados e orientações dispensadas aos usuários. A assistência domiciliar, então, desponta como um trabalho que contribui para a “desospitalização”, implicando em maior rotatividade dos leitos e menor risco de infecção hospitalar para os usuários.

O Estatuto do Idoso preconiza a permanência deste, junto à família, o que deve ser garantido por meio de suporte social, que inclui, entre outras coisas, o atendimento domiciliar para aqueles que estejam impossibilitados de se locomover e, portanto, possam dele se beneficiar (BRASIL, 2003).

São vários os motivos pelos quais se desenvolveu o serviço de assistência domiciliar, segundo Creutzberg (2000), destacando-se o crescimento da população de idosos e conseqüente aumento de indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas, necessitando, assim, de assistência à saúde por longos períodos. Os idosos ocupam um grande número de leitos nos hospitais, tanto pela duração das

internações quanto pela frequência com que acontecem. Com o advento da assistência domiciliar, houve redução de custos para as instituições, e também a liberação de leitos para utilização em situações de caráter emergencial, como por exemplo, nas síndromes agudas, entre outras, com importante reflexo na área da saúde pública (JACOB, 2000).

A Assistência Domiciliar é mencionada na Política Nacional de Saúde do Idoso (PNI) que traz orientações acerca da forma como o idoso deve ser tratado no seu domicílio, enfatizando um tratamento que contenha orientação, informação e assessoria de profissionais da saúde, capacitados para essa demanda. Cita a atenção que deve ser prestada ao cuidador, que desenvolve uma atividade cansativa, desgastante e com riscos à sua própria saúde. A soma dos agravos à saúde, que sofre o cuidador, pela sobrecarga de cuidados prestados ao idoso, impulsionou a realização desse trabalho, que objetiva identificar os fatores que mais influenciam na sobrecarga de cuidados no contexto domiciliar.

A população idosa, composta nos países em desenvolvimento, por indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, é a de maior crescimento na sociedade atual (PEREIRA, 2006). Até a década de trinta, a ¹Expectativa de Vida ao Nascer, não ultrapassava os 50 anos de idade, e atualmente, nos países desenvolvidos, a expectativa de vida, supera os 70 anos, e em alguns chega até a 80 anos (CAMARANO, 2004).

Esse aumento na expectativa de vida tem originado uma série de preocupações e atitudes, para que os anos de vida adicionais sejam vividos com qualidade, bem-estar e independência (GONÇALVES *et al.*, 2006). O Sistema Público de Saúde do Brasil, entretanto, ainda não fornece o suporte adequado ao idoso que adoece nem à família que dele cuida.

Em muitos casos, o idoso atinge idade avançada com vários problemas de saúde, exigindo que outra pessoa, familiar ou não, assuma o papel de cuidá-lo. Ainda que a velhice não seja sinônimo de doença e dependência, com o crescimento dessa população observa-se o aumento do número de pessoas com debilidades físicas, que certamente necessitarão de um cuidador.

¹ *Expectativa de Vida ao Nascer* – Numa dada população, é o número médio de anos que um grupo de indivíduos nascidos no mesmo ano pode esperar viver, se mantidas, desde o seu nascimento, as [taxas de mortalidade](#) observadas no ano de observação.

De acordo com Sanches (2000), a dependência pode ser considerada em três níveis: a dependência estruturada, resultante da circunstância cultural que atribui valor ao ser humano em função do que é, e do quanto produz; a dependência física que decorre da incapacidade funcional, ou seja, a falta de condições para realizar as tarefas da vida diária em diferentes graus de severidade e a dependência comportamental, que é socialmente induzida, pois advém do julgamento e das ações de outrem. A dependência da pessoa idosa ocorre quando se torna incapaz de realizar as atividades da vida diária e, quando isso acontece, um cuidador assume a função de apoio, por meio do cuidado que pode ser permanente ou esporádico (NERI, 2006).

Independente de o usuário receber assistência domiciliar, para que o tratamento seja eficaz, é de fundamental importância que ele tenha o auxílio de um cuidador, para ministrar os cuidados pertinentes. Quando assistidos pela equipe de saúde, colocam em prática o que é recomendado pelos profissionais, o que pode variar de acordo com as patologias apresentadas individualmente. Então, sob uma gama enorme de orientações e recomendações, estão os referidos cuidadores, que na maioria das vezes sentem-se “oprimidos” e naturalmente confusos diante de tantas e variadas orientações e cuidados a serem prestados. Esses cuidadores, profissionais ou não, realizam as mais variadas tarefas, cuidando e restabelecendo a qualidade de vida do idoso, e são classificados como cuidadores formais e informais, que terão posteriormente, suas conceituações e classificações abordadas neste estudo.

As mudanças no núcleo familiar e as dificuldades para que se assumam os cuidados; a superlotação das instituições de saúde e sua ineficiência; a preocupação da humanização na assistência com o usuário e sua família e a inclusão de programas de assistência domiciliar nas políticas de saúde, deveriam ser prioridades na agenda das políticas públicas, para melhorar o quadro de verdadeiro caos que se instalou na saúde pública deste país.

1.2. QUESTÃO NORTEADORA

- Cuidar diária e prolongadamente de um idoso parcial ou totalmente dependente pode gerar sobrecarga física e/ou emocional para os cuidadores informais?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo Geral

- Identificar os fatores de sobrecarga física e/ou emocional que afetam a saúde dos cuidadores informais, no processo de cuidar de idosos dependentes assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Federal Cardoso Fontes.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Conhecer as atividades executadas no domicílio pelos cuidadores;
- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde dos cuidadores e dos idosos dependentes;
- Identificar as dificuldades dos cuidadores no processo de cuidar dos idosos dependentes;

1.4. JUSTIFICATIVA

O cuidado a idosos e a pessoas dependentes, não é algo novo, e acontece tradicionalmente no âmbito privado do domicílio. Com as mudanças decorrentes do processo de industrialização, urbanização da população rural e do ingresso da mulher no mercado de trabalho houve também mudanças na estrutura familiar que passou de ampliada a nuclear (ANGELO, 2000).

Todo o processo de envelhecimento e sua consequência natural implicam em uma série de modificações nos aspectos físicos, psíquicos e sociais do ser humano, levando, muitas vezes à necessidade de ser cuidado. Ao contrário do que se pensa, as famílias continuam sendo a principal fonte de assistência dos idosos, sendo as primeiras que os socorrem quando necessário, oferecendo apoio social, funcional, econômico ou material e afetivo (JANDREY, 2009).

Essa assistência é referente às tarefas domésticas, asseio e outras atividades de vida diária, companhia, apoio afetivo em tempos normais e de crise, transporte e acompanhamento a diversos lugares, cuidados com a medicação e auxílio no caso de doença (DIOGO, 2005).

A família e a assistência primária são os pilares desse cuidado, sendo que a família é a figura em que se concentra toda a assistência informal (CARVALHO, 2004). Dispensar cuidados a alguém que esteja doente ou dependente envolve esforço mental, físico e psicológico considerável, além do possível ônus financeiro que esse cuidado pode vir a causar. Segundo Neri (2001), a relação do cuidar em família chama atenção para a questão do suporte necessário a esses cuidadores, que pode se caracterizar pelo estabelecimento de serviços de treinamento, aconselhamento e assistência à saúde do cuidado.

O binômio cuidador/paciente é indissolúvel e, uma vez definida a condição de cuidador, esta se estende até a incapacitação do mesmo ou morte de um dos dois, tornando-se, portanto, um importantíssimo foco da ação dos profissionais da área da saúde (FARO, 1999).

Diante desse entrave, e sabendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), cita como uma das condições de risco para o adoecimento, os casais de idosos em que um deles é incapacitado ou esta muito doente, torna-se importante conhecer o significado da saúde para o idoso cuidador de seu cônjuge e

como ele cuida da sua própria saúde, com finalidade de estabelecer estratégias de abordagem e de promoção à saúde para essa fatia específica da população.

Segundo Santos (2003), é fundamental que se ofereçam condições de infraestrutura e de suporte para que os familiares possam efetivamente exercer o papel de cuidadores informais. Além de conhecer as necessidades de cuidados do idoso dependente e de seu cuidador, é necessário conhecer também a situação dessas famílias: suas demandas, suas crenças, seus valores e suas práticas socioculturais.

Ter conhecimento dessas questões permitirá a equipe de saúde, planejar, programar e executar ações de suporte social à família, voltadas à realidade do cuidador, com a intenção de minimizar a situação de sobrecarga e de possíveis agravos a saúde de quem cuida.

Nesse sentido, esse trabalho teve como objetivo identificar as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores informais de idosos dependentes.

2. O IDOSO E O PROCESSO DE ENVELHECER NO BRASIL

2.1. O ENVELHECIMENTO NO BRASIL

Nos últimos trinta anos observou-se um grande crescimento no número de pessoas que estão vivendo mais e isso significa o aumento da proporção de idosos em uma estrutura etária da população, o que pode ser denominado de envelhecimento populacional (PASCHOAL, 2005). Segundo Camarano (2004), o crescimento da população idosa está intimamente ligado a dois processos: a queda da taxa de natalidade à partir de 1960 e a redução da mortalidade à partir de 1940.

A queda na taxa de natalidade pode ser explicada a partir de alguns autores que, junto a Paschoal (2005), consideram que a industrialização e a urbanização fizeram com que a mulher participasse ativamente do mercado de trabalho e passasse a dedicar menor tempo à família, trazendo a idéia da família reduzida.

O autor também adverte que o aumento da escolaridade foi causa principal da inversão nas prioridades da mulher, que agora se dedica a carreira profissional em detrimento ao casamento, por isso não podem assumir muitos afazeres domésticos e nem ter filhos. Soma-se a isso, a propagação dos métodos anticoncepcionais, que nos dias de hoje apresentam-se muito mais eficientes e permitem a redução ainda maior da taxa de natalidade (SANTOS, 2003).

Com relação à diminuição da mortalidade, Freitas (2004) atribui a diversos fatores, mas principalmente ao desenvolvimento tecnológico, que pode ser medido pelos avanços conquistados na medicina, aliados à implantação de campanhas sistêmicas de vacinações, trabalhos periódicos para prevenção de doenças, pesquisa de novos medicamentos e melhoria na infraestrutura sanitária. Muito embora devam ser ressaltadas que tais melhorias nas condições socioeconômicas ou sanitárias, principalmente nos países em desenvolvimento, não ocorreram na sua totalidade e ainda não ocorrem de maneira uniforme.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2000, para cada idoso, 12 brasileiros estavam na idade potencialmente ativa (15-64 anos). Já as projeções, para 2050, sinalizam que serão pouco menos de três habitantes na fase ativa para cada idoso. Alguns autores associam o

envelhecimento ao estilo de vida e a sociedade em que o indivíduo está inserido, conforme nos aponta Carvalho (2003).

Portanto, é importante ressaltar que existe uma dificuldade de se homogeneizar as condições de envelhecimento num contexto histórico como o do Brasil, marcado pela desigualdade econômico-social entre as suas regiões, fazendo com que o envelhecimento populacional se dê de forma totalmente diferenciada no país (PEREIRA, 2006).

A queda da mortalidade e a alta da natalidade, ocorrida nos anos 40 e 60 do século passado, fez com que em 50 anos o percentual de idosos no Brasil dobrasse, passando de 4% em 1940 para 8% em 1996 (CAMARANO, 2004). Os resultados apresentados pelo IBGE (2000) através do Censo Demográfico revelaram que o Brasil possuía uma população de cerca de 14.536.029 idosos, ou seja, 8,6% de sua população possuía idade igual ou superior a 60 anos, e nesse contexto, o país que sempre foi chamado de jovem, está envelhecendo.

As projeções realizadas pelo IBGE, ainda de acordo com o censo de 2000, indicam que no ano de 2025 a população idosa poderá ser superior a 32 milhões de pessoas. Entre os estados brasileiros, o Estado do Rio de Janeiro, é o de maior concentração de idosos, com 1.540.754 pessoas, ou seja, 10,7% da população, divididos entre 901.894 mulheres e 638.860 homens.

Segundo o Censo, o município do Rio de Janeiro é a capital com maior proporção de idosos em todo o país e contabilizou em 2000, o número de 5.857.904 habitantes distribuídos em seus bairros. Desses, 751.637 eram idosos, ou seja, 12,8% de seus moradores tinham 60 anos ou mais de idade, superando todas as outras capitais, sendo que Porto Alegre, com 11,8%, é a capital que mais se aproxima do Rio, conforme o gráfico abaixo:

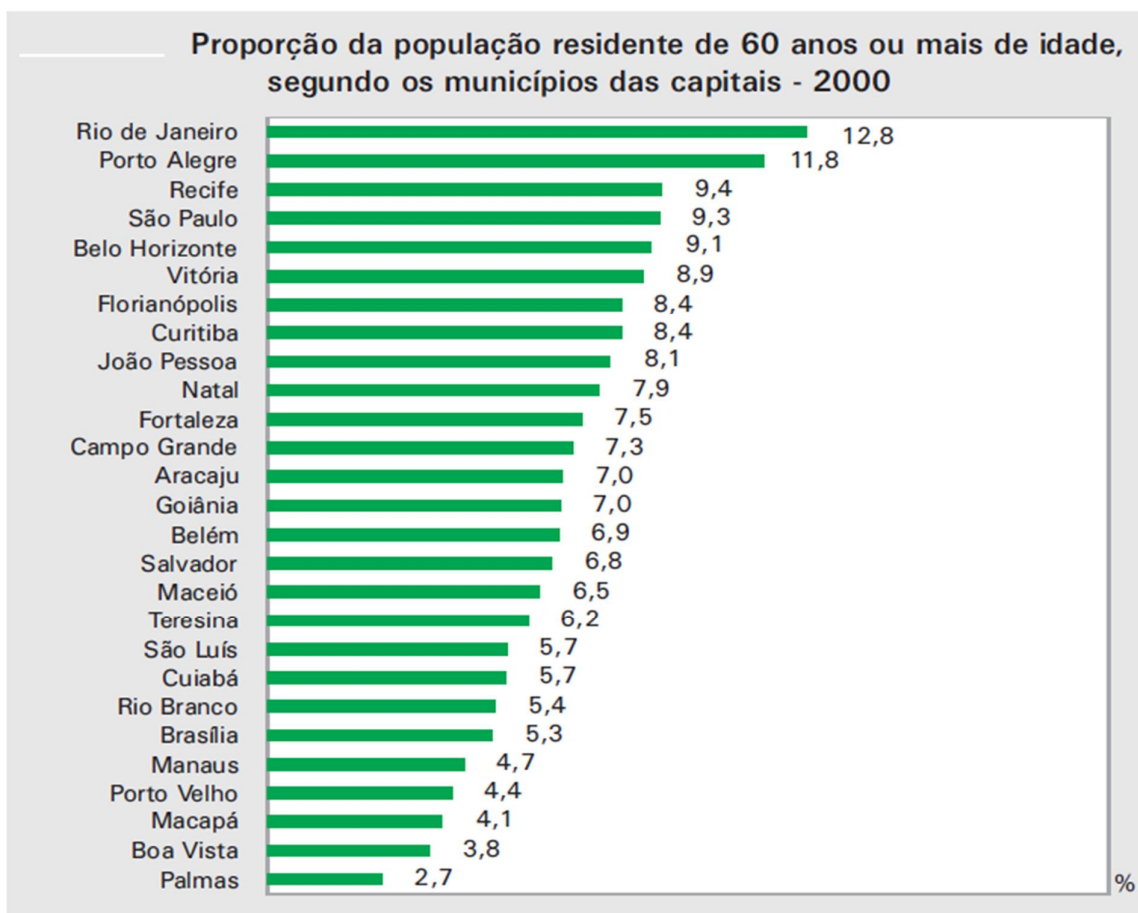


Figura 1 – População de 60 anos ou mais de idade distribuída em vários municípios das capitais - Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

A área com maior concentração de idosos na cidade do Rio de Janeiro é a zona sul, seguida do centro da cidade, porém as pesquisas já assinalam um acréscimo, digno de menção, dessa população também em áreas mais pobres da cidade (IBGE, 2000). Para que se possa acompanhar o fluxo de tais mudanças, é fundamental a criação e/ou manutenção de programas e serviços (efetivos e eficazes) para idosos. Ações desse tipo são urgentes e necessárias, pois muitos idosos (dependentes e não dependentes) necessitam de alternativas de assistência a saúde, e com possibilidade de suporte aos seus cuidadores - familiares.

2.2. AS POLÍTICAS DE SAÚDE

2.2.1. O Sistema Único de Saúde (SUS)

No Brasil, a atual política de saúde, surgiu do debate desencadeado pelo Movimento da Reforma Sanitária na década de 80. Suas principais diretrizes foram discutidas e desenvolvidas nesse movimento e foram consagradas pela VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília no ano de 1986. Essa Conferência teve como tema central, a saúde como direito inerente à cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde em consonância com os princípios de universalização, participação e descentralização; a integração orgânico-institucional; a redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estados, territórios e municípios) na prestação de serviços de saúde; e o financiamento do setor saúde (BARROS, 1996)

As Diretrizes dessa Conferência ganharam forma de lei na Constituição de 1988 e na Lei 8080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde e pela Lei nº 8.142/90. Estas leis definem as atribuições dos diferentes níveis de governo com a saúde, estabelecendo responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador; regulamentando o financiamento e os espaços de participação popular; formalizando o entendimento da saúde como área de relevância pública e a relação do poder público com as entidades privadas, com base nas normas do direito público; além de outras regulamentações fundamentais do SUS (BRASIL, 1990).

Segundo Cordeiro (2004), após a reforma sanitária, findava definitivamente a arcaica separação entre prevenção e cura, entre saúde pública e medicina individual. O autor reitera ainda, que todos os serviços deveriam executar ações de promoção e prevenção de saúde, combater os fatores do meio ambiente, como a poluição, e do ambiente de trabalho, diagnosticar e tratar as doenças mais cedo, antes que se tornassem graves e incapacitantes.

Antes da criação do SUS, que completou 20 anos em 2008, a saúde não era considerada um direito social. Segundo Mendes (2001) o modelo de saúde adotado até então, dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por

serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum. O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, sendo que a iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

Cunha *et al.* (2001) e Almeida *et al.* (2001) propõem uma divisão dos princípios fundamentais do SUS em dois grandes grupos: doutrinários e organizacionais:

- *Doutrinários*, que se referem aos objetivos finalísticos do sistema e incluiriam:

- o direito universal à saúde, entendido não só como a oferta de serviços e ações de saúde, mas abrangendo também, em seu conceito, "políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos", incluindo como *fatores* determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990);

- a equidade, compreendida como o reconhecimento das diferenças existentes nas necessidades de saúde, quer regional ou individual, com o desenvolvimento de ações objetivando a justiça social, isto é, que reduzam a exclusão e beneficiem, prioritariamente, aqueles que possuem piores condições de saúde;

- o atendimento integral à saúde, mediante a articulação de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários à efetiva melhoria dos níveis de saúde da população.

- Organizacionais (ou operativos), referentes aos processos que permitirão o cumprimento das principais diretrizes do SUS:
 - a descentralização de ações e serviços de saúde, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na municipalização;
 - a regionalização e a hierarquização da rede de serviços assistenciais;
 - a participação da população na formulação e acompanhamento das políticas do sistema.

Universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde constituem a finalidade ético-política do sistema de saúde expressa em contribuição para a melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira. Esses princípios, (universalidade, equidade, integralidade) formam um conceito triplo e entrelaçado, capaz de expressar a luta pela cidadania, justiça e democracia apoiada no ideário da Reforma Sanitária brasileira, segundo Cecílio (2001).

Os vários desafios trazidos pelo envelhecimento populacional têm diversas dimensões e dificuldades, mas nada é mais justo que garantir ao idoso a sua integração na comunidade. O envelhecimento é um processo normal, inevitável, irreversível e não uma doença, portanto não deve ser tratado apenas com soluções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais. O primeiro evento significativo na área de proteção ao idoso após 1988 foi o lançamento da Política Nacional do Idoso (PNI) em 1994, assegurando os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1996). Após sete anos tramitando no Congresso, o Estatuto do Idoso foi aprovado em setembro de 2003 e sancionado pelo presidente da República no mês seguinte, ampliando os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos. Mais abrangente que a Política Nacional do Idoso, que dava garantias à terceira idade, o estatuto institui penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos da terceira idade.

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida, que é um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (BRASIL,

2006a). Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 1999a). A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira.

A Política Nacional do Idoso e a Política Nacional da Saúde do Idoso determinam que a assistência a essa população deva ter como preocupação básica a sua permanência na comunidade, no seu domicílio, de forma autônoma pelo maior tempo possível. Dessa forma, a família e a assistência primária são os pilares desse cuidado sendo que a família é a figura em que se concentra toda a assistência informal (RODRIGUES *et al.*, 2006)

2.2.2. A Estratégia Saúde da Família

No Brasil, a origem do Programa Saúde da Família (PSF), remonta a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 1996) O PSF, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), surge no cenário brasileiro como estratégia de reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente curativo e hospitalocêntrico, por um modelo sintonizado com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a universalidade,

equidade, hierarquização e integralidade da atenção (BRASIL, 2001). O ano 94, definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o "Ano Internacional da Família", constituiu-se no marco/momento brasileiro de oficialização da família, como foco do cuidado profissional de saúde em atenção básica, através do Programa/Estratégia Saúde da Família. Inicialmente formulado como programa, passa a ser definido e defendido como estratégia, especialmente a partir de 1997, data da segunda publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementação do PSF (BRASIL, 1997a).

A Estratégia Saúde da Família está pautada, dentre outras diretrizes, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação e controle social. Entende-se que ambas as diretrizes estão relacionadas na medida em que decorrem e expressam as relações entre a população de referência e o serviço e a equipe de trabalho, bem como, em um plano ainda mais microscópico, as relações entre trabalhadores e usuários (CREVELIM, 2005). Como consequência de um processo de desospitalização e humanização do SUS, a Estratégia tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar. As equipes são compostas por no mínimo, um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, contam ainda com dentista, um auxiliar de consultório e um técnico de higiene bucal. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde.

Visando melhorar a resolutividade da Atenção Primária à saúde, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, tendo como objetivo buscar a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2008a). Os núcleos de apoio a Saúde da Família possuem duas classificações: NASF 1, que conta com no mínimo cinco profissionais de formação não coincidentes, e o NASF 2 que conta com no mínimo três profissionais de formação não coincidentes.

O Fisioterapeuta está incluído em ambos. No NASF, o fisioterapeuta é responsável por acolher os usuários que requeiram cuidados de reabilitação, promoção e prevenção à saúde, realizando orientação, atendimento, acompanhamento de acordo com a necessidade e a capacidade instalada na ESF.

Os profissionais que trabalham no NASF são contratados por meio de processo seletivo simplificado, não possuindo vínculo efetivo com o município, estado ou governo federal, apenas um contrato de serviço (BRASIL, 2008a). A remuneração no NASF é realizada por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, na qual vinte mil reais são enviados pelo governo federal e o restante é complementado com verba municipal (BRASIL, 2008a). A Estratégia Saúde da família (NASF) tem se constituído em campo fértil para atuação para o fisioterapeuta, principalmente em relação às ações de promoção e prevenção, identificando esse profissional, não apenas como profissional da reabilitação, como ainda é erroneamente denominado, mas também e principalmente como profissional da saúde.

A inserção da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família acontece de maneira muito pontual, através de convênio entre Secretaria Municipal de Saúde e algumas universidades privadas, como por exemplo, a Universidade Estácio de Sá. Em todas as Universidades privadas, existe um Supervisor de Estágio, que orienta o acadêmico quanto aos princípios e diretrizes do SUS, trazendo a esse acadêmico uma visão mais holística do usuário, que precisa ser entendido e cuidado como um ser em sua totalidade e não fragmentado. Os cuidados são centrados na família e não apenas numa unidade dela.

Já os Núcleos de Apoio a Saúde da Família, entendidos como uma estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das Equipes de Saúde da Família (Eq.SF), tem como *modus* operante o apoio matricial para atuarem em parceria com os profissionais das Eq.SF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da ESF no qual o NASF está cadastrado (CONASS, 2007). Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às Eq.S.F. Segundo Cordeiro (2004), é necessário formar fisioterapeutas com visão humanista, conscientes de que sua atuação não se resume à execução de determinados exercícios com o doente; trata-se de uma intervenção terapêutica, que visa acelerar a recuperação dele e prevenir danos ou complicações futuras.

2.3. A PERDA DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA AUTONOMIA

Na terceira idade, ocorrem alterações funcionais que, embora variem de um indivíduo a outro, são encontradas em todos os idosos e são decorrentes, do processo natural de envelhecimento (NETTO, 2007). O declínio das funções orgânicas, dos sistemas e da reserva fisiológica, acarreta, portanto, maior predisposição do indivíduo as condições crônicas (MARQUES, 2001). A utilização do termo “condições crônicas” vem sendo recomendado pela OMS, em substituição ao termo “doenças crônicas”. Refere-se a uma definição atualizada, que abrange as condições não transmissíveis (diabetes e doença cardíaca), as condições transmissíveis persistentes (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), os distúrbios mentais de longo prazo (como a depressão e a esquizofrenia) e as deficiências físicas e estruturais contínuas (OMS, 2003).

Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde, estas condições apresentam como ponto comum a persistência e a necessidade de certo nível de cuidados permanentes. Desse modo, o surgimento de doenças não transmissíveis, também pode induzir alterações funcionais com maior intensidade. Assim o processo de envelhecimento dá lugar à senilidade, que se caracteriza pelas modificações decorrentes dos processos mórbidos mais comuns em idosos (NETTO, 2000). As condições crônicas e o próprio processo natural de envelhecimento diminuem a capacidade funcional de cada sistema do organismo, acentuando o envelhecimento funcional.

De acordo com Gordilho *et al.* (2001), a capacidade funcional é a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma, e sua avaliação requer uso de instrumentos multidimensionais. Frequentemente, a incapacidade funcional pode ser avaliada por meio da declaração indicativa de dificuldade, ou da necessidade de ajuda, em tarefas básicas de cuidados pessoais e tarefas mais complexas que possibilitam ao indivíduo viver de forma independente na comunidade (PARAHYBA *et al.*, 2006).

As atividades básicas da vida diária (ABVD) incluem alimentar-se, ter continência, transferir-se, usar o banheiro, vestir-se e banhar-se. Já as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), refletem a capacidade de os idosos se adaptarem ao seu meio e incluem atividades mais complexas, arrumar a casa, utilizar transporte, dentre outros (LEVY, 2001).

Após o nascimento, as pessoas desenvolvem sua capacidade funcional até os 20 ou 30 anos de idade, e a partir daí então, o desempenho funcional se deteriora aos poucos, motivado pelo processo de envelhecimento natural (PASCHOAL, 2005).

A dependência pode ser definida como a “condição de uma dada pessoa que faz com que ela requeira o auxílio de outras pessoas para a realização de atividades do seu dia-a-dia” (GORDILHO *et al.*, 2001). Dessa forma, apesar de a velhice ser um processo natural da vida, a diminuição da capacidade funcional pode ocasionar ao indivíduo a perda de sua autonomia e de sua independência, dificultando a realização do autocuidado, das tarefas do cotidiano e tornando-o dependente de outros para atividades da vida diária.

Para Paschoal (2005), a autonomia é definida como a capacidade de decisão e de comando e para o idoso, a autonomia é mais útil do que sua independência, como um objetivo global, pois pode ser completamente restaurada, mesmo que o indivíduo continue dependente. Em relação a esse conceito, Faro (2001), acrescenta que a “autonomia refere-se ao estado de ser capaz, de acrescentar, de estabelecer e seguir suas próprias regras, construir seu próprio caminho de vida”.

O direito do idoso de fazer escolhas e tomar decisões pode ser reconhecido, quando a família amparada por seus valores e crenças, valoriza seu ente idoso e busca estimular suas potencialidades. Segundo o autor Silvestre e Costa Neto (2003), o termo dependência está intimamente ligada a fragilidade, ou seja, uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios. Acrescentam ainda que isso pode ser observado em pessoas com mais de 85 anos, ou naquelas mais jovens, que apresentam doenças ou limitações funcionais que reduzem sua capacidade de adaptação.

De acordo com Faro (2001) existe um movimento entre a dependência e a independência que possui a autonomia como base de apoio, a fim de proporcionar o equilíbrio entre elas. Para a autora, a opção estabelecida entre os dois estados é circunstanciada por fatores e incidentes críticos, podendo conferir aos conceitos de autonomia, dependência e independência um caráter situacional. Paschoal (2005) acrescenta que dependência e independência são conceitos que só podem existir em relação a alguma coisa e só podem ser corretamente utilizados quando relativizados.

Assim, na mesma pessoa é possível, por exemplo, independência financeira e dependência afetiva. Pavarini e Neri (2000) admitem que a dependência seja

apenas uma face da velhice, e como qualquer fenômeno evolutivo-comportamental, é determinada por variáveis ambientais, biológicas, psicológicas e ligadas à história social e cognitiva do idoso.

É importante lembrar que a perda gradual da capacidade para o desenvolvimento de algumas atividades básicas e instrumentais da vida diária não implica em perda de potencialidades criativas e necessidades emocionais. Considera-se idoso dependente aquele indivíduo que apresenta prejuízo na sua habilidade de manutenção da independência em decorrência de uma doença.

Dentre as condições causadoras de dependência em idosos, está a demência, a astenia, as doenças cardio-respiratórias, a dor crônica, a neoplasia com metástase óssea ou do sistema nervoso central, as doenças agudas, a fratura de quadril, o acidente vascular cerebral, as doenças reumatológicas e o déficit visual (LEBRÃO *et al.*, 2003). Os autores determinam ainda, como fatores que podem predispor o declínio funcional em idosos: o déficit cognitivo, as comorbidades, a depressão, a diminuição do contato social, a falta de atividade física, o déficit no autocuidado.

O ideal seria que fosse permitido aos idosos conservarem ao máximo sua expectativa de vida ativa, mantendo um nível funcional satisfatório e o exercício de sua autonomia, preservando em seu domicílio e em seu meio social. Um envelhecimento saudável e bem sucedido reflete-se na capacidade que a pessoa idosa tem de se adaptar as perdas físicas emocionais e atingir satisfação em sua vida, já que as mudanças nos padrões de vida são inevitáveis segundo o autor Silva (2007).

3. A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO

3.1. CARACTERÍSTICAS

O surgimento, no Brasil, da Assistência Domiciliar institucionalizada, está ligado intimamente à prevenção. Em 1920, é introduzido na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, em São Paulo, um curso de visitadoras sanitárias, implantado e ministrado pelo médico sanitarista, Dr. Amaury de Medeiros. Criou-se então, a Inspetoria e o Corpo de Visitadoras da Saúde, que naquele mesmo ano foi reconhecido, como parte do Serviço de Profilaxia da Tuberculose. Foi este, o verdadeiro “marco” na inclusão da visita domiciliar como atividade de saúde pública (GASPAR, 2009).

Em 1921, a pedido de Carlos Chagas, enfermeiras americanas orientaram o processo de assistência a pacientes tuberculosos nos dispensários e também estudaram e elaboraram propostas e sugestões para a formação de enfermeiras no Brasil. (MOREIRA, 1999)

A Escola de Enfermagem Anna Nery, criada em 1922, importou o modelo de enfermagem moderna de Florence Nightingale (FRAENKEL, 1998). As primeiras alunas diplomadas foram contratadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, que enfatizava a profilaxia da tuberculose e saúde da criança, com especial atenção à visita domiciliar (MAZZA, 1994). Paralelamente, em 1926, em São Paulo, foi criado o curso de educadoras sanitárias. Ingressaram na Faculdade de Higiene e Saúde Pública, seis enfermeiras (egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo) e constituíram, junto com dez educadoras, o grupo de visitadoras cuja função era a prestação de assistência domiciliar à saúde de pessoas residentes na área programática do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, envolvendo gestantes, crianças e portadores de doenças transmissíveis (MENDES, 2000).

Na década de 40 foram criados os dispensários e centros de saúde em todo o país, com o objetivo de tratar a tuberculose, hanseníase e tracoma, bem como a diminuição da mortalidade infantil. (MAZZA, 1994). Outra referência na abordagem domiciliar foi a desenvolvida pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – SAMDU, que foi criado em 1949, ligado inicialmente ao Ministério do

Trabalho, e incorporado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967 (MENDES, 2001). O autor refere à Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), criada em 1960 e extinta em 1990, que desenvolvia, entre outras atividades: oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade; abordagem integral a família; visita domiciliar, realizada por sanitarista para atividades de promoção, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco; e vigilância sanitária. Entre as atividades dos profissionais da área de vigilância sanitária, destacam-se as visitas domiciliares à puérperas e recém-nascidos.

Uma referência básica para uma incursão breve na história da Assistência Domiciliar (AD) são os trabalhos de Ramallo & Tamayo (1998), que norteiam os âmbitos da América do Norte e Europa. Segundo eles, a primeira unidade de AD, surgiu nos Estados Unidos em 1947, e na França em 1951, tendo como motivações iniciais, descongestionar os hospitais e proporcionar aos doentes e familiares um ambiente psicológico mais favorável.

A partir de então, experiências desse tipo, multiplicaram-se na América do Norte e Europa. Os serviços de AD, no Canadá, são orientados para a alta precoce de pacientes cirúrgicos e funcionam desde os anos 60 (RIBEIRO, 1999). A origem desses serviços no país é atribuída a três freiras, que chegaram da França em 1604, para prestarem serviços de enfermagem à população que se formava em torno da nova colônia. Elas iniciaram esse trabalho, disponibilizando cuidados a pessoas doentes nas suas próprias residências (RAMALLO & TAMAYO, 1998).

Ainda segundo os autores, na Europa, a primeira experiência formal teve início em Paris, onde em 1957, criou-se o *Santé Service*, que atualmente presta assistência a pacientes crônicos e terminais. Na Espanha, a primeira unidade de AD foi criada em 1981 e nos anos seguintes, surgiram iniciativas similares em diversos hospitais, existindo aproximadamente, segundo os autores, quarenta unidades ativas. O desenvolvimento dessa modalidade de assistência à saúde, naquele país, tem se dado, a partir da demanda dos usuários do Sistema Público de Saúde, por uma atenção mais humanizada e de qualidade e também por iniciativa dos gestores que, diante da escalada dos custos e considerando que os recursos destinados à saúde são limitados, tentam racionalizar seus gastos sem comprometer a qualidade da assistência.

O Governo brasileiro, em 1997, lança o documento “1997, o Ano da Saúde no Brasil, Ações, Metas Prioritárias”, com a proposta de ampliação da internação domiciliar, para pacientes idosos, diabéticos e hipertensos, pois até aquele momento, segundo o referido documento, esse tipo de atendimento se limitava aos casos de AIDS e psiquiatria (BRASIL 1997b).

O Ministério da Saúde em 1998 publicou a portaria GM/MS n. 2.416 de 26 de março, que estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS, incluindo novas patologias para essa modalidade de atenção à saúde (BRASIL, 1998).

Em 16 de abril de 2002, foi também publicada no Diário Oficial da União, a portaria SAS/MS número 249, estabelecendo a Assistência Domiciliar como uma modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. No entanto, esta regulamentação também vincula a Assistência Domiciliar à área hospitalar. O artigo 2º dessa portaria estabelece que as Secretarias Estaduais de Saúde adotem as providências necessárias à articulação dos Centros de Referência Cadastrados com a rede de Atenção Básica e o Programa Saúde da Família- PSF (BRASIL, 2002).

3.2. CONCEITO

A Assistência Domiciliar à saúde é uma sequência de serviços a serem oferecidos, depois que o indivíduo já recebeu atendimento hospitalar prévio. Nada mais justo que um indivíduo com uma afecção crônica, que não mais necessite ficar no hospital, beneficie-se dos cuidados possíveis em seu domicílio (TAVOLARI, 2000). Pode então esse paciente ser atendido com a cobertura de serviços de saúde a pessoas de qualquer idade, em sua residência ou outro local que não seja institucional (SILVA, 1999).

A política de Assistência Domiciliar necessita ainda, de consenso sobre as metas e elementos principais que a caracterizem, para definitiva compreensão de sua estrutura, pois há divergências nos conceitos e interpretações feitos por vários autores. O enfoque, no entanto, permanece nos cuidados crônicos e na continuidade de cuidados secundários, ou seja, convalescença (AMARAL *et al.*, 2001).

Embora não exista definição formal, os termos ligados ao programa de Atenção Domiciliar, enfocados sob a expressão inglesa *home health care*, ou *home care*, no Brasil são descritos por Tavorari *et al.* (2000) como:

- Assistência domiciliar: termo genérico usado para qualquer ação em saúde que se processe em domicílio, sem levar em conta a complexidade ou objetivo do atendimento, indo de uma orientação simples até suporte ventilatório invasivo domiciliar.

- Internação domiciliar: relacionada com o cuidar intensivo e multiprofissional no domicílio, caracterizado por deslocamento de uma parte da estrutura hospitalar para a casa do paciente, promovendo um cuidado de moderada a alta complexidade, semelhante a um hospital em casa.

- Atendimento domiciliar: abrangendo os cuidados de saúde, multiprofissionais ou não, semelhantes a um consultório em casa. As variações de conceitos estão ligadas ao contexto sociocultural do paciente e às diferenças de interpretação que variam de uma empresa para outra ou de um serviço para outro.

Moreira (2005) afirma que o espaço domiciliar pode ser muito mais eficiente no tratamento dos idosos do que o espaço institucional e compara essas duas modalidades de assistência através do quadro abaixo.

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
<p>ESPAÇO PRIVADO</p> <p>O ambiente domiciliar pertence ao idoso e a seus familiares.</p>	<p>ESPAÇO PÚBLICO</p> <p>Diferente de quando se atende um cliente em consultório/ambulatório, ou em hospital, ambiente em que a equipe técnica se sente familiarizada.</p>
<p>ESPAÇO MULTIDIMENSIONAL</p> <p>Várias funções: proteger, educar, gerar etc. Profissional vê o ambiente de moradia do usuário.</p>	<p>ESPAÇO UNIDIMENSIONAL</p> <p>Única função: o de cuidar da saúde Usuário relata sobre seu ambiente de moradia</p>
<p>ROTINAS FLEXÍVEIS</p> <p>Não se pode estabelecer condutas prontas, como se fossem capazes de serem aplicadas independentemente dos aspectos específicos familiares”</p>	<p>ROTINAS RÍGIDAS</p> <p>O paciente é quem se desloca na busca de auxílio, submetendo-se a rotinas, regulamentos e dinâmicas destes locais que, de certa forma, tendem a uma padronização do atendimento</p>
<p>MAIOR AUTONOMIA PARA USUÁRIO E FAMÍLIA</p> <p>Possibilidade do paciente e a família manter maior controle sobre o processo de tomada de decisões relacionadas ao cuidado à saúde.</p>	<p>MENOR AUTONOMIA PARA USUÁRIO E FAMÍLIA</p> <p>Os cuidados pessoais prestados ao pacientes, internados obedecem também a um padrão de rotina pré-estabelecida, tanto na forma quanto na seqüência das atividades diárias (higienização, medicação, alimentação, etc.)</p>
<p>MAIOR FACILIDADE PARA FAZER O DIAGNÓSTICO</p> <p>É comum que o diagnóstico correto de algumas síndromes genéticas, exija o conhecimento das condições de vida e de moradia do paciente.</p>	<p>MENOR FACILIDADE PARA FAZER O DIAGNÓSTICO</p> <p>Tal situação exigirá, muitas vezes, que o profissional se desloque até o domicílio do doente.</p>

Quadro 1 – Comparação entre Assistência Domiciliar e Assistência Hospitalar

3.3. LEGISLAÇÃO

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi criada no governo Fernando Henrique Cardoso pela lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999, tendo como principal missão: "Proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso" (BRASIL, 1999b).

A ANVISA é um órgão regulador vinculado ao Ministério da Saúde no Brasil, responsável pelo controle sanitário de todos os produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, tais como medicamentos – nacionais ou importados – e alimentos, além de ser responsável pela aprovação, para posterior comercialização e produção no país, desses produtos. É uma autarquia sob regime especial, ou seja, uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira. A gestão da ANVISA é responsabilidade de uma Diretoria Colegiada, composta por cinco membros. Em conjunto com o Ministério das Relações Exteriores, controla os portos, aeroportos e fronteiras nos assuntos relacionados à vigilância sanitária.

Como uma das "missões" da ANVISA é garantir a segurança sanitária de produtos e serviços (público ou privado) e sendo a assistência domiciliar um serviço público de saúde prestado à população é necessário aprovação de um Regulamento Técnico, considerando a necessidade de propor os requisitos mínimos de segurança. A Diretoria Colegiada da ANVISA publicou, em 26 de janeiro de 2006, a aprovação do Regulamento Técnico para funcionamento de Serviços que prestam Assistência Domiciliar – Resolução da Diretoria Colegiada – RDC número 11 (cf. anexo 1) que entrou em vigor na data de sua publicação (BRASIL, 2006b).

3.4. O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

3.4.1. Implantação

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é uma instituição pública federal, criada pelo Ministério da Saúde em abril de 2006. O Serviço tem como objetivo, racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, diminuir as reinternações, manter o usuário integrado ao ambiente familiar e orientar a família quanto aos cuidados à saúde do idoso.

No Brasil, a transformação dos modos de organizar a atenção à saúde vem sendo considerada indispensável para a consolidação do SUS, e a crescente crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro tem estimulado o desenvolvimento de alternativas que contribuam para práticas assistenciais voltadas à desospitalização. (FEUERWERKER *et al.*, 2008).

O SAD surge, então, como extensão do hospital, um modelo de atenção domiciliar que contribui de forma importante para a produção da integralidade da atenção, do cuidado, do acolhimento, da escuta e da humanização tão preconizada pelo SUS. O SAD funciona em quatro hospitais federais da rede: Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Federal do Andaraí, Hospital Federal Cardoso Fontes e Hospital Federal da Lagoa. Todas as bases foram implantadas no período de um ano. A maior parte dos profissionais de saúde da equipe possui contrato temporário, renovável ou não, a cada dois anos, tendo seu processo de admissão realizado por entrevista e avaliação curricular, pelo Gestor do Serviço, que frequentemente é um profissional da Medicina ou da Enfermagem.

3.4.2. Operacionalização

Cada hospital (base) possui uma equipe com no mínimo, um a dois médicos, três enfermeiros, um assistente social, dois fisioterapeutas, um nutricionista, um psicólogo, um fonoaudiólogo, dois técnicos de enfermagem, totalizando 40 profissionais. Cada equipe presta assistência a usuários inscritos no programa e dentro das áreas adstritas dos hospitais referenciados (cf. anexo 2). Até o fechamento desta pesquisa, o SAD mantinha seiscentos e cinco usuários em acompanhamento distribuídos pelas quatro bases: Cardoso Fontes (130), Andaraí (180), Lagoa (90) e Bonsucesso (205). Para admissão no serviço e início da prestação da assistência é necessário encaminhamento do médico que acompanha o paciente no hospital, quando da alta do mesmo, que deverá estar internado em uma das unidades da rede hospitalar federal. Somente os casos advindos do próprio hospital é que serão passíveis de admissão, ou seja, usuários de hospitais municipais não poderão ser atendidos pelo SAD. No encaminhamento, devem constar detalhadamente as condições de saúde e doença do paciente, histórico, prescrições, exames e intercorrências. Embora esse encaminhamento seja feito pelo Hospital onde funciona o serviço de atenção domiciliar, a decisão a respeito da admissão desse usuário cabe ao Serviço de Atenção Domiciliar, ou seja, o Hospital encaminhar o paciente para o serviço de atenção domiciliar não significa que ele será admitido no serviço.

Após a equipe receber o encaminhamento médico do usuário, relatando a evolução do quadro clínico e possível diagnóstico, uma visita domiciliar é agendada por telefone, geralmente feita por dois profissionais da equipe de saúde para avaliar condições de higiene no domicílio, bem como acesso a carro e possível risco (violência) para a equipe. Observa-se também a dinâmica familiar em relação à disposição e possibilidade de assumir o cuidado em casa, ou seja, usuários residentes em domicílios que não possuem saneamento básico, não serão admitidos no programa. A frequência das visitas, caso seja inscrito no programa, varia com as necessidades de cada usuário: os usuários que apresentam importantes úlceras de decúbito necessitarão com maior frequência da presença do profissional da enfermagem, para realizar as condutas adequadas, orientando/capacitando o cuidador a realizar os curativos, até o seu retorno.

Os usuários chegam ao serviço, encaminhados pelas diversas unidades do hospital: enfermarias, ambulatórios e emergência. Se inscrito no programa, será aberto prontuário carbonado, ou seja, a cópia, com relato de todas as prescrições e atividades realizadas ao final de cada atendimento pelos profissionais da equipe, bem como telefones de contato do SAD, ficará a disposição do usuário e sua família no domicílio.

O Ministério da Saúde disponibiliza o serviço de transporte (que é terceirizado), para a realização das visitas domiciliares, porém, a utilização desse serviço é limitada aos profissionais, não sendo possível, o uso dos carros para remoção do paciente em situação de emergência no domicílio, ou para acompanhamento do usuário em consulta hospitalar (especializada), previamente agendada pelo cuidador. A orientação da equipe para a família, no caso de urgência ou emergência, é que ela sempre utilize o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ou através de meios próprios, recorra ao hospital de emergência mais próximo a residência.

Os médicos do serviço são clínicos gerais, e por conta dos agravos da doença, envolvendo algumas áreas específicas da saúde (neurológicas, cardiológicas, endócrinas, oncológicas e renais), a equipe orienta o usuário a manter as consultas agendadas pelo especialista que o acompanha no hospital de origem. Cada base (hospital) possui de quatro a seis carros, dependendo do quantitativo de profissionais e demanda da área adscrita.

O serviço assegura a referência para o atendimento ambulatorial, fornecendo também, medicamentos e insumos (fraldas, gazes, luvas, ataduras, coletor urinário etc.). Usuários e cuidadores recebem orientações verbais e escritas, em linguagem clara sobre a assistência a ser prestada desde a admissão até a alta que poderá ser realizada por óbito, falta de adesão ou reinternação. A alta por falta de adesão acontece por conta do cuidador não seguir corretamente as orientações dadas pelos profissionais, dificultando a evolução positiva do quadro clínico; ex. se os curativos das úlceras de decúbito, não forem realizados pelo cuidado, conforme orientação da enfermagem, a mesma tem autonomia para dar alta por falta de adesão. A alta por reinternação é dada quando há complicação do quadro clínico do usuário no domicílio, havendo necessidade de retornar ao hospital. O usuário, então, recebe alta, e quando houver estabilização do quadro, e alta hospitalar, outra visita da equipe é realizada e o usuário reinserido no programa.

A equipe multiprofissional visa propiciar que os vários profissionais, em suas respectivas áreas de conhecimento e diferentes propostas de trabalho e atuação, possam agir em conjunto, sem estabelecimento de hierarquia. As ações da equipe de saúde são preparadas e executadas de forma organizada e integrada, baseadas na ética comum a todos, em benefício do paciente. As visitas domiciliares podem ser realizadas com até dois profissionais de áreas distintas, por ocasião da necessidade de orientação e interação das duas áreas na evolução do quadro clínico, por exemplo, fonoaudiologia e fisioterapia atuam conjuntamente na definição de métodos e técnicas para melhoria da evolução clínica do usuário.

Todas as bases possuem um(a) responsável técnico de nível superior, geralmente, um profissional da enfermagem, que poderá atuar tanto na gestão quanto na assistência. Esse “cargo” é considerado flutuante, e dependerá, em muitos casos, da flexibilidade e interação desse profissional na equipe. O Serviço possui um coordenador Geral (gestor), da área médica ou da enfermagem, responsável por todas as bases. Bimestralmente, há reunião de cada categoria em separado, para discussão de protocolos, casos clínicos, indicadores etc. e mensalmente há reunião de todas as categorias, em cada base, para discussão e reavaliação de cada usuário, quanto a possível alta, demandas da família, falta de adesão etc.

A equipe atua interdisciplinarmente, e tudo é realizado com as considerações dos profissionais, portanto o trabalho é sempre pautado na escuta e na integralidade das ações, pois entendemos que dessa forma, a contribuição para a melhoria nas ações de atenção à saúde, acontece de forma mais sistêmica e menos linear.

3.4.3. A Fisioterapia no Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Cardoso Fontes

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Hospital Federal Cardoso Fontes teve início em junho de 2006, com o propósito de, a princípio, realizar apenas atendimentos os idosos com doenças crônicas. Com o sucesso da implantação do Serviço, que objetiva diminuir as reinternações, disponibilizando assim, mais leitos hospitalares, e devido à grande demanda de usuários com doenças crônicas, com

idade inferior a 60 anos, houve necessidade então, do Serviço diminuir a faixa etária, passando a inserir usuários acima de 18 anos, para o atendimento domiciliar.

Atualmente, o SAD presta atendimento a trinta bairros de Jacarepaguá, totalizando até o momento da pesquisa, cento e vinte usuários entre adultos e idosos apenas no Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Federal Cardoso Fontes. A equipe de Jacarepaguá é composta por dois médicos, três enfermeiros, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, uma assistente social, uma nutricionista, dois técnicos de enfermagem e quatro motoristas. O profissional Fisioterapeuta do SAD, além de tratar, orientar e elaborar plano terapêutico referente aos exercícios realizados no domicílio participa de todo processo de avaliação, inserção, tratamento e alta desse usuário. O profissional fisioterapeuta não atua apenas como um agente de saúde, possuindo outras atribuições (administrativas) na instituição.

O processo de trabalho do profissional fisioterapeuta no SAD tem início na pré-admissão desses usuários ao serviço, ou seja: o profissional recebe do familiar ou pessoa que cuida do usuário, o encaminhamento do médico que assiste aquele usuário. É gerada então, uma ficha de avaliação domiciliar, e é solicitado ao familiar ou cuidador que aguarde em casa ligação telefônica, agendando visita de um profissional da equipe. Agendada a visita, o profissional irá até o domicílio e fará uma prévia avaliação do local, relatando na ficha se há ou não possibilidade de eleger esse paciente para o serviço, levando-se em conta principalmente se o domicílio possui saneamento básico e se o local é área de constantes conflitos entre policiais e traficantes.

O profissional então retornará a base e discutirá com a equipe, se o usuário será eleito ou não. Quase 80% dos usuários de todos os hospitais federais da rede, que são assistidos pelo SAD, residem em comunidades, com situação social grave, onde imperam a pobreza, a miséria, a doença e conseqüentemente a violência. Portanto, domicílios que não possuem saneamento básico e condições mínimas de higiene e que estejam localizados em áreas de violência extrema, onde o tráfico se mostra todo tempo com forte armamento, trazendo risco à equipe, não serão admitidos no serviço. Outras funções do fisioterapeuta na equipe:

- apresentar caso clínico, discutir e emitir parecer nas reuniões multidisciplinares;
- encaminhar, orientar e acompanhar o acesso do usuário, a um serviço especializado de fisioterapia, necessário a continuidade de seu tratamento, após alta do programa;
- prestar atendimento à família, visando o acolhimento;
- descrever e organizar indicadores;
- realizar avaliação cinético-funcional;
- realizar exercícios físicos, orientando a família quanto aos cuidados básicos que o usuário necessita.

Considerando que o trabalho em equipe possibilita a articulação dos diversos saberes, o trabalho da Fisioterapia no contexto da atenção domiciliar, este intimamente relacionado à dos outros profissionais da equipe, com os quais discute condutas, planejamentos e resultados de sua ação, contribuindo para alcançar o objetivo da equipe que é a melhoria da qualidade de vida tanto do usuário quanto de seu cuidador.

O desenvolvimento da Fisioterapia, aliado às mudanças na educação e na saúde, faz com que a autonomia e os dilemas éticos do fisioterapeuta sejam maiores a cada dia, expandindo seu papel no cuidado ao usuário e a sua família.

4. O CUIDADOR

4.1. QUEM É O CUIDADOR?

Segundo a literatura gerontológica, os cuidadores são caracterizados de várias formas, sendo classificados de acordo com o vínculo entre cuidador e usuário, tipo de cuidados prestados e frequência desses cuidados. Alguns autores dão ênfase à distinção entre cuidador primário e secundário, considerando a frequência dos cuidados e o grau de envolvimento, caracterizando o cuidador primário, como aquele que tem a principal, total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados no domicílio, e o secundário como aquele que presta atividades complementares às do cuidador primário (LEMOS *et al.*, 2006).

O cuidador é alguém essencial para a melhoria da qualidade de vida do idoso que apresenta um grau maior ou menor de dependência, podendo ser formal (profissional) ou informal (familiar ou não) (BRASIL, 2008b), sendo classificado da seguinte maneira:

- **Cuidador formal (remunerado):** é uma pessoa que recebe treinamento específico para a função e mantém vínculos profissionais para exercer a atividade de cuidar, mediante remuneração.
- **Cuidador informal (não remunerado):** é uma pessoa que, tendo relação familiar, de amizade ou vizinhança, se encarrega ou assume os cuidados de um idoso dependente dentro do domicílio.

O cuidador (formal) de idosos é uma ocupação reconhecida pelo Ministério de Trabalho e Emprego desde o ano 2001 com todos os direitos de um trabalhador domiciliar, tendo inclusive essa categoria um código de número 5162-10 (BRASIL, 2007). Prestam cuidados no domicílio com remuneração e poder decisório reduzido cumprindo tarefas delegadas pela família ou pelos profissionais de saúde que orientam o cuidado. São profissionais capacitados para o cuidado, contribuindo de forma significativa para a saúde das pessoas cuidadas. Esses cuidadores têm em geral, formação de auxiliar ou técnico de enfermagem, com formação orientada para o cuidado em saúde dos portadores de patologia física ou mental, em função do atendimento de necessidades específicas.

Já o cuidador informal, geralmente lida com a perspectiva de um maior isolamento social, falta de tempo para si próprio e para o contato com a família e amigos, possíveis interrupções na carreira profissional, gastos excessivos e principalmente falta de tempo para lazer. O cuidador de idosos dependentes é aquele que põe a necessidade do outro em primeiro lugar, e devido às várias e diferentes necessidades desse outro, ou seja, do idoso, esquece de si mesmo, porque o cuidado diário e constante com o idoso toma praticamente todo o seu tempo, as suas forças e o seu lazer.

A função do cuidador, seja um profissional qualificado ou um simples voluntário que nunca teve qualquer tipo de formação, é um “cargo” que demanda muita disposição, paciência, atenção e capacidade de entendimento por parte de quem presta o serviço. A capacitação, o conhecimento e o treinamento são importantes no trabalho do cuidador. As várias funções do cuidador envolvem o acompanhamento nas atividades diárias como alimentação, higiene pessoal, vestuário quando o idoso for dependente, prevenção de quedas e acidentes domésticos, a promoção do bem-estar do idoso, o acompanhamento aos compromissos como médicos, dentistas, fisioterapia, igreja, visitas, banco, etc. e a estimulação da autonomia e da independência do idoso.

Saliba *et al.* (2007) destacam que as mudanças ocorridas na terceira idade levam o idoso, em muitos casos, a necessitar de alguém para auxiliá-lo e quando a capacitação não é fornecida ao profissional, resulta em desgaste tanto para o ser cuidado, quanto para o cuidador. E ainda enfatiza que quem cuida, trabalha pelos interesses de alguém e preocupa-se com este alguém.

O cuidador deve ser uma pessoa de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor ao ser humano, de solidariedade e de doação. Seus préstimos têm sempre um cunho de ajuda e apoio, com relações afetivas e compromissos positivos. Quando o cuidador for formal, ou profissional, deverá ter facilidade de trabalhar em equipe, saber lidar com as limitações e dificuldades do idoso dependente. Deve acreditar na importância do seu trabalho, ter capacidade para atividades lúdicas como dançar, contar histórias, inventar jogos, ter capacidade para suportar perdas e a vivência da morte, manter a capacidade e o preparo físico, emocional e espiritual; demonstrar educação, boas – maneiras e discrição, obedecer às normas e conduzir-se com moralidade.

Os cuidadores informais, objeto deste estudo, são os familiares, amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos e outras pessoas da comunidade. São voluntários que se dispõem, sem formação específica, a cuidar de idosos, sendo que a disponibilidade e boa vontade são fatores preponderantes.

4.2. O QUE É CUIDAR?

A palavra *cuidado* tem sido empregada em diversas situações e com diferentes sentidos. O “cuidado” inspira a existência de sentimento, mas também diz respeito à produção de bens e serviços. Não importa o quanto se gosta da pessoa de quem se cuida, não importa o quanto se quer dar o melhor de si, o papel de quem cuida será sempre uma tarefa trabalhosa. Para que se possa entender melhor as questões aqui abordadas e, especialmente o papel do cuidador, faz-se necessário conceituar o cuidado. Pode-se encontrar os seguintes significados para a palavra cuidado: “Atenção, precaução, cautela, diligência, desvelo, zelo, encargo, responsabilidade” (MATTOS, 2005). Para uma reflexão mais aprofundada acerca do significado da palavra cuidado, cabe recorrer à definição de Boff (1999), na qual ele enfatiza: “O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo” (PÁG. 91). Ainda segundo o autor, representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Analisando as afirmações de Boff, pode-se entender o “cuidado” como sendo algo inerente ao ser humano e, justamente aquilo que o diferencia de outros seres fazendo-o verdadeiramente humano. Para o autor, cuidar representa uma atitude, uma forma de ser na qual um ser humano preocupa-se com o outro, dando-lhe atenção, ocupando-se do outro e preocupando-se com o outro.

Refletindo sobre a amplitude da palavra cuidado e o seu significado, Boff esclarece:

O sentido de cogitare – cogitatus é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida.

E ele assim conclui: “Cuidado significa então desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato” (pág. 91) Para o autor, então, cuidado inclui duas significações básicas, ou seja, além de significar solicitude e atenção para com o outro, também significa preocupação, pois a pessoa que tem cuidado tem um envolvimento afetivo com o outro e, portanto, preocupa-se com ele.

O autor vai mais além e afirma que apesar do cuidado sempre ter feito parte da natureza humana, investigar aspectos que permeiam o processo de cuidar no contexto da saúde, envolve muito mais do que simplesmente o ato de cuidar, habilidade técnica e/ou conhecimento científico para o desenvolvimento da assistência.

Refletindo sobre as afirmações do autor, podemos entender então, que o cuidado pode significar uma forma de existir e conviver, ou seja, relacionar-se com todas as coisas que existem no mundo, sendo, então, a nossa atitude perante o mundo. Essas reflexões, expostas no texto, a respeito do conceito de cuidado levam-nos ao entendimento do cuidado na esfera humana e social, abrangendo todas as áreas de conhecimento. E por estar inserido em todas as áreas, não poderia ou não deveria ser “exclusividade” desta ou daquela área de conhecimento

O ato de cuidar, não representa apenas a realização de tarefas, mas também um envolvimento mais amplo do familiar, que inclui conhecimento mínimo sobre as condições da patologia e sobre o que muda para ambos em decorrência do adoecimento. E estes conhecimentos, esta aprendizagem não se dão de um dia para o outro, eles se constroem aos poucos e com mais facilidade se puder contar com a ajuda dos profissionais da saúde.

4.3. O CUIDADOR E A EQUIPE DE SAÚDE

Geralmente, o cuidador designado para o cuidado com o idoso, é uma pessoa leiga, que na grande maioria das vezes assume funções para as quais, não está preparada. É muito importante, portanto, que a equipe tenha sensibilidade ao lidar com os cuidadores. O MS lançou a primeira edição do Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2008b), com o objetivo de orientar as famílias, quanto aos cuidados básicos necessários ao usuário que é cuidado, afirmado ainda ser muito importante ajudar as pessoas oferecendo informação. As pessoas que possuem informações estão mais bem preparadas para controlar a situação em que se encontram.

O ato de cuidar não deve caracterizar o cuidador como um profissional da saúde, portanto o cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro e colocação de sondas etc.

O cuidador é entendido pela equipe, como um parceiro, uma pessoa que se empenha e se dedica integralmente aos cuidados de alguém, devendo ser respeitado em suas limitações nesse processo e também devidamente acolhidas pela equipe nas suas dificuldades.

As atividades que o cuidador deverá realizar devem ser planejadas junto aos profissionais de saúde e familiares. Nesse planejamento deve ficar claro para todas as atividades que o cuidador poderá e deverá desempenhar. A equipe deverá escrever as rotinas e definir quem se responsabilizará pelas tarefas. A equipe deverá deixar muito claro ao cuidador, que procedimentos ele não deverá e não poderá fazer e como reconhecer sinais e sintomas de perigo. Todas as ações serão planejadas e executadas de acordo com as necessidades da pessoa a ser cuidada e dos conhecimentos e disponibilidade do cuidador. Essa parceria, considerada fundamental, entre os profissionais de saúde e os cuidadores, deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, evitando assim, na medida do possível, reinternação hospitalar, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento.

4.4. DEMANDAS NO PROCESSO DE CUIDAR DO IDOSO DEPENDENTE NO DOMICÍLIO

São vários os desafios apresentados no cotidiano de quem cuida de um idoso dependente; dificuldade para lidar com os quadros de agitação e de agressividade da pessoa cuidada, principalmente à noite, quando há alteração nos hábitos de sono e repouso; os esquecimentos; a repetitividade; a teimosia e as solicitações constantes e comportamentos incomuns, como por exemplo, despir-se (CARVALHO, 2003).

Todas as atividades que necessitam de espaço físico para serem realizadas são geralmente as que causam maior dificuldade para o cuidador, porque para cuidar de um idoso dependente, é necessário ter condições físicas, espaço adequado e equipamentos que auxiliem nas tarefas. A cadeira higiênica, por exemplo, é necessária para locomoção do idoso até o banheiro para realização da higienização, mas como a maioria dos cuidadores apresenta algum comprometimento muscular ou articular, muitas vezes devido à idade avançada, a higiene acaba sendo realizada no próprio leito. Outras dificuldades relatadas pelos cuidadores no domicílio são: a falta de transporte adequado, quando há necessidade de consulta com especialista no hospital de origem; resistência do idoso aos cuidados, o ambiente inadequado, a falta de conhecimento para prestar os cuidados, distinguir entre uma necessidade orgânica e uma necessidade emocional (quando o paciente não verbaliza).

SANTOS (2003) descreve ainda que haja outros problemas decorrentes do ato de cuidar, como o estresse secundário à atividade do cuidado, a sobrecarga provocada pelo exercício da função de cuidador e a prevalência de depressão, ocasionando alterações na qualidade de vida e/ou do bem estar físico, psicológico e social. Pode-se afirmar então, que cuidar de um idoso dependente não se restringe apenas a ter cuidados com sua saúde. As inúmeras atividades domésticas como cuidar da casa, fazer comida, lavar e passar roupa, levar os netos à escola/creche, ir à farmácia, ao mercado ou banco, também fazem parte da vida dos cuidadores, gerando algum tipo de estresse. Atividades como limpeza e organização da casa, são importantes e necessárias para que o ambiente domiciliar mantenha-se limpo e em ordem proporcionando ao idoso melhor condição de ser cuidado. Para os

cuidadores que não possuem auxílio para divisão de tarefas, essa é uma realidade cruel e pesada. Quem cuida está exposto a uma série de fatores estressantes como o peso das tarefas e das doenças advindas das exigências do trabalho e das características do idoso. Associado a tudo isso, falta informação, apoio físico, psicológico e financeiro para enfrentar a rotina. Para Scazufca (2001), as dificuldades e/ou impossibilidades dos usuários em executar atividades da vida diária, podem causar problemas na casa e estresse nos familiares, por isso tem sido apontados como geradoras do sentimento de sobrecarga nos cuidadores.

Dificuldades financeiras, o cuidado prolongado, isolamento social, medo de adoecer (e também precisar de cuidados), são também fatores importantes, referidos pelos cuidadores, que estão fortemente associados à sobrecarga física e mental no processo de cuidar de idosos dependentes. Dar banho ou fazer a higienização (troca de fraldas) e vestir o idoso representa ônus importante para o cuidador, visto que a falta de cooperação e as alterações de comportamento, aumentam nessas situações, gerando muita angústia para o cuidador.

O cuidado prestado pelo cuidador informal é marcado pelo despreparo psicológico e emocional que pode gerar, em várias ocasiões, conflito, insatisfação, insegurança e sensação de desespero (CONSTENARO, 2001). O cuidador informal sofre, se fere, perde, se entrega e se desgasta, ocorrendo à desestruturação de sua vida (ZIMERMAM, 2000). Nesse sentido, o cuidar de um idoso dependente exige muito mais que tempo, carinho, disponibilidade, abnegação de “uma outra vida” (SENA, 2000).

5. METODOLOGIA

5.1. TIPO E LOCAL DO ESTUDO

Este trabalho de pesquisa trata-se de um estudo de campo quantitativo (LAKATOS & MARCONI, 2001) que foi desenvolvido no Hospital Federal Cardoso Fontes, no contexto do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), situado no bairro de Jacarepaguá, no Rio de Janeiro. Esse hospital está localizado na Área Programática (AP) 4.0. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) foi inserido à rotina do Hospital Cardoso Fontes em 2006, e é composto por uma equipe multiprofissional que assiste a usuários advindos de dois setores do referido hospital; enfermarias e ambulatórios.

5.2. POPULAÇÃO DA PESQUISA

A amostra, do tipo intencional, foi constituída de 20 cuidadores informais que expressaram evidências biopsicossociais dos efeitos deletérios decorrentes do desempenho do papel de cuidar de idosos acometidos por patologias que gerem dependência parcial ou total. Os critérios de inclusão para este estudo foram: o cuidador ser informal, ou seja, não remunerado, ter acima de dezoito anos, estar exercendo o papel de cuidador por no mínimo seis meses, ser o responsável direto (cuidador principal) pelos cuidados ao idoso e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos do estudo, todos aqueles que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todos os cuidadores secundários. As entrevistas individuais foram realizadas nos domicílios dos entrevistados, em condições adequadas de comodidade e privacidade, proporcionando a espontaneidade necessária. Essa modalidade de coleta de dados permitiu que o pesquisador estivesse presente no momento da entrevista e que o sujeito da pesquisa tivesse a possibilidade de responder aos questionamentos com liberdade, enriquecendo a investigação (LAKATOS & MARCONI, 2001). O instrumento foi lido pelo entrevistador, para todos os participantes, a fim de contornar problemas de analfabetismo e baixa escolaridade.

5.3. INSTRUMENTOS

Pesquisa de natureza quantitativa desenvolvida no período de março a novembro de 2010, e teve como instrumentos para coleta de dados:

- Índice de Katz, instrumento que avaliou o nível de dependência nas Atividades Básicas da Vida Diária – ABVD – do idoso (cf. anexo 3);
- Roteiro de entrevista semiestruturada contendo dados sociodemográficos e de saúde do cuidador e do idoso e quatro questões abertas quanto aos possíveis fatores que influenciaram na sobrecarga física e mental desses cuidadores, atividades desenvolvidas no cotidiano, dificuldades no processo de cuidar e percepção desses cuidadores a respeito de seu papel (cf. apêndice 1);
- Escala de Burden Interview (versão brasileira) que avaliou sobrecarga em cuidadores informais de idosos com limitações físicas e/ou cognitivas (cf. anexo 4).

O Índice Katz foi respondido pelo cuidador, quando da impossibilidade do usuário responder (não se comunica verbalmente nem gestualmente). Possui seis itens, contendo três valores:

0 = independência, 1 = dependência parcial e 2 = dependência total, que somados individualmente classificam o usuário em independente ou dependente, sendo considerados independentes nas ABVD's, os sujeitos com pontuação igual ou inferior a sete pontos, e dependentes aqueles com escore acima de sete pontos.

O questionário, elaborado especialmente para esse estudo, avaliou as condições sociodemográficas e de saúde do cuidador e do idoso, como escolaridade, sexo, idade, e o tempo de cuidado que esse cuidador dedica a esse idoso. Tão como quatro questões abertas com informações quanto aos possíveis fatores que influenciaram na sobrecarga física e mental desses cuidadores, atividades desenvolvidas no domicílio que não as de cuidar do idoso, dificuldades no processo de cuidar do idoso, e percepção desses cuidadores a respeito de seu papel.

A Escala Burden Interview avaliou a sobrecarga de cuidados a que o cuidador é exposto. Contendo vinte e um itens, que refletiram áreas como saúde, vida social e pessoal, situação financeira, bem-estar emocional e interpessoal, essa escala foi construída para ser autoaplicável, porém pode ser aplicada pelo entrevistador. Neste caso, o entrevistador leu em voz alta cada item e solicitou ao entrevistado a resposta correta, assinalando ele próprio a lacuna. Cada item dessa escala é pontuada de 0 a 4, sendo : 0 - nunca; 1- raramente; 2- às vezes; 3 - frequentemente; 4 - sempre. O último item da escala possui os mesmos escores 0 e 4, mas com respostas diferentes dos itens anteriores, sendo : 0 - nenhum pouco; 1- um pouco; 2 - moderadamente; 3 - muito 4 - extremamente. Os itens foram avaliados, e o escore total da escala foi obtido somando todos os itens que variou de 0 - 88. Quanto maior o escore total, maior a carga. O instrumento foi lido pelo entrevistador, para todos os participantes, a fim de contornar problemas de analfabetismo e baixa escolaridade.

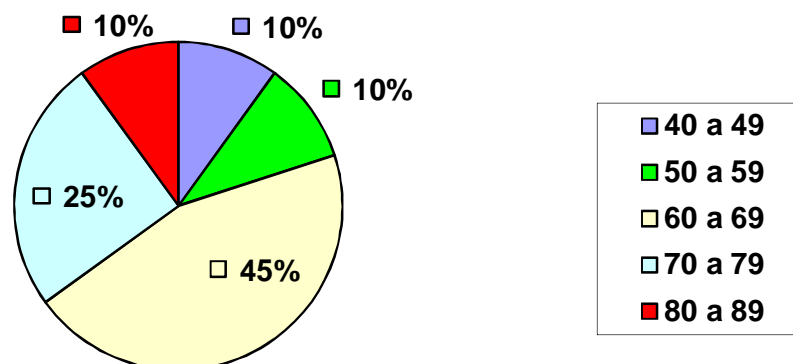
5.4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estácio de Sá, em 28.02.11 com protocolo aprovado em 01.04.2011, conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 0285.0.000.308-11, baseado na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas diretrizes reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Após o convite verbal, os entrevistados foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, à autonomia individual, à privacidade, à confidencialidade das informações e que os resultados seriam utilizados exclusivamente para fins científicos. Após todos os esclarecimentos, concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – cf. apêndice 2.

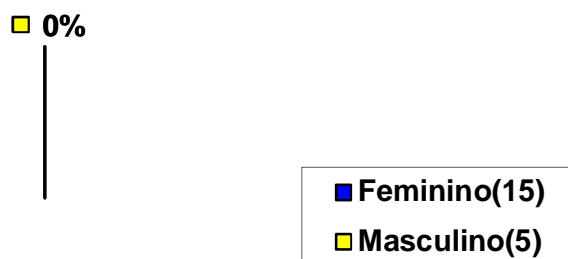
6. RESULTADOS / DISCUSSÃO

Inicialmente apresentamos dados referentes à caracterização dos cuidadores informais segundo idade, gênero, parentesco, escolaridade, tempo de cuidado prestado, estado de saúde e nível de sobrecarga avaliado segundo os escores apresentados. Ainda fazendo referência aos cuidadores informais, apresentamos dados referentes às possíveis causas do desenvolvimento de sobrecarga física e mental desses cuidadores e percepção do seu papel. Quanto ao idoso dependente, os dados sociodemográficos e de saúde, e o grau de dependência também serão discutidos e apresentados.

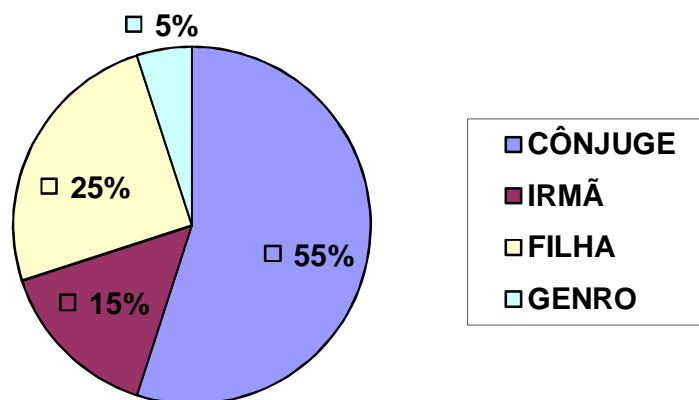
Segundo Carvalho Filho (2005), o envelhecer é aquele período da vida que sucede a fase de maturidade, caracterizado por declínio das funções orgânicas que acarreta maior suscetibilidade ao surgimento de doenças, levando o idoso à óbito. Essa diminuição da capacidade funcional é linear, em função do tempo, fazendo o indivíduo perder progressivamente sua capacidade (física e/ou cognitiva), havendo necessidade de adaptação a uma nova realidade. O Brasil atualmente, talvez em decorrência do engessamento do sistema de saúde pública, não se encontra preparado para fornecer o suporte necessário a essa demanda. E os resultados que os gráficos nos apontam são alarmantes, necessitando de ação imediata para essa demanda que é crescente.

GRÁFICO 1 – Dados referentes à idade dos cuidadores :

Quanto à idade dos cuidadores, esse estudo encontrou idosos cuidando de idosos, ou seja, dos vinte cuidadores pesquisados, dezesseis possuíam idades acima de 60 anos, similar ao estudo de Karsch (2003), que em sua pesquisa com 102 cuidadores, observou que 41% deles tinham mais de sessenta anos de idade. Nesse contexto, cuidadores idosos, são sempre maioria, pelo fato dos cuidados prestados serem, na maioria das vezes, realizados por suas esposas, que possuem idades igual ou ainda superior a dos maridos. Uma série de fatores favorecem esse resultado: o “abandono” dos filhos, que se casam ou simplesmente optam por não participarem mais da vida dos pais, não auxiliando nem financeiramente e nem presencialmente; a dificuldade financeira em contratar alguém para auxiliar nos cuidados, a falta de informação dos dois a cerca dos direitos do idoso. Idosos que cuidam de idosos, atualmente é um problema social crescente e de difícil solução se não houver união de forças entre os governos estadual, federal e municipal. Esses dados e vários achados semelhantes de outros pesquisadores sinalizam que, após alta hospitalar, devam-se priorizar programas de suporte domiciliar que estejam voltados para o binômio usuário - cuidador, e que os programas de saúde pública, reconhecendo esse binômio, não omitam atenção à saúde dos cuidadores.

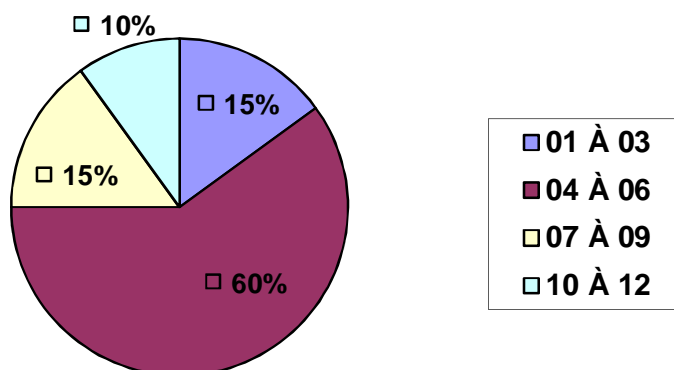
GRÁFICO 2 – Dados referentes ao gênero dos cuidadores

No presente estudo, em que nossas preocupações estão voltadas para os cuidadores informais primários de idosos dependentes, evidenciou-se uma maioria feminina (75%), concordando com a pesquisa de Baillie e col. (1988). Essa maioria feminina pode estar diretamente ligada, ao fato de culturalmente a mulher ser a pessoa, que pelo instinto maternal, lhe confirmam os encargos do cuidar, pelo fato de ter cuidado dos filhos e da família de uma maneira geral, conforme afirma Karsch (1998). Nesse estudo, os domicílios visitados eram pertencentes a maioria feminina, sobrinhas, netas, filhas e principalmente esposas, que se não cuidavam diretamente do idoso dependente, proviam financeiramente o lar, através da sua força de trabalho para auxiliar diretamente na alimentação e compra de insumos. Este resultado também pode ser atribuído ao fato de serem os familiares do sexo feminino, tais como filhas e esposas que assumem os cuidados. O papel da mulher no cuidado, remonta aos primórdios da humanidade, tendo sua participação em número sempre maior em relação ao sexo masculino.

GRÁFICO 3 - Dados referentes ao grau de parentesco

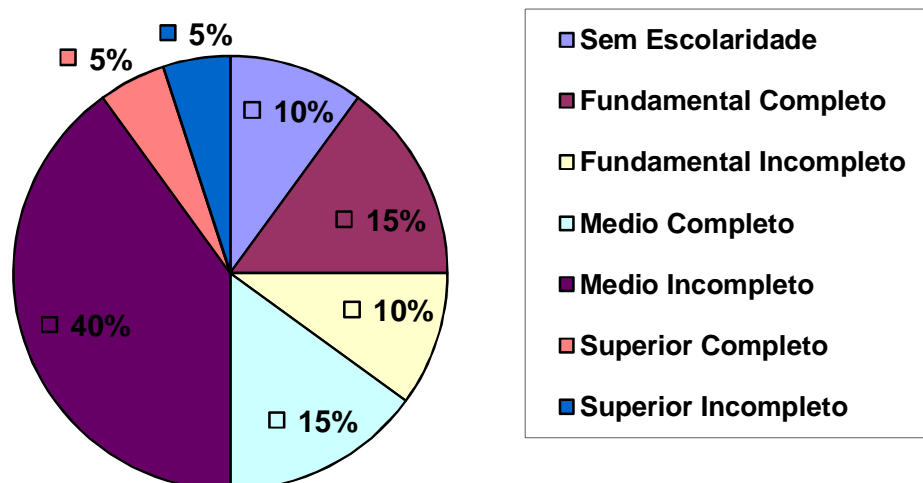
Quanto ao grau de parentesco, o sexo feminino ainda é maioria, reafirmando que, segundo Neri (1995), em todo mundo, a família é a principal fonte de apoio e de cuidado a idosos. Karsch (2003) pesquisou 102 cuidadores e constatou que 92,9% eram do sexo feminino, a maioria esposas (44,1%) seguidas das filhas (31,3%). Segundo a pesquisa de Yuaso (2002), com 56 cuidadores de idosos, concluiu-se que 84% dos cuidadores eram do sexo feminino; 38% dos cuidadores eram filhas e 34% eram esposas. Wanderbroocke (2002), em seu estudo com 91 cuidadores de pacientes idosos com câncer, encontrou 84,6% de cuidadores do sexo feminino, sendo 43% filhas e 23,3% esposas. Tendo como base os dados apresentados pelos pesquisadores que referem ser os parentes os principais cuidadores domiciliários de idosos, podemos concluir que a maioria dos cuidadores são informais; informação que tem relação direta com essa pesquisa, pois 100% dos cuidadores são informais. Com esses dados pode-se afirmar então, que os cuidados oriundos de redes informais de apoio, constituem a mais importante fonte de suporte a idosos, e por isso precisam ser estudados e amparados.

GRÁFICO 4 – Dados referentes ao tempo de duração dos cuidados prestados ao idoso pelo cuidador:

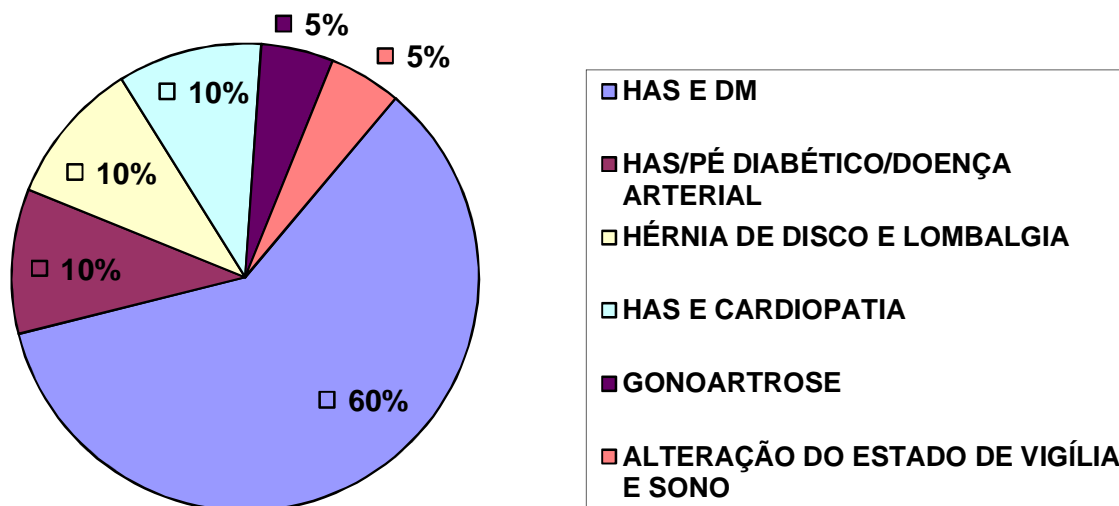


O tempo de duração dos cuidados prestados foi identificado de no mínimo um e o máximo treze anos, ratificando os dados de pesquisas anteriores (WANDERBROOKE, 2002; KARSCH, 2003), onde os autores referidos relatam que cuidar de um idoso em tempo prolongado exige exposição constante dos cuidadores a riscos de adoecimento, pois aqueles que são cuidadores únicos, ou seja, não possuem auxílio de outra pessoa, assumem total responsabilidade e por isso estão sempre sobrecarregados. Os dados a cerca do “prolongado” tempo referente aos cuidados prestados ao idoso dependente possuem estrita relação com o elemento gerador de tensão no grupo pesquisado. Cuidar de alguém significa dar atenção, dar assistência, dar carinho, abdicar-se, envolver-se e isso demanda tempo e dedicação somados a um amor incondicional. Quando o tempo de cuidado se prolonga, mesmo aquele cuidador mais dedicado, entra em estresse por conta da fadiga física e mental que é envolvido. O esgotamento é fato, e devido a ele, pode haver inclusive adoecimento com utilização de medicamento. O dia-a-dia do cuidar constante sem perspectiva de melhora, traz um grande desalento e desânimo por parte de quem cuida podendo levar até a depressão.

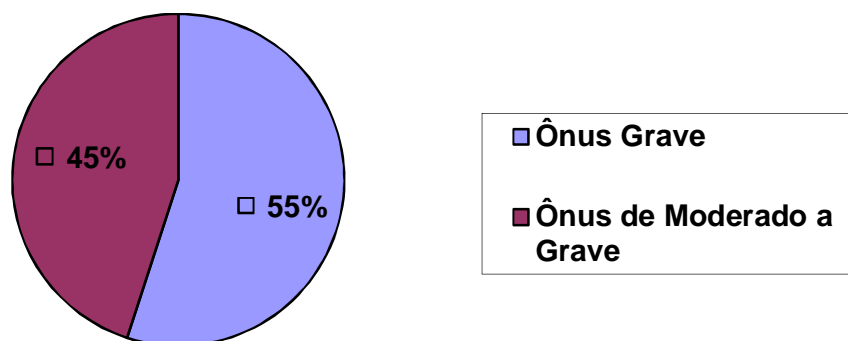
GRÁFICO 5 - Dados referentes à escolaridade do cuidador :



O nível de escolaridade dos cuidadores foi considerado baixo, sendo tais dados semelhantes aos obtidos por outros autores (GARRIDO, 2004; CALDEIRA, 2004), sendo o principal motivo da não conclusão dos estudos, a necessidade de ajudar nas despesas da família, tendo a maioria que trabalhar muito cedo abandonando os bancos escolares. Quase metade (40%) dos cuidadores, possuem apenas nível médio incompleto. Perguntados sobre a vontade de ter dado continuidade aos estudos, a maioria afirmou ter arrependimento pela não conclusão dos estudos, mas a necessidade de ajudar em casa e a falta de estímulo dos pais foram predominantes. Hoje, esses mesmos cuidadores que foram desestimulados por seus pais, fazem o contrário com seus filhos, estimulam os mesmos a darem continuidade aos estudos, mesmo que cursos técnicos, para melhorarem o orçamento da família, uma vez que a maioria ainda reside com os pais. Perlini (2000) aponta que o baixo nível de escolaridade pode contribuir para o surgimento da doença, pois isso, somado a fatores socioeconômicos e culturais, pode dificultar a conscientização para as necessidades de cuidado com a saúde ao longo da vida.

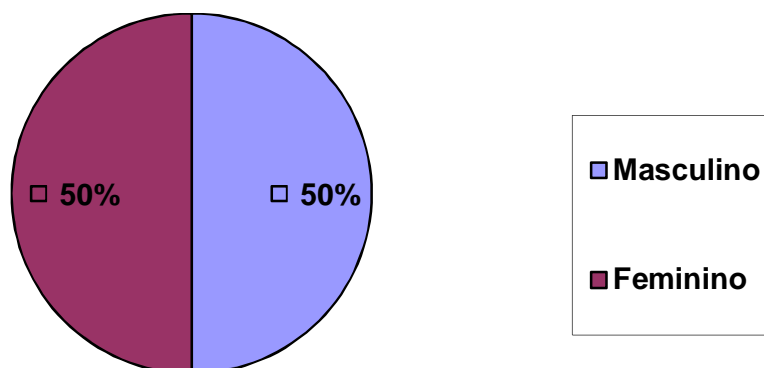
GRÁFICO 6 – Dados referentes ao estado de saúde dos cuidadores :

Com relação ao estado de saúde dos cuidadores anterior à sua inserção na provisão de cuidados, a maioria já apresentava alterações que, de certa forma, já contra indicava essa “atividade”, até mesmo por conta da idade avançada. O estado de saúde dos cuidadores é um dado importante e preocupante, uma vez que a maioria por ser idosa, também possui doença crônica que com o decorrer do tempo foi se agravando por conta da falta de tempo para cuidar de si, devido aos diversos afazeres no domicílio associado aos cuidados com o idoso. Os dados apresentados evidenciaram que dos vinte cuidadores pesquisados apenas um, que estava na menor faixa etária (49 anos), não possuía problemas de saúde, porém utilizava tranquilizantes para dormir. Alguns problemas de saúde são diretamente associados pelo cuidador ao fato de prestar cuidados, à semelhança dos estudos de Bocchi (2004), que relacionam o cansaço, a perda de peso e outras alterações na saúde como conseqüências do cuidar. Segundo a Organização Mundial de Saúde, teremos em 2025, um grande número de pessoas portadoras de doenças crônicas, que hoje são possivelmente, filhos e netos (cuidadores ou não) desses idosos dependentes, que não realizam os devidos cuidados com a própria saúde e que futuramente estarão nas mesmas condições de seus pais ou avós, engessando ainda mais o sistema único de saúde.

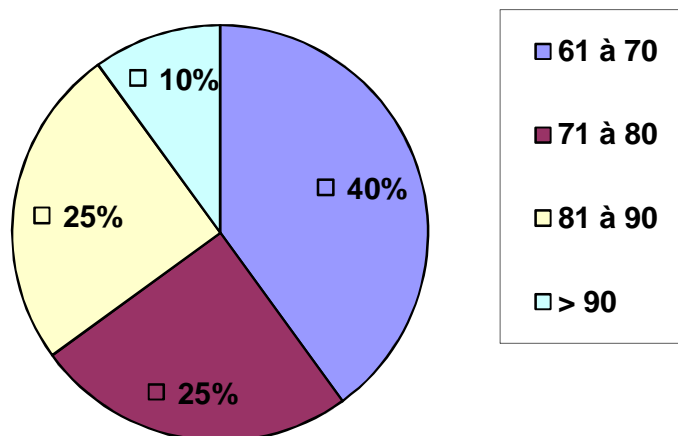
GRÁFICO 7 – Dados sobre os escores referentes a sobrecarga do cuidador

Quanto ao nível de sobrecarga dos cuidadores foi observado que existe uma relação direta entre o grau de dependência dos idosos e os níveis de sobrecarga apresentados pelos cuidadores, pois quanto maior a dependência, maior é a sobrecarga, corroborando com os estudos de Ricarte (2009). Dentre os vários fatores de influência para o desenvolvimento de sobrecarga que foram citados pelos CI, foram destacados os principais e comuns em quase todas as falas: o prolongado tempo de cuidado; a falta de tempo para cuidar de si; o medo de adoecer e também precisar de cuidados e não ter com quem dividir os cuidados. O tempo de cuidado prestado ao idoso, este intimamente ligado ao fator de maior estresse entre os cuidadores, pois foi à principal queixa dos mesmos. Como a maioria dos cuidadores é do sexo feminino e casada, somam-se às suas atividades de cuidar, as atividades domésticas, os papéis de mãe, esposa e avó, dentre várias outras, gerando acúmulo de trabalho em casa e uma sobrecarga nos diferentes setores de sua vida (social, físico, emocional), contribuindo para que o autocuidado seja prejudicado e conseqüentemente comprometido em sua saúde global (MORAES E SILVA, 2009). Segundo os resultados, mais da metade (55%), apresentou ônus grave, e os 45% restantes apresentaram ônus de moderado a grave evidenciando que todos apresentaram sobrecarga por conta dos cuidados.

GRÁFICO 8 – Dados referentes ao gênero dos idosos dependentes:

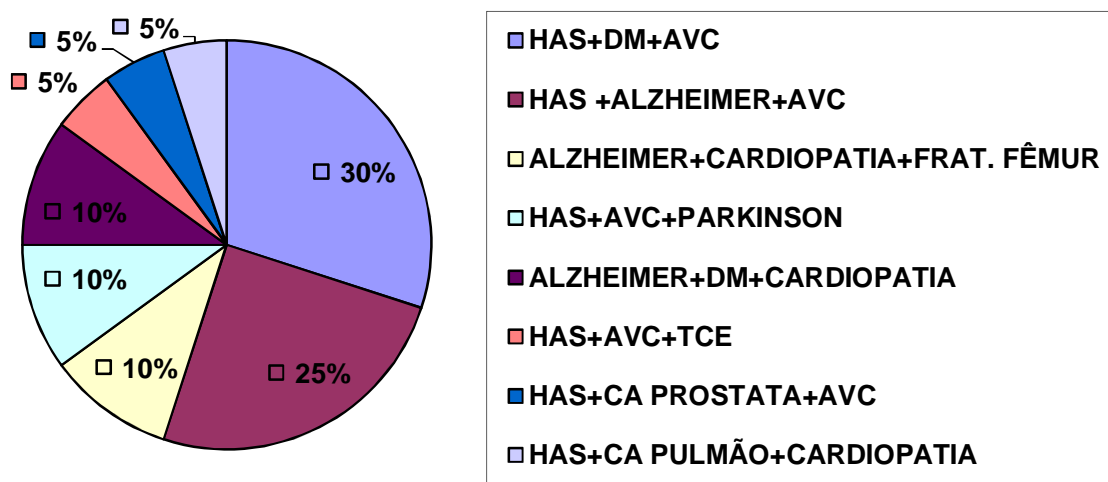


Quanto ao gênero dos idosos dependentes, embora a pesquisa tenha revelado um número igual entre homem e mulher, no Brasil e em quase todos os países, as mulheres vivem mais que os homens. Segundo Veras (2003), algumas hipóteses, podem explicar esse fato no Brasil: nas áreas urbanas brasileiras, é quatro vezes maior a exposição à riscos como acidentes e homicídios para homens do que para mulheres; os homens costumam ser os maiores consumidores de álcool e tabaco, além do que as mulheres procuram mais o atendimento médico, significando que elas se cuidam mais e em consequência disso minimizam os riscos à saúde.

GRÁFICO 9 – Dados referentes à idade dos idosos dependentes :

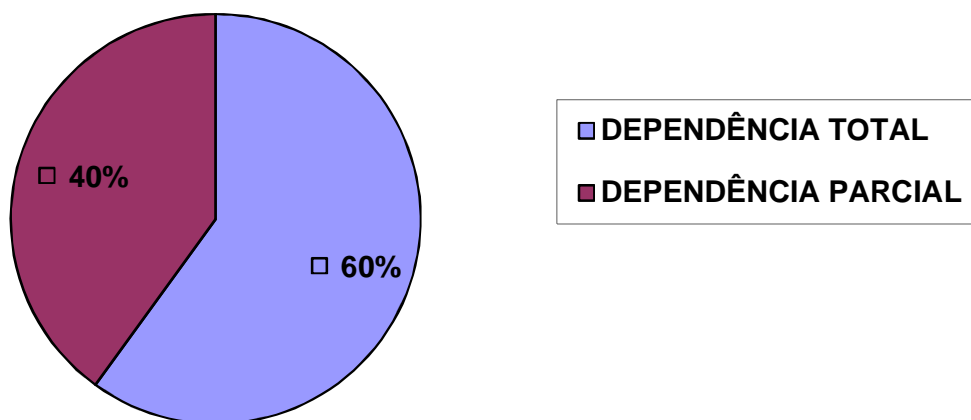
Quanto a idade dos idosos dependentes, observou-se que a maioria pertencia a faixa etária entre 61 e 70 anos, possuíam doença crônica e utilizavam medicamentos de forma irregular, ou seja, muitos disseram esquecer de tomar o medicamento por não sentir nada. Sem os cuidados necessários em relação a administração correta dos medicamentos e acompanhamento médico, houve instalação grave de doença, evoluindo para um quadro de acidente vascular cerebral e posterior restrição ao leito e dependência parcial ou total. É cada vez maior o número de pessoas idosas no mundo. As alterações demográficas ocorridas no Brasil ao longo dos anos levaram a um elevado crescimento da proporção de idosos. As projeções apontam que num período de setenta anos (1950-2020), enquanto a população brasileira estiver crescendo cinco vezes, o grupo de idosos estará se ampliando em dezesseis vezes, segundo Veras (2003). O crescimento da população idosa traz consigo uma nova realidade: os idosos dependentes. Enquanto pessoas idosas passam a fazer parte do cenário social, as pessoas idosas dependentes no cenário familiar alteram drasticamente o cotidiano e a dinâmica da vida das famílias.

GRÁFICO 10 – Dados referentes às patologias apresentadas pelos idosos :



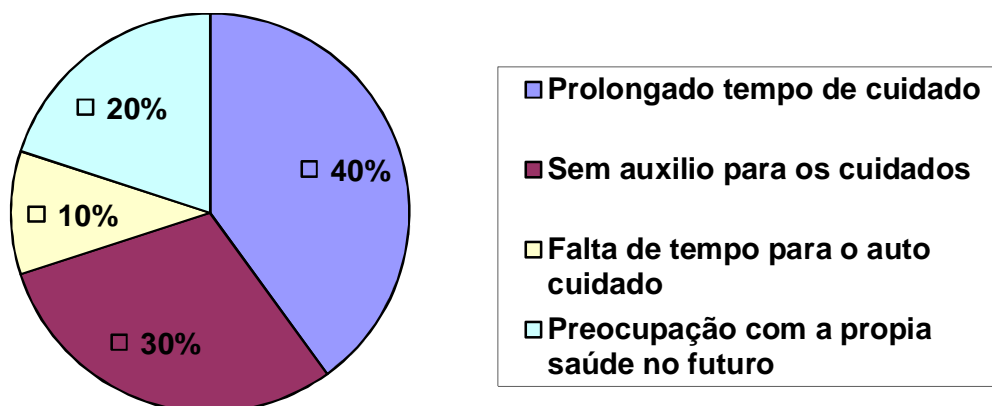
De acordo com o relato dos cuidadores sobre os problemas de saúde apresentados pelos idosos dependentes, constatou-se que 100% possuíam doenças crônicas; todos faziam uso de medicamentos por ordem médica. Nenhum relato da prática de auto-medicação. Os dados demonstram que estão em acordo com a literatura, pois a patologia de maior prevalência foi a Hipertensão Arterial, sendo esta uma das principais causas de Acidente Vascular Cerebral em idosos com 65 anos e mais idade (RIELLA, 2003).

Todos os idosos, além de Hipertensão Arterial, apresentavam outros problemas de saúde, caracterizando a polimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis, que tem frequência elevada em pessoas com 65 anos ou mais, sendo comum as diversas patologias crônicas que podem levar o idoso a algum tipo de incapacidade (LESSA, 1998).

GRÁFICO 11 – Dados referentes ao grau de dependência dos idosos:

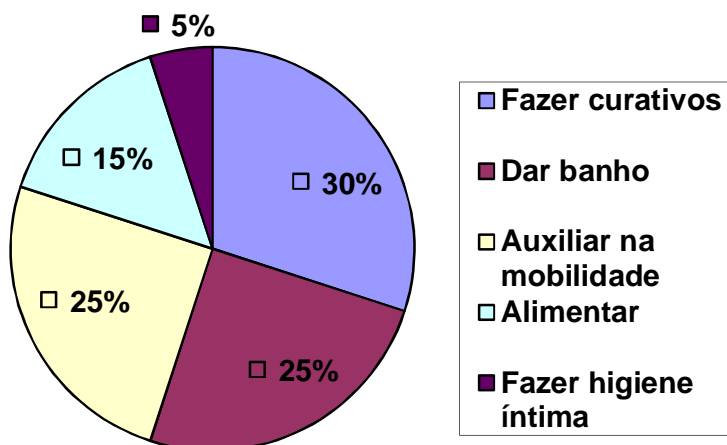
As mudanças que ocorrem no processo de envelhecer com senilidade, podem levar o idoso a depender de outras pessoas para atender as suas necessidades, portanto os idosos foram investigados quanto ao grau de dependência com enfoque para os cuidados pessoais. Dessa forma procurou-se identificar quais atividades eram realizadas pelos idosos e qual o grau de dificuldade apresentado por eles ao desempenhá-las. Assim, observou-se que 60% possuíam dependência total, não conseguindo realizar qualquer atividade sem auxílio e segundo relato dos cuidadores eram : higiene (oral e corporal no chuveiro ou leito), auxílio para deitar e sentar no leito, alimentar-se e vestir-se; já os 40% restantes, conseguiam realizar com dificuldade e auxílio atividades como alimentar-se, mover-se no leito, sentar-se, utilizar comadre e\ou patinho. Ribeiro (2000) descreve que o idoso com doença crônica e\ou dependente sofre alterações para o desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária, exigindo assim, ajuda da família para receber cuidado específico.

GRÁFICO 12 – Dados referentes aos fatores que influenciaram na sobrecarga física e mental dos cuidadores de idosos dependentes :



Quanto aos variados fatores que influenciaram na sobrecarga física e mental dos cuidadores de idosos, foram destacados os de maior incidência, ou seja, os principais: o prolongado tempo de cuidado esta diretamente ligado a causa de maior estresse, devido ao fator cansativo de cuidar ininterruptamente de alguém por longo período; a falta de auxílio para cuidar de alguém restrito ao leito, também foi relatado por quase metade dos pesquisados, sendo outro fator estressante em relação ao cuidado do idoso; a preocupação com a própria saúde no futuro também foi marcada como fator de sobrecarga física e mental, talvez pelo fato dele já estar se vendo daqui a uns anos na mesma condição. A falta de tempo para cuidar de si, é outro fator de grande estresse, uma vez que quem cuida, também tem doença crônica e precisa ser cuidado, mas não tem tempo e devido ao excesso de tarefas, acaba por esquecer-se de tomar os medicamentos, devido ao cansaço, agravando ainda mais seu estado de saúde.

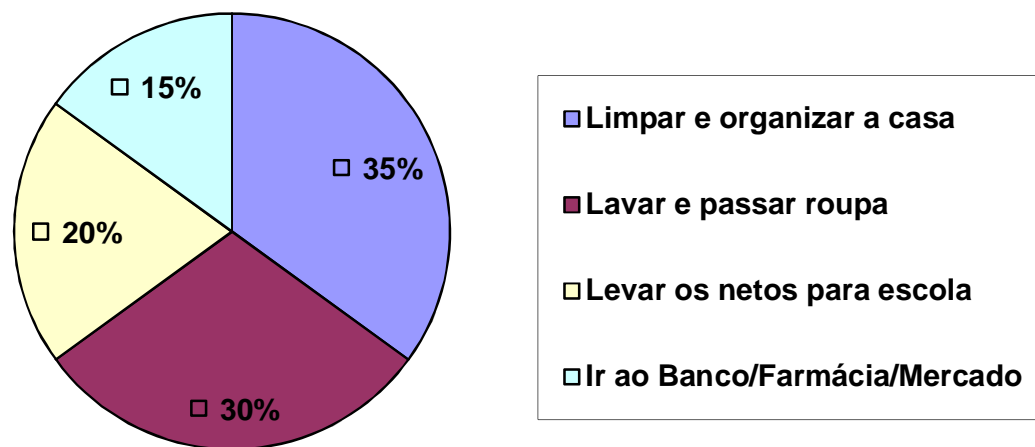
GRÁFICO 13 – Dados referentes às principais dificuldades encontradas no processo de cuidar do idoso dependente:



Em relação às principais dificuldades encontradas no processo de cuidar do idoso algumas se destacaram: as duas principais foram a dificuldade para realizar os curativos e dificuldade com o banho, as outras e não menos importantes e difíceis para os CI foram o auxílio com a mobilidade (transferências no leito e fora dele) dificuldade em dar o alimento, a realização da higiene íntima. Em relação à realização dos curativos muitas referiram falta de habilidade no manejo das úlceras de decúbito (feridas normalmente grandes provocadas por longo período do idoso acamado), que se apresentavam infectada; outras relatavam que não tinham “estômago”, mas mesmo assim realizavam os curativos, pois havia necessidade e não tinha outra pessoa para fazer. Banhar o idoso foi outra dificuldade apontada pelos cuidadores, que por causa do peso corporal do idoso, há muita dificuldade em retirá-lo da cama para a cadeira higiênica e acabam realizando o banho no leito. Auxiliar a mobilidade no leito é outro item de dificuldade em relação ao cuidar; o idoso precisa estar sentado ou semi sentado para ingerir líquidos, alimentos e/ou medicação, portanto o cuidador sozinho deve sentá-lo para administrar cuidados nutricionais ou de higiene (trocar fraldas).

Como a maioria dos idosos, possui sequela importante de Acidente Vascular Cerebral ou Alzheimer (de longa data) que são duas doenças que evoluem respectivamente com espasticidade e rigidez corporal, essa atividade se torna desgastante fisicamente para o cuidador. Administrar alimentação é outra dificuldade para o cuidador, que devido às inúmeras atividades a serem realizadas, além das de cuidar do idoso, fica estafado, com a demora na deglutição e ingestão do alimento pelo idoso que chega a levar aproximadamente 20 a 40 minutos para o término da refeição. A troca constante de fraldas, devido à incontinência urinária (e também o custo que isso representa) também figurou como atividade cansativa e estressante do CI.

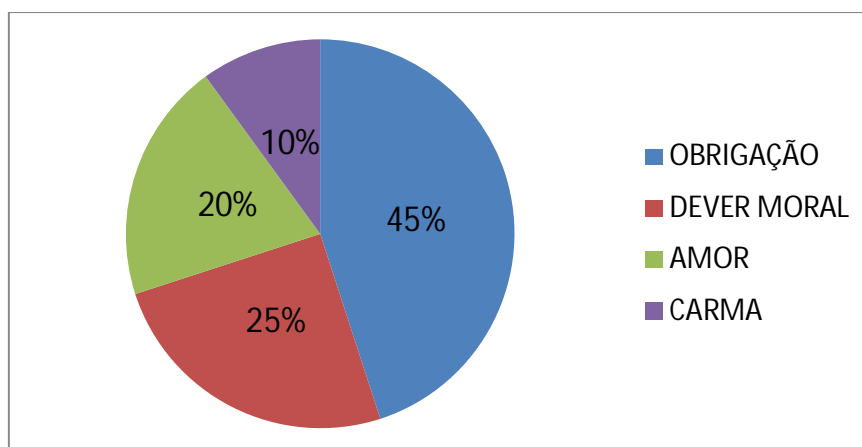
GRÁFICO 14 – Dados referentes às atividades desenvolvidas no cotidiano pelos cuidadores informais de idosos dependentes :



Quanto às atividades executadas no cotidiano, além das realizadas com os cuidados de saúde do idoso, também foram destacadas como principais: a principal queixa foi quanto à limpeza e organização do domicílio, seguida da lavagem e passagem de roupa, levar os netos para escola, ir à farmácia, banco ou mercado. Levar os netos para a escola/creche também é uma queixa constante pela preocupação de deixar o idoso sozinho no domicílio, durante o percurso de ida e volta que dura 15/20 minutos, e o restante pelo mesmo motivo do anterior, também relataram ficarem tensos toda vez que precisam ir à farmácia, banco ou mercado.

A repetição das atividades é rotina, além dos cuidados com o idoso, o cuidador se sente angustiado e sobrecarregado por não poder dividir as tarefas com outra pessoa. Assumir a responsabilidade pelo cuidado de um familiar, não exime o cuidador de seus outros papéis, como já mencionado anteriormente, portanto há tripla, quádrupla jornada diariamente, o que pode levar o cuidador ao estresse e a depressão.

GRÁFICO 15 – Dados referentes à percepção do cuidador a cerca do seu papel :



Quanto à percepção do seu papel como cuidador, a maioria relatou realizar os cuidados por obrigação; alguns conflitos foram percebidos nas visitas domiciliares durante os atendimentos aos idosos, portanto este fato provavelmente deva estar associado ao passado desse idoso; há relatos de alcoolismo, uso de drogas, violência contra a esposa e filhos. O idoso de hoje pode ser aquela pessoa jovem que não conseguiu compreender ou se aproximar dos filhos de maneira afetuosa no passado; como tal, o fato de estar dependente e acamado ou em cadeira de rodas, não é suficiente para eliminar os traços negativos residuais que entrelaçaram sua relação com esses filhos, ou para reconstruir laços familiares, que nunca tiveram alicerce, à custa de piedade, doença e sofrimento (LUDERS, 1999).

Cinco reconheceram seu papel de cuidador como dever moral, uma vez que em algum momento da vida, foi auxiliado pelo idoso. Apenas quatro relataram que cuidam por amor, porque desejam o melhor e querem que o idoso tenha pelo menos, melhor qualidade de vida, entendendo que estão fazendo o melhor que podem. Os dois restantes perceberam seu papel como carma enviado por Deus, ligando o fato de cuidar do idoso à algum “problema não resolvido” com o idoso no passado. Os resultados apontam para uma triste realidade: famílias que viveram conflitos passados, por variados motivos, não conseguiram ainda hoje, apesar da doença, perdoar e aceitar viver uma relação no mínimo de paz e respeito com o familiar a ser cuidado.

8. CONCLUSÃO

No Brasil, há pouca informação sistematizada sobre cuidadores informais. A grande maioria dos trabalhos existentes nessa temática é internacional e por isso não podem ser comparados ao Brasil, devido às diferentes realidades sociais entre os países. Infelizmente, o cuidador, alvo de estudos e pesquisas também em outros países, tem sido ignorado no Brasil. Neste país, ainda há pouca informação sobre o contexto do cuidado, o perfil dos cuidadores e as redes de apoio.

A interpretação dos resultados através do discurso dos cuidadores envolvidos nesta pesquisa foram muito importantes para que se possa refletir e elaborar estratégias de maior e melhor suporte social. Como podemos observar, o cônjuge é o cuidador de primeira eleição, sendo também idoso. Na maioria das vezes, os programas de assistência domiciliar, preocupam-se com o cuidador, apenas quanto ao desempenho dessa função, esquecendo que ele tem outros papéis a desempenhar e necessidades relacionadas a eles, além obviamente das próprias demandas de saúde.

Nesta pesquisa, verificamos que todos os cuidadores, possuíam de uma a três doenças crônicas, algumas vezes associadas a alguma incapacidade funcional leve. A presença de doenças crônicas como artrose, hipertensão, insuficiência cardíaca estão diretamente ligadas à perda da capacidade funcional para as atividades de vida diária e para o autocuidado. Dessa forma, o cuidador, à medida que vai adquirindo incapacidades, tem cada vez mais dificuldade para cuidar de si mesmo e principalmente do outro, o que torna o casal ainda mais suscetível. Somase a esse quadro, a importante sobrecarga e desconforto emocional vivenciados pelos cuidadores através dos resultados das escalas, tendo como resultado, nove cuidadores com carga de moderada a grave e os onze restantes (maioria) apresentaram ônus grave, ou seja, 100% apresentaram sobrecarga. Esses dados revelaram que a sobrecarga foi considerada fator de risco para o adoecimento.

Há necessidade premente de mudanças; sabemos que o Plano de Ação Governamental orienta as diretrizes da atenção, porém os serviços de saúde estaduais, municipais, as universidades, ONGs e outras redes, devem se organizar para elaborar propostas de intervenção formal e informal aos cuidadores de idosos sendo eles dependentes ou não.

Algumas possibilidades seriam a identificação de cuidadores secundários, ou de pessoas que pudessem ajudar em outras atividades que não sejam as de cuidado, de forma a favorecer o cuidador há ter um tempo para si ou para descansar; a criação de grupos de cuidadores onde teriam a oportunidade de trocar idéias e discutir entre si as dificuldades e estratégias de cuidado com a própria saúde e a saúde do outro; a extensão da assistência domiciliar também ao cuidador e não apenas ao usuário, do ponto de vista médico, psicológico, social, fisioterapêutico, fonoaudiológico e nutricional, objetivando manter e restaurar a sua autonomia e o seu conforto.

A Estratégia Saúde da Família, pode ser um valioso instrumento para implementação desse programa, uma vez que por sua proximidade com o território e com a comunidade, tem uma visão mais ampla do contexto da vida cotidiana desses idosos e seus respectivos cuidadores e também das potencialidades de cuidado comunitário, como por exemplo, a rede social de apoio. Os resultados obtidos nesse estudo são similares aos resultados apresentados nos estudos realizados a nível nacional. A promoção de políticas sociais, que visem à solidariedade e o apoio dentro da família, com a inclusão de todos os seus elementos, o auxílio dos profissionais de saúde fazendo diagnóstico, levantando problemas e tendo uma intervenção assertiva, será de fundamental importância, tanto para os cuidadores em particular, quanto para o usuário e toda família.

Se as instituições de saúde entendessem e valorizassem mais a participação direta dos cuidadores no processo saúde/doença do idoso no domicílio, com certeza, esse cuidador se tornaria também importante foco de atenção da equipe de saúde.

Apesar da Política de atenção ao idoso, ainda é necessário “efetividade” e “eficácia” diante dos dados demográficos apresentados e do quadro de verdadeiro caos em que se encontra a situação de saúde hoje neste país, principalmente em relação á saúde dos idosos. Os cuidadores selecionados para essa pesquisa foram apenas vinte, porém esses números aumentam absurdamente quando totalizo o número de usuários idosos assistidos por todos os hospitais federais que possuem o SAD. São mais de seiscentos usuários assistidos em domicílios espalhados por essas comunidades, com ou sem Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs); apenas no Hospital Cardoso Fontes, são 130 usuários, com aproximadamente 80

cuidadores idosos, ou seja, mais da metade possui idade superior a 60 anos, que provavelmente serão futuros usuários do SAD.

Dois cuidadores que foram excluídos dessa pesquisa por não serem cuidadores principais, durante a finalização desse trabalho foram internados com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio, ambos com idades entre 65 e 70 anos. É possível que esses dois tristes episódios estejam diretamente ligados aos objetivos desse estudo, por isso reafirmo a necessidade e urgência do engajamento social e político com intenção de não apenas prevenir, mas principalmente diminuir a sobrecarga vivenciada pelos cuidadores melhorando suas condições de vida e saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. "Políticas públicas e organização do Sistema de Saúde: antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS". In: WESTPHAL, M. F., ALMEIDA, E. S. (org.). **Gestão de serviços de saúde**. São Paulo: Edusp; 2001.
- AMARAL, N. N.; CUNHA, M. C. B; LABRONICI, R. H. D. D.; OLIVEIRA, A. S. B.; GABBAI, A. A. **Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua história e relevância para o Sistema de Saúde atual**. Revista Neurociências, São Paulo, 2001.
- ANGELO, M. "O Contexto Familiar". In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'elboux. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo, Atheneu, 2000.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução da diretoria colegiada - RDC Nº11**, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.
- BAILLIE, V.; NORBECK, J.S.; BARNES, L.E. Stress, social support and psychological distress of family caregivers of the elderly. *Nursing Research*, New York, v. 37, n.4, p. 217-222, 1988.
- BARROS, E. **Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade para a construção do novo**. Ciência e Saúde Coletiva, 1996.
- BOCCHI, S. C. M. **Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento**. Revista Latino Americana Enfermagem, 2004.
- BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 20 Set 1990.
- BRASIL, 1996 a. Ministério da Saúde. **Decreto no 1.948, de 3 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual "dispõe sobre

a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências". Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, v. 134, n. 128, p. 12277-12279, 3 jul 1996. Seção 1.

BRASIL, 1996b. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde – Departamento de Assistência e Promoção à Saúde – Coordenação de Saúde da Comunidade.

BRASIL, 1997a. Ministério da Saúde. 1997: o ano da saúde no Brasil – ações e metas prioritárias

BRASIL, 1997b. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde – Coordenação de Saúde da Comunidade.

BRASIL, 1998. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.416, de 23 de março de 1998**. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Brasília: Diário Oficial da União nº 58.

BRASIL, 1999a. **Política Nacional de Saúde do Idoso**, aprovada pela Portaria no 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 237-E, pp. 20-24, 13 de dezembro de 1999. Seção 1.

BRASIL, 1999b. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 27 de janeiro de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 249 de 12 de abril de 2002**. Aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Diário Oficial da União nº 72, 16 de abril de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Lei da Câmara nº 57, de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 03 de Outubro de 2003.

BRASIL, 2006a. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária – portaria número 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Dispõe sobre o Pacto pela Saúde.

BRASIL, 2006b. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC número 11, de 26 de janeiro de 2006**. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20do miciliar>>. Acesso em 20 outubro de 2010.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)**. 2007. Disponível em <www.mte.gov.br>.

BRASIL, 2008a. **Portaria 154, de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os núcleos de apoio a Saúde da Família – NASF. Brasília. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dad/docs/legisla%C3%A7%C3%A3o/portaria_154_04_03_08_re.pdf> Acesso em 25 de setembro 2010.

BRASIL, 2008b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador – Ministério da Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/guiapraticodocuidador>>.

CALDEIRA, A. P. S.; RIBEIRO, R. C. H. M. **O Enfrentamento do Cuidador do Idoso com Alzheimer**. Arquivo Ciência Saúde, v.11, n.2, p.2-6, 2004.

CAMARANO, A. A. “Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica”. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, FREITAS, E. V. (org.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003

CARVALHO V.A. “Cuidados com o cuidador”. In: PESSINI, L. BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 2ª. Ed. São Paulo: Loyola, 2004.

CECÍLIO, L.C. O “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde”. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS-Uerj/Abrasco, 2001.

CONASS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2007. Disponível em: <<http://www.conass.org.br>> acesso em 29 de outubro de 2010

CONSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

CORDEIRO, H. **Hesio Cordeiro em depoimento a Liana Fortes.** Coleção Gente. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 2004.

CREVELIM, M. A. **Participação da Comunidade na Equipe de Saúde da Família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?** *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005; 10(2). pp. 323-331. [[Links](#)]

CREUTZBERG, M. “... Tratar mais a pessoa idosa, sobretudo a que esta acamada”: **subsídios para o cuidado domiciliar.** *O Mundo da Saúde*, v. 24, n. 4, 2000. pp. 298-305.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. “Sistema Único de Saúde: princípios”. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde.** Textos básicos. 20ª ed. Rio de Janeiro, 2001. pp. 285-304.

FARO A. C. M. **Uma proposta de levantamento de dados para a assistência à família e ao cuidador de lesados medulares.** São Paulo: Rev. Esc. Enferm. USP, 1999.

FARO, A. C. M. “Autonomia, dependência e incapacidade: aplicabilidade dos conceitos na saúde do adulto e do idoso”. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto para o desenvolvimento da Saúde.** Universidade de São Paulo: Manual de Enfermagem. Brasília, 2001.

FEUERWERKER, Laura C. M. & MERHY, Emerson Elias. **A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas.** *Rev. Panam Salud Publica* [online], v. 24. 2008.

FERREIRA, A.R.S; **Perspectivas da oferta de cuidados informais da população idosa: Brasil 2000-2015.** 2007. 101 f. Dissertação Mestrado – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007

FRAENKEL, E. **Anais de enfermagem: a enfermagem no Brasil.** *Revista de Enfermagem da EEN/UFRJ*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 14-18, abr./set. 1998.

FREITAS, Elizabete Viana. “Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento” In PY, Lígia *et al.* (org.) **Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais.** Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004.

GARRIDO R, Menezes PR. **Impacto em cuidadores de idosos com demência atendida em um serviço psicogeriátrico**. Rev. Saúde Pública, 2004.

GASPAR, L. & MEDEIROS, A. Pesquisa Escolar On-Line, Fundação Joaquim Nabuco, Recife. Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br>>. Acesso em 10 de novembro de 2009.

GONÇALVES, A, BECKER J.B, MILÃO LF, TEIXEIRA AR. “Envelhecimento, promoção de saúde e atividade física: algumas reflexões”. In: BECKER JR., B. & GONÇALVES, C. J. S. **Fronteiras em ciências da atividade física e do esporte**. Porto Alegre, 2006.

GORDILHO, A. *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Bahia análise de dados, v.10, n.4, 2001. pp.138-153.

IBGE / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados da amostra do Censo Demográfico de 2000 – Malha Municipal digital do Brasil**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>
Acesso em 27.07.2010.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. *Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2001*. 27 Julho 2002 <<http://www.ibge.gov.br>>.

JACOB, F, W. “Envelhecimento e Atendimento Domiciliário”. In: DUARTE, Y. A. O & DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar – um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

JANDREY, C. V. **O cuidador familiar de pessoa idosa: o desafio de cuidar de quem cuida**. Dissertação – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2009.

KARSCH, Ursula Margarida (Org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998.

KARSCH, Ursula Margarida. **Idosos dependentes: famílias e cuidadores**. Cad. Saúde Pública. v. 19, n. 3, pp. 861-866, jun. 2003.

LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2001.

LEBRÃO, M. L. & OLIVEIRA, I. A. **SABE - Saude, Bem Estar e Envelhecimento: Projeto SABE no Município de São Paulo**. Brasília: OPAS, 2003.

LEMOS Naira Dutra; GAZZOLA, Juliana Maria; RAMOS, Luiz Roberto. **Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador**. São Paulo: Saúde soc. v. 15, n. 3, dez. 2006.

LEVY, Susan M. **Assistência ao paciente idoso: avaliação, diagnóstico e tratamento**. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUDERS, S. L. A. & STORANI, M.S.B. "Demência: impacto para a família e a sociedade". In: PAPALETTO NETTO, M. **Gerontologia**. Rio de Janeiro: Atheneu; 1999. pp. 146-59

MARQUES, B. **Quem ama se cuida: Vida e saúde**. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

MATTOS, G. **Dicionário Júnior da Língua Portuguesa**. 3ª ed. São Paulo: FTD, 2005.

MAZZA, M. M. P. R. **A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde**. Revista Brasileira de Desenvolvimento Humano. jul/dez 1994.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Editora Casa da Qualidade, 2001.

MORAES, S. R. P & SILVA, L. S. T. **An evaluation of the burden of Alzheimer patients on family caregivers**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n.8, p.1807-1815, ago. 2009.

MOREIRA, M. C. N. **A fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República**. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 621-629, nov. 1998 / fev. 1999.

MOREIRA, M. P. S. **A avaliação Social do idoso dependente na Assistência Domiciliar**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

NERI, A. L. **Psicologia do Envelhecimento**. São Paulo: Papirus, 1995

NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicossociais**. Campinas, 2001.

NERI, A. L., SOMMERHALDER, C. "As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador". In: NERI, A. L.; PINTO, M. E. B.; SOMMERHALDER, C.; FERRACINI, M. R.; YUASO, D. **Cuidar de idoso no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea Editora, 2006.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

PAPALÉO NETTO, M. "Processo de Envelhecimento e Longevidade". In: _____. **Tratado de Gerontologia**. 2ªed. São Paulo: Atheneu, 2007.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2000.

PARAHYBA, M. I. & SIMÕES, C. C. S. **A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 11 n.4, 2006. pp.967-974

PASCHOAL, S. M. P. "Epidemiologia do Envelhecimento" In: PAPALÉO NETTO, M. (org.) **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

PAVARINI, S. C. I. & NERI, A. L. "Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos". In: DUART, Y. A. O. & DIOGO, M. J. D. E. (org.) **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

PEREIRA, R.J; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. "Políticas sobre envelhecimento e saúde no mundo". In: PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE, C. P. **Bioética e Longevidade Humana**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo - Edições Loyola, 2006.

PERLINI, N.M.O.G. Cuidar da pessoa incapacitada por Acidente Vascular Cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. 2000. 121 f. Dissertação (Mestrado)-Escola Enfermagem Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

RAMALLO, V. J. G. & TAMAYO, M. I. P.. "Historia de la hospitalización a domicilio". In: GLEZ, M. D. D. (coord.). **Hospitalización a domicilio**. Espanha : Hoechst Marion Roussel, 1998

RICARTE, L. F. C. S. **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande**. Dissertação – Universidade do Porto, Porto, 2009.
RIBEIRO, R.C.H.M. A condição de vida de idosos com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. 2000. 206 f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

RIBEIRO, E. S. V. **O domicílio como espaço de enfermagem: a experiência da enfermagem canadense**. Congresso Brasileiro de Enfermagem: Cuidar – ação terapêutica da enfermagem. Salvador, 1999. pp. 133-144.

RIELLA, M.C.;PECOITS-FILHO, Insuficiência renal crônica – fisiopatologia da uremia. In_____princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 3 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003.

RODRIGUES, Sérgio Leandro Aquilas; - WATANABE, Helena Akemi Wada; DERNTL, Alice Moreira. **A saúde de idosos que cuidam de idosos**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 40, n. 4, dez. 2006.

SALIBA, N. A.; MOIMOZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S.; MARQUES, J. A. M.; PRADO, R. L. **Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal**. Interface – Comunic. Saúde, Educ. 2007.

SANCHEZ, M. A. **A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica**. Textos Envelhecimento v.3 n.3 Rio de Janeiro fev. 2000

SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. Campinas, 2003

SANTOS, S. M. A. **O cuidador familiar de idosos com demência: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileiras**. Tese. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SCAZUFCA. M. "Impacto nos cuidadores com demência e suas complicações para os serviços de saúde". In: FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SENA, R. R.; LEITE, J.C.A. **O ser cuidador na internação domiciliar em Betim/MG**. Rev. Brasileira de Enfermagem, 2000.

SILVA, J.; ALVES, C.A. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 1999.

SILVA, L. **O processo de conviver com o idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar**. Dissertação – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, 2007.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad.Saúde Pública*, v.19, n.3,p.839-847, 2003.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. **O desenvolvimento do home health care no Brasil**. *Revista ADM em Saúde*, 9(3), 2000.

VERAS, R. P. “A longevidade da População: desafios e conquistas.” In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.75. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

WANDERBROOKE, A. C. N. S. **Perfil do cuidador do paciente idoso com câncer**. *Psico*, Porto Alegre: PUCRS, v. 33, n. 2, p. 401-412, jul./dez. 2002.

YUASO, D. R. “Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio”. In: NERI, A. L. **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. São Paulo: editor Atheneu, 2002

ZARIT, S. H. & ZARIT, J. M. **The Memory and behavior problems checklist; 1987R and the burden interview (technical report)**. Pennsylvania State: University Park (PA), 1987.

ZIMERMAM, G. I. **Velhice: aspectos biopsicosociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ANEXO 1

Regulamento Técnico para o funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar**1. Objetivo**

Estabelecer os requisitos de funcionamento para os Serviços de Atenção Domiciliar.

2. Abrangência do Regulamento

Esta resolução é aplicável a todos os Serviços de Atenção Domiciliar, públicos ou privados, que oferecem assistência e ou internação domiciliar.

3. Definições

3.1. Admissão em Atenção domiciliar: processo que se caracteriza pelas seguintes etapas: indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar.

3.2. Alta da Atenção domiciliar: ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito.

3.3. Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

3.4. Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

3.5. Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

3.6. Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD: profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.

3.7. Internação Domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

3.8. Plano de Atenção Domiciliar - PAD: documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de

maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta.

3.9. Serviço de Atenção Domiciliar – SAD: instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar.

3.10. Tempo de Permanência: período compreendido entre a data de admissão e a data de alta ou óbito do paciente.

4. Condições Gerais

4.1. O SAD deve possuir alvará expedido pelo órgão sanitário competente.

4.2. O SAD deve possuir como responsável técnico um profissional de nível superior da área da saúde, habilitado junto ao respectivo conselho profissional.

4.3. O SAD deve estar inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

4.4. O SAD deve possuir um regimento interno que defina o tipo de atenção domiciliar prestada e as diretrizes básicas que norteiam seu funcionamento.

4.5. O SAD deve elaborar manual e normas técnicas de procedimentos para a atenção domiciliar, de acordo com a especificidade da assistência a ser prestada.

4.6. A atenção domiciliar deve ser indicada pelo profissional de saúde que acompanha o paciente.

4.7. O profissional de saúde que acompanha o paciente deve encaminhar ao SAD relatório detalhado sobre as condições de saúde e doença do paciente contendo histórico, prescrições, exames e intercorrências.

4.8. A equipe do SAD deve elaborar um Plano de Atenção Domiciliar - PAD.

4.9. O PAD deve contemplar:

4.9.1. a prescrição da assistência clínico-terapêutica e psicossocial para o paciente;

4.9.2. requisitos de infraestrutura do domicílio do paciente, necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais e logística de atendimento;

4.9.3. o tempo estimado de permanência do paciente no SAD considerando a evolução clínica, superação de déficits, independência de cuidados técnicos e

de medicamentos, equipamentos e materiais que necessitem de manuseio continuado de profissionais;

4.9.4. a periodicidade dos relatórios de evolução e acompanhamento.

4.10. O PAD deve ser revisado de acordo com a evolução e acompanhamento do paciente e a gravidade do caso.

4.10.1. A revisão do PAD deve conter data, assinatura do profissional de saúde que acompanha o paciente e do responsável técnico do SAD.

4.11. O registro dos pacientes em atenção domiciliar e o PAD devem ser mantidos pelo SAD.

4.12. O SAD deve manter um prontuário domiciliar com o registro de todas as atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente, desde a indicação até a alta ou óbito do paciente.

4.12.1. O prontuário domiciliar deve conter identificação do paciente, prescrição e evolução multiprofissional, resultados de exames, descrição do fluxo de atendimento de Urgência e Emergência, telefones de contatos do SAD e orientações para chamados.

4.12.2. O prontuário deve ser preenchido com letra legível e assinado por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente.

4.12.3. Após a alta ou óbito do paciente o prontuário deve ser arquivado na sede do SAD, conforme legislação vigente.

4.12.4. O SAD deve garantir o fornecimento de cópia integral do prontuário quando solicitado pelo paciente ou pelos responsáveis legais.

4.13. O SAD deve fornecer aos familiares dos pacientes e/ou cuidadores orientações verbais e escritas, em linguagem clara, sobre a assistência a ser prestada, desde a admissão até a alta.

4.14. O SAD deve prover por meio de recursos próprios ou terceirizados, profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente.

4.15. O SAD deve observar, como critério de inclusão para a internação domiciliar, se o domicílio dos pacientes conta com suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso, facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito e equipamentos.

4.16. O SAD deve controlar o abastecimento domiciliar de equipamentos, materiais e medicamentos conforme prescrição e necessidade de cada paciente, assim como meios para atendimento a solicitações emergenciais.

4.17. O SAD deve assegurar o suporte técnico e a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

4.18. O SAD deve estabelecer contrato formal, quando utilizar serviços terceirizados, sendo que estes devem ter obrigatoriamente Alvará Sanitário atualizado.

4.19. O SAD deve elaborar e implementar um Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos (PCPIEA) visando a redução da incidência e da gravidade desses eventos.

4.20. O SAD deve possuir sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe, serviços de retaguarda, apoio ou suporte logístico em caso de urgência e emergência.

4.21. O SAD deve garantir aos pacientes que estão em regime de internação domiciliar, a remoção ou retorno à internação hospitalar nos casos de urgência e emergência.

5. Condições Específicas

5.1. O SAD deve assegurar os seguintes serviços básicos de retaguarda de acordo com a necessidade de cada paciente e conforme estabelecido no PAD:

5.1.1. Referência para atendimento de urgência e emergência e internação hospitalar formalmente estabelecida;

5.1.2. Referência ambulatorial para avaliações especializadas, realização de procedimentos específicos e acompanhamento pós alta.

5.2. O SAD deve assegurar os seguintes suportes diagnósticos e terapêuticos de acordo com o PAD:

5.2.1. exames laboratoriais, conforme RDC/ANVISA nº. 302 de 2005;

5.2.2. exames radiológicos, conforme Portaria SVS/MS nº. 453 de 1998;

5.2.3. exames por métodos gráficos;

5.2.4. hemoterapia, conforme RDC/ANVISA nº. 153 de 2004;

5.2.5. quimioterapia, conforme RDC/ANVISA nº. 220 de 2004;

5.2.6. diálise, conforme RDC/ANVISA nº. 154, de 2004;

5.2.6.1. na realização da hemodiálise o dialisador deve ser de uso único.

5.2.7. assistência respiratória com oferta de equipamentos, materiais e gases medicinais compreendendo procedimentos de diferentes graus de complexidade;

5.2.7.1. a ventilação mecânica invasiva só é permitida na modalidade de internação domiciliar com acompanhamento do profissional da Equipe Multiprofissional de Atenção domiciliar - EMAD;

5.2.7.1.1. caso o equipamento seja acionado por energia elétrica o domicílio deve ser cadastrado na companhia de fornecimento de energia elétrica local;

5.2.7.1.2. deve haver sistema alternativo de energia elétrica ligado ao equipamento com acionamento automático em no máximo 0,5 segundos;

5.2.7.2. quando houver instalação de sistema de suprimento de gases medicinais canalizada, esta deve estar de acordo com a NBR 12.188;

5.2.7.3. O enchimento dos cilindros de gases medicinais não deve ser realizado no domicílio do paciente.

5.2.8. Nutrição Parenteral conforme Portaria SVS/MS nº 272 de 1998;

5.2.8.1. compete a EMAD verificar e orientar as condições de conservação da nutrição seguindo as exigências do regulamento do item 5.2.8.

6. Recursos humanos

6.1. O SAD deve possuir EMAD que atenda ao seu perfil de demanda e ser dimensionada para o atendimento de cada paciente conforme o PAD.

6.2. O SAD deve garantir educação permanente para a EMAD.

6.2.1. As capacitações devem ser registradas contendo nome do responsável, especificação de conteúdo, lista de participantes assinada, data e tempo de duração das atividades.

6.3. O SAD que mantiver em estoque medicamentos sujeitos ao controle especial deve contar com farmacêutico habilitado, conforme Portaria SVS/MS nº. 344 de 1998.

6.3.1. caso o SAD esteja inserido em um serviço de saúde, pode contar com o apoio do profissional da farmácia do mesmo.

6.4. O SAD deve garantir o fornecimento e orientar o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), conforme as atividades desenvolvidas.

7. Infraestrutura física

7.1. O domicílio do paciente deve possibilitar a realização dos procedimentos prescritos no PAD.

7.2. Infraestrutura da Sede do SAD

7.2.1. O SAD deve possuir infraestrutura física conforme a RDC/ANVISA nº. 50 de 2002; com os seguintes ambientes:

7.2.1.1. recepção;

7.2.1.2. área de trabalho para a equipe administrativa com arquivo;

7.2.1.3. área de trabalho para a EMAD;

7.2.1.4. almoxarifado;

7.2.1.5. instalações de conforto e higiene;

7.2.2. O SAD que estiver inserido em um serviço de saúde pode compartilhar os ambientes descritos no item 7.3.1.

8. Equipamentos, medicamentos e materiais

8.1. O SAD deve prover equipamentos, medicamentos e materiais conforme definido no PAD.

8.2. Os equipamentos, medicamentos e materiais devem estar regularizados junto à ANVISA/MS, conforme legislação vigente.

8.3. O SAD deve possuir um sistema de controle que permita a rastreabilidade dos equipamentos, dos medicamentos e dos materiais.

8.4. O transporte de equipamentos, medicamentos e materiais deve ser efetuado conforme orientação do fabricante, de forma a garantir sua integridade.

8.5. Os equipamentos devem ser calibrados periodicamente, conforme instruções do fabricante.

8.6. O SAD deve garantir a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e manter registros das mesmas.

8.7. Para a instalação dos equipamentos no domicílio, o SAD deve:

8.7.1. Verificar as condições de instalação conforme manual de operação do fabricante;

8.7.2. Realizar os testes de funcionamento dos equipamentos;

8.7.3. Orientar o paciente, os familiares e cuidadores quanto ao manuseio dos equipamentos e os riscos a eles associados.

8.8. O SAD deve substituir prontamente os equipamentos com problemas de operação.

8.9. O SAD deve fornecer baterias dos equipamentos de suporte a vida.

9. Procedimentos de suporte técnico e logístico

9.1. O SAD deve garantir a implantação das normas e rotinas de limpeza e desinfecção de artigos, superfícies e equipamentos utilizados diretamente na assistência ao paciente, sob supervisão do responsável pelo PCPIEA.

9.2. O responsável técnico do SAD deve elaborar e implantar o plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde - PGRSS, conforme RDC/ANVISA nº. 306, de 2004.

ANEXO 2

ÁREAS ADSCRITAS ASSISTIDAS PELOS HOSPITAIS FEDERAIS QUE POSSUEM
O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

BONSUCESSO	ANDARAÍ	JACARÉPAGUA	LAGOA
Anchieta	Abolição	Anil	B. da Tijuca
Bancários	Água Santa	B. de Guaratiba	Botafogo
Bangu	Alto B. Vista	Bento Ribeiro	Catete
Bonsucesso	Andaraí	Camorim	Catumbi
Brás de Pina	Benfica	Campinho	Centro
Cacuaia	Cachambi	C. Grande	Cidade Nova
Campo Grande	Cascadura	C. de Deus	Copacabana
C.Universitária	Cavalcante	Curicica	Cosme Velho
Cocotá	D.Castilho	Freguesia	Estácio
Coelho Neto	Encantado	Gardênia Azul	Flamengo
Cordovil	E. Dentro	Grumari	Gamboa
F.Botafogo	E. Novo	Guaratiba	Gávea
Galeão	Estácio	I.Guaratiba	Glória
Guadalupe	Grajaú	Jacarépagua	Humaitá
Higienópolis	Lins	Madureira	Ipanema
Inhaúma	Maracanã	M.Hermes	Itanhangá
Irajá	M. da Graça	Pechincha	J. Botânico
J. América	Méier	P.Guaratiba	Joá
J.Guanabara	Piedade	Pça Seca	Lagoa
J.Carioca	Pilares	Recreio	Lapa
M.Bastos	Pça. Bandeira	Rio das Pedras	Laranjeiras
Mesquita	Quintino	R.Miranda	Leblon
Nilópolis	Riachuelo	Sulacap	Leme
Olaria	Rocha	Tanque	Rio Comprido
Padre Miguel	Sampaio	Taquara	Rocinha
P. de Lucas	S.Cristóvão	Turiaçu	Santo Cristo
Pavuna	S. F.Xavier	V.Valqueire	São Conrado
Penha	Tijuca	V. Grande	Urca
Ramos	Todos os Santos	V.Pequena	Vidigal

ANEXO 3

Índice de Katz / Avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) do idoso dependente

Banhar-se (de esponja, na banheira ou no chuveiro):

- Toma banho completamente sem assistência.
- Recebe assistência para lavar apenas uma parte do corpo, como: pernas ou costas.
- Recebe assistência para lavar mais que uma parte do corpo.

Vestir-se (retirar roupas do armário e do cabide, inclusive roupas de baixo e, sobretudo; lidar com fechos e cintos e calçar sapatos):

- Apanha as roupas e veste-se completamente sem assistência.
- Apanha as roupas e veste-se sem assistência, exceto no amarrar os cordões dos sapatos.
- Recebe assistência para arrumar as roupas e vestir-se ou permanece parcial ou completamente sem roupa.

Usar sanitário (ir ao sanitário para as eliminações, limpar-se após as eliminações e arrumar as vestes):

- Vai ao sanitário, limpa-se e arrumar as vestes sem assistência. (pode usar objetos auxiliares como bengala, andador e cadeira de rodas, pode usar comadre/papagaio à noite, esvaziando-os de manhã)
- Recebe assistência para ir ao sanitário, no limpar-se e arrumar as vestes após as eliminações ou no uso de comadre/papagaio à noite.
- Não consegue usar o sanitário para as eliminações.

Deitar e levantar (da cama e sentar e levantar da cadeira)

- Sobe e desce da cama assim como senta-se e levanta-se da cadeira sem assistência (pode estar usando objeto auxiliar com bengala, andador).
- Sobe e desce da cama assim como senta-se e levanta-se da cadeira com assistência.
- Não sai da cama, acamado completamente.

Continência (das eliminações)

- () Tem controle completo das eliminações urinária e intestinal.
- () Tem ocasionais “acidentes”.
- () A assistência ajuda a manter o controle da micção (dos que usam cateter ou que são incontinentes).

Alimenta-se:

- () Alimenta-se sem assistência.
 - () Alimenta-se por si, exceto para cortar a carne e passar manteiga no pão.
 - () Recebe assistência para alimentar-se.
 - () Recebe alimentação por gavagem ou por via enteral.
-

Cada um dos itens das escalas é composto de três valores:

0=independência

1=dependência parcial

2=dependência total

A soma dos valores de cada item classifica o indivíduo em independente ou dependente. Desta forma, foram considerados independentes nas ABVD's os sujeitos com pontuação igual ou inferior a sete pontos, e dependentes aqueles com escore acima de sete pontos.

ANEXO 4
ESCALA DE BURDEN INTERVIEW

- 1) O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?
nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

- 2) O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?
nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

- 3) O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?
nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

- 4) O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?
nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

- 5) O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto?
nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

- 6) O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?
nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

- 7) O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?
nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

- 8) O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?
nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

- 9) O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S esta por perto?
nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

10) O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?

nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

11) O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?

nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

12) O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?

nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

13) O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?

nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

14) O Sr/Sra. sente que S espera que o Sr/Sra. cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?

nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

15) O Sr/Sra. sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?

nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

16) O Sr/Sra. sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?

nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

17) O Sr/Sra. sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?

nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

18) O Sr/Sra. gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?

nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

19) O Sr/Sra. se sente em dúvida sobre o que fazer por S?

nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4

- 20) O Sr/Sra. sente que poderia cuidar melhor de S?
nunca 0 raramente 1 às vezes 2 frequentemente 3 sempre 4
- 21) De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra. se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S? **
nem um pouco 0 um pouco 1 moderadamente 2 muito 3 extremamente 4
-

0 - 20 - Pouca ou nenhuma carga
21- 40 - Leve a moderada carga
41- 60 - Moderada a grave encargo
61- 88 - Ônus grave

**No texto, S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado.*

***Neste item as respostas são:*

nem um pouco 0; um pouco 1; moderadamente; extremamente 4

APÊNDICE 1

Roteiro de entrevista

1- Dados do Cuidador:

Nome _____

Idade _____

Gênero _____

Escolaridade _____

Estado Civil _____

Há quanto tempo cuida do idoso? _____

O tempo de Cuidado é parcial ou integral? _____

Possui algum problema de saúde? _____

Faz uso de medicamento? _____

Qual a sua religião? _____

2 – Dados do idoso:

Nome _____

Idade _____

Gênero _____

Patologia _____

3 – Questões a cerca das atividades desenvolvidas no domicílio pelos cuidadores;
dificuldades vivenciadas no processo de cuidar; percepção do que é ser cuidador:

a) que atividades são realizadas no seu dia-a-dia além de cuidar do idoso?

b) que dificuldades são vivenciadas no processo de cuidar?

c) o que é ser cuidador para você?

APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do entrevistado: _____
Idade: _____ RG: _____

Projeto: Idosos dependentes assistidos por um Serviço de Atenção Domiciliar do SUS: o olhar da fisioterapia sobre as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores informais.

Eu, _____,
abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

1. Objetivo da Pesquisa: identificar os fatores que influenciam na sobrecarga física e/ou emocional de cuidadores informais, no processo de cuidar de idosos dependentes assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Federal Cardoso Fontes.
2. Benefícios que possam ser obtidos: conhecer as reais necessidades de quem cuida, com o objetivo de planejar, programar e executar ações de suporte para minimizar a situação de sobrecarga e possíveis agravos à saúde.
3. Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
4. Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
5. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
6. A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.
7. Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o (a) pesquisadora pelos telefones 21. 38790880 e 21.88612394

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20 _____.
