

CUIDADO DOMICILIAR SOB A ÓTICA DE IDOSOS DEPENDENTES: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

HOME CARE UNDER THE OPINION OF DEPENDENT ELDERLY: CONTRIBUTIONS TO NURSING

CUIDADO DOMICILIARIO EN LA VISIÓN DE ANCIANOS DEPENDIENTES: CONTRIBUCIONES PARA LA ENFERMERÍA

Alcimar Marcelo do Couto¹
Camila Assis Inácio Hell²
Iolanda Faria de Lemos³
Edna Aparecida Barbosa de Castro⁴

Objetivo: compreender os significados, para idosos dependentes, do cuidado familiar no domicílio. **Método:** pesquisa qualitativa apoiada nos pressupostos teórico-metodológicos da Teoria Fundamentada nos Dados. Foram sujeitos seis idosos com cognição preservada. Na coleta de dados, realizada no domicílio, entre junho e outubro de 2012, utilizou-se entrevista semiestruturada. **Resultados:** as codificações dos dados permitiram classificar as necessidades cotidianas de cuidados, a percepção e os sentimentos dos idosos nos cuidados que recebem e a construção de um esquema conceitual sobre o fenômeno cuidado domiciliar sob a ótica de idosos dependentes. Expressaram sentimentos ambivalentes de segurança e gratidão, por terem um familiar à frente dos cuidados, e de impotência e tristeza, por necessitarem de uma pessoa para realizar as atividades que antes realizavam sem ajuda. **Conclusão:** apesar das dificuldades e dos problemas enfrentados no cuidado domiciliar, os idosos dependentes sentem satisfação em serem cuidados em casa, perto da família, por um cuidador familiar.

Descritores: Assistência Domiciliar; Idoso; Cuidadores.

Objective: to understand the meanings of family care in the household according to the dependent elderly. Method: This is a qualitative research based on the theoretical-methodological assumptions of the Theory Grounded in the Data. Six elderly individuals with preserved cognition were the subjects. In the data collection, performed at home between June and October 2012, the semi-structured interview was used. Results: data codification allowed the classification of the daily needs of care, the perception and feelings of the elderly in the care they receive and the construction of a conceptual scheme on the home care phenomenon from the perspective of dependent elderly. They expressed ambivalent feelings of security and gratitude, for having a family member in charge of care, and of impotence and sadness, for needing to have a person to perform the activities they previously performed without help. Conclusion: despite the difficulties and problems faced in home care, the dependent elderly feel satisfaction in being cared for at home, near the family, by a family caregiver.

Descriptors: Home Nursing; Aged; Caregivers.

¹ Especialista em Saúde da Família e Gerontologia. Mestre em Enfermagem. Titulado em Enfermagem Gerontológica. Membro de grupo de pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora. Tutor a distância da Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeiro - saúde do idoso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares / Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. alcimar.couto@bol.com.br

² Enfermeira. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. camilagom@hotmail.com

³ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Sete Lagoas. Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas. Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil. iolandaflemos@gmail.com

⁴ Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. edna.castro@ufjf.edu.br

Objetivo: comprender los significados, para los ancianos dependientes del cuidado familiar en el domicilio. Método: investigación cualitativa apoyada en los presupuestos teórico-metodológicos de la Teoría Fundamentada en los Datos. Los sujetos fueron seis ancianos con cognición preservada. En la colecta de datos, realizada en el domicilio, entre junio y octubre de 2012, se utilizó la entrevista semi estructurada. Resultados: las codificaciones de los datos permitieron clasificar las necesidades cotidianas de cuidados, la percepción y los sentimientos de los ancianos en los cuidados que reciben y la construcción de un esquema conceptual sobre el fenómeno cuidado domiciliar en la visión de ancianos dependientes. Expresaron sentimientos ambivalentes de seguridad y gratitud, por tener un familiar a frente de los cuidados, y de impotencia y tristeza, por necesitar de una persona para realizar las actividades que antes realizaban sin ayuda. Conclusión: apesar de las dificultades y de los problemas enfrentados en el cuidado domiciliar, los ancianos dependientes sienten satisfacción al ser cuidados en casa, cerca de la familia, por un cuidador familiar.

Descriptores: Atención Domiciliar de Salud; Anciano; Cuidadores.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial inevitável e previsível, que cria tanto desafios como oportunidades⁽¹⁾. A população idosa é o grupo que mais cresce no cenário mundial, e a população brasileira também tem envelhecido de forma acelerada e intensa nas últimas décadas. O país vem passando por uma transição demográfica, evidenciada pelo processo de alargamento do topo da pirâmide etária. Isso pode ser observado com o crescimento da participação relativa da população com 60 anos ou mais que, em 2012, representava 12,6% e que, de acordo com projeções estatísticas, deverá, em 2020, chegar a 13,8% e, em 2060, a 33,7% da população total⁽²⁾.

Observa-se, no Brasil, além do aumento absoluto do número de pessoas acima de 60 anos, um envelhecimento da própria população idosa, alterando, assim, a composição etária dentro do próprio grupo, com significativo crescimento dos que possuem 80 anos ou mais de idade. Com isto, esse segmento populacional tem se apresentado de forma heterogênea, constituindo-se de pessoas ativas, em pleno vigor físico e mental, e de outras com maior vulnerabilidade, em situação de dependência e incapacidade⁽³⁾.

Quanto mais idosa for uma população, maior é a prevalência de doenças crônicas, que podem culminar em complicações e sequelas responsáveis por comprometimentos na independência, na autonomia e, sobretudo, na funcionalidade desses indivíduos. Este quadro gera a necessidade de cuidados constantes⁽³⁾ que acontecem,

em grande parte, no próprio domicílio do idoso, demandando a ajuda de outros, incluindo membros da família, como um cuidador familiar, além de profissionais de saúde⁽⁴⁻⁵⁾. Com o crescente número de idosos dependentes de cuidado domiciliar e a demanda de atendimento das necessidades de saúde dessa parcela da população, mostrou-se relevante a revisão de políticas públicas existentes, criação e implantação de políticas específicas.

Como uma resposta a essa demanda, o Governo Federal brasileiro instituiu a Política Nacional de Atenção Domiciliar (Pnad) a partir de 2011. Para subsidiar a sua implantação pelos municípios, criou o Programa Melhor em Casa (PMC), pela Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. A Atenção Domiciliar (AD) tem se disseminado no contexto da Rede de Atenção à Saúde, organizando-se segundo três modalidades, conforme a densidade tecnológica do cuidado demandado: Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1), ofertada por equipes da atenção primária; AD2 ou AD3 ofertadas por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) ou por Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), respectivamente, alocadas em Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Visa-se, por meio da AD, obter um cuidado integral, resolutivo e contextualizado, conforme a cultura, a rotina e a dinâmica familiar do paciente⁽⁴⁻⁶⁾.

Entre os critérios de admissão de usuários funcionalmente dependentes em SAD está a presença de um cuidador, que necessita de

preparo, acompanhamento e suporte para a efetiva atuação junto à equipe de saúde, respeitando-se os seus limites e suas potencialidades, com acolhimento de sua demanda de dúvidas, inseguranças e queixas no processo de cuidado domiciliar⁽⁶⁾.

O crescente número de idosos com doenças crônico-degenerativas necessitando de cuidados domiciliares após a alta hospitalar por membros da família, identificado por uma pesquisa prévia⁽⁷⁾, motivou a realização da presente investigação. Considerou-se também o fato de que diferentes estudos apontam inúmeros aspectos positivos da AD, expondo, todavia, aspectos preocupantes, como a transferência de gastos para as famílias, os impactos na dinâmica familiar e principalmente as repercussões para o cuidador principal, que vivencia o abandono do trabalho, das atividades de lazer, o déficit no seu autocuidado e a tensão no papel desempenhado, que podem comprometer a qualidade do cuidado prestado⁽⁸⁻⁹⁾.

Entretanto, em meio ao panorama que se apresenta, questões que ainda persistem são: Como o idoso que depende de cuidados domiciliares concebe o cuidado recebido por um ou mais membros da família? Que significados atribuem à condição de serem cuidados por um familiar?

Uma premissa da qual se partiu foi que o conhecimento sobre os significados atribuídos pelo idoso ao cuidado que recebe do familiar, associado aos conhecimentos sobre a funcionalidade do relacionamento familiar; sobre a assistência ofertada pela família e/ou por profissionais de saúde, mostram-se pertinentes para a construção das relações de cuidado, consolidação ou criação de modalidades assistenciais. Outra foi que o cuidar perpassa, fundamentalmente, pela relação entre pessoas, envolvendo diferentes sentimentos, habilidades e competências.

Com a expectativa de ampliar os conhecimentos sobre o processo de cuidar na ótica de idosos que recebem cuidados no domicílio pela família, um tema pouco explorado pela literatura, este estudo tem como objetivo compreender os significados, para idosos dependentes, do cuidado familiar no domicílio.

Método

Realizou-se uma pesquisa qualitativa baseada na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), por permitir teorizar sobre um fenômeno de relevância para a prática do enfermeiro em diferentes áreas, em especial na AD, bem como obter a compreensão da questão a ser estudada e o alcance dos objetivos propostos⁽¹⁰⁾.

A TFD consiste em uma metodologia de investigação qualitativa que visa extrair dos sujeitos aspectos de relevância com base nas experiências vividas e, assim, potencializar a expansão do conhecimento. Tem por objetivo compreender a realidade, utilizando-se da percepção ou significado que o sujeito apresenta em relação a um determinado contexto ou objeto, o que gera o conhecimento⁽¹⁰⁾. No caso desta investigação, refere-se à experiência do idoso em receber o cuidado domiciliar prestado por um familiar.

O cenário inicial da pesquisa foi o Ambulatório de Geriatria e Gerontologia do Hospital Universitário/Centro de Atenção à Saúde (HU/CAS) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), onde os sujeitos da pesquisa foram identificados. Posteriormente, o domicílio desses passou a constituir o cenário principal para a coleta dos dados empíricos.

Pela realização de consulta de enfermagem no referido ambulatório, entre os meses de junho e outubro de 2012, identificaram-se os idosos com graus de dependências nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), com base na utilização da escala de Katz⁽¹¹⁾. Nesse período, foram avaliados 78 idosos, dos quais 27 foram identificados com grau de dependência parcial ou importante nas ABVDs.

Posteriormente, esses 27 idosos com algum grau de dependência foram submetidos a uma avaliação cognitiva, por meio do Mini-Exame do Estado Mental⁽¹²⁾, a fim de selecionar aqueles que poderiam ser entrevistados pelos pesquisadores. Seguindo esse critério de inclusão, a fase qualitativa foi desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas em visita domiciliar aos seis idosos que mantinham preservada a capacidade cognitiva.

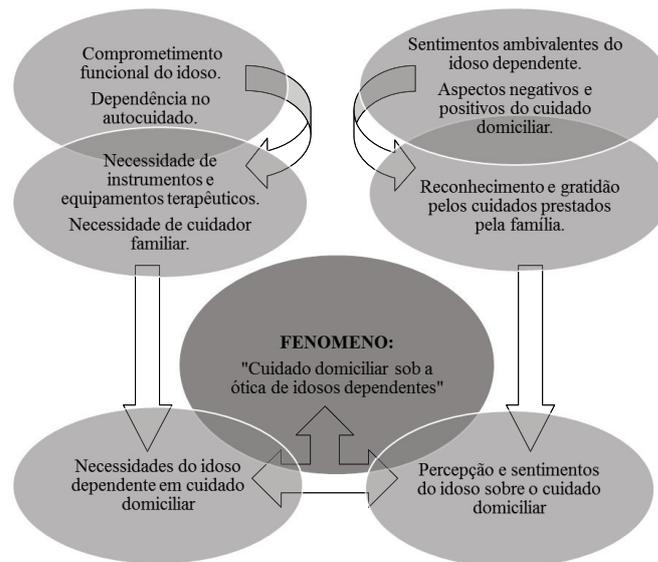
O trabalho de campo foi realizado adotando-se as técnicas de observação participante, com registro em diário, e de entrevista semiestruturada. Cada idoso foi visitado e entrevistado uma ou duas vezes, garantindo a saturação dos dados, observada na repetição de respostas, reações e comportamentos. Foi elaborado um roteiro para nortear as entrevistas, o qual continha inicialmente as seguintes questões: Como o Sr(a) se sente recebendo cuidados de um familiar? O que o Sr(a) acha de receber os cuidados em casa? Quais as vantagens e desvantagens?

Para garantir a privacidade no momento da entrevista, evitando-se possíveis constrangimentos, os idosos foram entrevistados sem a presença do familiar cuidador. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas,

sendo realizada uma pré-análise antes da realização da entrevista seguinte, considerando-se a importância da constante comparação dos dados proposta pela TFD⁽¹⁰⁾.

A análise dos dados qualitativos foi realizada mediante três tipos de codificação com base no conteúdo das narrativas dos sujeitos: aberta, axial e seletiva. Na primeira, as entrevistas foram examinadas minuciosamente, para extrair-se os primeiros códigos. Pelo processo de comparação, os códigos identificados foram agrupados por similaridades e diferenças, formando as categorias. Com o avanço da análise, as categorias foram construídas, recodificadas, combinadas e comparadas entre si. Na última fase, buscou-se identificar a categoria central, determinando e validando sua relação com a outra categoria⁽¹⁰⁾.

Diagrama 1 – Representação do fenômeno cuidado domiciliar sob a ótica de idosos dependentes



Fonte: Elaboração própria.

O processo de codificação, que possibilitou a análise de todos os dados coletados, gerou um total de 23 códigos na codificação aberta. Pela codificação axial, cada um dos 23 códigos foi conceituado. Por fim, foi realizada a codificação seletiva, com o objetivo de refinar os dados para melhor atender aos objetivos do estudo. Assim, os códigos foram agrupados de acordo com suas semelhanças e duas categorias foram formadas. Dentre estas, destacou-se a segunda, “Percepção

e sentimentos do idoso sobre o cuidado domiciliar”, entendida como categoria central do estudo, apesar da relação que apresentavam entre si, conforme retrata o Diagrama 1.

Este estudo obedeceu às normas de pesquisa com seres humanos registradas na Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾. A coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário

da Universidade Federal de Juiz de Fora, conforme Parecer Consubstanciado de número 127.939, de 22 de outubro de 2012, publicado na plataforma BRASIL.

Resultados e Discussão

Quanto à caracterização dos seis idosos entrevistados, constatou-se que a idade variou de 76 a 86 anos. A maioria (quatro) era do sexo feminino. O grau de parentesco do idoso com o cuidador era mãe (três) e marido/esposa (três). Em relação à escolaridade, houve predomínio de baixa escolaridade (não alfabetizado e ensino fundamental incompleto).

O grau de parentesco influencia muito no momento da definição de quem irá desempenhar o papel de cuidador das pessoas mais velhas e com incapacidades. Quanto mais próximo for o vínculo, maior é a chance de ser delegada a esta pessoa a responsabilidade pelo processo de cuidar. E o fato de a mulher estar inserida socialmente no papel de mãe, faz com que seja vista quase que naturalmente nesta função⁽¹⁴⁾.

No tocante ao grau de dependência nas ABVDs, quatro idosos foram classificados com dependência parcial e dois com dependência importante. Os problemas de saúde mais citados foram hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, além da presença de comorbidades e complicações dessas doenças crônicas, como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, cardiopatia e doença renal crônica.

Necessidades do Idoso Dependente em Cuidado Domiciliar

Esta primeira categoria possibilitou conhecer as principais necessidades de cuidado domiciliar dos idosos dependentes em autocuidado. Os idosos, inicialmente, revelaram algumas de suas fragilidades e situações que levaram à dependência do cuidador familiar e/ou de equipamentos e instrumentos para cuidar da sua saúde e realizar as atividades do cotidiano.

O processo incapacitante, que gera a necessidade de atenção domiciliar, corresponde

à evolução de uma condição crônica, causadora de limitações funcionais que envolvem diversos fatores de risco, como demográficos, sociais, ambientais, estilo de vida, dentre outros. Entre as suas consequências, destacam-se a hospitalização, a institucionalização e a necessidade de cuidadores⁽¹⁵⁾.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das AVDs tende a aumentar de 5%, na faixa etária dos 60 anos, para cerca de 50% entre os idosos com 90 anos ou mais de idade⁽¹⁵⁾. A cronicidade realmente provoca inúmeras transformações, nem sempre positivas para o indivíduo e sua família, devido às limitações físicas e psíquicas, e também às repercussões sociais e econômicas⁽¹⁶⁾.

Com base nas observações realizadas nos domicílios dos idosos dependentes que são cuidados por membros da família e das entrevistas realizadas com esses sujeitos, foi possível obter uma compreensão mais ampla da evolução do comprometimento da capacidade de autocuidado, assim como conhecer as atividades cotidianas que necessitam do cuidador.

É tudo. Levantar, andar, pra ir no banheiro... (Idoso 3).

Ab, agora os braços estão ficando meio... paralisados! Um pouquinho... Então, para tirar a roupa, eu preciso de ajuda. Para vestir. Não estou conseguindo fazer o movimento. (Idoso 6).

Os seis idosos acompanhados na investigação apresentaram graus de dependência nas atividades básicas, necessitando de presença, muitas vezes contínua, do cuidador familiar para atender suas necessidades de autocuidado, destacando-se as incapacidades principalmente para o banho, vestir-se e com a continência. Nota-se que o início da função de cuidador pode dar-se de modo abrupto ou progressivamente, à medida que surgem limitações na capacidade do idoso de autocuidar-se, em decorrência de doenças crônicas não transmissíveis e suas consequências ou de perdas cognitivas e funcionais⁽¹⁷⁾.

Entretanto, idosos com incapacidade funcional podem apresentar também, além da dependência do cuidador, a dependência de instrumentos

e/ou equipamentos terapêuticos. Entre os instrumentos, destacaram-se os dispositivos para auxílio na marcha, transferência e banho.

Para andar, eu uso essa bengala. Ainda ando um pouquinho... Só da área aqui até os fundos. Nem na frente da casa eu vou mais. (Idoso 2).

Preciso do andador, da cadeira de banho, pra tomar banho. Quando eu fico de pé, fico com uma mão só. Não tem como tomar banho com uma mão só. (Idoso 5).

Já a dependência de equipamentos terapêuticos foi definida como a necessidade contínua ou intermitente de algum equipamento para cuidar da própria saúde, incluídos equipamentos mais complexos que, na maioria das vezes, necessitam de treinamento para sua utilização ou de um profissional especializado para o manejo adequado, como foi verificado na primeira visita à idosa que utilizava a oxigenoterapia em domicílio, devido às consequências da evolução de uma doença crônica.

Eu tenho fibrose pulmonar. Então, qualquer esforço que eu faço, eu sinto falta de ar para andar. Eu uso o oxigênio e agora também, que está um período seco, eu faço a nebulização também. (Idoso 1).

O atendimento domiciliar compreende serviços que são realizados no domicílio, desde os mais simples, como higiene, alimentação e vestuário, até cuidados mais complexos, podendo necessitar de tecnologia especializada, com acompanhamento de equipe multiprofissional. É destinado a indivíduos estáveis, com incapacidades temporárias ou permanentes e que requerem atenção em tempo parcial ou integral. A presença e atuação da família são essenciais nessa modalidade assistencial, auxiliando no tratamento, na reabilitação e na interlocução com os profissionais de saúde⁽¹⁴⁾.

Portanto, quando o idoso necessita de cuidados mais complexos e da utilização de equipamentos para a manutenção da saúde, faz-se necessário um treinamento dele e também do cuidador, além do acompanhamento por um profissional da saúde habilitado, para que o equipamento seja utilizado de forma correta e segura, de modo que se consiga realizar um tratamento efetivo e de qualidade.

O comprometimento funcional dos idosos desencadeia uma série de mudanças e movimentos

no núcleo familiar, a fim de estabelecer as responsabilidades de cada um dos membros e construir as relações de cuidado diário. Nesse contexto, houve relatos dos idosos sobre alterações importantes na estrutura e na dinâmica familiar. Entre os aspectos vivenciados, destacaram-se a falta de apoio e suporte do restante da família e o distanciamento de alguns de seus membros do processo de cuidado e da convivência com o idoso. Em algumas famílias, o cuidado era de responsabilidade de um único familiar, que se tornava o cuidador principal, sem auxílio de outras pessoas.

A falta de apoio e suporte do restante da família, seja financeiro, diretamente nos cuidados ou até mesmo emocional, foi uma queixa muito frequente entre os idosos acompanhados, como exposto nos depoimentos.

Muito difícil. Ninguém mais ajuda. Só ela mesmo. (Idoso 3).

Ah, minha filha, o restante da família, lá uma vez ou outra, uma na vida e outra na morte, vem um. "Ah, a senhora melhorou? Soube que a senhora passou mal." Já melhorou, já "sarou"? É assim. (Idoso 4).

No início, todo mundo da família vinha fazer visita. Todos os meus filhos me ajudavam. Agora é apenas essa minha filha que fica comigo. (Idoso 6).

Pode-se observar que o idoso, após se tornar dependente, sente uma aproximação com o cuidador principal. Ao mesmo tempo, ocorre um distanciamento dos demais familiares, e ele sente falta da presença do restante da família. Assim, o cuidador familiar de idosos, muitas vezes, dedica-se de modo permanente, sem auxílio de outros familiares na divisão e no revezamento das tarefas. Entretanto, esta exposição por um tempo prolongado contribui com maior risco de adoecimento, de autodescuido e de sobrecarga física e emocional do cuidador principal⁽⁹⁾.

Permanecer muitas horas ou dias junto ao idoso, desempenhando o papel de cuidador principal, por vezes de forma solitária, compromete as condições de vida e afeta a saúde desse familiar, que negligencia suas próprias necessidades e seu autocuidado, favorecendo o surgimento ou o agravamento de doenças^(16,18). O não envolvimento do restante da família propicia a existência desse contexto.

Outra deficiência relatada pelos idosos foi a ausência de capacitação/preparação dos cuidadores familiares para executarem alguns cuidados que exigem maior conhecimento e preparo técnico. Esses cuidados específicos são, na maioria das vezes, com a saúde, e caberiam a um profissional de enfermagem, por envolverem: curativos, administração de medicamentos injetáveis, entre outros.

Só esse negócio de injeção, que ela não aplica, se tiver que tomar soro. O restante ela faz. (Idoso 4).

Quando estou com ferida, aí os curativos ela mesmo é que faz. Põe o óleo, aonde tem que pôr uma pomadinha [...] Olha a pressão. O aparelho mostra a pressão alta, a baixa e o batimento do coração. (Idoso 2).

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa cuidada, fazendo por ela somente aquilo que ela não consiga fazer sozinha. Pode ser uma pessoa com ou sem vínculo familiar, mas que seja capacitada para atender as necessidades e atividades da vida cotidiana do indivíduo dependente. Não deve fazer parte de sua rotina técnicas e procedimentos característicos de profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem^(6,19).

Apesar disso, pôde-se constatar a execução de atividades de cuidado, como a realização de curativos complexos em lesões por pressão e avaliação dos sinais vitais pelos familiares, sem nenhum tipo de treinamento e acompanhamento de profissionais de saúde. Isso interfere diretamente na forma como o idoso enxerga o cuidado prestado, pois sente insegurança quando o cuidador vai realizar determinados cuidados considerados complexos. Na ocorrência de insegurança, é comum também a manifestação de ansiedade, um sentimento considerado negativo⁽¹⁶⁾.

Durante as entrevistas, foram encontrados idosos insulino-dependentes, em oxigenoterapia e em uso de muitos medicamentos. Portanto, fazem-se necessários a orientação e o preparo do cuidador familiar para realizar cuidados fundamentais na vida do idoso dependente.

A equipe de saúde precisa envolver a família no plano de cuidados estabelecido, ofertando suporte técnico, emocional e acompanhamento constante, para que todos se sintam seguros no

papel de cuidadores⁽¹⁵⁾, delegando apenas atribuições pertinentes a sua função e respeitando as legislações vigentes.

Percepção e Sentimentos do Idoso sobre o Cuidado Domiciliar

Esta segunda categoria, considerada central do estudo, permitiu conhecer sentimentos, emoções e percepções dos idosos frente à situação de cuidado domiciliar. Buscou-se compreender também os pontos positivos e negativos da atenção domiciliar para o idoso dependente, suas facilidades, dificuldades, necessidades e fragilidades.

Quando questionados sobre seus sentimentos em relação ao cuidado domiciliar, os idosos expressaram-se de maneira bem diversificada, de acordo com a situação individualmente vivida. Quase sempre o mesmo idoso apresentava sentimentos e discursos ambivalentes, como gratidão, alegria, cumplicidade, solidão, impotência e tristeza, de múltiplos significados em relação ao cuidado domiciliar desempenhado por um familiar. É preciso reconhecer esses diferentes sentimentos vivenciados pelos idosos dependentes, que podem ser peculiares a cada contexto social e cultural⁽²⁰⁾.

Os idosos demonstraram sentimento de segurança em receber os cuidados no próprio domicílio e prestado por um membro da própria família. Mostraram ter confiança no cuidador familiar para realizar os cuidados, por ser alguém com quem já conviviam, que se preocupava com eles e que se esforçava para prestar o melhor cuidado. Um dos idosos acompanhados, durante um dos encontros, chegou a relatar sua preocupação e medo em deixar de ter um cuidador familiar e passar a ter um cuidador formal contratado, como mostra o depoimento a seguir:

Penso que se contratar uma pessoa de fora vai ser pior, que eu vejo passar na televisão "batendo", pagando e ainda "batendo". Tenho medo disso... Melhor ser cuidado por alguém da família. (Idoso 2).

A situação de dependência temporária ou definitiva do idoso e a necessidade de um cuidador muitas vezes causam um sentimento de

impotência no idoso. Antes esses idosos eram completamente independentes, realizavam os cuidados básicos e com a saúde sem necessidade de auxílio, além de outras atividades do dia-a-dia, como cuidados com a casa, almoço, lavar e passar roupa, sair de casa para fazer compras, gerenciar o dinheiro, entre outras atividades instrumentais. Então, com o comprometimento da funcionalidade, passaram a depender de outra pessoa para realizar quase todas essas atividades, o que não era bem aceito por alguns idosos.

Agora, para tudo, preciso deles. Não faço mais nada [idosa faz uma expressão de tristeza, segurando para não chorar]. Quando estive internada, que dizem que foi infarto, nem sei falar mais, aí eu fiquei nessa situação. As minhas pernas doem muito. Agora eu fiquei assim, desse jeito. Andava para todo lado. Depois que veio essa dor aí, eu não tenho vontade de fazer as coisas, não posso fazer nada [idosa começa a chorar]. (Idosa 2).

O sentimento de não poder “fazer mais nada” deixa o idoso dependente entristecido e incomodado com a situação de precisar de outra pessoa. E realmente se sente impotente diante da situação vivenciada rotineiramente, por não poder realizar mais, de forma independente, atividades que faziam parte de seu cotidiano, e também por não visualizar possibilidades de fazer algo para mudar esta posição de dependência.

Em muitas situações é comum verificar idosos dependentes com o sentimento de inutilidade, visto que os familiares, com a intenção de proteger esses indivíduos, acabam tomando todas as decisões e até mesmo escondem os problemas e buscam solucioná-los antes do conhecimento deles. Isso faz com que se sintam desrespeitados, sem prestígio e excluídos das tomadas de decisões e também do próprio convívio familiar, que deve ser caracterizado pelo diálogo⁽²⁰⁾.

O sentimento de solidão também aparece quando o cuidador familiar principal não está por perto. O idoso dependente acostuma-se com a presença constante do cuidador principal e, na maioria das vezes, este passa a ser sua principal companhia ao longo de todo o dia. Assim, o pouco tempo que o cuidador precisa ausentar-se, por alguma necessidade, o idoso se sente sozinho e desamparado.

O ponto negativo é que ela dorme durante o dia. Aí eu fico sozinho. (Idoso 1).

Eu acho que está tudo bom, não falta nada. Aliás, a única coisa ruim é que, às vezes, tem dia que elas não podem ficar aqui comigo o dia inteiro, e eu fico sozinho. (Idoso 2).

Na primeira citação (Idoso 1), o cuidador familiar dorme em média duas horas durante o dia devido a efeito de medicamentos psicotrópicos que faz uso. Nesse período, a idosa queixa-se da falta de companhia. No segundo depoimento, o cuidador familiar é uma filha casada e com filhos, que não vive na mesma residência do idoso. Portanto, sua rotina foi organizada para permanecer cinco dias da semana na casa da mãe, inclusive no período noturno. Nos outros dois dias, necessita revezar com sua irmã, para poder cuidar da sua casa e da família.

O envelhecimento com doenças crônicas, entre outros problemas, pode ocasionar o isolamento social e episódios depressivos. Esses sentimentos de solidão e isolamento parecem assustar tanto quanto a existência de uma doença crônica e suas consequências. Sentir a família próxima proporciona a sensação de maior segurança e conforto aos idosos, por terem pessoas de confiança para partilharem sentimentos de alegria e também angústias, tristezas e medos⁽²⁰⁾.

Durante as visitas domiciliares, houve relatos de ocorrência de conflitos familiares por parte dos cuidadores, devido principalmente a não entendimento da divisão de tarefas, diferença de opiniões sobre a forma de cuidar e sobrecarga física e emocional ocasionada pelos cuidados constantes. O idoso expressa muita tristeza ao presenciar ou ter conhecimento dessas situações de tensão entre os familiares, o que, para ele, é um aspecto negativo do cuidado domiciliar por um cuidador familiar.

De vez em quando acontecem umas “brigas”, “bate boca”, aí eu choro... Isso me deixa muito triste e angustiada. (Idoso 2).

A vivência contínua de sentimentos que levam a situações de conflito entre os familiares, como a observada neste estudo, pode provocar, no cuidador principal e nos demais integrantes da família, desgastes que afetam e dificultam a busca pelo equilíbrio nas relações, podendo acometer a qualidade da atenção dispensada ao doente crônico⁽¹⁶⁾.

Diante da diversidade e complexidade de emoções que envolvem as relações de cuidado entre os membros das famílias com doença crônica e do risco de repercussões negativas, que podem comprometer a forma como devem cuidar, é importante a atuação da enfermagem para minimizar esses efeitos, que desencadeiam desgastes físicos e emocionais no cotidiano das famílias^(9,16).

Apesar dos sentimentos negativos apresentados acima, o idoso não deposita sobre os cuidadores familiares a responsabilidade pelas vivências negativas. Foram observados também aspectos positivos e que precisam ser reconhecidos e valorizados no contexto do cuidado domiciliar, como o reconhecimento e a gratidão aos cuidados prestados pela família. O idoso entende que os familiares têm buscado realizar os cuidados de acordo com sua capacidade, da melhor maneira que lhes é possível.

Tudo me atende muito bem. Ela consegue me ajudar no que eu preciso. Tenho que agradecer a Deus. (Idoso 1).

Graças a Deus elas têm ajudado muito e não é só uma; são todas. Até essa minha filha mais velha, que tem 67 anos, vem e me ajuda também. Possui uma ferida na perna, mas ainda vem e me ajuda e se for preciso me dá comida. E meu filho também, graças a Deus, é um filho homem só que eu tenho, mas não deixa faltar nada para nós. (Idoso 2).

Outro aspecto positivo observado no cotidiano dos idosos dependentes foi a demonstração de que o idoso ainda sente alegria em saber que o cuidador familiar gosta de prestar os cuidados e que ele almeja que o idoso dependente esteja sempre por perto. O afeto, o amor e a compaixão são considerados por familiares a maior motivação para o desejo de cuidar^(14,16).

Eu prefiro ficar em casa mesmo. Ele também não gosta de me levar para lugar nenhum não. Ele quer que eu fique aqui "agarradinha" com ele, e eu vou ficando. (Idoso 4).

Durante esta visita, pôde-se observar o carinho que o cuidador apresentava com o idoso e a alegria por ele demonstrada de poder prestar os cuidados. O relacionamento entre idoso e cuidador mostrava-se como uma relação de amizade, cumplicidade e companheirismo. Vale destacar que o parentesco deles era marido e esposa.

O companheirismo e a cumplicidade entre idosos e cuidadores, seja numa relação conjugal, seja filial, também foram observados em outros estudos, com pessoas em condição crônica que necessitavam de cuidados familiares e precisam ser valorizados e utilizados como estratégia no enfrentamento das dificuldades e desconfortos presentes na relação de dependência^(20,16).

Diante de situações de doenças crônicas, que geram comprometimento funcional e requerem a presença da família nos cuidados, as relações familiares e desta com o idoso dependente podem ser abaladas, gerando desordem na estrutura familiar. Por outro lado, pode funcionar como um mecanismo que gera união para superar as dificuldades e propiciar o fortalecimento dos vínculos⁽¹⁶⁾.

As visitas domiciliares possibilitaram ainda compreender-se a concepção que o idoso apresentava sobre o cuidado domiciliar realizado por um cuidador familiar. Foi constatado satisfação em relação aos cuidados recebidos. Ele vê o cuidado como um cuidado completo, em que todas as suas necessidades são atendidas.

Ab... aqui tudo que eu preciso ela faz. (Idoso 6).

Tudo me atende muito bem. Ela consegue me ajudar no que eu preciso. Às vezes eu tenho necessidade que ela me ajude no banho ou para trocar de roupa, porque eu fico com falta de ar. (Idoso 1).

Entre as vantagens mencionadas por idosos dependentes e familiares sobre a assistência domiciliar foi citado o fato de poderem desfrutar da liberdade e tranquilidade de estar na própria casa, a privacidade do domicílio, manter de certa forma a rotina com a qual estão acostumados e a proximidade de seus objetos pessoais, maior conforto, aconchego, comodidade, diminuição do estresse causado pela hospitalização prolongada, além de poder ficar ao lado da família⁽¹⁴⁾.

Estudo desenvolvido com cuidadores familiares de idosos em internação domiciliar também revelou que 100% das famílias entrevistadas, ao serem indagadas sobre preferência entre internação no ambiente hospitalar ou em casa, preferem o domicílio, por representar maior proteção e deixar o idoso e a família mais à vontade no conforto do lar. O ambiente hospitalar é visto

de forma negativa, devido ao risco de maior exposição a infecções e até mesmo associado à morte por algumas famílias⁽¹⁴⁾.

Outro aspecto positivo referido por alguns idosos acompanhados foi o relato da presença de apoio de outros membros da família. Isso se mostrou um fator importante, que deve ser considerado no cuidado domiciliar.

Ab! Eu acho que o importante é ter o apoio dos filhos, porque tem gente por aí que tem os filhos e vive sozinha. (Idoso 1).

Eu tenho uma filha casada que, quando precisa, vem ficar comigo, passa o dia todo se for preciso. Tem uma neta que também vem, quando precisa. (Idoso 6).

Estar com todo mundo aqui, meus filhos, minha esposa... Porque eu estou dentro da minha casa, perto da família. (Idoso 5).

Poder contar com o apoio, a atenção e o carinho da família e permitir uma menor alteração dos hábitos de vida do idoso são algumas das vantagens da assistência domiciliar⁽¹⁴⁾. Entre as formas principais de apoio de outros membros familiares, destacou-se a realização do transporte do idoso para consultas médicas, exames e encontros sociais, como retratam os depoimentos a seguir:

Eles vêm mais para me levar para algum lugar... porque minha filha trabalha, então é só pra me levar ao médico, para ir a igreja, é um apoio mais de automóvel, de locomoção mesmo. (Idoso 1).

Carro, tem aí, meu filho tem carro. Qualquer coisa, ele me leva. Eu não utilizo o carro do apoio não, uso o do filho. (Idoso 5).

O cuidador principal deve contar com suporte de profissionais de saúde e de outros membros da família. Além disso, precisa definir dias e horários para cada um assumir parte dos cuidados e das responsabilidades. Esta parceria e união da família permitem que o cuidador principal tenha tempo disponível para se cuidar e recuperar as energias gastas no ato de cuidar do outro, minimizando a tensão no papel desempenhado^(9,14,19).

Considerações Finais

A realização deste estudo possibilitou compreender-se que os idosos externam mais a necessidade de o cuidador familiar principal ter

o apoio ou o suporte do restante da família. Entendem que esse apoio pode ser financeiro, na realização dos cuidados, ou, até mesmo, uma visita motivadora e de apoio emocional.

A necessidade do preparo, com orientação, ensino ou capacitação dos cuidadores familiares para realizarem certos procedimentos demandados pelo cuidado domiciliar, como administração de medicamentos e troca de curativos, também foi percebida pelos idosos como um ponto relevante, para sentirem mais segurança ao receberem os cuidados de natureza técnica. Entende-se que a orientação e capacitação a que se referem podem ser realizadas pelo enfermeiro, como membro de uma equipe multiprofissional, já que esse profissional tem desempenhado um papel protagonista de educador para a saúde junto às famílias que convivem com situações crônicas.

A percepção e os sentimentos dos idosos sobre o cuidado domiciliar que recebem, mostraram-se em função do grau de dependência e, conseqüentemente, do tipo de atividades para as quais eles necessitavam de ajuda. Esses sentimentos interferem diretamente na forma como eles concebem o cuidado. Entretanto, compreende-se que os idosos apresentam sentimentos de aprovação e segurança afetiva em receberem os cuidados prestados no próprio domicílio por um membro da família. Manifestaram sentir confiança no cuidador familiar para realizar os cuidados de que necessitavam, reconhecem os cuidados recebidos e sentem gratidão.

Entendem que os cuidadores familiares têm realizado os cuidados de acordo com suas capacidades, da melhor maneira que lhes é possível. Apesar de a maioria dos idosos terem se queixado da falta de apoio dos demais familiares, alguns relataram a presença desse apoio e suporte, o que, para eles, tem um significado importante e foi considerado um ponto positivo do cuidado domiciliar. A valorização da família foi detectada em todas as visitas domiciliares. Poder ser cuidado em casa, com segurança, conforto e perto dos familiares foi considerado uma vantagem do cuidado domiciliar pelos idosos dependentes.

Portanto, conclui-se que, apesar das dificuldades e dos problemas enfrentados no cuidado domiciliar, os idosos dependentes sentem satisfação em serem cuidados em casa, perto da família, por um cuidador familiar.

A investigação junto a um único grupo amostral constitui-se em uma fragilidade deste estudo, sugerindo-se sua continuidade, envolvendo diferentes grupos amostrais de idosos frágeis e dependentes de cuidados secundários a agravos de doenças crônicas, para possibilitar comparações, desenvolvimento e validação teórica de uma teoria substantiva sobre essa questão.

Espera-se que os achados deste estudo contribuam para o trabalho do enfermeiro que, ao conhecer as dificuldades e facilidades do cuidado domiciliar sob a ótica do idoso, suas necessidades, aspectos positivos e negativos, possa desenvolver ferramentas de planejamento de uma assistência sistematizada de enfermagem aos idosos dependentes, incluindo a família.

O estudo sugere que o enfermeiro deve atuar na atenção domiciliar, segundo um processo de cuidar sistematizado, avaliando e diagnosticando as necessidades do idoso dependente, do cuidador principal, da família e do ambiente domiciliar, desde a admissão do binômio idoso-cuidador familiar até a alta, por meio de um plano de cuidados construído em equipe interdisciplinar que inclua a orientação ao cuidador, capacitando-o para a prestação dos cuidados de forma apropriada.

Referências

1. World Health Organization. Good health adds life to years: global brief for World Health Day 2012. Geneva; 2012.
2. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro; 2013. [citado 2015 fev 18]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
3. Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 1. Brasília; 2012.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 28 maio 2013. Seção 1:30.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 01 jun 2016. Seção 1:33.
7. Costa SRD, Castro EAB, Acioli S. Capacidade de autocuidado de adultos e idosos hospitalizados: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev vmin enferm.* 2013;17(1):192-9.
8. Silva KL, Sena RR, Macruz Feuerwerker LC, Silva PM, Silva Martins AC. Desafios da atenção domiciliar sob a perspectiva da redução de custos/ racionalização de gastos. *Rev enferm UFPE on line.* 2014 [citado 2016 jan 12];8(6):1561-7. DOI: 10.5205/reuol.5876-50610-1-SM.0806201415.
9. Couto AM, Castro EAB, Caldas CP. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. *Rev Rene.* 2016;17(1):76-85.
10. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
11. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(2):317-25.
12. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov;12(3):189-98.
13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012. [citado 2013 ago 15]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
14. Fogaça NJ, Carvalho MM, Montefusco SRA. Percepções e sentimentos do familiar/ cuidador expressos diante do ente em internação domiciliar. *Rev Rene.* 2015;16(6):848-55.

15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2007.
16. Caetano JPM, Fernandes MV, Marcon SS, Decesaro MN. Refletindo sobre as relações familiares e os sentimentos aflorados no enfrentamento da doença crônica. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011;10(4):845-52.
17. Pedreira LC, Oliveira AMS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Rev bras enferm*. 2012;65(5):730-6.
18. Costa SRD, Castro EAB. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Rev bras enferm*. 2014;67(6):979-86.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília; 2008.
20. Cecílio HPM, Arruda GO, Marcon SS. A dependência do cuidado familiar na perspectiva do doente crônico. *Rev pesqui cuid fundam (Online)* 2015 [citado 2016 jan 12];7(4):3305-16. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-27195>

Artigo apresentado em: 15/3/2016

Aprovado em: 23/11/2016

Versão final apresentada em: 5/12/2016

Data de publicação: 14/12/2016