



DANIELA PASINI

**VIVÊNCIAS DOS CUIDADORES DE IDOSOS DURANTE A INTERNAÇÃO
HOSPITALAR**

**RIO GRANDE
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

DANIELA PASINI

**VIVÊNCIAS DOS CUIDADORES DE IDOSOS DURANTE A INTERNAÇÃO
HOSPITALAR**

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

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marlene Teda Pelzer

RIO GRANDE

2014

P282v Pasini, Daniela.

Vivências dos cuidadores de idosos durante a internação hospitalar / Daniela Pasini. – 2014.

95 f.

Inclui apêndices.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a. Marlene Teda Pelzer.

1. Enfermagem. 2. Idoso. 3. Hospitalização.
4. Cuidadores. 5. Cuidados de Enfermagem. I. Pelzer, Marlene Teda. II. Título.

CDU 616-083

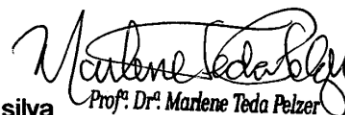
Catálogo na fonte: Bibliotecário Clériston Ribeiro Ramos CRB10/1889

DANIELA PASINI

VIVÊNCIAS DOS CUIDADORES DE IDOSOS DURANTE A INTERNAÇÃO
HOSPITALAR



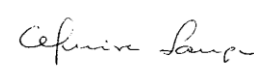


Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela banca examinadora para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final, em 04/04/2014, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação Em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Mara Regina Santos da Silva



Prof.^a Dr.^a Marlene Teda Pelzer
Vice-Coordenadora do PPGENF

Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem–FURG

BANCA EXAMINADORA
 Prof. ^a Dr. ^a Marlene Teda Pelzer (Presidente- FURG)
 Prof. ^a Dr. ^a Giovana Calcagno Gomes (Membro Interno- FURG)
 Prof. ^a Dr. ^a Celmira Lange (Membro Externo- UFPEL)
 Prof. Dr. Edson Luiz Devos Barlen (Suplente interno- FURG)
 Prof. ^a Dr. ^a Marilene Rodrigues Portella (Suplente Externo- UPF)

DEDICATÓRIA

Ao meu filho Arthur pelo carinho e paciência em entender meus momentos de ausência.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Marlene Teda Pelzer pela sua paciência e dedicação em me ensinar o caminho e acreditar no meu crescimento durante esse percurso.

E finalmente a Deus, sem o qual não teria a oportunidade de estar dedicando com orgulho esta dissertação a pessoas fundamentais na minha vida. Obrigada por acreditarem em mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças e esperança durante este percurso.

À minha família por terem sorrido e chorado comigo durante esta caminhada, apoiando-me nos momentos difíceis pelos quais passei, entendendo meus anseios e dificuldades com paciência e amor, acompanhando minhas conquistas.

Aos meus pais, Jorge e Elaine, ao meu filho Arthur, aos meus irmãos Fábio e Rafaela pelo incentivo, desejo de sucesso que sempre demonstraram diante das minhas escolhas.

À minha orientadora Marlene Teda Pelzer pelos ensinamentos, confiança, paciência e competente orientação. Minha eterna gratidão e respeito.

À banca examinadora, Prof^a. Dr^a. Giovana Calcagno Gomes, Prof^a. Dr^a. Celmira Lange, Prof^a. Dr^a. Marilene Portella e Prof. Dr. Edison Barlen pela disponibilidade e contribuições que somaram na construção do meu conhecimento.

Ao corpo docente da Escola de Enfermagem pela importância que representaram na minha trajetória profissional e pessoal. Minha admiração e respeito.

Aos amigos e colegas pelo desejo de sucesso e compartilhamento de saberes. As lembranças serão eternas.

Aos meus amigos Flávio Peraça Vieira e Marli Salvador pela amizade que construímos durante este percurso, e tenho certeza de que será eterna.

À minha amiga-irmã Janaína Sena Castanheira, muito obrigada pelo constante apoio e por ter acreditado tanto em mim.

RESUMO

PASINI, Daniela. Vivências dos cuidadores de idosos hospitalizados. 2014. 95 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O estudo objetivou conhecer as vivências do cuidador principal no cuidado do idoso no hospital. Realizou-se uma pesquisa descritiva exploratória de cunho qualitativo. Foi executada nas unidades de clínica médica, cirúrgica e serviço de pronto atendimento de um hospital universitário do sul do país, entre os meses de novembro e dezembro de 2013, através de um roteiro de entrevista, respondido por 11 cuidadores de idosos com doenças crônicas. As entrevistas foram transcritas e analisadas com a técnica de análise temática de Minayo. Nesta pesquisa, os cuidadores se caracterizam por ser, na sua maioria, do sexo feminino, casadas, com filhos, sem emprego remunerado e serem filhas do idoso hospitalizado. Os cuidadores participantes entendem a atividade de cuidar como um dever moral, resultado das relações pessoais e familiares. A partir do momento em que necessitam desempenhar tal papel, o assumem como uma exigência decorrente do fato de viverem em família. Os motivos que levaram o cuidador a desempenhar este papel relacionam-se com fatores inerentes ao idoso, como estado de saúde e grau de parentesco. Ao cuidador, fazem alusão ao dever/obrigação, gratidão/retribuição, grau de parentesco, gênero, proximidade afetiva, estado civil, situação atual de emprego e ausência de outra pessoa para realizar o cuidado. Durante o processo de hospitalização do idoso, o cuidador desenvolve ações, tem facilidades e dificuldades e utiliza estratégias que o auxiliam a cuidar. Ao vivenciar o cuidado ao idoso no hospital é influenciado a tornar-se cuidador, apresenta diversas experiências ao cuidar e precisa promover mudanças, em relação ao cuidado, com a internação do idoso. Ao implementar estratégias de cuidado durante a hospitalização do idoso, o familiar cuidador se organiza para cuidar e faz uso de uma rede de apoio para o cuidado. Constatou-se que o idoso e seu cuidador centralizam as necessidades e as decisões, que a rede de apoio informal é a principal provedora de auxílio durante a hospitalização do idoso e que a rede de apoio formal extra-hospitalar é existente, porém não apresenta participação ativa no suporte do cuidador familiar. Por outro lado, a equipe de enfermagem responsável pelo cuidado intra-hospitalar foi uma participante ativa na totalidade dos relatos, provendo tanto o cuidado técnico especializado quanto a ajuda nas situações cotidianas emergentes, bem como suporte emocional aos cuidadores e idosos. Outro aspecto relevante destacado foi a falta de ajuda de alguns familiares no amparo aos cuidadores ou até mesmo ao idoso hospitalizado. Esse fato é considerado, pelos cuidadores, uma situação inaceitável, pois a família é vista como o sustentáculo em momentos de crise. As implicações deste estudo nas intervenções da enfermagem no cuidado ao doente e sua família estão relacionadas às discussões e reflexões, a serem realizadas pela equipe de saúde, acerca da inclusão do familiar no espaço hospitalar, pois a sua presença auxilia na manutenção da estabilidade física e emocional do idoso. Desta forma, a enfermagem poderá oferecer apoio ao familiar acompanhante para que se mantenha estável e possa formar uma parceria de cuidados, contribuindo na reabilitação do idoso.

Descritores: Idoso. Hospitalização. Cuidadores. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem.

ABSTRACT

PASINI, Daniela. Experiences of caregivers of hospitalized elderly. 2014. 95 p. Dissertation (Master's in Nursing) - Nursing School. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

This article focuses on the experiences of the primary caregiver in the care of the elderly in hospital. We conducted an exploratory descriptive qualitative research. Was performed on clinical units, surgical and emergency department of a university hospital in south service between the months of November and December 2013, using a structured interview, completed by 11 caregivers of patients with chronic diseases. The interviews were transcribed and analyzed with thematic analysis of Minayo. In this study, caregivers are characterized by being, mostly female, married sex, with children, without gainful employment and be a daughter of the hospitalized elderly. Participants caregivers understand the activity of caring as a moral duty, a result of personal relationships and family. From the moment we need to play that role, assume it as a requirement due to the fact they live in family. The motives for the caregiver to play this role relate to factors inherent to the elderly, such as health status and relationship to you. Caregiver, alluding to the duty / obligation, gratitude / retribution, kinship, gender, emotional closeness, marital status, current employment status and the absence of another person to perform the care. During the hospitalization of the elderly, caregiver develops actions, has strengths and difficulties and use strategies that help you care for. In experiencing the elderly care at the hospital is influenced to become caregivers, presents several experiments need to care for and promote changes in relation to the care with hospitalization of the elderly. By implementing care strategies during hospitalization of the elderly, the family caregiver to care is organized and makes use of a support network for care. It was found that the elderly and their caregivers centralize the needs and decisions that the informal support network is the main provider of aid during the hospitalization of the elderly and the network of formal support outside the hospital is found but has no involvement active in support of family caregivers. Moreover, the nursing staff responsible for in-hospital care has been an active participant in all the reports, providing both the technical expert care as the help emerging everyday situations as well as emotional support to caregivers and seniors. Another important aspect highlighted was the lack of help from some family in support to caregivers or even hospitalized elderly. This fact is considered by caregivers, is unacceptable, because the family is seen as the mainstay in times of crisis. The implications of this study in the nursing interventions in the care of patients and their families are related to the discussions and reflections, to be undertaken by the health team, about the inclusion of the family in the hospital setting because their presence assists in maintaining physical stability and emotional elderly. Thus, nursing can offer support to the family companion that will remain stable and can form a partnership of care, contributing to the rehabilitation of the elderly.

Keywords: Aged. Hospitalization. Caregivers. Nursing Care. Nursing Caregivers. Nursing.

RESUMEN

PASINI, Daniela. Experiencias de los cuidadores de ancianos hospitalizados. 2014. 95 p. Proyecto de Tesis (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

Este estudio tuvo como objetivo conocer las experiencias del cuidador principal en la atención de los ancianos en el hospital. Se ha realizado una investigación descriptiva y exploratoria de aspecto cualitativo. Ha sido ejecutado en unidades de clínica médica, quirúrgica y atención de emergencia de un hospital universitario en el sur de Brasil, entre los meses de noviembre y diciembre de 2013, utilizando una entrevista estructurada, respondida por 11 cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas con análisis temático de Minayo. En esta investigación, los cuidadores se caracterizan por ser, en su mayoría, del sexo femenino, casadas, con hijos, sin empleo remunerado y, como grado de parentesco, ser hijas del anciano hospitalizado. Los cuidadores participantes entienden la actividad de atención como un deber moral, resultado de las relaciones personales y familiares. Desde el momento en que necesitan desempeñar ese papel, lo asumen como un requisito por el hecho de vivir en familia. Los motivos para el cuidador cumplir este papel se refieren a factores inherentes a las personas mayores, tales como el estado de salud y su relación de parentesco. Al cuidador se hace alusión al deber/obligación, gratitud/retribución, grado de parentesco, género, cercanía emocional, estado civil, situación laboral actual y ausencia de otra persona para realizar la atención. Durante el proceso de hospitalización del anciano, el cuidador desarrolla acciones, tiene facilidades y dificultades y utiliza estrategias que le ayudan a cuidar. Al experimentar la atención del anciano en el hospital, está influenciado a convertirse en cuidador, presenta varias experiencias en la atención y necesita promover cambios, en relación con la atención, con la hospitalización del anciano. Mediante la implementación de estrategias de atención durante la hospitalización del anciano, el familiar cuidador se organiza para la atención y hace uso de una red de apoyo para la atención. Se ha comprobado que la persona mayor y su cuidador centralizan las necesidades y las decisiones, que la red de apoyo informal es la principal proveedora de ayuda durante la hospitalización del anciano y que existe una red formal de apoyo fuera del hospital, pero no presenta participación activa en el soporte del cuidador familiar. Por otra parte, el personal de enfermería responsable por la atención intrahospitalaria ha sido un participante activo en todos los informes, proporcionando tanto la atención técnica especializada como la ayuda en situaciones cotidianas emergentes, así como soporte emocional a los cuidadores y las personas mayores. Otro aspecto importante que se ha destacado fue la falta de ayuda de algunos familiares en apoyo a los cuidadores o incluso al anciano hospitalizado. Este hecho es considerado, por los cuidadores, una situación inaceptable, porque la familia es vista como el elemento fundamental en tiempos de crisis. Las implicaciones de este estudio en las intervenciones de enfermería en la atención al enfermo y su familia tienen que ver con las discusiones y reflexiones a ser realizada por el personal de salud, acerca de la inclusión de la familia en el espacio hospitalario, porque su presencia ayuda a mantener la estabilidad emocional y física del anciano. Por lo tanto, la enfermería podrá ofrecer apoyo al familiar acompañante para que se mantenga estable y pueda formar una sociedad de atención, contribuyendo con la rehabilitación de las personas mayores.

Descriptor: Anciano. Hospitalización. Cuidadores. Atención de enfermería. Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	21
3 REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1 O CUIDADO AO IDOSO.....	22
3.2 O CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO HOSPITALIZADO	31
3.3 A ATENÇÃO DA ENFERMAGEM DIRECIONADA AOS CUIDADORES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS.....	40
4 METODOLOGIA	43
4.1 TIPO DE ESTUDO	43
4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	43
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	44
4.4 MÉTODO DE COLETA DOS DADOS	44
4.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	45
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	47
5 RESULTADOS	48
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES	48
5.2 VIVÊNCIAS DOS CUIDADORES DE IDOSOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR	49
5.2.1 Influências na decisão de se tornar cuidador do idoso hospitalizado.....	49
5.2.2 A experiência de ser cuidador do idoso hospitalizado.....	51
5.2.3 Mudanças relacionadas ao cuidado com a internação do idoso.....	54
5.3 AÇÕES, FACILIDADES E DIFICULDADES PARA O CUIDADO AO IDOSO NO HOSPITAL: VIVÊNCIAS DO FAMILIAR CUIDADOR	57
5.3.1 Ações desenvolvidas no/com o idoso pelo familiar cuidador no hospital	58
5.3.2 Facilidades vivenciadas pelo familiar cuidador do idoso no hospital.....	61
5.3.3 Dificuldades vivenciadas pelo familiar cuidador do idoso no hospital.....	67
5.4 ESTRATÉGIAS DE CUIDADO UTILIZADAS PELOS FAMILIARES/AMIGOS CUIDADORES DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DO IDOSO	72
5.4.1 Organizando-se para cuidar o idoso no hospital	72
5.4.2 Uso da rede de apoio social para o cuidado do idoso hospitalizado	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	84

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	92
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	93
APÊNDICE C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde - CEPAS...	94
APÊNDICE D - Caracterização dos sujeitos.....	95

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem pode ser considerada uma profissão que prima pelo cuidado ao ser humano. Em muitas ocasiões, é possível ofertar, juntamente com o cuidado especializado, a segurança, o respeito e a especificidade da atenção, elementos valorizados em momentos de dificuldades, os quais caracterizam a busca ao atendimento de saúde.

Durante minha vida profissional foi possível presenciar e analisar, de maneira empírica e silenciosa, a importância da presença de um ente querido, seja durante a hospitalização, durante o tratamento ambulatorial ou durante a investigação do diagnóstico de saúde de muitos idosos nas instituições de saúde nas quais trabalhei. Ao longo deste tempo, o que mais se destacou foram os valores familiares, os laços de cumplicidade entre as pessoas, a importância do estar junto com o membro da família ou amigo que necessitava de apoio e auxílio em determinadas situações da vida, principalmente durante a hospitalização do idoso.

Neste percurso de vida, com mais de uma década dedicada exclusivamente à assistência, tive a oportunidade de vivenciar situações que envolveram a dinâmica enfermagem/cuidado/cuidador/idoso. Com essas experiências, foi possível identificar a importância do papel dos profissionais da enfermagem durante a hospitalização de um indivíduo. Iniciando pela assistência direta em situações agudas, após, durante a fase de estabilização do quadro do cliente, seguido pela manutenção do cuidado e o preparo para alta hospitalar ou, muitas vezes inevitável, para a terminalidade da vida.

Em todas essas fases da presença e da atuação da enfermagem junto ao cliente idoso, percebeu-se a necessidade da família na participação dos processos, na tomada de decisão, na responsabilidade legal perante seus familiares, na presença física, ofertando apoio emocional, carinho, respeito e alguns cuidados básicos. Contudo, algumas vezes, também foi possível vivenciar o abandono e o descaso de pacientes idosos por seus familiares. Esta falta de compromisso e respeito de alguns cuidadores gerava situações nas quais era possível identificar, nos idosos, a tristeza, a depressão, a apatia e a piora do quadro geral.

Entende-se que durante a internação hospitalar emerge a necessidade do cuidador. O cuidado ao idoso dependente é complexo e envolve muitos aspectos voltados não apenas para as intervenções técnicas, mas também para a valorização do cuidado individualizado e subjetivo, considerando-se as dimensões simbólicas e afetivas que envolvem o processo de dependência e adoecimento (AGUIAR et al., 2011). Assim, o cuidado ao ser humano, em condições de desequilíbrio no processo saúde-doença, compreende cuidados habituais e

cotidianos relacionados à manutenção e ao desenvolvimento da vida e cuidados de reparação e recuperação da saúde (AGUIAR et al., 2011).

Para Neri (2008), o processo de cuidar não é unidimensional. Os diferentes momentos da doença do idoso, as relações familiares, as distintas situações envolvidas no cuidar, o acesso a recursos pessoais e externos, em diferentes ocasiões, a história anterior de relacionamento entre o idoso e seus familiares são importantes determinantes na avaliação que o cuidador faz da situação e do seu bem-estar.

O Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), delimita como idosa a pessoa que tenha 60 anos ou mais. Entende-se que o envelhecimento não possa ser apenas definido de acordo com a faixa etária, e sim a partir das características socioculturais nas quais os indivíduos estão inseridos. Todavia, existe uma gama de acontecimentos físicos, psíquicos, estruturais e sociais que influenciam na maneira de como o indivíduo se percebe em seu meio. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil tem 190.755.799 habitantes. Especificamente, refere que a parcela relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passou a 5,9% em 2000 e chegou a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010).

De acordo com Veras (2012), a velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que a que ocorreu nas sociedades mais desenvolvidas no século passado. Projeções do Banco Mundial (2011) indicam que a população idosa vai mais do que triplicar nas próximas quatro décadas, passando de menos de 20 milhões em 2010 para cerca de 65 milhões em 2050. Os idosos, que em 2005 compunham 11% da população em idade ativa, somarão 49% em 2050, ao passo que a população em idade escolar diminuirá de 50% para 29% no mesmo período. Essas variações na estrutura etária da população resultarão em maiores pressões fiscais sobre os sistemas públicos de saúde e previdência social (WORLD BANK, 2011).

Devido a esse aumento progressivo da população idosa, é possível identificar que cada vez mais essa clientela necessita ser alvo de ações governamentais que garantam seus direitos de cidadãos, principalmente no que tange à questão da saúde. (HIROSE, 2014). O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta, teoricamente, uma maneira organizada de descentralização de poderes, defende a igualdade e a equidade de atendimento e, principalmente, defende que todos os cidadãos tenham direito à saúde, independente da idade ou sexo. No entanto, para uma melhor organização e garantia de acesso a determinados grupos sociais, fez-se necessário a formulação de políticas públicas que garantissem, legalmente, o ingresso aos serviços, assim como também determinassem seus direitos e deveres no que diz respeito à cidadania.

Reconhecendo este processo de envelhecimento progressivo da população brasileira, foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei 8.842 de 04 de janeiro de 1994, que trouxe uma nova expectativa no atendimento ao idoso. Esta objetiva criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações voltadas não apenas para os que alcançam 60 anos, mas também para aqueles que alcançam maior longevidade, bem como lista as competências das várias áreas e seus respectivos órgãos (BORGES, 2005; PORTO, 2012).

Posteriormente, em 2003, por meio da Lei 10.741, foi sancionado o Estatuto do Idoso, garantindo e ampliando os direitos dos cidadãos a partir dos 60 anos, considerando-os como prioridade absoluta nas questões referentes à saúde e às condições de acesso. O mesmo determina a garantia de assistência de suas necessidades sociais, incluindo moradia, alimentação, medicações e transporte. Estipula em seu quinto parágrafo que o núcleo familiar seja responsabilizado pelo seu bem estar, moradia e cuidados gerais.

Para Camacho e Coelho (2010), quando o convívio social não é suficiente para estimular os indivíduos a respeitarem o modo de viver, com princípios éticos e morais, de determinado grupo, faz-se necessário que os princípios transformem-se em leis por meio de políticas públicas de saúde. Com isso, é possível contatar a necessidade de mudanças de atitude em relação ao atendimento, tanto familiar quanto social e institucional do idoso. Para Neri (2008, p. 13), “atitudes são predisposições aprendidas e relativamente estáveis para responder ante a alguém ou a alguma situação”. Para a autora, elas são compostas por três elementos, o cognitivo, que reflete as normas sociais; o emocional, que se refere aos sentimentos de alguém em relação a algo, e a tendência, que seria a disposição do indivíduo a relacionar-se (NERI, 2008).

Nesta linha de pensamento, entende-se que existe a necessidade de combater “sentimentos, conceitos e atitudes” direcionados aos idosos que, de maneira subjetiva e/ou individualizada no profissional da saúde e/ou familiar cuidador e/ou comunidade, induzam, de alguma maneira, a um comportamento discriminativo em relação ao idoso, possibilitando que as políticas públicas possam ser aplicadas de maneira efetiva e não de maneira paternalista.

É função das políticas de saúde contribuírem para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. Ao se considerar a saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural favorável para a população idosa (BRASIL, 2010).

Para Vieira e Fialho (2010), ainda são poucas as respostas do sistema de saúde e das políticas sociais que tenham como objetivo a saúde do idoso, incluindo o seu cuidador. Isso é

preocupante ao se analisar a situação da condição social, econômica e de saúde dessa parcela da população, caracterizada por ter baixo nível socioeconômico.

O Informe Nacional sobre a Implementação na América Latina e Caribe da Declaração de Brasília sobre Envelhecimento (BRASIL, 2012a) indica que uma maneira de avaliar o papel que os idosos têm assumido perante as famílias nas quais se encontram inseridos é a sua participação na renda familiar. De acordo com o Informe, em 2009, nas famílias que continham idosos, estes contribuíam com 65% da renda familiar. Se o chefe fosse idoso do sexo masculino, essa proporção subia para 73% e se a chefe fosse a mulher idosa, passava para 69%. Uma forma de vulnerabilidade da população idosa é a falta de rendimento, como resultado da perda da capacidade de trabalhar. Dentre os idosos brasileiros, 9% encontram-se nessa categoria (BRASIL, 2012a).

Quando o idoso perde a capacidade de trabalhar ou realizar suas atividades de vida diárias (AVD) de maneira independente, muitas vezes, gera um contexto de dependência desse indivíduo, o que possivelmente resulta no acompanhamento de um membro da família ou de um profissional para o auxílio ao seu cuidado. Este envelhecimento populacional global vem sendo apontado como um fenômeno já estimado há algumas décadas, entretanto, a sociedade ainda revela dificuldades no manejo desta população crescente (CARRETA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011).

Após os 60 anos, as pessoas percebem algumas mudanças fisiológicas, as quais podem interferir diretamente na capacidade funcional e nas AVD, principalmente quando houver concomitante uma doença crônica. Quanto mais se vive em anos, maior a possibilidade de necessitar de ajuda para realizar as atividades cotidianas, que evolui para a necessidade de cuidados constantes (AGUIAR et al., 2011).

O aumento das doenças crônico-degenerativas nessa população é uma realidade e, muitas vezes, afeta a autonomia do idoso, exigindo cuidados permanentes da família e/ou cuidador, bem como atenção contínua e específica da equipe de saúde no direcionamento do cuidado (AGUIAR et al., 2011).

Assim, a prevenção e a manutenção dessas doenças, juntamente com o cuidado à saúde de pessoas idosas dependentes representam novos desafios para os profissionais da saúde e para as políticas públicas e sociais de atenção à saúde da população (CARRETA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011).

Quando se remete à elaboração de políticas de cuidado ao idoso, fundamentado na qualidade de vida, assume-se o conceito de capacidade funcional, isto é, a capacidade de se

manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente¹ e autônoma². A maioria das doenças crônicas dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade. No entanto, esta longevidade não impede que o idoso possa conduzir sua própria vida de forma independente e decidir sobre seus interesses. Este idoso, que mantém sua autodeterminação, que pode ser considerada a capacidade do indivíduo poder exercer sua autonomia, deve ser avaliado como um idoso saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas (VERAS, 2009).

Sabendo-se que é grande a parcela de pessoas idosas não fragilizadas³, portanto, com boas condições de saúde, a maioria em idade mais avançada e com renda, em média, superior ao conjunto da população, poderia propor-se uma política focando a manutenção da capacidade funcional em programas de prevenção, substituindo o modelo atual de demanda espontânea, tendo o hospital como principal referência (VERAS, 2009).

Também, é importante ressaltar que a área técnica da saúde do idoso reafirma a necessidade de mudanças na linha de cuidados e da atenção a essa população, por meio da humanização⁴ do atendimento, bem como do fomento de inovações através da disseminação de conhecimentos específicos para gestores e profissionais de saúde que atuam na rede. (BRASIL, 2010). Nesse sentido, a enfermagem deve estar atenta à saúde e ao bem-estar da população idosa, pois esta requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, condizentes com as distintas fases da enfermidade e grau de incapacidades. Ela deve estar baseada em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna (BRASIL, 2010).

¹ Independência é a capacidade funcional em sua expressão máxima, significa sobreviver sem ajuda para as atividades básicas e instrumentais para a vida diária e de autocuidado. (NERI, 2008). As atividades básicas de vida diária são representadas por alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se e locomover-se por conta própria. As atividades instrumentais de vida diária são realizar compras, tarefas domésticas, administrar medicações ou manusear dinheiro. As atividades avançadas de vida diária referem-se à automotivação para o trabalho, atividades de lazer, contatos sociais e exercícios físicos. A não realização dessas atividades pelo idoso pode ser representada por diversos graus de dependência, como independente, leve, parcial ou total. (CARNEIRO; FRANÇA, 2011).

² Autonomia pode ser entendida como a noção e o exercício do autogoverno, inclui a noção de liberdade individual, privacidade, livre escolha. (NERI, 2008).

³ O termo fragilidade é utilizado em gerontologia e geriatria para indicar uma condição de maior prevalência nas pessoas de idade mais avançada, o que as predispõe ao maior risco de situações adversas, como quedas, hospitalização, declínio na sua funcionalidade com possibilidade de institucionalização e morte. Apesar disso, não há consenso sobre o conceito de fragilidade. A definição com que os profissionais da geriatria concordam seria de uma condição multifatorial de vulnerabilidade, possuindo o idoso diversas patologias e a necessidade de uso de várias medicações e algum nível de dependência funcional e cognitiva. (CASTRO BORGES; TELLES, 2010).

⁴ Nos significados a respeito da humanização, elenca-se a questão da violência, ou seja, a humanização como ideias e atitudes opostas a ela e nesta incluem os maus-tratos físicos e psicológicos, e a já histórica violência simbólica. Outro significado refere-se à necessidade de melhoria da qualidade dos serviços prestados, que seriam viáveis através da tecnologia e do bom relacionamento e, em terceiro, aparece a ideia de humanizar pela melhoria das condições de trabalho do cuidador. (WALDOW; BORGES, 2011).

Em um nível de maior complexidade, como aqueles idosos já fragilizados e em estágio mais avançado, o cuidado deve estar centrado na presença de profissionais de saúde com capacidade resolutiva, pois, muitas vezes, podem apresentar múltiplas síndromes geriátricas com perda da capacidade funcional, necessitando ações de tratamento e reabilitação. Para um planejamento assistencial efetivo, são essenciais o prognóstico e o julgamento clínico adequados para se precisar o respectivo diagnóstico (VERAS, 2009).

Para Castro Borges e Telles (2010) e Ceña (2014), o grupo de idosos frágeis possui uma maior possibilidade de desenvolver a incapacidade e a dependência, tornando-se, estas duas, consequências da fragilidade. Assim, ao considerar a fragilidade uma condição para uma grande parcela de idosos, não há discordância, entre os pesquisadores, sobre o impacto negativo desta para as pessoas idosas e suas famílias, principalmente aos cuidadores e sociedade como um todo.

A prática mostra que a diminuição da capacidade funcional do idoso é o que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência. E ela poderá ser acarretada pela evolução da própria patologia de base, por sua má administração e sequelas, ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional (VERAS, 2009).

Como revela o estudo realizado por Solano, Scazufca e Menezes (2011) com idosos de baixa renda, utilizando a entrevista ao cuidador informal, foi evidenciado que mais da metade dos idosos falecidos, antes da referida pesquisa, apresentavam sintomas comuns como dor, fadiga, dispneia, depressão, anorexia, incontinência urinária, insônia e constipação no último ano de vida. Constatou-se, também, que muitos destes sintomas deixaram de ser identificados precocemente e tratados, apesar do fato dos idosos da amostra terem tido uma frequência relativamente alta de visitas aos serviços de saúde.

Castro Borges e Telles (2010) referem que, provavelmente, devido às dificuldades econômicas e deficiências das políticas sociais, nem sempre os idosos recebem a ajuda necessária da família ou do Estado, sendo muitos deixados em estado de abandono. Ao ponderar que as pessoas idosas, em condições de fragilidade ou de maior vulnerabilidade, possivelmente compareçam com menor frequência aos serviços de saúde ou tenham uma maior dificuldade de acesso, a modalidade de atenção domiciliar deve ser planejada pela Estratégia de Saúde da Família, garantindo a conexão com o sistema de saúde. Assim, a responsabilidade da família soma-se com o papel do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso (CASTRO BORGES; TELLES, 2010).

Nesse contexto, emerge a internação hospitalar do idoso, possivelmente decorrente do agravamento de uma patologia pré-existente ou de um quadro agudo, no qual o idoso, a família ou o

cuidador encontram-se sem condições de realizar a terapia medicamentosa no domicílio ou na instituição na qual o idoso reside, ou o quadro geral do idoso não permite isso. Veras (2009) e Motta, Hansel e Silva (2009) referem que as internações hospitalares dos idosos são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Desta forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde.

Carreta, Bettinelli e Erdmann (2011) afirmam que a internação hospitalar pode ser considerada um fator de desestruturação físico-emocional ao idoso, visto que ações e interações ocorrem num vínculo estabelecido por força situacional e estrutural. Os aspectos que suportam essa relação estão cercados, de um lado, por necessidades urgentes de atendimento e, de outro, por uma atividade profissional hierarquicamente determinada e dimensionada.

Entende-se que a complexidade técnica, que permeia o cuidado hospitalar, produz uma realidade nova e, possivelmente, intimidadora ao idoso. Ali, a relação do cuidado acontece de forma mais assimétrica, pois a pessoa idosa, já fragilizada pela doença, sente-se talvez mais impotente diante da diferença do ambiente hospitalar, o que oportuniza a sua dependência ao profissional e/ou ao familiar cuidador (CARRETA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011).

Assim, acredita-se que o idoso, no momento da hospitalização, possa se encontrar em um momento de crise em sua vida, pois é transferido de sua casa ou local de moradia, permanecendo em um local diferente estruturalmente, com luminosidade do ambiente intensificada, onde permanece com outras pessoas desconhecidas no recinto. Ali, a comida não é oferecida nos horários de costume, em quantidade desigual da qual se encontra acostumado, com tempero diverso, ocasionando uma possível descaracterização do seu cotidiano.

No entendimento de Aguiar et al. (2011), a promoção da saúde do idoso e o suporte aos familiares e/ou cuidadores representam novos desafios para o sistema de saúde, sendo imperativa a implementação de ações para a atenção das suas necessidades. Existe, na Gerontologia,⁵ o consenso de que o cuidado voltado para o idoso pode ser realizado pela família, profissionais e instituições de saúde. Neste contexto, o cuidador informal (familiar, amigos) surge como um parceiro fundamental no cuidado.

⁵ Do grego, *geronto* significa velho, *logia* significa estudo. Entende-se que “gerontologia seria o campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais”. (NERI, 2008, p. 95).

Para este estudo, define-se cuidador, de acordo com o Ministério da Saúde, como sendo

[...] um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que ‘cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida’. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008 p. 8).

Em uma visão mais ampla do cuidado, o papel do cuidador excede o simples acompanhamento das AVD dos idosos, estejam eles saudáveis, enfermos e/ ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário. Acredita-se que a função do cuidador seja de acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. (BRASIL, 2008). Os profissionais responsáveis pelo cuidado aos idosos e os cuidadores necessitam especializar-se no atendimento dessa clientela, familiarizando-se com suas especificidades físicas, psíquicas, sociais, fisiológicas e patológicas, pois todas elas interferem diretamente na saúde e bem-estar e, principalmente, na capacidade funcional do idoso, ou seja, no seu grau de autonomia e independência.

Para que o cuidado direcionado ao idoso seja de qualidade e efetivo, entende-se que a enfermagem deva conhecer as vivências do cuidado ao idoso internado no hospital por seu cuidador principal. Assim, a questão que orienta este estudo é: quais as vivências dos cuidadores de idosos durante a internação hospitalar?

Com base na questão norteadora, pressupõe-se que, possivelmente, este estudo venha a colaborar com a conformação do atendimento ao idoso em instituição hospitalar. Articule uma nova percepção do indivíduo cuidador como um possível cooperador, que influencie positivamente na permanência do idoso no hospital, tornando sua estadia menos traumática e solitária. Que a equipe de enfermagem tenha a possibilidade de favorecer o empoderamento desse cuidador com informações e orientações a respeito do cuidado domiciliar adequado ao idoso, visando sua alta hospitalar.

Pressupõe-se, ainda, que os resultados deste estudo proporcionem aos profissionais de enfermagem o desenvolvimento e/ou a percepção de uma forma humanizada de atendimento ao cuidador principal, entendendo-o também como um cliente no contexto da internação hospitalar do idoso, pois se acredita que alguns profissionais de enfermagem possam não ter

tempo suficiente e/ou condições físicas, ambientais, trabalhistas e/ou psicológicas de atuar junto ao cuidador para desenvolver a percepção e o cuidado humanizado.

2 OBJETIVO

O objetivo geral desta pesquisa foi conhecer as vivências do cuidador principal no cuidado do idoso no hospital.

Os objetivos específicos são:

Identificar as ações desenvolvidas no/com o idoso pelo cuidador principal durante a hospitalização.

Identificar as estratégias de cuidado utilizadas pelo cuidador principal durante a hospitalização do idoso.

Conhecer a rede de apoio social do cuidador principal para o cuidado ao idoso no hospital.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir, serão apresentadas questões relacionadas ao idoso, as quais se entendem ser pertencentes ao contexto vivenciado na internação hospitalar, bem como da presença de seu acompanhante e as implicações desta realidade para o cliente, o cuidador e a equipe de enfermagem. O objetivo da revisão de literatura foi encontrar trabalhos científicos atuais sobre a temática, envolvendo as vivências do cuidador familiar e do paciente idoso em situação de dependência ou não, incluindo também aspectos referentes à equipe de enfermagem. Para tanto, foi realizado uma pesquisa nas bases de dados nacionais online disponíveis, incluindo as bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), portal de revistas online Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI), Google Acadêmico, Ministério da Saúde, bem como portais de universidades.

Na sequência, será feita uma explanação sobre o cuidado direcionado ao idoso, a respeito da sua internação hospitalar e o cuidador no hospital. Após, será abordado a respeito do idoso como foco do cuidado e suas correlações sociais, bem como o perfil do cuidador e a sobrecarga sofrida por ele. A seguir, destaca-se a rede de apoio social evidente e necessária, e, por último, serão abordadas as demandas de cuidado, os suportes da equipe de enfermagem ao cuidador principal do idoso durante a internação hospitalar e a atenção da enfermagem direcionada ao cuidador do idoso hospitalizado.

3.1 O CUIDADO AO IDOSO

O ato de cuidar existe desde o início dos tempos, sem relação prévia com ofícios ou profissões, como os cuidados de uma mãe para com seu filho e o posterior cuidado filial em relação aos pais, quando necessário. Cuidar, tomar conta, assistir, ajudar, auxiliar, correlações sinônimas que remetem à ideia de interação entre indivíduos dizem respeito a qualquer pessoa que auxilia a outra a garantir o que lhe seria necessário para a manutenção da vida.

Collière (1989, p. 29) define cuidado como

manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação. As diferentes possibilidades de respostas a estas necessidades vitais fazem nascer e instauram hábitos de vida próprios de cada grupo. Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que têm por fim e por função manter a vida dos seres vivos [...].

Para a autora, a normatização das atitudes e práticas do cuidado transcende gerações de maneira empírica, desenvolve-se por métodos de tentativas e erros, comumente estão relacionadas às ações que dizem respeito à alimentação, higiene, habitat, costumes de vida, convivência social, onde existem atribuições comuns vinculadas às questões de gênero (COLLIÈRE, 1989).

O cuidar carrega em si a noção da feminização, sendo a mulher a imagem e símbolo da fecundidade, pois a ela compete todos os cuidados, desde a concepção, o nascimento, crescimento e, conforme continuidade da evolução humana, a morte. Com isso, o cuidar acompanha e é desenvolvido durante a vida da mulher. Já, ao homem são conferidas atribuições de proteção, de produção, ou seja, a caça, a pesca, a guerra, atitudes pouco condizentes à ideia da necessidade de cuidado (COLLIÈRE, 1989).

A característica da mulher sendo responsável pelo cuidado transcende épocas, apresentando-se como um tema ainda atual, incluindo o cuidado direcionado ao idoso, tanto em ambiente hospitalar quanto domiciliar. Como enfatiza Neri (2008), referindo que a literatura gerontológica destaca que geralmente é a mulher, filha ou nora a principal responsável pelo cuidado ao idoso.

Para Neri (2008), o cuidar de um familiar idoso pode ser considerado uma norma social, uma atitude esperada, onde os mais novos cuidam dos mais velhos. De uma forma geral, o cuidado aos idosos pode ser considerado uma responsabilidade que pertence à esfera familiar. Esse, por sua vez, refere-se ao cumprimento de normas sociais relativas aos deveres de retribuição social e piedade filial, envolve responder pelo idoso perante o resto da família e a sociedade, tendo inclusive implicações legais.

A internalização das normas sociais pelos indivíduos faz com que assumam pessoalmente o dever de cumprir a obrigação moral de cuidar como algo natural e esperado. Ao fazê-lo, eles também se afirmam como pessoa, mostram que são ajustados, evitam sentimentos de culpa, estabelecem ou restabelecem os laços afetivos com o idoso, dão exemplo às próximas gerações, enfim, realizam tarefas da maturidade (NERI, 2008, p. 44).

Para Gonçalves (2010), o processo de cuidar se dá em ações contínuas, de maneira interativa, através do diálogo entre quem fornece o cuidado e quem o recebe. Geralmente, o primeiro tem papel mais ativo, pois desenvolve ações de cuidar, enquanto o segundo, quando em situação de alta dependência, apresenta um papel passivo, embora participe, de acordo com as limitações individuais, de seus cuidados e da aprendizagem de práticas de autocuidado, enquanto se recupera.

De acordo com Bertoletti e Carreta (2008), cuidar também consiste em valorizar a vida do outro, em acompanhar a evolução do atendimento e da compreensão das atividades do

homem. Para Santin, Betinelli e Benincá (2007), o cuidado pode ser uma dimensão fundamental no processo evolutivo e de sobrevivência dos seres humanos. É um processo interrelacional, contextual, que envolve as mais diversificadas formas de expressividade terapêutica, de conhecimentos e habilidades, exigindo atitudes éticas e atos responsáveis, tendo como objetivo a valorização da vida.

Conforme Gonçalves (2010), na enfermagem gerontogeriátrica, o conceito de interdependência deve ser predominante, pois entende-se que o processo de cuidar seja baseado em responsabilidade ética desenvolvida por condutas que expressem compromisso, solidariedade, disponibilidade, respeito e confiança, consideração e compaixão para com o idoso adoecido e sua família cuidadora.

No âmbito hospitalar, o cuidado possui embasamentos científicos, éticos e de segurança, abrange situações nas quais o corpo humano se encontra em desequilíbrio físico e, muitas vezes, psíquico. Assim, os profissionais da enfermagem necessitam, além do conhecimento técnico, perceber as necessidades psicossociais de seus clientes, muitas vezes não referenciadas por estes. Entende-se, com isso, que o cuidado é uma identidade de quem atua na área da saúde. Para Santin, Betinelli e Benincá (2007), é o sinalizador de sua consciência, indicando a direção para a qual tem de se mover nas mais diversas situações da vida cotidiana.

Devido à relação de dependência que se estabelece ao cuidar, o profissional de enfermagem deve estar atento para não deixar predominar seu poder de responsável pela ação do cuidado, do empoderamento do conhecimento, que pode oprimir e anular o idoso em situação de adoecimento. Neste contexto, é imprescindível que prevaleça o que estimule crescimento a todas as partes envolvidas, ao profissional de enfermagem, ao idoso e aos seus familiares, estes últimos, os participantes mais importantes do processo de cuidar (GONÇALVES, 2010).

Para Prochet e Silva (2011), quando o cuidado hospitalar é desenvolvido de maneira integral e adequada com o idoso, ele permite a criação de uma ligação afetiva com os profissionais, possibilitando desenvolver sentimentos de tranquilidade, segurança e confiança, fazendo com que o tratamento seja mais facilmente evidenciado. Essa conexão faz parte da ação terapêutica do cuidado e pode ser percebida pelo idoso, através de atos como no trato com carinho, no ser gentil, no demonstrar compreensão, conversar, tocar, falar, escutar, olhar, apoiar, interessar-se, aconselhar, entre outros.

Goulart e Portella (2008) referem que faz parte do envelhecer a sensibilidade, o sentimento de fragilidade diante de algumas situações, principalmente durante a

hospitalização. Por isso, segundo os autores, é de fundamental importância o suporte emocional aos idosos, perceber suas necessidades, ser presença junto a eles e, ao mesmo tempo, ajudá-los na aceitação da condição de adoecimento e das condições que o momento impõe.

Nessa perspectiva, segundo Bertoletti e Carreta (2008), a equipe de enfermagem e, possivelmente, os cuidadores podem encontrar algumas dificuldades em prestar atendimento ao cliente idoso, pois, no processo de envelhecer, a pessoa acaba apresentando algumas limitações, frustrações, capacidade de adaptação diminuída, tornando-se, em alguns momentos, intolerante e de difícil relacionamento.

Portanto, acredita-se que o cuidado direcionado à pessoa idosa envolva dimensões físicas e sociais. Físicas, ao abranger e objetivar a satisfação das necessidades imediatas e mediatas do corpo humano durante a hospitalização, ao auxiliar na solução de questões que, sozinho, o cliente idoso não tem condições de resolver. Sociais, no que tange à significação deste cuidado na expectativa desse cliente.

Lima e Tocantins (2009) colaboram com essa afirmação, pois, de acordo com esses autores, no cuidado denominado técnico, relacionado a aspectos predominantemente físicos, existem manuais, modelos de intervenções, rotinas de procedimentos que padronizam e fundamentam cada ação. Porém, as que envolvem o cuidado humano, também denominado de não físico, não possuem normativas, nem manuais. Relacionado a isto, ocorre o reconhecimento da ação da enfermagem como um processo interativo, sendo que o mesmo precisa ser vivido, necessita possuir um significado para quem realiza (profissional da enfermagem) e para quem o recebe (o cliente idoso).

Acredita-se que o cuidado não possa ser fragmentado na atenção dos aspectos físicos ou dos psicossociais. Ambos são complementares, indivisíveis e necessários. Também, para Lima e Tocantins (2009), aos olhos dos idosos, a atuação do profissional da enfermagem não deve estar apenas voltado ao alívio de sintomas ao tratar a doença, embora isso faça parte da sua atenção. Os profissionais devem ser capazes de ter uma relação de abertura, confiança, compreensão, empatia, respeito e conforto para com seus clientes.

Em estudo realizado em um hospital público no interior paulista, que tinha como objetivo identificar a percepção de comportamentos de afetividade pelo idoso hospitalizado, Prochet e Silva (2011) constataram que a capacidade de proporcionar segurança foi valorizada pelo idoso quando a equipe de enfermagem apresentou comportamentos empáticos como conversar, tranquilizar, demonstrando firmeza e segurança técnica em procedimentos. Porém, nesse estudo, também foram explicitados algumas condutas dos profissionais de enfermagem,

como realizar o cuidado com pressa e não revelar interesse em conversar sobre outros assuntos do interesse do idoso, mesmo sabendo que quando a pessoa está hospitalizada, passa a viver em um ambiente de impessoalidade, onde o temor pelo desconhecido e a frieza dos procedimentos podem predispor a fragilidades e preocupações.

Com isso, surge a necessidade da humanização do cuidado direcionado ao cliente idoso, onde ele seja entendido pelo profissional cuidador, pertencente à enfermagem ou não, sob uma visão mais ampla, perceber o que há por trás do possível sentimento de sofrimento durante a hospitalização, quais os aspectos biológicos, emocionais e culturais que estão ligados a essa pessoa e que possibilidades de ajuda pode-se oferecer para que os possíveis sentimentos emergentes como insegurança, sofrimento, solidão e medo sejam aliviados (GOULART; PORTELLA, 2008).

Acredita-se, como Lima e Tocantins (2009), que uma assistência voltada para as necessidades de saúde requer atenção à vida cotidiana do idoso, conhecendo seu modo de ser e pensar, ou melhor, repensando e redescobrimo prioridades para o planejamento das ações de enfermagem e também de seus cuidadores. Entende-se que a enfermagem deve optar por uma postura sensível, compreendendo as necessidades assistenciais de saúde do idoso mediante uma interação da enfermagem com o cliente e, assim, desenvolver medidas que conduzam ao bem-estar e à saúde, favorecendo sua relação com o mundo em que está inserido, incluindo a família e/ou cuidador principal neste contexto.

Para Martins, Fernandes e Gonçalves (2012), a evolução dos contextos histórico e sociocultural levou as famílias a uma diversidade de transformações, traduzidas em mudanças em sua estrutura, papéis e funções. Entre as novas formas de organização familiar, destacam-se as famílias monoparentais e as famílias reconstituídas, que incluem adultos e crianças sem laços sanguíneos.

Acredita-se que é na família que as pessoas nutrem-se física, psicológica e socialmente; ganham um sentido de si e de coletividade enquanto uma unidade cultural familiar; cultivam crenças e valores acerca da vida e progridem ao longo do ciclo vital, até a sua terminalidade. É na família que recebem suporte material e psicológico em situações de maior estresse pessoal, ocupando um lugar de grande destaque na vida dos indivíduos seja na saúde, na doença, na alegria, nas adversidades. No meio hospitalar, a família é vista, também, como um recurso, exercendo um papel significativo, principalmente na internação de um idoso (MARTINS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012).

Entende-se que devido a questões de gênero e também culturais, na maioria das vezes, na família, quem desempenha as tarefas de cuidar é a mulher, uma vez que prestar cuidado é

secularmente uma pertinência feminina. Ao homem, cabe o dever de custeio financeiro da família, e à mulher, a organização (SANTOS; PAVARINI, 2010).

Constata-se nos estudos de Santos, Pelzer e Rodrigues (2007), Braz e Ciosak (2009), Santos e Pavarini (2010), Vieira e Fialho (2010), Aguiar et al., (2011), Seima e Lenard (2011), Costa, Pessoa e Pelzer (2011) que o perfil do cuidador de idosos apresenta uma constante: a feminização. Observa-se que os cuidados são executados pelos cônjuges e filhos, especificamente as filhas, na faixa etária de 45 a 50 anos, solteiras, casadas ou viúvas e, no geral, aposentadas (AGUIAR et al., 2011).

Para Vieira e Fialho (2010), a feminização está presente culturalmente na atualidade, pois apesar das mudanças sociais ocorridas, da maior participação da mulher no mercado de trabalho e das modificações dos papéis e valores da família, a mulher ainda é a principal responsável pelo cuidado, percebido, muitas vezes, como uma extensão das atividades domésticas.

Outras características dos cuidadores de idosos, segundo Costa, Pessoa e Pelzer (2011), é que, em sua grande maioria, apresentam algum grau de parentesco, ou seja, fazem parte da família. Nesse estudo, 80% dos cuidadores eram do sexo feminino, prevalecendo entre os familiares/cuidadores, as filhas (40%) e as esposas (20%). De acordo com Santos, Pelzer e Rodrigues (2007), o cuidador raramente é outro parente, ou um homem. Para Vieira e Fialho (2010) e Israel, Andrade e Teixeira (2011), geralmente os cuidadores moram na mesma residência e são pessoas que apresentam proximidade afetiva com o idoso.

Outra questão observada no perfil dos cuidadores de idosos é a permanência do cônjuge, também idoso, como responsável pelo cuidado do idoso hospitalizado. De acordo com Aguiar et al. (2011), as representações sociais apontam aspectos subjetivos da mulher idosa cuidadora, interpretando os diferentes motivos que as levaram a vivenciar tal papel. Nesse panorama, geralmente, espera-se da idosa cuidadora uma postura passiva no momento de assumir o cuidar, sendo algo inevitável a não aceitação do trabalho (BRAZ; CIOSAK, 2009). O cuidar de um paciente idoso é complexo e envolve, entre outras coisas, respeito, afetividade, entendimento sobre o envelhecimento e organização de tarefas diárias que envolvem o cuidador e o idoso.

Algumas características elencadas por Vieira e Fialho (2010) referem também que o cuidador, muitas vezes, apresenta baixo nível de escolaridade, muitos são desempregados, têm baixa renda familiar e não recebem apoio social e/ou familiar. Para os autores, a baixa renda familiar oferece dificuldades para a compra de alimentos, medicamentos, equipamentos, transporte, entre outros suprimentos necessários para a prestação de cuidados ao idoso,

configurando um fator preocupante em relação à qualidade deste cuidado dispensado, porque além dos gastos com as despesas normais da família, sabe-se que a condição de dependência gera gastos que oneram ainda mais o sistema de cuidado.

É de grande importância, com isso, elencar de que forma o cuidador principal é eleito, ou levado a ser cuidador durante a hospitalização, pressupondo que, possivelmente, ele seja um dos elementos responsáveis pela manutenção da estrutura familiar e social do idoso durante a hospitalização.

Costa, Pessoa e Pelzer (2011) constatam que os parentes mais distantes e os mais atarefados cuidam mais raramente. Por tudo isso, a escolha do cuidador é de fundamental importância, apesar de o critério de escolha ser diferente entre as famílias. Geralmente os fatores que influenciam na escolha são a disponibilidade, residir com o idoso, o consenso familiar, o sorteio, a iniciativa própria e solicitação do idoso.

No ambiente familiar, a necessidade de eleger um cuidador do idoso pode gerar uma desestruturação e uma nova redefinição de papéis. Assim, o processo de adaptação à realidade pode, por um lado, não se tornar complicado quando há uma boa relação entre cuidador familiar e idoso dependente, podendo ocorrer um maior grau de intimidade, de confiança e de respeito. Por outro lado, grandes dificuldades podem ser geradas quando o histórico familiar é construído a partir de crises e conflitos, tornando o cuidado inadequado e penoso para o cuidador (TORRES et al., 2009).

Em um estudo realizado com cuidadoras senescentes, Braz e Ciosak (2009) constataram que a escolha do cuidador principal do idoso provoca um fenômeno que envolve toda a unidade familiar, mobilizando os sujeitos, culminado por influenciar na decisão de quem vai cuidar. De acordo com as autoras, as mulheres do estudo se tornaram cuidadoras principais devido a sentimentos como o conformismo/resignação, o medo da perda, o compromisso, a compaixão, a imposição familiar e do ser cuidado, além da questão de gênero.

A tarefa de cuidar de alguém, na maioria das vezes, soma-se a outras atividades do cotidiano. O cuidador pode ficar sobrecarregado, pois, muitas vezes, assume sozinho a responsabilidade pelos cuidados. Alia-se a isso, o peso emocional da doença, que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida. Diante dessa situação, é comum o cuidador passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar. A tensão e o cansaço sentidos pelo cuidador possivelmente sejam prejudiciais a ele, à família e à própria pessoa cuidada (BRASIL, 2008).

Para Santos, Pelzer e Rodrigues (2007), o significado do cuidado ao idoso para o cuidador está relacionado ao tempo que lhe é tomado, algumas vezes o impedindo de se dedicar a outros compromissos, de viver com mais liberdade. Almeida et al. (2012, p. 546) referem que “o ato de cuidar é descrito pelos cuidadores como difícil e complicado, ‘não é fácil’, pois é uma atividade ininterrupta e, na maioria das vezes, é realizado de forma solitária, exigindo paciência, amor, renúncia de seus desejos e dedicação especial ao idoso em seu cotidiano”.

Seima e Lenardt (2011) pontuam que muitos familiares cuidadores necessitam modificar a rotina diária, o contexto domiciliar e o planejamento de sua própria vida, em virtude do tempo dispensado ao cuidado do familiar. Quando não apresentam suporte social, estes cuidadores são obrigados a renunciar ao emprego, às relações sociais e, em algumas situações, às relações familiares. E estas modificações que ocorrem na vida do cuidador podem ocasionar sobrecargas físicas, emocionais e financeiras. No estudo, foi possível encontrar dados que afirmam que a maioria dos cuidadores de idosos apresenta algum tipo de doença, sendo as de maior prevalência a hipertensão e a depressão.

A tarefa de cuidador do idoso durante a internação hospitalar, e também possivelmente após a alta hospitalar, pode gerar várias consequências físicas, mentais e sociais no cuidador. Conforme estudo de Israel, Andrade e Teixeira (2011), alguns cuidadores relataram desgaste físico e emocional decorrente da tarefa de cuidar de um idoso. Outros afirmam que devido ao envolvimento com o cuidado, da casa e da família, deixam de cuidar de si mesmos, recorrendo à automedicação para solucionar os seus problemas de saúde. Também ocorreram relatos de, como sendo o principal provedor de cuidado ao idoso, muitas vezes serem privados do convívio social e, mesmo nas raras vezes que conseguem sair, não aproveitam o momento por estarem constantemente preocupados com o bem-estar do idoso.

Em estudo realizado por Oliveira e D’elboux (2012), foi percebido que os cuidadores, em geral, apresentam pouco conhecimento a respeito dos problemas de saúde dos idosos e os cuidados necessários. Mencionam que muitas vezes o cuidado da equipe de saúde é voltado somente para o idoso, ficando o familiar cuidador excluído deste processo. Constataram, também, que a falta de orientações a respeito do cuidado necessário ao idoso pode, muitas vezes, dificultar o trabalho e acarretar uma sobrecarga do cuidador. Quando eles não estão preparados para lidar adequadamente com as especificidades do paciente, a tarefa de cuidar pode contribuir para o adoecimento ou agravamento de problemas de saúde pré-existentes nos cuidadores.

Em outra pesquisa, realizada por Costa, Pessoa e Pelzer (2011), observou-se que as relações familiares, num contexto em que um dos membros é idoso, configuram-se desafiadoras pela dimensão desta experiência. Na visão dos familiares, em relação aos cuidados, pode-se destacar a responsabilidade e o grande amor que os cuidadores sentem pela pessoa cuidada, mesmo passando por uma sobrecarga de tarefas e deixando o autocuidado de lado, já que falta tempo para o lazer, podendo aumentar o estresse e, conseqüentemente, dificultar o relacionamento com outros membros da família. Torna-se importante destacar que os cuidadores/familiares precisam ter apoio social e dos profissionais da área da saúde, em especial da enfermagem, para prestarem melhores cuidados aos idosos.

Para Aguiar et al., (2011), quando a necessidade do cuidado é entendida como uma disfunção não só orgânica, mas também subjetiva, familiar e social do idoso, o cuidador busca o resgate e a conservação de hábitos de vida que contribuam para protegê-lo daquilo que o destrói. Como consequência, os cuidadores mobilizam e agregam recursos que lhes permitem conduzir essa situação. São feitos investimentos importantes para manter hábitos da existência do idoso, incluindo a manutenção de princípios de convivência familiar, religião, lazer e interação familiar e social.

Acredita-se que o estresse pessoal e emocional do cuidador principal é enorme. Assim, esse cuidador necessitaria manter sua integridade física e emocional para planejar maneiras de convivência com o idoso a ser cuidado e seus familiares. Entender os próprios sentimentos e aceitá-los como um processo normal de crescimento psicológico, talvez seja o primeiro passo para a conservação de uma boa qualidade de vida (BRASIL, 2008).

O desgaste físico e emocional acarretado pelo excesso de atividades decorrentes do processo de cuidado familiar é uma situação que ocasiona um grande impacto na família. Os profissionais da enfermagem não podem se isentar da responsabilidade de perceber essa necessidade. A família, enquanto prestadora de cuidados ao idoso, constitui-se numa matriz cuidadora que merece apoio e valorização por parte dos profissionais da enfermagem, constituindo-se em sua importante aliada. A valorização do processo de cuidar pelas famílias oferece uma oportunidade do profissional de saúde trabalhar em parceria, reduzindo a vulnerabilidade tanto dos idosos quanto dos seus familiares cuidadores, que se encontram sob estresse físico e mental (SANTOS; PELZER; RODRIGUES, 2007).

A responsabilidade de ser cuidador de um idoso hospitalizado pode acarretar em situações habituais que podem gerar algum desconforto ao cuidador se esse se encontra sozinho em sua atribuição. Geralmente, a hospitalização de um familiar gera ocasiões em que se faz necessária a ajuda de outras pessoas para a solução de situações que emergem da

própria hospitalização, como providenciar materiais de higiene para o idoso e o cuidador, roupas limpas, alimentação para o acompanhante, auxílio na movimentação pela instituição hospitalar, troca de acompanhante para o repouso de quem se encontra constantemente realizando os cuidados, entre outros.

Acredita-se que, durante a hospitalização do idoso, as redes sociais se formam com a constituição não apenas de familiares e amigos, mas também de outros cuidadores que estejam experienciando a mesma situação ou que já passaram por vivências semelhantes e se prontificam a ajudar, caracterizando uma ajuda social de maneira informal.

Conforme Vieira e Fialho (2010), no cotidiano destes cuidadores, existem pouco ou nenhum tipo de apoio social. Esses autores referem que o apoio social se distingue como a ajuda real ou percebida que o indivíduo recebe nos relacionamentos familiares ou em grupos sociais. No apoio social, acredita-se que seja relevante a reciprocidade. No apoio emocional, o amor e o carinho, e no apoio prático, a ajuda financeira, providenciar materiais de consumo e transporte.

A rede de apoio formal pode ser identificada como ações públicas que visem garantir suporte social ao idoso, como hospitais, Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI's), programas da rede básica de atenção à saúde, como Estratégia de Saúde da Família (ESF), entre outras.

3.2 O CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO HOSPITALIZADO

Estudos recentes como os de Motta, Hansel e Silva (2010), Carretta, Bettinelli e Erdmann (2011), Pilger et al. (2011) e o Informe Nacional Sobre a Implementação na América Latina e Caribe da Declaração de Brasília Sobre Envelhecimento (BRASIL, 2012a) destacam que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbidade e mortalidade dos idosos. Essas pesquisas remetem à alta incidência de internações hospitalares entre os idosos decorrentes das DCNT e suas complicações e/ou suas correlações, fazendo-se acreditar que as internações hospitalares dos cidadãos de mais de 60 anos, muitas vezes, decorrem de processos multifatoriais, decorrentes de seu estado geral de saúde física, mental e social.

No entendimento de Veras (2012), envelhecer sem apresentar nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra. Nesse contexto, os agravos decorrentes das DCNT têm sido as principais causas de óbito na população idosa, seguindo uma tendência mundial. Quando

são analisadas as causas específicas, as doenças cerebrovasculares ocupam o primeiro lugar em mortalidade no país, tanto em idosos quanto na população geral, e as doenças cardiovasculares, o segundo lugar. Nos países de alta renda e no mundo de uma forma geral, observa-se o inverso quanto a essas duas causas, ou seja, doenças cardiovasculares, em primeiro, e doença cerebrovascular, em segundo (BRASIL, 2010).

Vários motivos estão implicados nessa discrepância em relação ao restante do mundo. Provavelmente, um dos mais importantes sejam a alta prevalência de hipertensão arterial na população brasileira e o não tratamento ou o tratamento inadequado dessa doença, tendo em vista que a hipertensão arterial é o principal fator modificável da doença cerebrovascular (BRASIL, 2010).

No estudo realizado por Solano, Scazufca e Menezes (2011), foi constatado que 82,7% dos idosos tiveram internações hospitalares em seu último ano de vida. O tempo total internado foi, para a maioria dos idosos, de uma a quatro semanas, sendo que a média diária de internação foi de 32 dias. O ambiente hospitalar, incluindo pronto-socorros, foi o local de óbito de 71% dos idosos da amostra, o que confirma a alta incidência e permanência de internações hospitalares desse grupo populacional.

As DCNT e suas complicações possivelmente sejam um dos fatores que mais favorecem o declínio do estado de saúde do idoso, juntamente com agravantes como a depressão e a vulnerabilidade social, quando o idoso é dependente e necessita de cuidados básicos como alimentação, higiene e, não menos importante, o pertencimento ao grupo familiar e/ou social.

De acordo com Motta, Hansel e Silva (2010), a hospitalização de um idoso é um agravante para sua saúde e pode levar à diminuição irreversível da capacidade funcional e piora da qualidade de vida. A pessoa idosa, assim como outras pessoas de diferentes faixas etárias, deve ser considerada em sua personalidade, crença, aspiração, entre outros, junto de seus acompanhantes e/ou familiares, durante todo o processo de cuidar.

O hospital pode ser avaliado como uma estrutura que objetiva recuperar a saúde dos clientes. Para Martins, Fernandes e Gonçalves (2012), trata-se de estabelecimento de elevada diferenciação, disposto de recursos tecnológicos e humanos, cujo objetivo é prestar serviços de saúde nas 24 horas do dia, desenvolvendo atividades diagnósticas, terapêuticas, cuidativas e de reabilitação em regime de internamento ou ambulatorial.

Em sua grande maioria, a estrutura hospitalar é composta por normas, rotinas e regimentos padronizados, nem sempre adaptáveis, com uma ideologia centrada na melhoria das ações e resolutividade na recuperação da saúde. Desse modo, a complexidade assistencial

hospitalar compreende padronizações que tendem a conectar o idoso ao comando da instituição de saúde, em detrimento da personalização do cuidado, generalizando os procedimentos e orientações com a finalidade de atender à demanda dos serviços (CARRETTA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011).

O rápido avanço técnico-científico no contexto da saúde tem resultado, em alguns momentos, em uma valorização excessiva desses aspectos, em detrimento do respeito e de outras questões que permeiam as relações humanas. Por outro lado, têm-se as limitações conferidas pelas características do ambiente hospitalar como ambiente impessoal e frio, local de tristeza, dor e sofrimento, associados ao sistema de ideias que prioriza a manutenção do modelo biomédico nesse espaço. Martins, Silva e Alvim (2010, p. 144) afirmam que “qualquer pessoa que passa por um processo de hospitalização vivencia uma situação estressante e, muitas vezes, de sofrimento”.

Para Carretta, Bettinelli e Erdmann (2011), o idoso, quando hospitalizado, tem sua autonomia diminuída, decorrente da hierarquização do cuidado e do biopoder⁶ estabelecido nas instituições. A situação de fragilidade, inerente ao processo de internação em instituições hospitalares, remove o idoso de suas atividades de vida diárias cotidianas, além de reduzir de maneira drástica sua capacidade de decisão. Sendo o hospital um ambiente altamente tecnológico, priorizam-se procedimentos e rotinas necessárias ao pleno funcionamento da instituição.

Ao chegar à instituição hospitalar, o idoso traz consigo uma carga emocional grande, pois, além da inquietação com a doença pré-existente, fica exposto às fragilidades próprias de sua condição e necessita adaptar-se às rotinas. Nessas condições, as coisas mais simples e banais adquirem para o idoso um caráter de maior gravidade. Além da terapêutica, exames e atendimento às necessidades físicas, deve-se considerar os aspectos emocionais, como suas carências afetivas. Assim, existe a importância da valorização da relação com o idoso, pois a sua necessidade de segurança afetiva é uma realidade que precisa ser enfrentada (PROCHET et al., 2012).

⁶ Entende-se como biopoder, de acordo com Rezende e Ferreira Neto como “relações de poder exercidas sobre e entre os indivíduos que se relacionam no contexto hospitalar, incluindo também as normas e as regras da instituição, que por sua vez, são apresentadas através de ações que têm como efeito a *moldagem* das pessoas envolvidas. Trata-se de uma arquitetura complexa, de uma microfísica do poder no cotidiano hospitalar.” (REZENDE; FERREIRA NETO, 2013, p. 42, grifo do autor.).

A presença do familiar pode ser considerada como uma forma de proporcionar companhia ao doente, diminuindo a solidão inerente à hospitalização, apoiando-o, escutando-o, consolando-o, portanto, alguém atento às necessidades do doente, somando com o trabalho da equipe, possivelmente, proporcionando a segurança afetiva necessária (SZARESKI, 2009).

A permanência do cuidador durante a hospitalização do idoso foi garantida, no Brasil, pelo Ministério da Saúde, ao considerar a melhoria da qualidade de vida que traz ao idoso. Além de tornar obrigatórios os meios que viabilizam a permanência do cuidador, a Portaria Nº 280, de 7 de abril de 1999, do Ministério da Saúde, garante os recursos financeiros para sua acomodação, autorizando ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante. Nestas, estão incluídos o valor da diária de acompanhante, a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições (BRASIL, 1999).

Para Szarecki (2009) e Pena e Diogo (2009), a equipe de enfermagem no ambiente hospitalar passou a se deparar com o aumento do número de idosos ocupando os leitos hospitalares, assim como a permanência de seu cuidador. Essa nova situação exigiu, então, a construção de uma tríade de relações no cuidado do idoso hospitalizado, constituída pela enfermagem, o paciente e o cuidador.

A inclusão dos acompanhantes no cuidado acontece a partir do momento em que realizam questionamentos, buscam informações sobre o estado de saúde do seu familiar, sobre os procedimentos e as condutas a serem tomadas e a organização da estrutura hospitalar. Na medida em que a alta hospitalar aproxima-se, os acompanhantes tomam ciência de que o cuidado e a responsabilidade com o idoso adoecido e hospitalizado, fora daquele ambiente, serão de sua competência e com isso a preocupação em garantir um cuidado qualificado estimula a sua busca por informações e a execução de procedimentos (SZARESKI, 2009).

O acompanhante, pela sua proximidade ao seu familiar ou amigo, conhece suas preferências, medos e desejos. Com ele, o paciente sente-se à vontade e tranquilo para exteriorizar suas necessidades, sabendo que tem uma pessoa de confiança, em período integral. Por outro lado, aquele que não possui acompanhante, na sua maioria, demonstra insegurança, por estar em local desconhecido, longe de sua família e dos amigos, não encontrando uma pessoa para expor seus sentimentos. Observa-se que os idosos adoecidos, que ficam sozinhos, muitas vezes, não aceitam o tratamento, tornando-se ansiosos, o que dificulta sua adaptação no ambiente hospitalar e, conseqüentemente, a sua recuperação (SZARESKI, 2009).

Geralmente, o acompanhante atua como um colaborador da equipe de enfermagem na realização do cuidado, pois a proximidade do familiar é o meio de comunicação entre a equipe e o paciente, para que este aceite melhor o tratamento e colabore nos cuidados, visando a sua recuperação. Entretanto, percebe-se que há preocupação da equipe em manter a família obediente às normas e rotinas da instituição, esperando que ela cumpra com suas obrigações de cuidar, não interferindo no trabalho da enfermagem (SZARESKI, 2009).

São grandes as demandas de cuidado aos idosos hospitalizados. Os cuidadores, muitas vezes, assumem tarefas cotidianas também realizadas no domicílio, como alimentação, higiene e conforto. No estudo de Pena e Diogo (2009), constatou-se que os cuidadores realizavam as atividades auxiliares como para limpar a boca e os dentes, cuidar da pele, com massagem, no uso de cremes, cuidar dos cabelos e barbear, no cuidado das mãos e das unhas. Ressalta-se que, para Costa, Pessoa e Pelzer (2011), os cuidadores também relacionam outros cuidados, destacando-se: oferecer muito carinho, amor e dedicação constantes.

Nesse contexto, Almeida et al. (2012) referem que alguns cuidadores também têm assumido, no cotidiano de suas vidas, atividades de cuidado que vão além do seu preparo e conhecimento para tal, como medir a glicemia e aferir a pressão arterial do idoso. Essas tarefas excedem aquelas preconizadas pelo Guia Prático do Cuidador, elaborado pelo Ministério da Saúde, o qual refere que não deveria fazer parte dos afazeres o uso de técnicas e procedimentos identificados como privativos de profissões legalmente estabelecidas, como a enfermagem, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro e colocação de sondas, etc (BRASIL, 2008).

Existe, também, a idéia de que o acompanhante seja um “guardião” do idoso hospitalizado, pois ao permanecer vinte quatro horas ao lado do seu familiar, ele observa e comunica todas as alterações à equipe de enfermagem. Com sua comunicação confiável, é possível a enfermagem assistir o doente em tempo hábil e com maior precisão, contribuindo para sua recuperação (SZARESKI, 2009).

No ambiente hospitalar, as tarefas de menor complexidade que ficam, de certa forma, delegadas para a família do idoso são: higiene, troca de forros do leito, auxílio na alimentação e nas eliminações. Já a enfermagem, assume as atividades de maior complexidade como: medicamentos, verificação de sinais vitais, sondagens, punções e outras intervenções. Entretanto, esta situação requer certo cuidado e atenção, uma vez que os procedimentos e cuidados de enfermagem do paciente hospitalizado são de responsabilidade da equipe e, portanto, não devem ser delegados aos cuidadores independente da sua complexidade (PENA; DIOGO, 2009).

A prática mostra que a equipe de enfermagem convive com um quadro reduzido de funcionários e com pessoas com doenças crônicas que demandam muitos cuidados. Por isso, muitas vezes, vê na figura do acompanhante um aliado para a prestação da assistência. Rotineiramente, o acompanhante é requerido pela equipe de enfermagem, pois ajuda a diminuir seus encargos com os doentes, principalmente aqueles que exigem mais tempo, como a higiene corporal. Esse fato denota uma inversão de papéis relacionada à presença do acompanhante. Este deve ser visto como um colaborador e não como um membro da equipe de enfermagem (SZARESKI, 2009).

Nessa questão, também, existem aqueles acompanhantes que não querem se envolver, assim como há outros que prejudicam o idoso adoecido e hospitalizado em sua recuperação, pois a sua presença, além de deixá-lo deprimido, torna-o agressivo. A iniciativa em inserir-se nos cuidados deve partir dos acompanhantes, porque se eles não tiverem interesse e vontade de aprender, eles acabam por não se inserirem nos cuidados (SZARESKI, 2009).

Para Almeida et al. (2012) encontram-se, também, situações nas quais o cuidador vê o idoso como uma criança. Este comportamento pode ser considerado inapropriado, com possíveis influências negativas, podendo contribuir para perda de sua autonomia, bem como, estimular a dependência emocional do idoso para com o cuidador, a ponto de o idoso começar a ter comportamento infantil. Essa percepção infantilizada do cuidador para com o idoso pode ser relacionada à dependência física que este tem do seu cuidador para o desempenho das atividades diárias, como também à teimosia, resistência ao cuidado e ao próprio comportamento do idoso.

Entende-se que a presença de um cuidador principal deva ser valorizada, no sentido de envolvê-lo nos cuidados com o idoso, considerando seus limites e potencialidades. Subentende-se que o familiar e a equipe de enfermagem possam desenvolver uma parceria, cabendo à equipe de enfermagem orientar o familiar quanto às atividades em que ele pode participar e auxiliar, visando principalmente à alta hospitalar (PENA; DIOGO, 2009).

Acredita-se que existam alguns obstáculos para a orientação do cuidador principal pela enfermagem, como a falta de ensinamentos dos profissionais a respeito dos cuidados direcionados à família durante a sua formação, a contínua prática da enfermagem com base no paradigma de enfoque individual, a prática ancorada no modelo biomédico, a qual centra o indivíduo como cliente, e a família é vista como parte do contexto e não como outro cliente. Por último, a falta de modelos, tecnologias e instrumentos mais específicos para avaliar e intervir nas famílias (MARTINS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012).

Conforme Pena e Diogo (2009), a internação hospitalar de um membro gera circunstâncias que exigem uma reorganização familiar para atender às necessidades do indivíduo hospitalizado. Esse processo de reorganização nem sempre ocorre de forma calma. A internação, muitas vezes, é uma situação que gera desequilíbrios emocionais, financeiros e de relacionamento.

Em estudo quantitativo que investigou os conflitos no relacionamento entre os cuidadores e seus idosos, na visão de 100 cuidadores de idosos, Carneiro e França (2011) constataram que as lembranças do relacionamento passado entre idosos e o cuidador desempenham influência no tipo de relação. Os idosos que tiveram relações conflituosas no passado tendiam a suscitar sentimentos negativos pelos cuidadores, incluindo conflitos familiares. Na pesquisa, o conflito dos idosos com seus companheiros apresentou-se menor do que com os outros familiares.

Embora a família sofra com o adoecimento de um de seus membros, é esperado dela que tenha forças para apoiar o familiar doente. A maioria das famílias responde bem a essa nova situação, mas podem ser observadas reações não cooperativas. Nas famílias que assim reagem, provavelmente, já havia comprometimento das relações antes do adoecimento orgânico do familiar (SZARESKI, 2009).

Na hospitalização do idoso, espera-se que essa não tenha longa duração e que ele e sua família recebam orientações para o cuidado domiciliar. No entanto, o que se observa é a falta de preparo dos profissionais de saúde para exercer essa ação educativa, principalmente no momento da alta hospitalar, o que poderia influenciar nas sucessivas internações submetidas aos idosos portadores de doenças crônicas (ALMEIDA; AGUIAR, 2011).

Ainda, para Szareski (2009), no início da internação, os cuidadores, muitas vezes, sentem-se despreparados e inseguros em participar dos cuidados por estarem em local desconhecido e por não saberem o que é esperado deles. Com isso, eles acabam fugindo dessa atividade, procurando ajuda nos profissionais e se afastando do doente. Mas com o tempo, eles vencem o medo, e assumem diversas atividades e vão colaborando com o cuidado de enfermagem. Ao se envolverem na realização dos cuidados à pessoa doente, ainda no ambiente hospitalar, os acompanhantes adquirem conhecimentos, aprimoram sua técnica de execução de procedimentos e qualificam-se para a prestação do cuidado domiciliar, devido a sua responsabilidade e preocupação com as necessidades do seu familiar (SZARESKI, 2009).

De acordo com Aguiar et al., (2011), cabe à enfermagem a iniciativa de estabelecer uma relação mais estreita de parceria com os cuidadores, inserindo-os no processo de cuidar, como também auxiliar os idosos e seus cuidadores, a partir da ampliação de ações que

assistam ambos: o cuidador e quem é cuidado. Como afirmam Santos, Pelzer e Rodrigues (2007), torna-se necessário identificar as necessidades do familiar cuidador para que ele possa oferecer cuidados ao idoso fragilizado.

Almeida et al. (2012) corroboram, afirmando que compete ao enfermeiro desenvolver práticas educativas em saúde, assim possibilitando a oferta de condições para que o cuidador possa avaliar as necessidades emergenciais de atendimento e buscar ajuda de outros profissionais de saúde. Nesse sentido, o enfermeiro tem um amplo espaço de atuação, assim como um desafio, o de se aproximar do cuidador e trabalhar suas potencialidades.

Acredita-se que, com o crescente aumento das doenças crônicas, muitos cuidados considerados complicados, que exigem uma técnica aperfeiçoada, como a aspiração de uma traqueostomia ou a administração de dieta por sonda nasointestinal, que apenas eram realizados no ambiente hospitalar, passam a ser desenvolvidos por cuidadores no domicílio.

Desse modo, o preparo do familiar para a execução desses cuidados ainda no cenário hospitalar é imperativo, e a enfermagem precisa estar ciente da importância da inclusão do acompanhante nos cuidados, que refletirá na sua segurança e autonomia para cuidar no domicílio. Entende-se que esse processo educativo é complexo, dinâmico, dialético, pois envolve questionamento, reflexão, diálogo, uma relação compartilhada entre profissionais de enfermagem e futuros cuidadores domiciliares, que devem iniciar seu aprendizado ainda durante a internação hospitalar de seu familiar (SZARESKI, 2009).

Conforme Aguiar et al. (2011), a educação em saúde é uma tática essencial para o preparo do cuidador, de forma a permitir que ele compreenda o processo do envelhecimento, para atuar de forma a prevenir danos à sua saúde e a do idoso, que possa agir de forma adequada para interferir positivamente na qualidade de vida do idoso e inclusive diminuir a necessidade de hospitalizações.

Convém destacar que, muitas vezes, a própria equipe de enfermagem reconhece a necessidade de capacitações em saúde do idoso. Em um estudo qualitativo desenvolvido com enfermeiras de um hospital do interior paulista, constatou-se que ao serem questionadas se estavam preparadas para cuidarem dos idosos durante sua internação hospitalar, a totalidade das entrevistadas respondeu que

[...] apesar de se sentirem preparadas, referiram perceber a necessidade de estudar aspectos específicos das áreas de geriatria e gerontologia; que possuem uma equipe de trabalho *até capacitada*, mas que não se sentem afinadas com a área, atrapalhando o desempenho profissional, [...] que gostariam de ser avisadas sobre os cursos na área, mas que eles são escassos (PROCHET et al., 2012, p. 100, grifo do autor).

Nesse sentido, entende-se que alguns profissionais percebem a necessidade de obterem mais conhecimento na área gerontogeriátrica e compreendem a especificidade do cuidado a essa população. Com isso, destaca-se a perspectiva de trabalho do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica- DEGER-ABEn, expressa no Regimento Interno, aprovado em 7 de fevereiro de 2010.

Este Regimento normatiza a organização e funcionamento do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem, criado em dezembro de 2009 e especifica algumas competências, das quais se destaca a realização de cursos de aperfeiçoamento e treinamentos para Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, que favoreçam a capacitação para o cuidado de pessoas idosas e o comprometimento em propor medidas necessárias à defesa e consolidação do trabalho em Enfermagem Gerontológica. (ABEn, 2010).

Outra opção apresentada por Castro Borges e Telles (2010), considerando a realidade do envelhecimento populacional e a necessidade dos profissionais apresentarem os conhecimentos específicos para o atendimento dessa população, seria a estimulação à adesão dos profissionais de saúde e gestores, à educação permanente na área do envelhecimento que habilite os profissionais da enfermagem para lidar com as especificidades da população idosa. A educação permanente pode ocorrer de diversas maneiras, uma das quais é a abordagem de problemas, resgatando os conhecimentos dos profissionais adquiridos na sua formação.

Nesta situação, a presença de um facilitador pode contribuir para o desenvolvimento do grupo de profissionais, ao se utilizar da educação à distância, que pode atender a um grande número de equipes. Outra opção seria utilizar a autoinstrução, com formação de grupos para compartilhar as experiências, podendo utilizar-se da facilidade do acesso à internet em busca de material didático (CASTRO BORGES; TELLES, 2010).

Com isso, é possível perceber a importância dessa temática em que a busca de conhecimento e também familiaridade com a realidade na área da enfermagem gerontogeriátrica estimule os profissionais a se empenharem no cuidado do idoso e de seus cuidadores/familiares. Conforme Santos, Pelzer e Rodrigues (2007), no Brasil, observa-se a precariedade de políticas públicas, aumentando a responsabilidade e as atribuições da família no cuidar do idoso, que acaba sendo dividido com a rede de amigos e com o ambiente de trabalho. Nesse contexto, elenca-se uma não priorização em ofertar suporte à família para que ela cuide do idoso dependente, sem disponibilizar uma rede de seguridade social mais bem estruturada.

Em um estudo de revisão bibliográfica, Camacho e Coelho (2010) constataram que 7,7% dos estudos analisados demonstraram a importância de estratégias que tenham o cuidador como sujeito principal, cabendo ao profissional de saúde e às políticas públicas valorizarem a rede de suporte ao idoso dependente. Esta rede é importante como base do processo de cuidar. Ainda, algumas referências desse estudo destacam que a sobrecarga produzida pelas demandas de cuidados pode ser minimizada pela adoção de estratégias e de políticas públicas eficazes, representando melhor qualidade de vida para o idoso e seu cuidador.

Em busca de uma atenção especial direcionada aos cuidadores de idosos e sua família, em 2008, o Ministério da Saúde publicou em sua série de normas e manuais técnicos o “Manual do Cuidador”, com o objetivo de

[...] orientar cuidadores na atenção à saúde das pessoas de qualquer idade, acamadas ou com limitações físicas que necessitam de cuidados especiais. Tem o objetivo de esclarecer, de modo simples e ilustrativo, os pontos mais comuns do cuidado no domicílio; ajudar o cuidador e a pessoa cuidada; estimular o envolvimento da família, da equipe de saúde e da comunidade nos cuidados, e promover melhor qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada, ressaltando que apesar de todas as orientações aqui contidas, é indispensável a orientação do profissional de saúde (BRASIL, 2008 p. 5).

Nessa publicação, é possível encontrar orientações e esclarecimentos a respeito do cuidado domiciliar direcionado ao idoso, esteja ele muito dependente ou não. Traz, também, um guia para a realização das ações específicas do cuidado, como realizar e o porquê, tudo isso de maneira clara e objetiva, incluindo a atenção ao cuidador como um de seus objetivos. Ainda, inclui informações a respeito dos direitos do idoso, de como proceder em situações de emergência, telefones e sites para busca de maiores informações. Tudo isso direcionado tanto para a equipe de saúde quanto para o próprio cuidador.

3.3 A ATENÇÃO DA ENFERMAGEM DIRECIONADA AOS CUIDADORES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

Cuidar de um idoso dependente é uma situação complexa que pode resultar em uma sobrecarga de trabalho, responsabilidade, incerteza e cansaço físico. Após a alta hospitalar, muitos são os problemas vividos pelo cliente e família quando, no domicílio, necessitam desenvolver tarefas de cuidados, situações antes vivenciadas junto dos profissionais de saúde (AGUIAR et al., 2011).

Nesta linha de pensamento, entende-se, como Gonçalves (2010), que a prática do cuidado dispensado pelos profissionais da enfermagem poderia considerar um referencial cujo foco seria a pessoa idosa e a respectiva família, como cidadãos, protagonistas de seu próprio viver e participantes de uma identidade, cultura e sociedade. Deve-se compreender que cada idoso é um ser único que possui sua história, sua vivência. Nesse contexto, é imprescindível destacar a possibilidade do envelhecer com qualidade, quando é privilegiada a ética humanista na política pública de ações governamentais com incrementos na promoção do envelhecimento bem-sucedido, com qualidade de vida e bem-estar, com promoção e gerenciamento de tratamentos e cuidados específicos de longo termo aos idosos dependentes e fragilizados.

Para Portella (2010), os profissionais devem ter em mente que o cuidador não apenas tem utilidade e importância no setor da saúde, como aliado da equipe no processo de cuidado, mas também é um usuário carente de zelo. Assim, o papel da enfermagem na atenção integral ao idoso passa pela identificação das necessidades do cuidador familiar.

Quando se faz menção ao cuidado direcionado ao idoso, não se pode negligenciar o diagnóstico das necessidades do cuidador. Este, muitas vezes, apresenta certa relutância em comentar suas necessidades aos profissionais por acreditar ser secundário na tríade profissional/idoso/cuidador. Com isso, acredita-se que emerge um sentimento de constrangimento, pois, diante do sofrimento alheio, o cuidador evita referir suas necessidades à frente das necessidades da pessoa cuidada. Também existe a possibilidade de que ocorra um julgamento, por parte dos profissionais da enfermagem, diante das situações vivenciadas pelos cuidadores na qual “os desgastes e as preocupações são contingências do acaso, portanto, não podem ser minimizados” (PORTELLA, 2010 p. 509).

Ainda, para Portella (2010), o cuidado dispensado ao idoso em domicílio não é o mesmo quando ele se encontra hospitalizado. Durante a hospitalização, o cuidador pode contar com o auxílio e orientação direta dos profissionais de saúde, mesmo que seja um transtorno coordenar o andamento doméstico e familiar concomitante ao cuidado do idoso hospitalizado.

As necessidades dos cuidadores podem ser, de acordo com Portella (2010), identificadas como referentes às tarefas cuidativas e ao cuidado de si. Aquelas de cunho cuidativo requerem planejamento, tendo em vista que a rotina, aos poucos ou bruscamente, é alterada. Assim, um grande desafio seria o cuidador estar pronto para essa mudança. Para isso, acredita-se que os cuidadores devam estar preparados para essa nova realidade, através

de um treinamento adequado, recebendo informações básicas de um profissional de saúde referentes aos cuidados dispensados.

Ao se referenciar o cuidado de si, em relação aos cuidadores de idosos, Portella (2010) indica que é imperativo que os cuidadores tenham noção dos seus limites físicos e psíquicos, o que não é fácil de ser identificado ou aceito. Aliado a isso, existem realidades em que o constrangimento afeta as pessoas idosas e/ou seus cuidadores, devido à cobrança implícita ou explícita quanto aos cuidados, não só de membros da família ou da comunidade, como também dos próprios profissionais de saúde.

Nesse contexto, a rede social delineada pelo cuidador, seus familiares e amigos destaca-se como aliada na oferta de um cuidado o mais próximo do integral e efetivo possível. É mister que o cuidador não deva subjugar suas necessidades e sim buscar auxílio para a solução das situações relacionadas à sua saúde física e mental, usando para isso a rede de apoio disponível, dividindo a responsabilidade de cuidar do familiar idoso tanto com outros familiares quanto com a rede de suporte social disponível.

4 METODOLOGIA

A seguir serão apresentadas as etapas que constituíram a metodologia do estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Optou-se por realizar uma pesquisa exploratória descritiva de caráter qualitativo, que busca conhecer as vivências e adaptações de vida dos cuidadores de idosos internados em um hospital universitário. Para Minayo (2010), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, como se constroem, pensam e sentem. A abordagem qualitativa se adequa melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, sob a ótica dos autores, de relações e para a análise de discursos e documentos.

Esse tipo de estudo tem fundamento teórico e, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo a ser estudado (MINAYO, 2010, p. 57).

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário que se localiza no extremo sul do País, no Estado do Rio Grande do Sul (RS), o qual presta atendimento exclusivo a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Caracteriza-se por ser um hospital de ensino, de médio porte, com capacidade para 213 leitos, constituído por: Serviço de Pronto Atendimento (SPA), Setor de Traumatologia, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva Geral (UTI), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade Intermediária Pediátrica, Laboratório de Análises Clínicas, Centro de Imagens, Clínica Médica (UCM), Clínica Cirúrgica (UCC), Traumatologia, Clínica Pediátrica, Maternidade, Hospital Dia-Aids adulto e pediátrico e Hospital Dia de Doenças Crônicas (FURG, 2013).

O estudo teve como cenário as clínicas SPA, UCM e UCC, pois as mesmas apresentam como denominador comum serem unidades de internação nas quais permanecem os idosos internados com diferentes patologias. O SPA é considerado a porta de entrada, na

qual se inicia o atendimento ao cliente e se define o diagnóstico e o início da terapêutica a ser seguida. Após avaliação especializada da equipe médica, o cliente é direcionado para a UCM, caso seu diagnóstico seja de origem clínica, ou para a UCC, caso seja de origem cirúrgica. A inclusão da unidade de SPA no estudo ocorreu devido à oferta limitada de leitos de internação das duas unidades, UCM e UCC, gerando a ocorrência de internações e permanência de alguns idosos nessa unidade específica, juntamente com clientes das mais diversas faixas etárias, com diagnósticos variados, de ambos os sexos, dividindo um mesmo ambiente.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram sujeitos do estudo 11 familiares cuidadores de idosos internados no Hospital Universitário. O critério de inclusão foi o de ser cuidador familiar significativo (que permanece prestando cuidados significativos), juntamente com o fato de o idoso estar internado há cinco dias, ou mais, em uma das unidades em questão, coincidindo com o período da coleta de dados e aceitar participar do estudo. Foram excluídos os familiares cuidadores eventuais do idoso no hospital e os cuidadores contratados para cuidar o idoso durante a sua internação. Participaram cinco cuidadores que permaneciam na UCM, cinco cuidadores no SPA e um cuidador que se encontrava acompanhando uma idosa na UCC.

4.4 MÉTODO DE COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista, operacionalizada através de um roteiro de entrevista (Apêndice A), devido à possibilidade, com esse instrumento, de compreender o ponto de vista dos atores sociais previstos como sujeitos da investigação. Nela, o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

Assim, entende-se que o roteiro de entrevista seja um guia para a abordagem dos sujeitos, que facilite a emergência de novos temas durante o trabalho de campo (MINAYO, 2010). Já um questionário poderia delimitar e tornar pontuais as respostas dos participantes. Porém, de acordo com Minayo (2010), nada impede de se mesclar um questionário com um roteiro, quando se tem o objetivo de captar aspectos gerais considerados relevantes de um problema de investigação, visando à compreensão do objeto e esclarecer relações e generalizações.

Para a delimitação do roteiro de entrevista, foi necessário desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas. Os tópicos funcionaram apenas como lembretes e, na medida do possível, foram memorizados, servindo de guia para o andamento da interlocução. O roteiro foi elaborado de forma a permitir flexibilidade nas conversas e a absorção de possíveis novos temas elencados pelos sujeitos. Assim, o roteiro teve como objetivo permitir as narrativas das vivências das pessoas que participaram da pesquisa, as suas interpretações e as suas percepções sobre as relações sociais envolvidas (MINAYO, 2010).

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista, operacionalizada através de um roteiro de entrevista, devido à possibilidade, com esse instrumento, de compreender o ponto de vista dos atores sociais previstos como sujeitos da investigação. O tempo de duração das entrevistas variou de 20 a 30 minutos.

Depois de orientados acerca dos objetivos e metodologia do estudo, foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). No TCLE, constavam o objetivo da pesquisa e a questão referente à ausência de riscos diretos para a integridade física/moral dos participantes. Estes foram deixados à vontade para comunicarem à pesquisadora verbalmente sua desistência em participar da pesquisa em qualquer de suas etapas, pessoalmente, por telefone ou por email.

O número de participantes do estudo foi determinado no momento em que não surgiram novas informações e as respostas começaram a repetir-se. As entrevistas foram gravadas pelo interlocutor, em local reservado, em uma sala de estar situada no terceiro andar do hospital no qual se realizou o estudo, sem a presença do idoso.

4.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para posterior análise e decodificação, a coleta de dados foi gravada pelo interlocutor e analisada com a técnica de análise temática segundo Minayo (2010). Assim, as entrevistas foram transcritas e organizadas por meio da técnica de análise de conteúdo e temática, realizada em três etapas: a pré-análise (leitura flutuante), a exploração do material e interpretação deste, quando da realização do tratamento dos resultados. As falas dos participantes foram identificadas pela letra “E” seguida do número da entrevista, objetivando garantir o seu anonimato.

Conforme Minayo (2010), analisar e interpretar um material qualitativo visa penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade. Para a

autora, a análise qualitativa apresenta três finalidades dentro da proposta investigativa: inicialmente seria inserir-se no contexto a que a pesquisa se propõe, em seguida seria o levantamento de pressupostos ou hipóteses por meio dos achados, e, por último, seria ampliar a compreensão dos contextos nos quais os sujeitos estão inseridos.

Para tanto, escolheu-se a análise de conteúdo sugerida por Minayo através da modalidade da análise temática, pois se acredita que ela contemplou a busca dos objetivos desta pesquisa, tendo em vista que ela parte de uma leitura das falas, dos depoimentos, buscando atingir profundamente os manifestos do material transcrito. Assim, relacionaram-se as falas a fim de compreender o significado em seu contexto, levando em consideração as características sociais e culturais do sujeito que estava sendo entrevistado (MINAYO, 2010).

Para Minayo (2010), fazer uma análise temática consiste em encontrar os núcleos de sentido do assunto abordado, identificando a presença e a frequência dos mesmos. A presença de determinados temas significa relevância dos pontos, valores de referência e modelos de condutas presentes ou subjacentes no discurso. Nesta abordagem, ela é constituída de três fases distintas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Na pré-análise ocorreu uma leitura flutuante do material colhido e uma retomada dos objetivos propostos pela pesquisa, a constituição do “corpus”, tendo referência às normas de validade qualitativa do estudo (exaustividade do material, representatividade, homogeneidade quanto aos critérios de escolha dos temas, pertinência do material coletado para dar resposta aos objetivos do trabalho). Nessa fase, determinou-se a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais, que orientaram a análise, bem como uma formulação e reformulação de hipóteses (MINAYO, 2010).

Na segunda etapa, ocorreu a exploração do material, que “consiste em uma operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado” (MINAYO, 2010, p. 317). Assim, em seguida, na análise temática tradicional ocorreu uma sequência de acontecimentos como recortes do texto em unidades, indicados como relevantes na pré-análise, seguido pela estipulação, do pesquisador, de regras de contagem para a construção da classificação e, por último, a construção propriamente dita das categorias, responsáveis pela especificação dos temas (MINAYO, 2010).

Por último, na análise temática, ocorreu o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos mesmos. A partir disso, o pesquisador propõe e “realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, ou abre outras pistas em

torno de novas dimensões teóricas interpretativas, sugeridas pela leitura do material” (MINAYO, 2010, p. 318).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Na realização desta pesquisa foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012b). O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS/FURG) e obteve o parecer favorável sob o nº 150/2013 (Apêndice C), tendo sido inserido na Plataforma Brasil com o número do CAAE: 20458913.3.00.5324. Foi solicitada a autorização da direção do HU para a realização do estudo.

5 RESULTADOS

A seguir será apresentada a caracterização dos participantes do estudo (Apêndice D) e as categorias geradas a partir da análise dos dados: vivências dos cuidadores de idosos durante a internação hospitalar, ações desenvolvidas no/com o idoso pelo cuidador durante a hospitalização, facilidades e dificuldades vivenciadas por cuidadores de idosos durante sua internação hospitalar e estratégias de cuidado utilizadas pelos familiares/amigos cuidadores de idosos durante sua internação hospitalar.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES

Conforme constatado nesta pesquisa, a maioria dos cuidadores era do gênero feminino, com idades entre 24 a 63 anos. Dos 11 entrevistados, apenas um era do gênero masculino, divorciado, sem filhos. Em relação as dez cuidadoras, oito eram casadas e duas separadas. Todas possuíam filhos, sendo que uma possuía quatro filhos, uma três filhos, cinco cuidadoras possuíam dois filhos e três um filho. Em relação ao grau de parentesco, seis cuidadores eram filhos (as) do idoso hospitalizado, três eram amigas do idoso, uma era esposa e uma era cunhada.

Em relação ao grau de instrução dos cuidadores de idosos que participaram da pesquisa, sete apresentavam o primeiro grau incompleto, dois apresentavam o segundo grau completo, dois o terceiro grau incompleto e um o terceiro grau completo. Quanto à atividade lucrativa, quatro cuidadoras tinham emprego remunerado, sete cuidadores não tinham. Outra fonte de renda alternativa era uma rede de apoio financeiro envolvendo relações intrafamiliares. Esta ocorria entre cinco dos cuidadores que não tinham emprego remunerado, para que estes se responsabilizassem pelo cuidado do idoso, tanto no hospital quanto no domicílio.

Nem todos os idosos residiam no mesmo domicílio dos cuidadores. Dos onze entrevistados, seis moravam com o idoso e cinco não. Duas cuidadoras assumiram o cuidado do idoso em sua própria residência, em outra situação, a amiga da família já havia cuidado da irmã da idosa hospitalizada, por doze anos.

Dez participantes relataram que dividiam o cuidado e a permanência durante a hospitalização com mais de um cuidador, sendo seis familiares do idoso e quatro cuidadores contratados para permanecerem durante a noite. Uma cuidadora não tinha com quem revezar, porém não passava todo o tempo com o idoso.

5.2 VIVÊNCIAS DOS CUIDADORES DE IDOSOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nesta categoria surgiram como subcategorias: influências na decisão de se tornar cuidador, a experiência de ser cuidador do idoso hospitalizado e as mudanças em relação ao cuidado com a internação do idoso.

5.2.1 Influências na decisão de se tornar cuidador do idoso hospitalizado

Alguns entrevistados relataram que se tornaram cuidadores durante a hospitalização por ser a única opção que o idoso tinha. Possivelmente devido aos arranjos familiares nos quais a maioria dos integrantes trabalha ou devido à redução do número de membros da família.

[...] única opção, não tem ninguém [...] eu acho que o filho tem que correr pelos pais. (E1)

Por que somos só nós duas, eu e minha irmã. Tem que ser eu e ela. Não posso deixar ela sozinha e nem eu posso ficar sozinha. [...] Vou ficar enquanto puder, enquanto eu estiver de pé do lado da minha mãe [...]. (E2)

A gratidão apresenta-se como outro motivo apresentado pelo cuidador para dedicar-se ao idoso no momento de sua internação hospitalar.

Eu dei trabalho para o meu pai, era namorada, essas coisas, e ele sempre esteve do meu lado. (E1)

[...] por que já fiz uma cirurgia e ela ficou comigo. (E4)

Outro motivo, referido pelos cuidadores para permanecer no hospital cuidando o idoso, foi a responsabilidade filial. Este fato faz com que tenham uma proximidade afetiva pelo idoso hospitalizado.

Por que é minha mãe [...] o mínimo que eu posso fazer na condição de filho é fazer isso, é cuidar [...]. (E6)

[...] minha condição de filha, eu tenho que ajudar ela [...]. (E7)

A prevalência de condições crônicas na população idosa, sem o devido acompanhamento e controle, vem contribuindo para aumentar o número de idosos com limitações funcionais a exigir cuidados prolongados e permanentes, os quais, possivelmente, não têm recebido o trato adequado por parte dos serviços de saúde, gerando uma possível

sobrecarrega da família, tenha ela ou não conhecimentos e habilidades para cuidar do idoso. (POLARO et al., 2013).

Um estudo realizado por Polaro et al. (2013) reafirmou que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais prevalentes nos idosos são a hipertensão arterial, sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), cardiopatias, diabetes mellitus, osteoporose entre outras. Esse fator é relevante quando se constata uma grande presença de idosos nos ambientes hospitalares. Aspecto que deve ser considerado na assistência prestada pela enfermagem, que recebe um grande contingente de pacientes idosos com faixas etárias elevadas e com graves complicações de saúde (URBANETO et al., 2012).

Nesse contexto, a família passa a ser corresponsável no momento em que ocorrem alterações nas condições de vida de um dos seus integrantes, principalmente no caso de adoecimento. Os familiares são os primeiros a reconhecer essas necessidades e a oferecer os cuidados essenciais aos idosos (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008). Para Neri (2008, p. 44),

[...] as negociações familiares, visando à atribuição de responsabilidades, são feitas informal e implicitamente ao longo do curso de vida de uma família. Parece normal a muitas famílias que uma determinada pessoa cuide de todos os idosos da família, porque já cuidou, porque é a mais habilidosa ou paciente, porque é adaptável, porque é sozinha ou não trabalha, ou por todos esses fatores em conjunto.

Com isso, acredita-se que exista uma divisão para a atribuição do papel de cuidar no seio familiar. Preferencialmente, o cuidador principal será uma mulher, primeiramente a esposa e, na ausência desta, em segundo lugar na hierarquia do compromisso de cuidar vem a filha, que com frequência é casada e possui filhos. É importante lembrar a presença feminina acentuada nas atuações elementares de cuidar, cabendo ao homem ações secundárias do cuidar, o que reforça a questão de gênero nos cuidados de forma intergeracional (NOVAIS et al., 2011).

Muitas vezes, o cuidar, para a mulher, acaba se instituindo em mais um dos papéis assumidos dentro da esfera doméstica, passado de geração em geração, sendo, então, normatizado. Há nas famílias uma forma velada de definição de tarefas que devem ser executadas por cada um dos seus membros em determinadas situações, de modo que uma experiência vivenciada no papel de cuidador será determinante para o familiar ser designado cuidador futuramente, podendo ser a tarefa de cuidar também influenciada por variáveis culturais e socialmente construídas (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

Para Neri (2008, p. 44), em todas as sociedades, cuidar da geração mais velha é apontado como uma obrigação da geração seguinte. Espera-se que os filhos adultos cuidem dos pais idosos para cumprir os deveres morais de retribuição e de piedade filial. De forma

generalizada, em todo mundo, o cuidado aos idosos é uma responsabilidade que pertence à esfera familiar, que assim responde pelos chamados cuidados informais, para cumprir uma norma social.

Para Neri (2006), cuidar de um idoso pode ser entendido como um papel esperado na vida de um cuidador, na medida em que ele o cumpre em virtude de esperanças sociais baseadas em relações de parentesco, de gênero e idade, características de seu grupo social. Cumprir o papel de cuidador confere-lhe oportunidades de prestígio e consideração pelo grupo.

Existe a reminiscência de que, há pouco tempo, as mulheres não desempenhavam funções fora de casa, assumindo, assim, o cuidado familiar em todas as fases do ciclo vital. Contudo, após a sua inserção social progressiva no mercado de trabalho, esse fato vem se alterando, e a família, na sua totalidade, começa a ser responsável pelos cuidados de seus membros, embora na distribuição das tarefas, uns possam ter maior sobrecarga do que outros (NOVAIS et al., 2011).

5.2.2 A experiência de ser cuidador do idoso hospitalizado

A experiência de ser cuidador de idoso hospitalizado submete o mesmo à vivência de diversas situações que lhe exigem habilidades e competências específicas. Relataram que é necessário ter vocação e gostar de ser cuidador.

[...] tens que ter vocação e gostar, nem todo mundo gosta de cuidar. Eu trabalhava em um pensionato, as pessoas vomitavam quando entravam, “ai que cheiro a velho” falavam [...]. (E1)

[...] é cansativo, mas eu gosto de cuidar. (E7)

Alguns referiram que têm um carinho forte pelo idoso, sendo tal fato motivador para o cuidado ao idoso no hospital.

[...] o carinho que eu tenho por ele (em prantos). Eu vejo nele o meu pai. Eu perdi o meu pai muito cedo. Então, eu faço por ele aquilo que eu não pude fazer pelo meu pai. É o carinho [...]. (E 11)

Os aspectos elencados por alguns entrevistados dizem respeito às questões relacionadas ao estresse, ao cansaço e à dor de presenciar seu ente querido passando por situações de sofrimento durante a realização de procedimentos dolorosos, como por exemplo, punções venosas.

[...] eu já vi esse filme. Está ficando preto. Estão tentando desbridar e nunca amputam, e ele vai sofrendo. É difícil vê-lo sofrer. Ele emagreceu 10 quilos. Imagina você não enxergar, não poder caminhar, ficar só deitado. Está sentado e está com dor [...]. (E1)

Tem momentos que eu tenho vontade de pedir para as gurias: _ Pelo amor de Deus, chega. [...], mas eu penso: _ Essa é a única maneira dela ser medicada e suportar, porque ela não pode tomar nada, tem que ser tudo pela veia. Então, não tem jeito. As gurias têm que fazer [...]. (E2)

Um fato marcante ocorreu quando uma cuidadora relatou, durante a entrevista, que teria verbalizado à equipe a necessidade de parar de ver sua mãe sofrer. Nesse momento, a filha da idosa internada sugeriu que se colocasse um fim no sofrimento percebido pela cuidadora e vivenciado por sua mãe:

Eu falei para a médica, se não tinha como deixar ela em coma induzido. Mas ela disse que não tem como. Ela está fraquinha pobrezinha. Não se pode fazer isso [...], não adianta ter minha mãe semiviva em cima de uma cama. Eu prefiro que ela parta, [...]. (E2)

Outros relatos que emergiram durante a pesquisa foram os acontecimentos diários no ambiente hospitalar. Alguns desses desestruturavam o cuidador.

[...] é estressante, é horrível, mas foi um estímulo chegar até o quarto, ela passou ali, naquela maca por dois dias, foi difícil. Para ela urinar, eu coloquei fralda nela, mas ela não quis, de jeito nenhum, então era toda hora descendo da maca para ir ao banheiro [...]. (E8)

Outros relatavam as formas de arranjo individuais e familiares para que fosse possível permanecer com o idoso no hospital, dando conta de suas demandas de cuidados.

Eu ficava no hospital, às vezes ficava toda a noite. Ia para casa e pegava meu gurizinho na minha amiga, levava pra escolinha, depois levava ele para casa, deixava novamente na minha amiga e vinha para hospital. (E1)

[...] é difícil por que a gente mora longe e tem que se locomover, viemos e passamos dois dias e duas noites. Fica cansativo porque focamos para lá e para cá. Moramos longe, levamos roupa para lavar, trazemos as roupas. Isso é uma dificuldade, porque não temos ninguém da nossa família nesse lugar [...]. (E5)

Chamaram atenção acerca da questão de gênero que envolve o cuidado, principalmente em relação à realização da higiene corporal e outros cuidados.

[...] banho eu não dou, ela se sente um pouco constrangida porque nós somos três homens, então nessa hora do banho vem a minha namorada, então a mãe se sente mais tranquila. (E6)

[...] mas a mãe tem vergonha, então ela prefere eu e a minha irmã, então ajudamos ela. (E2)

Uma das entrevistadas estava vivenciando uma situação difícil. Ela entrou em trabalho de parto enquanto estava cuidando de seu pai no hospital, tendo suas filhas gêmeas prematuramente. Ela, então, ora cuidava do pai, ora das duas filhas, em que uma permaneceu internada na UTI Neonatal do mesmo hospital. Para tudo, tinha temporariamente a ajuda do marido, que logo voltou a trabalhar.

[...] agora ele não está ficando com ninguém, pois eu estou internada aqui com as gêmeas, mas vou lá um pouco com ele [...] eu tenho um menino de 3 anos, e agora as gêmeas. As pessoas me perguntam “como é que tu consegues?”, mas sabe quando você não tem ninguém por ti, tem que ser você mesma [...]. (E1)

Surgiram relatos que demonstraram a dedicação e o amor direcionado ao idoso hospitalizado, juntamente com sentimentos de esperança e na luta pela vida. Os cuidadores demonstraram também a percepção da importância dos cuidados direcionados ao idoso.

[...] enquanto se tem vida se tem esperança, eu tenho que lutar pela minha mãe [...]. (E5)

[...] eu estava fazendo fisioterapia e uma senhora me perguntou por que estava fazendo fisioterapia se ele vai morrer, então eu respondi que eu não quero que quebrem todo ele pra colocar no caixão [...] ele entende quando eu faço fisioterapia nele, [...] todo necessário melhorar um pouquinho a vida dele eu faço, e faço com todo carinho. (E11)

Comumente, as DCNT, no seu estágio mais avançado, ocasionam um longo período de permanência no hospital em decorrência da somatória progressiva de limitações físicas e alterações emocionais sofridas pelo idoso. Nessa situação, a presença de um familiar cuidador pode ajudar a proporcionar apoio, segurança e tranquilidade, desde que aprovado pelo doente e não imposta pela equipe, ou pela pressão familiar. O cuidar de outra pessoa pode ser uma oportunidade de crescimento e realização pessoal, na medida em que promove a mudança de

atitudes e valores individuais e a expressão de sentimentos de solidariedade, amor e empatia (BEUTER et al., 2012).

A extensão das relações entre as pessoas tem o diálogo e o amor como categorias fundamentais da existência humana. O cuidado possivelmente proporcione uma condição de sobrevivência humana com dignidade; quando é considerado como uma atitude amorosa, torna-se uma dádiva e uma dívida; uma troca que, de acordo com as particularidades culturais, constrói-se nas relações de cuidado. Nesse sentido, deve-se considerar que estar junto é imprescindível, desde que essa presença seja embasada no respeito ao outro e no afeto (FLORES et al., 2010).

A realização de procedimentos invasivos como as punções venosas, as aspirações, os cateterismos e todo o aparato tecnológico utilizado para a terapêutica do paciente causam impacto no familiar cuidador. Eles assustam-se, pois não estão acostumados com todos esses instrumentos que transformam e alteram a aparência de quem estão cuidando (BEUTER et al., 2012).

Tudo isso, juntamente à superficial ou inexistente explicação da equipe de saúde sobre a finalidade da realização das técnicas, geram sentimento de inquietação, desesperança e impotência nos cuidadores. A potencialização desses sentimentos pode ser explicada pela possível dificuldade da equipe de saúde em inserir a família no contexto da internação hospitalar. O interesse em participar do cuidado e a relação do cuidador com a equipe de enfermagem são elementos facilitadores para o processo de hospitalização (BEUTER et al., 2012).

A falta de diálogo inviabiliza o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e o cuidador, prevalecendo o cuidado meramente técnico, o que propicia o distanciamento dos profissionais de saúde da família. O fornecimento de orientações, informações e esclarecimentos aos familiares sobre as condições do idoso, aspectos do tratamento e procedimentos desenvolvidos favorece a diminuição do estresse e ajuda os cuidadores a suportar e adaptar-se à experiência da hospitalização (BEUTER et al., 2012).

5.2.3 Mudanças relacionadas ao cuidado com a internação do idoso

Alguns cuidadores referiram que as atribuições de cuidado são diferenciadas no hospital. Pode-se perceber que a enfermagem propicia um grande auxílio na realização das atividades cuidativas, aliviando a sobrecarga do cuidador referente às tarefas cotidianas.

[...] em casa eu que teria que fazer tudo com a mãe. Hoje, na situação que ela está, eu teria que fazer tudo, e aqui não, aqui elas me ajudam. (E2)

[...] eu tive treinamento, sei fazer tudo em casa, aqui elas colocam, elas levam, elas trazem. Às vezes eu pergunto se posso lavar a sonda, [...], mas eu sempre pergunto antes, [...]. (E5)

[...] a única coisa é que aqui eu não faço os curativos, a única coisa diferente, por que em casa eu faço tudo sozinha [...] outra coisa fácil é eu não ter que fazer o esforço que eu faço em casa também. (E11)

Outra mudança percebida no cuidado pelos cuidadores foi a falta de privacidade vivenciada no ambiente hospitalar. Na maioria dos casos, os idosos encontram-se em quartos coletivos, onde dividem o mesmo espaço com outros pacientes internados e seus cuidadores.

[...] a questão da liberdade, da privacidade aqui no hospital. A gente perde um pouco dessa privacidade, inclusive ela mesmo sente. Ela fica um pouco mais retraída [...] Em casa não. Em casa cuidamos ela com mais tranquilidade. (E6)

[...] não se tem privacidade aqui, ficamos mal acomodadas, é bem difícil, [...]. (E10)

Conforme a equipe orienta e integra o cuidador no cotidiano do ambiente hospitalar, surge, de acordo com Rocha, Vieira e Sena (2008), a habilidade e o conhecimento da atividade de cuidar construídos na prática diária, na qual a família aprende com os seus erros e acertos, apesar da falta de preparo para o cuidado gerar uma ansiedade que é substituída por segurança a partir do momento em que consegue organizar-se.

O cuidado dispensado pelos cuidadores, muitas vezes, não é o mais indicado tecnicamente, porém, muito favorece a recuperação desse idoso que necessita de cuidado, o vínculo afetivo, o conhecimento que o familiar tem do seu doente e sua história de vida. Além disso, historicamente a família é a primeira cuidadora, sendo impróprio excluí-la desta função (MARTINS et al., 2009).

Na abrangência do cuidado ao idoso, podem surgir algumas situações dolorosas nas quais o cuidador possa se confrontar, como a finitude da vida de seu ente querido. Esse seria o momento, na evolução de uma doença, em que, mesmo que se disponha de todos os recursos, a morte torna-se inevitável. O idoso encontra-se, neste momento, além da possibilidade de terapêutica curativa, necessitando de um tratamento destinado ao alívio de inúmeros sintomas que o atormentam, sempre levando em consideração a possível melhoria da qualidade de vida.

Cabe, tanto à enfermagem quanto ao cuidador, estar ao lado do idoso, para que ele sinta-se amparado no processo de viver e morrer com dignidade (CONCEIÇÃO, 2010).

Para abrandar as situações de desconforto e dor, infelizmente existentes, impostas ao idoso e seus familiares na hospitalização, são necessárias ações e intervenções da equipe de enfermagem que possibilitem o conforto e bem-estar. Essas ações podem ser compreendidas como formas de proporcionar um ambiente atencioso e receptivo, que possibilite segurança, proteção e comodidade, constituindo-se numa forma de cuidado humano. Isto demonstra a importância de a enfermagem investir em ações de cuidado que expressem interesse, consideração e sensibilidade para com o idoso e seu familiar principalmente nos momentos mais críticos da internação (SZARESKI; BEUTER; BRONDANI, 2009).

Outra situação de desconforto vivenciada, que difere muito do cuidado realizado em domicílio, é a falta de privacidade vivenciada tanto pelo idoso quanto do seu cuidador no ambiente hospitalar.

A pessoa considerada saudável desempenha seus papéis sociais em determinados locais. Quando se encontra inserido no contexto hospitalar, fora de seu domicílio, que constitui seu ambiente de domínio, e é admitido num local onde seu espaço territorial precisa ser dividido com pessoas estranhas, ocorrem sentimentos de insegurança e de invasão de privacidade, conforme destacado em um estudo realizado por Prochet e Silva (2008). Neste, a maioria dos pacientes se importou mais com a invasão territorial do que com a invasão pessoal.

Essa situação pode ser constatada na presente pesquisa, na qual predominou relatos de invasão territorial e nenhuma explanação sobre invasão do espaço pessoal. Uma das justificativas possíveis, de acordo com Prochet e Silva (2008), é dada pelo fato de o indivíduo hospitalizado já possuir consciência da necessidade de aproximação física requerida nos momentos de cuidados pela equipe de saúde. Isso faria com que ele tivesse um grau maior de tolerância da invasão do espaço pessoal.

O idoso hospitalizado, bem como seu cuidador, consideram como seus espaços territoriais o quarto ou enfermaria na qual se encontram, bem como a cama e os objetos que o circundam. Para que se sintam respeitados, fazem-se necessárias atitudes como bater na porta antes de entrar no quarto, informar sobre mudanças eventuais de leito e os motivos, solicitar autorização para alterar o lugar dos móveis que constituem sua unidade hospitalar. Alterar seu território sem maiores explicações é fonte de estresse para o idoso (PROCHET; SILVA, 2008).

Para muitos idosos, a dependência é observada como experiência constrangedora e que limita sua liberdade, gerando insatisfações. Os pacientes em geral, principalmente os idosos, sentem-se humilhados ao necessitarem se despir ou serem higienizados na frente dos profissionais ou de outras pessoas em um mesmo ambiente. Portanto, o idoso, nessas circunstâncias, encontra-se exposto à perda de identidade e à falta da privacidade (PROCHET; SILVA, 2008).

Além disso, existe também a questão de gênero implícita no processo de cuidar. Em diversas situações, os idosos, principalmente as mulheres, sentem-se constrangidas quando alguns cuidados, principalmente referentes à higienização corporal, são realizados por alguém do sexo oposto. Cabe salientar que o cuidador homem também prefere delegar à outra mulher os cuidados considerados mais íntimos. Esse fato se dá, de acordo com Rocha, Vieira e Sena (2008), devido a pudores em invadir a privacidade e a intimidade do outro, adquiridos desde a infância e normatizados culturalmente na sociedade.

Tanto a enfermagem, os cuidadores, como outros profissionais, devem procurar preservar a intimidade e a privacidade dos clientes usando biombos, cobrindo partes do corpo que não precisam ficar expostas durante um procedimento, como já se deveria fazer em todas as situações de possível exposição (PROCHET; SILVA, 2008).

Nesse contexto, para Martins et al. (2008), a equipe de enfermagem tem um extraordinário papel com o idoso hospitalizado, tanto para favorecer o equilíbrio das suas funções orgânicas e emocionais, como para auxiliar o mesmo no enfrentamento e aceitação da hospitalização. Não obstante, é essa mesma equipe que, muitas vezes, pode propiciar o desenvolvimento do processo de despersonalização do idoso e de seu cuidador. Acredita-se que muitas situações precisam ser repensadas no sentido de se buscar mecanismos e alternativas que possam modificá-las, pois, através de uma relação empática, pode existir uma assistência humanizada e um comprometimento com o cuidado personalizado, contribuindo positivamente para a adaptação do idoso e de seu cuidador à hospitalização.

5.3 AÇÕES, FACILIDADES E DIFICULDADES PARA O CUIDADO AO IDOSO NO HOSPITAL: VIVÊNCIAS DO FAMILIAR CUIDADOR

Esta categoria teve como subcategorias: ações desenvolvidas no/com o idoso pelo familiar cuidador no hospital, facilidades vivenciadas pelo familiar cuidador do idoso no hospital, dificuldades vivenciadas pelo familiar cuidador do idoso no hospital.

5.3.1 Ações desenvolvidas no/com o idoso pelo familiar cuidador no hospital

Os cuidadores entrevistados revelam respeitar a autonomia do idoso hospitalizado, referindo que os cuidados realizados são feitos por solicitação do idoso, respeitando horários como banho e mobilização no leito hospitalar.

Por que ela diz [...], ela está bem consciente, [...]. (E2)

[...], ela pede. Ela ainda não está num ponto de ser necessário eu tomar iniciativas. Se tem que tomar banho de manhã, bom, agora é hora do banho, porque tem que tomar banho todos os dias, mas eu a deixo decidir [...]. (E8)

As questões predominantes elencadas pelos cuidadores foram principalmente as atribuições relacionadas com a higienização, conforto e alimentação do idoso.

[...] eu dava banho nele, já o deixava limpo, e avisava as enfermeiras, elas falavam que não precisava que elas davam, mas eu informava que ele já tinha evacuado e que eu já tinha limpado. Então, eu dava café para ele, ia para casa, voltava para dar o almoço, e assim eu ia indo, depois eu ficava até a janta, dava janta para ele, [...]. (E1)

Eu dou banho, troco cama, troco a fralda, movimento ela, essas coisas. Eu não dou nenhum medicamento, isso é com a enfermagem. Eu cuido o soro que as gurias deixam, o antibiótico, eu fico controlando [...].(E2)

Banho, medicação, elas trazem, a gente abre e dá. Ofereço comida para ela, cuidado para ela não se sujar. Se suja uma roupa ou um lençol eu troco, se vem visita tem que estar sempre limpinha. (E3)

Eu troco a cama, troco a roupa dela, dou banho de leito, tudo o que eu costumo a fazer em casa. Já fazem dois anos que ela tá com sonda para alimentação [...]. (E5)

[...] é café, é banho, é banho de luz, meia hora em cada ferida. Depois o coloco para tomar banho de sol, [...] Faço todos os curativos e dou toda comida batidinha para ele [...]. (E11)

A família presta os cuidados entendidos como semelhantes aos domiciliares. Contudo, quando o cuidado é prestado no hospital, assumem novas características com o uso de dispositivos tecnológicos, os quais se tornam complexos, na percepção do cuidador.

Outras ações consideradas como cuidado foram os aspectos relacionados com o cuidado específico em ambiente hospitalar como, cuidados com o soro, controlar a medicação que o idoso está recebendo.

Eu não dou nenhum medicamento, isso é com a enfermagem, eu cuido o soro que as gurias deixam, o antibiótico, eu fico controlando, não que precise, se parar de pingar, mas eu fico prestando atenção [...]. (E2)

[...] cuidar do soro porque o antibiótico é muito rápido. Tem sempre o antibiótico e os cuidados. Eu estou na poltrona ao lado, mas tem que cuidar [...]. (E4)

[...] às vezes eu ajudo as técnicas. Eu ajudo no banho, não é necessário chama-las. Elas vêm aqui e já dizem que já tá na hora do banho, a enfermagem instala dieta na sonda [...]. (E7)

Juntamente com os afazeres e responsabilidades do cuidador, foi identificado, pelos cuidadores, a noção de companhia, da presença, do diálogo como um aspecto importante para o cuidado.

[...] é bom, eu gosto, conversamos bastante, uma ajuda a outra, conversamos muito, vemos televisão juntas, eu gosto. Estou sempre cortando as unhas, cuidando o cabelo, passando creme para não ter assadura nem nada. (E3)

Higiene, alimentação, a pessoa fica muito carente né? A medicação, ficar ali conversando, ele quer saber tudo o que está acontecendo na rua [...]. (E9)

Alguns relataram que foi necessário realizar algumas adaptações físicas no ambiente hospitalar para proporcionar maior segurança e evitar possíveis quedas. Segundo os entrevistados, questões relacionadas com o piso do banheiro e a maca na qual o idoso se encontrava eram fontes de preocupação.

[...] ela toma banho sozinha, se bem que eu tenho que botar um banquinho porque ela é alta. Coloco alguns panos no chão para ela não cair, para ela não resvalar [...]. (E3)

[...] ele estava em uma maca e era perigoso ele cair. Não podia nem virar de lado, nós trocamos também porque ele sentia muita dor nas costas [...]. (E10)

Como já relatado, a hospitalização para a família pode ser considerada um acontecimento estressante, tendo em vista a vivência de uma realidade desconhecida, na qual

o seu familiar está inserido. A relação com o ambiente hospitalar, os outros doentes e o idoso envolto em aparelhos, geram mal-estar e desconforto nos acompanhantes, associado ao caso da família encontrar-se fragilizada e abalada emocionalmente (BEUTER et al., 2012)

Acredita-se que o processo de construção da identidade do cuidador dá-se a partir do enfrentamento da rotina de cuidados e da reflexão desencadeada por esse enfrentamento. O cotidiano é o espaço do imediato, no qual os cuidadores devem funcionar por meio do saber prático. A relação de ajuda que se estabelece é intrínseca à impossibilidade de o idoso sobreviver por si, dada à incapacidade de realizar algumas atividades (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008).

Para Leite e Gonçalves (2009), o ambiente hospitalar é, para os pacientes idosos, local estranho e ameaçador quando se submetem a diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Além disso, no período de internação, muitas vezes é necessário que permaneçam maior tempo em repouso e, em alguns casos, apresentam limitações de movimentos, levando à dependência e perda da autonomia.

Para cuidar é importante que o cuidador respeite o direito de decisão do sujeito cuidado. Ao considerar as múltiplas possibilidades do idoso, a liberdade inerente a todo ser humano e suas particularidades, o cuidador estará respeitando sua autonomia como direito social. Pode-se considerar que a falta de autonomia pode estar vinculada à dependência física, pela necessidade do cuidado intergeracional, principalmente nos casos de incapacidade funcional. Em um estudo realizado por Flores et al. (2010), observou-se que a tomada de decisão dos idosos, acerca das suas vidas, foi associada a viver bem, apesar de outras limitações orgânicas naturais do processo de envelhecimento.

De acordo com Montezuma, Freitas e Monteiro (2008), a família organiza seu próprio sistema de cuidados, no qual carregam empiricamente seus saberes sobre a saúde e a doença, todos incorporados de valores e crenças que se fortalecem no cotidiano. Prover ajuda, proteção e cuidado é um aspecto fundamental das relações familiares, ao longo de todo o curso de vida de seus membros. Para os autores, o desejo e a aceitação de ser cuidador tem relação estreita com os costumes, os valores, a educação, a situação econômica, a idade e o gênero das pessoas que cuidam e das que são cuidadas (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008).

No estudo realizado por Giacomini e Wanderlei (2010), referente à percepção de algumas idosas hospitalizadas sobre suas vivências intra-hospitalares, todas referiram que se sentiam muito felizes enquanto sua família permanecia no cuidado, pois não se sentiam sozinhas e ficavam na companhia de pessoas que amavam. Quando o cuidador era formal,

referiam que era o modo que sua família encontrou de demonstrar que estava cuidando dela, mesmo não estando presente o tempo todo na enfermaria.

O cuidado dependente da presença está pertinente a responder às necessidades humanas, considerando que é fundamental estar junto do ser cuidado para suprir algumas delas. Cuidado, por meio da presença, está condicionado ao respeito, à totalidade e à complexidade das pessoas, aos seus modos de vida e valores culturais (FLORES et al., 2010).

Além desses cuidados subjetivos, cabe elencar outra gama de precauções e atribuições, também no ambiente hospitalar abrangem alguns cuidados básicos com os idosos que são constituídos basicamente pela prevenção de quedas, limpeza do ambiente, mudança de decúbito, estímulo à movimentação e deambulação, quando necessária, controle de uso de medicamentos, higiene pessoal e alimentação (CONCEIÇÃO, 2010).

Para Rocha, Vieira e Sena (2008), as atividades que dependem, de alguma forma, do espaço físico são as que causam maior dificuldade para o cuidador porque, para cuidar de um adulto dependente, é necessário ter condições físicas, espaço adequado e equipamentos que ajudem nas tarefas pesadas. Cabe à equipe de saúde preencher esta lacuna, não adaptando o paciente ao meio e sim o meio ao paciente, sempre levando em consideração as limitações impostas pela idade e doença (MARTINS et al., 2008).

Para Borges e Vargas (2011), é o grau de dependência do idoso que define os tipos de cuidados que lhe serão necessários. Assim, delinear o perfil dos idosos, sujeitos do cuidado da equipe de enfermagem, é uma sistemática racional e proveitosa, pois viabiliza e norteia as tomadas de decisão nos campos administrativo e assistencial, o que caracteriza uma competência do enfermeiro para implementar a assistência de enfermagem segundo a diversidade de sua clientela.

5.3.2 Facilidades vivenciadas pelo familiar cuidador do idoso no hospital

Um fator relevante elencado por alguns entrevistados é o acesso ao cuidado especializado, principalmente em possíveis situações de emergência apresentadas pelo idoso que, no domicílio, seriam difíceis de manejar. Isso provavelmente reflita no sentimento de segurança, na consciência de que seu ente querido será atendido e terá a resolução das suas necessidades, sejam elas por piora do quadro geral ou por alguma intercorrência que coloque sua vida em risco.

[...], eu não tenho aquela preocupação, se a mãe está com falta de ar, eu não tenho que sair correndo [...] aqui não, aqui ela está no meio do recurso, tem a enfermagem, ela chama e elas correm [...]. (E2)

[...] é estar no meio do recurso, em casa temos medo, em casa estamos ali, sem condições [...] se ela passar mal tem que depender da ambulância, se tem um carro traz, se não tem fica em casa [...]. (E4)

[...] aqui tem mais recursos, em casa não tem. (E7)

Os cuidados, na situação de emergência, o socorro está mais próximo [...]. (E9)

[...] fácil é que aqui é tudo pertinho, qualquer coisa que precisa eu chamo a enfermagem e elas vêm, [...], é que aqui ele está no recurso. Ele tem mais chance estando aqui do que em casa. (E11)

Outro fator referido foi o acesso aos exames dentro da estrutura hospitalar, identificado como uma facilidade.

O acesso a exames, a mãe vem se tratando há um ano, cada vez que é solicitado um exame, se tem que esperar um mês no mínimo, e aqui dentro não [...]. (E6)

[...] aqui ele faz todos os exames, ele é bem tratado, o serviço é bom. (E9)

Os relatos dos entrevistados demonstraram que a equipe de enfermagem é uma grande facilitadora e orientadora a respeito de como realizar os cuidados com o idoso durante a internação hospitalar, orientações essas que são seguidas posteriormente no domicílio. Pode-se perceber também a facilidade de acesso aos cuidadores com a equipe de enfermagem. Em mais de um relato foi possível constatar essa relação mútua.

[...] é o meu instinto de mãe, o que eu não sei eu tento me informar [...]. (E11)

[...] eu via as enfermeiras fazer as coisas, eu perguntava, lia informações, revistas. (E1)

[...] eu nem tenho muita noção do que tem que fazer. Tem que fazer eu vou fazendo, umas vezes eu pergunto, [...], pergunto também para as enfermeiras o que está certo, o que não está. Então, elas me falam [...]. (E3)

Tudo foi instruído pela equipe. Ela teve um bom tempo internada e dentro do hospital eu já aprendi um pouco [...]. (E5)

Houve também relatos de que alguns cuidadores não tiveram acesso a informações, tiveram que aprender sozinhos como realizar o cuidado. Observou-se que realizam no hospital cuidados aprendidos no cotidiano do cuidado domiciliar, aprendidos a partir do senso comum e da experiência diária.

Estamos acostumadas a cuidar, tem outra cunhada minha, quando ela vem para o hospital eu venho cuidar dela. Eu mesma já estive internada duas vezes, [...] quando eu me operei, eu mesma fazia meus curativos, colocava um espelho na frente e fazia meu curativo. (E4)

[...] foi ao longo do tempo, por que eu não sabia, tive que aprender sozinha. (E7)

Apenas uma das cuidadoras entrevistadas referiu ter estudado e feito cursos para realizar o cuidado ao idoso, principalmente em ambiente hospitalar.

Eu fiz enfermagem também, na época não era enfermagem, era auxiliar, depois eram relações humanas e fiz etiqueta hospitalar também [...]. (E3)

Outro aspecto revelado pelos cuidadores foi que a enfermagem também é percebida como pessoas com atitudes acolhedoras. Nos depoimentos a equipe foi considerada como prestativa, carinhosa, extremamente competente e atenciosa.

[...] aqui eu me apaixono, é a dedicação da enfermagem, é raro ver uma enfermeira grossa, que não tenha aquele carisma, aquele carinho com o paciente, não tem dinheiro que pague o que elas estão fazendo com a mãe. (E3)

[...] as enfermeiras maravilhosas, estou abobada com o que mudou o atendimento, com o que era nas primeiras vezes que eu trouxe a mãe, [...] serviço de qualidade, elas fazem o que podem e o que não podem. (E8)

A equipe de enfermagem, muito atenciosas, sempre na volta, então, com relação ao atendimento não se tem dificuldade. (E6)

[...], nenhuma das enfermeiras se nega a pegar, a me alcançar alguma coisa, [...] elas estão sempre prontas, me atendendo. (E4)

[...] mas agora o atendimento da enfermagem, [...] elas facilitam, [...]. (E2)

Também é possível perceber a disponibilidade da equipe de enfermagem no cuidado ao idoso, principalmente o que necessita maiores cuidados.

Aqui eles não delegam nada para o cuidador, [...]. (E1)

Antigamente tínhamos que chamar a enfermagem para tudo, hoje não. Está vendo aquela senhora ali, não tem ninguém, mas todo dia ela ganha banho, todo dia ela é feito curativo, todo dia a enfermagem vem ali, no maior carinho, é impressionante, toda hora elas estão ali, [...]. (E2)

Hoje, por exemplo, eu já solicitei ajuda pra menina ela prontamente disse que vinha, só ia acabar as medicações e já vinha me ajudar, sem problema nenhum. (E5)

Também referente à equipe de enfermagem, ela é percebida pelo cuidador do idoso hospitalizado como cheia de afazeres, sempre correndo, com pouco pessoal para trabalhar.

[...] a enfermagem não se nega em me ajudar, mas quando eu vejo que elas estão muito atarefadas, como eu estou muito acostumada a lidar com a mãe em casa, o que eu sei eu faço [...]. (E5)

[...] procuro chamar o mínimo as enfermeiras, por que eu sei que elas têm uma vida muito tumultuada sabe? Muito corrida [...] eu vejo o trabalho delas, então eu vejo que é uma correria, elas não sabem o que vão fazer primeiro. (E8)

As gurias se viram, tem poucas pessoas trabalhando. (E9)

Para Beuter et al. (2012), os familiares demonstram segurança percebendo a disponibilização dos recursos tecnológicos e dos serviços da equipe de saúde na busca do tratamento e recuperação do idoso hospitalizado. Essa segurança ocorre devido à percepção de estarem em um local com características próprias, com pessoas treinadas e com conhecimento para atuar em situações que, em casa, poderiam ser fatais para o idoso adoecido, um local caracterizado no tratamento e recuperação do idoso, repleto de recursos humanos e materiais.

Muitas vezes, o atendimento nos serviços de saúde é tão limitado e difícil que as pessoas encontram-se satisfeitas simplesmente por terem acesso ao procedimento especializado do qual necessitam (PROCHNOW et al., 2009).

Outra questão a ser elencada advém dos serviços do SUS serem tratados com desprezo, devido a questões culturais e sociais. Isso pode levar os usuários a criarem uma expectativa desvirtuada, angustiante e generalizadora do tipo de atendimento que poderão encontrar no serviço público durante sua experiência de adoecimento. Na atenção hospitalar, isso é mais evidente, levando o cuidador a afirmar que o ótimo atendimento recebido foi oposto ao que ele esperava encontrar (PROCHNOW et al., 2009).

Percebe-se, também, a segurança e a satisfação dos acompanhantes no trabalho da enfermagem, quando ela se dispõe a envolver o familiar cuidador nos cuidados com os idosos dependentes, considerando seus medos e limitações. Esses familiares, mesmo estando num ambiente estranho ao do seu domicílio, passam por esse processo de maneira menos estressante, o que contribui para o entendimento sobre os cuidados que ali serão reproduzidos (VIEIRA; ALVAREZ; GIRONDI, 2011).

É importante refletir se a atenção e o carinho apontados pelos cuidadores configuram-se, realmente, como manifestações de cuidado humanizado por parte da equipe de enfermagem, pois se considera que o respeito ao outro como um ser autônomo e digno é condição para um processo de humanização (PROCHNOW et al., 2009).

Para Oliveira e D'elboux (2012), os cuidadores precisam de apoio para o desenvolvimento de conhecimentos e competências para lidar com a demanda de cuidado do idoso, o que impõe atenção específica da equipe de enfermagem direcionada aos idosos em condição de dependência, contemplando ambos, o idoso e o cuidador. Em um estudo realizado por Beuter et al. (2012), foi constatado que a comunicação entre os familiares e a equipe de saúde, de forma clara e coesa, é um dos aspectos mais importantes na valorização do familiar acompanhante durante a hospitalização.

A comunicação é considerada a base de todo o relacionamento entre as pessoas, não sendo diferente no ambiente hospitalar. A relação da equipe de enfermagem com os familiares, por vezes, torna-se difícil devido à divergência entre os conhecimentos compartilhados. Deste modo, o estabelecimento de uma relação dialógica e coesa entre o familiar cuidador e a equipe de enfermagem ajuda na orientação e integração referentes à terapêutica e ao modo de cuidado direcionado ao idoso (BEUTER et al., 2012).

Confrontar-se com a situação de ter um parente idoso em estado de dependência e hospitalizado, muitas vezes, é uma situação difícil e requer uma reorganização da família para cuidar dessa pessoa. É nesse momento que a enfermagem tem o papel primordial de ajudar a família, oferecendo-lhe estruturas para enfrentar esta nova realidade. Por vezes, as linhas de defesa estão muito comprometidas e antes de uma ação educativa devem-se organizar estratégias para que o acompanhante sinta-se mais seguro. Em seguida, terá condições de envolver-se nos cuidados do idoso hospitalizado. Isso deve acontecer de maneira gradual, para que o familiar entenda as implicações dos cuidados com o idoso, principalmente os mais complexos. Nesse processo, a equipe de enfermagem pode e deve ajudar os familiares a assistirem o paciente, desenvolvendo estratégias de educação em saúde (VIEIRA; ALVAREZ; GIRONDI, 2011).

Contudo, deve-se ter a premissa de que o cuidador não deve ser visto como força de trabalho, mas sim como coadjuvante durante a internação para acompanhar seu parente idoso. Cabe à enfermagem ofertar-lhe apoio emocional e preparo para reproduzir os cuidados em domicílio (VIEIRA; ALVAREZ; GIRONDI, 2011). Outro aspecto a ser considerado é o fato de que cada pessoa apresenta uma bagagem de conhecimentos originária de suas experiências prévias, naturais de sua cultura e do contexto em que vive. O modo de cuidar é individual e pode ser considerado como resultado de uma somatória de informações empíricas adquiridas, o que provavelmente interfere na forma de cuidado com o idoso (MARTINS et al., 2009).

Assim, a equipe de enfermagem necessita ter a compreensão do momento certo para que as ações educativas sejam realizadas, pois quando esses acompanhantes estão abalados emocionalmente, com sua linha de defesa debilitada, a abordagem não deve envolver preocupação com os cuidados, e sim centrar-se no apoio moral (VIEIRA; ALVAREZ; GIRONDI, 2011).

Para Martins et al. (2008), quando os profissionais da enfermagem proporcionam um atendimento com empatia, diálogo, acolhimento, esclarecimento de dúvidas e criação de vínculos, geram o cuidado unidirecionado, respeitando as possíveis limitações socioculturais, e, assim, fornecem subsídios para humanizar o cuidado que nada mais é do que uma integração entre o profissional, o cuidador e o idoso, melhorando as condições de trabalho e a qualidade no atendimento.

Conforme identificado, a enfermagem foi referenciada pelos cuidadores de maneira informal, por meio da expressão “gurias”, o que pode estar associado ao papel de amizade e parceria que a equipe de enfermagem acaba assumindo no contexto da organização do trabalho nas unidades de cuidados hospitalares (PROCHNOW et al., 2009).

Com isso, pode-se inferir que a enfermagem pode não se sobressair, na percepção dos cuidadores, pelo seu conhecimento técnico-científico ou pelo processo de trabalho, mas sim pelas características da personalidade dos trabalhadores que exercem a profissão. A linha divisória entre o profissional e o indivíduo parece ser delicada, às vezes imperceptível e até inexistente. Isso comprova que o imaginário social “enfermagem caridosa e bondosa” no ato de cuidar mantém-se presente entre as pessoas (PROCHNOW et al., 2009).

Sabe-se que o ritmo de trabalho da enfermagem no domínio hospitalar é intenso e, muitas vezes, o quantitativo de recursos humanos nem sempre é adequado à quantidade e especificidade dos cuidados que os usuários do serviço demandam. Essa realidade pode ser percebida pelo idoso e seu cuidador como se a equipe se distanciasse do cuidado humanizado, integral, abrindo chances de ser considerado um “descuidado”. Sendo a enfermagem uma

profissão comprometida com o cuidado, a ética e o bem-estar do paciente, é imprescindível que exista uma reflexão, por parte dos profissionais, para tentar modificar essa realidade percebida (PROCHNOW et al., 2009).

Cabe destacar que a enfermagem tem um papel social proeminente, pois pode, no seu exercício profissional, escolher abordagens que tornem o cuidado integral, competente e mais voltado para os problemas e necessidades do idoso e seu cuidador, ao invés de somente realizar tarefas e cumprir rotinas. Para isso, a comunicação e a interação são importantes ferramentas de trabalho, por meio das quais o trabalhador pode introduzir mudanças na relação entre a enfermagem e o binômio cuidador - idoso hospitalizado (PROCHNOW et al., 2009).

5.3.3 Dificuldades vivenciadas pelo familiar cuidador do idoso no hospital

Quase na totalidade, alguns cuidadores mencionaram, em um primeiro momento, que não havia dificuldades de cuidar o idoso durante a sua hospitalização, porém, no decorrer do questionário, foram referidos aspectos relacionados à sua condição de acompanhante e aos aspectos do cuidado direcionados ao idoso, principalmente relacionados a falta de conforto físico das enfermarias.

Eu não me importo se tiver que passar uma noite em pé, se tiver que passar uma noite sentada, eu faço. É a mesma coisa eu ter que ir lá todo dia tirar leite. Dói, dói, mas é por uma boa causa. Não tem ruim. Ainda bem que eu tenho comida, mas se tivesse que ficar sem comer eu ficava, entendeu? Dá-me uma pena de eu não poder ficar ali direto, [...]. (E1)

Para mim nada é fácil. É difícil você levantar de manhã e saber que você vai ficar no hospital com alguém doente, por isso não é fácil. (E2)

Foi mencionado também a dificuldade de cuidado devido a organização hospitalar, como o horário rígido da alimentação, a proibição de entrada de alimentos de fora do hospital, a permissão de apenas um acompanhante por idoso internado e a rigidez dos horários e sistema de troca de acompanhante.

[...] não é difícil, pra mim não é difícil, ninguém complica comigo, mais é lá na portaria, mas as pessoas tem que entender que não se pode entrar andar pra lá e pra cá, tem a carteirinha de acompanhante. (E3)

[...] se eu tenho que ir lá ao laboratório e deixar a mãe ali eu não sei como vou encontrar ela, se no chão caída, se morta, eu não sei, é que

muitas vezes eu chego aqui com ela mal, e eu não tenho outra pessoa e a portaria não deixa ninguém entrar[...] Quando eu vou ao refeitório tenho que pedir para os estranhos para cuidarem da mãe, ela é acamada, cheia de sequelas, e quem não conhece ela é difícil entender o que ela quer.(E5)

Ela terá mais qualidade de vida no momento que ela se alimentar melhor, assim, em casa ela quer um mingauzinho eu faço o que ela quer, eu faço, e aqui é rígido, tem nutricionista, tem horário certinho, mas em casa nem tudo voltado pra organização. (E8)

O risco de infecções também foi um elemento elencado pelos participantes como uma preocupação, entendido como um risco devido à hospitalização do idoso. Porém estes entendem que a prevenção depende também de medidas passíveis de ser adotadas, como a lavagem das mãos.

[...] a questão das infecções, eu fico preocupada [...]. (E7)

[...] no momento que ela for para casa eu quero voar para casa, por causa das infecções [...]. (E8)

Tenho medo das outras bactérias. A imunidade dele é baixa, e a minha preocupação é essa. Na outra internação ele pegou uma virose, estava quase dando alta, mas faz parte. (E10)

Eu tenho todo o cuidado, lavo bem as mãos, passo álcool, uso o avental [...] ele internou com uma coisa e, se sair, vai sair com outra. É essa bactéria que ele pegou. Estão fazendo de tudo para combater ela e não combate. O médico já falou que enquanto ele ficar aqui mais coisa ele vai pegar [...]. (E11)

A questão da estrutura física do hospital também foi lembrada como dificuldade, principalmente a acomodação do acompanhante. Todavia, percebeu-se que esse fato era secundário, ou seja, a prioridade era o idoso estar bem acomodado. Também se constatou que os cuidadores reconheceram que a estrutura está mudando para melhor, identificaram algumas mudanças na área física e estrutural da instituição.

[...] para mim se tivesse um lugar para o acompanhante esticar o corpo de noite seria melhor. A única coisa, antes era uma cadeira dura, de plástico, aqui não, aqui é um sofá, [...]. (E2)

[...], não pode entrar com nada. Tem que ser se não a gente traz um supermercado aqui para dentro. E não tem necessidade, eu como aqui, a comida é maravilhosa. (E3)

Olha, conseguimos dormir. Tem uma boa poltrona para deitar, agora quando o paciente não está bem então não dormimos, dormimos outro dia, quando dá. (E4)

Tem tanta coisa difícil, dormir aqui dá muita dor no corpo, é muito ruim, as cadeiras de plástico, mas ainda bem que tem aquela , [...] não estamos aqui pra muitos confortos, mas é uma cadeira muito ruim, é cansativo. (E5)

[...] aqui tem certo conforto para quem está cuidando, que não tinha [...] antes no hospital. (E8)

A sobrecarga do cuidador também foi um dos elementos elencados durante as vivências desta pesquisa, além de deixar de realizar algo para si mesmo.

[...] para mim não é nada difícil, só uma coisa, tenho um exame para fazer e eu não sei como vou conseguir fazer [...]. (E2)

[...] o meu filho fala: “Ai mãe, você não tem mais tempo pra brincar comigo”, quando eu relaxo os meus braços formigam por inteiro. Então meu filho pede para ver um desenho com ele, mas eu estou tão cansada, tão cansada, que eu caio na cama. Eu tenho problema de tendinite, eu abri o peito duas vezes fazendo força com ele, aí chega ao final da tarde eu estou esgotada [...]. (E11)

[...] eu sou depressiva. Eu não tomo medicação para depressão, eu vejo o estado dele, eu faço por que tem que fazer, eu sei que tenho que procurar ajuda, até meu filho vê, ele nota que estou diferente, [...]. (E11)

[...] é muito cansativo [...] é muito cansativo, para quem tem saúde até pode não ser. (E5)

O processo patológico do idoso e a sua hospitalização impõem à família uma reestruturação de horários e tarefas. Além de se submeter a um ambiente estranho para todos, pois ao contrário do que é preconizado pelas políticas públicas de proteção ao idoso e seus acompanhantes, a maioria das instituições hospitalares ainda não oferecem estrutura física nem acolhimento adequado (VIEIRA; ALVAREZ; GIRONDI, 2011).

Nessa realidade, o familiar precisa ajustar-se às normas e rotinas que permeiam o ambiente hospitalar, tendo em vista o bem-estar do idoso. Por suas características, neste espaço, a assistência, infelizmente, é predominantemente focalizada em procedimentos técnicos e na atenção à doença, sendo local de convivência com a dor e sofrimento das

peessoas. Deste modo, a permanência neste ambiente geralmente não é agradável nem acolhedora tanto para os idosos quanto para os cuidadores (BEUTER et al., 2012).

No decorrer da pesquisa também foi identificado como dificuldade o risco das infecções hospitalares. Estas, de acordo com Aguiar, Lima e Santos (2008), podem ser definidas como as infecções que ocorrem em pacientes durante a hospitalização. Os micro-organismos contagiosos podem originar-se de fonte endógena, da qual o paciente é portador, ou de fontes exógenas, como aquisição recente através de objetos animados ou inanimados dentro do hospital.

Têm-se como fontes imediatas de micro-organismos infecciosos no hospital as pessoas, ou seja, funcionários do hospital, visitantes, pacientes e portadores assintomáticos. Além desses, outros, os fômites são os objetos inanimados, exceto os alimentos, consistindo em material e equipamentos médicos, como por exemplo, móveis e cobertores (AGUIAR; LIMA; SANTOS, 2008). Acredita-se que o assunto a respeito dos riscos das infecções hospitalares, assim como sua precaução, pode ser elencado durante o acolhimento do cuidador no hospital, quando se podem abordar todos os assuntos referentes às normas e rotinas, incluindo a lavagem das mãos, maneira mais eficaz de se prevenir infecções.

Um acolhimento efetivo expressaria uma ação de aproximação da equipe e do binômio cuidador-idoso. Este não deveria restringir-se apenas ao ato de receber, mas constituir-se-ia em uma sequência de atos e modos que comporiam as metodologias dos processos de trabalho no ambiente hospitalar. Para isso, preconiza-se a humanização a partir de uma relação de escuta e responsabilização, na qual o idoso e seu cuidador sejam portadores e criadores de direitos (PROCHNOW e al., 2009). Em estudo realizado por Prochnow et al. (2009), os acompanhantes de pacientes hospitalizados associaram o acolhimento principalmente ao esclarecimento das normas e rotinas do hospital e ao recebimento das refeições durante sua permanência no âmbito hospitalar.

Uma infraestrutura deficiente nas instituições pode dificultar a permanência dos cuidadores, ocasionando-lhes alterações fisiológicas e emocionais. Deste modo eles podem manifestar sintomas de desgaste físico como dores pelo corpo, edema nos membros inferiores, cansaço generalizado, emagrecimento. Assim, a precariedade das acomodações pode intensificar as alterações físicas e psicológicas dos acompanhantes (SZARESKI; BEUTER; BRONDANI, 2009).

As condições atuais que a maioria das instituições apresenta podem levar o familiar acompanhante a pernoitar em uma simples cadeira, sem ter um local para higiene pessoal nem para alimentar-se. Situação agravada pela necessidade de adequar-se às normas e rotinas

estabelecidas, diferentes de seu ambiente domiciliar. Por isso a necessidade de acolhimento dos usuários, para que esses, devidamente orientados, tenham a condição de se adaptar e entender a situação vivenciada no hospital (VIEIRA; ALVAREZ; GIRONDI, 2011; PROCHNOW et al., 2009).

De acordo com Vieira, Alvarez e Girondi (2011), muitos cuidadores apresentam problemas de saúde, o que dificultava sua permanência como acompanhante durante longos períodos. Um ser humano para cuidar de outro, deve estar em boas condições físicas e psicológicas, mas diante da necessidade de cuidar de um parente idoso e fragilizado, seu bem estar fica em segundo plano.

Os cuidadores apresentam algumas dificuldades principalmente porque convivem com as limitações. Sentem-se envolvidos emocionalmente na situação. Além de desempenhar novos papéis e tarefas associadas ao problema do idoso, os cuidadores frequentemente relatam um sentimento de sobrecarga e também problemas relacionados à sua saúde mental (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008). Ferreira et al. (2012) referem que em comparação à população geral, os cuidadores de portadores de doença crônica apresentam significativamente mais sintomas de distúrbios de humor como ansiedade e depressão.

Segundo Rocha, Vieira e Sena (2008), a maneira como a pessoa percebe uma situação, contribui para a sua agilidade em mobilizar formas de se adaptar a ela. O cuidador do idoso hospitalizado geralmente lida com a perspectiva de um maior isolamento social temporário, falta de tempo para si próprio, para o contato com a família e os amigos, possíveis interrupções na carreira profissional, incluindo gastos excessivos e falta de tempo para lazer.

Contudo, à medida que o cuidador está aberto a todos os aspectos de sua experiência, devidamente consciente das variadas sensações e percepções que se registram, o ambiente tenderá a ser construtivo, tanto para si como para os outros (GIACOMINI; VANDERLEI, 2010).

Assim, acredita-se que o convívio diário com o idoso no hospital ajude o cuidador na adaptação a este ambiente, tornando a sua estadia mais amena. O tempo de permanência no hospital pode permitir ao cuidador o ajustamento às rotinas e maior possibilidade de estabelecer relações favoráveis e fortalecedoras com outras pessoas (SZARESKI; BEUTER; BRONDANI, 2009).

5.4 ESTRATÉGIAS DE CUIDADO UTILIZADAS PELOS FAMILIARES/AMIGOS CUIDADORES DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DO IDOSO

Esta categoria é formada pelas subcategorias: Organizando-se para cuidar o idoso no hospital e Uso de uma rede de apoio para o cuidado do idoso hospitalizado.

5.4.1 Organizando-se para cuidar o idoso no hospital

Para a maioria dos entrevistados não houve organização prévia para a internação do idoso. Metade dos entrevistados relatou que a internação foi imediata, após um episódio de agravamento do quadro de saúde do idoso, geralmente devido à hipertensão, diabetes, isquemia, hepatite ou artrose. Apenas um dos acompanhantes referiu que a internação se deu devido a complicações cirúrgicas.

Foi de susto. Quando eu cheguei em casa ele estava caído no chão, e a gente veio correndo [...]. (E1)

Foi de imediato, era eu quem estava com a mãe [...]. (E2)

[...] como foi tudo tão de repente, eu não estou tão organizada, porque eu não parei de limpar os condomínios. Eu faço almoço e janta tudo à noite, [...]. (E3)

[...] não houve uma organização prévia. A organização se dá de acordo com a possibilidade de cada um [...]. (E6)

A organização familiar destaca-se com o constante auxílio da família durante a internação do idoso. Alguns relatam que durante a hospitalização, a rotina do domicílio é mantida por outros familiares, o que possivelmente proporcione o sentimento de tranquilidade dos cuidadores, em saber que poderão descansar quando chegarem em casa.

[...] eu estou direto no hospital, mas eu estou bem, estou bem tranquila, quando eu chego em casa tem comida pronta, minha nora vem trazer pastel aqui no hospital para mim meu marido também, tenho uma família nota dez. (E2)

[...] quando tem roupa para lavar meu filho coloca a roupa na máquina [...]. (E3)

Alguns cuidadores já têm pré-definido quem será o acompanhante durante todas as hospitalizações.

Já temos definido que somos sempre eu e minha mãe que ficamos, que cuidamos. Então tem que ir atrás de alguém pra ficar com a minha filha. Organizamos-nos dessa forma. (E10)

Um fato encontrado quase na totalidade das vivências dos cuidadores é a inexistência do cuidador único e exclusivo. Todos referem, após o episódio inicial de desorganização e posterior organização da rotina com o idoso já internado, que são ajudados pelos familiares em regime de escalas para o cuidado. Uns referem que ficam no hospital durante o dia, por não trabalharem, voltando para o domicílio à noite. Já os familiares que trabalham durante o dia preferem permanecer à noite no hospital.

[...] ela fica de noite e eu fico de dia. (E2)

[...] ninguém pediu. Eu me ofereci, vamos fazer assim, se revezar pra não ser uma só cuidar. Lembrei que ela me ajudou, agora sou eu. (E4)

[...] nós vamos fazendo um rodízio. Isso vai surgindo ao longo dos dias. A organização mesmo vem surgindo ao longo dos dias. (E6)

[...] esse negócio da escala foi uma maravilha, porque até então ninguém sabia quem ficava, quem vinha. Era uma desorganização total. Aí melhorou muito, melhorou muito mesmo. (E8)

[...] o filho é cuidador, nos revezamos, uma hora eu, outra hora ele. (E9)

Sou cuidadora junto com a minha mãe, nos revezamos. (E10)

Eu tenho um gurizinho de oito anos. Então eu tive que arrumar alguém para ficar com ele para poder ficar aqui. Então eu fico com ele durante o dia, todos os dias, e a noite eles pagam uma enfermeira que se prontificou a ficar. (E11)

Para Ferreira et al. (2012), o significado das doenças crônicas não pertence exclusivamente ao idoso, é também propriedade de seus familiares e de sua rede social. Cada membro da família do idoso adoecido, em sua especificidade, encontra-se também envolvido de tal forma que as mudanças ocorridas durante o processo de cuidar acarretam mudanças em toda dinâmica da família, em suas atitudes, seus relacionamentos, e seu posicionamento perante aos acontecimentos decorrentes do cuidado (NOVAIS et al., 2011).

Entende-se, com isso, que não se pode separar o psíquico do orgânico, pois o processo saúde-doença perpassa não apenas o aspecto biológico do idoso, mas envolve também o contexto sociocultural e psicológico do indivíduo e de sua família (FERREIRA et al., 2012).

O cuidador familiar não pode ser entendido apenas como alguém que assume os cuidados do idoso. Trata-se da pessoa que chama para si a procuração de realizar as tarefas para as quais o idoso necessita de auxílio. Ser um cuidador familiar requer dedicação, porém muitas vezes não há uma única pessoa para assumir tal papel. Ao considerar as necessidades individuais e do resto dos familiares, ao analisar as limitações financeiras, onde na sua maioria todos da família necessitam trabalhar, o revezamento torna-se a opção (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

Para Figueiredo et al. (2011), a carência da rede de apoio social formal no amparo a pessoas necessitadas de cuidado, fazem com que a responsabilidade recaia tão somente às famílias, sobrecarregando-as, de certa forma, à medida que seus membros não dispõem de tempo exclusivo para cuidar. No sentido de não sobrecarregar um só membro da família, faz-se necessário a permuta entre os demais membros, para que esse cuidador possa também cumprir com os seus afazeres, como também ter momentos de lazer.

Essa permuta pode ser um elemento positivo na vida desses familiares, ao se considerar que os demais membros da família participam do cuidado e do cotidiano desse idoso durante a sua hospitalização, fortalecendo ainda mais os laços de carinho, respeito e responsabilidade entre a família.

5.4.2 Uso da rede de apoio social para o cuidado do idoso hospitalizado

Quanto às estratégias utilizadas pela família para cuidar o idoso no hospital, observou-se que primeiro ela se organiza para cuidar e em seguida utiliza uma rede de apoio social para o cuidado. Na grande maioria, a rede de apoio que se destaca ao cuidador do idoso hospitalizado é a rede informal, caracterizada por demais familiares, amigos e vizinhos para manter algumas condições necessárias para que o cuidador permaneça o máximo possível no ambiente hospitalar.

[...] o advogado trabalhava com o meu pai. Eles cuidam, aparecem, qualquer coisa que eu preciso, é só eu falar. (E1)

A minha família está me ajudando. (E2)

A minha prima [...] se oferece. Ela sabe que eu tenho problema renal, eu disse para ela que eu estava ruim. Então ela veio aqui para eu ir consultar [...] eu vou pra casa e ela vem, quando eu venho ela vai [...] quem vai para casa leva a roupa e quando vem traz a roupa limpa [...] meus

irmãos não podem cuidar dela porque trabalham, moram longe. Então, eles me pagam e pagam alguém para me ajudar a cuidar dela. (E5)

[...] a filha agradece até hoje, me chama de irmã, ela diz: “Você não é minha empregada, você é minha irmã, por que o que você está fazendo pelo pai nem eu nem meu irmão fizemos”. (E11)

Uma das cuidadoras relatou a insegurança de permanecer sozinha, sem a presença de outras pessoas da família no cuidado do seu marido durante a hospitalização.

[...] eu sou sozinha. Minha prima está me olhando lá na janela e não pode entrar, e eu precisava que ela entrasse, para me ajudar. Eu estou angustiada. A mãe está mal, e eu sozinha aqui com ela [...]. (E5)

Muitos entrevistados mencionaram o celular como um instrumento que os mantém constantemente em contato com os familiares, revelando que ficam mais seguros, de que suas necessidades pessoais serão atendidas e não se sentem sozinhos nas atribuições do cuidado ao idoso hospitalizado.

Hoje ela ligou me dizendo que tinha depositado, porque temos contas para pagar e eu aqui não posso fazer nada. (E3)

[...] eu ligo para o meu filho, para minha sobrinha, nos comunicamos por telefone [...]. (E4)

[...] mas se surgir é só pegar o telefone e ligar [...]. (E8)

Houve apenas dois relatos de assistência prévia na unidade de saúde, onde inicialmente a idosa foi avaliada. No primeiro, a cuidadora foi orientada a procurar o atendimento hospitalar. No segundo caso, a cuidadora solicitou visita dos profissionais de saúde da unidade básica para receber orientações e aconselhamentos a respeito de cuidados específicos.

[...] primeiramente eu fui ao posto, falei com o médico que cuida dela e ele me orientou trazê-la para o hospital. (E5)

[...] eu pedi para uma fisioterapeuta ir para nossa casa, enquanto ela fez eu fiquei olhando, depois eu anotei em um papel tudo o que eu tinha que fazer [...] eu tinha medo que ele se afogasse com a comida, eu batia toda no liquidificador, aí a enfermeira foi lá e levou o esteto, me mostrou o barulho da comida chegando ao estômago, mas depois ele começou a se afogar [...]. (E11)

Uma das cuidadoras entrou em trabalho de parto prematuro durante a hospitalização de seu pai. No decorrer dos dias, enquanto permanecia com as filhas internadas na mesma

instituição, dividia-se com o cuidado das crianças e de seu pai que estava com dificuldade em se alimentar, depressivo, acamado e que havia iniciado dieta por sonda enteral.

Nesse ínterim, solicitava ajuda à equipe de enfermagem e aos amigos para ficarem com a recém-nascida que se encontrava no quarto, para poder amamentar a segunda filha na UTI Neonatal e/ou permanecer um pouco de tempo com seu pai.

Quem está me ajudando mais é a enfermagem, que está me vendo nessa situação e está me ajudando. As gurias da copa também ajudam, quando veem que ele não quer comer insistem, oferecem a comida, conversam com ele, [...]. (E1)

Também foi relatado que alguns familiares não se envolvem no cuidado do idoso no hospital, sobrecarregando os cuidadores principais e favorecendo sentimentos como saudades e abandono no idoso, conforme as seguintes falas:

[...] sou só eu [...] eu tinha irmão doente mental que faleceu. O outro irmão, de criação, não aparecia [...] eu não quero que ele dê dinheiro, eu quero que ele venha dar amor para o pai. Nem que ele não possa um horário, mas vem um pouquinho, olhar, dar um carinho, falar: 'Estou aqui pai'. Para ele sentir que ele está presente. Meu pai criou o rapaz, agora ele tem 50 anos e vem quando ele quer. (E1)

O meu irmão mais velho adora a minha mãe, mas não tem estrutura para ficar com ela. O meu irmão mais novo não vem ver ela. Ele diz que não tem coragem, e você acha que ela não sente isso? Não dói nela? (E2)

[...] o filho. Aparentemente mostra que alguma mágoa. Coisa de pai com filho, por que ele nunca falou de levar ele para a casa dele. Ele mora aqui em Pelotas, ele falou em um asilo, mas ele não foi por que a filha não deixou e nem eu deixei, e eu disse que ia cuidar dele e vou cuidar dele [...] eu já ouvi comentários que o pai era muito mal para o filho, mas mesmo assim o filho vem ver ele, tenta fazer um carinho, [...]. (E11)

Conforme Martins et al. (2009), as redes formais de apoio ao idoso/família são frágeis, pois é visível a ausência de relações e interações que se conectam de forma integrada para gerar um trabalho conjunto. A realidade percebida nesta pesquisa é de familiares articulando-se para providenciar o auxílio necessário, tanto para os cuidadores quanto para os idosos hospitalizados.

As redes sociais, para Martins et al. (2009, p. 560), “são formadas por organizações e atores autônomos que estabelecem relações estáveis de trabalho coletivo a partir dos vínculos

de interdependência existentes entre os grupos, pessoas de apoio de redes sociais”. O apoio social que as redes sociais proporcionam de forma recíproca, é potencializado quando esta é forte e integrada. As principais características desse apoio social são compartilhar informações e auxílio em momentos de crise (MARTINS et al., 2009).

Em um estudo realizado por Flores et al. (2010), observou-se que o cuidado estabelece a formação de uma rede, a qual é construída por diversas gerações. Assim, cuidar pode ser uma experiência compartilhada, onde ocorre, na sua grande maioria, o fortalecimento dos vínculos afetivos. A presença do familiar cuidador significou segurança, fator relevante para a sensação de ser cuidado.

A consolidação de um relacionamento afetivo, respeitoso e solidário da equipe de saúde com os familiares cuidadores foi outro aspecto enfatizado. A equipe pode, nesse sentido, agir com carinho, dirigir palavras de conforto, ouvir e solidarizar-se com os familiares, preocupando-se em minimizar os sentimentos de insegurança, aflição e ansiedade dos cuidadores, assim como interagir efetivamente de forma a auxiliar na solução de situações emergentes vivenciadas pelos cuidadores em ambiente hospitalar (BEUTER et al., 2012).

Para Polaro et al. (2013), os familiares cuidadores são muitas vezes tomados por sentimentos de solidão e isolamento social. Por isso, na prática, é necessário articular redes locais de suporte social, a partir dos serviços de saúde, para ajudar a manter a inclusão e o suporte social das famílias cuidadoras.

Porém, acredita-se que, no Brasil existem poucos investimentos na rede de apoio formal. Pode-se considerar que é pouco organizada e oferece um apoio frágil. Assim, os familiares encontram-se sozinhos para solucionar seus dilemas diários, tanto em ambiente hospitalar quanto no domicílio.

Cabe destacar que no Japão existem casas especializadas em ajudar na adaptação dos idosos após a alta hospitalar, sendo um exemplo de apoio social ao idoso e seu cuidador. Nesses locais ocorre a promoção de cuidados de base comunitária. Nesse país, a “desospitalização” é uma das principais políticas para os idosos. A fim de reduzir o tempo de internação, essas casas são recomendadas para estabelecer uma reabilitação e cuidados para o idoso depois da alta hospitalar. Assim, o governo japonês estabeleceu o "Geriatric Serviço de Saúde Facility”, em 1986, que é uma transição entre o hospital e as instituições de longa permanência de idosos (ILPIs) (TOBA, 2014).

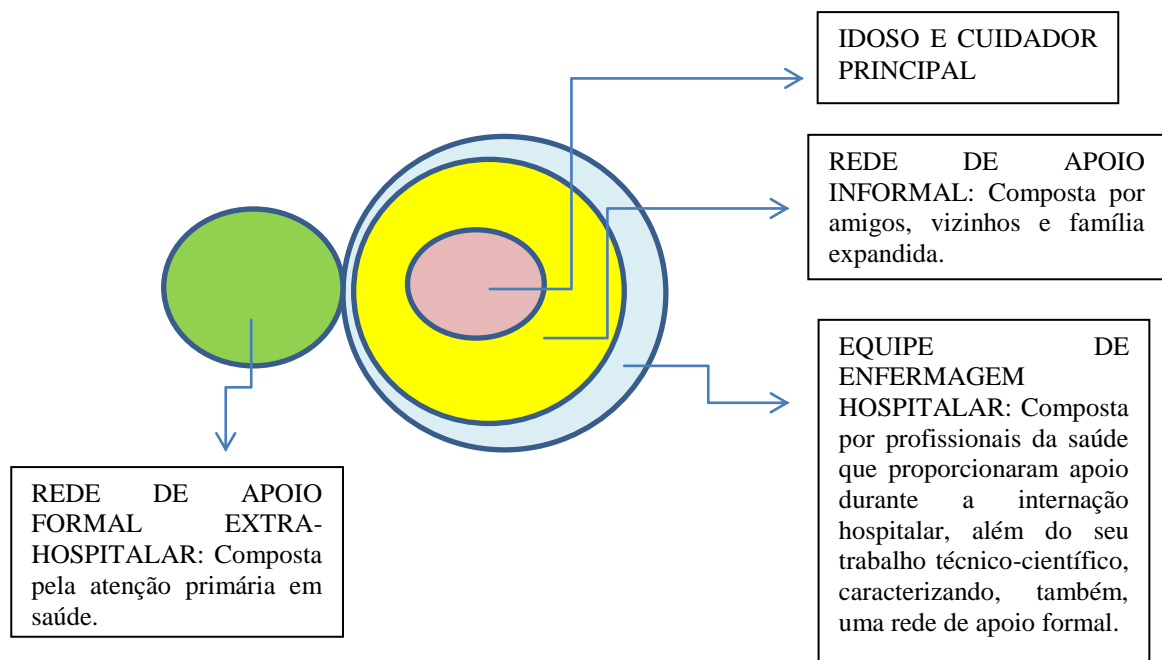
Nela é possível fornecer tratamento médico, cuidados de enfermagem e reabilitação à população idosa após alta hospitalar, até que estejam prontos a voltarem para casa. Já no domicílio, o governo oferece reabilitação baseada na comunidade com vários cuidados e

serviços de apoio aos cuidados domiciliários, facilita as redes de apoio social com serviços de saúde local e serviços de assistência social (TOBA, 2014).

No Brasil, existe uma grande necessidade de alternativas à assistência familiar, estruturas de apoio que possam prover auxílio aos familiares cuidadores das mais variadas ordens como apoio emocional e estrutural, orientação, esclarecimento de direitos e deveres. Essas estruturas poderiam ser articuladas entre o governo local, a comunidade, a vizinhança, o setor privado de serviços e organizações religiosas (CALDAS, 2004). Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família pode ser uma grande aliada, pois além de integrar os grupos de ajuda mútua, pode contribuir e auxiliar a detectar na comunidade recursos necessários e que ajudem a melhorar a qualidade de assistência e de vida do idoso e seu cuidador. Foi possível identificar que essa ajuda é existente, porém pode ser considerada discreta, visto que as cuidadoras elencaram a necessidade de chamar a equipe no domicílio.

Com isso, apresenta-se um anagrama (elaborado pela autora desta pesquisa) para demonstrar a realidade vivenciada pelos participantes desta pesquisa, em relação ao suporte das redes sociais.

Anagrama I: Representação da rede de apoio ao idoso hospitalizado.



Fonte: Autoria própria.

Nele, objetiva-se demonstrar que o idoso e seu cuidador centralizam as necessidades e as decisões, que a rede de apoio informal é a principal provedora de auxílio durante a hospitalização do idoso. Ainda, que a rede de apoio formal extra-hospitalar é existente, porém não apresenta participação ativa no suporte do cuidador familiar do idoso hospitalizado, visto que não se teve nenhum relato de apoio aos familiares integrantes da rede de apoio formal extra-hospitalar durante a permanência do idoso no hospital. Por outro lado, a equipe de enfermagem responsável pelo cuidado intra-hospitalar foi uma participante ativa na totalidade dos relatos, provendo tanto o cuidado técnico especializado quanto a ajuda nas situações cotidianas emergentes, bem como suporte emocional aos cuidadores e idosos.

Com isso, constata-se que a rede de apoio formal presente nas vivências dos cuidadores de idosos consiste em um breve auxílio extra-hospitalar mediante solicitação do cuidador, e no ambiente intra-hospitalar a equipe de enfermagem é a principal provedora de ajuda.

Outro aspecto relevante destacado foi a falta de ajuda de alguns familiares no amparo aos cuidadores ou até mesmo ao idoso hospitalizado. Esse fato é considerado pelos cuidadores uma situação inaceitável, pois a família é vista como o sustentáculo em momentos de crise. De acordo com Beuter et al. (2012), os familiares visitantes e acompanhantes de idosos hospitalizados consideram que a família tem obrigação moral em oferecer suporte a um ente em situação de vulnerabilidade.

No entendimento de Moreira e Caldas (2007), deve-se salientar que a carência, ou até mesmo a ausência do cuidado por parte de alguns familiares, pode ser fruto de relacionamentos e vínculos desfeitos por situações desagradáveis ou até mesmo vínculos que nunca chegaram a se estabelecer.

Muitos desses conflitos, para Guido et al. (2009), podem ser decorrentes de uma sociedade com inversão de valores. Com o surgimento da família nuclear, prevalecem atitudes individualistas, principalmente quando se faz necessário assumir a responsabilidade de cuidar de um idoso com algum grau de dependência. Além de presenciar a perda da integridade física e poder decisório, este cuidador vivencia possíveis conflitos entre os membros de sua família, experimentando uma sobrecarga emocional.

Para Vieira, Alvarez e Gironi (2011), interferir nessas situações estressoras, junto com essas famílias é uma tarefa complicada. O enfermeiro deve ser imparcial e ético, podendo mediar estratégias que possam reduzir essas forças de tensão. Sempre que esse assunto for abordado, deve-se mostrar a importância de um bom relacionamento familiar para a recuperação ou manutenção do bem-estar do idoso e da família.

Embora tenham surgido informações a respeito de conflitos nas famílias dos cuidadores participantes da pesquisa, prevaleceram os relatos que manifestaram sentimentos de carinho, amor e solidariedade para com os idosos hospitalizados. Muitos acompanhantes empenhavam-se ao máximo em suas atividades para estar o maior tempo possível com o idoso no hospital e tornar essa permanência menos traumática para ambos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou conhecer as vivências do cuidador principal no cuidado do idoso no hospital. Nesta pesquisa, os cuidadores caracterizam-se por serem, na sua maioria, do sexo feminino, casadas, com filhos, sem emprego remunerado e, como grau de parentesco, ser filha do idoso hospitalizado. Os cuidadores participantes entendem a atividade de cuidar como um dever moral e normatizado, resultado das relações pessoais e familiares. A partir do momento em que necessitam desempenhar tal papel, o assumem como uma exigência decorrente do fato de viverem em família.

Durante o processo de hospitalização do idoso, o cuidador desenvolve ações, tem facilidades e dificuldades e utiliza estratégias que o auxiliam a cuidar. Ao vivenciar o cuidado ao idoso no hospital é influenciado a tornar-se cuidador, apresenta diversas experiências ao cuidar e precisa promover mudanças, em relação ao cuidado, com a internação do idoso. No hospital, o familiar cuidador desenvolve ações de cuidado no/com o idoso e apresenta facilidades e dificuldades no ambiente hospitalar. Ao implementar estratégias de cuidado durante a hospitalização do idoso, o familiar cuidador organiza-se para cuidar e faz uso de uma rede de apoio para o cuidado.

Os motivos que levaram o cuidador a desempenhar este papel relacionam-se com fatores inerentes ao idoso, como estado de saúde e grau de parentesco. Os referentes ao cuidador fazem alusão ao dever/obrigação, gratidão/retribuição, grau de parentesco, gênero, proximidade afetiva, estado civil, situação atual de emprego e ausência de outra pessoa para realizar o cuidado.

Nesse processo de tornar-se e ser cuidador, passam a identificar o seu fazer e quais são as atividades a serem realizadas no/com o idoso. A princípio, o cuidador inicia focado na realização das ocupações, mas, com o passar do tempo, o contexto da família, do idoso e do cuidado irão influenciar nas tarefas e como fazê-las. As relações surgem de todo esse contexto, da convivência com o idoso, com a família, com os outros cuidadores e com os profissionais da saúde.

Os subsídios obtidos confirmaram que as famílias mobilizam-se para organizar o ato de cuidar do idoso hospitalizado. Uma grande dificuldade é quando a internação e dependência ocorrem de maneira repentina e não há tempo suficiente para uma organização da família em torno do idoso. Quando um idoso é internado, as famílias organizam-se de diferentes modos para acompanhá-lo, de acordo com seus recursos humanos e financeiros disponíveis. Para elas, é um grande sofrimento deixar o idoso em um ambiente estranho e

ameaçador, como o hospital, onde ele fica exposto a situações de risco de vida, por isso elas sacrificam-se para permanecer junto ao idoso adoecido, demonstrando interesse, apoio e solidariedade.

As facilidades elencadas pelos cuidadores de idosos no ambiente hospitalar, neste estudo, foram o acesso ao cuidado especializado e recursos tecnológicos a ele vinculadas, juntamente com o trabalho e a dedicação da equipe de enfermagem, tanto referente ao idoso quanto ao cuidador. Como dificuldades encontradas no ambiente hospitalar foram destacadas as questões da estrutura hospitalar, ainda carente de adequações para receber a população idosa e seus cuidadores; as normas e rotinas do hospital, que muitas vezes podem torná-lo impessoal; e a percepção de priorizar as características técnicas da assistência à saúde. Juntam-se às dificuldades, o receio de adquirir e/ou transmitir alguma infecção hospitalar e a falta de privacidade percebida pelos cuidadores enquanto permanecem no hospital.

Destaca-se a importância do apoio do familiar cuidador no processo de hospitalização do idoso. O familiar vivencia momentos gratificantes e, também, angustiantes, desenvolvendo sentimentos que revelam sensações imprecisas. Na busca da superação desta condição, há necessidade de lançar mão de estratégias de enfrentamento. Percebeu-se que acolhendo o cuidador e o idoso, passando informações sobre as normas e rotinas do hospital e do tratamento prestado, poderá ser amenizado o sofrimento de vivenciar a hospitalização.

Constatou-se, também, que os cuidados dos familiares direcionados ao idoso hospitalizado são semelhantes aos desenvolvidos no domicílio, como higiene corporal, alimentação, segurança física e psicológica. Os cuidados prestados pela equipe de enfermagem são aqueles que demandam conhecimento técnico-científico especializado, apoio emocional e estrutural, fazendo, com isso, parte da rede de apoio do cuidador do idoso hospitalizado.

Um aspecto relevante verificado nas entrevistas refere-se à rede de apoio social ao idoso e seu cuidador durante a hospitalização. Foi possível perceber que as pessoas que mais ajudam o idoso e seu cuidador são os próprios familiares. Estes realizam as tarefas domésticas, enquanto o cuidador permanece no hospital com o idoso, providenciam suporte emocional e financeiro. A rede de apoio formal presente nas vivências dos cuidadores de idosos consiste em um breve auxílio extra-hospitalar mediante solicitação do cuidador e, no ambiente intra-hospitalar, a equipe de enfermagem é a principal provedora de ajuda.

Os cuidadores colaboram realizando uma escala de permanência, evitando, assim, a sobrecarga de apenas uma pessoa durante a hospitalização do idoso. Constatou-se que a enfermagem pode ser considerada uma participante da rede de apoio formal, pois, além do

cuidado técnico especializado, ela provê suporte emocional e estrutural ao cuidador nas mais diversas situações vivenciadas.

A permanência do familiar cuidador do idoso hospitalizado demanda transformações na assistência através da inclusão do familiar como um sujeito participante do cuidado. A equipe de enfermagem necessita vencer o desafio da mudança de atitude e de postura e oferecer maior flexibilidade na participação do acompanhante no cotidiano do cuidado, para uma atuação conjunta com os cuidadores.

As implicações deste estudo nas intervenções da enfermagem no cuidado ao doente e sua família estão relacionadas às discussões e reflexões a serem realizadas pela equipe de saúde, acerca da inclusão do familiar no espaço hospitalar, pois a sua presença auxilia na manutenção da estabilidade física e emocional do idoso. Desta forma, a enfermagem poderá oferecer apoio ao familiar acompanhante para que se mantenha estável e possa formar uma parceria de cuidados, contribuindo para a reabilitação do idoso.

Com isso, sugere-se que a prática de enfermagem seja pautada pelo aproveitamento dos espaços de aproximação com o idoso e seu cuidador, a fim de que sejam momentos de reconhecimento do contexto das pessoas idosas e seus cuidadores, de troca de saberes, ações que qualificarão o cuidado. A enfermagem deve priorizar a necessidade de acolher a família cuidadora não como simples parceira de cuidados, mas como unidade a ser cuidada, ofertar atenção especial à saúde das (os) cuidadoras (es), proporcionando orientações e esclarecimentos que possam auxiliar a prevenir possíveis adoecimentos, tanto fisiológicos quanto psíquicos destes.

REFERÊNCIAS

- ABEN. Assoc. Bras. de Enf. Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica. 2010. Brasília. Declarada de Utilidade Pública pelo Decreto Federal nº 31.417/1952; DOU 11/09/1952. REGIMENTO INTERNO (Aprovado em 7 de fevereiro de 2010).Brasília, DF. Disponível em:< <http://www.abennacional.org.br/index.php?path=260>>. Acesso em: 2 abr. 2013.
- AGUIAR E. S. S. et al Representações Sociais do Cuidar de Idosos Para Cuidadores: Revisão Integrativa. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jul./set. 2011, v. 19, n. 3. p. 485-90. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a25.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2012.
- AGUIAR, D. F; LIMA, A. B. G.; SANTOS, R. B. Uso das precauções-padrão na assistência de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, set 2008, v. 12, n. 3, p. 571-75. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a27.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2013.
- ALMEIDA, A. B. A.; AGUIAR, M. G. G. A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermeiros. **Rev. Eletr. Enf.[Internet]**. Jan./mar. 2011, v. 13, n. 1, p. 42-9. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a05.htm>.> Acesso em: 28 dez. 2012.
- ALMEIDA, L. 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, Set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 jan. 2013.
- BERTOLETTI, A.; CARRETA, M. B. Desospitalização: Cuidados de enfermagem ao idoso no domicílio. In: BETTINELLI, L. A.; PORTELA, M. R.; PASQUALOTTI, A. (Org.) **Envelhecimento Humano: Múltiplas Abordagens**. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2008. 303 p.
- BEUTER, M. et al. . Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Mar. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2013.
- BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enferm**. Jan./Mar. 2008, v. 13, n. 1, p. 118-23. Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11972>>. Acesso em 15 set. 2013.
- BORGES, H. A.; VARGAS D. R. M. As dificuldades encontradas pelo Idoso hospitalizado sem acompanhante. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 4, n. 3, Pub. 6, Jul. 2011. Disponível em: <<http://www.itpac.br/hotsite/revista/artigos/43/6.pdf>>. Acesso em 28 mai. 2013.
- BORGES, M. C. M. **Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso**. In: Neri, A. L. (Org.). **Palavras-Chave em Gerontologia**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 280, de 7 de abril de 1999. Torna obrigatórios os meios que viabilizem a permanência do acompanhante do idoso hospitalizado [legislação na

Internet]. Brasília; 1999. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0280.html>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

_____. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 30 de out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2012.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Informe Nacional Sobre a Implementação na América Latina e Caribe da Declaração de Brasília Sobre Envelhecimento. São José, Costa Rica, 2012a. Disponível em: <<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Brasil.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b.

BRAZ, E. ; CIOSAK, S. I. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** Abr./Jun. 2009, v. 13, n. 2, p. 372-77. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a19.pdf>>. Acesso: 1 maio 2013.

CALDAS, C. P. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Org.). **Saúde do idoso e a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm**, Brasília, mar./abr. 2010, v. 63, n. 2, p. 279-84.

CARNEIRO, V. L.; FRANÇA, L. H. de F. P. Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: o olhar do cuidador. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2011. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 12 maio 2013.

CARRETTA, M. B; BETTINELLI, L. A; ERDMANN, A. L. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2013.

CASTRO BORGES, M. M. M.; TELLES, J.L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2010. Disponível em:

<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 12 maio 2013.

CEÑA, D. P. et al. Non-capable residents: Is the experience of dependence understood in nursing homes? A qualitative study. *Geriatr Gerontol Int*. 2014; v. 14, p. 212–9. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ggi.12066/pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude até aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Printipo; 1989. 385p.

CONCEIÇÃO, L. F. S. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Rev Med**, Minas Gerais, 2010, v. 20, n. 1, p. 81-91. Disponível em:

<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/199.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

COSTA, T. G.; PESSOA, C. G. O.; PELZER, M. T. Relações familiares no contexto do cuidado à pessoa com Doença de Alzheimer. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga: v. 4, n. 1, Jul./Ago. 2011. Disponível em:

<<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4/04-relacoes-familiares-no-contexto-do-cuidado-a-pessoa-com-doenca-de-alzheimer.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

FERREIRA, H. P. et al. O impacto da doença crônica no cuidador. **Rev. Soc. Bras.**, v. 10, n. 4, jul./ago. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3045.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

FIGUEIREDO, A. F. et al. Influência do contexto sócio-familiar na atenção ao idoso na ótica do profissional da saúde. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**; v. 3, n. 5 esp, p. 145-55, 2011. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1961/pdf_535>. Acesso em: 28 jun. 2013.

FLORES, G. C. et al. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, set. 2010, v. 31, n. 3, p. 467-74. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a09.pdf>>. Acesso em: 20 de out.2013.

FURG. Universidade Federal do Rio Grande-. **Carta de serviços ao cidadão**. Disponível em: <<http://www.hu.furg.br>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

GIACOMINI, T.; WANDERLEY, K. S. Compreendendo o idoso e sua vivência de internação hospitalar. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, jun. 2010, v. 13, n. 1, p. 221-30.

Disponível em <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4871/3456>>. Acesso em: 12 out. 2013.

GONCALVES, L. H. T. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2010 Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 maio 2013.

GOULART, A. D.; PORTELLA, M. R. A presença da arte no cuidado do idoso hospitalizado. In: BETTINELLI, L. A.; PORTELLA, M. R.; PASQUALOTTI, A. (Org.) **Envelhecimento Humano: Múltiplas Abordagens**. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2008. 303 p.

GUIDO, L. A. et al. Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2009, v. 17, n. 6, p. 1023-9. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421912015.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

HIROSE, T. et al. Accumulation of geriatric conditions is associated with poor nutritional status in dependent older people living in the community and in nursing homes. **Geriatr Gerontol Int**. 2014, v. 14, p. 198–205. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ggi.12079/pdf>>. Acesso em 20 fev. 2014.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

ISRAEL, N. E. N.; ANDRADE, O. G. de; TEIXEIRA, J. J. V. A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700069&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 fev. 2013.

LEITE, M. T.; GONÇALVES, L. H. T. A enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Jan./Mar., v. 18, n. 1, p. 108-15. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a13.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2013.

LIMA, C. A. de; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Rev. bras. enferm. [online]**. 2009, v. 62, n. 3, p. 367-73. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/06.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2012.

MARTINS, J. J. et al. Percepção da equipe de saúde e dos idosos sobre cuidado humanizado. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/532.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2013.

_____. O cuidado no contexto domiciliar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 out./dez., v. 17, n. 4, p. 556-62. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a18.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013.

MARTINS, M. M.; FERNANDES, C. S.; GONCALVES, L. H. T. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 65, n. 4, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jan. 2013.

MARTINS, P. A. F.; SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T. Tipologia de cuidados de enfermagem segundo clientes hospitalizados: encontro das dimensões técnico-científica e expressiva. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, mar. 2010, v. 31, n. 1, p. 143-50. Disponível em: <seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/10073/8447>. Acesso em: 20 jan. 2013.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed.. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MONTEZUMA, C. A.; FREITAS, M. C.; MONTEIRO, A. R. M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**. 2008, v. 10, n. 2, p. 395-404. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a11.htm>>. Acesso em: 24 out. 2013.
- MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, set. 2007, v. 11, n. 3, p. 520-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a19>>. Acesso em: 15 set. 2013.
- MOTTA, C. C. R.; HANSEL, C. G.; SILVA, J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2010, v. 12, n. 3, p. 471-7. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6865>>. Acesso em: 26 jun. 2013.
- NERI, A.L. Bem estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. 6. Ed. Campinas: Papiros, 2006.
- NERI, A. L. **Palavras chave em gerontologia**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2008.
- NOVAIS, N. N. et al. Fatores relacionais intrafamiliares na qualidade de vida e saúde de cuidadores de idosos mais idosos – um enfoque sistêmico **Revista Temática Kairós Gerontologia**. São Paulo, junho 2011, v. 14, n. 3, p. 23-37. ISSN 2176-901X. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6484>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 65, n. 5, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Fev. 2013.
- PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. Expectativas da equipe de enfermagem e atividades realizadas por cuidadores de idosos hospitalizados. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jan. 2013.
- PILGER, C. et al. Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um município do Paraná, uma análise dos últimos 5 anos. **Rev. Enferm. UFSM**. Santa Maria, set./dez. 2011, v. 1, n. 3, p. 394-402. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3186>>. Acesso em: 18 fev. 2013.
- POLARO, S. H. I. et al. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. **Rev Bras Enferm**, Brasília, mar./abr. 2013, v. 66, n. 2, p. 228-33. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/12.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- PORTELLA, M. R. Atenção integral no cuidado familiar do idoso: desafios para a enfermagem gerontológica no contexto da estratégia de saúde da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2010. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2013.

PORTO, M. A **Política Nacional do Idoso**: um Brasil para todas as idades. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env02.htm>>. Acesso em: 29 abr. 2012.

PROCHET, T. C. et al. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2013.

PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P. Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** Jun. 2008, v. 12, n. 2, p. 310-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a17.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2014.

_____. Percepção do idoso dos comportamentos afetivos expressos pela equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2013.

PROCHNOW, A. G. et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, mar. 2009, v. 30, n. 1, p. 11-8. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5347/6555>>. Acesso em: 27 out. 2013.

REZENDE, M.C.C.; FERREIRA NETO, J. L. Subjectivity processes of a team of oncology nursing. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 1, jun. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 abr. 2014.

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, nov./dez. 2008, v. 61, n. 6, p. 801-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

SANTIN, J. R.; BETTINELLI, L. A.; BENINCÁ, C. R. Envelhecimento Humano: Cuidado e Cidadania. In: BETTINELLI, L. A.; SANTIN, J. R.; BENINCÁ, C. R. (Org.). **Envelhecimento Humano**: Cuidado e Cidadania. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2007. 263 p.

SANTOS, A. A; PAVARINI, S. C. I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, mar. 2010, v. 31, n. 1, p. 115-22. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9430/8489>>. Acesso em: 29 jan. 2013.

SANTOS, S. S. C.; PELZER, M. T.; RODRIGUES, M. C. T. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. **RBCEH**. Passo Fundo, jul./dez. 2007, v. 4, n. 2, p. 114-26. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br:8080/jspui/bitstream/1/1973/1/Condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20enfrentamento%20dos%20familiares%20de%20idosos%20portadores%20de%20doen%C3%A7a%20de%20Alzheimer.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

SEIMA, M. D. ; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, ago./dez. 2011, v. 10, n. 2, p. 388 – 98.

Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/viewFile/9901/7341>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

SOLANO, J. P. C.; SCAZUFCA, M; MENEZES, P. R. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais.

Rev. bras. epidemiol. 2011, v. 14, n. 1, p. 75-85. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n1/07.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2013.

SZARESKI, C. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na perspectiva da equipe de enfermagem . 2009. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Maria, 2009.

SZARESKI, C.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M. Vivências do acompanhante na hospitalização do doente crônico. **Cienc Cuid Saúde**. Jul./set. 2009, v. 8, n. 3, p. 378-84.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400015>. Acesso em: 20 dez. 2013.

TOBA, K. et al. Intensive rehabilitation for dementia improved cognitive function and reduced behavioral disturbance in geriatric health service facilities in Japan. **Geriatr Gerontol Int**. 2014, v. 14, p. 206-11. Disponível

em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ggi.12080/pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2014.

TORRES, G. de V. et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Aval. psicol.** Porto Alegre, dez. 2009, v. 8, n. 3. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 9 fev. 2013.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saude Publica**. 2009, v. 43, n. 3, p. 548-54. Disponível em:

<<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

_____. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, out. 2012, v. 28, n. 10. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jan. 2013.

VIEIRA, G. B.; ALVAREZ, A. M.; GIRONDI, J. B. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. Jan./mar.

2011, v. 13, n. 1, p. 78-89. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8719>>. Acesso em: 27 out. 2013.

VIEIRA, C. P. de B.; FIALHO, A. V. de M. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 161-69, abr./jun.2010. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/385/pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.** São Paulo, 2011, v. 24, n. 3. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2013.

WORLD BANK. **Population aging: is Latin America ready?** Directions in development. Washington DC: World Bank, 2011.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

1. CARACTERIZAÇÃO DOS (AS) CUIDADORES (AS):

Sexo:

Idade:

Grau de instrução:

Condição civil:

Filhos:

Grau de parentesco com o (a) idoso (a):

Tem emprego remunerado?

É o cuidador principal? () Sim () Não

QUESTÕES ESPECÍFICAS:

2. Como a família se organizou/preparou para cuidar o idoso hospitalizado?
3. O que mudou na forma de cuidar o idoso durante sua internação hospitalar?
4. O que o (a) levou a ser acompanhante durante a internação?
5. Explique como é essa experiência para o (a) senhor (a).
6. O que o (a) senhor (a) considera como dificuldades enquanto cuidador no ambiente hospitalar?
7. O que considera como facilidades enquanto cuidador no ambiente hospitalar?
8. O que faz (ações de cuidados relacionados ao idoso) enquanto cuidador no hospital?
9. Por que o (a) senhor (a) faz?
10. Como sabe o que fazer?
11. Aconteceu alguma situação em que precisou de ajuda da sua família, amigos ou outras pessoas enquanto estava no hospital? Poderia me narrar o acontecimento e as ocorrências?
12. O senhor (a) recebeu ajuda da enfermagem quando necessitou de algo para si mesmo? Pode-me falar sobre suas experiências?
13. Em sua opinião, o cuidado do seu familiar/amigo seria mais fácil e completo no hospital se: _____

(solicitar que o entrevistado complete a frase)

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado (a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: **“VIVÊNCIAS DOS CUIDADORES DE IDOSOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR”**. Fui esclarecido (a) que possui por objetivo conhecer as vivências do cuidador principal no cuidado do idoso no hospital.

Fui igualmente informado (a):

- da garantia de requerer esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento deste estudo;
- da garantia de que não haverá riscos físicos e, que no caso de ocorrer constrangimentos decorrentes de algum questionamento, poderá ser solicitado o acompanhamento do serviço de psicologia;
- da liberdade de participar ou retirar meu consentimento, sem penalidade alguma;
- de permitir o uso de gravador digital, com a garantia do sigilo e anonimato;
- da garantia do sigilo e anonimato, assegurando-me a privacidade individual e coletiva, quanto aos dados confidenciais envolvidos no estudo, assegurando a privacidade e a utilização dos dados exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa;
- da garantia do retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo; assegurando-me as condições de acompanhamento.
- da garantia de obter esclarecimento de quaisquer dúvidas durante a realização do estudo, do retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo e, tão logo se finde.
- da garantia de que serão respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012.

Assinatura do participante: _____

RG do participante: _____

Local e data: _____

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

 Enfª. Daniela Pasini
 COREN- RS: 109072
 Pesquisadora Principal
 FONE: (53)3233- 8800
 EMAIL: daniela.pasini@hotmail.com

 Profª. Drª. Enfermeira Marlene Teda Pelzer
 Pesquisadora Responsável
 COREN-RS: 9751
 FONE: (53) 3233-0303
 EMAIL: pmarleneteda@yahoo.com.br

*Aprovado no CEPAS/FURG
 em 14/10/2013.*

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
Eli Sinnott Silva
 Profª. MSc. Eli Sinnott Silva
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde CEPAS

APÊNDICE C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde - CEPAS



CEPAs / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 150/ 2013

CEPAS 80/2013

23116.005804/2013-26

Título da Pesquisa: VIVÊNCIAS DOS CUIDADORES DE IDOSOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Pesquisador: Marlene Teda Pelzer

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “**VIVÊNCIAS DOS CUIDADORES DE IDOSOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR**”.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório **final**: 01/01/2014.

Rio Grande, RS, 14 de outubro de 2013.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

APÊNDICE D - Caracterização dos sujeitos

Cuidadores	Sexo	Idade em Anos	Grau de Instrução	Condição Civil	Filhos	Grau de Parentesco	Emprego	Cuidador Principal
E1	F	28	2º grau completo	Casado	4	Filho	Não	Sim
E2	F	56	1º grau incompleto	Casado	3	Filho	Não	Sim
E3	F	63	3º grau incompleto	Casado	2	Amigo	Sim	Sim
E4	F	60	1º grau incompleto	Separado	2	Cunhada	Não	Sim
E5	F	52	1º grau incompleto	Casado	2	Filho	Não	Sim
E6	M	41	3º grau incompleto	Separado	-	Filho	Não	Sim
E7	F	46	2º grau completo	Casado	2	Amigo	Não	Sim
E8	F	57	3º grau completo	Casado	1	Filho	Sim	Sim
E9	F	51	1º grau completo	Casado	2	Esposa	Sim	Sim
E10	F	24	1º grau completo	Casado	1	Filho	Não	Sim
E11	F	38	1º grau completo	Separado	1	Amigo	Sim	Sim