



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DE DA SAÚDE - CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UACS
CURSO DE ENFERMAGEM

MARIA VIVIANE DA SILVA GUEDES

**ASSISTENCIA DOMICILIAR À IDOSOS: Enfoque reflexivo através da
análise contextual**

CAMPINA GRANDE-PB

2016

MARIA VIVIANE DA SILVA GUEDES

**ASSISTENCIA DOMICILIAR À IDOSOS: Enfoque reflexivo através da
análise contextual**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado como requisito para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem pela
Universidade Federal de Campina
Grande/UFCG/Campina Grande.

Área de Concentração: Saúde do Idoso

Orientador: Me. Jank Landy Simôa Almeida.

CAMPINA GRANDE-PB

2016

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro Silva”- UFCG

G924a

Guedes, Maria Viviane da Silva.

Assistência domiciliar à idosos: Enfoque reflexivo através da análise contextual/ Maria Viviane da Silva Guedes. – Campina Grande, PB: O autor, 2016.

62 f. il.:Color. 21 x 27,9 cm

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) -
Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde.

Referências.

Orientador: Jank Landy Simôa Almeida, Me.

1.Idoso. 2.Cuidadores. 3.Assistência Domiciliar. 4.Enfermagem. 5.Cuidado.
I. Almeida, Jank Landy Simôa. (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 616-083 -053.9 (813.3)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UACS
CURSO DE ENFERMAGEM

ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC DO CURSO DE
ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CAMPUS DE
CAMPINA GRANDE - PB.

Aos 13 dias do mês de 05 do ano 2016 às 16 horas, na sala 051, com a presença dos professores participantes da banca examinadora abaixo discriminada, realizou-se a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado Cuidar é integral de todos: Engajamento nos cuidados integrados da análise contextual, desenvolvido pelo aluno (a) Thaiane da Silva Soares, regularmente matriculado no componente curricular TCC II, no semestre 2015 8 orientado pelo professor (a) Frank Krampy Sampa Almeida. O período da defesa transcorreu em conformidade com as normas estabelecidas pelo regimento do TCC. O aluno utilizou 18 minutos para a apresentação do seu TCC. Ao término da defesa o (a) aluno (a) juntamente com o público retirou-se da sala e a banca a portas fechadas emitiu o parecer, atribuindo a nota ao aluno. Em seguida o aluno foi reconduzido à sala e o resultado da sua avaliação foi divulgado pelo orientador. Obtendo nota 10,0 (Dez) pelos examinadores. O orientador agradeceu a presença de todos. Assim, dou fé.

Campina Grande, 13/05/16.

ORIENTADOR (A):

TITULAÇÃO:

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro:

Galany Lúgela da L. M. Vieira

Titulação: Mestre

2º Membro:

Rosângela Vidal de Negreiros

Titulação: Mestre

*À Deus e aos meus pais, meus maiores incentivadores.
Essa vitória é de vocês!*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **João (Beto)** e **M^a Gorette**, e minha irmã **Vanessa**, que com imenso amor, esforço, determinação, dedicação e alegria, me ensinaram a caminhar com simplicidade e honestidade, tornando minha caminhada mais suave. Eu não chegaria até aqui sem vocês! Muito Obrigada!

À minha avó materna, **Inês** e a minha tia **Hozana**, à **todos os idosos** e seus **familiares cuidadores**, que conheci e me proporcionaram a alegria de ouvir suas histórias de vida e os ensinamentos que tinham a passar. Muito Obrigada!

Ao meu querido professor e orientador, **Ms. Janek Landy**, que me conduziu para a realização dessa pesquisa com toda destreza, paciência e sabedoria. Certamente, grande parte desse trabalho tornou-se possível graças a você. Agradeço muito por ter me aceito como sua orientanda, pela pessoa que és, por todo ensinamento e conversas compartilhadas, e também por toda paciência diante das minhas dúvidas. Muito Obrigada!

Ao meu namorado, **Cristiano** e minhas amigas/irmãs de coração, **Roberta** e **Pâmella**, que entenderam a minha ausência e com muita paciência continuaram me incentivando, nos momentos mais difíceis da minha caminhada. Amo muito vocês! Muito Obrigada!

À minhas amigas da turma 10.2, **Rayssa**, **Ingrid**, **Izabel**, **Alluska**, **Rita** e **Raila**, que compartilharam comigo inúmeros momentos, de alegria e também de tristeza. Minhas fiéis escudeiras, que a nossa amizade permaneça forte e que cada reencontro seja regado de muitas boas risadas. Muito Obrigada!

À toda a **turma 11.2 – Turma 5**, que acolheu não só a mim, como também outros integrantes da 10.2, como ovelhas desgarradas, apesar das tantas brigas, tantas agonias.. mas também tantas alegrias.. em especial, **Jedison**, **Vanessa**, **Mikael**, **Ruan**, **Raine** e **Larissa**. Enfim, **Minha segunda família...** foi muito bom conviver com vocês durante o curso, por ter compartilhado conhecimentos, união e amizade... Que os laços que nos unem permaneçam fortes! Sintam-se todos abraçados ♥ Muito Obrigada!

À banca examinadora, **Ms. Gerlane Ângela da Costa Moreira Vieira** e **Ms. Rosângela Vidal de Negreiros** que cedeu uma parte de seu tempo precioso para poder contribuir com meu trabalho. Muito Obrigada!

À **todos (a) outros (a) professores da graduação**, em especial à **Gilvânia Smith**, **Lidiany Félix**, **Erik Cristovão**, **Luana Lemos**, **Taciana Almeida**, **Ana Cláudia Torres**, **Alan Dionizio**, **Emanuel**, **F. Sales**, **Arleusson**.. Cada um (a) com sua peculiaridade que me proporcionaram crescimento e demonstraram o que é paixão pela profissão, obrigado pelo estímulo, incentivo e contribuições. Todos (a) fundamentais em minha vida acadêmica. Muito Obrigada!

À **todos os profissionais de saúde** que conheci, em especial aos enfermeiros **Lissandra Sobreira** e **Alexandre Magno** que muito contribuíram e me auxiliaram no estágio supervisionado, vocês foram demais comigo. Sou muito grata, obrigada!

Aos **funcionários da UFCG**, **instituições** pelas quais passei e principalmente aos **pacientes** que tive a oportunidade de conhecer e ajudar.. Agradeço pelas experiências e ensinamentos compartilhados. Muito Obrigada!

Enfim, finalizo, com a certeza de que meu futuro, dependerá do que construo no meu presente. Obrigada à todos, que Deus os abençoe!

RESUMO

GUEDES, M. V. S.; **ASSISTENCIA DOMICILIAR À IDOSOS: Enfoque reflexivo através da análise contextual.** 62 fls. Trabalho de Conclusão de Curso – TCC (Graduação) – Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campina Grande – PB, 2016.

Define-se “Cuidador” como aquela pessoa que cuida de alguém, proporcionando higiene pessoal, alimentação, lazer, bem-estar, cultura, recreação, saúde e educação, a partir de metas pré-estabelecidas por familiares ou instituições. Nesta pesquisa objetivou-se analisar a assistência domiciliar prestada pelo cuidador de idosos no Brasil, através da análise reflexiva contextual de Hinds, Chaves e Cypress. O estudo foi do tipo revisão bibliográfica reflexiva utilizando como referencial de discussão crítica o modelo Análise Contextual proposto por Hinds, Chaves e Cypress (1992). De modo que, os estudos encontrados fossem recortados, padronizados e categorizados em 4 subtemas, respeitando a perspectiva conceitual de cada contexto que se denotou na leitura. A pesquisa ocorreu no período de janeiro de 2016 a fevereiro de 2016 no web espaço da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através da consulta on-line avançada. Isso posto, os resultados foram categorizados em 4 subtemas, da seguinte maneira: o Contexto Imediato - descreveu as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores domiciliares de idosos no âmbito domiciliar; o Contexto Específico – discorreu sobre as características físicas do domicílio; o Contexto Geral – explanou sobre a Assistência domiciliar e o Metacontexto – explorou acerca das Políticas públicas pertinentes a saúde do idoso. Foi possível perceber que existem muitos estudos focados em abordar os empecilhos do cuidar, com isso, percebe-se a necessidade da importância da participação ativa dos familiares na vida e na divisão de atividades para com o idoso, tentando contribuir o máximo para diminuir a sobrecarga do cuidador.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Cuidadores. Assistência Domiciliar. Enfermagem. Cuidado.

ABSTRACT

GUEDES, M. V. S.; **HOUSEHOLD ASSISTANCE TO THE ELDERLY: Reflective Approach through contextual analysis.** 62 pgs. Work Completion of course - TCC (Graduation) - Bachelor of Nursing, Federal University of Campina Grande - UFCG, Campina Grande - PB, 2016.

It defines "Caregiver" as the person who cares for anyone providing personal hygiene, feeding, leisure, wellness, culture, recreation, health and education, from pre-established by family or institutions goals. This research aimed to analyze the home care provided by the nursing caregiver in Brazil, through contextual reflective analysis of Hinds, Chaves and Cypress. The study was the type reflective literature review using as a benchmark for critical discussion the Contextual Analysis model proposed by Hinds, Chaves and Cypress (1992). So, the studies found were cut out to standardized and categorized into four sub-themes, respecting the conceptual perspective of each context that denoted in reading. The survey took place from January 2016 to February 2016 in the web space of the Virtual Health Library (VHL), through advanced online consultation. That said, the results were categorized into four sub-themes, as follows: the Immediate Context - described the difficulties faced by home caregivers of elderly in the home environment; the specific context - spoke about the physical characteristics of the household; General context - expounded on Home care and Meta context - explored about public policy relevant to health of the elderly. It was possible to see that there are many studies focused on addressing the obstacles of care, thereby realize the need of the importance of active participation of the family in the life and activities of division with the elderly, trying to contribute the maximum to reduce the burden caregiver.

KEYWORDS: Elderly. Caregivers. Homecare. Nursing. Caution.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Atividades básicas e instrumentais de vida diária.....	19
QUADRO 2 – Instrumento de coleta de dados.....	24
QUADRO 3 – Representação das camadas contextuais do cuidar assistencial de idosos.....	48
QUADRO 4 – Artigos triados para compor as categorias temáticas de contexto.....	60

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Representação esquemática do processo reflexivo na pesquisa científica.....	25
FIGURA 2 – Características físicas da escada, corrimão e janela.....	36
FIGURA 3 – Características físicas do corredor.....	36
FIGURA 4 – Características físicas da sala.....	37
FIGURA 5 – Características físicas da cozinha.....	38
FIGURA 6 – Características físicas do quarto.....	39
FIGURA 7 – Características físicas do banheiro.....	39

LISTA DE SIGLAS

AD – Assistência Domiciliar;

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas;

AD1 – Atenção Domiciliar Tipo I;

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária;

AVD – Atividades Básicas de Vida diária;

BDENF – Base de dados de enfermagem;

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde;

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações;

CNS – Conselho Nacional de Saúde;

Crasi – Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso;

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis;

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde;

ESF – Estratégia Saúde da Família;

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde;

MEDLINE – Literatura Internacional em Ciências da Saúde;

MS – Ministério da Saúde;

NBR – Norma Brasileira;

PA – Pressão Arterial;

PNI – Política Nacional do Idoso;

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar;

SciELO – Scientific Electronic Library Online;

SUS – Sistema Único de Saúde;

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego;

UBS – Unidades Básicas de Saúde;

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	16
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
3.1 CONHECENDO O CUIDADOR DE IDOSOS.....	18
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	22
4.1 TIPO DE PESQUISA	22
4.2 TEMPO E AMBIENTAÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	23
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	24
4.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
4.6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	24
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
5 ANÁLISE CONTEXTUAL	28
5.1 CONTEXTO IMEDIATO.....	28
5.2 CONTEXTO ESPECÍFICO.....	33
5.3 CONTEXTO GERAL.....	41
5.4 METACONTEXTO.....	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	60



*O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice. Colhe, pois, a sabedoria.
Armazena suavidade para o amanhã.
(Leonardo da Vinci)*

1 Introdução

Sabe-se que o processo de envelhecimento, embora natural, é singular a cada indivíduo, que as alterações próprias da senescência quando somadas com os fatores extrínsecos, deixam os idosos mais propensos a comorbidades, necessitando do cuidado qualificado dos profissionais da saúde. No entanto, nem todas as famílias têm condições de dispor de um profissional qualificado para tal, o chamado cuidador, tendo então que recorrer a outras pessoas para prestar os cuidados, como familiares e amigos, que muitas vezes são despreparados e sem qualificação adequada para prestar uma assistência diferenciada de modo que, atenda às necessidades dos idosos e preserve sua autonomia e autoestima.

Neste contexto, define-se “Cuidador” como aquela pessoa que cuida de alguém, proporcionando higiene pessoal, alimentação, lazer, bem-estar, cultura, recreação, saúde e educação, a partir de metas pré-estabelecidas por familiares ou instituições (BRASIL, 2002a). Para Nardi et al., (2012, p.98) “cuidadores são pessoas que assumem a responsabilidade e a tarefa de cuidar, dar suporte ou assistir alguém em alguma necessidade”.

Na hora de escolher essas pessoas voltadas ao cuidar assistencial diário, devem-se considerar alguns critérios, tais como: gênero, idade, parentesco, local, tempo disponível e situação financeira. Destaca-se que, o gênero feminino é o mais atuante no ato do cuidar, em virtude do papel histórico de matriarca que a mulher carrega, tornando as filhas (os) e esposas (os) dos (a) idosos (a) as primeiras opções de cuidadores, mais ainda as que moram com estes ou tem mais proximidade (SOUZA et al., 2014).

O autor supracitado, ainda acrescenta que o nível escolar prevaiente do cuidador de idosos é o de Ensino Fundamental e Médio e a faixa etária predominante varia de 31 a 70 anos, o que é um fator alarmante, uma vez que quanto mais avançada à idade, mais susceptíveis à sobrecarga os cuidadores serão, por conta das restrições que a idade impõe.

O cuidador é o elo entre o idoso, a família e a equipe de saúde, que facilita a comunicação e o repasse de informações sobre o estado de saúde da pessoa cuidada. É a pessoa que tem maior vínculo com o idoso, desse modo, é quem escuta, ampara, acolhe, dá carinho, amor e atenção ao mesmo, além de prestar um atendimento humanizado. Sobretudo, é a pessoa que reconhece as dificuldades, lidando com desafios simples e complexos diariamente, além de seus conhecimentos (BRASIL, 2008).

Muitos são os problemas desencadeados pelo processo do cuidar, e mais ainda são os impactos que estes desencadeiam no processo saúde-doença. Diante disto, cresce a preocupação sobre o cuidador e a importância do incentivo a criação de cursos de capacitação para os mesmos, realizados por profissionais da saúde, a fim de orientar e preparar os

cuidadores para executar o cuidado de modo mais qualificado, quanto aos princípios teóricos e práticos, fundamentados na ética e na humanização.

Souza et al., (2014) enfatiza que é responsabilidade do profissional de enfermagem: criar um vínculo com o idoso, o cuidador e seus familiares a fim de, identificar suas particularidades, uma vez que o cuidado precisa ser individualizado; educar e capacitar os cuidadores para aprenderem a manusear acessórios e dispositivos necessários para as atividades assistenciais relacionadas à enfermagem, sanar suas dúvidas e supervisionar esses cuidados; sensibiliza-los a identificar as necessidades dos idosos, e os sinais de piora de quadro clínico a fim de evitar complicações; cabendo ainda a enfermagem dá suporte emocional à família, elaborando estratégias de enfrentamento, promovendo a humanização principalmente ao acolher o cuidador, desgastado pelo ato de cuidar. Todavia poucos são os domicílios que contam com um cuidador enfermeiro para lidar com o cuidar assistencial.

Apesar de muito está se investindo na promoção do envelhecimento ativo e saudável, é inevitável o estado de dependência dos idosos proveniente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que surgem no processo de envelhecimento. Como a expectativa de vida está aumentando, é importante que existam novas prioridades na área das políticas públicas além de toda legislação vigente no sentido de promover e proteger a saúde e qualidade de vida do idoso, mas também do cuidador familiar, posto que também ser cuidador de idosos é uma ocupação (profissão ainda não regulamentada) crescente.

Diante do supra-exposto, percebe-se a necessidade de uma atenção peculiar a esse público, compreendendo a maneira crescente com a qual vem se estabelecendo em nossa sociedade.

O interesse pela temática surgiu a partir de experiência pessoal com avó materna, e de sua cuidadora pessoal. A partir da observação não participativa dos cuidados prestados, das frequentes queixas e problemas diversos com a assistência domiciliar, sobreveio a seguinte indagação: **“Quais as dificuldades que os cuidadores de idosos enfrentam diariamente no âmbito do cuidar?”** Esta se tornou a pergunta de pesquisa pela relevância de necessidade de respostas que fizessem relação direta com a consistência externa das pesquisas com idosos.

Enquanto acadêmica, a pesquisa estimulou a busca por conhecimentos sobre a temática, através do pensamento crítico, aperfeiçoando minha formação, e proporcionando oportunidades de novas pesquisas, para a comunidade acadêmica. Afirma-se que por mais que se acredite que as dificuldades sejam conhecidas, cada realidade, de cada região diferente do Brasil, pode inferir novas informações e características ao objeto de estudo pesquisado,

tornando-se assim um tema de pesquisa de consistência externa na comunidade científica e com potencial transformador de realidades.



*Devemos aprender durante toda a vida, sem imaginar que a sabedoria vem com a velhice.
(Platão)*

2 Objetivo

Analisar a assistência domiciliar prestada pelo cuidador de idosos no Brasil, através da análise reflexiva contextual de Hinds, Chaves e Cypress (1992).



Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem. Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres.
(Seneca)

3 Revisão Bibliográfica

3.1 CONHECENDO O CUIDADOR DE IDOSOS

A palavra “Cuidador”, é o termo utilizado para identificar àquelas pessoas que cuidam de idosos, reconhecida, nomeada e codificada como ocupação existente no mercado de trabalho brasileiro, pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), constando na lista de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) na categoria Cuidador de Idosos sob código 5162-10 (BRASIL, 2002a), instituída pela portaria nº 397 de 9 de outubro de 2002. A mesma enfatiza que, os idosos com elevado grau de dependência, requer um cuidador com nível técnico ou superior, classificado como técnico de enfermagem ou enfermeiro.

Wachholz, SANTOS; WOLF (2013, p. 514) definem “cuidador” como a pessoa que ajuda aquele ser dependente e aponta o cuidar como “um ato de vida, que tem por finalidade assegurar a manutenção e continuidade da existência humana”.

Os motivos que induzem uma pessoa a tornar-se cuidadora de idosos, incluem a reciprocidade (retribuir o cuidado recebido em algum momento), gratidão, responsabilidade social e familiar, medo da censura dos familiares caso exista a recusa em cuidar do (a) idoso (a), altruísmo, culpa ou simplesmente por achar que o cuidado é temporário (BORN, 2008; AZEVEDO, 2010).

Azevedo (2010) afirma que geralmente assumir o cuidado não é uma opção, mas sim pela indisponibilidade de outros cuidadores e que uma vez assumido o posto de cuidador familiar, o cuidado dificilmente é transferível no contexto domiciliar, isso porque, quando um familiar se envolve no cuidado, os demais se desvencilham da obrigação.

Os cuidadores de idosos, na literatura, são classificados em 2 tipos: Cuidador Informal e Cuidador Formal. O cuidador informal é aquele membro da família ou da comunidade ou amigos que assisti ao idoso dependente, que presta qualquer tipo de cuidado, conforme as necessidades do idoso. Enquanto que o formal é aquela pessoa qualificada para a função mediante remuneração, que realizou cursos preparatórios em instituições de ensino, que na maioria das vezes não tem vínculo com o idoso e é contratado para a função de cuidador, seja ele acompanhante, auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeira, empregada doméstica, entre outros (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2002; ORSO, 2008; ROCHA JUNIOR, 2009).

Os autores supracitados, ainda afirmam que tanto o cuidador formal como o informal, ainda podem ser classificados em duas categorias: Cuidador principal ou primário e Cuidador secundário. Sendo o Cuidador principal aquele que exerce apenas essa função, àquele que tem total ou maior responsabilidade pelas atividades assistenciais do idoso no domicílio e o Secundário, aquele profissional contratado que auxilia o cuidador principal com atividades

complementares, destinando apoio. O cuidador principal, é o que assume as atividades referentes ao cuidar em tempo integral, que na maioria das vezes fica sobrecarregado pelo acúmulo das atividades diárias.

Compete aos cuidadores de idosos assistir e/ou executar as Atividades de Vida diária (AVD) do idoso, quando este não puder exercer, e sempre encorajar a auto-suficiência. Tais atividades, incluem o banho, alimentar, escolher a roupa junto com o idoso e ajudar a vestir ou vesti-lo, levar ao banheiro, colocar fraldas, transferir o idoso de um lugar para o outro, realizar mudança de decúbito, empurrar cadeiras de rodas, escovar os dentes, fazer a barba e pentear os cabelos, cuidando de sua aparência a fim de, melhorar sua autoestima, além de manter os objetos pessoais do idosos guardados e organizados nos locais de origem (BORN, 2008; BRASIL, 2008; FLORIANO et al., 2012).

As Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), as mais complexas, incluem: preparar as alimentações, comprar e administrar medicamentos, locomover ou acompanhar o idoso além do âmbito familiar, como levar a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e/ou Hospital para verificar pressão arterial (PA) e glicemia, acompanhar a pessoa cuidada em consultas, realização exames e tratamentos de saúde, realizar compras, cuidar das finanças, realizar as atividades domésticas e cuidar de si próprio, de sua higiene pessoal e saúde, que na maioria dos casos, ficam em segundo plano (BRASIL, 2008; FLORIANO et al., 2012).

Born (2008) ainda inclui como AIVD, incentivar o idoso a comunicar-se, através do diálogo, e inclui-lo em atividades de lazer e atividades físicas, a fim de favorecer sua saúde e a estabelecer novas amizades, e no que diz respeito a medicações, cabe ao cuidador, medicar conforme as prescrições e quando as medicações forem por meio de injeções, contatar aos profissionais da enfermagem, para aplica-las, assim como comunicar aos profissionais qualquer mudanças físicas, no comportamento ou humor destes.

QUADRO 01 – Atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Atividades Básicas de Vida Diária	Atividades Instrumentais de Vida Diária
Alimentar-se	Utilizar meios de transporte
Banhar-se	Manipular medicamentos
Vestir-se	Realizar compras
Mobilizar-se	Realizar tarefas domésticas leves e pesadas
Deambular	Utilizar o telefone
Ir ao banheiro	Preparar refeições
Manter controle sobre suas necessidades fisiológicas	Cuidar das próprias finanças

Fonte: Brasil, 2006a.

Nota-se que o cuidar é uma atividade intensa, um acúmulo de atividades que envolvem o idoso, a casa e o cuidador, acarretando neste último, sobrecarga física e psíquica, em virtude da mudança de sua rotina, modificando assim sua qualidade de vida.

Brasil (2008, p. 8) acrescenta que além das atividades acima mencionadas, cabe ainda ao cuidador:

Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde; Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada; [...] Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos; [...] Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto; [...] Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada; Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

O que acontece na prática, na maioria das vezes, são os cuidadores realizarem as atividades fora de sua função, além das atividades assistenciais, tais como as atividades domésticas, excedendo seus limites físicos e emocionais, desencadeando com isso, sentimentos negativos e inúmeros problemas de saúde, sobrecarregando-os (VALER, 2012).

O cuidador precisa entender que não é a única pessoa capaz de cuidar do idoso, tão pouco acreditar que consegue cuidar sozinho. É preciso ainda, reconhecer os próprios limites e saber quando é chegado o momento de pedir auxílio, assim como cabe ao restante da família, envolver-se no cuidado com a pessoa idosa, tentando contribuir o máximo possível para evitar a sobrecarga do cuidador principal (BORN, 2008).

Por isso é importante que o cuidador seja informado, quanto as atividades que ele pode exercer e o que compete apenas aos profissionais de saúde capacitados, de nível técnico ou superior, que ele sob hipótese alguma deve desempenhar, bem como ensinar ao cuidador, a reconhecer sinais e sintomas de perigo para o idoso.



*Quando ficamos velhos, os afetos contam mais do que os conceitos.
(Norberto Bobbio)*

4 Procedimentos Metodológicos

4.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo foi do tipo revisão bibliográfica reflexiva utilizando como referencial de discussão crítica o modelo Análise Contextual proposto por Hinds, Chaves e Cypress (1992); De modo que, os estudos encontrados fossem recortados, padronizados e categorizados em 4 subtemas, respeitando a perspectiva conceitual de cada contexto (imediato, específico, geral e metacontexto), que se denotou na leitura.

Segundo Costa; Enders e Menezes (2008) o contexto é uma fonte de dados, e a união dos subtemas com seus significados proporciona uma melhor descrição e apreensão dos conceitos do fenômeno sobre o estudo, principalmente quando examinados individualmente. Desse modo, o pesquisador compreende melhor o fenômeno a partir do momento em que aproxima sistemática e analiticamente o contexto da situação em foco.

Tibúrcio et al., (2013, p. 330) ainda define contexto como:

Interação proposital, sistemática e analítica do profissional em saúde com a situação ou evento, objetivando descobrir o significado em sua totalidade e compreender o todo naquela situação ou evento, de forma a permitir a predição, explanação e compreensão do fenômeno.

Isso acontece, porque as camadas contextuais são distintas entre si, além de serem interativas e organizadas em subtemas de fácil visualização e também por não serem estáticas e/ou isoladas, o que facilita desse modo, a compreensão do todo (ARAÚJO et al., 2015).

O **Contexto Imediato**, representa o fenômeno em si que está ocorrendo no presente momento e, se caracteriza pela imediação ou seja, pela proximidade em que está acontecendo. Esse contexto, tem como foco caracterizar o fato, seus limites e espaços tal como se apresenta, trazendo uma explicação para sua ocorrência (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008; GOMES, 2013).

O **Contexto Específico**, é o nível que envolve o conhecimento individualizado e absoluto sobre os elementos do passado imediato e os fatores relevantes do presente momento, presentes no ambiente que influenciam o fenômeno (RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011; TIBÚRCIO et al., 2013).

O **Contexto Geral**, se caracteriza pela referência de vida desenvolvida pelo sujeito, influenciada pelas crenças pessoais e valores culturais e sociais, a partir das suas interpretações baseadas em experiências passadas e atuais, que desembocam em uma série de eventos ou comportamentos associados a significados construídos no decorrer do tempo (RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011; PEREIRA et al., 2014).

O **Metacontexto** congrega os aspectos sociopolíticos e normoreguladores que por sua vez, influenciam o fenômeno. Descreve a visão social do fenômeno, a partir dos conhecimentos e aprendizados socialmente construídos no passado, que incorpora o presente, influenciando e moldando, desse modo o futuro, resultando em uma perspectiva social compartilhada (COURA et al., 2013; ARAUJO et al., 2015).

4.2 TEMPO E AMBIENTAÇÃO DA COLETA DE DADOS

A pesquisa ocorreu no período de janeiro de 2016 a fevereiro de 2016 no web espaço da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através da consulta on-line avançada. A BVS é uma biblioteca que abarca outras bases de dados científicas, como: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Base de dados de enfermagem (BDENF), entre outras. Esta dispõe de artigos científicos, teses de mestrado, monografias, trabalhos de congressos e conferências, livros, entre outros, seja eles, apresentados na íntegra com os textos completos ou apenas os resumos.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para o levantamento dos artigos, realizou-se a busca combinada usando os seguintes descritores controlados, inclusos na lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “*Idoso*”, “*Cuidadores*” e “*Assistência Domiciliar*”. Utilizou-se o operador booleano “AND” no processo de cruzamento dos descritores supracitados para a triagem inicial dos artigos.

Com o fim de suporte bibliográfico e respaldo literário, identificaram-se estudos na bibliografia dos artigos encontrados, bem como por meio de busca manual em outras possibilidades de fontes. A pesquisa bibliográfica abrangeu artigos publicados no período de 2010 a 2015, delimitando uma amostra baseada no aspecto temporal de 5 anos. Também se considerou para efeito de embasamento teórico/histórico e aprofundamento da discussão os documentos referenciais do Ministério da Saúde (MS).

Através dos DeCS foi possível encontrar o montante de 4.084 artigos, que em seguida foram triados conforme critérios de inclusão, concentrando a amostra para 77 artigos; estes foram analisados, a partir da leitura prévia flutuante dos títulos e resumos dos estudos, para

seleção da amostra, que resultou em um total de 25 documentos. Contudo, a partir da leitura integral e da correlação das informações com o objeto de estudo, esses arquivos, ainda filtrados, foram reduzidos a 21 artigos, enquanto amostra final.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram elencados como critérios de inclusão:

- Artigos disponíveis na íntegra em texto completo;
- Idioma português;
- Publicação entre os anos de 2010 a 2015.

Foram excluídos da pesquisa os artigos repetidos e aqueles que, mesmo após a triagem por critérios de inclusão, ainda sim permaneciam na amostra semifinal, todavia sem correlação direta com o objeto de estudo eleito para esta pesquisa.

No apêndice A apresenta-se descrição da amostra do estudo.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O quadro 02 foi adotado como instrumento de coleta de dados secundários, para ser realizada a triagem dos artigos utilizados, por meio dos critérios de inclusão e exclusão. Após o fichamento das informações necessárias contidas em cada estudo, foi possível elencar as 04 categorias temáticas da análise contextual em questão.

QUADRO 02 – Instrumento de coleta de dados.

Objeto de estudo	Objetivos	Temas abordados

Fonte: Próprio autor, 2016.

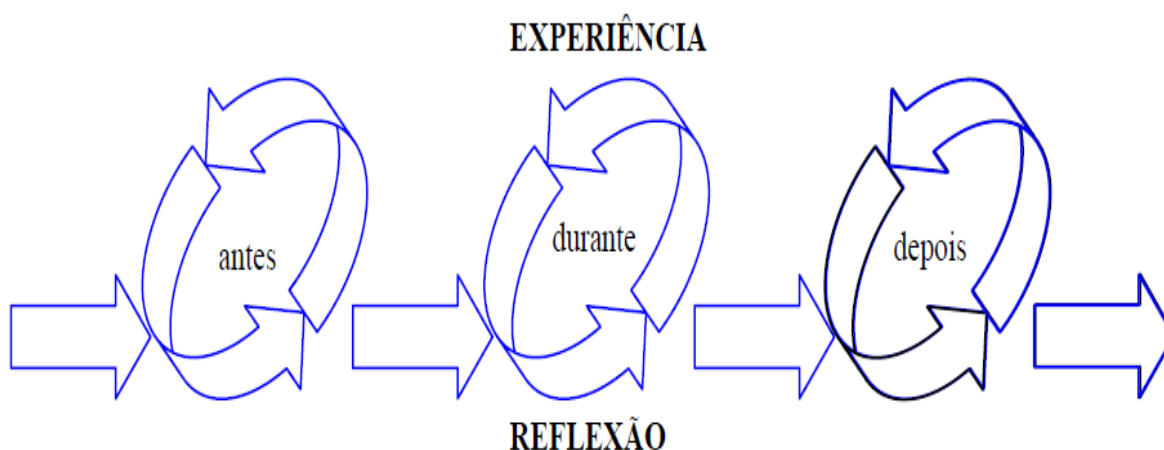
Após serem coletadas as informações por meio do instrumento de coleta de dados, iniciou-se à análise propriamente dita, a qual, foi desenvolvida sob a ótica da Análise Contextual, que se resume, à compreensão do fenômeno estudado (ARAÚJO et al., 2015).

4.6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Convém referir que a análise reflexiva da literatura científica (Hinds, Chaves e Cypress, 1992) – neste estudo adotada - é para Szymanski (2004) uma troca contínua de informações desde a escolha do problema (tema) até a proposição de uma mudança, definida em consenso, até a implementação das propostas segundo uma prática reflexiva. Propõe-se criar um espaço de interlocução, de escuta atenta, de reflexão, decisão compartilhada, ação, avaliação e desenvolvimento de consciência.

Isso posto, os resultados foram categorizados em 4 subtemas, da seguinte maneira: o **Contexto Imediato** - descreveu as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores domiciliares de idosos no âmbito domiciliar; o **Contexto Específico** – discorreu sobre as características físicas do domicílio; o **Contexto Geral** – explanou sobre a Assistência domiciliar e o **Metacontexto** – explorou acerca das Políticas públicas pertinentes a saúde do idoso.

FIGURA 1 – Representação esquemática do processo reflexivo na pesquisa científica.



Fonte: Reis; Silva; Eboli, 2010.

4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO

A realização desse estudo considerou a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS do Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2012a) que preconiza os postulados éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos de forma direta ou indireta, em território nacional, todavia esta Resolução não impede legalmente o uso de dados secundários sem aprovação prévia do comitê de ética. Não havendo critério impeditivo, essa pesquisa

considerou os aspectos éticos e legais e preservou a autenticidade do que foi pesquisado através dos dados secundários.

Relacionando os aspectos éticos da pesquisa, tomamos como base o que é apresentado nos artigos 91 e 92 do capítulo III do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 2007) que expõe como responsabilidades e deveres do pesquisador, respeitar os direitos autorais no processo de pesquisa e divulgação dos resultados, com honestidade e fidedignidade, bem como disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral.

Assim convém afirmar que não houve manipulação dos dados, ora classificados como secundários, mas sim e somente, uma categorização em níveis de compreensão do objeto de estudo, a partir dos dados (informações) retirados (triados) dos artigos que se tornaram fonte de consolidação do estudo proposto.



*Que a velhice não nos surpreenda com mais rugas na alma do que no corpo.
(Michel Eyquem de Montaigne)*

5 Análise Contextual

A pesquisa científica é importante para a comunidade acadêmica, porque é baseada em evidências e metodologicamente construída com o intuito de explicar ou solucionar um problema (SILVA; MENEZES, 2005). Para tal, é preciso que haja de início um levantamento bibliográfico, que irá demonstrar a existência e as características dos resultados, embasados em teorias e/ou comparações com outros estudos para obter uma efetiva interpretação (GIL, 2010).

É importante conhecer, analisar e discutir os dados da pesquisa, porque estes proporcionam as respostas para as investigações. Já que na análise, as hipóteses da pesquisa são relacionadas com os dados, para serem comprovadas ou refutadas e na interpretação, é exposto o real significado dos dados relacionados aos objetivos e tema da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2010). Desse modo, esse capítulo, dedica-se a descrição e reflexão das 4 categorias elencadas da análise contextual.

5.1 CONTEXTO IMEDIATO – DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS CUIDADORES DOMICILIARES DE IDOSOS NO ÂMBITO DOMICILIAR

O impacto na vida de uma pessoa que decide assumir a função de cuidador de um familiar idoso impossibilitado de se cuidar é imensa, uma vez que a necessidade de um cuidador, surge como algo inesperado, sem que o mesmo tenha tido tempo para se preparar física/emocional/social/econômica/intelectualmente para realizar suas atividades cotidianas com as do idoso, que exigem habilidades e conhecimentos específicos, vindo a sobrecarregá-lo com uma intensa jornada de trabalho.

Isso porque, o cuidar, inicia-se com atividades simples e rápidas da vida diária, como ajudar o idoso a vestir-se ou servir de apoio para andar na rua, no entanto, tais atividades vão tornando-se mais complexas gradativamente a medida que o idoso vai ficando mais debilitado, exigindo do familiar maiores conhecimentos e habilidades para exercer o cuidado diário e atender as necessidades do idoso (AZEVEDO, 2010).

Essa mudança repentina provoca tamanha transformação na vida dos cuidadores, que ficam expostos a toda ordem e desordem, instabilidades, questionamentos, certezas e incertezas, conflitos e ao caos (ILHA et al., 2014) assim, durante o processo de adaptação a essa nova realidade, que pode surgir a primeira dificuldade, caso a relação do idoso com o cuidador seja embasado em um histórico de conflitos, podendo gerar desconforto para ambos, tornando o cuidado inadequado e penoso para o cuidador (AZEVEDO, 2010).

Valer (2012) classifica a sobrecarga do cuidador em dois níveis, objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva refere-se aos problemas financeiros, ausência de outra fonte de renda, os conflitos familiares, impacto na saúde e na vida social do cuidador e a sobrecarga subjetiva refere-se ao impacto emocional na vida do cuidador.

Estudos recentes mostram que as modificações que ocorrem na vida do cuidador podem ocasionar ainda inúmeras dificuldades, dentre elas sobrecarga de trabalho (AIRES, 2010; LOUREIRO et al., 2014; POZZOLI, 2012; SANTOS; TAVARES, 2012), sobrecarga física (BORGHI et al., 2013; GARANHANI et al., 2010; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013; YAMASHITA, 2013) e sobrecarga emocional (FLORIANO et al., 2012; ILHA et al., 2014; LOUREIRO et al., 2014; UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

Tais sobrecargas surgem, em virtude da quantidade de atividades diferentes voltadas ao idoso para desempenhar no decorrer do dia (ILHA et al., 2014; OLIVEIRA; CALDANA, 2012) tendo que restringir as atividades de lazer ao domicílio (SEIMA; LENARDTI; CALDAS, 2014).

Abnegar dos sonhos de casar e construir sua própria família, quando o cuidador é jovem (BORGHI et al., 2013; OLIVEIRA; CALDANA, 2012) ou ainda ter largado o emprego para poder dedicar-se em tempo integral ao idoso foi mencionado como dificuldade referente ao cuidar (CARVALHO; RODRIGUES; BRAZ, 2013; FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011; OLIVEIRA; CALDANA, 2012; SANTOS; TAVARES, 2012).

Carvalho, RODRIGUES; BRAZ (2013) acrescentam que, em seu estudo, quatro cuidadores solicitaram demissão para exercer a função de cuidador e outros quatro se aposentaram ou deram entrada no processo de aposentadoria e alguns cuidadores procuravam exercer alguma atividade para complementar a renda quando lhes sobravam tempo.

O cuidado ser em tempo integral (AIRES, 2010; AZEVEDO, 2010; FLORIANO et al., 2012; OLIVEIRA; CALDANA, 2012; VALER, 2012) de modo que, o cuidador não perceba os limites entre sua vida e a do ser cuidado (BORGHI et al., 2013), provocando déficit do autocuidado, devido à falta de tempo para si (AIRES, 2010; FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011; ILHA et al., 2014; OLIVEIRA; CALDANA, 2012; POZZOLI, 2012; VALER, 2012; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013).

Privação social e de lazer (FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011; FLORIANO et al., 2012; GARANHANI et al., 2010; ILHA et al., 2014; LOUREIRO et al., 2014; OLIVEIRA; CALDANA, 2012; POZZOLI, 2012; SANTOS; TAVARES, 2012; SEIMA; LEONARDTI; CALDAS, 2014; VALER, 2012; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013) e o pouco tempo destinado aos familiares e a vida afetiva (BORGHI et al., 2013; LOUREIRO et

al., 2014; ILHA et al., 2014) é uma queixa frequente dos cuidadores, que ocorre na maioria das vezes devido à falta de apoio dos familiares ou amigos (AIRES, 2010; CARVALHO; RODRIGUES; BRAZ, 2013; FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011; FLORIANO et al., 2012).

Conflito familiar também mencionado (AIRES, 2010; AZEVEDO, 2010; LOUREIRO et al., 2014; OLIVEIRA; CALDANA, 2012; SANTOS; TAVARES, 2012; VALER, 2012; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013) em virtude do distanciamento dos familiares para evitar confrontos com o cuidador, desvincular-se do compromisso e do risco de redefinições de papéis. Essa queixa frequente, deve-se ao fato, de a responsabilidade pelo cuidado direto, na maioria das vezes, ficar a cargo de um único cuidador (AIRES, 2010; VALER, 2012).

Desse modo, é importante que as pessoas envolvidas na vida do idoso, compreendam a importância do revezamento de cuidadores para desempenhar as atividades de cuidado, e aprendendo a respeitar e a lidar com as diferenças e incertezas da vida. Uma vez que, a vida do familiar cuidador não deve se restringir apenas ao cuidar do idoso.

Azevedo (2010) menciona que os cuidadores que conseguiram retomar sua vida e recuperar o seu auto-cuidado, nessa etapa do processo, sentem-se mais livres e flexíveis, e também, conseguem realizar e descobrir novas atividades que lhes tragam prazer ao mesmo tempo que se dedicam a função de cuidador, possibilitando um relacionamento diário melhor com o idoso, favorecendo a qualidade de vida de ambos. Por isso, é importante que o cuidador recupere a si mesmo, que observe e perceba que o idoso debilitado não é a única pessoa a ser cuidada, e que ele retome suas metas e planos de vida.

Outro fato que acontece é a quebra de expectativas familiares, em esperar a evolução positiva da situação do idoso através dos cuidados diários (VALER, 2012). Pereira et al., (2013) enfatiza que os cuidadores se dedicam às atividades tidas como essenciais à recuperação do idoso, esperando desse modo um resultado positivo na recuperação do mesmo, e quando isso não acontece, o cuidado torna-se uma rotina ainda mais cansativa e frustrante.

Mas o que acontece, que pode influenciar na evolução da condição de saúde do idoso, é a falta de crédito que o cuidador dá ao idoso, uma vez que, na maioria das vezes o idoso ainda está em plenas condições cognitivas e físicas para realizar suas AVD, mas o cuidador seja por medo, ou falta de conhecimento ou ainda por achar que está negligenciado o cuidado, priva o idoso de exercer a tarefa, realizando-a por ele, privando-o ainda de evoluir funcionalmente e garantir sua independência (PEREIRA, 2013).

Grau de limitação funcional do idoso (VALER, 2012) é um fator agravante, porque o grau de dependência do idoso e o tempo dedicado ao cuidar, acumula mais atividades para o cuidador desempenhar, o sobrecarregando cada vez mais (AIRES, 2010; LOUREIRO et al., 2014; YAMASHITA, 2013).

Dificuldade financeira (BORGHI et al., 2013; CARVALHO; RODRIGUES; BRAZ, 2013; FLORIANO et al., 2012), foi bastante enfatizada nos estudos, uma vez que, interfere diretamente na dificuldade para conseguir os materiais de consumo, como medicamentos, que nem sempre são distribuídos nas UBSF e fraldas (SANTOS; TAVARES, 2012) ou conseguir transporte para levar o idosos as instituições de saúde ou consultas (VALER, 2012) ou ainda na falta de tecnologias assistivas, como cadeira de rodas para transporte, cadeira para banho, cama adaptável ou colchão adequado do tipo casca de ovo (SEIMA; LENARDTI; CALDAS, 2014).

Ambiente inadequado para um idoso e impossibilidade de adequá-lo (GARANHANI et al., 2010; SEIMA; LENARDTI; CALDAS, 2014; VALER, 2012) no intuito de minimizar as dificuldades, proporcionando ao idoso e ao cuidador maior conforto e qualidade em seu cotidiano. No entanto, tais modificações, requerem um custo elevado, fora da realidade dos recursos financeiros do cuidador/idoso, que quando somado as outras necessidades diárias e prioritárias, causa grande dispêndio.

O déficit de conhecimentos (SANTOS; TAVARES, 2012; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013) e a falta de habilidade ou despreparo (CARVALHO; RODRIGUES; BRAZ, 2013; YAMASHITA, 2013) ou ainda a dificuldade em perceber as necessidades do idoso (ARAUJO et al., 2013) interfere muito na realização dos cuidados, e isso é reflexo da falta de suporte necessário aos cuidadores para prover a assistência pelos serviços e profissionais de saúde (LIMA; SPAGNUOLO; PATRICIO, 2013; SANTOS; TAVARES, 2012).

Também foram mencionadas como dificuldades vivenciadas pelos cuidadores a resistência dos idosos aos cuidados (VALER, 2012) e o fato de alguns cuidadores não saberem lidar com os distúrbios de comportamentos dos idosos (LOUREIRO et al., 2014). O mesmo autor ainda acrescenta a falta de inabilidade dos cuidadores em lidar com os esquecimentos, a repetitividade e as solicitações constantes, os comportamentos bizarros, a falta de etiqueta à mesa e no trato social e com a deambulação constante, especialmente noturna, provocada pelas alterações nos hábitos de sono e repouso.

Aires (2010) menciona a dificuldade para encontrar um cuidador formal qualificado e de confiança para substituí-lo, no entanto, foi evidenciado em seus estudos que os cuidadores recorrem a hospitalização quando os idosos necessitam de maiores cuidados além de sua

competência, mas que recusam-se a institucionalizar os idosos, mesmo diante de todas as dificuldades supracitadas; que os pais cuidam dos filhos e os filhos cuidam dos pais, pois esse legado é passado de geração em geração, como retribuição dos cuidados prestados.

Para alguns autores, a função de cuidador se resume na maioria das vezes como algo exaustivo, complexo, complicado e difícil, além de estressante, em virtude da intensidade de cuidados exigidos pelo idoso dependente (FLORIANO et al., 2012; SEIMA; LENARDTI; CALDAS, 2014).

É evidenciado na literatura que as dificuldades enfrentadas pelos cuidados provocam sentimentos negativos, do tipo: estresse, insatisfação, pena, nervosismo, impaciência, ansiedade, depressão, preocupação, autoestima baixa, empatia, culpa, vergonha, raiva, tristeza, intolerância, sentimento de obrigação, medo do idoso adoecer ou morrer, desânimo, insegurança, impotência, angústia, frustração, prisão, solidão, ressentimento, pesar e falta de privacidade (AIRES, 2010; AZEVEDO, 2010; OLIVEIRA; CALDANA, 2012; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013).

Tais dificuldades enfrentadas pelos cuidadores, é perceptível aos idosos, provocando neles também sentimentos negativos, tipo: depressão, diminuição da autoestima e da qualidade de vida, diminuição ou perda completa da autonomia e independência, tornando-se mais sujeito a fraturas e internações frequentes e mais prolongadas e também a óbitos. Pior percepção de saúde, além de sofrerem com a falta de atenção, carinho e amor por parte do cuidador, sobrecarregado com as atividades do cuidar (ARAUJO et al., 2013; LIMA; SPAGNUOLO; PATRICIO, 2013; SOUZA et al., 2014).

No entanto, apesar das dificuldades e sentimentos negativos supracitados, o cuidar ainda envolve alguns sentimentos positivos, apontados pelos cuidadores em vários estudos, tais como: amor, carinho, afeição, amizade, alegria, paciência, bem estar, respeito, solicitude, satisfação, prazer, responsabilidade, troca, utilidade, retribuição, gratificação, gratidão, dignificação, proximidade, valorização social, motivação, solidariedade, atribuição de um novo significado para a vida, companheirismo, felicidade, senso de utilidade, de realização, de responsabilidade social e dever cumprido, significação existencial, pessoal e de reciprocidade; dá continuidade à tradição familiar, renuncia, dedicação (AZEVEDO, 2010; BORGHI et al., 2013; FLORIANO et al., 2012; PERREIRA et al., 2013; VALER, 2012). Segundo Yamashita (2013), o cuidar é visto pelo cuidador como algo que dignifica, trazendo aquela sensação de dever cumprido.

Por vezes, o cuidador pode acabar adoecendo em decorrência dessa função, e conseqüentemente, tendo que fazer uso de diversas medicações, tornando-se tão doente

quanto o idoso (BORGHI et al., 2013). Os sintomas que mais refletem a sobrecarga do cuidador, mais encontrados na literatura, são: fadiga, cansaço, dor, sintomas psiquiátricos, diminuição da libido e desempenho sexual, quando a pessoa cuidada é o conjugue (FERREIRA et al., 2012; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013). E dentre as patologias desencadeadas com o cuidar, encontramos: problemas cardiovasculares, mentais, respiratórios, endócrinos, gástricos e psicológicos do tipo depressão (CARVALHO; RODRIGUES; BRAZ, 2013; SEIMA; LENARDTI; CALDAS, 2014).

Pozzoli (2012) cita ainda a síndrome do cuidador, que consiste no desenvolvimento de um conjunto de doenças desencadeadas mediante o processo de cuidar, doenças do tipo: cardiovasculares, psíquicos, como a depressão e osteomusculares. Outro fator importantíssimo indicador de sobrecarga mencionado no estudo de Ferreira et al., (2012) foi o pensamento suicida encontrado em cuidadores de idosos.

Alguns estudos apontaram como fator influenciável no desempenho dos cuidadores, o nível de escolaridade o que dificulta a compreensão da condição de saúde do paciente, a idade do cuidador e também do idoso assistido, o estado civil do cuidador e sua situação de saúde (PERREIRA et al., 2013; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013).

Desse modo, entende-se que o contexto imediato do Cuidar Assistencial De Idosos é cercado de inúmeras peculiaridades, e por isso é imprescindível reconhecer o perfil dos cuidadores e disponibilizar uma assistência profissional focada nas suas necessidades e dificuldades, que não seja apenas uma informação, mais sim, disponibilizar meios para que seja preservada a saúde física e psicológica do cuidador e dos outros familiares que o cercam, para que desse modo seja garantida a qualidade do cuidado e consequentemente a qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada.

Mas que também, a equipe, tente intervir e ajudar esse cuidador a manipular esse novo mundo em que ele foi inserido e convidar outros familiares a participar mais ativamente do cuidar, dividindo as atividades diárias para que este não seja tão sobrecarregado, e tenha espaço para dar continuidade aos planos de vida estabelecidos antes de ser “convidado” a exercer a função de cuidador.

5.2 CONTEXTO ESPECÍFICO – DOMICÍLIO

As inúmeras alterações que o organismo sofre em virtude do processo de envelhecimento uma vez associadas a fatores extrínsecos deixam os idosos mais predispostos

à riscos, dentre estes o risco de quedas (BRASIL, 2006a). Sendo assim, o domicílio que antes era confortável e seguro, passar a oferecer riscos e dificuldades para a pessoa idosa.

O item quedas ocupa a segunda posição, no ranking das mortes por causas externas. A taxa de internação hospitalar pelo SUS devido a quedas no Brasil em 2012 foi de 19,26%, considerando-se a população geral, mas quando considerado a população idosa com 60 anos ou mais, foi encontrado um índice alarmante de 42,68% (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012c).

Quando os idosos sofrem quedas o cuidador passar a vivenciar dificuldades superiores as que ele vivia, já que a assistência e tempo dedicado as atividades voltadas ao idoso serão maiores. A casa passa a necessitar de modificações para evitar novas quedas assim como, torna-se necessário por exemplo quando o idoso passa a usar cadeira de rodas, o que requer do ambiente algumas adaptações para locomovê-lo livremente. O que remete mais uma vez a uma dificuldade tanto mencionada por cuidadores, presente na literatura: o aumento dos recursos financeiros.

Visando diminuir os fatores de riscos presentes no domicílio tornando-o mais acessível, foi criada em 2013 a Cartilha de Acessibilidade Ambiental, com orientações ilustradas de como deve ser o ambiente domiciliar para pessoas idosas. A cartilha é dividida quanto as recomendações por cômodos, da seguinte forma: entrada da casa, circulação interna, sala, cozinha, quarto, banheiro e quintal.

Quanto a entrada da casa recomenda-se que a calçada tenha largura mínima de 1,20 m e a altura mínima recomendada de 2,10m para ser adicionado lâmpadas, placas, toldos, entre outros. A calçada, deve ter a passagem livre, isenta de arvore, poste, jardim ou algum outro objeto que obstrua a passagem ou que diminua a largura da calçada. A calçada e a garagem, deve ter piso plano, áspero, antiderrapante e sem desníveis, e quando possível seja coberta a fim de, proporcionar mais segurança em dias de chuva (EMMEL; PAGANELLI, 2013).

Para área de circulação interna o autor supracitado reforça as recomendações feitas para o piso e recomenda que se evite deixar objetos pequenos pelo chão como descansos de porta, sapatos ou outros objetos, que atrapalhem o caminho e o idoso possa tropeçar neles, assim como o uso de tapetes, que quando possível seja retirado ou evitado, mas quando não, dar preferência a tapetes de cerdas baixas, antiderrapante ou com ventosas, emborrachados, já que estes não deslizam e atrapalham menos o caminhar.

Ainda sobre o que diz respeito ao piso, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2004) acrescenta que os pisos não sejam muito coloridos e que os desenhos sejam uniformes, de modo que este não cause impressão de tridimensionalidade provocando ainda sensação de insegurança.

Ainda com relação a área de circulação interna, Emmel e Paganelli (2013) ressalta a importância de:

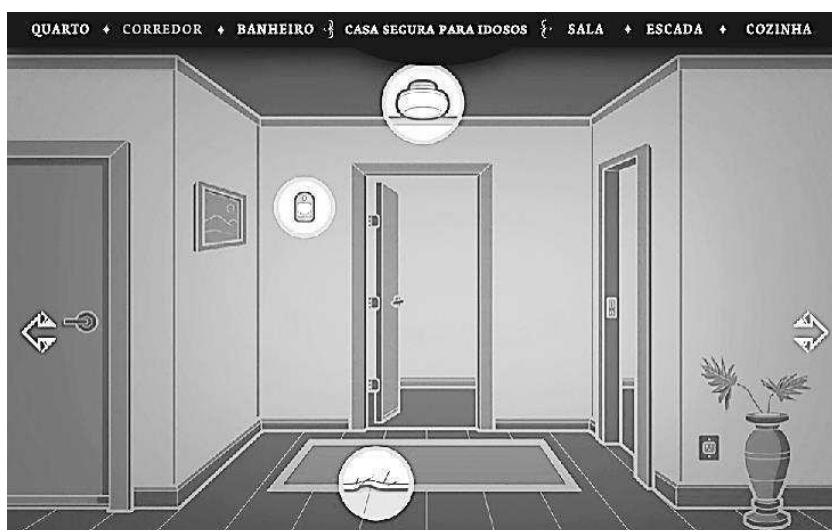
- ✓ Não se deixar fios soltos e aparentes, de eletrodomésticos;
- ✓ Instalar interruptores na altura dos ombros do idoso, para facilitar o acesso e quando possível ser utilizado os que apresentam botões iluminados para facilitar a visualização;
- ✓ Na presença de corredor, utilizar barras de apoio nas laterais;
- ✓ Deixar toda a residência bem iluminada com a presença de lâmpadas fluorescentes;
- ✓ As portas devem ter largura de pelo menos 80 cm, e altura de 2,10m, o que é preconizado pela Norma Brasileira (NBR) 9050 (ABNT, 2004) como largura ideal para que seja possível transitar de cadeira de rodas;
- ✓ Para segurar a porta junto da parede, pode ser utilizado um dispositivo que é fixado na porta e na parede, que permite a abertura máxima da mesma;
- ✓ Para evitar a entrada de sujeira ou insetos por debaixo da porta, pode ser utilizado vedante ao invés de pano na soleira das portas;
- ✓ As janelas devem permitir o alcance visual, acessível para idosos, e que possam ser manuseadas com apenas uma das mãos em movimento único, exceto em locais que prevaleça a segurança e a privacidade, como nos banheiros;
- ✓ As maçanetas do tipo alavanca facilitam o manuseio;
- ✓ Quanto a tranca das portas, é importante que existam cópias extras das chaves dispostas em outros ambiente, para quando as portas forem fechadas pelo lado interno do cômodo;
- ✓ As escadas devem ter corrimão, seus degraus devem ter as mesmas dimensões, piso antiderrapante e apresentar diferenciador ou sinalizador de degraus, ou seja, faixas que devem ser colocadas no fim e no início dos degraus que sinalize o tamanho da mesma, proporcionando maior segurança ao subir e descer as escadas. O local da escada, também deve ser bem iluminado;
- ✓ Ainda recomenda-se a utilização de calçados confortáveis e antiderrapantes para deambular pelo domicílio, e quando necessitar de apoio para locomover-se, utilizar bengala ou andador, mas nunca apoiar-se em maçanetas, moveis, paredes ou objetos moveis.

FIGURA 2 – Características físicas da escada, corrimão e janela.



Fonte: Martins, [?].

FIGURA 3 – Características físicas do corredor.



Fonte: Martins, [?].

Dentre as recomendações para a sala, destaca-se a altura dos mobiliários, que devem proporcionar ao idoso, que ao sentar seus joelhos fiquem flexionados a 90° e que permita que seus pés fiquem apoiados diretamente no chão. Quando o mobiliário é baixo demais ou afunda, pode ser utilizado almofadas ou travesseiros mais densos para torna-lo mais resistente e quando não for possível apoiar os pés e as costas no estofado, pode-se utilizar travesseiro ou almofada para apoiar as costas e um suporte que possa ser apoiado os pés (EMMEL; PAGANELLI, 2013).

No que diz respeito ainda a sala Freitas et al., (2011) enfatizam a importância dos fios e controle remoto de aparelhos de som e tv presos, quanto aos moveis recomendam que estes sejam estáveis e de fácil acesso, de modo que o idoso não precise agachar-se ou elevar-se para pegar objetos sobre ou dentro dos móveis e que as quinas/cantos deste sejam arredondadas, a fim de evitar acidentes.

FIGURA 4 – Características físicas da sala.



Fonte: Martins, [?].

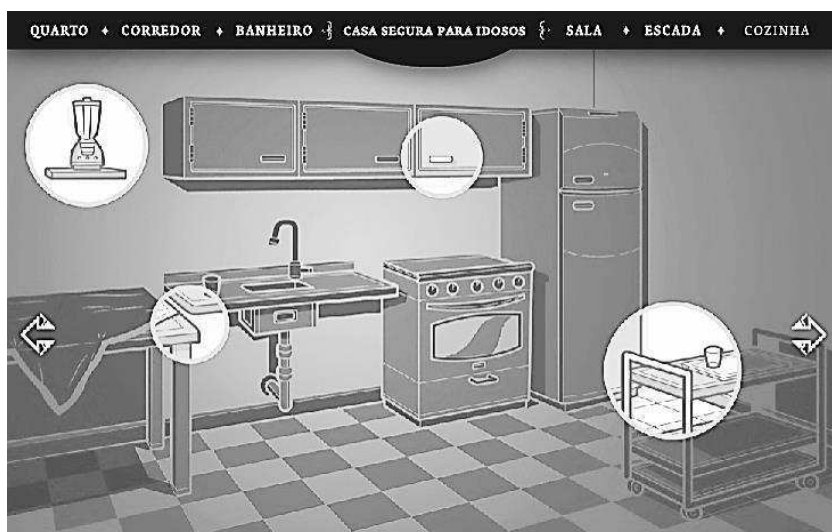
Quando for sentar, recomenda-se aos idosos, procurar sentar nos cantos dos assentos, que dispõe de apoio para os braços, para que o idoso possa se apoiar ao sentar ou levantar, e uma vez sentado possa descansar os braços. As mantas e cobertores que são colocadas sobre sofá, devem ser evitadas ou fixadas no mobiliário, devido as sobras de pano sobre o chão que podem oferecer risco ao sentar ou levantar (EMMEL; PAGANELLI, 2013).

Para a cozinha, é preconizado que todos os armários e prateleiras sejam fixados a uma altura acessível ao idoso, onde o mesmo não precise abaixar-se ou levantar-se fazendo uso de objetos com tamboretas por exemplo, para alcançá-los manualmente. O uso de prateleiras giratórias facilita o alcance dos objetos. Deve-se dar preferência a fogões do tipo automático com trava de segurança, a fim de evitar queimaduras e incêndios, e estes devem ficar próximos da pia, para facilitar o deslocamento das panelas (EMMEL; PAGANELLI, 2013).

Para a cozinha ainda é recomendado que os cabos das panelas fiquem voltados para dentro do fogão; que seja enxugado o quanto antes possível respingos de líquidos no chão; que tanto o fogão como a pia estejam na mesma altura; que ao cozinhar, os idosos evitem usar roupas largas que possam por ventura enganchar nas panelas; que a cozinha seja iluminada

com lâmpadas de pelo menos 60 watts e que seja evitado subir em cadeiras ou bancos para pegar utensílios fora do alcance (FREITAS et al., 2011).

FIGURA 5 – Características físicas da cozinha.



Fonte: Martins, [?].

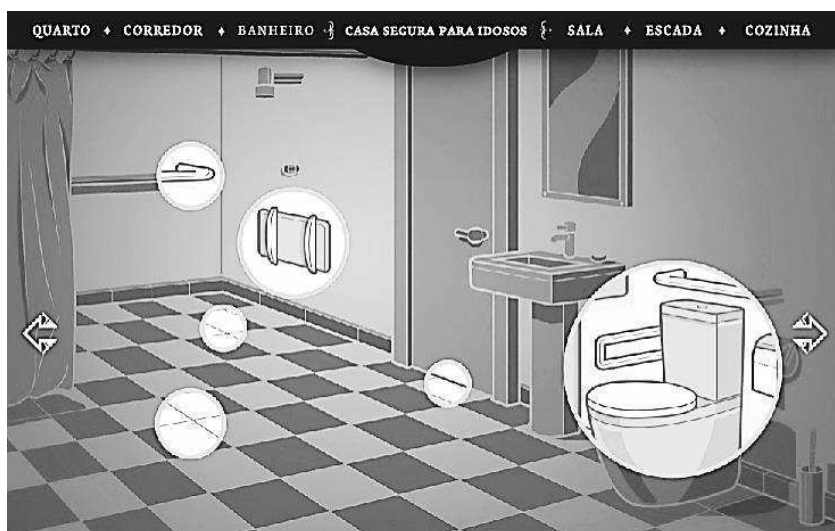
Quanto aos quartos, é reforçado que a altura da cama deve-se seguir as mesmas recomendações para os sofás e cadeiras, podendo utilizar algum calço de madeira para apoiar os pés quando a cama for muito baixa e quando for muito alta pode-se optar por cortar os pés da cama para diminuir a altura. O colchão deve ser denso, devendo ser evitado o uso de muitos travesseiros na cama, ou prendê-los abaixo do cobertor (EMMEL; PAGANELLI, 2013).

É importante o uso de um interruptor ou abajur ou ainda sensor com acendimento automático ao lado da cama, para facilitar a iluminação do ambiente antes de levantar e quando não seja possível fazer uso de tais artifícios, que possa ser utilizado uma lanterna para iluminar o ambiente até a chegada do interruptor. Quanto aos objetos pessoais, estes também devem ser dispostos em locais acessíveis e ao se levantar, recomenda-se fazê-lo devagar, para evitar desequilíbrios e tonturas (EMMEL; PAGANELLI, 2013).

FIGURA 6 – Quarto.

Fonte: Martins, [?].

Para o banheiro, prevalece as recomendações para o piso. Quanto ao vaso sanitário, a altura também deve estar adequada, de modo que os pés fiquem totalmente apoiados no chão. Para corrigir a altura, pode ser instalado um sóculo (base de concreto) na base da bacia que acompanhe o formato do vaso sanitário ou utilizar um elevador de assento. O papel higiênico, assim como o lixeiro, porta toalha e saboneteiras devem estar próximo do vaso sanitário ou em altura de fácil alcance. As torneiras que são acionadas com alavanca ou sensor são as recomendadas (EMMEL; PAGANELLI, 2013).

FIGURA 7 – Banheiro.

Fonte: Martins, [?].

O box deve ser plano, sem elevações, com portas amplas para facilitar a entrada e saída, com largura mínima de 0,90 m por 0,95 m. Quando apresentar desnível, que seja no máximo 1,5 cm e quando for superior que tenha rampa de acesso (EMMEL; PAGANELLI, 2013). Segundo a ABNT (2004) estes ainda devem apresentar um banco articulado ou removível, com bordas arredondadas e superfície antiderrapante impermeável, para a pessoa sentar durante o banho, devendo ter comprimento mínimo de 0,70 m, profundidade mínima de 0,45 m e altura de 0,46 m do piso, que suporte ainda um esforço de 1,5kN.

As barras de apoio devem ser adicionadas envolta do vaso e na área do banho, com supervisão e orientação de um profissional terapeuta ocupacional (EMMEL; PAGANELLI, 2013). A NBR 9050 recomenda que barra de apoio que fica junto ao vaso sanitário tenha altura de 0,75 m do piso, com comprimento de 0,80 m, distando 4 cm da parede e 0,40 m do eixo da bacia e quando for na área do banho ou dentro do box, a barra vertical deve ser instalada com altura de 0,75 m do piso, com comprimento mínimo de 0,70 m, distando 0,45 m da borda frontal do banco, a barra horizontal deve ter comprimento de 0,60 m, altura de 0,75 m e distância máxima de 0,20 m da parede de fixação do banco e quanto a barra em “L” que pode substituir as barras vertical e horizontal, o comprimento mínimo deve ser de 0,70 m, com altura de 0,75 m do piso e ter uma distância de 0,45 m da borda frontal do banco (ABNT, 2004).

Sobre o quintal, Emmel e Paganelli (2013) recomenda que o piso seja plano, e quando possível seja antiderrapante e sem rachaduras; na presença de ralos e grelhas, certificar-se de estarem instalados no mesmo nível do piso e fora do fluxo de circulação; o quintal deve ser de preferência coberto com toldos, para evitar acúmulo de água em dias de chuva; que não apresente vasos, mangueiras ou outros objetos largados pelo chão, tornando-se obstáculo ao longo do caminho; que as plantas sejam podadas e o varal seja instalado a uma altura acessível, evitando com isso tonturas e desequilíbrios.

Quando tiver piscina no quintal, recomenda-se cerca-la com grades e piso antiderrapante ao redor, que o acesso a mesma, seja com escada ou degraus acompanhados de corrimão e quando possível, seja instalada barras de apoio nas bordas internas das piscinas, na altura do nível da água (EMMEL; PAGANELLI, 2013).

Freitas et al., (2011) enfatiza que um ambiente doméstico para um idoso deve ser bem ventilado e iluminado, com várias fontes de luz fluorescentes, de modo que possibilite a ampliação da visibilidade; a temperatura deve estar em torno de 24°C; o mobiliário deve ser acolhedor, funcional, confortável e seguro, não oferecendo riscos ao idoso na altura adequada, e principalmente os sofás, que devem ter apoio para os braços e adequada sustentação,

estofamento firme e na altura ideal para que os pés mantenham-se apoiados sobre o chão; e não ser barulhento, nem o domicílio nem a vizinhança.

Ainda acrescenta outras recomendações para o idoso, tais como: ao se abaixar, flexionar os joelhos de modo que a coluna fique ereta ou sentar-se em um banquinho para desempenhar atividades próximas do chão; quando for carregar peso fazer uso de um carrinho ou distribuir o peso por igual para as duas mãos, e não sobrecarregar apenas um lado da coluna; evitar permanecer com a coluna encurvada ao realizar atividades domésticas, por exemplo, ao varrer a casa, posicionar a vassoura a sua frente sem torcer a coluna; ter atenção ao descer escadas e ao subir, não está com as mãos ocupadas; ao levantar-se da cama, sentar-se primeiro com as pernas suspensas ou os pés já apoiadas no chão quando possíveis e só depois, colocar-se em pé.

Portando, analisando o contexto específico percebe-se a relação que o mesmo tem com o contexto imediato, e o quanto, eles influenciam no Cuidar Assistencial de Idosos no âmbito domiciliar.

5.3 CONTEXTO GERAL – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Freitas e Moraes (2008, p. 293) estruturam a rede de atenção à saúde da pessoa idosa da seguinte forma: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Atenção às Urgências, Unidades de Atendimento Ambulatorial Especializado, Unidade de Reabilitação, Internação Domiciliar, Atenção Hospitalar, Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (CraSi) e Unidades de Proteção Social. Além de expor os estabelecimentos que compõem a rede de atenção ao idoso, ainda explica a função de cada uma, e como é composta. O CraSi é um hospital que dispõe de no mínimo 100 leitos, composto por quatro tipos de serviços: Internação Hospitalar, Hospital-dia Geriátrico, Assistência Ambulatorial Geriátrico/Gerontológica e a Assistência Domiciliar.

Assistência hospitalar geriátrica é quando o hospital destina pelo menos 10% dos leitos cadastrados no SUS, devidamente adaptados, aos idosos com 60 anos ou mais, desde que o paciente seja atendido pela equipe multiprofissional e interdisciplinar do CraSi. O hospital-dia geriátrico trata-se de um hospital equipado adequadamente para tratar do idoso durante o dia, garantindo ações de reabilitação física e cognitiva. Essa modalidade deve acontecer de forma intercalada com a assistência domiciliar, orientando os cuidadores para as demandas assistenciais para evitar a permanência contínua no hospital. Na assistência ambulatorial, o

paciente idoso, pode ser atendido individualmente pela equipe multidisciplinar e interdisciplinar, ou de forma coletiva, através de grupos terapêuticos, atividades educativas, entre outros (FREITAS; MORAES, 2008).

O mesmo autor ainda acrescenta que, a assistência domiciliar é aquela que acontece no domicílio, com o intuito de identificar e orientar o cuidador familiar ou informal. Que essa modalidade, compreende os procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação com finalidade de promover a autonomia e capacidade funcional do idoso.

A Assistência Domiciliar (AD) é uma modalidade da atenção domiciliar que é destinada a atender às necessidades de saúde da população idosa com perdas funcionais e dependência para a realização das AVD (BRASIL, 2006a). Para Brasil (2012b, p.24) “A assistência domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde integrada aos projetos sociais e políticos da sociedade, devendo estar conectada aos movimentos de lutas por melhorias na área da saúde”.

A Lei 10.424, de 15 de abril de 2002, regulamenta a assistência domiciliar e a internação domiciliar como modalidade de assistência de atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, primordiais ao cuidado integral dos pacientes em domicílio, devendo estes, serem realizados por uma equipe multidisciplinar que atue na prevenção, terapia e reabilitação (BRASIL, 2002b). A implantação dos serviços de atenção domiciliar é assegurada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) de 2006 (LIMA, 2013).

A portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011 instituiu a Atenção Domiciliar no SUS como uma nova modalidade de atenção à saúde com intuito de substituir a internação hospitalar ou atendimento ambulatorial por ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação em domicílio envolvendo o cuidador familiar ou não, que será capacitado para auxiliar nas necessidades e atividades diárias do idoso (BRASIL, 2011).

A atenção domiciliar prestada pela atenção básica tem como uma das modalidades: a Atenção Domiciliar Tipo I (AD1), que inclui: ações sistematizadas e regulares, integralidade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, destinam-se a atender pessoas com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária, caracteriza-se por trabalho em equipe, utiliza-se de tecnologias de alta complexidade, o conhecimento, e baixa densidade, os equipamentos (BRASIL, 2012c). Em 27 de maio de 2013, é instituída a portaria nº 963, com a função de redefinir a AD no âmbito do SUS (BRASIL, 2013a).

Após essa portaria, outras foram lançadas, instituindo alguns benefícios para a atenção domiciliar, dentre eles, a junção do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito

do SUS) com o programa SOS Emergências, ambos inseridos na rede de urgências; a garantia de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde para a atenção domiciliar e para as equipes Multiprofissionais; a transferência direta dos recursos federais para o custeio mensal na manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) aos Fundos Estaduais de Saúde e o cadastramento de estabelecimentos e equipes de atenção domiciliar que farão parte do projeto “Mais Médicos para o Brasil” no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d; BRASIL, 2014).

Para que aconteça a AD, é imprescindível o consentimento da família, a participação do usuário e a existência do cuidador. O consentimento deve ocorrer através da assinatura do termo de consentimento informado por parte da família e/ou do usuário (se consciente) ou de seu representante legal. Isso deve acontecer, para que a assistência não seja imposta, já que o contexto das relações familiares é sempre mais dinâmico que as ações desenvolvidas pelos profissionais, comprometendo a eficácia terapêutica proposta, para que os familiares e a pessoa cuidada comprometam-se junto com a equipe a desempenhar as atividades a serem desenvolvidas (BRASIL, 2012b)

Após o consentimento dos mesmos, inicia-se o processo administrativo, que abrange:

O fluxo de prestação de serviços que engloba a sua solicitação; a avaliação do paciente e seu grau de dependência; a avaliação das condições do ambiente; a classificação dos pacientes na modalidade de cuidado adequada; a geração de orçamentos de custos; a avaliação das condições de recursos humanos; e, por fim, intervenção no domicílio até a alta desse cuidado (CUNHA, et al., 2014, p. 187).

Barbosa e Tronchin (2015) acrescentam que só participam do programa os pacientes e famílias que atendem aos critérios de inclusão, que recebem uma visita em seu domicílio, onde o mesmo é avaliado quanto as características físicas, econômicas e sociais. Nessa mesma visita, é definido os dias e frequência que essa família irá receber as visitas, que devem ocorrer de segunda a sexta.

Cunha et al., (2014) enfatizam em seu estudo que a equipe multiprofissional deve ter comprometimento, habilidade e sensibilidade para atuar na assistência domiciliar, uma vez que vai atuar diretamente com o paciente, o cuidador e a família, oferecendo desde as habilidades técnicas até o amparo emocional. Que estes profissionais, sejam capacitados para a AD antes de iniciarem as atividades, que devem reunir-se regularmente para elaborar estratégias de atuação e participar de ações de educação permanente para aprimoramento e atualização do cuidado.

Diversos estudos enfatizam a importância do (a) enfermeiro (a) nesse serviço, por ser o profissional que tem o papel principal na organização da assistência domiciliar, sendo desse modo, o centro da equipe de saúde. É quem faz a primeira visita domiciliar e avaliação das necessidades do cliente e avaliação do domicílio, após a solicitação do serviço (CUNHA et al., 2014; FERREIRA; CANAVEZ, 2010; THUMÉ et al., 2010).

No que diz respeito aos resíduos gerados no atendimento ao domicílio, cabe a gestão controlar, seja por meio da transferência desse lixo pelo profissional até a instituição ou por meio de uma coleta nos domicílios por empresas contratadas. E quanto à supervisão do trabalho dos profissionais, os (as) enfermeiros (as) avaliam os (as) técnicos (as) de enfermagem e em seguida repassa as informações à gestão, que por sua vez, fiscaliza os outros profissionais das diferentes categorias (CUNHA et al., 2014).

Muitas são as vantagens que a assistência domiciliar oferece, dentre elas:

- ✓ Reduz o número de internações e por sua vez suas consequências (FERREIRA; CANAVEZ, 2010; LIMA; SPAGNUOLO; PATRICIO, 2013); o tempo de internação e também o risco de infecção hospitalar, otimizando os leitos e os recursos hospitalares (FERREIRA; CANAVEZ, 2010), o que influencia diretamente na diminuição dos custos hospitalares, além de humanizar as práticas de saúde (THUMÉ et al., 2010);

- ✓ Propicia inúmeros benefícios para o cliente e o cuidador devido a comodidade e o conforto que o domicílio oferece; proporciona a satisfação do paciente e do cuidador que descobre novas estratégias de cuidado e conta com outras fontes de apoio social; melhora desse modo a qualidade de vida de ambos e a qualidade do cuidado; promove a segurança e facilidade no atendimento e na realização de exames (LIMA; SPAGNUOLO; PATRICIO, 2013);

- ✓ Manter o paciente em seu domicílio facilita o convívio com os seus familiares; o que favorece a divisão da responsabilidade dos cuidados do paciente com o cuidador e a família; substitui a dificuldade de locomoção do paciente; minimiza o estresse e o desgaste familiar; favorece a valorização da imagem institucional e é uma forma de se prestar assistência por um custo compatível (FERREIRA; CANAVEZ, 2010).

O autor supracitado ainda cita em seu estudo, que na assistência domiciliar, o cliente dispõe de suporte de serviços de atendimento à urgências e emergências 24 horas por dia, de transporte para locomover-se aos laboratórios para realização de exames que não sejam realizados no domicílio. E que, a maioria dos serviços possui central telefônica 24 horas para solicitar esses atendimentos no horário mais propício e conveniente para o cliente e o cuidador.

Lagana et al., (2013) assinalam que o programa em si, apresenta suas limitações e dificuldades na operacionalização, que ainda precisam ser revistas e melhoradas, tais como: os recursos financeiros que são insuficientes; descontinuidade da atenção, especialmente, no controle de doenças crônicas; não reconhecimento e valorização dos profissionais de saúde, no que diz respeito ao potencial de inovação dessa modalidade na promoção da integralidade e da humanização do cuidado ao idoso.

E também restrição ao acesso à atenção especializada e dificuldades para efetivar o trabalho em equipe; tensão permanente entre a oferta programada de ações de saúde e a demanda espontânea; atenção primária crescente, mas lenta e com qualidade abaixo da necessária; dificuldade de se concretizar as relações de referência e contrarreferência; eficácia e eficiência de hospitais e serviços especializados abaixo do esperado; regionalização e integração entre municípios e serviços quase virtual (LAGANA et al., 2013).

Nesse sentido observa-se a interligação desses fatos com o contexto geral do fenômeno estudado e conclui-se que a visita domiciliar é uma ação que requer planejamento e tempo para sua implementação de maneira eficaz através de uma equipe multidisciplinar, uma vez que as orientações e atividades realizadas em domicílio junto ao paciente e familiares/cuidadores dispensam tempo e preparo dos profissionais para atender as demandas e necessidades dessa população.

5.4 METACONTEXTO – POLÍTICAS PÚBLICAS PERTINENTES A SAÚDE DO IDOSO

O Brasil em relação aos demais países em desenvolvimento, tem se deparado com um grande problema de saúde pública, em virtude do envelhecimento populacional, que cresce exacerbadamente a cada ano, proporcionado pelo aumento da expectativa de vida (SOUZA et al., 2014). Simultaneamente, cresce a procura por serviços médicos e sociais para esse grupo etário, exigindo do país, novas alternativas viáveis para atender a demanda das institucionalizações a médio e longo prazo.

No entanto, só em 2003, entrou em vigor a Lei nº 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, a fim de zelar pelo cumprimento dos direitos do idoso proposto na PNSPI e dá outras providências, dentre elas, a proposta no art. III, que responsabiliza a família, a comunidade, a sociedade e o poder público de assegurar à pessoa idosa a efetivação do direito à vida, a saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, lazer, trabalho, cidadania,

liberdade, dignidade, respeito e sobretudo à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Neste contexto, algumas leis foram criadas posteriormente com o intuito de promover ações para esse público, entre elas temos a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (FLORIANO et al., 2012; SOUZA et al., 2014). Esta política, tornou-se um marco constitucional histórico, um vez que envolve todas as esferas governamentais e administrativas responsáveis por garantir ações à população idosa.

A Política Nacional do Idoso (PNI) criada em 1994 e regulamentada em 1996, por meio da lei nº 8.842, propõe que a atenção à saúde dos idosos brasileiros com 60 anos ou mais que viveram o processo de envelhecimento acompanhado por doenças e agravos e que por esse motivo tornaram-se dependentes do auxílio de um cuidador, o direito a autonomia, um atendimento digno e adequado (BRASIL, 2006b).

Em 1999, é que foi anunciada a PNSPI através da Portaria Ministerial nº 1.395 mas só em 19 de outubro de 2006 que foi instituída no Brasil através da Portaria nº 2.528 (BRASIL, 2006b).

Para introduzir a PNSPI a portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006, faz um resgate histórico, articulando a Constituição de 1988, os princípios do SUS, a Lei nº 8.142 e o PSF que passou a ser chamado posteriormente de Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi criado com a finalidade de reordenar o modelo de atenção à saúde e reorganizar a prática assistencial (BRASIL, 2006b).

Em seguida expõe a finalidade da mesma, justifica o motivo de sua criação, cita e discorre sobre suas diretrizes, aponta quem são as instituições responsáveis pela aplicabilidade da política (Gestor Federal, Gestor e Gestor Municipal) e em quais setores deve ser compartilhada (Educação, Previdência Social, Sistema Único de Assistência Social, Trabalho e Emprego, Desenvolvimento Urbano, Transportes, Justiça e Direitos Humanos, Esporte e Lazer, Ciência e Tecnologia), como deve ser acompanhada e avaliada, a implantação da política (BRASIL, 2006b).

Valer (2012) menciona que a PNSPI reconhece o cuidador familiar como a pessoa mais presente na vida do idoso, e destaca também que cabe a ESF suprir a necessidade dos cuidadores, oferecendo suporte adequado e constante a estes.

A PNSPI tem por finalidade:

Recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b, p.3).

Para responder a essas finalidades, a PNSPI propõe 9 diretrizes:

I - Promoção do envelhecimento ativo e saudável; II - Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; III - Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; IV - Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; V - Estímulo à participação e fortalecimento do controle social; VI - Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; VII - Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; VIII - Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e IX - Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (ID, 2006b, p.7).

A PNSPI destaca ainda que cabe a família cuidar e atender das necessidades do idoso, no entanto, não institui nenhuma medida protetiva ou preventiva para os cuidadores familiares (NARDI et al., 2012). Ainda assim, isso não impede que os enfermeiros e os demais profissionais envolvidos na atenção básica planejem intervenções que possam melhorar as condições de saúde e funcionais do idoso, nem tão pouco, de oferecer suporte formal aos cuidadores familiares envolvidos nas atividades do cuidar de idosos dependentes (LOUREIRO et al., 2014).

O autor supracitado complementa sua fala, afirmando que:

Os cuidadores familiares de idosos devem ter garantidas, além da assistência à saúde, condições ideais para o desenvolvimento do autocuidado, de modo que estes não sejam conduzidos a um "ciclo de negligência", que, por sua vez, poderá levá-los a uma condição de dependência semelhante à do idoso e, desse modo, a necessidade de um novo cuidador para ambos (LOUREIRO et al., 2014, p. 231).

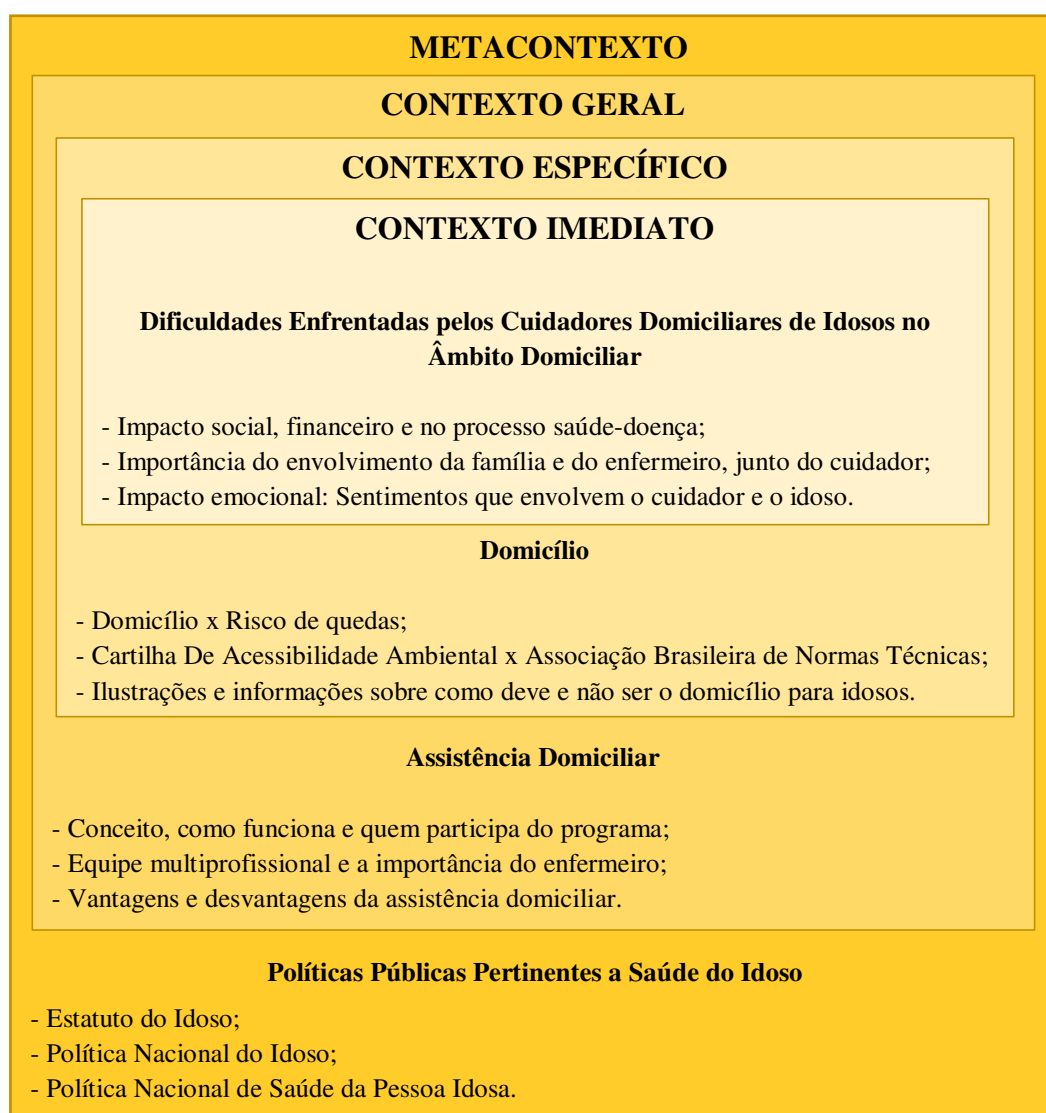
No mesmo ano em que foi instituída a PNSPI, foi publicado o Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Que foi elaborado com a finalidade de oferecer informações técnicas específicas, instrumentos e discussões acerca de adoção de condutas mais apropriadas às demandas da população idosa, com a função ainda de auxiliar a prática diária os profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

A PNSPI segue a mesma proposta da ESF, quando preza pelo vínculo da comunidade com a prática humanizada, quando determina a Atenção Básica/Saúde da Família como a porta principal para a saúde dos idosos, tendo como referência a rede de serviços especializados de média e alta complexidade

Apesar dos avanços no que diz respeito às políticas públicas brasileiras que prezam pela proteção social e de saúde dos idosos, estas ainda se apresentam muito restritas e largamente insuficientes em relação à oferta de serviços e programas de saúde pública e à amplitude e abrangência da sua intervenção junto à população idosa, especialmente a parcela dependente de cuidados continuados.

Nessa perspectiva espera-se ter contemplado o metacontexto do fenômeno estudado, o qual reflete outros níveis contextuais sobre o Cuidar Assistencial de Idosos no âmbito domiciliar. Tais camadas contextuais, estão dispostas no quadro 03 conforme a perspectiva conceitual de cada camada de contexto atingida.

QUADRO 3 – Representação das camadas contextuais do cuidar assistencial de idosos.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.



Envelhecer é uma dádiva que deve ser encarada não como uma perda de habilidades, mas como uma oportunidade para transmitirmos conhecimentos adquiridos ao longo da vida!
(Autor desconhecido)

5 Considerações Finais

O presente estudo foi de extrema importância pessoal, uma vez que a ideia inicial partiu da observação não participativa dos cuidados prestados por minha tia à minha avó materna. Este fato possibilitou uma maior compreensão acerca do Cuidar Assistencial de Idosos e os desafios que são enfrentados pelos cuidadores e os idosos no âmbito domiciliar, incentivando uma maior reflexão sobre o tema pelos profissionais e pela comunidade acadêmica.

Em muitos casos, os cuidadores não têm apoio institucional, da sociedade ou da família, o que acaba fazendo que estes renunciem sua própria vida e passem a viver em função do idoso cuidado, provocando, assim, a sobrecarga.

Foi possível perceber que existem muitos estudos focados em abordar os empecilhos do cuidar, no entanto poucos fazem sugestões de como melhorar e poucas são as políticas que focam no público alvo do estudo: os cuidadores de idosos.

Assim, através dos resultados dessa pesquisa denota-se sua relevância, para os profissionais enfermeiros, que estes possam identificar as situações-problema a serem resolvidas e assim prestar uma assistência de qualidade na visita domiciliar, com o intuito de tentar apresentar soluções às dificuldades tanto mencionadas pelos cuidadores; para aos gestores municipais, para que estes busquem meios de qualificar os profissionais e dispor de recursos para a prestação de um serviço eficiente; para a academia por servir de base e referência para outros estudos, denotando sua contribuição para a ciência como potencial transformador de realidades.

Com isso, deixo minha reflexão sobre a importância da participação ativa dos familiares na vida e na divisão de atividades para com o idoso, tentando contribuir o máximo para diminuir a sobrecarga do cuidador. Para os cuidadores, cabem perceber e entender quando é hora de pedir auxílio para cuidar da pessoa idosa, e que ele também precisa ter atenção consigo, para que no futuro não seja o objeto de cuidado.

Para os profissionais e acadêmicos da área da saúde, se faz necessário o desenvolvimento de mais estudos científicos, em especial no contexto brasileiro, voltados à sobrecarga dos cuidadores formais e informais de idosos, que enfatizem cada vez mais a necessidade de políticas públicas voltadas a estes cuidadores ou até mesmo capacitação deles, pelos profissionais de saúde da atenção básica, bem como, sobre os tipos de suporte social para esses cuidadores e idosos, visto que as diversas pesquisas analisadas mostraram o quanto essa situação interfere na assistência e na qualidade de vida dos idosos e seus cuidadores.



Quando ficamos velhos, os afetos contam mais do que os conceitos.

(Norberto Bobbio)

Referências

AIRES, M. **Adaptação da etapa qualitativa do instrumento filial responsibility**. 2010. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Porto Alegre. 2010.

ARAÚJO, C.C.J. et al. Consulta de Enfermagem às pessoas surdas: uma análise contextual. **ABCS Health Sci.**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 38-44, 2015.

ARAUJO, J. S. et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 149-158, Jan./Mar. 2013.

Associação Brasileira de Normas e Técnicas. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbano. Rio de Janeiro, 2004.

AZEVEDO, N.M. **Ensinar para cuidar: o enfermeiro e o familiar cuidador do idoso em internação domiciliar**. 2010. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal Fluminense. Niterói: [s.n.], 2010.

BARBOSA, S.F.; TRONCHIM, D.M.R. Manual de monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem na assistência domiciliar. **Rev Bras de Enferm**, v. 68, n. 2, p. 253-60, Mar/Abr. 2015.

BOHM, V. **Histórias de vida de cuidadores de idosos**. 2009. 73 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Instituto de Psicologia. Porto Alegre: [s.n.], 2009.

BORGHI, A.C. et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 4, jul.-ago. 2013.

BORN, T. (org.). **Cuidar melhor e evitar a violência – Manual do cuidador da pessoa idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330 p.

BRASIL. Ministério do Trabalho. CBO - Classificação brasileira de ocupações. **Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos**. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://www.mtecb0.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>>. Acesso em: 10 Abr. 2015.

_____. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 15 abr. 2002b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 10 de jan. 2016.

_____. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 08 de fev. 2007. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p., il.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Informação de Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em: 27 de Abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP IDOSO)**. Internações de idosos por queda em pelo menos uma das causas. 2010. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/index.php?p=1&pag=ficha&cod=I26>>. Acesso em: 25 de Mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 09 de Mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. V.1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos (IDB) – Brasil - 2012**. 2012c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 25 de Mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 14 de mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 1.208, de 18 de junho de 2013**. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html>. Acesso em: 14 de mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 1.505, de 27 de julho de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, e dispõe sobre a responsabilidade do Ministério da Saúde a garantia de recursos financeiros para compor o financiamento da atenção domiciliar e sobre o valor de incentivo de custeio referente às Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar - tipo 1 (EMAD - tipo 1), Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar - tipo 2 (EMAD tipo 2), e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Brasília, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1505_24_07_2013.html>. Acesso em: 24 de mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 1.814, de 26 de agosto de 2013**. Acrescenta o § 4º ao art. 11 da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, para dispor sobre a transferência direta de recursos federais referentes ao incentivo financeiro de custeio mensal para manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) aos Fundos Estaduais de Saúde. Brasília, 2013d. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1814_26_08_2013.html>. Acesso em: 24 de mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 139, de 25 de fevereiro de 2014.**

Estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de estabelecimentos e equipes de Atenção Domiciliar que farão parte do Projeto "Mais Médicos para o Brasil". Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0139_25_02_2014.html>. Acesso em: 24 de mar. 2016.

CARVALHO, D.P.; RODRIGUES, R.M. BRAZ, E. Estratégias de educação em saúde direcionadas a cuidadores durante a internação. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 5, p.455-9. 2013.

COSTA, R.K.S.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P. Trabalho em equipe de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 4, p. 530-536, Out/Dez, 2008

COURA, A.S. et al. Análise contextual da consulta de enfermagem na visita domiciliar às pessoas com lesão medular. **REME Rev Min Enferm**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 1000-1006, out/dez, 2013.

CUNHA, J.J. et al. Gerenciando a assistência domiciliar. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 186-195, maio/ago. 2014.

EMMEL, M.L.G.; PAGANELLI, L.O.P. **Cartilha para acessibilidade ambiental: Orientações ilustradas para domicílios de pessoas idosas**. Produto de um projeto de pesquisa CNPq/PIBITI. Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Terapia Ocupacional, São Carlos, 2013, 46p.

FERREIRA, C.G.; ALEXANDRE, T.S.; LEMOS, N.D. Fatores Associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.2, p.398-409, 2011.

FERREIRA, J.M.; CANAVEZ, M.F. Assistência domiciliar: um estudo reflexivo. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online**. v. 2, n. 2, p.817-825, abr/jun. 2010.

FERREIRA, H.P. et al. O impacto da doença crônica no cuidador. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v. 10, n. 4, p. 278-84, jul-ago. 2012.

FLORIANO, L. A. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, P. 543-8, Jul/Set. 2012.

FREITAS, R. et al. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Rev Bras de Enferm**, v. 64, n. 3, p. 478-85, Mai/Jun. 2011.

FREITAS, M.P.D.; MORAES, E.N. Estrutura da rede de atenção à saúde da pessoa idosa. In: BORGES, A.P.A.; COIMBRA, A.M.C. (Org.). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional De Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 340 p., il. 2008.

GARANHANI, M.R. et al. Adaptação da pessoa após acidente vascular encefálico e seu cuidador: ambiente domiciliar, cadeira de rodas e de banho. **ACTA FISIATR**, v. 17, n. 4, p. 164-8, 2010.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GOMES, A. C. S. **Análise contextual da consulta de enfermagem às pessoas cegas no domicílio**. 2013. 23 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013.

HINDS, P. S.; CHAVES, D. E.; CYPRESS, S. M. Context as a source of meaning and understanding. **Qualitative health research**, v. 2, n. 1, p. 61-74, 1992.

ILHA, S. et al. Refletindo acerca da doença de alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 4, n. 1, p. 1057-1065, jan/abr. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo demográfico 2010. Resultados do Universo. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default_sinopse.shtm>. Acesso em: 23 de Abr. 2015

LAGANA, M.T.C. et al. Estratégia de inovação no ensino de enfermagem na atenção domiciliar a idosas. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 5, n. 3, p. 293-303, jul./set. 2013.

LIMA, A. A.; SPAGNUOLO, R.S.; PATRICIO, K.P. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 343-351, Abr./Jun. 2013

LOUREIRO, L.S.N. et al. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. **Rev Bras de Enferm**, v. 67, n. 2, p. 227-32, Mar/Abr. 2014.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297p.

MARTINS, C. **Adaptações em casa ajudam a garantir velhice saudável**. Infográfico do iG, São Paulo, [?]. Disponível em: <<http://delas.ig.com.br/casa/arquitetura/adaptacoes+em+casa+ajudam+a+garantir+velhice+saudavel/n1237726491017.html>>. Acesso em: 14 de Abr. 2016.

MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 212 p.

NARDI, E. F. R. et al. Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio. **Cienc Cuid Saúde**, v. 11, n. 1, p. 098-105, Jan./Mar. 2012.

OLIVEIRA, A.P.P.; CALDANA, R.H.L. As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, n.3, p.675-685, 2012.

ORSO, Z.R.A. **Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis: RS**. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS. Porto Alegre: [s.n.], 2008.

PEREIRA, R.A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 185-92. 2013

PEREIRA, C. D. F. D.; TOURINHO, F. S. V.; MIRANDA, F. A. N.; MEDEIROS, S. M. Ensino do processo de enfermagem: análise contextual. **J Nurs UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 3, 2014.

POZZOLI, S.M.L. Assistência Domiciliar no apoio aos idosos portadores de dependência: uma reflexão sobre sua aplicação na atenção primária. **Revista Kairós Gerontologia**, V.15, N.8, p.155-167. Dez. 2012.

RAMOS, D.K.R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B. C. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.37, p.519-27, abr./jun. 2011.

REIS, G. G.; DA SILVA, L. M. T.; EBOLI, M. P. A prática reflexiva e suas contribuições para a educação corporativa. *REGE Revista de Gestão*, v. 17, n. 4, p. 403-419, 2010.

ROCHA JUNIOR, P.R. **Análise da qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado através da capacitação de cuidadores informais.** 2009. 110 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu: [s.n.], 2009

SANTOS, N.M.F.; TAVARES, D.M.S. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. *Rev Esc Enferm USP*, v. 46, n. 4, p. 960-6, 2012.

SEIMA, M.D.; LENARDTI, M.H.; CALDAS, C.P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Rev Bras Enferm.* V. 67, n. 2, p. 233-40, mar-abr. 2014.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 4 ed. Rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2005. 138p.

SOUZA, I. C. P. et al. Perfil de Pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *REME Rev Min Enferm*, Brasília, v. 18, n. 1, p. 164-172, Jan./Mar. 2014.

TIBÚRCIO, M.P. et al. Análise contextual da mensuração da pressão arterial na prática clínica. *J. res.: fundam. care. Online*, v. 5, n. 3, p. 328-336, jul./set., 2013.

SZYMANSKI, H. A prática reflexiva em pesquisas com famílias de baixa renda. **Anais do II Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**, 2004.

THUMÉ, E.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; VIEIRA, L.A.S. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev. Saúde Pública [online]*. vol.44, n.6, p. 1102-1111. 2010.

UESUGUI, H.M.; FAGUNDES, D.S.; PINHO, D.L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Acta Paul Enferm*, v. 24, n. 5, p. 689-94. 2011.

VALER, D.B. **Adaptação do instrumento caregiver burden inventory para uso com cuidadores de pessoas idosas no Brasil.** 2012. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Porto Alegre, BR – RS, 2012.

WACHHOLZ, P.A.; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 513-526, Jul./Set. 2013.

YAMASHITA, C.H. Associação entre o apoio social e o perfil de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 6, p. 1359-66, 2013.

APENDICE
APENDICE A – DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

QUADRO 4 – Artigos triados para compor as categorias temáticas de contexto.

AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO	TIPO DE DOCUMENTO	OBJETIVO GERAL
AIRES, M.	Adaptação da etapa qualitativa do instrumento filial responsibility.	-	2010	Dissertação de mestrado	Adaptar a etapa qualitativa do instrumento Filial Responsibility no cuidado aos pais idosos em uma região de Porto Alegre/RS.
AZEVEDO, N.M.	Ensinar para cuidar: o enfermeiro e o familiar cuidador do idoso em internação domiciliar.	-	2010	Dissertação de mestrado	Discutir as possibilidades de orientação e suporte ao familiar cuidador do idoso pelo enfermeiro.
BORGHI, A.C. et al.	Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2013	Artigo	Comparar a sobrecarga do cuidador familiar principal com o do secundário do idoso com doença de Alzheimer e identificar qual dimensão gera maior impacto na sobrecarga.
CARVALHO, D.P.; RODRIGUES, R.M. BRAZ, E.	Estratégias de educação em saúde direcionadas a cuidadores durante a internação.	Acta Paul Enferm.	2013	Artigo	Avaliar a repercussão de estratégias de educação em saúde direcionadas aos cuidadores durante a internação.
FERREIRA, C.G.; ALEXANDRE, T.S.; LEMOS, N.D.	Fatores Associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária.	Saúde Soc.	2011	Artigo	Investigar se o comportamento da qualidade de vida (QV) de cuidadores principais de idosos em programa de assistência domiciliar, ligado a uma universidade pública federal, pode ser influenciado por características sociodemográficas, pela rede de suporte oferecida ao cuidador e por variáveis relacionadas ao ato de cuidar.
FERREIRA, H.P. et al.	O impacto da doença crônica no cuidador.	Rev Bras Clin Med.	2012	Artigo	Investigar o impacto da doença crônica na vida do familiar cuidador do paciente crônico, bem como verificar as alterações na vida do cuidador decorrentes do convívio com a doença e os sentimentos do cuidador decorrentes do convívio com a doença.
FLORIANO, L. A. et al.	Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família.	Texto Contexto Enferm.	2012	Artigo	Descrever a maneira como os cuidadores familiares realizam o cuidado aos idosos em condição de dependência em domicílio no contexto da ESF em Cuiabá-MT.

GARANHANI, M.R. et al.	Adaptação da pessoa após acidente vascular encefálico e seu cuidador: ambiente domiciliar, cadeira de rodas e de banho.	ACTA FISIATR.	2010	Artigo	Identificar as dificuldades dos pacientes com AVE e seus cuidadores em relação às barreiras arquitetônicas, ao manuseio da cadeira de rodas e de banho em seu domicílio.
ILHA, S. et al.	Refletindo acerca da doença de alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem.	R. Enferm. Cent. O. Min.	2014	Artigo	Refletir acerca das dificuldades geradas pela doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso.
LAGANA, M.T.C. et al.	Estratégia de inovação no ensino de enfermagem na atenção domiciliar a idosas.	J. res.: fundam. care. Online	2013	Artigo	Que os estudantes vivenciassem a ampliação do escopo da Atenção Básica, para além das atividades de assistência domiciliar, introduzindo atividades de internação domiciliar, com cuidados complexos a idosas acamadas e identificação de suas redes de apoio familiar e social, para a compreensão das interfaces do Sistema Único de Saúde (SUS).
LIMA, A. A. et al.	Revedo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso.	Psicologia em Estudo	2013	Artigo	Apresentar uma revisão da literatura sobre a assistência domiciliar ao idoso, investigando as discussões sobre a dinâmica social do idoso nestas publicações.
LOUREIRO, L.S.N. et al.	Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado.	Rev Bras de Enferm	2014	Artigo	Estimar a sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes que residem no município de Joao Pessoa, Paraíba, e sua relação com as condições de saúde e capacidade funcional do idoso e com a demanda de cuidado.
OLIVEIRA, A.P.P.; CALDANA, R.H.L.	As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer.	Saúde Soc.	2012	Artigo	Investigar as repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar de idoso com demência de Alzheimer, por entender que a família do idoso doente não deve ser considerada somente como uma unidade de cuidado, mas também como uma unidade a ser cuidada. A partir dos achados da pesquisa, pretende-se contribuir para a promoção da saúde de familiares cuidadores.
PEREIRA, R.A. et al.	Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral.	Rev Esc Enferm USP	2013	Artigo	Avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com AVC, como também correlacioná-la com as horas de cuidado, a idade e a independência funcional dos idosos.

POZZOLI, S.M.L.	Assistência Domiciliar no apoio aos idosos portadores de dependência: uma reflexão sobre sua aplicação na atenção primária.	Revista Kairós Gerontologia	2012	Artigo	Refletir sobre a necessidade de organização dos serviços de assistência domiciliar como apoio aos serviços de atenção primária; identificar as legislações brasileiras que garantem a prestação de assistência integral ao idoso; discutir o projeto Melhor em Casa proposto pelo Ministério da Saúde como modelo de organização de serviços de assistência domiciliar, bem como discutir sobre a integração dos serviços de saúde na promoção de saúde mental para o idoso e seus familiares cuidadores.
SANTOS, N.M.F.; TAVARES, D.M.S.	Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico.	Rev Esc Enferm USP	2012	Artigo	Descrever as características sociodemográficas e a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos com histórico de acidente vascular encefálico e correlacionar o número de morbidades com os escores de qualidade de vida do cuidador.
SEIMA, M.D.; LENARDTI, M.H.; CALDAS, C.P.	Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer.	Rev Bras Enferm	2014	Artigo	Interpretar a relação no cuidado entre cuidadores familiares e idosos com DA, alicerçada na dialética concreta da participação segundo os quatro preceitos de Gabriel Marcel.
UESUGUI, H.M.; FAGUNDES, D.S.; PINHO, D.L. M.	Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores.	Acta Paul Enferm	2011	Artigo	Analisar o grau de dependência de idosos usuários de um Centro de Internação Domiciliar e a sobrecarga em cuidadores gerada pelas atividades de prestação de cuidados ao idoso.
VALER, D.B.	Adaptação do instrumento caregiver burden inventory para uso com cuidadores de pessoas idosas no Brasil.	-	2012	Dissertação de mestrado	Adaptar o instrumento Caregiver Burden Inventory para uso com cuidadores familiares principais de pessoas idosas no Brasil.
WACHHOLZ, P.A.; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P.	Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis.	Rev Bras Geriatr Gerontol	2013	Artigo	Analisar as correlações entre o grau de dependência funcional de idosos residentes na comunidade, o nível de sobrecarga relacionada ao cuidado e a percepção de qualidade de vida dos cuidadores familiares desses idosos.
YAMASHITA, C.H.	Associação entre o apoio social e o perfil de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência.	Rev Esc Enferm USP	2013	Artigo	Identificar a rede e o apoio social de cuidadores de um serviço público de assistência domiciliar, e verificar as associações existentes entre as dimensões de apoio social, as características sócio demográficas das famílias e as condições de saúde do cuidador familiar.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.