

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**TREINAMENTO DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS DE
ALTA DEPENDÊNCIA EM ACOMPANHAMENTO DOMICILIÁRIO**

**Autora: Denise Rodrigues Yuaso
Orientador: Prof. Dr. Luiz Eugênio Garcez Leme**

2000

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**TREINAMENTO DE CUIDADORES FAMILIARES DE
IDOSOS DE ALTA DEPENDÊNCIA EM
ACOMPANHAMENTO DOMICILIÁRIO**

Autora: Denise Rodrigues Yuaso
Orientador: Prof. Dr. Luiz Eugênio Garcez Leme

Este exemplar corresponde à
redação final da dissertação
de mestrado defendida por
Denise Rodrigues Yuaso e
aprovada pela Comissão
Julgadora em
Data: __/__/__
Assinatura:

Orientador

Comissão Julgadora:

2000

**CATALOGAÇÃO NA FONTE ELABORADA PELA BIBLIOTECA
DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO/UNICAMP**

Yu9t	<p>Yuaso, Denise Rodrigues. Treinamento de cuidadores familiares de idosos de alta dependência em atendimento domiciliário / Denise Rodrigues Yuaso. -- Campinas, SP : [s.n.], 2000.</p> <p>Orientador : Luiz Eugênio Garcez Leme. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Trabalho apresentado para a conclusão do curso de Pós-Graduação em Gerontologia.</p> <p>1. Velhice. 2. Assistência à velhice - Treinamento. 3. Pacientes - *Cuidados domiciliares. 4. Gerontologia. 5. Geriatria. 6. *Atendimento domiciliar. I. Leme, Luiz Eugênio Garcez. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.</p>
------	--

**Dissertação apresentada ao
Curso de Pós-Graduação em
Gerontologia da Faculdade de
Educação da Universidade
Estadual de Campinas, para
obtenção do título de Mestre em
Gerontologia.**

Dedicatória

Ao meu pai Fumio

por ter me ensinado os valores essenciais
pelos quais tenho trilhado a minha vida.

À minha mãe Purificação

pela certeza de que os sonhos devem ser
vividos e realizados;
por me mostrar que mesmo os caminhos difíceis,
não podemos ter medo de trilhá-los;
Obrigado pelo exemplo de vida.

À minha querida irmã Regina
pela presença marcante nos momentos essenciais da minha vida;

Tia Nega, Armando, Gustavo, Camilla e Felipe,
por terem compreendido que em alguns momentos
é preciso fazer opções e, que muitas vezes,
essas opções se expressam em ausências...

Ao Newton, meu companheiro,
por estar ao meu lado em todos os momentos...,
acolhendo, estimulando, amando e compartilhando.

Agradecimentos Especiais:

À Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

por toda sua competência, dedicação, afetividade e pela presença constante, tornando os obstáculos peças transponíveis.

Ao Prof. Dr. Matheus Papaléo Netto

por sua dedicação e disponibilidade empreendidas nesse processo, e que, novamente me oportunizou a conquista de mais uma etapa significativa em meu aprendizado.

Ao Dr. Luiz Eugênio Garcez Leme

pela orientação nessa pesquisa.

Agradeço também,

aos meus amigos da Primeira Turma de Pós-Graduação em Gerontologia da UNICAMP, Andréa Lopes, Andréa Prates, Cláudia, Edison, Elizabeth, Frances, Flávia, Guillermo, Jaime, João, Maria Eliane, Maria Lúcia, Meives, Ondina, Paulo, Serafim, Sônia e Viviane pelos momentos compartilhados neste crescimento profissional.

a Andréa Lopes, Viviane, Sônia e Andréa Prates por terem dividido comigo grande parte das minhas angústias e conquistas no processo de concretização deste trabalho.

a Suely Helena e Fabiana pela presteza e disponibilidade sempre presentes.

a Nadir, da Secretaria da Pós-Graduação da Faculdade de Educação, pelo zelo e atendimento cordial nos aspectos burocráticos do curso;

a Valéria Baltar e Mariana Rodrigues pelo grande auxílio na área da estatística.

aos meus amigos da equipe do CERESI, Guilherme, Ponte, Haydee, Cecília, Ana Lúcia, Selma, Ariane e Marli pela participação e contribuição nesta pesquisa e também pelo admirável compromisso profissional àqueles que já passaram dos sessenta anos....

a minha amiga Valdecir, por todo o estímulo e incentivo e por me ensinar que “... é preciso acreditar naquilo que se faz...”

não poderia deixar de agradecer aos sujeitos desta pesquisa pela colaboração e presteza de resposta ao questionário aplicado.

SUMÁRIO

Lista de Figuras.....	xvii
Lista de tabelas	xxi
Lista de Quadros.....	xxv
Resumo.....	xxvii
Abstract	xxix
1 INTRODUÇÃO	01
1.1 Conseqüências das seqüelas de AVC para o idoso e para sua família	04
1.2 Avaliação da capacidade funcional do idoso	05
1.3 O idoso dependente e o suporte familiar	07
1.4 Cuidadores de idosos - quem são?	08
1.5 Natureza do cuidado familiar	09
1.6. Suporte formal de saúde - rede de apoio	12
1.7 Ensino - aprendizagem do cuidador familiar no contexto do cuidado domiciliário	15
1.8 Objetivos	20

2	MÉTODO	21
2.1	Sujeitos	22
2.2	Ambiente do estudo	24
2.3	Delineamento	25
2.4	Procedimento	26
2.4.1	Instrumento	26
2.4.2	Fases do estudo	28
2.5	Análise estatística dos dados	32
3	RESULTADOS	33
4	DISCUSSÃO	43
5	CONCLUSÃO	53
6	ANEXO	55
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

Lista das Figuras

- Figura 1 Distribuição proporcional dos sujeitos por gênero e grau de parentesco com o idoso
- Figura 2 Distribuição proporcional dos sujeitos quanto ao gênero e estado civil
- Figura 3 Distribuição proporcional dos sujeitos quanto a faixa etária
- Figura 4 Distribuição proporcional dos sujeitos quanto a morar no mesmo domicílio do idoso, não trabalhar fora e contar com ajuda de outra pessoa
- Figura 5 Proporções de melhora de desempenho dos cuidadores entre o pré e o pós-teste, entre o pós-teste e o seguimento 1 e o pós-teste e seguimento 2, no domínio conhecimentos.
- Figura 6 Proporções de melhora de desempenho dos cuidadores entre o pré e o pós-teste, entre o pós-teste e o seguimento 1 e o pós-teste e seguimento 2, no domínio habilidades – cuidados básicos.
- Figura 7 Proporções de melhora de desempenho dos cuidadores entre o pré e o pós-teste, entre o pós-teste e o seguimento 1 e o pós-teste e seguimento 2, no domínio habilidades – mobilidade
- Figura 8 Proporções de melhora de desempenho dos cuidadores entre o pré e o pós-teste, entre o pós-teste e o seguimento 1 e o pós-teste e seguimento 2, no domínio atitudes – bem-estar do cuidador

- Figura 9 Proporções de melhora de desempenho dos cuidadores entre o pré e o pós-teste, entre o pós-teste e o seguimento 1 e o pós-teste e seguimento 2, no domínio atitudes – sentimentos do cuidador com relação ao idoso
- Figura 10 Proporções de melhora de desempenho dos cuidadores entre o pré e o pós-teste, entre o pós-teste e o seguimento 1 e o pós-teste e seguimento 2, no domínio atitudes – sentimentos do cuidador com relação a tarefa de cuidar
- Figura 11 Proporções de melhora de desempenho dos cuidadores entre o pré e o pós-teste, entre o pós-teste e o seguimento 1 e o pós-teste e seguimento 2, no domínio funcionalidade do idoso

Lista de Tabelas

- Tabela 1 Resultados dos testes de significância das diferenças entre os desempenhos dos cuidadores nas três ocasiões de medida (pré X pós-teste; pós-teste X seguimento 1 e pós-teste X seguimento 2) no domínio conhecimentos.
- Tabela 2 Resultados dos testes de significância das diferenças entre os desempenhos dos cuidadores nas três ocasiões de medida (pré X pós-teste; pós-teste X seguimento 1 e pós-teste X seguimento 2) domínio habilidades.
- Tabela 3 Resultados dos testes de significância das diferenças entre os desempenhos dos cuidadores nas três ocasiões de medida (pré X pós-teste; pós-teste X seguimento 1 e pós-teste X seguimento 2) no domínio atitudes – bem-estar do cuidador.
- Tabela 4 Resultados dos testes de significância das diferenças entre os desempenhos dos cuidadores nas três ocasiões de medida (pré X pós-teste; pós-teste X seguimento 1 e pós-teste X seguimento 2) no domínio atitudes – sentimento do cuidador com relação ao idoso.
- Tabela 5 Resultados dos testes de significância das diferenças entre os desempenhos dos cuidadores nas três ocasiões de medida (pré X pós-teste; pós-teste X seguimento 1 e pós-teste X seguimento 2) no domínio atitudes – sentimento do cuidador com relação a tarefa de cuidar.

Tabela 6 Resultados dos testes de significância das diferenças entre os desempenhos dos cuidadores nas três ocasiões de medida (pré X pós-teste; pós-teste X seguimento 1 e pós-teste X seguimento 2) no domínio funcionalidade do idoso.

Lista dos Quadros

Quadro 1 Descrição dos domínios

Quadro 2 Programação do Treinamento

YUASO, D.R.(2000). *Treinamento de cuidadores familiares de idosos de alta dependência em atendimento domiciliário*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Campinas: Programa de Pós Graduação em Gerontologia da Faculdade de Educação da UNICAMP.

RESUMO

Este estudo avaliou os efeitos de um programa de treinamento oferecido a cuidadores familiares de idosos de alta dependência em acompanhamento domiciliário. Dos 56 cuidadores, 47 eram mulheres sendo 21 filhas, 19 cônjuges, quatro noras e três netas. Dos cuidadores homens, sete eram cônjuges e dois filhos. Os cuidadores participaram de um programa de treinamento sócio-educacional durante oito semanas, nas quais foram abordados temas sobre conhecimentos, habilidades e atitudes referentes ao cuidado com o idoso. Foi utilizado um questionário como instrumento de avaliação aplicado no pré teste, no pós teste e seguimentos de três e seis meses. Os dados foram submetidos a análise estatística com utilização de técnicas univariadas. Com os resultados verificou-se que no domínio conhecimentos e também na maioria dos itens do domínio habilidades, os cuidadores obtiveram melhora significativa já desde o pós teste. No domínio atitudes, ocorreram algumas melhoras já no pós teste mas, a maioria ocorreu a partir dos seguimentos. A melhora verificada nestes domínios são diretamente relacionadas às conseqüências imediatas e palpáveis acarretadas pelos desempenhos dos cuidadores na rotina da prática do cuidado e provavelmente decorre das táticas adotadas no treinamento, que enfatizou as relações do cuidado com o bem-estar dos idosos e com a facilitação das tarefas para o cuidador. Portanto, o sucesso deste treinamento reflete basicamente o grande envolvimento dos cuidadores gerado pelas necessidades criadas pela dependência dos idosos e pela carência de informações a respeito de como facilitar ou otimizar as tarefas de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Velhice; Assistência à Velhice – Treinamentos; Pacientes – Cuidados Domiciliares; Gerontologia; Geriatria; Atendimento Domiciliar.

YUASO, D.R.(2000).*Training of familiar careers for high dependent elderly people in home care program*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Campinas: Programa de Pós Graduação em Gerontologia da Faculdade de Educação da UNICAMP.

ABSTRACT

This study assessed the effects of a training program given to familiar carers for high dependent elderly in home care program. Out of 56 carers, 47 were woman (21 daughters, 19 wives, four daughters-in-law and three grandchildren). From the 9 male carers, 7 were husbands and 2 were sons. They took part in a 8-week socio-educational training program, in which themes about knowledge, skills and attitudes towards the care of the elderly were discussed. A questionnaire was used as an evaluation tool in the pre-test, in the immediate post-test and in the following 3 and 6 months. The data were analysed by statistical methods using univariate technique. The results showed that in the knowledge domain and in the skill domain, the carers had a significant improvement yet in the post-test. In the domain attitudes, some improvements occurred in the initial phases but the majority occurred in the final evaluation. The improvement observed in these domains had direct relationship with the immediate and practical improvements of the carers in performing routine daily care. This most likely occurred due to the methodological tactics adopted in the training, which emphasized the relationship of the care with the well being of the elderly, and with the carer's work. Therefore, the success of this training reflects the great involvement of the carers with the needs generated by the high dependency of the elderly and by the lack of information on how to facilitate or optimize the care tasks.

KEY WORDS: Old aged; Carers; Caregivers – trainings; Home care; Gerontology; Geriatrics;

1 INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade pode ser considerado como uma das principais conquistas da humanidade no presente século. Agora, no momento em que tem início a travessia para o século XXI, a população mundial conta com um número crescente de idosos, não apenas em países considerados desenvolvidos, mas também nos países em desenvolvimento que, mesmo apresentando grandes populações de jovens, demonstram um crescente e já bastante significativo contingente de indivíduos com 60 anos de idade ou mais.

Segundo VERAS (1994), a principal característica que diferencia a população brasileira em processo de envelhecimento da população dos países desenvolvidos, é que o Brasil ainda possui uma alta proporção de sua população na faixa etária de 0-14 anos. Este grupo jovem tem suas necessidades sociais e médicas específicas, sobretudo a necessidade de aprimoramento na educação e a erradicação de doenças comuns, como por exemplo: a febre amarela, difteria e tétano. Ao mesmo tempo, a população que envelhece coloca novas exigências para os serviços sociais e de saúde.

Estes fatos colocam o Brasil frente a um novo e grande desafio: a alocação de recursos para atender às necessidades das faixas etárias jovem e idosa, ambas carentes de recursos e de grande demanda de serviços. Os recursos para os programas sociais precisam ser destinados não apenas ao combate das altas taxas de mortalidade infantil e a desnutrição, ou à implementação de programas educacionais, como também ao combate de doenças crônico-degenerativas, particularmente as relacionadas aos sistemas cardiocirculatório, neuropsiquiátrico, digestivo e ósteo-articular, que freqüentemente dependem de tratamento muito prolongado.

Os custos atuais com o atendimento à saúde da pessoa idosa e, principalmente, as projeções dos mesmos para o primeiro quarto do século XXI demonstram que serão necessários muitos investimentos de recursos materiais e humanos para atender à demanda crescente da população idosa (PAPALÉO NETTO e PONTE, 1996).

Nos países desenvolvidos, como por exemplo a Inglaterra, já existem alternativas para atender a estas demandas. Nesse país, para o segmento de idosos, que correspondente a 17% da população existe uma rede básica, uma rede hospitalar e extra-hospitalar considerada exemplar. Graças à rede de serviços extra-hospitalares, o idoso é mantido em

seu meio ambiente até atingir graus relativamente avançados de dependência, o que reduz ou retarda a institucionalização (KALACHE e GRAY, 1985).

Constituindo os idosos o grupo etário que tem crescido de forma mais rápida no Brasil e considerando serem eles portadores de múltiplas afecções, não surpreende que também entre nós o custo médico-social seja muito elevado. Nessa faixa etária são comuns as doenças crônico-degenerativas causadoras de dependência física e/ou psíquica freqüentemente definitiva.

Esta mudança do perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos, são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas.

Segundo estudos de SILVESTRE e col. (1995), no Brasil, os gastos com internações com doentes com idade acima de 60 anos, portadores de câncer, doenças cardiovasculares e diabetes na rede hospitalar contratada pela Previdência Social, atingiram em 1985 a cifra de 135 milhões de dólares, ou seja, mais de um terço do total despendido para a saúde. Ressalte-se que, na abordagem médica do adulto hospitalizado, nenhum idoso apresentou somente um problema de saúde. Com efeito, 75% apresentaram pelo menos três problemas de saúde concomitantes e 50% apresentaram pelo menos sete problemas concomitantes, o que acaba contribuindo para as dificuldades na abordagem médica do paciente idoso.

Realmente, o envelhecimento pode provocar aumento de enfermidades e perdas, que podem levar à dependência. Contudo, o conjunto de condições relacionadas ao envelhecimento parece variar bastante e juntamente com ele os padrões de autonomia e dependência. Na velhice, o desenvolvimento da dependência nas atividades de vida diária é freqüentemente considerado como resultado de declínio biológico próprio do envelhecimento normal associado à prevalência aumentada de doenças, que são comuns nas idades mais avançadas da vida.

Estudos epidemiológicos realizados em vários países mostram que apenas 4% dos idosos com 65 anos apresentam grande incapacidade e alto grau de dependência, contra 20% que apresentam um leve grau de incapacidade. Segundo as mesmas pesquisas, 13% dos que têm entre 65 e 74 anos e 25% dos que estão entre 75 e 84 anos apresentam incapacidade moderada. Acima dos 85 anos, no entanto, quando a possibilidade de incapacidade é quatro a cinco vezes maior do que aos 65 anos, o percentual de portadores de incapacidade moderada sobe para 46% (GATZ, 1995).

Entre as doenças crônicas que acometem os idosos, as que têm chamado maior atenção são: a demência tipo Alzheimer (DTA) que sozinha é responsável por cerca de 50% dos tipos de demência, atingindo entre 10 e 15% das pessoas com 65 anos ou mais de idade e, a doença cérebro-vascular, entre elas o acidente vascular cerebral (AVC), que também é causadora de 14% dos óbitos entre os idosos (WHO, 1984 e WHO, 1989).

1. Conseqüências das seqüelas do AVC para o idoso e sua família

SMELTZER e BARE (1994) afirmam que o AVC é o principal problema neurológico que acomete os idosos nos Estados Unidos e em todo o mundo. A taxa de mortalidade global para o primeiro episódio varia de 18 a 37%. Em caso de recidiva, os óbitos podem chegar a 62% constituindo a terceira causa de mortalidade entre a população idosa. Os autores reiteram que, só nos Estados Unidos existem atualmente cerca de 2 milhões de pessoas que sobrevivem a esta doença, restando-lhes seqüelas. Quarenta por cento deste total necessitam de ajuda para o desempenho das atividades diárias.

Embora não existam dados no Brasil sobre a sobrevivência após episódios de AVC e das incapacidades que deles resultam, sabe-se que está havendo declínio no número de mortes causado pelo acidente vascular cerebral, para ambos os sexos (DATASUS, 1995).

Segundo KALACHE e ABODERIN (1995), o Brasil apresenta a segunda maior taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral, que se constitui na principal causa de morte para homens e mulheres brasileiros com idade acima de 55 anos. Os mesmos autores referem ainda que, mesmo havendo um declínio da mortalidade por AVC, é de se esperar que a incidência da doença seja responsável por um quadro de prevalência de deficiências

físicas e mentais relacionadas a episódios de AVC. Com isso, é possível afirmar que esta afecção é uma das maiores causas de incapacidades crônicas graves em idosos no Brasil, significando perda da independência e, muitas vezes, de autonomia.

Dentre as várias seqüelas do AVC a motora é a mais evidente e, supostamente a mais incapacitante. Com freqüência ela se soma a outras modificações de ordem sensorial, cognitiva e psicoafetiva. O tipo de seqüela ou incapacidade vai depender do tipo, grau e alcance do acometimento neurológico. ADIKINS (1993) afirma que 2/3 dos idosos que foram acometidos pelo AVC, apresentam déficits permanentes (seqüelas) advindos dos efeitos residuais da doença.

Um dos maiores problemas do idoso acometido pelo AVC e que apresenta seqüelas reside na perda de sua qualidade de vida e, também na dependência de cuidados para sobreviver.

A presença de incapacidades físicas e cognitivas no paciente acarreta necessidade de cuidados que muitas vezes se prolongam no tempo e têm alto custo financeiro e emocional para os que deles se encarregam. O ônus físico, financeiro e emocional recai principalmente sobre a família.

2. Avaliação da capacidade funcional do idoso

Cada doença e cada momento que a doença apresenta impõem ônus específicos dependentes do grau de incapacidade funcional do idoso, manifestada nos domínios físicos e cognitivos com reflexos ainda na personalidade do doente.

A importância de se medir o estado de saúde em termos de função, do bem-estar físico funcional ou do grau de dependência começou a ser reconhecida ainda no final do século XIX na Europa e nos Estados Unidos. Foi realizado na ocasião um levantamento de saúde através de inquéritos, sobre os dias que as pessoas passavam acamadas e sobre o número de pessoas doentes ou incapazes de trabalhar num determinado período. Este levantamento representou o início da incorporação dos conceitos de incapacidade e disfunção à medida do estado de saúde (PASCHOAL, 1996).

Na década de 50, com o aumento do número de idosos, da prevalência de doenças crônicas e da necessidade de cuidados de longa duração, o governo americano criou uma comissão de doenças crônicas, que realçou a importância do desempenho e da incapacidade, descrevendo a necessidade de uma classificação das atividades de vida diária (AVD's).

Em 1963, KATZ e col. desenvolveram o primeiro discernimento teórico e de padronização para avaliar com precisão quantitativa às descrições da magnitude e severidade dos problemas funcionais dos idosos. Este estudo originou o índice de KATZ ou “Índice de Independência nas Atividades da Vida Diária” e que mais tarde passou a ser chamado de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's) por serem atividades básicas de sobrevivência (alimentar-se, banhar-se, vestir-se, transferir-se, ter continência, ir até o banheiro). É um índice muito utilizado para pacientes idosos, sendo considerado instrumento válido e confiável, usado para obter informações sobre recuperação após acidentes vasculares cerebrais, pacientes com artrite reumatóide e outras doenças.

LAWTON e BRODY (1969), conceberam um outro conjunto de atividades da vida diária, que denominaram de atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) e que são mais complexas que aquelas idealizadas por KATZ e col. A escala de LAWTON, ou seja, a avaliação das AIVD's, reflete o nível de capacidade de utilização dos recursos disponíveis no meio ambiente habitual para execução de atividades rotineiras do dia-a-dia (arrumar a casa, cozinhar, lavar roupas, subir escadas, tomar remédios, caminhar fora de casa, usar transporte coletivo, manusear as finanças e fazer compras).

Em 1979, GRANGER e col. publicaram o Functional Independence Measure (FIM), o qual foi validado em 25 centros de reabilitação dos Estados Unidos. Foi classificado como uma avaliação de natureza multidimensional para a apreciação dos resultados funcionais dos tratamentos de reabilitação, porém sua aplicação é complexa e demorada, e exige treinamento profissional.

FLOREZ GARCIA (1994), em estudo sobre aplicações, características e critérios das escalas de avaliação funcional, considerou importante o uso daquelas que traduzem a informação clínica em linguagem objetiva, universal e comprovável por mais de um profissional, definindo os fatos da mesma maneira.

Quando se trata de avaliar o grau de independência do idoso, o termo função refere-se ao conjunto de capacidade para o desempenho que lhe permitem cuidar de si, responder por si próprio e sobreviver na comunidade (KEMP e MITCHELL,1992).

A grande maioria dos estudos usa apropriadamente os índices de ABVD's e AIVD's para avaliar o grau de dependência dos idosos. Embora represente um importante avanço, essa abordagem, contudo, não é suficiente para descrever a demanda de cuidados associada ao grau de dependência, pois, simplesmente avaliar a capacidade dos idosos em desempenhar determinadas atividades e o grau de ajuda necessária, parcial ou total, não espelha a real situação do dia-a-dia enfrentada pelo cuidador.

3. O idoso dependente e o suporte familiar

Como papel normativo da família, o prestar cuidados a idosos dependentes insere-se no âmbito dos valores culturais, que norteiam o curso de vida social e individual (NERI, 1993). A essência do cuidar reside na relação de obrigação e de responsabilidade pela pessoa que está dependente e usualmente envolve proximidade e intimidade (POOLE,1992).

CATANACH e TEBES (1991) descrevem a vulnerabilidade que acompanha a doença grave e a deficiência como um aspecto que contribui para a obrigação moral das famílias de cuidar e se importar com o idoso, visto como uma pessoa singular, e não meramente como objeto de preocupação profissional ou de amor universal.

CHOI (1993) relata que proporcionar cuidados é um momento na vida familiar, uma vez que lhe acarreta demandas econômicas, físicas, afetivas e sociais específicas, típicas do exercício do dever de reciprocidade nas relações intergeracionais, o qual é um elevado valor cultural.

A atividade de cuidar de um familiar idoso dependente é, basicamente realizada no espaço doméstico, espaço este onde parte significativa da vida transcorre, no qual há conhecimentos e memória de fatos e relações íntimas e importantes.

4. Cuidadores de idosos – quem são?

Na literatura gerontológica, entre outras, destaca-se de forma expressiva a figura do denominado “cuidador” como o agente do cuidado do idoso dependente no domicílio. Muitos cuidadores não se reconhecem como tais, ao contrário, vêem suas ações mais como uma extensão das relações pessoais e familiares do que como um papel social distinto.

Para STONE, CAFFERATA e SANGL (1987), os cuidadores podem ser classificados em primários e secundários, de acordo com o grau de envolvimento de cada um nos cuidados prestados ao idoso dependente. O cuidador primário ou principal é aquele que tem total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados no domicílio ao idoso dependente. Deve ser ressaltado que, geralmente, a demanda principal de cuidados recai sobre um único membro da família: o cuidador primário; que acaba por dividir-se entre as responsabilidades profissionais, conjugais, sociais e familiares. Os cuidadores secundários seriam profissionais, voluntários ou outros membros da família que prestam atividades complementares.

O cuidador familiar é o principal agente do sistema de apoio informal na assistência ao idoso com problemas de saúde no cotidiano domiciliar. O cuidador informal pode ser uma pessoa da família ou mesmo amigos e voluntários. O cuidador informal familiar é a pessoa com algum grau de parentesco com o idoso dependente, sem a necessária formação específica, que passa a ser o responsável pelo desenvolvimento das ações relativas às demandas de cuidados do idoso. O cuidador informal voluntário, por sua vez, é a pessoa leiga que desenvolve o cuidado ao idoso dependente sob a responsabilidade e supervisão da família, supondo-se que esta aceita o cuidador por depositar confiança no cuidado prestado.

Denomina-se cuidador formal o profissional contratado que possui educação formal com certificado de instituição de ensino reconhecida por organismos oficiais e que presta assistência profissional ao idoso e/ou família e à comunidade.

Pesquisas sobre cuidadores têm mostrado que o papel de cuidador familiar recai, na maioria dos casos, sobre uma mulher casada que é cônjuge ou filha do idoso que recebe os cuidados. De um modo geral essa mulher está na faixa dos 45 aos 50 anos, tem filhos adultos, e seu marido ou ela própria são aposentados ou prestes a aposentar-se. Mesmo nas famílias multigeracionais, o cuidador principal em geral é mulher, pertencente a uma

geração imediatamente subsequente a do idoso que recebe os cuidados (SILVERSTEIN e LITWAK, 1993).

O cuidador familiar principal geralmente reside na mesma casa e se incumbem de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias dos idosos dependentes, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos ao cotidiano, por exemplo ida a bancos ou farmácias.

Segundo KANE e KANE (1990) os cuidados oriundos de redes informais de apoio, formado por filhos, parentes e amigos, constituem a mais importante fonte de suporte a idosos. Nos Estados Unidos, 80% dos cuidados provêm dessas fontes e no Canadá, 94%. Um terço desses cuidadores são únicos, em geral cônjuges idosas, filhas de meia-idade e viúvas.

Conforme RAMOS (1993), em estudo sobre os idosos brasileiros, 2% não contam com qualquer ajuda familiar em caso de doença ou incapacidade, 40% contam com o cônjuge, 35% com a filha e 11% com o filho. Nos domicílios unigeracionais cresce a perspectiva de ajuda do cônjuge (60%), e nos multigeracionais, da filha (56%) e do filho (13%).

5. Natureza do cuidado familiar

Na literatura sobre cuidadores domiciliares de idosos dependentes comentada por BARER e JOHNSON (1990), é consenso apenas a característica estressante da atividade de cuidar. ZARIT, REEVER e BACH-PETERSON (1980) foram os pioneiros a estudar sistematicamente o ônus físico, social e psicológico vivenciado por cuidadores familiares de idosos demenciados com alto grau de dependência.

Para STEPHENS (1990) as atividades desempenhadas por familiares no cuidado de idosos dependentes pertencem a quatro domínios. São eles:

- proporcionar suporte em atividades instrumentais de vida diária (AIVD) como, por exemplo: arrumar e limpar a casa, preparar refeições, fazer compras, fazer e receber pagamentos, transportar e acompanhar a visita médica;

- lidar com dificuldades funcionais associadas às atividades físicas e ao autocuidado do idoso como, por exemplo: tomar banho, alimentar-se, pentear os cabelos, escovar os dentes, transferir-se da cama para a cadeira. Essas atividades são denominadas atividades básicas de vida diária (ABVD) e mantêm uma relação próxima com a maior ou menor autonomia do idoso e as conseqüentes questões emocionais e de perda de auto-estima para ele. Para o cuidador podem demandar mais ou menos sobrecarga física e de tempo, além de conhecimentos e habilidades específicas;
- atender à necessidade de suporte emocional, por exemplo: fazer companhia, atuar como confidente, conversar sobre questões pessoais e emocionais, compartilhar atividades e ajudar a manter ou reatar laços afetivos;
- lidar com as pressões psicológicas decorrentes de proporcionar os cuidados.

O ônus físico, psicológico, social e financeiro que recai sobre o cuidador vai depender do grau de dependência do idoso nesses domínios, em parte de fatores subjetivos que presidem a avaliação que os cuidadores fazem da situação de cuidado.

As demandas do cuidado atravessam os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico. Quando a avaliação familiar ou individual não consegue encontrar alternativas viáveis, ou quando as habilidades e os recursos familiares são insuficientes para o manejo da situação, há uma forte tendência para a desorganização familiar e individual e isso traz conseqüências negativas para o cuidado.

A forma como a família e o cuidador em particular avaliam e manejam essa situação depende de fatores como os recursos pessoais de que dispõem, as redes de apoio formal e informal, as estratégias de enfrentamento para lidar com a situação, qual o significado de cuidar, como manejam o estresse, como buscam o conforto emocional, como foi a história pessoal de cada um, quais são suas habilidades para encarar os desafios e as situações novas, e os fatores de personalidade.

Cinco elementos são comumente percebidos como dificuldades inerentes ao prestar cuidados a idosos dependentes. Primeiro, as tarefas acarretam ônus físico e financeiro, que tende a aumentar conforme a saúde do idoso vai se deteriorando e sua dependência vai aumentando. Segundo, o peso das tarefas pode ser agravado pela falta de preparo e de informação do cuidador, pela escassez de apoio social e emocional àquele que exerce o cuidado e pela carência de ofertas de serviços especializados ou de apoio formal a idosos.

Em terceiro lugar, o exercício do papel do cuidador tende a competir com o desempenho de papéis profissionais e familiares que os cuidadores exerciam anteriormente. Uma quarta classe de dificuldades liga-se ao fato que cuidar de pais ou cônjuges idosos usualmente faz aflorar sentimentos pessoais e conflitos familiares de difícil manejo. A quinta classe de dificuldades está associada ao fato de o cuidado exercido no âmbito da família ser geralmente uma atividade solitária, tanto no sentido em que o cuidador realiza as tarefas sozinho, como no sentido em que encontra pouco apoio social entre as pessoas que estão vivendo ou já viveram a mesma situação (PAVARINI e NERI,2000).

Segundo um estudo realizado por PERRACINI (1994) com cuidadores familiares de idosos portadores de comprometimentos físicos e cognitivos intensos, as tarefas consideradas mais difíceis pelos entrevistados foram as de cuidados pessoais, que o cuidador geralmente administra sozinho. Em seguida apareceram as atividades ocasionais para as quais precisa pedir ajuda de um outro familiar.

Cuidar de um familiar idoso dependente, acometido por AVC, no domicílio, é uma atividade nova e inesperada, para a qual as pessoas ainda não estão preparadas e que vão descobrir e construir na situação de necessidade.

Na maioria das vezes, a alta hospitalar do adulto com seqüelas de AVC ocorre quando ele ainda está bastante dependente de cuidados pessoais. Os familiares são informados, superficialmente, sobre as características dos cuidados necessários e da doença crônico-degenerativa que acometeu seu ente querido.

Segundo declarações apresentadas por KARSCH e col. (1998), em estudo em que traçou o perfil de cuidadores e suas necessidades ao proporcionar apoio a adultos incapacitados, os cuidadores mencionaram que no momento da alta hospitalar do doente, os familiares raramente recebiam informações a respeito da doença e nenhuma orientação ou apoio para a realização dos cuidados após a alta hospitalar do doente. Falaram também sobre o abandono, a falta de recursos no tratamento ambulatorial, a demora para se conseguir as consultas de acompanhamento médico e sobre a demora ainda maior para se conseguir tratamento de reabilitação. Além disso, quando conseguem o recurso, falta transporte adequado para atender às limitações do paciente. Diante de todas essas dificuldades, esses mesmos cuidadores apontaram a necessidade de trocar experiências

com outros cuidadores, de aprender com profissionais sobre os cuidados e, de obter informações sobre as doenças que acometem seus familiares idosos.

Levando em consideração a realidade da sociedade brasileira, na qual os idosos, mesmo saudáveis, normalmente são marginalizados em razão de preconceitos, é possível concluir que os que convivem com incapacidades e dependência, decorrentes de seqüelas, sofrem maiores dificuldades. Eles e suas famílias merecem mais atenção, tanto das autoridades públicas como dos profissionais de saúde.

6. Sistema formal de saúde – rede de suporte

Idosos com problemas graves de saúde, sem possibilidade de recuperação ou em processo de recuperação prolongada geralmente necessitam de internação hospitalar de longa permanência, mas isso não deve significar que hospitais são locais de longa permanência para doentes crônicos, dados o sofrimento para os idosos e os custos para a instituição e a família.

A internação dos idosos em hospitais, asilos, casas de repouso e similares está sendo questionada até nos países desenvolvidos, onde estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados em termos de conforto e eficiência.

A assistência domiciliária aparece como uma alternativa de prestação de serviços a idosos e a seus familiares. Ela é bem compreendida dentro de um contínuo de apoio. Nos países em que ela já está consolidada a compreensão predominante é que idosos vivendo em seus domicílios podem ser amparados pelo poder público e também pela iniciativa privada, organizados em vários domínios, inclusive o da prestação de serviços em base voluntária. Em domicílio, os idosos e seus familiares podem ser amparados por serviços de acompanhamento de saúde, por ajuda física na manutenção da casa, por serviços de entrega de refeições nos domicílios, por serviços de acompanhamento social e por serviços de suporte emocional e religioso. Os apoios aos idosos em seus domicílios pode ser complementado por programas de informação no âmbito legal e social; pela oferta de programas nutricionais; por centros de cuidados diários; pela disponibilidade de profissionais e voluntários treinados que se alternem com os familiares para permitir-lhes

trabalhar fora e atender a compromissos familiares; e pela assistência intensiva a idosos terminais. No âmbito institucional, os idosos e suas famílias podem dispor de alternativas oferecidas a idosos com diferentes graus e tipos de dependência, por períodos curtos ou prolongados, em domicílios coletivos ou individuais, congregados em aldeias ou em condomínios (BEAVER e MILLER; COHEN, HYLAND e DEVLIN 1999).

A *National Association for Home Care* nos Estados Unidos, define assistência domiciliária como prestação de serviços à pessoas incapacitadas em recuperação ou a doentes crônicos, promovendo tratamento e funcionamento efetivo dentro do ambiente domiciliar. O atendimento domiciliário é indicado quando a pessoa precisa de assistência e esta não pode ser fácil ou eficazmente executada somente por membros da família ou amigos (D'ANGELO, 1999).

Existe um grande investimento da sociedade americana em assistência domiciliária, traduzido na forma de rede de apoio, por meio de serviços especializados, que dá orientação e suporte ao trabalho do cuidador informal, ou seja, não profissional, que geralmente é um familiar.

Assistência domiciliária ou atendimento domiciliário pode ser definido como um processo interprofissional projetado para atender o idoso do ponto de vista médico, psicológico, social e funcional, em seu próprio meio, procurando manter e restaurar o máximo nível de função, autonomia, saúde e conforto. O trabalho interprofissional na assistência domiciliária é de extrema importância, tendo em vista que a qualidade de vida implica em diferentes dimensões qualitativas do cuidado, envolvendo diversos valores, significados, atitudes, conhecimentos e habilidades das múltiplas áreas.

O atendimento do paciente no domicílio tem como filosofia restaurar e manter o equilíbrio bio-psico-social do paciente, tendo o cuidador familiar como parceiro no tratamento. A qualidade da colaboração do cuidador no acompanhamento do paciente tem relação direta com o apoio e suporte que é oferecido ao cuidador pela equipe interprofissional, através de programas de treinamento e de supervisões das atividades.

A assistência domiciliária é, pois, uma alternativa interessante visto que beneficia a idosos dependentes e seus cuidadores familiares, como também para os serviços públicos de saúde reduzindo o tempo de internação hospitalar, diminuindo o número de internações, dentre outras vantagens para o paciente idoso (YUASO e SGUIZZATTO, 2000).

No Brasil já existem vários serviços de saúde que implementaram seus atendimentos, com a assistência domiciliária. O Hospital do Servidor Público Estadual foi o pioneiro no Brasil a desenvolver ações de saúde nos domicílios dos pacientes. Em seguida a experiência foi sendo copiada por outras instituições tanto públicas como privadas.

O Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo no início da década de 90, avançou um pouco mais do que simplesmente atender o paciente no domicílio. Quando o Serviço de Assistência Domiciliária passou a ser coordenado pela Equipe Geronto-Geriátrica daquele mesmo hospital, o atendimento domiciliário foi replanejado e reorganizado de forma a beneficiar ainda mais o paciente e seus familiares. Foram implantadas algumas ações para o paciente e o familiar, ainda durante o período em que o paciente encontrava-se internado no hospital, como por exemplo, o preparo da alta. Para isso, os profissionais da equipe interprofissional orientavam os familiares quanto a preparação do ambiente domiciliar, quanto aos cuidados com o paciente pós-alta e outras informações específicas de cada especialidade que beneficiariam tanto o familiar como o próprio paciente no seu retorno para casa. Além disso, o cuidador familiar era convidado a participar de grupos de orientações sobre como cuidar do paciente em casa (PAPALÉO NETTO e TIEPPO, 2000). E assim o modelo de assistência foi sendo repetido e aprimorado cada vez mais.

Atualmente municípios do interior e mesmo da Grande São Paulo desenvolvem vários tipos de serviços de assistência domiciliária dentro de cada contexto regional, que acabam beneficiando uma grande parte da população que se encontra dependente de cuidados.

No município de Guarulhos, na Grande São Paulo, existe o Centro de Referência à Saúde do Idoso - CERESI, serviço de saúde específico para a população com idade igual ou superior a 60 anos que presta, além de outras atividades, atendimentos domiciliares aos idosos que estejam acamados e/ou restritos nos seus domicílios. A implantação desse serviço foi através da experiência adquirida pelos profissionais que atuavam no Hospital do Servidor Público Municipal e resultou em um capítulo sobre “Modelos de Atendimentos Domiciliários” do livro Atendimento Domiciliário – Um enfoque gerontológico (DUARTE e DIOGO, 2000).

O CERESI desenvolve treinamentos de cuidadores voluntários de idosos, além dos treinamentos de cuidadores familiares que é o objeto desta pesquisa. Esse treinamento de cuidadores voluntários é realizado em parceria com agentes da Pastoral da Saúde do município de Guarulhos - SP e tem como principal objetivo fornecer apoio tanto para o cuidador familiar como para idosos dependentes que vivem sozinhos (YUASO e SGUIZZATTO, 2000).

Nesse âmbito, segundo a literatura gerontológica sobre a rede de suporte para o idoso dependente, buscar-se-á desenvolver uma parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos, que são responsáveis pelos cuidados diretos necessários às suas atividades de vida diária e pelo seguimento das orientações dadas pelos profissionais. Como mostram estudos e pesquisas sobre envelhecimento e dependência, tal parceria configura a estratégia mais atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que se encontram neste processo (DOU,1999).

7. Ensino – aprendizagem do cuidador familiar no contexto do cuidado domiciliário

Para prestar cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito.

Assim, a parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas que cuidam dos idosos deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e a manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador. Evitam-se assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento. Para obter um melhor entendimento das informações prestadas aos cuidadores, os profissionais da equipe interprofissional estabelecem medidas efetivas e eficazes de interação, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados e o bem estar dos cuidadores familiares.

O treinamento sócio-educacional oferecido aos cuidadores de idosos tem especial importância para o domínio do atendimento domiciliário, tanto oferecendo informações, quanto trabalhando com atitudes e motivações de profissionais no sentido de promover condições ambientais relevantes à manutenção da funcionalidade do idoso, para respeitar a sua autonomia e para fornecer-lhe suporte físico, cognitivo, legal, afetivo e espiritual. Sua importância é também grande no sentido de promover a coesão dos membros da família em torno das necessidades do idoso e das providências que amplifiquem o seu bem-estar (PAVARINI e NERI, 2000).

O planejamento das ofertas educacionais dos profissionais do atendimento domiciliário deve levar em conta um conjunto de princípios gerados no contexto da educação de adultos, cujo atendimento tende a favorecer a eficácia das iniciativas, qualquer que seja a idade ou nível educacional (KNOWLES, 1991 apud PAVARINI e NERI, 2000). Os princípios são os seguintes:

- *Processamento ativo*: aprender fazendo, ter oportunidade de praticar as habilidades que estão sendo ensinadas, a partir de genuíno envolvimento e participação ativa na aprendizagem. Pessoas mais velhas são capazes de aprender tão bem quanto as mais jovens desde que possam envolver-se e participar ativamente de programas estruturados levando em conta os seus interesses e sua experiência anterior;
- *Retroatimentação e apoio sistemáticos*: informações freqüentes sobre a qualidade e o progresso do desempenho facilitam o ajustamento e ajudam a aceitação do erro e da necessidade de correção. Essas informações devem ser fornecidas de forma planejada;
- *Sistema de recompensas*: a promoção, o elogio e o reconhecimento podem funcionar como poderosos incentivos, principalmente se forem usados de modo sistemáticos e planejado, no sentido de diferenciar padrões de desempenho;
- *Reconhecimento de conceitos*: ao ensinar novos conceitos, isto é, expandir a base de conhecimentos e habilidade, é útil recorrer a conceitos já conhecidos e a habilidades pré-existentes. A transferência da aprendizagem é facilitada quando se inicia a partir do que os adultos já sabem;
- *Aplicabilidade direta*: demonstrar os usos práticos e a aplicabilidade de um novo conceito ou habilidade melhora a motivação de aprendizes adultos e aumenta a possibilidade de generalização do aprendido para situações novas. Nesse contexto é

importante lembrar que a generalização dos conhecimentos teóricos para a prática não é automática. Em situações que exigem habilidades é importante criar, na situação de ensino, uma ampla quantidade de situações assemelhadas com aquelas que os aprendizes irão encontrar na vida real;

- *Adaptação do contexto social*: uma situação de aprendizagem não deve tornar-se uma oportunidade de confronto com a incapacidade, mas sim de capitalização das capacidades existentes. Deve-se evitar a competição em favor da cooperação e da aceitação. O apoio social dos companheiros é importante em qualquer idade, mas particularmente importante na idade adulta. Por isso a aprendizagem em duplas ou em pequenos grupos é mais eficaz que a aprendizagem individual;
- *Um contexto logístico adaptado*: é necessário oferecer planos de trabalho adaptado às capacidades individuais dos adultos, ao nível de compreensão, idade e educação. É importante adotar estratégias personalizadas de ensino e acompanhamento. É interessante organizar o material a aprender em unidades menores e significativas;
- *Envolvimento com os objetivos*: a participação é facilitada se os aprendizes têm oportunidades de participar da definição dos objetivos, a partir de seus interesses, necessidades, conhecimentos e habilidades já adquiridas.

Os programas oferecidos a cuidadores familiares são classificados basicamente em dois tipos. O primeiro tem como objetivo a informação sobre doenças, suas conseqüências e prognóstico e a natureza dos cuidados, bem como o desenvolvimento de habilidades específicas de cuidado em saúde. O segundo tipo tem como objetivo criar um espaço para a troca de sentimentos e experiências, de forma a proporcionar um contexto de apoio mútuo de troca de informações. Estes são conhecidos como programa de apoio, e não propriamente como programas informativos e de treino de habilidades. Existe uma terceira possibilidade, que é mesclar os dois tipos de programas (GATZ, BENGSTON e BLUM,1990).

Na literatura internacional existem muitos relatos sobre a natureza e o impacto desses programas sobre os cuidadores, com destaque para as suas impressões e sentimentos sobre o cuidar. Os estudos de intervenção em grupos de cuidadores advém basicamente de três fontes:

- da observação dos profissionais que conduzem os grupos em relação ao processo;

- da observação dos profissionais quanto aos resultados;
- de relatos dos participantes através de questionários e medidas-padrão.

Quando confrontadas as impressões clínicas positivas dos profissionais, com os relatos dos participantes, estas não mostraram diferenças significativas (ZARIT, 1990; WHITLATCH, ZARIT e von EYE, 1991). No entanto, os resultados desses trabalhos avaliativos estão longe de serem conclusivos, uma vez que as populações estudadas, o trabalho que desempenham, os tipos de idosos de que cuidam e os próprios programas são muito variados (ZARIT, REEVER e BATH-PETERSON, 1980; TOSELAND e ROSSITER, 1989; GATZ, BENGSTON e BLUM, 1990; WHITLATCH, ZARIT e VON EYE, 1991; SILVA e NERI, 1993; TERI, 1999).

Esses autores ressaltam a necessidade de se avançar nessas pesquisas e sugerem três direções:

- escolha mais prudente de indicadores objetivos e subjetivos baseados em modelos teóricos;
- composição do grupo de cuidadores de forma mais homogênea não só em relação à doença e ao grau de parentesco, como também no que diz respeito aos indicadores do grau de ônus e de senso de bem-estar antes e após o tratamento;
- otimização de estudos de seguimento no sentido de verificar se as medidas se mantêm ao longo do tempo enfocando tanto as dimensões emocionais e sociais como a demanda de tarefas.

No Brasil ainda existem poucos dados sobre o contexto do cuidado, perfil dos cuidadores e redes de apoio. As pesquisas produzidas concentram-se em dados da região sudeste (OLIVEIRA, 1993; PERRACINI, 1994; MENDES, 1995; KARSCH, 1998), o que não permite generalizar para o restante do país, que apresenta tantas diversidades regionais. Seria necessário que fossem realizadas mais pesquisas nessas áreas e também em outras regiões do país.

Em pesquisa para identificar as características das necessidades de uma população de adultos que convivem com idosos realizada por SILVA e NERI (1993), dos 84 sujeitos entrevistados 54% gostariam de receber orientação sobre como lidar com os problemas dos idosos. Dos temas apontados como de interesse foram: 40% sobre o processo de envelhecimento, 27% sobre relacionamento, 20% sobre aspectos ligados à saúde e à

doença, 7% sobre atividades para o idoso, 4% sobre os aspectos psicológicos do envelhecimento. Na conclusão foi considerado que, nos temas gerais do envelhecimento estão incluídos tanto o relacionamento como as questões de saúde e doença. Portanto, pode-se considerar que o relacionamento e as doenças ocupam uma posição importante nas dificuldades apontadas pelo familiar.

Segundo as mesmas autoras, o benefício potencial das iniciativas de suporte familiar, sob a forma de intervenções psicoeducacionais, parece ser considerável, ainda mais se for levada em conta a carência de outras fontes de suporte. Afirmam ainda que, se as intervenções forem planejadas a partir do diagnóstico das necessidades de grupos específicos, talvez estas possam atender à prevenção e ao controle de conflitos, incompatibilidade, depressão, perda de auto-estima e de senso de significado pessoal para ambas as partes envolvidas.

Tendo em vista esses pontos da argumentação de vários autores brasileiros e estrangeiros em favor da oferta de apoio a familiares que cuidam de idosos, esta pesquisa visa a coletar subsídios para a avaliação do impacto de programas educacionais oferecidos às famílias sobre a qualidade do cuidado prestado a idosos altamente dependentes, sobre o conhecimentos, habilidades e bem estar dos cuidadores, sobre suas atitudes em relação ao cuidar, e, indiretamente sobre a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Obter informações brasileiras sobre o assunto pode contribuir para o aprimoramento de programas similares, e para a própria implementação de providências educacionais, sociais políticas favoráveis aos idosos. Além disso, traz à baila a discussão teórica e metodológica sobre treinamentos de cuidadores familiares de idosos que é uma área de grande interesse na Gerontologia.

Dentro do contexto do cuidado do idoso no atendimento domiciliário foi realizado este estudo, cujo objetivo foi avaliar e descrever os efeitos de um treinamento sócio-educacional oferecido a cuidadores familiares de idosos de alta dependência em acompanhamento domiciliário, sobre conhecimentos, habilidades e atitudes referentes ao cuidado.

Objetivos

- comparar as diferenças encontradas nos domínios conhecimentos, habilidades e atitudes referentes ao cuidado nos quatro momentos de avaliação (pré e pós teste, seguimentos de três e seis meses);
- comparar as diferenças encontradas no domínio funcionalidade do idoso nos quatro momentos de avaliação (pré e pós teste, seguimentos de três e seis meses);
- verificar a eficácia da metodologia aplicada no programa de treinamento de cuidadores familiares de idosos.

MÉTODO

1. Sujeitos

Foram 56 cuidadores familiares primários que atendem à idosos de alta dependência, portadores de seqüela de acidente vascular cerebral, atendidos pelo Serviço de Assistência Domiciliária ao Idoso (SADI) do Centro de Referência à Saúde do Idoso (CERESI) da Secretaria da Saúde do Município de Guarulhos do Estado de São Paulo, no período de abril de 1997 a dezembro de 1998.

Foram definidos três critérios para seleção dos cuidadores, com base em três condições apresentadas pelos idosos:

1° - Serem portadores de seqüela de acidente vascular cerebral, identificados pela história clínica e pelo exame físico, através de anotações do prontuário e de exame de tomografia computadorizada;

2° - Apresentarem alto grau de dependência funcional definida em termos de comprometimento em 10 ou mais atividades básicas e instrumentais da vida diária (ABVD's e AIVD's), em um total de quinze atividades. Essas atividades foram adaptadas das escalas de KATZ (1963) e LAWTON (1969).

3° - Serem cuidados exclusivamente por cuidadores familiares, foram excluídos, portanto, os cuidadores que não tinham nenhum grau de parentesco com o idoso.

A maioria dos sujeitos eram mulheres (84%), trinta e oito por cento da amostra eram filhas, 34% esposas, 7% noras e 5% netas. Na figura 1 podem ser observados dados sobre a representação proporcional dos sujeitos segundo os critérios de gênero e grau de parentesco com o idoso.

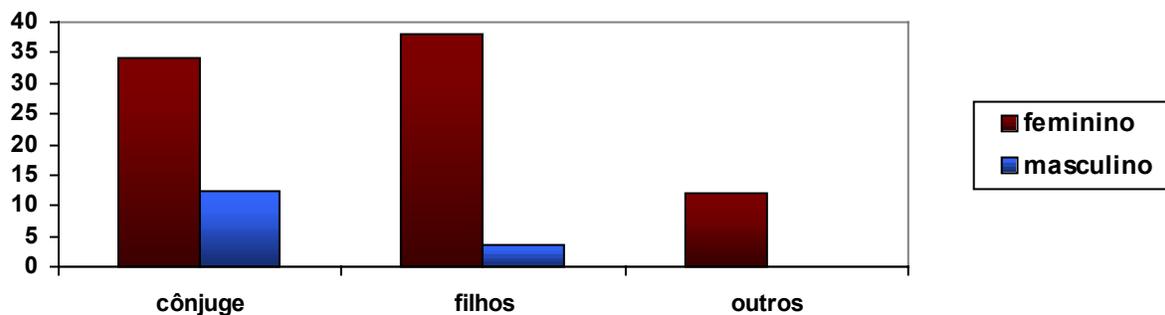


FIGURA 1 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DOS SUJEITOS POR GÊNERO E GRAU DE PARENTESCO COM O IDOSO.

Do total dos cuidadores estudados, 80% eram casados, 11% viúvas e 9% solteiros. Dentre os homens todos eram casados e dentre as mulheres a maioria (64%) eram casadas. A figura 2 apresenta os percentuais com relação ao gênero e estado civil.

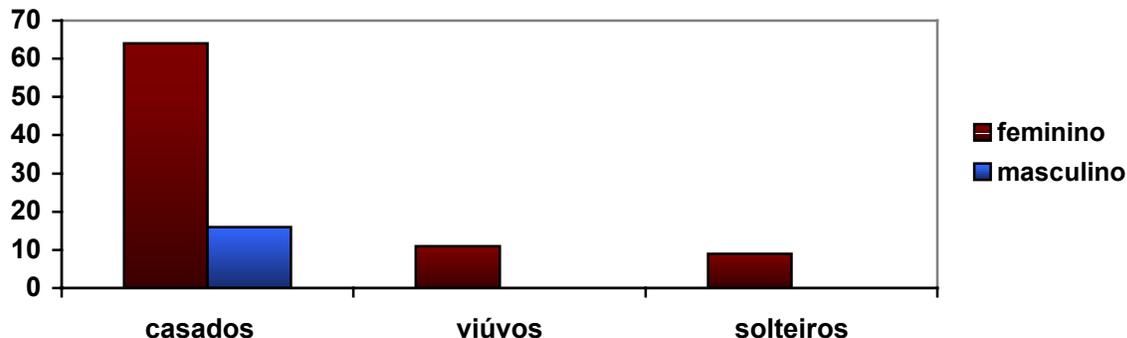


FIGURA 2 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DOS SUJEITOS QUANTO AO GÊNERO E ESTADO CIVIL.

Com relação a idade dos sujeitos, a maioria (73%) tinha entre 50 a 79 anos, ou seja, 26% tinham entre 50 a 59 anos, 27% tinham de 60 a 69 anos e 20% de 70 a 79 anos. Havia um cuidador (2%) com 20 anos, 9% entre 30 a 39 anos e 16% entre 40 a 49 anos (Figura 3).

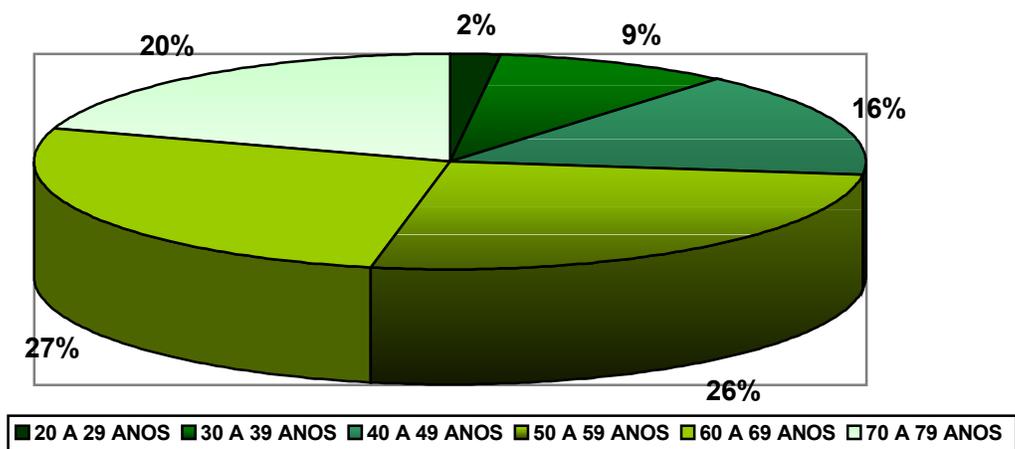


FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DOS SUJEITOS QUANTO A FAIXA ETÁRIA.

Dos sujeitos 96% moravam no mesmo domicílio do idoso que era objeto de cuidados. 90% não trabalhavam fora de casa e 61% contavam com alguma ajuda de outra pessoa para os cuidados com o idoso (Figura 4).

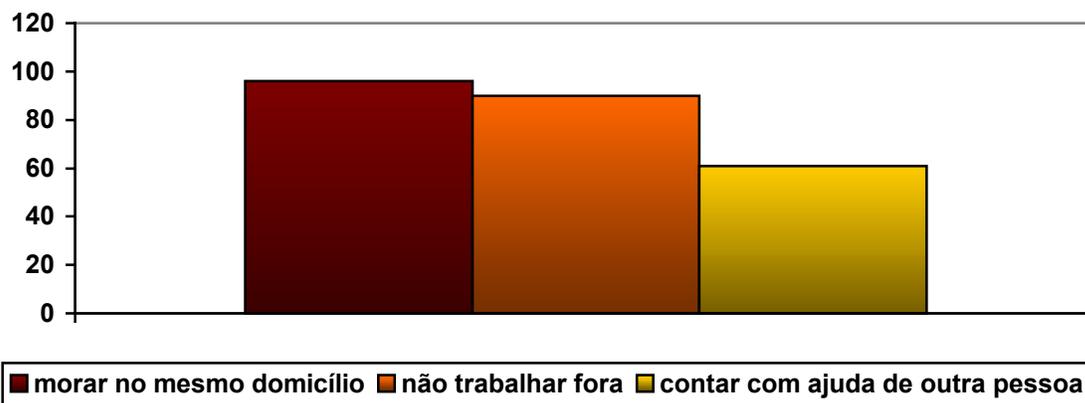


FIGURA 4 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DOS SUJEITOS QUANTO A MORAR NO MESMO DOMICÍLIO DO IDOSO, NÃO TRABALHAR FORA E CONTAR COM AJUDA DE OUTRA PESSOA.

2. Ambiente do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Referência à Saúde do Idoso CERESI da Secretaria da Saúde do Município de Guarulhos do Estado de São Paulo. Trata-se de um serviço público municipal que atende pessoas com idade mínima de 60 anos.

O CERESI se destina a prestar atendimentos em regime ambulatorial e de assistência domiciliária à saúde do idoso. Para o atendimento domiciliário é necessário obedecer os seguintes critérios:

- ter 60 anos de idade ou mais ;
- apresentar problemas de mobilidade que impeçam o seu deslocamento até uma unidade de saúde;
- ter um cuidador;
- morar no município de Guarulhos.

O CERESI conta com uma equipe interprofissional formada por médico geriatra, enfermeira, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista e fonoaudióloga, todos com formação básica em gerontologia. Esta mesma equipe realiza os atendimentos ambulatoriais e domiciliares. Além dos atendimentos, os profissionais desenvolvem outras atividades como, por exemplo, o treinamento de cuidadores familiares. Este treinamento faz parte da rotina das atividades desenvolvidas no CERESI e foi o objeto de estudo desta pesquisa.

3. Delineamento

Foi planejado um estudo de natureza quasi-experimental compreendendo pré-teste, tratamento, pós-teste e seguimento com um grupo único de cuidadores familiares selecionados por critério de conveniência, os quais participaram voluntariamente do estudo.

O projeto consistiu em avaliar os efeitos de um programa de treinamento sócio-educacional sobre o processo de cuidar do idoso oferecido aos cuidadores familiares de idosos de alta dependência no contexto de atendimento domiciliar.

Como o programa de treinamento focalizava aspectos cognitivos (conhecimentos do cuidador quanto a doença), habilidades (execução de determinadas atividades de cuidado) e atitudes (expressas por verbalizações que foram consideradas como indicativas de disposição motivacionais e afetivas para o cuidar), o pré-teste, o pós-teste e o seguimento avaliaram esses aspectos. O tratamento consistiu em um programa educacional que visava a implementar conhecimentos e habilidades de cuidar, bem como avaliações e sentimentos em relação ao idoso e ao cuidado.

4. Procedimento

Instrumento

O questionário do cuidador foi o instrumento (Quadro 1) utilizado no pré teste, no pós teste e seguimentos de três e seis meses, composto pelos seguintes domínios:

- Identificação do cuidador: nome, idade, gênero, grau de parentesco com o idoso, estado civil, atividade profissional;
- Identificação do idoso: nome, idade, gênero, estado civil, diagnóstico clínico, grau de dependência;
- Trinta questões fechadas, abordando os seguintes aspectos: opiniões quanto as habilidades do cuidador em realizar os cuidados com o paciente idoso dependente; opiniões sobre os sentimentos do cuidador com relação a tarefa de cuidar; questões sobre o estado funcional do paciente; questões quanto ao conhecimento do cuidador referente às intercorrências e direitos do paciente; opiniões a respeito do bem-estar dos cuidadores; opiniões sobre o sentimento do cuidador com relação ao paciente; questões sobre o suporte social oferecido aos cuidadores. Este domínio foi especificamente planejado para a busca de informações sobre o desempenho dos participantes no programa. Os dois primeiros tiveram relação com a sua caracterização.

A aplicação deste instrumento foi realizada pela pesquisadora e pelo enfermeiro da equipe interprofissional do CERESI de forma coletiva, ou seja, cada cuidador recebia o seu questionário, a pesquisadora verbalizava cada uma das questões e dava o tempo para que os cuidadores pudessem assinalar suas respostas. As dúvidas quanto as questões eram esclarecidas pela pesquisadora também de forma coletiva.

Os questionários eram apresentados num formulário impresso em papel carta, fonte no.14, letras tipo Times New Roman e espaço 1,5, seguindo-se indicações da literatura, segundo as quais esse é um bom formato para ser lido por pessoas mais velhas (MORRELL e ECHT, 1997). As respostas eram somente para ser assinaladas com um X.

Quadro 1 – Descrição dos domínios apresentados no questionário

Identificação do Cuidador e do Idoso	
Cuidador	Nome, idade, gênero, estado civil, grau de parentesco com o idoso, atividade profissional.
Idoso	Nome, idade, gênero, estado civil diagnóstico da doença, estado funcional.
Domínios	Itens
Conhecimentos do Cuidador	<ul style="list-style-type: none"> - sobre a doença do idoso - sobre providências no caso de falecimento do idoso - sobre benefícios previdenciários do idoso
Habilidades do Cuidador	<ul style="list-style-type: none"> - realizar a higiene pessoal do idoso - observar a pele do idoso - controlar a medicação do idoso - cumprir a prescrição dos remédios - realizar curativos - lidar com sondas - realizar exercícios com o idoso - hábito de mudar o idoso de posição - realizar as transferências com o idoso
Atitudes do Cuidador	Bem estar do Cuidador <ul style="list-style-type: none"> - consegue realizar com tranquilidade suas ABVD - consegue realizar suas AIVD - tem atividades de lazer - apresenta algum problema de ordem física - houve mudanças no seu estado emocional
	Sentimentos do Cuidador com relação ao idoso <ul style="list-style-type: none"> - carinho - desprezo - raiva - pena - irritação
	Sentimentos do Cuidador com relação a tarefa de cuidar <ul style="list-style-type: none"> - prazeroso - obrigação - peso
Suporte social	<ul style="list-style-type: none"> - conta com ajuda para realizar os exercícios com o idoso - conta com alguma ajuda para realizar as transferências com o idoso - conta com ajuda de outras pessoas para ficar com o idoso
Funcionalidade do Idoso	<ul style="list-style-type: none"> - necessita de curativos - usa algum tipo de sonda - realiza as transferências - dificuldade para falar - dificuldade para ouvir - dificuldade para entender - dificuldade para engolir

Fases do estudo

Houve uma fase do pré teste, uma do treinamento (programa de treinamento sócio-educacional), uma terceira de pós teste e uma de seguimento.

Pré teste

Os sujeitos da pesquisa foram submetidos a aplicação do questionário antes de iniciarem o programa de treinamento sócio-educacional, ou seja, no primeiro dia do treinamento.

Treinamento

Os cuidadores selecionados participaram do programa de treinamento sócio-educacional sobre o processo de cuidar do idoso, oferecido a todos cuidadores de idosos, acompanhados no domicílio pela equipe interprofissional do CERESI

O programa de treinamento sócio-educacional foi realizado dentro da área física do CERESI, com duração de 24 horas, sendo estas distribuídas em oito módulos semanais de três horas cada. Este programa de treinamento faz parte da rotina das atividades desenvolvidas no CERESI.

Todos os cuidadores dos idosos acompanhados pelo serviço de atendimento domiciliário são convocados à participarem do treinamento. A média de participantes é de dez cuidadores por turma.

Os objetivos do programa de treinamento foram os seguintes:

- desenvolver compreensão do envelhecimento como uma realidade biológica, psicológica e social;
- desenvolver conhecimentos sobre alterações normais e patológicas do envelhecimento;
- promover a aquisição de habilidades para cuidar de idosos dependentes nas atividades de vida diária;

- aumentar a probabilidade de que o cuidador valorize e pratique o autocuidado;
- desenvolver atitudes positivas em relação ao idoso e ao cuidado.

O conteúdo do programa (Quadro 2) foi distribuído em oito módulos, sendo que, para cada módulo, houve a participação de um dos profissionais da equipe interprofissional do CERESI para a explanação dos temas específicos. Como técnica de ensino foi utilizada a metodologia participativa, que propicia a presença do educando no aprendizado a partir das vivências como cuidador (KNOWLES, 1991; FREIRE, 1998).

No primeiro módulo era feita a apresentação das propostas de trabalho, a apresentação e integração dos participantes e levantamentos das necessidades e interesses dos cuidadores. Neste mesmo dia, os cuidadores participantes respondiam ao questionário (pré teste).

Na seqüência dos módulos do treinamento, os temas abordados foram: o processo do envelhecimento, doenças mais comuns na velhice e esclarecimentos sobre as afecções dos pacientes cuidados, temas esses explanados pelo médico. A prevenção de úlceras de decúbito, noções básicas sobre curativos, uso de sondas, administração de medicamentos, banho no leito foram abordados pela enfermeira com exposições teórico-práticas. Os temas sobre prevenção de deformidades, posicionamento correto no leito, mobilidade / imobilidade / incapacidade física, transferências, prevenção de quedas, dispositivos de ajuda e adaptações ambientais foram explanados pela fisioterapeuta com demonstrações práticas com a participação dos cuidadores. A fonoaudióloga abordou as dificuldades e estratégias na comunicação com o idoso e as disfunções do aparelho sensório-motor oral do idoso. Os aspectos nutricionais e orientações dietéticas foram discutidos pela nutricionista. A psicóloga, através de dinâmicas de grupo, abordou os sentimentos do cuidador e as alterações ocorridas na vida deste em função das atividades de cuidar.

No último módulo, com a participação da assistente social, foram discutidos os temas sobre os direitos do idoso, benefícios previdenciários, recursos e suporte sociais para os cuidadores. Os cuidadores responderam novamente o questionário (pós teste).

Quadro 2 – Programação do treinamento

Módulos	Temas	Profissionais envolvidos
1 ^o Toda equipe	proposta de trabalho e levantamento das necessidades e sugestões do grupo; - integração e apresentação dos componentes do grupo: nome, grau de parentesco com o idoso cuidado e demanda de cuidados.	
2 ^o módulo	- esclarecimento sobre o processo do envelhecimento; - abordagem sucinta sobre as doenças apresentadas; - esclarecimento de dúvidas.	Médico e enfermeira
3 ^o módulo	Exposição teórico-prática sobre: - higiene corporal (banho no leito, higiene oral, das unhas, dos cabelos e couro cabeludo); - prevenção de escaras; - noções básicas sobre curativos; - uso adequado de comadre e papagaio; - orientações sobre o tratamento medicamentoso; - eliminações/incontinências (urinária e fecal); - orientações sobre o uso de sondas.	Enfermeira e fisioterapeuta
4 ^o módulo	- mobilidade/ imobilidade / incapacidades físicas; - prevenção de quedas; - dispositivos de ajuda; - adaptações ambientais.	Fisioterapeuta e Enfermeira
5 ^o módulo	- abordagem do paciente com deficiência auditiva; - aspectos práticos do aparelho sensorio-motor oral do idoso.	Fonoaudióloga e enfermeira
6 ^o módulo	Dinâmica de grupo: - reflexão sobre as mudanças ocorridas na vida do cuidador em função do cuidado.	Psicóloga e enfermeira
7 ^o módulo	- aspectos nutricionais; - orientações sobre dietas especiais.	Nutricionista e enfermeira
8 ^o módulo	- direitos do idoso; - orientações sobre: aposentadorias, auxílio-doença, auxílio funeral, pensão por morte; - informações sobre os recursos sociais no município.	Assistente social e enfermeira

Pós teste

Ao final da última sessão do treinamento os sujeitos foram submetidos ao pós teste, que consistiu na aplicação do mesmo questionário aplicado no pré teste.

Seguimento

Houveram duas sessões de avaliação da manutenção dos efeitos do treinamento no primeiro e segundo seguimentos com aplicação do questionário. O primeiro realizado três meses e o segundo realizado seis meses após o pós teste, ambos realizados na casa do idoso durante as visitas domiciliares.

5. Análise estatística dos dados

Os dados foram submetidos a análise estatística, com a utilização de técnicas univariadas, dada a natureza dos dados e da amostra.

As respostas obtidas do questionário, instrumento utilizado no estudo, foram pontuadas em “um” e “zero” em cada item de cada domínio. O valor “zero” significava nenhuma melhora e o valor “um” significava alguma melhora.

Desta forma as análises dos domínios conhecimentos, habilidades e atitudes do cuidador e o item do domínio funcionalidade do idoso, referente a “necessidade de curativos” foram realizadas segundo a técnica de dados pareados, através da qual analisou-se o mesmo cuidador e o mesmo idoso em cada duas diferentes fases e apontou se havia melhora significativa ou não do pré para o pós teste, do pós teste para o seguimento 1 e do pós teste para o seguimento 2.

Para testar se a melhora foi significativa ou não, foi utilizado o teste t de Student com o grau de significancia estatística (para $p < 0,05$).

RESULTADOS

Os resultados foram obtidos da exploração das frequências de respostas nos quatro momentos de medida – pré, pós teste, primeiro seguimento e segundo seguimento.

Nos quatro momentos as respostas foram computadas item a item para cada um dos domínios considerados: conhecimentos, habilidades e atitudes.

O domínio de habilidades foi dividido em dois: cuidados básicos e mobilidade, para facilitar a descrição.

O domínio atitudes já havia sido planejado de modo a compor três categorias: bem estar do cuidador, sentimentos do cuidador em relação ao idoso e sentimentos do cuidador em relação a tarefa de cuidar.

O domínio funcionalidade do idoso só o item “necessita de curativos” é que foi submetido a teste de hipótese.

Foram desenvolvidos testes entre as diferenças observadas entre as frequências de relatos de melhora ou piora para cada item do questionário.

Os dados relativos à análise exploratória serão apresentadas em sete figuras e a avaliação das diferenças entre as medidas realizadas e o grau de significância estatística (para $p < 0,05$) serão apresentadas nas tabelas 3 a 8, abaixo relacionadas.

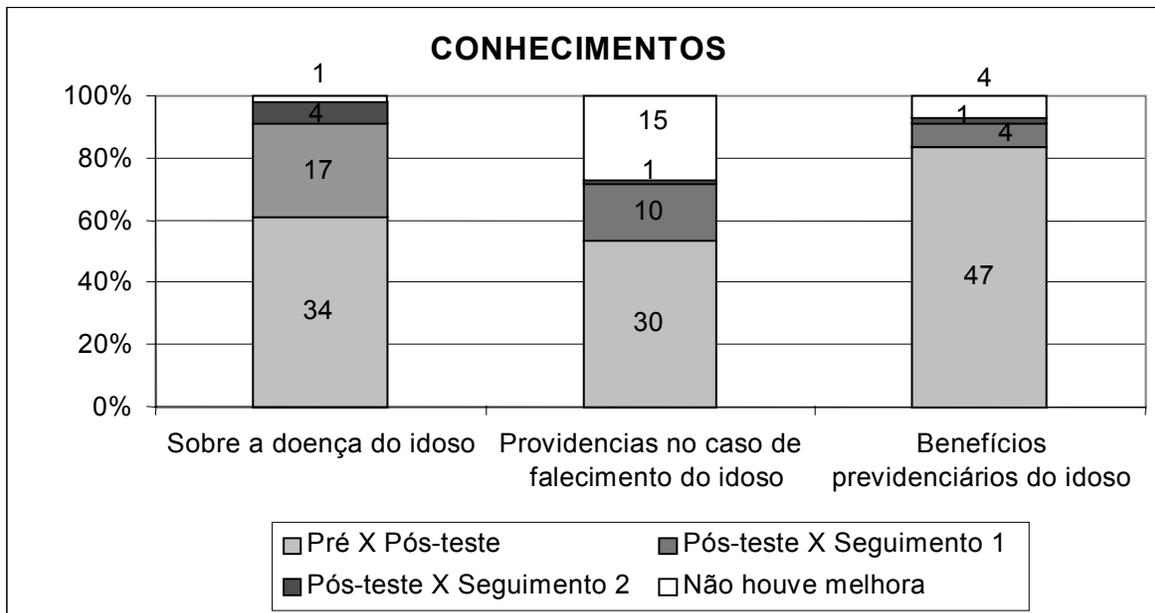


Figura 5 – Proporções de melhora de desempenho dos cuidadores entre o pré e o pós-teste, entre o pós-teste e o seguimento 1 e o pós-teste e seguimento 2, no domínio conhecimentos.

Tabela 3 – Resultados dos testes de significância das diferenças entre os desempenhos dos cuidadores nas três ocasiões de medida (pré X pós-teste; pós-teste X seguimento 1 e pós-teste X seguimento 2) no domínio conhecimentos.

CONHECIMENTOS		Diferenças		
		1 ^a	2 ^a	3 ^a
Sobre a doença do idoso	valor do teste t	-9,22	-4,33	-5,74
	valor-p	0,00*	0,00*	0,00*
Providências no caso de falecimento do idoso	valor do teste t	-7,97	-3,46	-3,67
	valor-p	0,00*	0,00*	0,00*
Benefícios previdenciários do idoso	valor do teste t	-16,95	-2,06	-2,32
	valor-p	0,00*	0,02*	0,01*

* p<0,05 = SIGNIFICATIVO

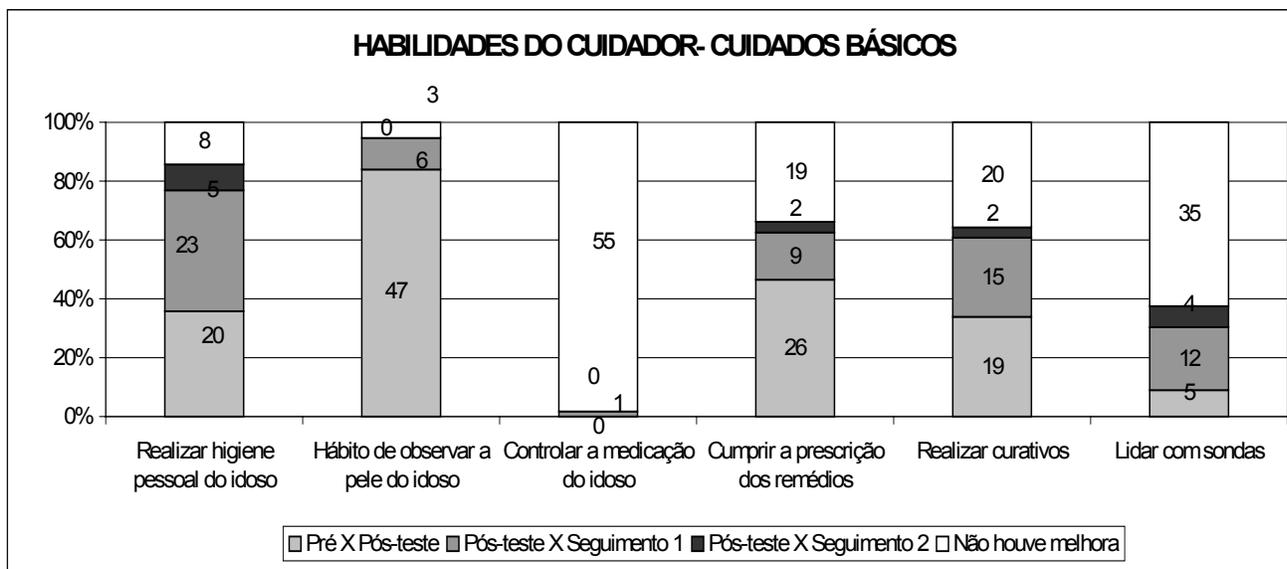


Figura 6 - Proporções de melhora de desempenho dos cuidadores entre o pré X pós-teste, entre o pós-teste e o seguimento 1 e entre o pós-teste e seguimento 2, no domínio habilidades - cuidados básicos.

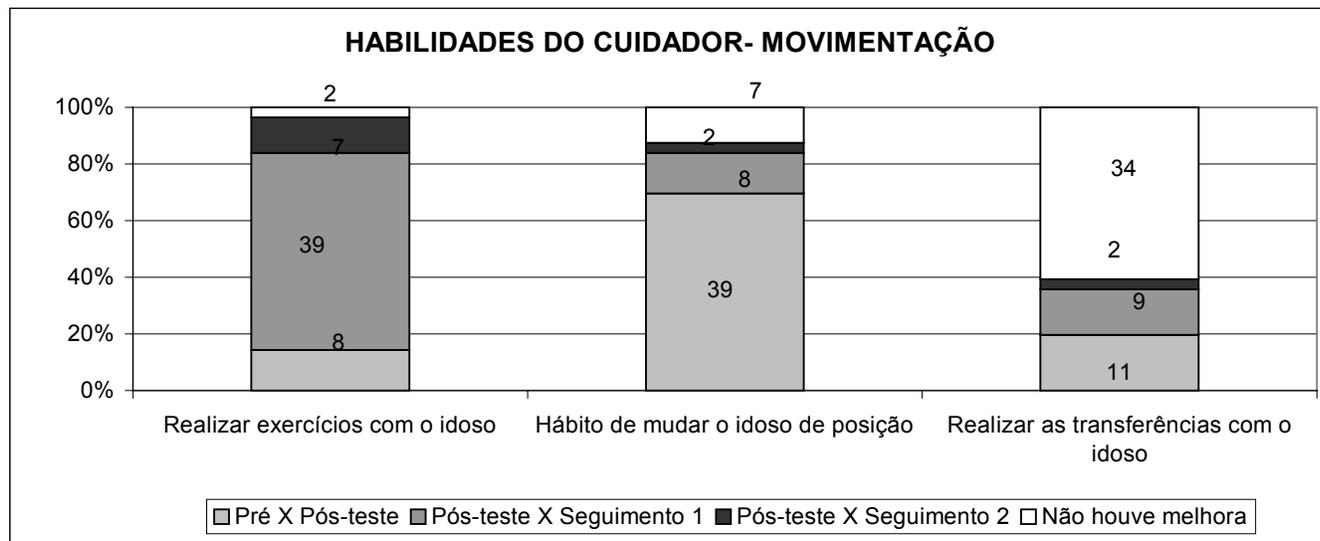


Figura 7 – Proporções de melhora de desempenho dos cuidadores entre o pré e o pós-teste, entre o pós-teste e o seguimento 1 e entre o pós-teste e o seguimento 2, no domínio habilidades - mobilidade.

Tabela 4 - Resultados dos testes de significância das diferenças entre os desempenhos dos cuidadores nas três ocasiões de medida (pré X pós-teste; pós-teste X seguimento 1 e entre o pós-teste X seguimento 2) no domínio habilidades.

HABILIDADES DO CUIDADOR		1 ^a dif	2 ^a dif	3 ^a dif
Realizar higiene pessoal do idoso	valor do teste t	-5,53	-5,56	-7,42
	valor-p	0,00*	0,00*	0,00*
Hábito de observar a pele do idoso	valor do teste t	-16,95	-2,57	-2,57
	valor-p	0,00*	0,01*	0,01*
Controlar a medicação do idoso	valor do teste t	1,43	-1,00	1,00
	valor-p	0,92	0,16	0,84
Cumprir a prescrição dos remédios	valor do teste t	-6,23	-2,18	-2,62
	valor-p	0,00*	0,02*	0,01*
Realizar curativos	valor do teste t	-4,73	-3,03	-4,90
	valor-p	0,00*	0,00*	0,00*
Lidar com sondas	valor do teste t	-1,66	-3,31	-4,69
	valor-p	0,05	0,00*	0,00*
Realizar exercícios com o idoso	valor do teste t	-3,03	-9,01	-15,91
	valor-p	0,00*	0,00*	0,00*
Mudar o idoso de posição	valor do teste t	-9,99	-2,43	-2,89
	valor-p	0,00*	0,01*	0,00*
Realizar as transferências com o idoso	valor do teste t	-3,10	-2,66	-3,67
	valor-p	0,00*	0,01*	0,00*

* $p < 0,05$ = SIGNIFICATIVO

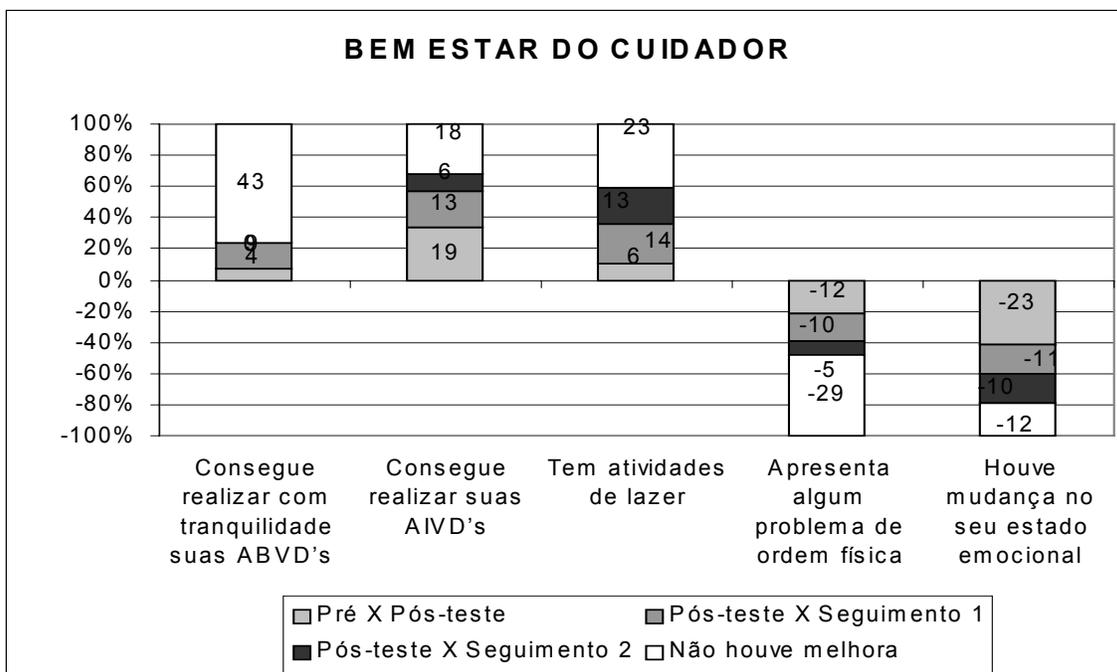


Figura 8 –Diferenças de desempenho dos cuidadores encontradas na 1ª diferença (pré e pós teste), na 2ª diferença (pós teste e seguimento 1) e na 3ª diferença (pós teste e seguimento 2) no domínio atitudes – bem estar do cuidador.

Tabela 5 – Resultados dos testes de significância das diferenças entre os desempenhos dos cuidadores nas três ocasiões de medida (pré X pós-teste; pós-teste X seguimento 1 e pós-teste X seguimento 2) no domínio atitudes – bem estar do cuidador.

BEM ESTAR DO CUIDADOR		Diferenças		
		1a	2a	3a
Consegue realizar com tranquilidade suas ABVD's	valor do teste t	0,00	-2,69	-2,20
	valor-p	0,50	0,00*	0,02*
Consegue realizar suas AIVD's	valor do teste t	-4,23	-2,63	-3,80
	valor-p	0,00*	0,01*	0,00*
Tem atividades de lazer	valor do teste t	-1,94	-3,72	-6,46
	valor-p	0,03*	0,00*	0,00*
Apresenta algum problema de ordem física	valor do teste t	-1,43	-1,30	-3,45
	valor-p	0,08	0,10	0,00*
Houve mudança no seu estado emocional	valor do teste t	-2,12	-2,12	-3,78
	valor-p	0,02*	0,02*	0,00*

* p<0,05 = SIGNIFICATIVO

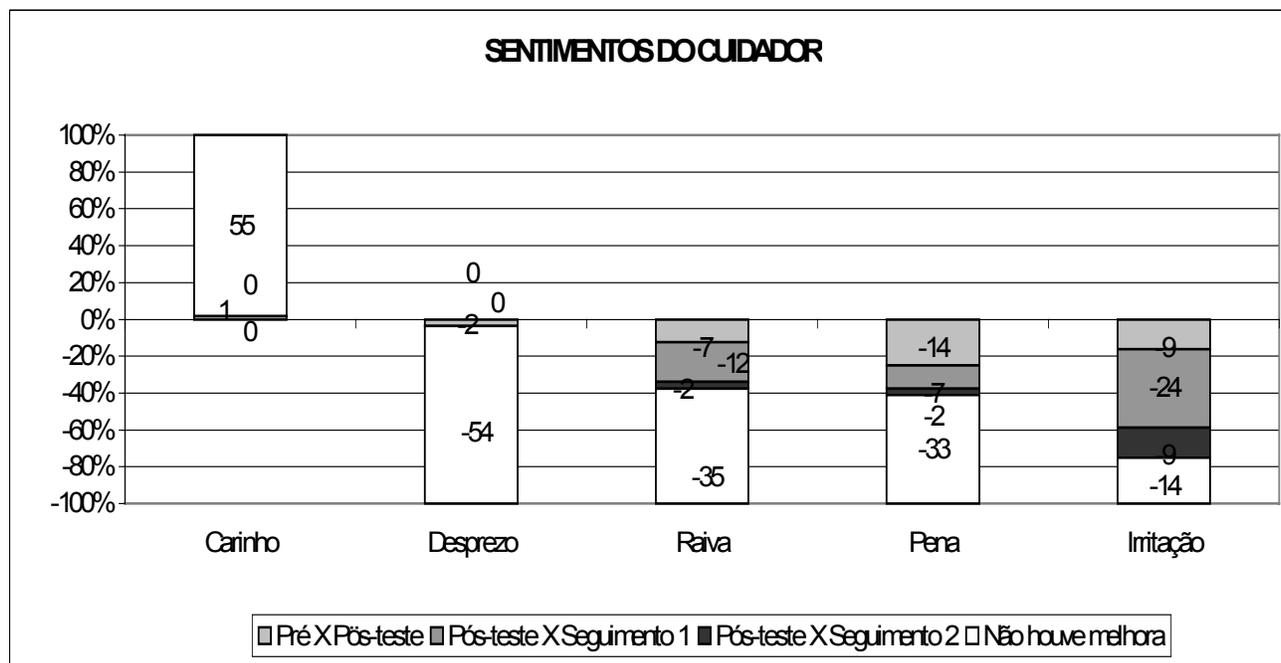


Figura 9 – Proporções de melhora de desempenho dos cuidadores entre o pré X pós-teste, entre o pós-teste X seguimento 1 e entre o pós-teste e seguimento 2 no domínio atitudes – sentimentos do cuidador com relação ao idoso.

Tabela 6 – Resultados dos testes de significância das diferenças entre os desempenhos dos cuidadores nas três ocasiões de medida (pré X pós-teste; pós-teste X seguimento 1 e pós-teste X seguimento 2) no domínio atitudes – sentimentos do cuidador com relação ao idoso.

SENTIMENTOS DO CUIDADOR COM RELAÇÃO AO IDOSO		Diferenças		
		1a	2a	3a
Carinho	valor do teste t	1,00	1,66	0,57
	valor-p	0,84	0,95	0,72
Desprezo	valor do teste t	-1,43	1,00	1,00
	valor-p	0,08	0,84	0,84
Raiva	valor do teste t	0,50	-2,84	-3,25
	valor-p	0,69	0,00*	0,00*
Pena	valor do teste t	-2,46	-0,57	-1,07
	valor-p	0,01*	0,28	0,14
Irritação	valor do teste t	0,44	-4,34	-8,00
	valor-p	0,67	0,00*	0,00*

* $p < 0,05$ = SIGNIFICATIVO

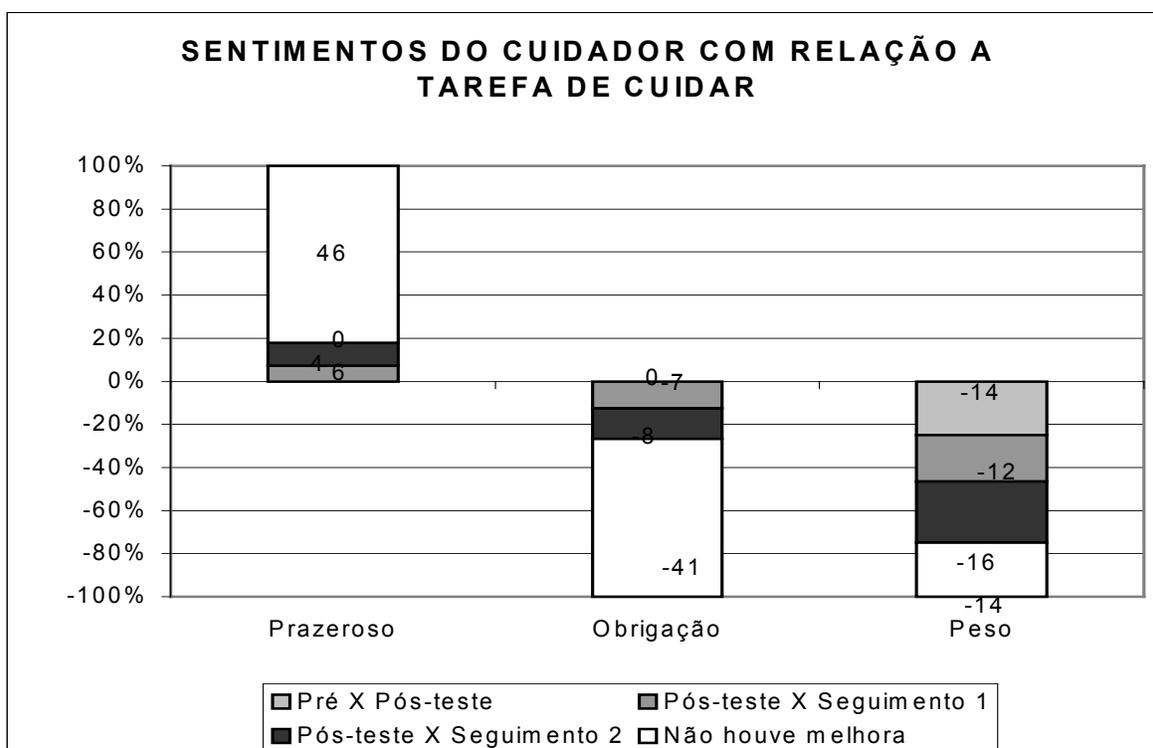


Figura 10 – Proporções de melhora de desempenho dos cuidadores entre o pré e o pós-teste, entre o pós-teste e o seguimento 1 e entre o pós-teste e o seguimento 2 no domínio atitudes – sentimento do cuidador com relação a tarefa de cuidar.

Tabela 7 – Resultados dos testes de significância das diferenças entre os desempenhos dos cuidadores nas três ocasiões de medida (pré X pós-teste; pós-teste X seguimento 1 e pós-teste X seguimento 2) no domínio atitudes – sentimentos do cuidador com relação a tarefa de cuidar.

SENTIMENTOS DO CUIDADOR COM RELAÇÃO A TAREFA DE CUIDAR		Diferenças		
		1 ^a	2 ^a	3 ^a
Prazeroso	valor do teste t	2,32	0,00	-0,30
	valor-p	0,99	0,50	0,38
Obrigação	valor do teste t	2,80	-1,69	-1,94
	valor-p	1,00	0,05	0,03*
Peso	valor do teste t	0,18	-2,42	-3,22
	valor-p	0,57	0,01*	0,00*

* p<0,05 = SIGNIFICATIVO

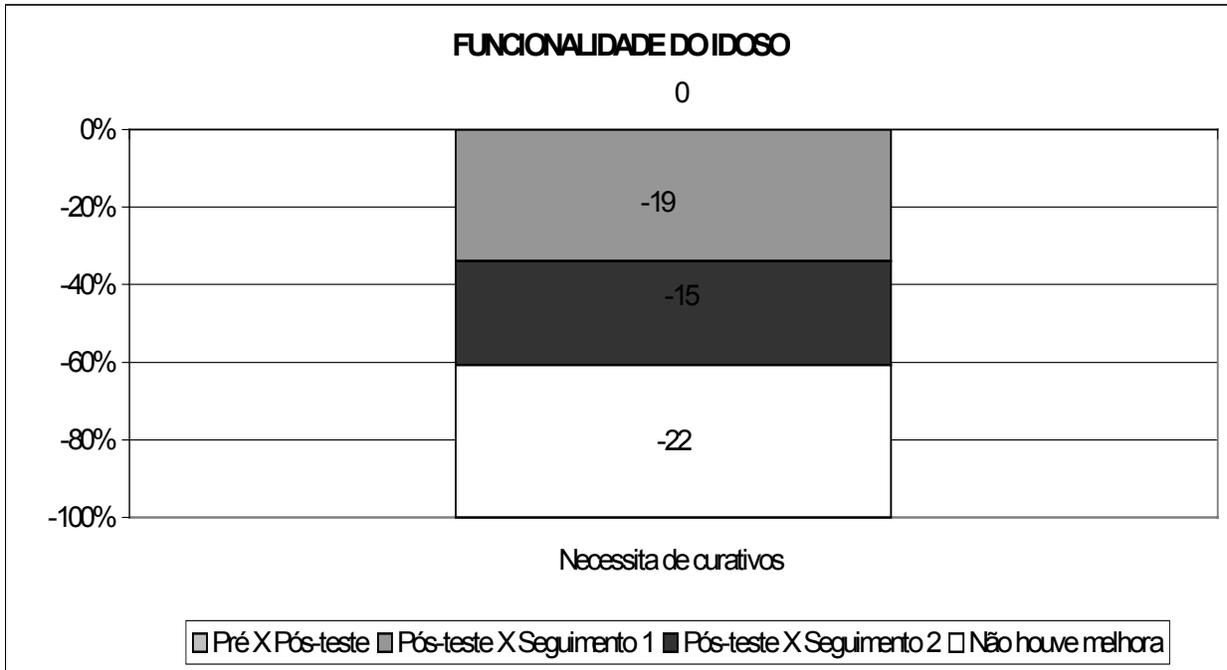


Figura 10 – Proporções de melhora de desempenho dos cuidadores entre o pré e o pós-teste, entre o pós-teste e o seguimento 1 e entre o pós-teste e o seguimento 2 no domínio funcionalidade do idoso.

Tabela 8 – Resultados dos testes de significância das diferenças entre os desempenhos dos cuidadores nas três ocasiões de medida (pré X pós-teste; pós-teste X seguimento 1 e pós-teste X seguimento 2) no domínio funcionalidade do idoso.

FUNCIONALIDADE DO IDOSO		Diferenças		
		1 ^a d	2 ^a	3 ^a
Necessita de curativos	valor do teste t	0,99	-4,20	-8,52
	valor-p	0,84	0,00*	0,00*

* p<0,05 = SIGNIFICATIVO

DISCUSSÃO

Com este estudo pretendeu-se demonstrar os efeitos de um programa de treinamento sócio-educacional oferecido a cuidadores familiares de idosos de alta dependência em situação de atendimento domiciliário. Acreditamos que ele possa contribuir para o conhecimento numa área carente de dados no Brasil, a do cuidado familiar a idosos dependentes e, especificamente, aos resultados de modelos de suporte oferecidos às pessoas que convivem com esta realidade.

O grupo de familiares envolvidos foi parecido aos de outras pesquisas veiculadas na literatura nacional e internacional, quanto aos seguintes aspectos: era constituído principalmente por mulheres, que eram esposas ou então filhas dos idosos que eram alvo de cuidados, ou seja, pertenciam à mesma geração ou à geração imediatamente subsequente, eram idosas ou estavam na meia-idade (SILVERSTEIN e LITWAK, 1993).

Segundo FELGAR (1998) pessoas idosas cuidam de pessoas idosas, o que deve sinalizar para que programas de seguimentos, após a alta hospitalar, estejam voltados para o binômio paciente/cuidador e para que os programas de saúde pública, reconheçam a importância de se intervir na saúde do cuidador familiar de idosos fragilizados ou dependentes, principalmente considerando que ela pode ser prejudicada pelo exercício cotidiano e do longo tempo de cuidado.

Os dados indicaram um alto índice de cuidadores que não trabalham fora de casa. Esses números replicam tendências nacionais (RAMOS e col.,1991) segundo as quais o cuidador desempenha papéis instrumentais, quer nas próprias famílias como donas de casa e/ou cuidadoras potenciais ou reais dos maridos e outros parentes idosos, quer nas famílias dos seus filhos como, por exemplo, afazeres domésticos ou no cuidado com as crianças.

No que concerne a moradia, 96% dos sujeitos moravam no mesmo domicílio que o idoso. Isto também confirma a maioria dos estudos e de acordo com FELGAR (1993) em pesquisa com idosos com seqüela de AVC, 85% dividiam o quarto, principalmente com o cuidador e, eventualmente, com outras pessoas.

Segundo POOLE (1992), STOLLER e PUGLIESI (1989), a coabitação é geralmente considerada como uma característica central, pelo menos em termos de definição de prioridades e de obrigação. As conseqüências para o cuidador, ao dividir uma casa com uma pessoa idosa dependente, são aquelas que o coloca em contato constante

com as tarefas envolvidas, o que é de fundamental importância para se entender como a vida particular desse cuidador é restringida ao longo do tempo.

No estudo realizado por SILVA e NERI (1993), as vantagens mencionadas pelos familiares quanto a ter o idoso morando em sua companhia foram: afetivas (27%), companhia (26%), ajudar a cuidar de crianças (17%), ajudar nos afazeres domésticos (16%) e facilitar a prestação de assistência ao idoso (14%). Quanto às desvantagens apontadas pelo familiar quanto a ter o idoso morando em sua companhia, pouco mais da metade, ou seja, 52% responderam que não há nenhuma. Entre os que responderam afirmativamente, apareceram motivos tais como: choque de gerações, falta de privacidade, aspectos econômicos.

A respeito de receber ou não ajuda de outra pessoa nos cuidados com o idoso, 61% dos cuidadores relataram receber ajuda de outra pessoa. Tais informações não confirmam tendências verificadas em pesquisas internacionais, nas quais, de um modo geral, a demanda de cuidados recai sobre um único membro da família, o cuidador primário, que acaba por dividir-se entre as responsabilidades profissionais, conjugais, sociais e familiares. SILLIMAN e STERNBERG, 1988; STOLLER, 1990). Possivelmente, este resultado se deve ao fato do CERESI ter entre suas atribuições, programas de treinamentos com cuidadores voluntários de idosos. Esses cuidadores voluntários treinados oferecem ajuda aos cuidadores familiares em determinadas situações de necessidade.

Segundo CARTWRIGHT e SMITH (1987), nos Estados Unidos a técnica mais usada em pesquisa com cuidadores é a entrevista, aplicada por telefone, por via postal ou face-a-face, sendo este o melhor formato, apesar de implicar em mais gastos e mais tempo. Uma das desvantagens do uso da entrevista por telefone é que, obviamente, pessoas sem telefone não poderão ser incluídas na amostra. Já nas entrevistas postais, a grande desvantagem é o número pequeno de respostas devolvidas. Na maioria dos relatos a taxa média de respostas não ultrapassa 60%, embora alguns estudos que utilizaram protocolos postais tenham revelado percentuais de respostas mais expressivas.

Levando-se em conta essas considerações deu-se preferência a técnica de entrevista face-a-face. Os assuntos abordados nas entrevistas foram os domínios conhecimentos, habilidades e atitudes, referentes ao cuidado com o idoso.

O primeiro, que é alvo mais costumeiro de intervenção em qualquer área, refere-se a desempenhos de natureza verbal, que a literatura educacional descreve como “saber dizer.” Embora seja importante ser capaz de lembrar; saber discorrer sobre um dado tema; reconhecer informações, dar exemplo de suas aplicações, analisá-las, sintetizá-las e avaliá-las, tarefas essas que pertencem ao âmbito cognitivo da instrução, o seu desempenho não é garantia de que a pessoa seja capaz de fazer aquilo a respeito do qual é capaz de falar. Assim, “saber fazer” é outro domínio da instrução. São as habilidades, cuja aprendizagem, manutenção e aperfeiçoamento dependem de treinamento específico, comumente processado através de instruções, repetição, imitação e monitoramento dos desempenhos do aprendiz pelo seu treinador. Tanto a aprendizagem de conhecimentos quanto de habilidades dependem do interesse e do envolvimento do aprendiz, os quais por sua vez são influenciados por fatores afetivos, expectativas, crenças e valores, que funcionam como predisposições para os desempenhos verbais e motores. Este é o domínio mais exigente para o treinador, porque envolve aspectos do comportamento do aprendiz que são de difícil observação. Para serem bem sucedidos, os programas de treinamento devem levar em conta os três aspectos (BLOOM, 1973).

A metodologia utilizada no programa de treinamento sócio-educacional levou em conta que os cuidadores eram adultos, já com uma história de vivências e aprendizagens que não poderiam ser ignoradas, sob pena de não se conseguir sua adesão. Por este motivo foi preferido um modelo participativo que exigiu a participação ativa dos educandos no aprendizado, na definição das metas do programa, do ritmo e da seqüência da aprendizagem que se processou a partir de suas vivências como cuidador. Este modelo é o mais indicado no processo educacional de indivíduos adultos como relata KNOWLES (1991).

SILVA e NERI (1993) descrevem que o benefício potencial de iniciativas de suporte familiar, sob a forma de intervenções psico-educacionais, parece ser considerável, ainda mais se levar em conta a carência de outras fontes de suporte. Se as intervenções forem planejadas a partir de diagnósticos das necessidades e interesses de grupos específicos, elas podem atender também à prevenção e ao controle de conflitos, incompatibilidades, depressão, perda de auto-estima e senso de significado pessoal para ambas as partes envolvidas.

No domínio conhecimentos foram estatisticamente significativas as diferenças de desempenho nos quatro momentos de medida e em todos os itens considerados. Isto demonstra que os cuidadores conseguiram ter um ótimo aproveitamento das informações a respeito dos direitos do idoso e sobre as doenças dos idosos cuidados. Este fato vai de encontro às necessidades relatadas pelos familiares em várias pesquisas (KARSCH e col., 1998; PAVARINI e NERI,2000; SILVA e NERI,1993).

O seu aproveitamento pode ser explicado pela necessidade de informações que os cuidadores familiares apresentam a respeito das doenças, como por exemplo: o que é a doença, como evolui, que sintomas são “normais” e o que fazer nas emergências. Esses assuntos são de extremo interesse aos cuidadores que se dedicam aos idosos, uma vez que pertencem a áreas muito sensíveis das suas relações com os idosos e com a situação de cuidado. O domínio dessas informações pode ajudá-los a tomar decisões, a efetivar medidas práticas e a buscar mais informações, contribuindo para o seu equilíbrio emocional e para a qualidade dos cuidados e bem-estar do idoso.

O outro item também contemplado neste domínio foi de informações a respeito dos assuntos previdenciários e direitos do idoso, temas sobre os quais existe grande carência de informação. Realmente são poucos os adultos e idosos capazes de defender os seus direitos. Conhecê-los é o primeiro passo para tanto, que pode acionar o exercício e o aperfeiçoamento constante de exercer a cidadania. No âmbito imediato, o conhecimento sobre os direitos comumente auxilia as pessoas a tomar decisões e a atuar de forma mais eficaz sobre o ambiente.

O tratamento relativo a habilidades, especificamente os itens higiene pessoal do idoso, observar a pele, cumprir a prescrição dos remédios e realizar curativos, bem como as de cuidar da mobilidade do idoso, mostrou-se eficaz logo no pós teste. Seus efeitos se mantiveram e se ampliaram nos seguimentos, o que confirma a eficácia do treinamento em promover mudanças de comportamento duradouras e de estimular os seus sujeitos a continuar seu processo de auto-aprendizagem. Este efeito é sugerido inclusive pelo desempenho da habilidade de manejar sondas, cujo incremento revelou-se três meses depois de encerrado o treinamento, ou seja, no primeiro seguimento. Este é um indicador que a prática constante, a auto-observação e as conseqüências diretas do “saber fazer” são importantes elementos na modificação dos comportamentos. O desempenho administrar

medicação não foi afetado pelo treinamento, isto porque os cuidadores não deixaram de realizar esta tarefa, este fato pode ser justificado pelo alto grau de dependência do idoso.

O sucesso desse aspecto do treinamento reflete basicamente o grande envolvimento dos cuidadores gerado pelas necessidades criadas pela dependência dos idosos. De fato, são inúmeras e variadas as dificuldades que os cuidadores enfrentam no dia-a-dia com idosos dependentes e é grande a carência de informações a respeito de como facilitar ou otimizar as tarefas de cuidado. A melhora verificada neste domínio está diretamente relacionadas às conseqüências imediatas e palpáveis acarretadas pelos desempenhos dos cuidadores na rotina da prática do cuidado e provavelmente decorre das táticas adotadas no treinamento, que enfatizou as relações do cuidado com o bem-estar dos idosos e com a facilitação das tarefas para o cuidador.

Segundo PAVARINI e NERI (2000), as atitudes são indicadas por desempenhos cognitivos, afetivos e motores tais como: a) auto-relatos sobre crenças, sentimentos e ações; b) realização de ações observáveis; de natureza verbal e verbal-motora em relação ao objeto, por exemplo: a execução de tarefas de cuidado, incluindo dar instruções e auxiliar em atividades de auto-cuidado); c) reações a estímulos parcialmente estruturados ou a interpretação deles, quando implicam no objeto da atitude; d) reações fisiológicas típicas dos estados emocionais ao objeto ou a representações do objeto.

No domínio atitudes foram considerados três sub-domínios: bem estar do cuidador, sentimentos do cuidador com relação ao idoso e sentimentos do cuidador com relação a tarefa de cuidar porque são aspectos que a literatura sobre cuidados enfatiza como relevantes ao bem estar físico e mental dos cuidadores, e assim, relevantes ao bem estar dos idosos. No que se refere ao bem estar do cuidador o item “consegue realizar com tranqüilidade suas atividades básicas de vida diária” , só ocorreu alteração do primeiro seguimento em diante. De acordo com BEACH (1993), independentemente do gênero, os cuidadores rapidamente deixam de lado seus cuidados pessoais para realizar tarefas de cuidar. Para POOLE (1992), a essência do cuidar reside na relação de obrigação e de responsabilidade pela pessoa que está dependente e usualmente envolve proximidade e intimidade

Mesmo com essas afirmações encontradas na literatura, podemos observar que os cuidadores começaram a dar um pouco mais de importância ao auto cuidado, mas, ainda

precisaram de um tempo maior para elaborarem as orientações. Pode ser que eles foram sensíveis às instruções da importância do autocuidado ou também, com a melhora nos conhecimentos e nas habilidades de cuidar eles tenham ganho em bem estar pessoal, refletindo em maior tranquilidade e em maior disponibilidade para si próprios.

Quanto as atividades instrumentais de vida diária, as atividades de lazer e mudança no estado emocional, surgiram melhoras já desde o pós teste e continuaram nos seguimentos. É de se esperar que os cuidadores dêem uma importância maior àquelas atividades que fazem parte da rotina de cuidados, como por exemplo: cozinhar, fazer compras, limpar a casa. O este resultado quanto as atividades de lazer, talvez seja, por acontecer fora do horário de maior dedicação dos sujeitos nas tarefas de cuidado com o idoso, sendo que alguns sujeitos relataram que a atividade de lazer predominante era assistir televisão. Com relação a mudança do estado emocional também acontecendo logo após o treinamento, significa a importância deste apoio formal oferecido aos cuidadores. VITALINO, YOUNG e RUSSO (1991) relatam que a saúde mental de alguns cuidadores pode melhorar, o que seria um indicador de adaptação à situação. Não se sabe se eles em princípio já seriam pessoas mais fortes fisicamente e dispõem de mais recursos pessoais para lidar com os sentimentos e as situações de cuidado ou se teriam desenvolvido habilidades de auto-regulação ao longo do processo.

Já quanto aos problemas de ordem física, segundo os resultados, a melhora só aconteceu no segundo seguimento, ou seja, seis meses após o término do treinamento. Em se tratando de cuidadoras idosas ou já entrando no processo de envelhecimento, é compreensível que tenham algumas queixas referentes a saúde física. A melhora pode ser justificada pelas orientações dadas durante o treinamento, a respeito de posturas corretas durante as atividades, a correção de rotinas que provocam maior desgaste físico, bem como a valorização do autocuidado.

Nas categorias sentimentos do cuidador com relação ao idoso, os itens carinho, que foi muito mencionado pelos cuidadores, e desprezo, que era de baixa frequência, não apresentaram alterações. Possivelmente essas respostas são em grande parte determinadas pela cultura dos cuidadores. O sentimento de carinho é visto como uma relação de afeto, dever de reciprocidade e de amor; já o desprezo não é valorizado socialmente. A raiva e a

irritação, sentimentos comuns nos períodos estressantes do processo de cuidar, apresentaram melhora nos seguimentos.

Há evidências de pesquisas de que os sentimentos do cuidador são eventos multideterminados por numerosas variáveis, dentre elas o apoio de recursos formais e informais disponíveis (VITALINO, YOUNG e RUSSO, 1991).

Quando comparado com outras pesquisas sobre cuidadores de idosos (FELGAR, 1998), onde os cuidadores em sua maioria não recebiam apoio formal nenhum, o sentimento de raiva aumentava no período de um ano, interpretado como um aumento contínuo das dificuldades no cuidado com o idoso, no relacionamento e nas relações de poder entre paciente e cuidador.

ALBERT (1990), analisando as interpretações dos cuidadores a respeito das atitudes sobre a dependência dos idosos e a obrigação de cuidar deles, sugere que os cuidadores que vêem o cuidar como um dever de reciprocidade, tendem a identificar seus familiares idosos como doentes e em declínio biológico. Por outro lado, os cuidadores que vêem sua obrigação como uma consequência de laços afetivos, tendem a perceber a dependência do idoso como uma regressão à infância e a tratá-los como crianças.

BARROS PINTO (1996) comparou as concepções e expectativas de velhice e cuidado entre três grupos etários e geracionais de imigrantes japoneses e seus descendentes no Brasil. Verificou através de entrevistas que os três grupos aceitam a dependência como algo sofrido e temido, porém natural no curso de vida. Além disso todos apontaram a dependência física como ruim e elegem a família como o lugar do cuidado. A aceitação da dependência e do cuidado pelos filhos é considerada como virtude associada à sabedoria. O processo de educação na família é apontado como o principal, senão único meio de preservação dos valores culturais tradicionais do grupo.

Podemos observar que as respostas encontradas no domínio atitudes, também, tiveram resultados bastante positivos após o treinamento. De acordo com GATZ, BENSTON e BLUM (1990), os programas sócio-educacionais para cuidadores familiares de idosos são basicamente classificados em dois tipos. O primeiro tem como objetivo a informação sobre os conhecimentos e habilidades sobre o cuidado em saúde e o segundo tem como objetivo criar um espaço para a troca de sentimentos e experiências; ainda

existindo a possibilidade de mesclar os dois tipos de programas, como foi feito nesta pesquisa.

O programa realizado neste estudo procurou oferecer tanto as informações teóricas e práticas a respeito do cuidado em saúde, como também propiciou um espaço para que os cuidadores tivessem a oportunidade de conhecer outros cuidadores e que pudessem relatar suas dificuldades, seus conflitos, trocando experiências entre eles.

Somando-se os resultados dos domínios conhecimentos, habilidades e atitudes dos cuidadores com os resultados do domínio funcionalidade do idoso, podemos verificar os efeitos do treinamento diretamente relacionado a qualidade de cuidados prestados ao idoso.

Segundo PORELL e CARO (1998), a presença de úlceras de decúbito é um dos indicadores de má qualidade do cuidado prestado aos idosos. De acordo com esse estudo, no domínio funcionalidade do idoso, o item necessita de curativos, os idosos que no pré teste necessitavam de curativos, a maioria apresentou melhora significativa a partir do primeiro seguimento, ou seja, deixaram de necessitar de curativos após três meses do término do treinamento. Este período pode ser justificado pelo tempo necessário para a recuperação e/ou cicatrização dos ferimentos. O que devemos salientar é que, nenhum idoso começou a necessitar de curativos após o início e durante o estudo.

Do ponto de vista metodológico, este estudo procurou avançar principalmente em alguns pontos que já foram alvo de críticas na literatura internacional, como relatam ZARIT, REEVER e BATH-PETERSON (1980); TOSELAND e ROSSITER (1989); GATZ, BENSTON e BLUM (1990); WTITLATCH, ZARIT e VON EYE (1991); SILVA e NERI (1993):

- Composição do grupo de cuidadores de forma mais homogênea, não só em relação à doença e ao grau de parentesco, como também no que diz respeito aos indicadores do grau de ônus e de senso de bem-estar antes e após o tratamento;
- Intervenções planejadas a partir do diagnóstico das necessidades dos sujeitos;
- Otimização de estudos de seguimento no sentido de verificar se as medidas se mantinham ao longo do tempo enfocando tanto as dimensões emocionais e sociais como a demanda de tarefas;

CONCLUSÃO

Tendo em vista os dados obtidos no presente estudo, podemos concluir que:

- As mudanças ocorridas nos domínios conhecimentos, habilidades e atitudes dos cuidadores contribuíram para a melhora significativa da qualidade dos cuidados prestados aos idosos e também de forma geral para o equilíbrio emocional dos cuidadores;
- A melhora encontrada no domínio funcionalidade do idoso é diretamente relacionada com a melhora da qualidade de cuidados prestados aos idosos;
- Este tipo de treinamento associado ao atendimento domiciliário forma uma parceria que configura a estratégia mais atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional dos idosos que se encontram na condição de dependência;
- A metodologia aplicada mostrou-se bastante eficaz tendo em vista os resultados positivos dos efeitos de programas de treinamentos oferecidos a cuidadores familiares de idosos dependentes;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADIKINS, H.R.E. Quality of life after stroke: exposing a gap in nursing literature. **Rehabil Nurs**; 18: 144-147; 1993.
2. ALBERT, S.M. Cognition of caregiving tasks: Multidimensional scaling of the caregiver task domain. **The Gerontologist.**; 31(6):726-734; 1990.
3. BARER, B.M.; JOHNSON, C.L. A critique of caregiving literature. **The Gerontologist.**; 30(1): 26-29; 1990.
4. BEACH, D.L. Gerontological caregiving: analysis of family experience. **Journal of Gerontological Nursing**; 1991(2):35-41; 1993.
5. BLOOM, B.S. **Taxonomia de los objetivos de la educacion. La classificacion de las metas educacionales.** Buenos Aires: Editora el Ateneo, 3^a Edição; 364 pags; 1973.
6. CATANACH, L.; TEBES, J.K. The Nature of elder impairment and its impact on family caregiver's health and psychosocial functioning. **The Gerontologist.**; 31(2): 246-255; 1991.
7. CARTWRIGHT, A.; SMITH, C. Identifying a sample of elderly people by a postal screen. **Age and Ageing.**; 16: 119; 1987.
8. CHOI, H. Cultural and noncultural factors as determinants of caregiver burden of the impaired elderly in South Korea. **The Gerontologist.**; 33(1): 8-15; 1993.

9. D'ANGELO, A.M. Effectily Managing the Elderly Client in the Community. In: ZANG, S.; ALLENDER, J.A. (eds.) **Home Care of the Elderly**. Lippincott. Philadelphia, New York, Baltimore; 1: 3-16; 1999.
10. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Ministério da Saúde, Portaria no. 1.395 de 09 de dezembro de 1999.
11. DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. (orgs.). **Atendimento Domiciliar - Um Enfoque Gerontológico** , Atheneu, São Paulo. 2000 (no prelo).
12. FELGAR, J.A.S. Uma expressão da linguagem numérica. In: KARSCH, U. M. S. (org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. EDUC, São Paulo; pp.47-85; 1998.
13. FLOREZ GARCIA, M. Escalas de valoración funcional. Aplicaciones, características y criterios de selección. **Rehabilitación**. vol.28, n.6, pp.373-376; 1994.
14. FREIRE, P. (ed). **Pedagogia do Oprimido**, 25^a ed. Paz e Terra São Paulo. 1998.
15. GATZ, M.; BENGSTON, V.L.; BLUM, M.J. Caregiving families. In: BIRREN, J.E.; WARNER SCHAIE, K. (eds.). **Handbook of the psychology of aging**. 3^a ed. San Diego: Academic Press. 1990.
16. GRANGER, C.V.; ALBRECHT, G.L.; HAMILTON, B.B. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by pulses Profile and the Barthel Index. **Arch Phys Med Rehabil.**; 60: 145-54; 1979.
17. KALACHE, A.; GRAY, J.A.M. Health problems of older people in the developing word. In: PATHY, M.S.T. (ed.) **Principles and Practice of Geriatric Medicine**, John Wiley & Sons, Chichester, p.1279; 1985.

18. KANE, R.L.; KANE, R.A. Health care for older people: Organizational and policy issues. In: BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L. K. (eds.) **Handbook of aging and social sciences**, 3^a d. San Diego Academic Press. 1990.
19. KATZ, S. et al.. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**; 185(12): 914-919; 1963.
20. KARSCH, U.M.S. (org.) **Envelhecimento com Dependência: revelando cuidadores**, EDUC, São Paulo. 1998.
21. KEMP, B.J.; MITCHELL, J. Functional assessment in geriatric mental health. In: BIRREN, J.E.; BRUCE SLOANE, R.; . COHEN, G.D. **Handbook of mental health and aging**. San Diego: Academic Press. 1992.
22. KNOWLES, R.L. **The adult. The neglected learner**. New York: Pergamon Press. 1990.
23. LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist.**; (9): 179-186; 1969.
24. MENDES, P.B.M.T. **Cuidadores – heróis anônimos do cotidiano**. São Paulo. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica; 1995.
25. 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**, Papirus, Campinas.; 237-285; 1993.

26. NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. (orgs.) **Atendimento Domiciliário – Um Enfoque Gerontológico**. Atheneu, São Paulo, 2000 (no prelo).
27. NUEVA ESPANA, E.B. Assesment of the Elderly Client at Home. In: ZANG, S.; ALLENDER, J.A. (eds.) **Home Care of the Elderly**. Lippincott. Philadelphia, New York, Baltimore; 3:34-56; 1999.
28. OLIVEIRA, A.L.R. **Doença de Alzheimer e a tarefa de cuidar de idosos**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP. 1993.
29. PAPALÉO NETTO, M.; TIEPPO, A. Modelo de Assistência Domiciliária do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M..J.D. (orgs.). **Atendimento Domiciliário - Um Enfoque Gerontológico**. Atheneu, São Paulo, 2000 (no prelo).
30. PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J.R. Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In: PAPALÉO NETTO, M. (org.) **Gerontologia**, Atheneu, São Paulo; 03-12; 1996.
31. PERRACINI, M.R. **Análise Multidimensional de Tarefas Desempenhadas por Cuidadores Familiares de Idosos de Alta Dependência**. Campinas. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. 1994.
32. PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO NETTO, M. (ed.). **Gerontologia** . Atheneu, São Paulo; 313-323; 1996.

33. PAVARINI, S.C.I.; NERI, A.L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. (orgs.). **Atendimento Domiciliário: Um Enfoque Gerontológico**. Atheneu, São Paulo. 2000 (no prelo).
34. PINTO, M.E.B. **Concepções de velhice e cuidado em três gerações de origem nipo brasileira**. Campinas. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. 1996.
35. POOLE, B. Caregiving and stress. In: **International Course on Public Health Implications on Aging**, London. 1992.
36. RAMOS, L.R. A Explosão Demográfica da Terceira Idade no Brasil: uma Questão de Saúde Pública. **Gerontologia**; 1 (1): 3-8; 1993.
37. SILVA, E.B.N.; NERI, A.L. Questões geradas pela convivência com idosos: Indicações para programas de suporte familiar. In: NERI, A.L. (org) **Qualidade de Vida e Idade Madura**, Papyrus, Campinas; 213-236; 1993.
38. SILVERSTEIN, M.; LITWAK, E. A task specific typology of intergeracional family structure in later life. **The Gerontologist**; 33(2): 258-269; 1993.
39. SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**, 7^a ed. Koogan, vol. 4, Guanabara, 1994.
40. STEPHENS, M.A.P. Social relationships as coping resources in later-life families. In: STEPHENS, M.A.P. et al. (eds.). **Stress and coping in later-life families**. Washington: Hemisphere. 1990.

41. STEPHENS, M.A.P.; FRANKS, M.M. Intergenerational relationships in later-life families: adult daughters and sons as caregivers to aging parents. In: CAVANAUGH, J.C.; WHITBOURNE, S.K. (eds.) **Gerontology: an interdisciplinary perspective**. Oxford University Press. New York. 1999.
42. STONE, R.J.; MURTAUGH, C.M. The elderly population with chronic functional disability: implications for home care eligibility. **The Gerontologist**. 30:491; 1990.
43. STONE, R.; CAFFERATA, G.; SANGL, J. Caregivers of the frail elderly: a national profile. **The Gerontologist**. (27)5: 616-626; 1987.
44. TOBIN, N. Home Care. In: YOSHIKAWA, T.T.; COBBS, E.L.; BRUMMEL-SMITH, K. (eds.) **Practical Ambulatory Geriatrics**. 2^a ed. 1998.
45. TOSELAND, R.W.; ROSSITER, C.M. Group Interventions to Support Family Caregivers: A review and analysis. **The Gerontologist**,. 29: 438-448; 1989.
46. VERAS, R.P. (ed.). **País jovem com cabelos brancos: A saúde do idoso no Brasil** Relume Dumará, UERJ, Rio de Janeiro. 1987.
47. VITALINO, P.P.; YOUNG, H.M.; RUSSO, J. Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. **The Gerontologist**. 31(1),pp67-75; 1991.
48. WHITLATCH, C.J.; ZARIT, S.H.; VON EYE, A. Efficacy of Interventions with Caregivers: a Reanalysis. **The Gerontologist**. (31)1: 9-14; 1991.
49. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The use of epidemiology in the study of the elderly**. Genova (Technical Report, 706). 1984.

50. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health of elderly**. Genova (Technical Report, 779). 1989.
51. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cerebrovascular diseases: prevention, treatment and rehabilitation. Tech. Reports Series, 469, Geneve,1971. **Stroke**. Supplement II, 4-5. 1989.
52. YUASO, D.R.; SGUIZZATTO, G.T. Modelos de Atendimento Domiciliário ao Idoso . In: DUARTE, Y.AO.; DIOGO, M..J.D. (orgs.) **Atendimento Domiciliário – Um Enfoque Gerontológico**, Atheneu, São Paulo. 2000 (no prelo).
53. ZARIT, S.H.; REEVER, K.E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. **The Gerontologist** . (20): 649-655; 1980.
54. ZARIT, S.H. Interventions with frail elders and their families: are they effective and why? In: STEPHENS, M.A. et al. (eds.). **Stress and coping in later-life families**. Washington: Hemisphere. 1990.

ANEXO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE GUARULHOS
CENTRO DE REFERÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO - CERESI
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA AO IDOSO - SADI

QUESTIONÁRIO DO CUIDADOR

I - Identificação do Cuidador

Nome:.....Sexo:.....

Idade:Data de Nasc.:/...../..... Estado civil:

Grau de Parentesco: Ocupação:

Atividade Profissional:

II - Identificação do Paciente

Prontuário no.

Nome: Sexo:

Idade: Data de Nasc.:/...../.....Estado civil:

H.D.:

Data do AVC/...../..... Atividade Profissional Anterior:.....

III -

1. Você tem dúvidas quanto a doença do paciente?

Sim () Não ()

Qual?.....

2. Você tem dificuldades para realizar os cuidados de higiene do paciente?

Sim () Não ()

Qual?

banho Sim () Não ()

higiene íntima Sim () Não ()

higiene oral Sim () Não ()

3. Você tem o hábito de observar a pele do paciente durante o banho?

Sim () Não ()

4. É você quem controla a medicação do paciente?

Sim () Não ()

5. Você tem alguma dificuldade em cumprir a prescrição dos medicamentos?

Sim () Não ()

Quais?

- se atrapalha com os remédios Sim () Não ()
- não consegue comprar os remédios Sim () Não ()
- o paciente não colabora Sim () Não ()

6. O seu paciente necessita de algum tipo de curativo?

Sim () Não ()

Aonde?.....

7. Você tem dificuldade para realizá-lo?

Sim () Não ()

8. O seu paciente usa algum tipo de sonda?

Sim (...) Não ()

9. Você tem dificuldade em lidar com a sonda?

Sim () Não ()

10. Você realiza exercícios de fisioterapia com o paciente?

Sim () Não ()

11. Com que frequência você os realiza?

2 X ao dia Sim () Não () 1 X ao dia Sim () Não ()
3 X / semana Sim () Não () 1 X / semana Sim () Não ()

12. Você tem dificuldades para realizá-los?

Sim () Não ()

13. Conta com ajuda de alguma pessoa?

Sim () Não ()

14. Você muda o paciente de posição com frequência?

Sim () Não ()

15. Você costuma tirar seu paciente do leito?

Sim () Não ()

Em quais ocasiões?

16. Você tem dificuldades para realizar as transferências (cama-cadeira; cadeira-cama)?

Sim () Não ()

17. O paciente colabora nessas transferências?

Sim () Não ()

18. Conta com ajuda de alguém para realizar esta atividade?

Sim () Não ()

19. O paciente tem dificuldade para:

- mastigar? Sim () Não ()
- engolir? Sim () Não ()

20. O paciente tem alguma dificuldade para:

- ouvir? Sim () Não ()
- falar? Sim () Não ()
- entender? Sim () Não ()

21. Você tem tempo livre para:

- realizar com tranquilidade suas atividades de vida diária tais como: banho, alimentação, afazeres domésticos

Sim () Não ()

- ir ao banco, fazer compras, ir ao médico

Sim () Não ()

- o lazer tal como: assistir TV, ler, visitar amigos ou parentes

Sim () Não ()

22. Quando você precisa sair de casa, conta com a ajuda de outras pessoas para ficar com o paciente?

Sim () Não ()

23. Apresenta algum problema de ordem física?

Sim () Não ()

24. Você acha que houve alguma mudança no seu estado emocional após iniciar o cuidado do paciente?

Sim () Não ()

25. Presença de outras alterações como:

- esgotamento, cansaço Sim () Não ()
- depressão Sim () Não ()
- alterações do sono Sim () Não ()

26. O cuidado com o paciente você considera:

- prazeroso Sim () Não ()
- obrigação Sim () Não ()
- peso Sim () Não ()

27. Que sentimento você tem em relação à pessoa cuidada?

- carinho Sim () Não ()
- desprezo Sim () Não ()
- raiva Sim () Não ()
- pena Sim () Não ()
- irritação Sim () Não ()

28. Em caso de falecimento do paciente, você sabe que providências tomar?

Sim () Não ()

29. Em relação aos aspectos previdenciários que beneficiam o idoso, quais os que você conhece?

.....

30. Seu paciente já usufruiu de algum?

Sim () Não ()

Data:/...../.....