

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA  
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - RIMS  
SERVIÇO SOCIAL

CUIDADORES IDOSOS: significado e implicações do cuidado em saúde

THAIS CAROLINE STEIGLEDER

Porto Alegre  
2018

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA  
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - RIMS  
SERVIÇO SOCIAL

CUIDADORES IDOSOS: significado e implicações do cuidado em saúde

Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação latu-sensu com ênfase no campo Adulto Crítico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como pré-requisito para obtenção do título especialista. Desenvolvido sob a orientação da Msc. Rosana Maria de Lima.

Porto Alegre  
2018

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	6
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	10
2.1 Envelhecimento.....	10
2.2 Integralidade em Saúde.....	12
2.3 Cuidado em Saúde.....	14
2.4 Cuidador .....	15
3 OBJETIVOS .....	17
3.1 Geral .....	17
3.2 Específicos.....	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	19
REFERÊNCIAS .....	37
APÊNDICES.....	39
ANEXOS .....	40

## Agradecimentos

Primeiramente, aos meus pais, que eu amo, por todo o suporte na minha caminhada, não só acadêmica, mas também ao longo da minha vida. Vocês são a minha base.

A minha irmã por todas as conversas e trocas de angústias e medos mas também as risadas e suporte mútuo. Obrigada!

À minha orientadora, colega de profissão e amiga Msc. Rosana M<sup>a</sup> de Lima, por todas as sugestões, trocas e paciência na releitura dos meus textos. Muito obrigada por ter aceito o desafio de me orientar e ter me proporcionado tanta liberdade e espaço para reflexões, trocas e inquietações. Tu é uma pessoa incrível, de uma dedicação e entrega sem limites. Obrigada por ser exatamente assim e por ter me acolhido em todo este processo. Sou muito grata por tu ter se tornado muito mais que uma orientadora, tornou-se uma amiga querida, divertida e parceira para as mais diversas situações. Tu é luz, deixe-se brilhar! Amo-te.

Aos colegas do Serviço Social da Emergência (Lani, Rosana, Xênia, Vera, Joelsa e Alexandra) pelas inúmeras trocas, risadas, bolinhos, mateadas e principalmente pelos momentos sérios de aprendizado e discussão de casos.

Obrigada Alexandra, pela tua chegada, com toda a tua inocência, parceria e alegria e ainda assim teus questionamentos e colocações de uma pessoa observadora e com um grande coração, saiba que tu conquistou um espaço no meu coração.

Aos queridos colegas do Programa Adulto Crítico (Éder, Paula “Fono”, Paula “Psico”, Raquel, Luana, Lara) meu agradecimento por toda a parceria e coleguismo que desenvolvemos neste processo intenso, que só quem vivência consegue ter a sua dimensão. Obrigada pelos momentos de leveza, as escapadas no almoço, as festas que vivenciamos e todos os momentos em que crescemos juntos como equipe multi, vários deles não foram fáceis, porém nunca desistimos e buscamos o nosso melhor, nos apoiando como um grupo.

Obrigada em especial às amigas do Núcleo de Serviço Social, às que foram minhas R2 Bia, Lide e a Paola (minha maravilhosa), e às colegas - atuais R2 - com quem muito discuti e problematizei ao longo de algumas reuniões, manhãs ou sempre que possível. Vocês são incríveis, meninas. Obrigada pela forma como cada

uma buscava auxiliar e resgatar as outras, nos momentos de medo, cansaço e às vezes inseguranças, nós somos o nosso porto seguro.

Obrigada muito especial a Manu por todo o carinho e as puxadas para a realidade que só ela sabe dar e por esta amizade para além da RIMS que só se fortaleceu neste 2 anos. Obrigada Isa por toda a luz e alegria que tu emana (já pode botar no currículo que aprendeu a fazer mate também) só te digo uma coisa: vai e voa que a gente vai estar aqui pra te amparar sempre. Obrigada também a Paola pelos momentos que vivemos neste um ano juntas na RIMS, que criou esta relação tão especial que tenho hoje com você. Obrigada meninas, pelo refúgio que tínhamos em nossas conversas, que certamente trouxeram mais leveza ao longo deste período.

Obrigada aos colegas do Núcleo de Serviço Social com quem convivi e dividi o espaço nesses dois anos. Obrigada por todas as risadas, ensinamentos e bons momentos.

Às colegas da “Carreta”, obrigada pelo companheirismo ainda que por vezes à distância nesses dois anos. Amo-as. Obrigada!

Ao meu amigo Roberto pelas ideias, trocas e questionamentos, e por estar ao meu lado em parte deste meu processo de aprendizado.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

## 1. INTRODUÇÃO

O local onde desenvolveu-se a pesquisa foi um Hospital Universitário de Alta Complexidade localizado no Sul do Brasil, que atende, principalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS). Neste espaço há o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), que agrega diversas profissões e áreas de concentração, dentre elas, a área do Adulto Crítico, que divide-se em dois cenários de atuação: o Serviço de Emergência e o Centro de Tratamento Intensivo (CTI).

A emergência é caracterizada pela “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (BRASIL, 1995, p.1). O Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre possui capacidade para 49 pacientes adultos e 09 pediátricos, atendendo cerca de 5 mil pacientes por mês. De acordo com informações disponibilizadas no site da instituição, as principais patologias atendidas são:

[. . .] Intercorrências no paciente oncológico, insuficiência coronariana aguda, pneumonia em adulto, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, diabetes melitus, pielonefrite, intercorrências clínicas em pacientes com AIDS, hemorragia digestiva, crise asmática, AVC agudo e bronquiolite aguda (pediatria) (HCPA, 2016).

A complexidade das demandas atendidas, devido ao nível de gravidade das doenças e a fragilidade da rede de suporte familiar e social, soma-se aos agravos oriundos do contexto econômico e social. O desmonte do sistema público de proteção social transfere responsabilidades da esfera estatal para a esfera de interesses privados, muitas vezes mascarados de ajuda, caridade e voluntarismo, na forma de execução das políticas sociais.

Este cenário faz com que a procura pelo Serviço de Emergência seja crescente, acarretando na superlotação do espaço. É neste local, onde o profissional assistente social está inserido como residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, onde surge o interesse em realizar uma pesquisa, que parte de indagações oriundas da observação e do trabalho direto com pacientes e suas famílias, em uma perspectiva multidisciplinar.

O envelhecimento tem sido foco de muitas discussões no âmbito da sociedade e do Estado, devido ao aumento significativo do contingente da

população idosa somada a expectativa de vida que vem aumentando historicamente. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Censo Demográfico 2010, revelaram que no Brasil há cerca de 20.590.599 idosos residentes e apontam que a expectativa de vida do brasileiro atingiu 75,5 anos (75 anos, 5 meses e 21 dias) em 2015. As projeções indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país no mundo com elevado número de habitantes idosos (IBGE, 2010). Sabe-se que isso decorre de vários fatores, como, por exemplo, o avanço de novas tecnologias na área da medicina, a queda da mortalidade infantil e das taxas de fertilidade no nosso país. O envelhecimento populacional ou demográfico é, então uma das consequências da transição demográfica (SILVA; DAL PRÁ, 2014).

As repercussões desta transformação podem ser percebidas no cotidiano do Serviço de Emergência do HCPA, na medida em que observa-se a recorrência de familiares/cuidadores/acompanhantes idosos. Esta realidade levou ao questionamento sobre as implicações do exercício do cuidado em saúde na vida dos idosos, para além de uma preocupação acerca das condições que enfrentam para acompanhar o paciente no Serviço de Emergência, mas também no pós-alta, que compreende as necessidades de cuidado do paciente no domicílio, afinal,

O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital. (CECILIO; MERHY, 2003, p. 02).

No período da internação, o paciente recebe suporte de uma equipe multiprofissional para as demandas em saúde, na realização de procedimentos, administração de medicamentos, oxigenoterapia, curativos, sondagens, entre outros processos, e, após a alta hospitalar família/cuidador se vê responsabilizado por todos os cuidados do enfermo, sendo que, em alguns casos tratam-se de cuidados específicos. A isso, soma-se uma indefinição de natureza assistencial do SUS sobre a responsabilidade pelos cuidados que uma pessoa passa a depender após a internação hospitalar (sobretudo nos casos de doença grave), que gera um dilema, pois os “usuários não se encontram incluídos no conjunto de atividades

rotineiramente ofertadas pelas equipes de saúde da família e nem tampouco no das equipes de especialistas no interior dos hospitais” (CASTRO; CAMARGO JUNIOR, 2008, p. 2076).

No presente estudo, a perspectiva de cuidador adotada tem base na definição de Papaleo Neto (apud ROCHA VIEIRA SENA, 2008, p. 802) sobre cuidadores informais, que são os

[...] familiares, amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos e outras pessoas da comunidade. São voluntários que se dispõem, sem formação profissional específica, a cuidar [...], sendo que a disponibilidade e a boa vontade são fatores preponderantes.

Neste sentido, a pesquisa pretende voltar o olhar para a compreensão dos próprios idosos acerca de seu papel como referência de cuidado em saúde para uma pessoa dependente e o significado que atribuem a prática do cuidado. Será uma forma de ouvi-los, já que os estudos em sua grande maioria voltam-se para o paciente ou para a equipe assistente, dando pouca voz aos cuidadores.

Além disso, é direito do idoso e obrigação do Estado, segundo o Art 9º, “[. . .] garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.” (BRASIL, 2003). No contexto das políticas públicas, o foco também se dá no cuidado do usuário, havendo pouco planejamento de ações voltadas aos cuidadores, o que se torna um desafio ainda maior quando se trata de idosos, evidenciando a relevância institucional, acadêmica e social do tema em questão.

O Estatuto do Idoso em seu Artigo 18º afirma que “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.” (BRASIL, 2003). Neste sentido, o presente estudo é relevante para a instituição, pois poderá contribuir no planejamento de ações para esse fim.

Entende-se que os cuidados em saúde não se restringem apenas ao âmbito hospitalar e familiar, mas sim devem ser compartilhados com a rede de serviços do território. A RAS (Rede de Atenção à Saúde) é uma forma de articular os serviços de saúde, unindo os pontos da rede, que compreende três níveis de atenção: primária,

secundária e terciária, como estratégia para aperfeiçoar o funcionamento do SUS e superar a fragmentação da atenção e da gestão (BRASIL, 2010).

Para pensar o cuidado em saúde, o sujeito deve ser visto na sua totalidade. Diante disto, a integralidade, um dos princípios do SUS, deve estar presente, não apenas nas discussões, mas também nas práticas da área da saúde.

A integralidade está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do sujeito, por isso, o sistema de saúde deve preparar-se para ouvir seu usuário, compreender seu contexto social e a partir deste momento, atender às suas demandas e necessidades. A integralidade como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (PINHEIRO, 2009).

Apesar de todos os avanços no campo da legislação, a política de saúde no Brasil encontra inúmeros obstáculos para a sua materialização, tendo em vista o contexto político, econômico e social em que deve ser implementada. Inserida neste contexto, as instituições de alta complexidade enfrentam dificuldades que refletem diretamente no cuidado em saúde de forma integral, a qual se observa a falta de suporte da rede de saúde e de articulação entre as diversas políticas que deveriam garantir o acesso aos direitos dos usuários.

O cotidiano institucional mostra que, muitas vezes, o idoso é a principal referência de cuidado do paciente e não conta com o auxílio de outros familiares para desempenhar tal função. Neste sentido, surge o interesse em pesquisar a respeito da realidade destes sujeitos, tendo em vista a necessidade de refletir sobre o tratamento dispensado ao cuidador idoso, dada a importância do mesmo no processo saúde-doença, também com base no Estatuto do Idoso e demais políticas sociais públicas.

Estes são alguns dos indicadores que demonstram a necessidade de melhor conhecer o perfil e as necessidades da população atendida nestes serviços, buscando contribuir para a discussão de estratégias que visem a superação destes desafios, para a garantia do cuidado integral em saúde. Assim, a investigação guiou-se pelo seguinte problema de pesquisa: Como o cuidador idoso vivencia o cuidado do seu familiar no processo saúde-doença? O problema de pesquisa desdobrou-se

nas seguintes questões norteadoras: 1) Qual o perfil do cuidador idoso de pacientes que acessam o serviço de Emergência do HCPA? 2) Qual a perspectiva do cuidador idoso sobre a política de saúde e o seu papel de cuidador? 3) Quais são os impactos da prática do cuidado em saúde na vida do cuidador idoso?

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste item será exposta a revisão de literatura que embasa teoricamente esta pesquisa e serão apresentadas as seguintes categorias: Envelhecimento; Integralidade; Cuidado em saúde e Cuidador.

### 2.1 Envelhecimento

O Brasil, como um todo, está envelhecendo. Cerca de 14,9 milhões (7,4% do total) da população já se encontra na faixa de 60 anos e mais, que é considerada como idosa (IBGE, 2010). Este trabalho será fundamentado na definição da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) que baseiam-se no limite etário para definir idoso.

O conceito de idoso envolve então, mais do que a simples determinação de idade cronológica e apresenta, segundo Camarano (2004), pelo menos, três limitações: a primeira seria com relação à heterogeneidade entre os indivíduos no espaço, entre grupos sociais, raça/cor e no tempo, ou seja, é muito abrangente e varia de um indivíduo para outro, não é algo estanque, como podemos observar hoje em dia centenários muito ativos. A segunda é associada à suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais, assim, por mais que exista uma preocupação com corpo e a intervenção médica ainda assim vamos envelhecer. A terceira e última é a finalidade social do conceito de idoso, entendo como mais uma divisão criada pelos homens das fases da vida, como quando se é criança e depois vira adolescente, de fato não há necessidade desta subdivisão porém criamos estas definições.

O número de idosos e a sua expectativa de vida têm aumentado nas últimas décadas devido a alguns fatores, dentre os quais a evolução da medicina. Segundo dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), em 1999, 9,1% da população possuía idade superior a 60 anos, em 2004 este percentual aumentou para 9,7%,

em 2009 para 11,3% e a projeção para 2020 é de que 14,2% da população brasileira tenha ultrapassado os 60 anos de idade. Além disso, a população de 80 anos ou mais também está aumentando, o que altera a composição etária dentro do próprio grupo. Segundo Camarano (2004), estas alterações levam a uma heterogeneidade do segmento populacional chamado idoso, pois esse grupo etário abrange um intervalo de mais de 30 anos, por exemplo, compreende pessoas na faixa de 60 anos, que, pelos avanços tecnológicos da medicina, podem estar em pleno vigor físico e mental bem como pessoas na faixa de 90 anos e mais, que devem se encontrar em situações de maior vulnerabilidade. Isso quer dizer que a população considerada idosa também está envelhecendo.

Tal quadro vem acompanhado da discussão sobre as condições e qualidade de vida destes idosos para que desfrutem de uma velhice saudável. Segundo Neri (1993), a promoção da boa qualidade de vida não pode ser atribuída apenas como responsabilidade individual, mas deve estar pautada nas oportunidades e condições de vida dos sujeitos, além de um investimento de caráter sociocultural, visto que é resultado da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Neste sentido, apresenta-se o papel fundamental do Estado na implementação de leis, bem como de políticas sociais e programas que visem a garantia da qualidade de vida na velhice. Para compor com tais direitos, pode-se referir a Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994, pois os direitos previstos na Constituição só foram instituídos por meio da Lei 8.842/1994, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948. A criação dessa política somente foi possível devido aos esforços e mobilizações por parte dos técnicos envolvidos em Programas, dos próprios idosos, das entidades privadas e associações de idosos. A PNI amplia os direitos dos idosos para além do benefício de Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 1993).

Caracterizada como um conjunto de diretrizes e orientações básicas para as Políticas Sociais focadas nos idosos, esta política estipulou atribuições a cada órgão governamental e criou os espaços de controle social por meio dos Conselhos dos Idosos. De acordo com Fernandes e Santos (2007, p. 56), a Política Nacional do Idoso é norteadada por cinco princípios:

1. Dever da família, da sociedade e do Estado assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

2. O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objetivo de conhecimento e informação para todos;
3. O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
4. O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através dessa política;
5. As diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral na aplicação dessa lei.

A Política Nacional do Idoso introduz também a ideia de que o envelhecimento é responsabilidade da sociedade e do Estado, não um “problema” que deve ser tratado no seio familiar. Tal quadro vem acompanhado da discussão sobre as condições e qualidade de vida destes idosos para que desfrutem de uma velhice saudável. Segundo Neri (1993), a promoção da boa qualidade de vida não pode ser atribuída apenas como responsabilidade individual, mas deve estar pautada nas oportunidades e condições de vida dos sujeitos, além de um investimento de caráter sociocultural, pois é resultado da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Já o Estatuto do Idoso, lei nº 10741/2003, reforça os direitos já existentes, introduz novos direitos, e estabelece algumas medidas protetivas. Propõe em seu cerne assegurar aos idosos a efetivação de seus direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação de forma efetiva na sociedade. A referida legislação é composta por 118 artigos que são distribuídos conforme as categorias temáticas. Estabelece que o idoso goza de todos os direitos fundamentais à pessoa humana, sendo-lhes assegurada a liberdade, saúde, educação, trabalho, assistência social, habitação e outros (BRASIL, 2003).

## 2.2 Integralidade em Saúde

O Sistema Público de Saúde resultou de décadas de luta do movimento que se denominou Movimento da Reforma Sanitária. Instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142, foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Algumas das características do SUS, começando pela mais essencial, diz respeito à colocação constitucional de que, no Art. 196 “A Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988). A saúde começa então a ser reconhecida como um direito fundamental de todo cidadão independente de contribuição ou poder econômico.

Tendo em vista a regulamentação do SUS, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) reforça o dever do Estado em garantir a saúde através de políticas econômicas e sociais e estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Assim como estabelecido no art. 198 da Constituição, I “do atendimento integral” (BRASIL, 1988), a Lei 8.080/90 aborda que as ações e serviços que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) devem obedecer a alguns princípios, sendo um deles a integralidade de atenção à saúde (BRASIL, 1990).

O conceito de integralidade como definição legal e institucional é entendida como um conjunto de serviços de saúde e ações, sejam eles preventivos ou curativos, individuais ou coletivos, conforme cada caso, nos diferentes níveis de complexidade do sistema (PINHEIRO, 2009).

Porém, na prática o conceito ganha um sentido mais ampliado que sua definição legal, assim, ações integrais consistem em uma estratégia concreta de um fazer coletivo realizado por indivíduos em defesa da vida, ou seja uma interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema (PINHEIRO, 2009).

Pensando a integralidade em saúde no contexto hospitalar, a atenção integral a um paciente, neste ambiente, se dá através da busca por uma abordagem completa de cada sujeito e de suas necessidades de saúde. Tal abordagem parte da noção de cuidado integral em saúde que ocorre a partir da combinação de três tecnologias, que são: tecnologias duras são aquelas ligadas a equipamentos e procedimentos, as leve-duras que dizem respeito ao uso racional dos saberes teóricos e as leves que estão relacionadas a intersubjetividade do profissional de saúde e do paciente (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Trabalhar nesta perspectiva é perceber o hospital no cuidado integral, onde o cuidar dentro deste ambiente é multiprofissional, apesar das relações assimétricas de poder dentre as diferentes profissões, devendo haver cooperação entre os profissionais, afinal, os saberes e fazeres das diferentes profissões se complementam e geram no paciente o somatório destes diversos cuidados (CECÍLIO; MERHY, 2003).

No ano de 2003 foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), que busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar através do estímulo da

comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia (BRASIL, 2007).

A PNH, ou HumanizaSUS, como também é conhecida, traz a humanização como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, de modo que estas mudanças não são construídas por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. (BRASIL, 2007). Assim, a inclusão estimula a produção de novos modos de cuidar.

Neste sentido, Cecílio (2009) reforça que possibilitar a expressão do cuidado torna-se imprescindível para que o sujeito possa vivenciar seu adoecer sob uma escuta integral de suas demandas, o que facilita a prática da integralidade a partir da troca de saberes e esforços mútuos em uma equipe de saúde, da promoção e do acolhimento do sujeito adoecido. O autor destaca também que os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção constituem um conceito tríplice que se entrelaça e expressa a cidadania, a saúde como direito de todos e a superação das injustiças resultantes da nossa estrutura social, ideários da Reforma Sanitária.

Além de pensar o indivíduo como um todo, devemos também refletir o cuidado para além do ambiente hospitalar, pensando o pós-alta, afinal, “É o viver que está por detrás da luta por condições de tratamento” (CASTRO; CAMARGO JUNIOR, 2008, p. 2077).

### 2.3 Cuidado em Saúde

Em ritmo acelerado a população mundial está envelhecendo. Esta mudança do perfil populacional gera mudanças com relação às demandas e necessidades dos sujeitos. Ainda que a velhice não seja sinônimo de doença e dependência, o crescimento dessa população leva ao aumento do número de pessoas com debilidades físicas e emocionais e, em muitos casos “[...] a solidariedade entre os membros da família é considerada como dada em um modelo de família idealizado, em que as relações de gênero são consideradas irrelevantes” (GOLDANI, 2004, p. 233).

Neste sentido, quando o Estado não consegue prestar a assistência adequada a esta população envelhecida diversas vezes esta responsabilidade recai sobre os familiares destes pacientes. Porém, segundo Silva e Dal Prá (2014) a composição das famílias vem sofrendo modificações e a família nuclear tem deixado de ser predominante na sociedade brasileira. Em algum momento da vida, as pessoas estão sujeitas a necessitarem de cuidados de outros, e as crianças e os idosos são os extremos de começo e de final de vida e compõem grupos que necessitarão de cuidados (CASTRO; CAMARGO JUNIOR, 2008). Sobre a compreensão do cuidado em saúde,

[...] um cuidar que resulta do homem em suas relações sociais, dificilmente o conseguimos através de metodologias estruturadas, que, antes de interpretar os significados de cada fio de uma teia culturalmente tecida pelo homem que cuida, consideram o cuidado especializado como um objeto cognoscível, possível de ser identificado ou definido a partir de fórmulas ou operações matemáticas (CASTRO; CAMARGO JUNIOR, 2008, p. 2079).

Diante deste contexto, entende-se que será cada vez maior o número de idosos sendo responsáveis pelos cuidados em saúde de outras pessoas, assumindo assim o papel de cuidador informal. Afinal, por natureza, o homem possui potencial para cuidar de si e dos outros, sendo o cuidado significativo para o homem. O processo de cuidado não pode ser generalizado pois varia de uma cultura para a outra; ainda que existam aspectos comuns e universais na necessidade da prática do cuidado, os “modos de cuidar” divergem. Além disso, pode se tornar um cuidado técnico em virtude de uma doença ou tratamento no setor de saúde (CASTRO; CAMARGO JUNIOR, 2008).

## 2.4 Cuidador

É de fundamental importância discutir sobre os cuidadores, conforme Baptista et al. (2012, p.152) “o cuidar solitário configura-se na imagem do cuidador familiar que assume a tarefa de cuidar com pouca ou nenhuma ajuda dos outros familiares”. O cuidador principal ou cuidador primário seria o familiar responsável pelo trabalho de rotina e as diversas demandas que o doente necessita e os outros familiares que se responsabilizam por funções mais esporádicas (ajuda econômica, transporte e

substituição temporária do principal cuidador) seriam considerados como cuidadores secundários (BAPTISTA et al., 2012).

Por vezes, o cuidador encontra-se em condições de sobrecarga de trabalho que acaba contribuindo para o adoecimento e na geração de situações de conflito entre o cuidador e seu ente doente, afinal, o cuidador também deve ter atenção a própria saúde pois a atividade de cuidar de um adulto dependente é desgastante e por vezes implica riscos à saúde (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

O Caderno de Atenção Domiciliar do Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), ao longo do seu documento aborda em um de seus tópicos o papel do cuidador onde reforça que “a figura do cuidador não deve constituir, necessariamente, uma profissão ou função formalizada na área da saúde, uma vez que não possui formação técnica específica” e ainda propõem que “o cuidador seja orientado pela equipe de saúde nos cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio”, afinal, as atribuições do cuidado “devem ser pactuadas entre equipe, família e cuidador, democratizando saberes, poderes e responsabilidades.” (BRASIL, 2012, p. 25).

Conhecendo o perfil do cuidador e suas dificuldades no processo de cuidar possibilita buscar um melhor planejamento e implantação de políticas e programas públicos que dêem suporte. Proposta que é apresentada no Caderno de Atenção Domiciliar do Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde:

[. . . ] O cuidador também deve ter o suporte das equipes de saúde, que devem estar atentas para as dificuldades, ouvir suas queixas, atender às suas demandas em saúde, incentivar a substituição de cuidadores e rever o processo de cuidado conforme sua condição. Com o objetivo de propiciar um espaço onde os cuidadores possam trazer suas angústias, medos e dificuldades, uma vez que, ao longo do tempo sentem-se sobrecarregados, recomenda-se à equipe a organização e desenvolvimento de grupos. O grupo de cuidadores também pode oportunizar a troca de saberes, possibilitando que diferentes tecnologias desenvolvidas pelos cuidadores possam ser compartilhadas, enriquecendo o processo de trabalho de ambos, equipe e cuidador (BRASIL, 2012, p. 25).

Diante do exposto, entende-se que a responsabilidade pelo cuidado do familiar adoecido não deve recair apenas sobre um cuidador, pois este necessita de uma equipe que possa capacitá-lo a cuidar de seu ente e que ainda possa auxiliá-lo com um suporte emocional.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Geral

Compreender as implicações da prática do cuidado em saúde na vida do cuidador idoso, a fim de contribuir na discussão de estratégias para o avanço da assistência integral em saúde para essa população.

#### 3.2 Específicos

- Identificar o perfil do cuidador idoso de pacientes que acessam o serviço de Emergência do HCPA;
- Conhecer a perspectiva do cuidador idoso sobre a política de saúde e o seu papel de cuidador;
- Compreender de que forma se dá a prática do cuidado em saúde e sua repercussão para o cuidador idoso.

## 4. RESULTADOS

### CUIDADORES IDOSOS: significado e implicações do cuidado em saúde

Thais Caroline Steigleder<sup>1</sup>  
Rosana Maria de Lima<sup>2</sup>

#### **Resumo**

Este artigo aborda os resultados de uma pesquisa qualitativa desenvolvida durante a inserção na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, em um hospital de grande porte, no município de Porto Alegre. Desenvolveu-se o estudo com o objetivo de compreender as implicações da prática do cuidado em saúde na vida do cuidador idoso, a fim de contribuir na discussão de estratégias para o avanço da assistência integral em saúde para essa população. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cuidadores idosos de pacientes que acessaram o serviço de emergência do hospital, e a análise das informações se deu através da técnica da análise de conteúdo. Os resultados indicam a necessidade de políticas e práticas voltadas para o suporte aos cuidadores, sobretudo na condição de idosos, tendo em vista que a maioria possui uma rede social e de serviços fragmentada. Entende-se que a atenção aos cuidadores é parte fundamental do atendimento humanizado em saúde.

**Palavras-chave:** cuidado em saúde; cuidador idoso; integralidade em saúde.

---

<sup>1</sup> Assistente social, residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - RIMS - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

<sup>2</sup> Assistente social, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Mestre em Serviço social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório de conclusão de residência seguiu os objetivos propostos pela Residência Multiprofissional Integrada do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Visa a capacitação, formação e atuação em serviço de profissionais de diversas áreas da saúde, através do trabalho interdisciplinar, da reflexão teórico-prática, do seguimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do conhecimento sobre a realidade/necessidades dos usuários do SUS.

No que tange especificamente ao processo de construção, orientação, aplicação e escrita do projeto de pesquisa e de seus resultados, esse proporcionou-me à amplitude de seu conhecimento sobre a temática da implicação da prática do cuidado em saúde na vida do cuidador na condição de idoso. Tal questão permitiu a aproximação à realidade social vivenciada pelas cuidadores que acompanham seus entes durante o período de internação e também contribuiu para entender como este processo de cuidado se dá para além dos muros da instituição.

Conforme os resultados obtidos e já apresentados no artigo, buscou-se contribuir na discussão de estratégias para o avanço da assistência em saúde para esta parcela da população que acaba ficando responsável por exercer os cuidados de seu familiar, mas em sua grande maioria contando apenas com o suporte de poucos familiares. Faz-se necessário o tencionamento para a revisão/e ou criação de políticas públicas, as quais ofereçam uma rede adequada de suporte e amparo a esses cuidadores. Gerando assim o fortalecimento destes usuários responsáveis por prestar estes cuidados e que em sua enorme maioria os assumem por amor ou pelos laços afetivos que possuem com seu familiar doente.

## REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Bruna Olegário, BEUTER, Margrid, GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira, BRONDANI, Cecília Maria, BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin, SANTOS, Naiana Oliveira. **A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura.** *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33(1). 2012. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a20v33n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a20v33n1.pdf)>. Acesso em 1 dez. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)> Acesso em 1 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Subchefia de Assuntos jurídicos. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 1 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei No. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 05 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993:** Lei Orgânica da Assistência. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm)>. Acesso em: 1 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)>. Acesso em 1 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1451/95**, de 10 de março de 1995. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451\\_1995.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm)> Acesso em 1 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei no.10741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm>> Acesso em: 1 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH):** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 4.279** de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)> Acesso em 19 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. v. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/melhor\\_em\\_casa](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/melhor_em_casa)> Acesso em: 1 dez. 2017.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos:** muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. Por uma etnografia dos cuidados de saúde após a alta hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2075-2088, Dez. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Out. 2017.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas/SP. Março de 2003. Disponível em:<

<http://docplayer.com.br/11198473-A-integralidade-do-cuidado-como-eixo-da-gestao-hospitalar.html>  
Acesso em: 06 out 2017.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atuação em Saúde. In R. Pinheiro (Org), **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde** (pp. 115-128). Rio de Janeiro: Uerj, Ims, ABRASCO. 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ªed. São Paulo: Atlas. 2002.

GOLDANI, Ana Maria. **Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar**. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? APEP/ Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2004. Disponível em: <[www.a pep.org.br](http://www.a pep.org.br)>. Acesso em: 15 out 2017.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Dados da Emergência**. Porto Alegre, RS, 2016.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Apresentação Institucional**. Porto Alegre, RS, 2017. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao>> Acesso em: 15 set 2017.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Serviço Social em tempo de Capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílio – 2010**. Disponível <<http://www.ibge.gov.br/censo2010/>> Acesso em: 1 out. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, Anita Liberalesso (org.). **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas, SP: Papyrus, 1993.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 25 de set. 2017.

ROCHA, Michel Patrick Fonseca; VIEIRA, Maria Aparecida; SENA, Roseni Rosângela de. **Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos**. In Rev Bras Enferm, Brasília 2008 nov-dez; 61(6): 801-8. Universidade Estadual de Montes Claros. Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>>. Acesso em 19 out. 2017.

SILVA, Adriana; DAL PRÁ, Keli Regina. **Envelhecimento populacional no Brasil**: o lugar das famílias na proteção aos idosos. Argumentum, v.6, pg. 99-115. 2014.

World Health Organization (WHO). Chronic diseases and their common risk factors [Internet]. Geneva; 2005. Disponível em: <[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/media/Factsheet1.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet1.pdf)>. Acesso em 19 jan. 2018.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

1 - INFORMAÇÕES DO PERFIL

Iniciais do Cuidador:	Iniciais do paciente:
Idade do cuidador:	Nº do Prontuário:
Sexo: F ( ) M ( )	Idade:
Tipo de vínculo com o paciente:	Sexo: F ( ) M ( )
Tempo que cuida do paciente:	Principal doença:
Ocupação: Renda:	Renda:
Escolaridade:	
Procedência:	
Com quem residem?	

1. Qual o seu entendimento sobre o que significa saúde?
2. O que significa cuidado para o senhor(a)?
3. Por que assumiu os cuidados?
4. Em que aspectos sua vida mudou após assumir os cuidados em saúde do paciente?
5. Tem alguma dificuldade para cuidar do paciente? Quais?
6. O que poderia lhe auxiliar nos cuidados do paciente?
7. Possui alguma doença? Se sim, o que o senhor(a) faz para cuidar da sua saúde? Há algum outro problema de saúde na família?

## ANEXOS

### ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do CAAE: 81651617.5.0000.5327

Título do Projeto: Cuidadores Idosos: significado e implicações da prática do cuidado em saúde

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é Compreender as implicações da prática do cuidado em saúde na vida do cuidador idoso, a fim de contribuir na discussão de estratégias para o avanço da assistência integral em saúde para essa população. Esta pesquisa está sendo realizada pela equipe de Serviço Social da Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Estamos realizando este convite, pois foi identificado que você é o principal cuidador de um paciente que está internado.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

Será realizada uma entrevista na qual iremos fazer algumas perguntas sobre dados pessoais como idade, escolaridade, renda e cerca de sete perguntas sobre o seu dia a dia como cuidador. Esta entrevista terá duração de aproximadamente trinta minutos e será realizada no Serviço de Emergência, na sala de atendimento multiprofissional ou na sala do Serviço Social do Ambulatório. A entrevista será gravada (voz) e depois as suas respostas serão passadas para papel. Caso você queira falar algo que não deseja ser gravado, isso será feito com o gravador desligado. Somente a equipe de pesquisa terá acesso à entrevista gravada. Sua participação neste projeto é apenas durante a realização da entrevista. Você não será consultado novamente após o término da entrevista.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: sentimento de desconforto em relação ao assunto abordado bem como o tempo dedicado à entrevista. Se houver algum desconforto, você poderá interromper a entrevista a qualquer momento. A pesquisadora estará à disposição para auxiliá-lo.

A participação não lhe trará benefícios diretos, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e, se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes e seus cuidadores.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo.

Caso ocorra alguma intercorrência resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Entretanto, poderão ser utilizados trechos das entrevistas registradas em papel, sem a utilização de nomes (serão utilizados códigos).

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Rosana Maria de Lima, pelo telefone (51) 3359-8432, ou com a pesquisadora Thais Caroline Steigleder, pelo telefone (51) 3359-8432/8305 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador que aplicou o Termo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO B - Aprovação da Comissão Científica



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

## COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 180064

**Data da Versão do Projeto:** 29/01/2018

**Pesquisadores:**

ROSANA MARIA DE LIMA

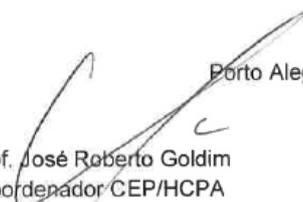
THAIS CAROLINE STEIGLEDER

**Título:** CUIDADORES IDOSOS: significado e implicações do cuidado em saúde

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.  
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 07 de março de 2018.



Prof. José Roberto Goldim  
Coordenador CEP/HCPA