



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO**

MARTA DOS REIS ALVES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADORES INFORMAIS SOBRE O APOIO
SOCIAL NO CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE**

**JEQUIÉ/BA
2013**

MARTA DOS REIS ALVES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADORES INFORMAIS SOBRE O APOIO
SOCIAL NO CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Alba Benemérita Alves Vilela.

JEQUIÉ/BA

2013

A48 Alves, Marta dos Reis.
Representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente/Marta dos Reis Alves.- Jequié, UESB, 2013.
95 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013.
Orientadora: Prof. Dr^a. Alba Benemérita Alves Vilela.

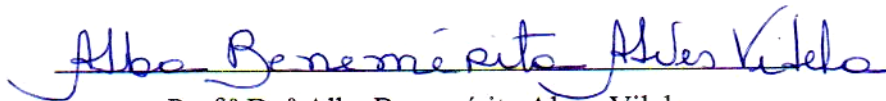
1. Idoso dependente – Apoio social ao cuidador 2. Cuidador do idoso dependente – Apoio social I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 613.7044

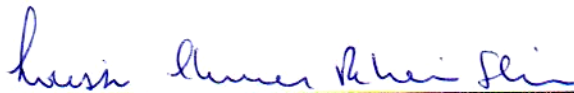
FOLHA DE APROVAÇÃO

ALVES, Marta dos Reis. **Representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente**. 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

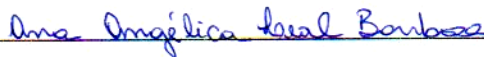
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Alba Benemerita Alves Vilela
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof.^a Dr.^a Larissa Chaves Pedreira
Universidade Federal da Bahia-UFBA



Prof.^a Dr.^a Ana Angélica Leal Barbosa
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Jequié/BA, 25 de novembro de 2013.

*Dedico este trabalho aos meus pais, Noélia e Gessé, ao meu grande amor Alex e à minha
querida filha Isabelle*

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte de amor maior, por todas as bênçãos derramadas em minha vida e por ter possibilitado a construção deste estudo .

Aos meus pais, Noélia e Gessé, meu porto seguro, exemplos de vida, que sempre estiveram presentes em todos os momentos e nunca pouparam esforços para me ajudar. Agradeço pelo amor incondicional e incentivo. Amo vocês!

Ao meu grande amor, Alex, que, nas horas difíceis, me deu apoio para seguir em frente e superar os obstáculos. Você se tornou além de especial, essencial na minha vida. Amo-te!

A minha querida filha, Isabelle, luz da minha vida, que, apesar de ainda não ter nascido, me deu forças e compartilhou as noites perdidas, os momentos de angústia e de ansiedade.

Às minhas irmãs, Ana Paula e Carolina, por torcerem sempre por mim e pelas palavras de coragem e de incentivo.

A toda a minha família por estarem sempre ao meu lado.

À minha orientadora Alba, pela paciência, compreensão e pelos ensinamentos fundamentais para a concretização deste estudo.

À Doane, por todos os momentos compartilhados e pelo auxílio durante toda essa jornada.

A Jamilly e Aline pelo constante apoio.

Aos colegas de mestrado, em especial, Karla, Saulo e Jules.

A FAPESB, pelo apoio financeiro.

Às **professoras**, Larissa e Ana Angèlica, por aceitarem o convite para compor a banca e pelas contribuições.

À professora, **Lúcia Servo**, pelas valiosas contribuições na qualificação.

Aos cuidadores, participantes da pesquisa, pela cooperação e por disponibilizar informações importantes para a realização deste estudo.

À **Equipe de Saúde da Família José Maximiliano** pelo apoio e colaboração, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, por se constituírem um elo entre a pesquisadora e os cuidadores.

Enfim, a todos aqueles que estiveram ao meu lado me dando apoio e incentivo para a concretização deste estudo...

Muito obrigada!

ALVES, Marta dos Reis. **Representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente.** Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB, Jequié, Bahia, 2013.

RESUMO

Tendo em vista que a rotina do cuidado pode gerar sobrecarga ao cuidador, repercutindo negativamente na sua saúde física e mental, torna-se fundamental a presença de apoio social que o auxilie na prestação de cuidado ao idoso dependente. Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo geral: apreender as representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente; e objetivos específicos: conhecer as representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente; identificar a rede de apoio social dos cuidadores e descrever o tipo de apoio fornecido por essa rede. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, com aporte na Teoria das Representações Sociais, realizado nos domicílios de quatorze cuidadores informais de idosos dependentes, cadastrados na Unidade de Saúde da Família José Maximiliano Henriquez Sandoval, no município de Jequié-BA. A coleta de dados ocorreu durante o período de fevereiro a abril de 2013, por meio de uma entrevista semi-estruturada, a qual foi transcrita na íntegra e submetida à Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob o protocolo nº 163.347/2012. Os resultados demonstraram que o apoio social representava, para os cuidadores, um importante recurso na redução da sobrecarga de atividades, bem como na prevenção do isolamento social e do desgaste físico e emocional relacionados ao cuidado, auxiliando na promoção do seu bem-estar. No que concerne à rede de apoio social do cuidador e ao auxílio fornecido pela mesma, verificou-se que onze cuidadores contavam com algum tipo de apoio social, geralmente emocional e instrumental, sendo esse voltado para o auxílio financeiro e material. Tais apoios eram provenientes de uma rede tanto formal quanto informal, representada por membros familiares (irmãos e filhos dos cuidadores), membros não-familiares (vizinhos e membros de congregação religiosa) e profissionais de saúde. Entretanto, três cuidadores relataram não dispor do auxílio de outras pessoas durante o processo cuidativo. Torna-se importante destacar que, o apoio social fornecido pelas redes se mostrou tênue, haja vista que os cuidadores relataram que, na maioria das vezes, atuavam solitariamente no cuidado, o que os sobrecarregavam e colocava em risco a sua qualidade de vida e a do ser cuidado. Assim, faz-se necessário que haja um maior envolvimento por parte da rede de apoio social do cuidador no intuito de promover uma melhoria no seu bem-estar e na qualidade dos cuidados a serem por eles prestados.

Palavras-chave: Cuidadores. Idoso. Dependência. Apoio Social.

ALVES, Marta dos Reis. Social representations of informal caregivers about social support in elderly dependence. Dissertation [Master] - Graduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia-UESB, Jequié, Bahia, in 2013.

ABSTRACT

Considering that care routine can generate the caregiver overload, impacting negatively on their physical and mental health, it is essential the presence of social support that assists in the provision of care to the elderly with dependence. In this perspective, this study aimed to: identify the social representations of informal caregivers about social support in elderly care with dependence; and specific objectives: know the social representations of informal caregivers about social support in elderly care with dependence; identify the social support network of caregivers and describe the type of support provided by these networks. This is a qualitative study, descriptive and exploratory, with the social representations theory contribution, realized in the homes of fourteen informal caregivers of elderly with functional dependence, registered in Unity Family Health José Henriquez Maximiliano Sandoval in Jequié - BA. Data collection occurred during the period from February to April 2013, through a semi-structured interview, which was transcribed in full and subjected to Bardin's content analysis technique. This study was approved by the Ethics Committee in Research of the Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia by the protocol nº 163.347 / 2012. The results showed that social support for caregivers is an important feature which works to reduce the overload of activities, as well as in preventing social isolation and physical and emotional distress related to caring, helping to promote caregiver's wellness. With regard to social support and caregiver assistance provided by it, it was found that eleven caregivers relied on some form of social support, often emotional and instrumental, which is related to financial and material aid. These support came from a network both formal and informal, represented by family members (siblings and children of caregivers), non-family members (neighbors and members of religious congregation) and health professionals. Meanwhile, three caregivers reported not to have the aid of others during the care process. It is important to note that the support provided by social networks showed tenuous, given that caregivers reported that, in most cases, they act solitarily in care, which overload them and put at risk the quality of life of themselves and the elderly too. Thus, it is necessary that there be a greater involvement by the social support networks of the caregiver in order to promote an improvement in their well-being and quality of care to be provided by them.

Keywords: Caregivers. Elderly. Dependency. Social Support.

LISTA DE SIGLAS

AVD- Atividades da Vida Diária

ABVD- Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD- Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CREASI- Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do idoso

TRS- Teoria das Representações Sociais

DIRES- Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia

UESB- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

FTC- Faculdade de Tecnologia e Ciências

FAPEC- Faculdades Unidas de Pesquisa, Ciências e Saúde

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA	15
2.2 CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES	18
2.3 REDE DE APOIO SOCIAL DE CUIDADORES DE IDOSOS DEPENDENTES	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	27
4 METODOLOGIA	29
4.1 TIPO DE ESTUDO	29
4.2 CAMPO DO ESTUDO	29
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	31
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	32
4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	33
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1 MANUSCRITO 01: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADORES INFORMAIS SOBRE O APOIO SOCIAL NO CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE	36
5.2 MANUSCRITO 02: REDE DE APOIO SOCIAL DO CUIDADOR INFORMAL NO CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE	84
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85
APÊNDICE B- ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	86
ANEXOS	88
ANEXO A- ESCALA DE KATZ	89
ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-PLATAFORMA BRASIL	90

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No Brasil, a população idosa cresce significativamente em decorrência da redução da taxa de fecundidade e declínio do índice de mortalidade, sendo este propiciado pelo avanço tecnológico na medicina, melhoria das condições sanitárias e maior acesso aos serviços de saúde. Diante disso, o número de idosos brasileiros passou de 14,5 milhões em 2000 para 21 milhões em 2010 e estima-se que, em 2025, existam 32 milhões de pessoas idosas (BRASIL, 2010; IBGE, 2000; IBGE, 2010a).

Paralelo ao processo de envelhecimento populacional evidencia-se a ocorrência de mudanças no perfil epidemiológico brasileiro, o qual passa a ser caracterizado pelo declínio de doenças infectocontagiosas e aumento na prevalência de afecções crônico-degenerativas, visto que essas ocorrem com maior frequência entre os idosos, apesar de não ser intrínseca ao envelhecimento (TESTON et al., 2013).

Cabe destacar que as patologias crônico-degenerativas, caso não sejam devidamente tratadas, provocam o desenvolvimento de complicações que ocasionam a perda da capacidade funcional dos idosos, levando-os a uma situação de dependência, na qual passam a requerer o auxílio parcial ou total de outras pessoas para a realização do autocuidado e das demais atividades cotidianas (DEL DUCA; MARTINEZ; BASTOS, 2012).

Além das doenças crônico-degenerativas, com o avançar da idade, as limitações visuais, auditivas, motoras e intelectuais intensificam-se, favorecendo a ocorrência de dependência (FIEDLER; PERES, 2008).

Nesse contexto, surge a figura do cuidador, que consiste naquela pessoa responsável pela prestação de cuidado ao idoso, auxiliando-o no desempenho das atividades cotidianas que o mesmo não consegue mais realizar sozinho (JÚNIOR et al., 2011).

O cuidador pode ser classificado como formal quando possui treinamento específico em uma instituição de ensino para prestar assistência ao idoso, sendo remunerado para realizar tal função; e informal quando um membro da família, amigos ou vizinhos, assumem o cuidado sem remuneração (CONCEIÇÃO, 2010).

É importante ressaltar que, no Brasil, em virtude do baixo poder aquisitivo da maioria dos idosos e de sua família, os quais não têm condições financeiras de pagar um cuidador formal, geralmente à responsabilidade de cuidar do idoso recai sobre o cuidador informal, que

por imposição da circunstância, vê-se obrigado a assumir o processo cuidativo (MOREIRA; CALDAS, 2007).

Segundo Júnior et al. (2011), o cuidador exerce um importante papel na manutenção da qualidade de vida do idoso, uma vez que pode contribuir para a construção de um ambiente favorável à promoção e manutenção da saúde deste.

Entretanto, a tarefa de cuidar de um idoso dependente pode afetar a qualidade de vida e a saúde do cuidador, visto que a assistência ao idoso demanda tempo e organização pessoal que, somados à limitação do tempo para o autocuidado e às outras exigências que os cuidadores têm nos seus diferentes papéis sociais, geram uma sobrecarga de tarefas que pode repercutir negativamente no âmbito físico, psicológico e social do cuidador (GUEDEA et al., 2009; VIEIRA et al., 2011).

Geralmente, os cuidadores exibem cansaço, estresse, fadiga e isolamento social que podem afetar seu bem-estar e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado prestado (FONSECA; PENNA; SOARES, 2008). Nessa perspectiva, surge a necessidade de atenção adequada à saúde do cuidador por parte dos profissionais de saúde no sentido de implementar medidas de proteção a esses indivíduos de forma a prevenir a sobrecarga e os impactos negativos provenientes do processo cuidativo.

Nesse contexto, destaca-se o apoio social como um importante recurso que pode atuar como fonte protetora e mantenedora da saúde física e mental do cuidador, uma vez que o auxílio de outras pessoas no processo cuidativo ao idoso faz com que o cuidador se sinta amparado em situações cotidianas e contribui para a redução do acúmulo de tarefas, o que minimiza ou até mesmo previne sua sobrecarga, bem como o possibilita cuidar de si (BOCCHI; ANGELO, 2008).

Nessa perspectiva, o apoio social refere-se a qualquer auxílio oferecido por pessoas ou grupos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011). Esse apoio compreende quatro tipos: apoio emocional, no qual o suporte envolve comportamentos como escutar e prover atenção que contribuem para que o sujeito se sinta querido; apoio instrumental, que se refere ao auxílio voltado para o provimento de necessidades materiais, ajuda para trabalhos práticos e auxílio financeiro; apoio informativo que corresponde ao suporte no qual há o fornecimento de informações ou orientações que auxiliam o indivíduo na tomada de decisões em determinadas situações; e interação social positiva, que está relacionada à disponibilidade de pessoas para a realização de atividades de lazer (BOCCHI; ANGELO, 2008).

Ressalta-se que as pessoas e/ou grupos que prestam algum tipo de apoio ao cuidador constituem a rede de apoio social do mesmo (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011). Essas redes podem ser classificadas em informais quando o apoio advém de familiares, amigos e relações comunitárias (vizinhos, grupos religiosos, grupos de convivência), e formais quando o suporte é proveniente de profissionais de saúde, programas governamentais, serviços públicos e privados (GARCIA et al., 2012).

Segundo Bocchi e Angelo (2008), os cuidadores que possuem efetivas fontes de apoio social podem contar com estratégias de enfrentamento dos problemas, vivenciam maior bem-estar e oferecem cuidados de melhor qualidade para os idosos.

Nesse sentido, o presente estudo versa sobre o apoio social ao cuidador no processo cuidativo do idoso dependente. O interesse por esta temática emergiu, em 2011, da minha prática profissional como enfermeira de uma unidade de saúde da família, a qual me permitiu observar a importância dos cuidadores na prestação de assistência aos idosos e perceber que a qualidade de vida desses cuidadores encontrava-se em risco constante, devido à falta de tempo para se cuidar, o cansaço presente e o estado de saúde comprometido, fatores estes relacionados, supostamente, à ausência de auxílio de outras pessoas durante o processo de cuidar do idoso. Diante disso, surgiram inquietações que despertaram o interesse em investigar o que o apoio social, no processo cuidativo ao idoso dependente, representa para o cuidador e como este apoio apresenta-se no cotidiano do mesmo a partir do seu olhar.

Nessa perspectiva, ao adentrar, no ano de 2012, no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, nível mestrado, em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, tive a oportunidade de estudar esta temática e desenvolver a presente pesquisa, a qual está embasada na Teoria das Representações Sociais, visto que esta permite revelar a compreensão do cuidador sobre o apoio social a partir de suas experiências, vivências cotidianas e de seu contexto social.

As Representações Sociais são definidas por Gomes, Oliveira e Sá (2011), como sendo o produto e o processo de uma atividade mental, através do qual um indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com a qual ele se confronta e para a qual ele atribui um significado específico.

Diante disso, partiu-se da seguinte questão norteadora: Quais são as representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente?

Nesse sentido, foram elaborados os seguintes objetivos:

Objetivo geral

Apreender as representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente.

Objetivos específicos

- Conhecer as representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente;
- Identificar a rede de apoio social dos cuidadores de idosos dependente;
- Descrever o tipo de apoio fornecido pela rede de apoio social aos cuidadores de idosos dependentes;

Este estudo justifica-se na medida em que, a apreensão do conhecimento circulante no universo consensual dos cuidadores sobre o apoio social pode possibilitar o planejamento de ações a essa clientela, e a identificação das redes de apoio social dos cuidadores, permite aos profissionais de saúde atuar em parceria com as mesmas no intuito de minimizar a sobrecarga do cuidador e os efeitos negativos do processo cuidativo, proporcionando o bem-estar do cuidador e conseqüentemente a melhoria da qualidade do cuidado prestado ao idoso dependente.

Diante do exposto, este estudo é relevante e oportuno, visto que proporciona nova fonte de conhecimentos nesta área temática, bem como subsidia a implementação de ações com vistas à melhoria da saúde do cuidador e da qualidade dos cuidados a serem por ele prestados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

O envelhecimento da população é uma realidade mundial, fato este também evidenciado no Brasil, em que o número de pessoas idosas vem aumentando significativamente (CAMARANO; KANSO, 2010). Ressalta-se que, no Brasil, a população idosa é considerada como aquela constituída por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o Brasil vivencia um processo de transição demográfica, caracterizado pelo crescimento da população idosa concomitantemente com o decréscimo do número de jovens. Segundo dados do IPEA (2012), a população menor de 15 anos que fora responsável, em 1992, por 33,8% da população total, passou a constituir 23,1% desta população, em 2011. Por outro lado, a população idosa que correspondia a 7,9% da população em 1992, passou a ser representada, em 2011, por 12,1% da população total.

Associado a esse envelhecimento populacional, observa-se o aumento da expectativa de vida que refere ao número médio de anos de vida que um indivíduo ou sua respectiva geração podem esperar viver (NERI; SOARES, 2007).

Em 1980, a vida média do brasileiro atingia aproximadamente os 62 anos de idade, entretanto, os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população contribuíram para elevação da expectativa de vida para 72 anos em 2008 e, estima-se que a vida média da população brasileira alcançará em 2050, o patamar de 81 anos (IBGE, 2008).

Sendo assim, além do envelhecimento da população total, a população idosa também envelheceu, haja vista que a proporção da população “mais idosa”, de 80 anos ou mais, está crescendo. Dessa maneira, o contingente de idosos longevos passou de 0,9% para 1,7%, entre 1992 e 2011, o que representou um aumento de 3,2 milhões de idosos com 80 anos ou mais (IPEA, 2012).

Nesse contexto, o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, o crescimento da população idosa, tem provocado mudanças na estrutura da pirâmide etária da população brasileira, ocasionando um acentuado estreitamento da base e alargando o ápice. Esse alargamento do topo da pirâmide pode ser observado pelo crescimento da população com 60 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010a).

Diante do exposto, torna-se importante destacar que o crescimento da população idosa brasileira traz consigo uma série de implicações que precisam ser levadas em consideração, a exemplo da diminuição da classe produtiva, aumento do percentual de indivíduos acometidos por doenças crônico-degenerativas, maiores gastos na prestação de serviços de saúde, além do aumento da demanda de políticas públicas voltadas para esse segmento etário (IPEA, 2012; VERAS, 2009).

Nesse âmbito, ao se remeter a compreensão do envelhecimento, surgem questões variadas como as transformações biopsicossociais incluindo o processo de fragilização, existência de diversas patologias associadas, perdas motoras e funcionais, que podem culminar no desenvolvimento de dependência e necessidade de cuidados, repercutindo na família, sociedade e Estado (CAMARANO; KANSO, 2010).

Ressalta-se que o envelhecimento é um processo biológico, universal, inevitável, progressivo, caracterizado pelo declínio das funções celulares e pela diminuição da capacidade funcional, no qual há alterações nos campos biológico, psíquico e social que ocorrem ao longo da vida de forma diferenciada em cada indivíduo (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

O envelhecimento pode ser compreendido como resultado de um processo que começa no momento do nascimento, estendendo-se por toda a vida do ser. Nessa perspectiva, o ser humano envelhece de uma forma gradual, sendo que as alterações causadas pelo envelhecimento no nível físico, psíquico e social, desenvolvem-se a um ritmo diferente de pessoa para pessoa e envolvem fatores internos como carga genética e estado de saúde, bem como fatores externos como estilo de vida, meio ambiente e condições socioeconômicas (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Na dimensão biológica, o envelhecimento manifesta-se por declínio das funções de diversos órgãos revelado pela perda da elasticidade da pele, diminuição da força muscular e da mobilidade das articulações, distúrbios do sistema cardiovascular, respiratório, renal e urinário, bem como diminuição do número de neurônios e alteração na neurotransmissão (TEIXEIRA; PEREIRA, 2008).

Desse modo, com o avançar da idade, o corpo humano sofre uma declínio funcional, diminuindo sua capacidade de resistência às agressões ambientais, o que o torna vulnerável ao desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas (SEBASTIÃO; ALBUQUERQUE, 2011). Nesse sentido, a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2010b) revela que 77,4% das pessoas de 60 anos ou mais de idade possuem algum tipo de doença crônica.

É válido destacar que as doenças crônico-degenerativas podem comprometer a capacidade funcional do idoso, ou seja, as habilidades físicas e mentais necessárias para a realização, de forma independente, das atividades de vida diária. Dessa maneira, esse quadro de cronicidade revela-se como incapacitante e causador de dependência (VERAS, 2009).

No âmbito gerontogeriátrico, a dependência é conceituada por Nardi e Oliveira (2009) como a condição em que o idoso requer o auxílio de outras pessoas para realização de atividades da vida diária (AVD).

Tais atividades são divididas em dois tipos: atividades básicas de vida diária (ABVD), relacionadas ao autocuidado tais como tomar banho, vestir-se e alimentar-se, que permitem ao idoso cuidar-se e responder por si no espaço limitado do seu lar. Têm-se também as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) que se referem às tarefas mais complexas que promovem a vida independente do idoso na comunidade, como, por exemplo, fazer compras, telefonar e utilizar o transporte (NUNES et al., 2010).

A dependência no idoso resulta de um processo que se inicia com o surgimento de um déficit no funcionamento físico e/ou psicológico, em consequência de uma doença ou acidente, desencadeando no desenvolvimento de limitação no desempenho das atividades. Dessa maneira, quando esta limitação não pode ser compensada mediante a adaptação do meio, gera-se uma restrição da funcionalidade que se concretiza na dependência em relação a outras pessoas para realização das atividades da vida diária (SEBASTIÃO; ALBUQUERQUE, 2011).

Em um estudo realizado por Nunes et al. (2010) com 388 idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família do município de Goiânia, verificaram que 34,8% desses idosos apresentaram dependência para as ABVD e 60,6% eram dependentes para AIVD.

O idoso pode apresentar dependência parcial ou total para a realização das atividades de vida diária, sendo importante determinar esse grau de dependência para que se possam planejar ações de saúde, assim como o tipo de assistência e o suporte necessário ao idoso, a sua família e particularmente ao cuidador.

Cabe ressaltar que, para avaliar o grau de dependência do idoso, utiliza-se o método de avaliação da capacidade funcional do mesmo por meio da utilização de escalas, destacando na área gerontogeriátrica, a escala de Katz, adaptada no Brasil por Lino et al. (2008), que consta de seis itens, dentre eles: alimentação, controle de esfínteres, transferência, capacidade para se vestir, tomar banho e ir ao banheiro.

A avaliação da referida escala engloba grupos de máxima independência e dependência, a saber: a) dependente em todas as funções; b) dependente em cinco funções; c)

dependente em quatro funções; d) dependente em três funções; e) dependente em duas funções; f) dependente em uma função; g) independente em todas as funções. Dessa maneira, o idoso que necessita do auxílio de alguém para realizar todas as seis funções é considerado com dependência funcional máxima ou total (LINO et al., 2008).

Nessa perspectiva, o comprometimento da capacidade funcional do idoso constitui o principal fator gerador da dependência, o que suscita a necessidade da presença diária e constante de um cuidador que assuma as funções que o idoso não consegue realizar sozinho.

Assim, frente à presença de idosos que necessitam de auxílio nas atividades cotidianas, surge então a figura do cuidador para suprir a incapacidade, definitiva ou temporária, do idoso no contexto domiciliar, representando o elo entre pessoa idosa/família/equipe profissional.

2.2 CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES

À medida que ocorre o comprometimento funcional, o idoso vai se tornando cada vez mais dependente de outra pessoa para a realização do seu autocuidado. É a partir deste momento que, surge a necessidade de um cuidador, o qual consiste naquela pessoa que auxiliará o idoso no desempenho das atividades cotidianas que o mesmo não consegue realizar (YAMASHIDA et al., 2010).

Dessa maneira, o cuidador é alguém, familiar ou não, que oferece assistência e tem a responsabilidade pelo cuidado regular ao idoso (CARNEIRO; FRANÇA, 2011).

Aguiar (2011) acrescenta que, os cuidadores são aqueles responsáveis por suprir as necessidades de atenção e autocuidado à pessoas com certo grau de dependência por um curto período de tempo ou até mesmo vários anos.

O cuidador pode ser classificado em duas categorias: formal e informal. O cuidador formal é aquela pessoa que possui o ensino fundamental completo e recebeu treinamento específico em uma instituição de ensino oficialmente reconhecida para prestar cuidados ao idoso no domicílio, sendo remunerado para realizar tal função. Já o cuidador informal é aquele, com ou sem vínculo familiar ao idoso e que realiza o processo de cuidar sem ser remunerado (CONCEIÇÃO, 2010).

Classifica-se também o cuidador como principal quando este tem a total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente. Têm-se os cuidadores secundários que são os familiares, voluntários e profissionais que prestam atividades complementares, sem ter a principal responsabilidade sobre o cuidar (PEREIRA; FILGUEIRAS, 2009).

Tornar-se cuidador principal é um processo que ocorre gradual ou repentinamente, dependendo do tempo de instalação do comprometimento funcional do idoso. Nos casos em que a dependência se instala de maneira brusca, surge à problemática de quem irá assumir o cuidado. Assim, inicia-se um ciclo de angústias e conflitos até que se defina o cuidador (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

No processo de escolha do cuidador, geralmente, leva-se em consideração alguns fatores como parentesco, gênero, proximidade física (considerando-se quem vive com a pessoa) e proximidade afetiva (predominância da relação conjugal e filial) (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011; MASCARENHAS; BARROS, 2009).

Nesse sentido, na maioria das vezes, a tarefa de cuidar recai sobre um membro da família, que assume essa função, geralmente, por obrigação/dever moral relacionado ao cumprimento de uma norma social, a qual estabelece a responsabilidade da família de cuidar de seus membros (CAMACHO et al., 2012).

Dessa maneira, a sociedade comumente espera da família a atitude de cuidar de seus idosos dependentes. Para tanto, caso essa regra seja descumprida, os membros familiares passam a ser vistos pela sociedade como negligentes e/ou irresponsáveis (MONTEUZAMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008).

Ressalta-se também que a Constituição Federal de 1988 (artigo 230) e o Estatuto do Idoso (artigo 3º) estabelecem que seja obrigação da família, juntamente com a sociedade e o Estado, cuidar da pessoa idosa (BRASIL, 1988; BRASIL, 2003).

Convém salientar que, além da obrigação/dever moral, outros motivos podem levar um membro familiar a cuidar do idoso dependente, dentre eles destaca-se a ausência de disponibilidade de outras pessoas para assumir a função, pois é o único disponível para realizar o acompanhamento do idoso em domicílio, assumindo totalmente a responsabilidade do cuidado sem ter com quem dividi-la (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

A função de cuidar também pode ser assumida pelo familiar como uma opção, estando atrelada a sentimentos de carinho, afeto, retribuição, associados aos laços afetivos que se estabelecem ao longo da convivência familiar (BOHN; CARLOS, 2010).

Dentre os membros familiares, o cuidado, geralmente, é uma tarefa assumida por filhos e cônjuges, como demonstra o estudo realizado por Del Duca, Thumé e Halall (2011), o qual revelou que os cuidadores são representados em sua maioria por cônjuge (39,5%) e filhos (23,7%). Quadro semelhante foi encontrado no estudo de Pedreira e Oliveira (2012) em que a maioria dos cuidadores era representada por cônjuge e filhas.

Acredita-se que os filhos costumam assumir o papel de cuidadores, por terem um vínculo afetivo e uma responsabilidade culturalmente definida, conhecida como obrigação filial, em que se estabelece que caiba aos filhos cuidarem dos seus pais em caso de necessidades (MONTEUZAMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008).

No que diz respeito aos cônjuges, estes assumem o cuidado por entenderem ser o seu papel junto àquele que durante anos dedicou-se em plena saúde e que agora necessita de cuidados (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

Os cônjuges assumem o cuidar em virtude do compromisso firmado na cerimônia matrimonial. O sentimento de gratidão se dá por tudo que o cônjuge realizou durante sua vida, como o trabalho, os cuidados com a casa e a criação dos filhos (VIEIRA et al., 2012).

No que concerne ao gênero dos cuidadores, é válido salientar que estudos demonstram que esses são em sua maioria mulheres (FLORES et al., 2010; MASCARENHAS; BARROS, 2009; YAMASHITA et al., 2010). Tal fato ocorre, uma vez que o cuidar é inscrito socialmente como uma tarefa feminina, cabendo às mulheres à organização da vida familiar, o desempenho dos afazeres domésticos, o cuidado dos filhos, do cônjuge e dos idosos (MASCARENHAS; BARROS, 2009).

Ressalta-se também que, geralmente, o cuidador reside no mesmo domicílio do idoso dependente, como evidenciado no estudo de Uesugui, Fagundes e Pinho (2011) em que 86,6% dos cuidadores residiam com o idoso, o que comprova que a proximidade física é utilizada como um dos critérios de escolha do cuidador. Esse fato também foi encontrado na pesquisa realizada por Santos e Pavarini (2010) em que 69% dos cuidadores de idosos moravam na mesma casa dos idosos.

O fato de o cuidador residir com o idoso constitui um fator importante, pois a presença constante denota disponibilidade do cuidador para o cuidado. Sendo assim, Flores et al. (2010) demonstrou em seu estudo que o fato de idosos e cuidadores residirem juntos ou muito próximos facilita o cuidado, pois a distância geográfica de alguns filhos foi considerada pelos idosos como um fator que impossibilitava o cuidado.

Por outro lado, residir como o idoso pode ser um fator gerador de sobrecarga para o cuidador em virtude da exposição constante às demandas do cuidado, além da necessidade do cuidador realizar outras atividades, além do cuidado prestado (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

Ainda no que diz respeito às características do cuidador comumente encontradas nos estudos, observa-se que os cuidadores geralmente apresentam idade acima de 60 anos (AGUIAR, 2011; PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012; VIEIRA et al., 2012). Esse dado chama a

atenção, pois evidencia que idosos estão cuidando de outros idosos, quando na realidade também necessitam de cuidados, uma vez que já enfrentam problemas relativos ao processo de envelhecimento como o desgaste físico e a diminuição da força e da agilidade (OLIVEIRA et al., 2012).

O cuidador desenvolve tarefas que envolvem o acompanhamento nas atividades diárias do idoso, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, entre outros, auxiliando-o na recuperação da saúde e na melhoria da qualidade de vida (NASCIMENTO et al., 2008).

Nessa perspectiva, é o cuidador quem assume a responsabilidade de dar suporte ou de assistir as necessidades do idoso, dedicando grande parte de seu cotidiano a rotinas de cuidado para assegurar o desempenho das atividades cotidianas que o idoso não consegue mais realizar sozinho (OLIVEIRA; ELBOUX, 2012; MARQUES et al., 2011).

Assim, o cuidador contribui para manter o idoso no domicílio, o que proporciona o convívio familiar, previne sua institucionalização, evita hospitalizações, promovendo o bem-estar do idoso (BORN, 2008; VIEIRA et al., 2012).

Apesar de o cuidador desempenhar um importante papel na manutenção da qualidade de vida do idoso, é válido salientar que a tarefa de cuidar de idosos dependentes pode ocasionar estresse, desgaste físico-emocional, bem como provocar isolamento social do cuidador, em virtude da intensa sobrecarga a que ele fica submetido, pois, geralmente, exerce sozinho a tarefa de cuidar, abdicando de sua vida pessoal e social para se dedicar quase exclusivamente ao idoso (CARTAXO et al., 2012; MARQUES; BESSA; SILVA, 2013).

Fernandes e Garcia (2009) também afirmam que as repercussões negativas na vida do cuidador provenientes do processo cuidativo ocorram em virtude do acúmulo de tarefas a serem desempenhadas e pela falta de apoio de membros familiares, amigos e profissionais na prestação do cuidado, o que gera sobrecarga para uma única pessoa que é o cuidador principal.

Silveira et al. (2009) e Teston et al. (2013) acrescentam que, além da função de cuidar, os cuidadores também exercem outras atividades como os afazeres domésticos, o cuidado dos filhos e atividade profissional que, associados a ausência de apoio no processo cuidativo, desencadeia o acúmulo de funções, o que resulta em desgaste físico-emocional e, conseqüentemente, afeta a qualidade de vida do cuidador.

Nesse contexto, no estudo realizado por Fonseca, Penna e Soares (2008), os cuidadores familiares de pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC)

relataram que o processo de cuidar provoca problemas em sua saúde física tais como alterações do sono, dores nas costas e braços, e também sobrecarga emocional.

Tal fato também foi evidenciado no estudo de Matos e Decesaro (2012) em que 65% dos cuidadores possuíam algum problema de saúde, entre eles hipertensão arterial, problemas na coluna, gastrite e depressão, sendo que 30% referiram ter desencadeado essas patologias após iniciarem suas atividades de cuidador. Além disso, 52% referiram que se sentiam mais estressados e 95% afirmaram que sua vida social e seus relacionamentos foram prejudicados após terem assumido a função de cuidador.

Oliveira e Caldana (2012), ao realizar uma pesquisa com cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, também demonstrou que o processo cuidativo pode ocasionar o isolamento social do cuidador. Este fato também foi identificado no estudo de Luzardo, Gorini e Silva (2006) por meio do qual verificaram que 69,4% dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer abandonaram as atividades de lazer em função da tarefa de cuidar.

Israel, Andrade e Teixeira (2011) acrescenta que o cuidador, por constituir a principal e até mesmo a única fonte de cuidado ao idoso, geralmente são privados do convívio social e, mesmo nas raras vezes que conseguem sair, não aproveitam o momento, por estarem constantemente preocupados com o bem-estar do idoso no domicílio.

Dessa maneira, tendo em vista que a tarefa de cuidar de idosos dependentes pode ocasionar efeitos adversos, gerando impactos negativos no âmbito físico, psicológico e social do cuidador, faz-se necessário o suporte adequado a essas pessoas no intuito de proporcionar benefício tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado.

Assim, destaca-se a necessidade de o cuidador dispor de apoio social durante o processo de cuidar para poder cuidar de si, melhorar seu bem-estar e exercer o cuidado de maneira satisfatória (GUEDEA et al., 2009; POLARO, 2013)

Assim, destaca-se o importante papel do apoio social na redução do impacto negativo do processo de cuidar, proporcionando uma melhor qualidade de vida para o cuidador.

2.3 REDE DE APOIO SOCIAL DE CUIDADORES DE IDOSOS DEPENDENTES

Tendo em vista que a rotina do cuidado pode gerar sobrecarga ao cuidador, desencadeando alterações depreciativas na sua saúde física e mental, torna-se fundamental a presença de pessoas que o auxiliem na prestação de cuidado ao idoso.

Tal auxílio representa o apoio social e esse pode ser categorizado em quatro tipos: instrumental quando está voltado para o provimento de necessidades materiais, auxílio

financeiro ou ajuda nos afazeres domésticos e na assistência direta ao idoso dependente; emocional quando envolve comportamentos como escutar e prover atenção ao cuidador; informativo no qual há o fornecimento de informações que orientam o cuidador durante o processo cuidativo; e interação social positiva, que está relacionada à disponibilidade de pessoas para atividades de lazer (BOCCHI; ANGELO, 2008).

Vale ressaltar que o apoio social, quando disponibilizado ao cuidador no processo cuidativo, contribui significativamente para a melhoria de sua saúde e, conseqüentemente, de sua qualidade de vida.

Nessa perspectiva, Oliveira et al. (2012) pontuam que o cuidador sem suporte pode ser um futuro paciente, haja vista que, geralmente, negligenciam seu próprio cuidado, esquecendo-se de si, para atender as necessidades imediatas do idoso.

Em virtude disso, os cuidadores necessitam de apoio social para manter sua saúde e poder cuidar de si e do idoso. Não dispondo de tal suporte, os mesmos ficam expostos a riscos de adoecer pela sobrecarga a que são submetidos (POLARO et al., 2013).

Dessa forma, Marques et al. (2011) constataram em seu estudo que os cuidadores desprovidos de apoio social apresentavam uma condição de esgotamento físico-emocional, bem como possuíam uma maior dificuldade em resolver os problemas do cotidiano e associavam o ato de cuidar a sentimentos negativos.

O estudo realizado por Amendola, Oliveira e Alvarenga (2011) demonstrou que, aqueles cuidadores que referiram a presença de algum tipo de apoio social na prestação de cuidado ao idoso, apresentaram uma menor sobrecarga física e emocional advinda do cuidado quando comparado com os que não dispunham de auxílio. Dessa maneira, observa-se que o apoio social desempenha um importante papel na manutenção do bem-estar do cuidador.

Nesse contexto, o apoio social se revela como um determinante na preservação da saúde física e mental do cuidador, protegendo-o do isolamento social, uma vez que ao dispor do auxílio de outras pessoas, o cuidador se sente amparado para dar continuidade ao seu plano de vida e suas relações sociais, não ficando reclusos à função de cuidar (BOCCHI; ANGELO, 2008).

Ao falar sobre o apoio social, convém lembrar-se das pessoas que o fornece, as quais são denominadas conjuntamente de rede de apoio social. Essa pode ser estruturada de maneira distinta e por isso é classificada em informal quando composta de membros familiares, amigos e relações comunitárias (vizinhos, grupos religiosos, grupos de convivência), e formal quando constituída por profissionais de saúde, programas governamentais, serviços públicos ou privados (GARCIA et al., 2012).

Estudos demonstram que, geralmente, a rede de apoio social dos cuidadores é composta principalmente por familiares, cujo auxílio está relacionado às atividades domésticas, ao cuidado direto ao idoso e à ajuda financeira (SILVEIRA et al., 2009; SILVEIRA et al., 2011; SIMON et al., 2013).

A família desempenha um importante papel na promoção do cuidado a seus familiares, constituindo um sistema de saúde para seus membros, com seus valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações na promoção da saúde (SILVEIRA et al., 2009).

O suporte familiar permite o desenvolvimento de maior resiliência e bem-estar psicológico, auxiliando o indivíduo na manutenção de respostas mais adequadas diante de eventos que tendem a comprometer sua saúde (REIS et al., 2011).

Outra importante fonte de apoio social ao cuidador é aquela advinda dos profissionais de saúde, os quais devem fornecer cuidados específicos para o idoso e seu cuidador, bem como orientações básicas para que este possa atuar, de forma satisfatória, no processo cuidativo.

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde do Idoso salienta a relevância de os profissionais de saúde atuarem em parceria com os cuidadores no intuito de possibilitar a sistematização de ações a serem realizadas no próprio domicílio com vistas à promoção da saúde, à prevenção de doenças e à manutenção da capacidade funcional tanto do idoso dependente quanto do seu cuidador (BRASIL, 1999).

Tendo em vista que os cuidadores informais constituem uma das principais, ou até mesmo, a única fonte de cuidado do idoso dependente, a Política supracitada recomenda que haja uma atenção à saúde do cuidador no sentido de evitar seu adoecimento e, conseqüentemente, hospitalizações e qualquer outra forma de institucionalização do idoso.

Vale ressaltar também a importância dos profissionais de saúde orientar os cuidadores, através de educação em saúde, com intuito de promover sua capacitação para o cuidado para que se sintam seguros e amparados na tarefa de cuidar de um idoso dependente (BORN, 2008).

Nesse sentido, Bicalho, Lacerda e Catafesta (2008) salientam que o cuidar implica procedimentos complexos e específicos, o que demanda a necessidade de que todos os cuidadores tenham um treinamento voltado à realidade de cada caso.

Os autores supracitados afirmam ainda que ao capacitar o cuidador em domicílio, o profissional de saúde, além de prestar uma assistência efetiva, proporciona um acolhimento ao cuidador, colaborando para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que venham facilitar sua tarefa e promover um cuidado livre do desgaste, uma vez que, dominando as

ações necessárias na promoção do cuidado, o cuidador terá mais facilidade no planejamento do seu cotidiano, tendo maior tempo para proceder com o seu autocuidado.

Sendo assim, com o objetivo de subsidiar os profissionais de saúde na capacitação dos cuidadores, foi publicado pelo Ministério da Saúde, em 2008, o Guia Prático do Cuidador que contém orientações relacionadas ao processo cuidativo e à prática do autocuidado (BRASIL, 2008).

Dessa maneira, destaca-se a educação em saúde como uma estratégia a ser utilizada pelos profissionais de saúde no sentido de proporcionar aos cuidadores o desenvolvimento de conhecimentos acerca das tarefas que envolvem o cuidado, de modo a torná-los sujeitos ativos e corresponsáveis no processo de cuidar, proporcionando um cuidado qualificado ao idoso dependente (MARTINS et al., 2007).

Torna-se fundamental que os profissionais de saúde ao desenvolver as ações educativas, valorize a história de vida do cuidador, suas experiências e permita que os mesmos manifestem suas reais necessidades (FIRMINO et al., 2010).

É válido salientar que, tendo em vista que o cuidado ocorre dentro do ambiente domiciliar, um importante serviço que favorece o desenvolvimento de ações voltadas para a saúde do cuidador e do idoso, consiste na Estratégia de Saúde da Família, uma vez que está localizada dentro do contexto físico e social destes, o que possibilita a criação de vínculos e permite que os profissionais analisem o cotidiano, e identifiquem as potencialidades e fragilidades do cuidador no sentido de desenvolver estratégias que reduzam os aspectos negativos impostos pelo cuidar.

Assim, a tarefa de cuidar por ser desgastante impõe a necessidade de programas governamentais de assistência domiciliar que reduzam o ônus do cuidado e que contemple maior orientação para as atividades rotineiras.

Nesse âmbito, pode-se citar o Programa Melhor em Casa que foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 2013 com o objetivo desospitalização de pacientes crônicos, com alto grau de dependência, sendo desenvolvida assistência na própria residência por equipe multiprofissional de referência e da presença e responsabilização de um cuidador familiar. O cuidado/assistência é ofertado através de visita domiciliar regular da equipe e da assistência diária deste cuidador (BRASIL, 2013).

Em 2011, foi implantado, pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, o Programa de Apoio ao Cuidador que fornece atividades educativas e de atenção à saúde do cuidador de idosos cadastrados no Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI)

com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do cuidador e a relação de cuidado com o idoso (BAHIA, 2013).

O referido programa desenvolve suas atividades semanalmente e atua em três espaços, a saber: Espaço do Cuidar que oferece orientações teóricas e práticas da tarefa do cuidar. O Espaço Cuidando do Cuidador, o qual tem uma proposta psicoterapêutica com atividades individuais e em grupo e o Espaço de Educação que, em palestras mensais, aborda as diversas patologias e agravos dos idosos assistidos pelo CREASI (BAHIA, 2012).

Entretanto, torna-se importante destacar que, estudos demonstram que a rede de apoio social formal e informal dos cuidadores de idosos dependentes não atua de forma organizada e frequente, visto que o cuidador, na maioria das vezes, continua sobrecarregado no processo de cuidar, sem ajuda e sem orientações pertinentes (CAMARGO, 2010; GARCIA et al., 2012; FLORIANO; AZEVEDO; REINERS, 2012; SIMON et al., 2013).

Portanto, faz-se necessário que o cuidador disponha de uma rede de apoio social efetiva, uma vez que esta, quando estável, ativa e confiável protege o cuidador na vida cotidiana, atuando como agente de ajuda, possibilitando a manutenção do seu bem-estar. Com isso, essa rede passa a ser geradora de saúde, tanto nos aspectos físicos como nos psicológicos e afetivo-emocionais (SILVEIRA et al., 2009).

Desse modo, revela-se necessário que os profissionais de saúde, além de prestar apoio às famílias durante o processo de adoecimento crônico, percebam a importância dos demais componentes da rede de apoio, para que juntos possam fortalecer suas ações em prol do bem-estar das famílias e indivíduos (SIMON et al., 2013).

Assim, frente à importância do apoio social na prevenção dos aspectos negativos da tarefa de cuidar, faz-se necessário compreender e aprofundar sobre esse tema, visto que a compreensão deste poderá servir de subsídios para implementação de ações com vistas a manutenção do bem-estar do cuidador.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O conceito de representações teve sua origem no estudo de representações coletivas desenvolvido pelo sociólogo francês Émile Durkheim que enfatizava a especificidade e a primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual. Para esse autor, as representações são coletivas na medida em que exercem uma coerção sobre cada indivíduo, conduzindo os sujeitos a pensar e agir de forma homogênea. Durkheim aponta, em sua tese de doutorado sobre as práticas religiosas de tribos da sociedade primitiva australiana, que a religião é uma prática social que reproduz as representações coletivas (NÓBREGA, 2001).

Nesta perspectiva, as representações coletivas consistem em um grande guarda-chuva que reúne crenças, mitos, religião e tradições que se estendem ao longo do tempo e do espaço social (ARRUDA, 2002). Dessa maneira, as representações coletivas podem ser entendidas como um produto de saberes e experiências transmitidas por gerações, que se acumulam e se estendem no espaço e no tempo (ALEXANDRE, 2004).

Neste contexto, partindo de uma leitura crítica das representações coletivas de Durkheim, Serge Moscovici em 1961 em sua obra intitulada “La psychanalyse: son image et son public”, formula o termo “representações sociais”, substituindo a palavra “coletivo” por “social”, pois, segundo Moscovici, as representações não são apenas uma herança coletiva dos antepassados, que é transmitida de maneira determinista e estática, mas sim são resultados de uma construção social feita por grupos que partilham de uma mesma realidade social, na qual o indivíduo tem papel ativo e autônomo no processo de construção da sociedade (ALEXANDRE, 2004; SÁ, 2007).

Dessa maneira, surge a Teoria das Representações Sociais (TRS) que tem Serge Moscovici como seu precursor e que a define como um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana e no curso de comunicações interpessoais (MOSCOVICI, 2003). Sendo assim, as representações sociais englobam os fenômenos presentes no cotidiano dos grupos sociais, tem suas raízes nos conceitos elaborados pelo senso comum, nas interações contínuas e na objetivação realizada por cada grupo, e se concretiza num campo específico de conhecimento (GOMES et al., 2011).

As representações sociais compreendem o saber das sociedades e dos indivíduos, como resultado da interação cotidiana das pessoas com os diferentes objetos, o que a situa

como construção mental de sentidos e significados dados aos objetos e situações da vida social (SÁ, 2007). Dessa forma, a representação social funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com seu meio físico e social, determinando seus comportamentos e suas práticas (ABRIC, 2000; WAGNER, 2000).

Segundo Abric (2001), as representações sociais desempenham quatro funções: função de saber, pois as representações sociais permitem compreender e explicar a realidade; função identitária, pois definem a identidade e protegem a especificidade dos grupos; função de orientação, pois guiam comportamentos e práticas sociais; e função justificatória, na medida em que permitem justificar as tomadas de posição e comportamentos de determinados grupos em relação ao objeto de representação.

Ressalta-se que as representações sociais são constituídas a partir de dois processos, a saber: ancoragem e objetivação. A ancoragem consiste em um processo que transforma um objeto estranho em algo familiar, ou seja, os novos objetos, percebidos como desconhecidos, são ancorados com base em conhecimentos, práticas, e crenças do sujeito (MOSCOVICI, 2010).

A objetivação une a idéia de não familiaridade com a de realidade. Neste sentido, a objetivação consiste em dar corpo aos pensamentos, tornar o impalpável em palpável, ou seja, é o processo que tem como finalidade tornar o abstrato em concreto (NÓBREGA, 2001). É um processo que está relacionado à organização dos elementos da representação e ao percurso que este sofre até materializar-se, transformando-se em expressão de uma realidade natural.

Em suma, a objetivação explica como os elementos representados de uma teoria se integram à realidade social, já a ancoragem permite compreender a maneira pela qual estes elementos colaboram para revelar e constituir as relações sociais (MOSCOVICI, 2003).

Portanto, a teoria das representações sociais propõe a análise do processo através do qual os indivíduos e a sociedade constroem teorias e produzem sentido sobre objetos sociais, levando a construção de comportamentos (MOSCOVICI, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tendo em vista os objetivos estabelecidos nesse estudo, optou-se por uma pesquisa de natureza qualitativa, descritivo-exploratória, fundamentada na Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici.

Esse estudo pautou-se na Teoria das Representações Sociais, uma vez que a mesma possibilita compreender os conhecimentos e conceitos sobre determinado fenômeno, construídos e compartilhados por grupos a partir de suas relações sociais e reais necessidades cotidianas (GOMES et al., 2011).

Em caráter complementar, utilizou-se a abordagem qualitativa, a qual abrange os aspectos relacionados a crenças, atitudes, opiniões e significados das relações humanas, abarcando um espaço mais profundo dos processos e dos fenômenos envolvidos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

Nessa perspectiva, a abordagem qualitativa é aplicada em estudos das representações, pois possibilita, em maior grau de profundidade, a interpretação das percepções, atitudes e comportamentos dos seres humanos (MINAYO, 2008).

Vale ressaltar que, para melhor abrangência do tema, utilizaram-se os métodos descritivo e exploratório, os quais possibilitam descrever com precisão os fatos e os fenômenos de uma realidade e têm como foco principal o desejo de conhecer melhor o objeto que se pretende pesquisar, proporcionando maior familiaridade com o mesmo (GIL, 2008; TRIVIÑOS, 2009).

Tais métodos permitem abarcar os aspectos gerais e amplos de um contexto social no qual os sujeitos da pesquisa estão inseridos, proporcionando ao pesquisador um melhor entendimento dos diversos fatores e elementos que influenciam o fenômeno estudado (GIL, 2008).

4.2 CAMPO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Jequié-BA, em domicílios de cuidadores informais de idosos dependentes, cadastrados na Unidade de Saúde da Família José Maximiliano Henriquez Sandoval.

O município de Jequié localiza-se na Região Sudoeste do Estado da Bahia, entre a Zona da mata e a Caatinga, distante 364 km da capital Salvador. Possui uma área territorial de 3.227 km² e uma população estimada de 161.393 habitantes (IBGE, 2013).

No que concerne ao setor de saúde, o município é sede da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia (DIRES) e encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Atualmente, conta com o Hospital Geral Prado Valadares, uma instituição da rede SUS que fornece atendimento à população jequieense e aos municípios circunvizinhos, bem como atua como campo de estágio para estudantes da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC), Faculdades Unidas de Pesquisa, Ciências e Saúde (FAPEC) e das Escolas Técnicas de Enfermagem.

A referida instituição hospitalar é composta por 200 leitos, com atendimento de Urgência e Emergência, bem como internação nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Neurologia, Psiquiatria e Unidade de Terapia Intensiva. Também dispõe de serviço de internação domiciliar, o qual é constituído por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, fonoaudiólogo, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta.

No que diz respeito à Atenção Básica, o município conta com quatro Unidades Básicas de Saúde (Centro de Saúde Jequié, Centro de Saúde Almerinda Lomanto, Centro de Saúde Júlia Magalhães, Centro de Saúde Sebastião Azevedo); uma Unidade de Saúde do Conjunto Penal de Jequié; uma Unidade Móvel/expresso de saúde e 27 equipes de Saúde da Família distribuídas em 18 Unidades de Saúde, sendo que 2 destas localizam-se na zona rural e as demais na zona urbana (JEQUIÉ, 2012).

Para o desenvolvimento desse estudo, escolheu-se a unidade de saúde da Família José Maximiliano Henriquez Sandoval, que está localizada na Urbis IV, no bairro Jequiezinho. A escolha dessa unidade deve-se ao fato de a mesma atuar como campo de ensino, pesquisa e extensão para discentes de graduação e pós-graduação da UESB e também em virtude de ter sido local para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Envelhecimento e coresidência: uma questão de gênero”, sob a coordenação de uma das colaboradoras deste estudo, por meio do qual se evidenciou o importante papel dos cuidadores destes idosos e suscitou a necessidade de conhecer as pessoas que auxiliam este cuidador na prestação de cuidado.

A Unidade de Saúde da Família José Maximiliano dispõe de uma estrutura física que está de acordo com os padrões de funcionamento adequados para uma equipe de saúde da família. É composta por recepção, sala de espera, dois consultórios de enfermagem, dois

consultórios médico, um consultório odontológico, uma sala de esterilização, farmácia, almoxarifado, copa, dois banheiros, uma sala de reuniões e sala de vacina.

A Unidade é composta por duas equipes constituídas por dois enfermeiros, dois médicos, três auxiliares de enfermagem, um dentista, um técnico de saúde bucal e doze Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

No momento da coleta de dados da pesquisa, estavam atuando apenas 10 ACS, visto que dois estavam afastados por motivo de licença médica.

A área de abrangência da unidade contava com 5.042 pessoas cadastradas, sendo que 607 destas eram idosos. Dentre os idosos, quinze apresentavam dependência para as atividades básicas da vida diária, ou seja, aquelas voltadas para o seu autocuidado.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os cuidadores informais de idosos dependentes cadastrados na Unidade de Saúde da Família José Maximiliano Henriquez Sandoval. Ressalta-se que, nesse estudo, considerou-se como cuidador informal aquele indivíduo, com ou sem vínculo familiar com o idoso, e que realizava o processo de cuidar sem remuneração (CONCEIÇÃO, 2010).

A inclusão dos cuidadores informais obedeceu aos seguintes critérios: residir com o idoso, ser cuidador de idoso com dependência para, no mínimo, uma atividade básica de vida diária evidenciada a partir da aplicação da Escala de Katz (ANEXO A), aceitar participar da pesquisa e ser o principal responsável pela prestação de cuidado. Sendo assim, foram inclusos na pesquisa quatorze cuidadores informais, haja vista que um cuidador não aceitou participar.

Convém destacar que a Escala de Katz, adaptada no Brasil por Lino et al (2008), consiste em um instrumento que avalia a dependência dos idosos no desempenho de seis atividades básicas da vida diária relacionadas ao autocuidado, quais sejam: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, capacidade para se vestir, tomar banho e ir ao banheiro.

É importante salientar que, nesse estudo, a dependência dos idosos foi evidenciada por meio de informações do cuidador obtidas durante a aplicação da Escala de Katz.

Dessa maneira, constatou-se que todos os idosos cuidados pelos sujeitos da pesquisa eram dependentes para atividades de autocuidado relacionada à higiene pessoal e à locomoção/transferência. Já em relação à ajuda para alimentar-se, apenas três apresentavam dependência. Quanto à causa da dependência dos idosos, destacou-se a doença de Alzheimer e Parkinson, bem como o Acidente Vascular Cerebral.

No que concerne aos cuidadores, doze pertenciam ao sexo feminino e dois eram do sexo masculino. Ressalta-se que dez eram filhos dos idosos dependentes e quatro cônjuges.

Quanto à idade dos cuidadores, a mínima era de 44 anos e a máxima de 70 anos, com predominância daqueles cuidadores com idade acima de 60 anos, os quais representavam 43% dos participantes.

Em relação ao estado civil, dois cuidadores eram solteiros, cinco casados, seis divorciados e um viúvo. A maior parte dos cuidadores (nove deles) possuía filhos, sendo que um desses tinha nove anos de idade. Dessa maneira, os cuidadores dividiam as responsabilidades da casa e da família com as atividades de cuidado.

A maioria dos cuidadores (oito) possuía ensino médio completo, três eram analfabetos, um tinha ensino fundamental incompleto e dois possuíam ensino superior.

Quanto à ocupação, treze cuidadores não exerciam atividade profissional fora do domicílio, dedicando à maior parte do seu tempo a tarefa de cuidar. Salienta-se que cinco abandonaram seus empregos para exercer o papel de cuidador.

O tempo na função de cuidador variou de 1 a 20 anos, sendo que onze cuidadores exerciam esta função há mais de três anos. Cumpre destacar que os participantes da pesquisa forneciam cuidados a idosos que, em sua maioria, pertenciam ao sexo feminino e possuíam idade acima de 80 anos.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após a apreciação e emissão do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UESB (ANEXO B), procedeu-se uma visita à unidade de saúde da família, onde a pesquisadora apresentou o projeto de pesquisa e solicitou aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a identificação de idosos dependentes para as atividades básicas de vida diária e seus respectivos cuidadores.

Sendo assim, os ACS informaram a presença de apenas quinze cuidadores de idosos dependentes cadastrados nas duas equipes da unidade de saúde da família. Dessa maneira, em posse do nome dos cuidadores e seus respectivos endereços, realizou-se uma visita domiciliar a estes, previamente agendada, em parceria com os ACS, com o intuito de apresentar a pesquisadora, a proposta do estudo, bem como realizar o convite para a participação da pesquisa.

Nos casos em que houve a aceitação voluntária dos cuidadores (ressalta-se que apenas um não aceitou participar da pesquisa), a pesquisadora apresentou o termo de consentimento

livre e esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) e em seguida verificou se o cuidador preenchia os critérios de inclusão estabelecidos no estudo.

Após a assinatura do TCLE, procedeu-se a coleta de dados durante o período de fevereiro a abril de 2013, por meio da entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), a qual foi conduzida por um roteiro constituído por duas partes: a primeira contém questões referentes à identificação do idoso dependente e seu respectivo cuidador, bem como sobre o processo de cuidar. A segunda parte é composta por questões abertas que está relacionada ao apoio social do cuidador.

A entrevista é uma das opções de técnica de coleta de dados qualitativos que apresenta as vantagens de propiciar oportunidades para motivar e esclarecer o informante, permitir maior controle sobre a situação e a avaliar a validade das respostas mediante a observação do comportamento verbal e não-verbal (MINAYO, 2010).

Torna-se importante destacar que antes de iniciarmos a coleta de dados na unidade de saúde da família que faz parte da pesquisa, foi realizado um pré-teste em outra unidade para verificar a aplicabilidade e adequação dos instrumentos de coleta de dados a serem utilizados na pesquisa. Salienta-se que os dados obtidos desse teste não fizeram parte do estudo final.

4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados provenientes da entrevista foram transcritos na íntegra e submetidos à Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin que corresponde a um conjunto de técnica de análise das comunicações com a finalidade de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011).

Sendo assim, a análise dos dados contemplou as três fases estabelecidas por Bardin (2011), quais sejam:

A 1ª fase ou pré-análise: Nesta fase, as quatorze entrevistas foram transcritas na íntegra, o que permitiu estabelecer o primeiro contato com o material. Em seguida, procedeu-se a análise com a leitura flutuante na expectativa de aparecer impressões, orientações e possíveis hipóteses. A cada leitura estabelecia-se uma aproximação mais precisa com as entrevistas que apresentavam seus significados.

A 2ª fase ou fase de exploração do material, realizou-se leituras mais aprofundadas de cada entrevista, observando os significados que apareciam pela exaustividade (contemplando todos os aspectos contidos no roteiro da entrevista); representatividade (a representação do universo); homogeneidade (obedeceu os critérios da escolha em relação a temas) e pertinência (os documentos forem analisados com vistas à sua adequação com objetivos da pesquisa). Em seguida, foi feito recortes das entrevistas nas denominadas unidades de registro.

Na 3ª fase, procedeu-se com a agregação e classificação dos dados em categorias com intuito de realizar o tratamento e a interpretação dos resultados à luz do referencial teórico-metodológico.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Tendo em vista que esta pesquisa envolveu seres humanos, respeitou-se os aspectos éticos e científicos propostos na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa científica envolvendo seres humanos, protegendo-os de danos nas esferas física, psíquica, moral, intelectual, social ou espiritual (BRASIL, 1996).

Dessa forma, o estudo iniciou-se somente após a aprovação e emissão de parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (ANEXO B), mediante protocolo nº 163.347/2012.

Ainda primando por atender à Resolução nº 196/1996, o estudo foi desenvolvido somente mediante a autorização dos participantes por meio da assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o sigilo e anonimato dos mesmos, bem como assegurando-lhes da liberdade de recusar-se a participar ou desistir de participar em qualquer momento da pesquisa, não havendo prejuízo pessoal e nenhuma penalidade.

Também foi garantido o anonimato dos participantes da pesquisa, assegurando-lhes que não seriam identificados pelos seus nomes, mas sim por meio de códigos representados pelo termo ENT seguido do algarismo numérico de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo serão apresentados no formato de dois manuscritos, os quais foram elaborados de acordo com as normas dos periódicos selecionados para a submissão e visaram contemplar os objetivos propostos no estudo.

Sendo assim, o primeiro manuscrito, *Cuidadores informais e apoio social no cuidado ao idoso dependente*, responde ao seguinte objetivo específico: Conhecer as representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente.

O segundo manuscrito, *Rede de apoio social dos cuidadores de idosos dependentes*, contempla os objetivos específicos: Identificar a rede de apoio social dos cuidadores de idosos dependentes e descrever o tipo de apoio fornecido por essa rede.

O alcance do objetivo geral, o qual consiste em apreender as representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente, foi contemplado nos dois manuscritos apresentados a seguir.

5.1 MANUSCRITO 01: CUIDADORES INFORMAIS E APOIO SOCIAL NO CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE

Este manuscrito será submetido à Revista Saúde e Sociedade, sendo elaborado conforme as instruções para autores desse periódico que seguem abaixo e estão disponíveis em <http://www.scielo.br/revistas/sausoc/pinstruc.htm>, acessado em novembro de 2013.

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês.

Nome e endereço do(s) autor(es): todos devem informar maior grau acadêmico; cargo; afiliação institucional; endereço completo incluindo rua, cidade, CEP, estado, país, e-mail.

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e/ou o Sociological Abstracts.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de dois autores, deve ser citado o primeiro, seguido de e col.

Referências

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor.

MANUSCRITO 01: Cuidadores Informais e Apoio Social no Cuidado ao Idoso Dependente

Informal Caregivers and Social Support in the Elderly Dependent Care

Marta dos Reis Alves- Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Endereço: Rua José Moreira Sobrinho, s/n, bairro Jequezinho, CEP: 45.206-190, Jequié, Bahia, Brasil.

E-mail: martareisalves@yahoo.com.br.

Alba Benemérita Alves Vilela- Doutora em Enfermagem. Professor Pleno da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Departamento de Saúde. . Endereço: Rua José Moreira Sobrinho, s/n, bairro Jequezinho, CEP: 45.206-190, Jequié, Bahia, Brasil.

E-mail: albavilela@gmail.com

Resumo

O estudo objetivou conhecer as representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, realizada em domicílios de quatorze cuidadores informais de idosos dependentes, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família do município de Jequié-BA. Utilizou-se a entrevista semiestruturada, sendo os dados analisados por meio da Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Foram construídas três categorias que expressaram as representações sociais dos cuidadores acerca do apoio social: Apoio social na redução da sobrecarga do cuidador; Apoio social na prevenção do desgaste físico e emocional do cuidador; Apoio social na prevenção do isolamento social e na promoção do bem-estar do cuidador. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob o protocolo nº 163.347/2012. Os resultados demonstraram que o apoio social representava para os cuidadores como um importante recurso para a redução da sobrecarga de atividades e, conseqüentemente, para prevenção de problemas físicos, sociais e emocionais relacionados ao cuidar, bem como para a promoção do seu bem-estar. Assim, tendo em vista a importância do apoio social atribuída pelos cuidadores, faz-se necessário que os profissionais de saúde estimulem o auxílio de outras pessoas no cuidado ao idoso dependente com a finalidade de promover uma melhoria na saúde do cuidador e na qualidade dos cuidados a serem por ele prestados.

Palavras-chave: Apoio Social; Cuidadores; Idoso; Dependência.

Abstract

This study aimed to understand the social representations of informal caregivers about the social support for dependent elderly care. It is a descriptive and exploratory, qualitative research, grounded in the Theory of Social Representations, carried out in households of fourteen informal caregivers of dependent elderly, registered in a Family Health Unit in the city of Jequié-Bahia. It was used the semi-structured interview and the data analyzed by means of the technique of content analysis of Bardin. There were built three categories that expressed the social representations of carers about social support: Social support in reducing caregiver overload; Social support in preventing the physical and emotional wear of the caregiver; Social support in preventing social isolation and in promoting the well-being of the caregiver. This study was approved by the Ethics Committee in Research of the Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia by the protocol nº 163.347 / 2012. The results showed that the social support represents for caregivers as an important resource for reducing the overload of activities and, consequently, for prevention of physical, social and emotional problems related to care, as well as for the promotion of the well-being of the caregiver. Thus, in view of the importance of social support assigned by caregivers, it is necessary that health professionals encourage the assistance of others in the dependent elderly care with the purpose of promoting an improvement in the health of the caregiver and the quality of care to be provided by him.

Keywords: Social Support; Caregivers; Elderly; Dependency.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural na vida de um indivíduo, porém pode ocasionar modificações fisiológicas no organismo humano, as quais favorecem o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, declínio cognitivo e funcional que podem comprometer as habilidades físicas e mentais do idoso (Araújo e col., 2011).

Face ao comprometimento funcional, o idoso passa a ser dependente parcial ou total de alguém para a realização do seu autocuidado e de suas atividades cotidianas, necessitando da presença de um cuidador, o qual consiste naquela pessoa responsável pela prestação de cuidado ao idoso, auxiliando-o no desempenho de suas atividades diárias (Garbin e col., 2010; Júnior e col., 2011).

Nesta perspectiva, o cuidador atua como peça fundamental para a promoção da qualidade de vida do idoso em situação de dependência (Del Duca e col., 2012). Destaca-se que o cuidador pode ser categorizado em formal ou informal, distinguindo-se pelo fato de que o cuidador informal realiza o processo de cuidar sem ser remunerado.

Convém salientar que, nesse estudo, foram considerados apenas os cuidadores informais em virtude do baixo poder aquisitivo dos idosos que fazem parte da pesquisa, os

quais não têm condições financeiras de remunerar um cuidador formal. Dessa maneira, a responsabilidade de cuidar do idoso recai sobre o cuidador informal, na maioria das vezes um familiar, que por imposição da circunstância, vê-se obrigado a assumir o processo cuidativo.

É válido ressaltar que, cuidar de um idoso dependente pode constituir uma tarefa árdua e desgastante, visto que a assistência exige dedicação, tempo, responsabilidade, paciência e até mesmo privação de atividades pessoais e sociais do cuidador (Matos e Decesaro, 2012).

Geralmente, a função de cuidador tende a ser assumida por uma única pessoa, denominada de cuidador principal, faltando-lhe apoio físico, psicológico e financeiro para enfrentar o cotidiano do cuidar, fato que, possivelmente, gerará um acúmulo de tarefas e, conseqüentemente, um esgotamento físico e psíquico do cuidador, afetando sua qualidade de vida e repercutindo negativamente na prestação da assistência (Stackfleth e col., 2012).

Nesse sentido, faz-se necessário que o cuidador disponha de um apoio social, ou seja, do auxílio de outras pessoas durante o processo cuidativo ao idoso dependente, pois esta ajuda, seja ela emocional, material e/ou financeira, faz com que o cuidador se sinta amparado em situações cotidianas e contribui para a redução do acúmulo de tarefas, o que minimiza ou até mesmo previne a sobrecarga do cuidador, bem como o possibilita cuidar de si (Bocchi e Angelo, 2008).

Estudo realizado por Amendola e colaboradores (2011) evidenciou que, aqueles cuidadores que referiram a presença de algum tipo de apoio social na prestação de cuidado ao idoso, apresentaram uma menor sobrecarga física e emocional advinda do cuidado quando comparado com os que não dispunham de apoio social. Dessa maneira, observa-se esse apoio desempenha um importante papel na manutenção do bem-estar do cuidador.

Além disso, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.395/1999 que instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso, aponta a importância do apoio social ao cuidador informal ao enfatizar a necessidade de se estabelecer parceria entre profissionais de saúde e cuidadores, fornecendo a este um suporte qualificado e constante (Brasil, 1999).

Tendo em vista a importância do apoio social apontado na literatura, faz-se necessário conhecer o que o apoio social significa para o cuidador a partir de suas experiências, vivências cotidianas e de seu contexto social. Para tanto, este estudo utilizou o aporte teórico-metodológico da representação social que é definida como sendo o produto e o processo de uma atividade mental por meio da qual um indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com a qual ele se confronta e para a qual ele atribui um significado específico (Gomes e col., 2011a).

A relevância desse estudo centra-se no âmbito social e científico/acadêmico enquanto produção de conhecimento, bem como para o planejamento e implementação de estratégias que promovam suporte ao binômio cuidador-idoso com vistas à melhoria de sua saúde e da qualidade dos cuidados a serem prestados pelo cuidador.

Diante do exposto, este estudo objetivou conhecer as representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de natureza qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici. Essa Teoria compreende um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas na vida cotidiana e no curso de comunicações interpessoais (Moscovici, 2003).

Nesse sentido, as representações sociais englobam os fenômenos presentes no cotidiano dos grupos sociais, tem suas raízes nos conceitos elaborados pelo senso comum, nas interações contínuas e na objetivação realizada por cada grupo, e se concretiza num campo específico de conhecimento (Gomes e col., 2011b).

A pesquisa foi realizada no município de Jequié-BA, em domicílios de cuidadores informais de idosos dependentes, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família do referido município.

Os participantes do estudo compreenderam 14 cuidadores informais, selecionados, a partir dos seguintes critérios de inclusão: residir com o idoso, ser cuidador de idoso com dependência para, no mínimo, uma atividade básica de vida diária evidenciada a partir da aplicação da Escala de Katz, aceitar participar da pesquisa e ser o principal responsável pela prestação de cuidado.

Ressalta-se que a Escala de Katz consiste em um instrumento que avalia o desempenho dos idosos nas atividades de autocuidado. Adaptada no Brasil por Lino e colaboradores (2008), esta escala consta de seis funções, dentre elas: alimentação, controle de esfínteres, transferência, capacidade para se vestir, tomar banho e ir ao banheiro.

A avaliação da referida escala engloba grupos de máxima independência e dependência, a saber: a) dependente em todas as funções; b) dependente em cinco funções; c) dependente em quatro funções; d) dependente em três funções; e) dependente em duas funções; f) dependente em uma função; g) independente em todas as funções.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia por meio do protocolo nº 163.347/2012. Desta maneira, foram considerados os preceitos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996).

Além disso, este estudo foi desenvolvido mediante autorização dos sujeitos envolvidos, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual informou aos sujeitos do estudo a respeito dos objetivos da pesquisa, bem como seus riscos e benefícios.

Nessa perspectiva, para garantir o anonimato dos entrevistados, foi atribuído a estes o termo Ent seguido do algarismo numérico de acordo com a seqüência cronológica da realização da entrevista (Ent. 01, Ent. 02, Ent. 03).

Após a anuência dos cuidadores informais, procedeu-se a coleta de dados por meio da entrevista semi-estruturada, guiada por um roteiro composto por duas partes. A primeira foi constituída pela caracterização sócio-demográfica do participante, e a segunda pela seguinte questão norteadora: O que significa para o senhor (a) a ajuda de outras pessoas no cuidado ao idoso?

As informações obtidas na entrevista semi-estruturada foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra, primando-se por manter a veracidade das falas dos cuidadores. Em seguida, os dados foram organizados e submetidos à Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, a qual é guiada por três fases: a 1ª fase ou pré-análise é constituída como a fase de organização dos dados, em que há a realização de leitura flutuante; 2ª fase que é a fase de exploração do material; 3ª fase de tratamento e análise, na qual ocorre tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consistindo em dar significado aos dados, bem como propor inferências a respeito do objeto de estudo, através da formulação de categorias e subcategorias (Bardin, 2011).

Sendo assim, da análise dos dados emergiram três categorias: Apoio social na redução da sobrecarga do cuidador; Apoio social na prevenção do desgaste físico e emocional do cuidador; Apoio social na prevenção do isolamento social e na promoção do bem-estar do cuidador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa compreenderam quatorze cuidadores informais de idosos dependentes para as atividades básicas da vida diária. Desses cuidadores, doze pertenciam ao

sexo feminino e dois eram do sexo masculino. Este resultado reforça a ideia de que o cuidar é socialmente representado como uma atribuição feminina (Oliveira e D'Elboux, 2012).

Entretanto, essa realidade vem sendo modificada, visto que os homens também apareceram como responsáveis pela função de cuidador (14,3%), situação que não era comum há pouco tempo. Quadro semelhante foi encontrado nos estudos de Oliveira e colaboradores (2012) e de Cartaxo e colaboradores (2012), nos quais, respectivamente, 36% e 11,5%, dos cuidadores eram homens.

Ressalta-se que dez cuidadores consistiam em filhos dos idosos dependentes e quatro eram cônjuges, o que demonstra que os mesmos desempenham a tarefa de cuidar imbuídos de sentimentos afetivos.

Nesta perspectiva, os dados revelam uma norma social que passa por gerações, a qual estabelece que os pais cuidem dos filhos e, posteriormente, aos filhos cabe o compromisso de cuidar dos seus pais na velhice.

Observou-se também que o cônjuge assumia o papel de cuidador, provavelmente em virtude da cumplicidade desenvolvida ao longo do convívio conjugal, pelos vínculos afetivos ou pelo sentimento de obrigação (Vieira e Fialho, 2010).

No que se refere à idade dos entrevistados, houve uma variação entre 44 e 70 anos, com predomínio da faixa etária compreendida entre 60 e 70 anos, a qual contemplou seis cuidadores (43%). Esse fato é preocupante no processo de cuidar, pois esses cuidadores podem apresentar limitações físicas e funcionais devido ao processo de envelhecimento que estão vivenciando, o que demanda também a necessidade de cuidados (Pereira e col., 2013).

Quanto ao estado civil, dois cuidadores eram solteiros, cinco casados, seis divorciados e um viúvo. A maioria dos cuidadores (oito) possuía o ensino médio completo, três eram analfabetos, um tinha ensino fundamental incompleto e dois possuíam ensino superior.

Convém destacar que o conhecimento da escolaridade dos cuidadores é muito importante, haja vista que serão eles que receberão as orientações das equipes de saúde e que realizarão as atividades de cuidado, sendo que muitas destas são complexas e exigirão certo nível de escolaridade (Vieira e Fialho, 2010).

Em relação à dependência dos idosos cuidados, todos eram dependentes para as atividades básicas da vida diária relacionadas à higiene pessoal (tomar banho, vestir-se) e à locomoção/transferência. Quanto à ajuda para alimentar-se, apenas três apresentavam dependência.

No que concerne ao tempo na função de cuidador, os dados apontaram que este variou de 1 a 20 anos, sendo que onze cuidadores exerciam esta função há mais de três anos. Esses

resultados são significativos, uma vez que, quanto maior o tempo na função, o qual associado aos cuidados intensivos prestados ao idoso no dia a dia e às dificuldades encontradas no desempenho do papel de cuidador, maiores os riscos de este apresentar problemas de ordem física, social e emocional, tais como depressão, baixos níveis de satisfação com a vida, estresse, solidão e cansaço (Marques e col., 2011; Guedea e col., 2009).

Entretanto, esses possíveis impactos negativos provenientes do processo de cuidar podem ser minimizados pela presença de apoio social ao cuidador, haja vista que o auxílio de outras pessoas no cuidado ao idoso permite o compartilhamento de atividades relacionadas ao cuidar, contribuindo para a redução da sobrecarga ao cuidador (Silveira e col., 2011).

Assim, considerando os aspectos supracitados, os cuidadores deste estudo foram estimulados a relatar o significado do apoio social no processo cuidativo ao idoso dependente. Desta maneira, a partir da análise do conteúdo apresentado nos discursos dos cuidadores, foram identificadas três categorias que expressaram suas representações sociais acerca do apoio social, quais sejam: Apoio social na redução da sobrecarga do cuidador; Apoio social na prevenção do desgaste físico e emocional do cuidador; Apoio social na prevenção do isolamento social e na promoção do bem-estar do cuidador.

Apoio social na redução da sobrecarga do cuidador

Nos discursos dos sujeitos do estudo, foi possível perceber que os mesmos consideravam o apoio social como subsídio na redução da sobrecarga advinda do cuidar de um idoso dependente. Além disso, o apoio social era visto, pelos cuidadores, como uma possibilidade de descanso:

A ajuda é importante, porque no caso tá tirando aquele peso de mim, da minha pessoa (ENT 01)

Pra mim a ajuda tem importância grande, porque já me descansa, na hora que ele tá cuidando, aí eu já tô descansando (ENT 03)

Eu queria ajuda porque eu não aguento pegar ela, ela tá pesada [...]. Toda ajuda é boa, porque me alivia um pouco, um pouco de descanso (ENT 06)

A ajuda é muito importante pra cuidar dele, porque é muito pesado pra mim tá trocando de roupa, dando banho, é muito complicado (ENT 02)

Nesse sentido, observa-se que alguns cuidadores desempenham atividades que vão além de suas capacidades físicas, havendo necessidade do auxílio de outras pessoas. Dessa maneira, a presença de uma rede de apoio social mantém o equilíbrio de saúde do cuidador, pois o possibilita ter algumas horas de descanso e de cuidado consigo próprio, proporcionando-lhe melhores condições para prestar assistência ao idoso dependente (Oliveira e col., 2012).

É possível verificar, por meio do depoimento descrito abaixo, que não dispondo do auxílio de outras pessoas, o cuidador passava a desempenhar suas atividades cotidianas de forma solitária, o que desencadeava um acúmulo de tarefas, tornando-o exausto durante o processo de cuidar.

Este resultado condiz com o estudo de Marques e colaboradores (2011), o qual demonstrou que a sobrecarga vivenciada pelo cuidador era proveniente da escassez de apoio durante o cuidar, fazendo com que se sentissem sozinhos diante de inúmeras situações cotidianas.

Se eu tivesse ajuda era muito importante porque eu tenho que amanhecer o dia pra arrumar a casa, fazer o almoço, lavar, passar, tudo eu. Então é muito pesado, dia de sábado eu vou à feira, fazer compra, eu mesmo é que tenho que ir. E isso cansa, já tá me cansando (ENT 02)

Os relatos dos cuidadores também revelaram que estes além de prestarem cuidado ao idoso, eram também responsáveis por desempenhar atividades relacionadas à organização doméstica, o que os tornavam ainda mais susceptíveis a situações de fadiga e estresse.

Somado a estas atribuições, percebeu-se que o cuidador familiar não possuía outra pessoa para dividir as tarefas, levando-o ao acúmulo de funções, o que resulta em esgotamento físico e emocional que pode interferir na sua qualidade de vida e, conseqüentemente, na do idoso que recebe os cuidados (Brito e col., 2013).

Estudo desenvolvido por Vilela e colaboradores (2006) demonstra que grande parte dos cuidadores de idosos são únicos e que além de desempenharem essa função, têm sob seus cuidados, dependentes como: filhos(as), netos(as) e outros parentes que necessitam de cuidados. Essa situação também foi evidenciada nos relatos dos sujeitos do estudo:

É menino de um lado, mãe do outro, porque eu cuido de uma menina de 9 anos, que é outro trabalho, mais outra responsabilidade, mais tem a casa, tem as compras pra fazer (ENT 08).

Nesse sentido, a realização de cuidados ininterruptos e solitários associados a outros papéis sociais (mãe, avó, esposa, dentre outros) desempenhados pelo cuidador pode ocasionar inúmeras demandas a este, representando-lhe um ônus que precisa ser compartilhado com outras pessoas (Oliveira e col, 2012).

Assim, o apoio social representava para os cuidadores a redução da sobrecarga de tarefas, visto que os possibilitavam compartilhar o desempenho de suas atividades diárias, permitindo-o cuidar dos idosos de forma adequada, mas sem se descuidar de seu próprio bem-estar.

Se tivesse uma ajuda boa eu descansava. Ah! Eu descansava muito, eu ia ter tempo pra mim [...] Se tivesse uma pessoa que ficasse aqui direto, eu não acho ninguém, tem dias que eu faço tudo, lavo roupa, faço comida pra ela, cuido dela, quem faz tudo aqui é eu, não tenho tempo pra nada (ENT 05)

O esforço exigido no processo de cuidado, de forma contínua, e muitas vezes sem apoio, quando associado às outras responsabilidades são fatores que torna o cuidador sujeito a uma constante carga de tensão, podendo tornar-se exaustos, desgastados física e emocionalmente (Cartaxo e col., 2012).

Assim, a sobrecarga de atribuições relacionada ao cuidado de idosos dependentes suscita a necessidade de uma atenção, por parte dos profissionais de saúde, voltada para o cuidador, pois essa atividade tem impacto em sua saúde, bem-estar e qualidade de vida (Ferreira e col., 2011).

Nessa perspectiva, deve ser estimulado o apoio social ao cuidador, onde possa haver o auxílio de outras pessoas, evitando possíveis sobrecargas a quem cuida.

Apoio social na prevenção do desgaste físico e emocional do cuidador

Os cuidadores relataram desgaste físico decorrentes da tarefa de cuidar de um idoso, referindo o surgimento de alguns problemas de saúde após assumirem o papel de cuidador:

[...] Não sei se é decorrência do problema dela, do estresse, então agora eu também tô hipertenso, tô tomando a medicação (Ent 01)

[...] tem dia que eu não aguento nem andar, com dor nas pernas, é perna inchada por vida (ENT 06)

[...] a gente sente dor, às vezes a gente sente dor na coluna, porque ela é pesada (ENT 07)

O cuidador, em virtude de sua exposição prolongada aos diferentes estressores presentes no cotidiano do cuidar, está vulnerável a apresentar problemas de saúde tais como artrite, hipertensão arterial, processos dolorosos e alterações ponderais (Fernandes e Garcia, 2009).

Os cuidadores possuem maiores chances de ter problemas de saúde devido à sobrecarga a que estão submetidos, pois, geralmente, não recebem ajuda de outra pessoa na tarefa de cuidar do idoso e, em virtude disso, o cuidador passa a descuidar de si próprio para dedicar a maior parte do seu tempo no cuidado ao idoso. Assim, surgem doenças como problemas osteomusculares, desordens digestivas, a hipertensão arterial, que são os problemas mais comumente encontrados entre os cuidadores. (Santos e Pavarini, 2010).

Estudo realizado por Marques e colaboradores (2011) revela que os cuidadores apresentam comprometimento de sua saúde relacionado ao cuidado realizado, dentre eles hipertensão, problemas de coluna, enxaqueca e até mesmo depressão.

A presença de problemas de saúde do cuidador pode acarretar a falta de condições para cuidar do idoso, refletindo diretamente na qualidade da assistência prestada:

Eu tenho problema de saúde, eu fiz cirurgia de fístula, e aí eu não aguento, aí eu tenho problema de saúde pra cuidar de outra pessoa [...] (ENT 13)

Tenho problema de coluna, tenho problema de hérnia, de vesícula, tô com artrose, osteoporose, é tanta coisa entendeu, cheia de dores também, tem dia que eu tô arrastando, eu vejo a hora de cair as duas pra levar ela pro banheiro, eu tenho dor aqui e acolá, e isso aumenta cada vez mais, vivo tomando remédio (ENT 06)

Nesse contexto, cuidar de um idoso com dependência potencializa os agravos na saúde física do cuidador, cuja capacidade funcional vai se deteriorando com a exposição continuada às condições relativas ao ato de cuidar, tornando-o doentes em potencial (Vieira e Fialho, 2010).

Em virtude da realidade vivenciada pelo cuidador, eles vêem o apoio social como um recurso que pode promover uma melhoria em sua saúde física, o que pode ser visualizado no discurso abaixo:

A ajuda vai me ajudar na minha saúde, porque aí eu não boto força nas minhas pernas, nas minhas varizes, ajudando a não ter tantos problemas de saúde (ENT 12)

Diante disso, o apoio social representa um importante meio para prevenção de problemas físicos relacionados ao cuidar, por isso aqueles cuidadores que não têm apoio social tendem a desenvolver mais problemas físicos e psíquicos em comparação àqueles que recebem apoio (Vieira e Fialho, 2010).

Cabe destacar que a sobrecarga proveniente do processo de cuidar também pode acarretar no desenvolvimento de problemas psíquicos, manifestados por desordens como depressão, ansiedade e insônia, que constituem a via de expressão do desconforto emocional (Gratão e col., 2012).

Nesse contexto, os cuidadores relataram alterações no ciclo sono-vigília em virtude do processo de cuidar, o que condiz com o estudo de Fonseca e colaboradores (2008), no qual os cuidadores relataram a ocorrência de interrupção do sono para prestar cuidados e em virtude da preocupação de que alguma coisa pudesse acontecer durante a noite com a pessoa cuidada.

Dormir mesmo tem noite que eu não durmo, tem noite que ela acorda a noite toda, eu aqui dia e noite aqui com ela (ENT 06)

[...] eu já não durmo a noite, porque eu já durmo já pensando nela, é o tempo todo eu tenho que ver, tenho que virar, ela tá aí, mas tem que tá a gente por perto pra saber se ela tá virando (ENT 07)

Ressalta-se que os cuidadores vivenciam situações de estresse pela pressão do estado de constante vigília, atenção e preocupação para com o idoso (Oliveira e Caldana, 2012).

Observa-se claramente, por meio dos relatos dos cuidadores, que os mesmos estavam vivenciando um desgaste emocional em decorrência do ato de cuidar de um idoso dependente:

O pior eu acho que é a mente da gente, o dia todo nessa situação que não é fácil (ENT 10)

[...] eu falo “Meu Deus do céu, me ajuda, senão eu vô enlouquecer” (ENT 08)

[...] tem horas que parece que eu vô ficar doida (ENT 06)

Gratão e colaboradores (2012) afirmam que a sobrecarga e o desgaste emocional dos cuidadores comumente ocorrem devido à falta de apoio dos familiares, uma vez que o apoio

social tende a funcionar como amortecedor do impacto negativo da situação do cuidar sobre o bem-estar daqueles que cuidam.

Esse fato também é evidenciado nas falas dos cuidadores ao ressaltarem a importância do auxílio de outras pessoas no cuidado ao idoso, uma vez que proporcionará uma diminuição da intensidade do cuidar, favorecendo uma menor sobrecarga emocional:

Eu acho que a ajuda é muito importante para o seu psicológico, porque você vai descansar mais sua mente, você não vai ficar preocupada (ENT 11)

A ajuda me aliviou o estresse. Se não tivesse esta ajuda, a coisa seria bem complicado, meu nível de estresse ia subir cada vez mais e eu não sei como é que ia ser não, acho que ia ser terrível, por isso acho que importante a ajuda externa, de outras pessoas, da família (ENT 01)

Se eu tivesse ajuda não ficava preocupada com tanta coisa (ENT 05)

Pontua-se que o estresse está relacionado à falta de ajuda por parte dos familiares, pois o cuidador, ao assumir, sozinho, os cuidados do idoso no domicílio, manifesta frequentemente desconforto emocional (Santos e Pavarini, 2010).

Os cuidadores que podem contar com alguém se sentem menos pressionados em relação às exigências dos cuidados, o que melhora a sua qualidade de vida e reduz o nível de estresse associado ao cuidar (Pereira e Carvalho, 2012).

É válido salientar que os cuidadores necessitam tanto da ajuda de outros familiares como também de orientações de profissionais de saúde para lidar com o desgaste emocional proveniente do processo cuidativo:

[...] talvez se tivesse um psicólogo pra mim, tem horas que eu fico com minha cabeça, tem hora que o meu psicológico não aguenta não (ENT 06)

Essa evidência aponta a importância de o cuidador ter um acompanhamento da equipe de saúde, de um psicólogo ou de grupos de autoajuda que o auxiliem a compreender seus sentimentos (Oliveira e col., 2012).

Serviços e profissionais capacitados para apoiar os cuidadores no enfrentamento de suas dificuldades têm se mostrado um meio bastante propício para fortalecê-los e diminuir a sobrecarga do cuidado (Amendola e col., 2011).

Assim, o apoio social tanto informal (familiares, amigos) quanto formal (profissionais de saúde) atua como importante meio para prevenção de problemas físicos e emocionais relacionados ao cuidar de um idoso dependente.

Apoio social na prevenção do isolamento social e na promoção do bem-estar do cuidador

A privação do convívio social em função do cuidado, a ausência de lazer, a restrição da liberdade de ir e vir, é uma realidade vivenciada pelos cuidadores, haja vista que, na maioria das vezes, se encontram enclausurados nas tarefas que permeiam o cuidar, como demonstram as falas abaixo:

Eu não tenho mais liberdade pra nada, minha vida praticamente acabou, não tenho mais liberdade pra sair, assim pra eu ir pro mato, passear, ir na rua, não tenho, é aqui preso em casa o dia todo, não posso sair pra canto nenhum porque não tem ninguém pra ficar com ela (ENT 05)

Eu não posso mais trabalhar, assim pra me viajar eu não posso mais, a não ser que minha sobrinha vem pra cá, fica uns dia aqui tomando conta dele [...] Ave Maria, eu não saio mais dentro de casa não (ENT 09)

Os relatos dos cuidadores demonstram claramente que a ausência de apoio social afeta sua qualidade de vida, restringe o lazer e reduz a realização de atividades sociais, o que o predispõe ao isolamento social. Nota-se também que alguns cuidadores abandonaram seus empregos e ocupações em detrimento do cuidar.

Dessa forma, o cuidar se torna uma tarefa que exige dedicação exclusiva, uma vez que o cuidador não conta com o auxílio de outras pessoas, o que reduz ou até mesmo extingue seu tempo pessoal para o lazer e descanso, favorecendo o isolamento social e comprometendo seu bem-estar (Oliveira e col., 2012).

O cuidador, na maior parte do tempo, limita-se ao ambiente domiciliar, sendo os momentos de lazer escassos ou inexistentes, o que desencadeia sentimentos de isolamento, alterações no estilo de vida e insatisfações com a vida (Pedreira e Oliveira, 2012).

[...] festa, exposição, essas coisas acabou tudo, festa de família, acabou tudo pra mim, eu não posso sair, minha vida praticamente acabou (ENT 14)

Nesse sentido, situações de sofrimento e insatisfação em viver foram expressos nos depoimentos dos cuidadores. Dessa maneira, o cuidado ininterrupto faz com que, na maioria

das vezes, os cuidadores envolvidos esqueçam--se deles próprios, de suas necessidades e apresentem baixos níveis de satisfação com a vida (Gratão e col., 2013).

Acho que nem viver mais eu gosto de viver, porque antigamente eu ia pro mato, gostava de caçar, pescar, hoje eu não faço mais isso, aqui preso aqui de manha até de noite (ENT 05)

[...] não tenho alegria na minha vida (ENT 11)

O cuidado constante dispende do cuidador praticamente todo o seu tempo, o seu lazer e até as suas emoções. Esse aspecto conduz a situações de exaustão, acompanhadas de baixa auto-estima e depressão (Francisco e Pereira, 2012).

O “viver para cuidar” é uma realidade demonstrada nos discursos dos cuidadores, em que a sua vida passou a ser a vida do idoso.

[...] eu não tô vivendo, tô vivendo a vida dela, até pra uma Igreja pra me ir eu vou de mês em mês, pra ir na rua, fazer umas comprinha assim, vô na carreira e volto, às vezes ele (filho) fica. (...) não faço mais plano de nada, de um passeio, não posso fazer nada, não posso mais participar de nada (ENT 06)

[...] porque antes eu poderia fazer tudo, hoje não, eu vivo mais em função dela. Eu não saio, não viajo, meu lazer é aqui, eu não posso sair (ENT 07)

Eu abri mão de tudo, porque eu já não saia, porque desde quando meu esposo morreu, eu fiquei muito trancada dentro de casa, e depois dela mais ainda, eu abri mão de tudo na minha vida. Não tenho lazer (ENT 11)

A doação pelo cuidado, na visão do cuidador, faz com que abra mão de sua vida, inclusive de momentos de lazer, uma vez que dispensa a maior parte de seu tempo e de seus cuidados à pessoa de quem cuida do que a si mesmo (Oliveira e col., 2012).

Um dos maiores obstáculos vivenciado pelos cuidadores durante o processo de cuidar é a impossibilidade de sair de casa, de realizar atividades de lazer, pois, de forma geral, ficam atrelados à responsabilidade e a preocupação diária com o cuidado do idoso

É válido destacar que ausência de apoio social também favorece o descuido do cuidador com sua própria saúde, conforme explicitado no depoimento a seguir:

Eu não posso cuidar de mim direito, até pra ir no médico é difícil, porque eu não acho ninguém pra ficar com ela (ENT 06)

Os cuidadores, com o passar do tempo, esquecem de si, negligenciando a sua própria saúde, pois focalizam na pessoa cuidada, toda a sua atenção e dedicação (Francisco e Pereira, 2012).

Acredita-se que a redução das atividades sociais e de lazer ocorra em virtude da falta de apoio de membros familiares, amigos e profissionais na prestação do cuidado, o que gera sobrecarga para uma única pessoa que é o cuidador principal (Fernandes e Garcia, 2009).

Assim, por meio dos relatos dos cuidadores, foi possível verificar que eles vêem o apoio social como um recurso que previne o isolamento social, pois facilita o lazer e a realização de atividades sociais:

Se tivesse uma ajuda, eu podia sair mais longe, poderia ter mais lazer (ENT 10)

Se eu tivesse ajuda eu ainda podia sair um pouco (ENT 13)

Essa ajuda me aliviaria, porque enquanto eu vô no mercado, fazer as compras eu já saio mais tranqüila, que eu sei que tem alguém do lado dela (ENT 08)

Este resultado corrobora com o estudo de Bocchi e Angelo (2008), o qual demonstrou que o apoio social impedia que o cuidador se sentisse preso a tarefa de cuidar, evitando seu isolamento social.

É válido destacar que o apoio social também representava para o cuidador a promoção do seu bem-estar, conforme pode ser visualizado nos seguintes relatos:

Se eu tivesse ajuda eu sentiria feliz, muito feliz (ENT 04)

Se eu tivesse ajuda de alguém, ah! Minha vida melhorava mais (ENT 05)

Se eu tivesse ajuda, eu seria um pouquinho mais feliz (ENT 13).

Nota-se que a presença do auxílio de outras pessoas representava para os cuidadores a possibilidade de serem mais felizes. Assim, o apoio social desempenha um importante papel na melhoria da qualidade de vida do cuidador, o que reflete positivamente na prestação de cuidados ao idoso com dependência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram que o apoio social representava, para os cuidadores, um importante recurso que atuava na redução da sobrecarga de atividades e, conseqüentemente, na prevenção de problemas físicos, sociais e emocionais relacionados ao cuidar, uma vez que possibilitava ao cuidador compartilhar o desempenho de suas atividades diárias, permitindo-o cuidar dos idosos de forma adequada, mas sem se descuidar de seu próprio bem-estar.

O apoio social ainda significava no contexto representacional dos cuidadores como subsídio na prevenção do isolamento social, pois facilita o lazer e a realização de atividades sociais, promovendo melhoria no seu bem-estar.

Neste sentido, os dados sugerem que o apoio social é um determinante fundamental na qualidade de vida dos cuidadores, uma vez que pode atuar como uma das alternativas que os auxiliam a superar as dificuldades geradas no processo cuidativo, atendendo a demanda de necessidades de saúde vivenciadas tanto de quem cuida como de quem é cuidado.

Assim, tendo em vista a importância do apoio social atribuída pelos cuidadores, faz-se necessário que os profissionais de saúde estimulem o auxílio de outras pessoas no cuidado ao idoso dependente com a finalidade de prevenir e/ou minimizar prejuízos físicos e emocionais aos cuidadores, o que proporcionará melhoria de sua saúde e na qualidade dos cuidados a serem por eles prestados.

Sugere-se também que os profissionais de saúde incentivem a participação dos cuidadores em grupos de apoio, os quais favorecem o compartilhamento de experiências e possibilitam o planejamento conjunto de estratégias que minimize os impactos negativos provenientes do processo de cuidar.

REFERÊNCIAS

AMENDOLA, F. et al.. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n.4, p. 884-889, 2011.

ARAÚJO, I. et al. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n.4, p. 869-875, 2011.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa – Portugal: Edições, 2011.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v.16, n.1, p. 110-118, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996*. Disponível em: <www.saude.gov.br/docs/resolucao196.gov.br>. Acesso em 10 de maio de 2013.

BRASIL. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. Portaria Nº 1.395 de 09 de dezembro de 1999: Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 1999.

BRITO, M. C. C. et al. Repercussões na vida do cuidador domiciliar do idoso: estudo de caso. *Revista de enfermagem UFPE on line*, Recife, v.7, n. 3, p.1030-1035, 2013.

CARTAXO, H. G. O. et al. Quando o cuidar dói: desvelando sentimentos de um ser que cuida. *Revista de enfermagem UFPE on line*, Recife, v.6, n.1, p. 89-96, 2012.

DEL DUCA, G. F. et al. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n.5, p.1159-1165, 2012.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 818-824, 2009.

FERREIRA, C. G. et al. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.2, p.398-409, 2011.

FONSECA, N. R. et al. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.727-743, 2008.

FRANCISCO, C. A. D. R.; PEREIRA, M. M. N. Abordagem reflexiva sobre o papel do cuidador informal na continuidade dos cuidados em contexto domiciliário. *Revista de enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 6, n.6, p. 1453-1458, 2012.

GARBIN, C. A. S. et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2941-2948, 2010.

GOMES, A. M. T. et al. O Sistema Único de Saúde na representação social de usuários: uma análise de sua estrutura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.64, n.4, p. 631-638, 2011a.

GOMES, A. M. T. et al. Representações sociais das atividades da enfermagem junto aos pacientes soropositivos: caracterizando ações e atores sociais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v.13, n.1, p.16-23, 2011b.

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n.1, p. 137-144, 2013.

GRATÃO, A. C. M. et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 304-312, 2012.

GUEDEA, M. T. D. et al. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 21, n.2, p. 242-249, 2009.

JUNIOR, P. R. R. et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3131-3138, 2011.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 103-112, 2008.

MARQUES, A. K. M. C. et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16 (Supl. 1), p.945-955, 2011.

MATOS, P. C. B.; DECESARO, M. N. Características de idosos acometidos pela doença de Alzheimer e seus familiares cuidadores principais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v.14, n. 4, p. 857- 865, 2012.

MOSCOVICI, S. A história e a atualidade das representações sociais. In: DUVEEN, G. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003, p.167-175.

OLIVEIRA, D. C; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 5, p. 829-838, 2012.

OLIVEIRA, W. T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.11, n.1, p.129-137, 2012.

OLIVEIRA, A.P. P.; CALDANA, R. H.L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.21, n.3, p.675-685, 2012.

PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n.5, p. 730-736, 2012.

PEREIRA, R. A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 185-192, 2013.

PEREIRA, M. G.; CARVALHO, H. Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Revista Temas em Psicologia*, São Paulo, v. 20, n. 2, p.369 – 383, 2012.

SANTOS, A. A. ; PAVARINI, S. C. I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p.115-122, 2010.

SILVEIRA, C. L. et al. Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de Quilombos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 10, n.3, p. 585-592, 2011.

STACKFLETH, R. et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.25, n. 5, p. 768-74, 2012.

VIEIRA, C. P. B; FIALHO, A.V.M. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 161-169, abr./jun. 2010.

VILELA, A. B. A. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 55-69, 2006.

5.2 MANUSCRITO 02: REDE DE APOIO SOCIAL DO CUIDADOR INFORMAL NO CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE

Este manuscrito será submetido à Revista *Physis*, sendo elaborado conforme as instruções para autores desse periódico que seguem abaixo e estão disponíveis em <http://www.scielo.br/revistas/physis/pinstruc.htm>, acessado em novembro de 2013.

Forma e preparação de manuscritos

A Revista *Physis* publica artigos nas seguintes categorias:

Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. O Conselho Editorial e o editor convidado tanto solicitam a autores de reconhecida experiência que encaminhem artigos originais relativos a temáticas previamente decididas, conforme o planejamento da revista, quanto deliberam, ao receber os artigos, com base em pareceres (*double-blind peer review*), sobre a publicação. Revisões e atualizações são em geral provenientes de convite. Apenas artigos que, devido a seu caráter autoral, não podem ser submetidos anonimamente a um parecerista, são analisados, com ciência do autor, com base em pareceres em que só o parecerista é anônimo (*single-blind peer review*).

Resenhas e Críticas Bibliográficas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): podem ser provenientes de demanda livre ou de convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço.

Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras): publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

Seção de Cartas (até 1.500 palavras): publica comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores.

Formato para encaminhamento de textos:

1. As submissões devem ser realizadas on-line no endereço: <http://submission.scielo.br/index.php/physics>
2. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende o corpo do texto, as notas e as referências. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores devem ser informados nos campos específicos do *site*.
3. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 196/96 do CNS. Os autores devem indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse envolvidos na mesma.
4. Os artigos devem ser escritos preferencialmente em português, mas podem ser aceitos textos em inglês, espanhol e francês. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.
5. Os resumos em português e inglês, de até 250 palavras, devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e principais conclusões do artigo (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Devem ser incluídas 3 a 5 palavras-chave em português e inglês. O título do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções. Títulos e resumos não deverão constar do texto do artigo, devendo ser digitados nos campos específicos do *site*.

6. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em *Word*. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em *Photoshop* ou *Corel Draw*. Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.
7. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível, e não devem ser compostas como referências. Não há restrições quanto ao número de notas.
8. As referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, conforme exemplos a seguir. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.
9. Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença *Creative Commons Attribution 3.0*. A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista *Physis*. Quando da reprodução dos textos publicados em *Physis*, mesmo que parcial, em outros periódicos, **deverá ser feita referência à primeira publicação na revista**. A declaração de autoria deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser incluídos no campo "Comentários ao editor".
10. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, haverá bastante rigor na avaliação da contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios

sobre este item, especialmente em textos com quatro autores ou mais. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo), conforme deliberado pelo *International Committee of Medical Journal Editors*, que reconhece a autoria com base em contribuição substancial relacionada a:

- 1) concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
- 2) redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
- 3) aprovação final da versão a ser publicada.

Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar. Poderá ser incluído um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria.

11. Será enviado a cada autor um exemplar da edição em que for publicado seu trabalho, desde que solicitado por e-mail à secretaria da revista.
12. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o manuscrito, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser incluídos na carta de apresentação, no campo "Comentários ao editor".
13. Os autores são responsáveis por todos os conceitos e as informações apresentadas nos artigos e resenhas.
14. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

MANUSCRITO 02: Rede de apoio social do cuidador informal no cuidado ao idoso dependente¹

Social support network of the informal caregiver in the dependent elderly care

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e qualitativo que objetivou identificar a rede de apoio social dos cuidadores de idosos dependentes e descrever o tipo de apoio fornecido por essa rede. Foram entrevistados quatorze cuidadores informais de idosos dependentes, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família do município de Jequié-BA. Procedeu-se a análise dos dados por meio da Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin que culminou na construção de três categorias: Rede de apoio social informal; Rede de apoio social formal e ausência de apoio social. Convém salientar que este estudo obedeceu aos padrões éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos, estabelecidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados demonstraram que onze cuidadores contavam com algum tipo de apoio social, geralmente emocional e instrumental, o qual estava voltado para o auxílio financeiro e material. Tais apoios eram provenientes de uma rede tanto formal quanto informal, representada por membros familiares (irmãos e filhos dos cuidadores), membros não-familiares (vizinhos e membros de congregação religiosa) e profissionais de saúde. Entretanto, três cuidadores relataram não dispor do auxílio de outras pessoas durante o processo cuidativo. Assim, faz-se necessário que os profissionais de saúde conheçam a rede de apoio social fornecido ao cuidador para que possam usar esse recurso com vistas a diminuir a sobrecarga do cuidador e os efeitos negativos provenientes do processo cuidativo.

Descritores: Idoso. Apoio social. Cuidadores. Dependência.

Abstract

This is a descriptive, exploratory and qualitative study that aimed to identify the social support network of caregivers of dependent elderly and describe the type of support provided by that network. There were interviewed fourteen informal caregivers of elderly dependents, registered in a family health unit in the city of Jequié-Bahia. An analysis was made of the data by means of the Technique of Content Analysis of Bardin, which culminated in the construction of three categories: informal social support network; Formal social support network and lack of social support. It should be stressed that this study followed ethical and legal standards involving research with human beings, established in Resolution 196/96 of the National Health Council. The results showed that eleven caregivers had some kind of social support, generally emotional and instrumental, which was facing the financial and material aid. Such support came from a network of both formal and informal, represented by family members (siblings and children of caregivers), non-family members (neighbors and members of a religious congregation) and health professionals. However, three caregivers reported that they do not have the aid of others during the care process. Thus, it is necessary that health professionals meet the social support network provided to the caregiver so they can use this

feature in order to decrease the overhead of the caretaker and the negative effects from the care process. **Descriptors:** Elderly. Social support. Caregivers. Dependency.

Introdução

O envelhecimento, quando associado às doenças crônico-degenerativas e às limitações visuais, auditivas ou motoras, favorece a perda da capacidade funcional dos idosos, levando-os a uma situação de dependência e de maiores necessidades de cuidados à saúde (RAFACHO; OLIVER, 2010).

Estima-se que aproximadamente 49% das pessoas idosas necessitam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma atividade básica da vida diária, como tomar banho, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e se levantar de cadeiras e camas (VIEIRA et al., 2011).

Nesse cenário, surge o importante papel dos cuidadores que auxiliam os idosos nas suas limitações para o desempenho das atividades cotidianas, contribuindo para construção de um ambiente favorável na recuperação e manutenção da saúde do idoso, evitando, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos ou outras institucionalizações (JÚNIOR et al., 2011).

O papel de cuidador pode ser informal, quando assumido por um indivíduo que realiza o processo de cuidar sem ser remunerado; e formal, quando advém de um profissional com formação específica ou é remunerado para realizar tal função (CONCEIÇÃO, 2010). Nesse estudo, foram considerados apenas os cuidadores informais, haja vista que, no local onde foi realizada a pesquisa, geralmente esses são os principais responsáveis pelos cuidados diretos aos idosos dependentes.

Ressalta-se que o cuidar é uma atividade que deve atender às necessidades básicas do ser fragilizado, mas também necessita envolver o autocuidado e o bem-estar de quem cuida. Entretanto, para que isso ocorra, é necessário que o cuidador disponha de apoio social, o qual consiste em qualquer auxílio fornecido por outras pessoas no cuidado ao idoso dependente (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011).

O apoio social ao cuidador diminui os aspectos negativos provocados pela tarefa de cuidar, contribui para a melhoria da saúde do cuidador e reflete positivamente na qualidade dos cuidados prestados (JÚNIOR et al., 2011).

Tal apoio classifica-se como instrumental quando está voltado para o provimento de necessidades materiais, auxílio financeiro ou ajuda nos afazeres domésticos e na assistência direta ao idoso dependente; emocional quando envolve comportamentos como escutar e

prover atenção ao cuidador; informativo no qual há o fornecimento de informações que orientam o cuidador durante o processo cuidativo; e interação social positiva, que está relacionada à disponibilidade de pessoas para atividades de lazer (BOCCHI; ANGELO, 2008).

Torna-se importante destacar que as pessoas que prestam qualquer tipo de apoio supracitado constituem a rede de apoio social do cuidador, sendo essa denominada de informal quando composta de membros familiares, amigos, vizinhos, grupo de ajuda mútua ou grupos comunitários, que podem ser religiosos ou não; e é denominada de formal quando constituída de profissionais de saúde, serviços públicos ou privados (GARCIA et al., 2012).

Guedea et al. (2009) afirmam que, o cuidador, ao contar com uma rede de apoio social, tem a possibilidade de manter seu bem-estar e exercer o cuidado de maneira satisfatória, visto que essa rede proporciona ajuda para satisfazer as necessidades do cuidador em situações cotidianas e de crise.

Nessa perspectiva, faz-se necessário que os profissionais de saúde conheçam a dinâmica do apoio social fornecido ao cuidador para que possam usar esse recurso com vistas a diminuir a sobrecarga do cuidador e os efeitos negativos provenientes do processo cuidativo.

Assim, esse estudo torna-se relevante, uma vez que a identificação da rede de apoio social dos cuidadores possibilita aos profissionais de saúde atuar de modo conjunto e coordenado com as mesmas no intuito de auxiliar o cuidador na condução do cuidado no contexto domiciliar, proporcionando seu bem-estar e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade do cuidado prestado ao idoso dependente.

Posto isto, objetiva-se identificar a rede de apoio social dos cuidadores de idosos dependentes e descrever o tipo de apoio fornecido por essa rede ao cuidador.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado nos domicílios de cuidadores informais de idosos dependentes, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família do município de Jequié-BA.

Participaram da pesquisa quatorze cuidadores informais, os quais foram selecionados por meio dos seguintes critérios de inclusão: residir com o idoso, ser cuidador de idoso com dependência para, no mínimo, uma atividade básica de vida diária evidenciada a partir da

aplicação da Escala de Katz, aceitar participar da pesquisa e ser o principal responsável pela prestação de cuidado.

Ressalta-se que a Escala de Katz, adaptada no Brasil por Lino et al (2008), consiste em um instrumento que avalia o desempenho dos idosos em seis atividades relacionadas ao autocuidado, quais sejam: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, capacidade para se vestir, tomar banho e usar o vaso sanitário.

Convém salientar que este estudo obedeceu aos padrões éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos, estabelecidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Sendo assim, após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (protocolo nº 163.347/2012), realizou-se uma visita domiciliar aos cuidadores informais de idosos dependentes, na qual foram apresentados os objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios, assegurando a ética na utilização das informações coletadas.

Nessa perspectiva, mediante a aceitação voluntária dos participantes do estudo, procedeu-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato aos informantes, haja vista que não seriam identificados pelos seus nomes, mas sim por meio de códigos representados pelo termo ENT seguido do algarismo numérico de acordo com a ordem de realização da entrevista.

Posteriormente, realizou-se a coleta de dados por meio da entrevista semiestruturada, a qual foi conduzida por um roteiro constituído pelas seguintes questões norteadoras: O senhor (a) recebe ajuda de alguém para cuidar do idoso? Se sim, quem são as pessoas que te dão esta ajuda? Como ocorre esta ajuda?

Os dados provenientes das entrevistas foram transcritos na íntegra, organizados e submetidos à Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin que consiste em um conjunto de técnicas cujo objetivo é compreender o sentido das comunicações, bem como seu conteúdo manifesto ou latente (BARDIN, 2011).

Assim, a análise dos dados contemplou às três etapas estabelecidas por Bardin (2011): a primeira consistiu na pré-análise, momento em que os dados da entrevista foram transcritos e organizados, prosseguindo-se com a leitura flutuante do material coletado.

Na segunda etapa, realizou-se a exploração do material por meio de leituras mais aprofundadas de cada entrevista, realizando recortes nas denominadas unidades de registro. Em seguida, procedeu-se com a terceira etapa, na qual realizou a classificação e agregação dos dados nas seguintes categorias: Rede de apoio social informal; Rede de apoio social

formal e ausência de apoio social. Por fim, foi feito o tratamento e a interpretação dos resultados à luz do referencial teórico-metodológico.

Resultados e discussão

Os relatos dos cuidadores demonstraram que onze deles recebiam algum tipo de apoio social, porém três cuidadores informaram que não recebiam nenhum tipo de auxílio de outras pessoas. Diante disso, os resultados foram divididos em três categorias: Rede de apoio social informal; Rede de apoio social formal e ausência de apoio social.

Rede de apoio social informal

Dentre os onze cuidadores que relataram dispor do auxílio de outras pessoas no cuidado ao idoso dependente, dez informaram que esse advinha de membros familiares. Esse fato corrobora com o estudo de Simon et al (2013) que, por meio da realização de uma revisão integrativa sobre a rede de apoio social do cuidador de idoso com doença crônica, revelou que a família constitui a principal apoiadora dos cuidadores, fornecendo-lhes tanto apoio físico como psicológico.

Nesse contexto, constatou-se que a família representava a fonte primária de apoio social indicada pelos cuidadores, o que demonstrou a sua importância como suporte para o cuidador. Dessa maneira, é no convívio familiar que o cuidador constrói relações que constituem sua base de sustentação para o enfrentamento das dificuldades cotidianas, o que contribui para a promoção e manutenção de sua saúde (SILVEIRA et al, 2011).

A família tem um papel essencial no cuidado, uma vez que quando, esse é compartilhado pelos familiares, o cuidador sente-se amparado e pode dar continuidade à sua vida, ao mesmo tempo em que presta cuidados.

É válido destacar que, dentre os membros da família, os irmãos foram os provedores de apoio social citados pelos cuidadores (sete deles) com maior frequência, conforme pode ser exemplificado no depoimento a seguir:

Eu só recebo ajuda da minha irmã. Assim, no dia a dia, é eu e minha irmã, a gente divide. Se eu for fazer qualquer atividade, qualquer coisa, ela vem, fica no meu lugar e aí eu vou resolver minha vida. (ENT 01)

Minha irmã me ajuda, assim às vezes, domingo vem aqui pra eu ir na Igreja, mas não é todos os domingos, é de mês em mês, porque ela arranja encrenca com a família. (ENT 06)

Esse resultado condiz com o estudo de Silveira et al. (2009) que também demonstrou ser o irmão o principal apoio dos cuidadores durante o processo cuidativo. Dessa forma, os irmãos são importantes fontes de apoio, companheirismo, cooperativismo e ajuda uns para os outros, ainda que esse relacionamento possa, ao mesmo tempo, caracterizar-se pelo conflito (NUNES; AIELLO, 2008).

No que concerne ao tipo de apoio fornecido pelos irmãos, verificou-se que estava relacionado ao apoio instrumental, pois abrangia o auxílio financeiro e à ajuda voltada para a higiene do idoso:

Minha irmã vem todos os dias, a partir de quatro horas da tarde, neste período do banho da tarde, já fica a cargo dela. (ENT 01)

Minha irmã que mora em São Paulo, manda um dinheiro pra mim todo o mês. (ENT 06)

As minhas irmãs é que sempre manda um dinheiro pra mim. (ENT 09)

Observa-se, por meio dos discursos supracitados, que o apoio advindo dos irmãos apresentou uma frequência regular e constante. Entretanto, para alguns cuidadores esse apoio era esporádico, o que demonstra que os mesmos não poderiam contar constantemente com esse auxílio:

[...] só quando tem precisão, aí minhas irmãs vem. (ENT 10)

Quando minha irmã quer, ela vem aqui, me ajuda com um pacote de leite, uma penca de banana, pouca coisa. Meu irmão é a mesma coisa. (ENT 12)

[...] eu tenho uma irmã que vem aqui de vez em quando, ela passa três e quatro dias, passa no máximo quatro dias. (ENT 13)

É importante destacar que, embora os entrevistados tenham apontado os irmãos como possíveis auxiliares no processo cuidativo, o cuidador geralmente continuava sendo o responsável por quase todos os cuidados ao idoso, além de outras tarefas domiciliares que também estavam sob sua responsabilidade, o que gerava dificuldades e acúmulo de tarefas.

Eu cuido de tudo da minha mãe e de tudo da casa, mas a parte financeira fica com meu irmão, a aposentadoria dela de dois salários, só que eu não

posso contar com ele pra ficar com mainha pra eu dar uma saidinha e descansar. Ele só ajuda no financeiro ENT 08

Os discursos dos cuidadores revelaram que, apesar de receberem auxílio financeiro e material dos irmãos, estavam insatisfeitos com esse tipo de apoio, haja vista que eles não forneciam auxílio no cuidado propriamente dito, o que sobrecarregava o cuidador, impossibilitando-o de ter algumas horas de descanso e de lazer.

Nesse sentido, em virtude da ausência de apoio na prestação direta de cuidado ao idoso, a tarefa de cuidar passa a exigir dedicação exclusiva do cuidador, reduzindo seu tempo pessoal para o descanso e realização de atividades prazerosas (OLIVEIRA et al., 2012).

Assim, a família precisa se reestruturar e dividir as tarefas do cuidado para evitar a sobrecarga do cuidador para que possam cuidar de si mesmo e prestar uma assistência de qualidade ao idoso dependente.

Outra fonte de apoio citada pelos cuidadores foram os seus filhos, o que reforça o fato de que os mesmos compartilhavam a tarefa de cuidar imbuídos de sentimentos afetivos, dever e obrigações, influenciados culturalmente por valores e crenças, haja vista que é determinado socialmente que cabe aos filhos ajudar os pais (SILVEIRA et al., 2009).

Meu filho me ajuda muito e quando eu tenho que sair, a comida, as filhas mesmo faz. Agora, quando ele (idoso) interna todo mundo vai tomar conta, um dorme, um de dia, outro de noite, todo mundo toma conta dele. [...] tem sempre os filhos que ajuda. Ajuda todos os dias. (ENT 03)

O apoio material prestado pelo filho em forma de auxílio direto do cuidar e ajuda financeira também foi evidenciado:

Minha filha dar banho, dar comida, leva ela pra passear, ajuda em tudo aqui dentro de casa. (ENT 11)

Tem meu filho que trabalha e me ajuda dentro de casa, ele paga água, a conta de luz. Ele também me ajuda a pegar ela e botar na cadeira do banho, porque ela é muito pesada. (ENT 12)

Meus filhos me ajuda a dar banho, a comprar fralda, o filho mais velho tem carro, leva agente pra Conquista, pra Salvador, pra o médico. (ENT 14)

Assim, o apoio fornecido pelos filhos dos cuidadores estava relacionado às atividades referentes à higiene, alimentação, banho, mobilização e transporte, ajuda financeira, afazeres domésticos e atividades externas, configurando-se em uma frequência regular e constante.

Esse fato é de extrema importância, uma vez que esse auxílio permite o compartilhamento de tarefas do cuidador com seus filhos, o que contribui para minimizar o desgaste físico e emocional proveniente do cuidar.

Além da ajuda dos familiares, os cuidadores relataram o auxílio dos não familiares, dentre eles vizinhos e membros de congregação religiosa (pastor/padre).

O relacionamento dos cuidadores com os vizinhos é marcado pela proximidade geográfica e contato frequente, o qual promove interação social dos cuidadores. Os vizinhos dispõem de uma relação de amizade e cooperação no compartilhar das situações diárias, atuando também como referência quando os cuidadores necessitam de auxílio.

Tenho minha vizinha que tem vez que nós prosa, nós conversa, uma conversa o problema da outra. Eu dou muito bem com os meus vizinhos, chega um e conversa, ela (vizinha) chega aqui, tá aqui constante perguntando, e aí nós desabafa uma com a outra, confia. (ENT 04)

Tendo em vista o contato cotidiano com os seus vizinhos, os cuidadores procuram interagir, conhecer e relacionar-se com estes, o que faz, com o passar do tempo, haver entre ambos um sentimento de amizade, solidariedade mútua, compartilhamento de acontecimentos diários, propiciando que os vizinhos atuem no auxílio do cuidador no aspecto emocional.

Ressalta-se que a ajuda nos afazeres domésticos, a qual pertence ao tipo de apoio instrumental, também foi referida por um dos cuidadores do estudo, conforme pode ser demonstrado claramente no depoimento abaixo:

Tem uma vizinha que me ajuda, que passa pano na casa, lava às vezes um pano pra mim, um lençol, pega ela (idosa) pra dar banho mais eu, ela pega bota na cadeira de banho. Essa moça é que é meu braço direito. É Deus, depois ela. Todo santo dia ela vem ajudar de manhã, limpar a casa. Ah se não fosse ela, tava pior ainda. ENT 05

Verificou-se também que os vizinhos forneciam apoio material, principalmente no fornecimento de cesta básica, o que amenizava o custo gerado pelo processo de cuidar e demonstrava o seu sentimento de solidariedade:

[...] hoje mesmo minha vizinha me deu quase uma cesta básica, às vezes quando eu preciso de um remédio eu peço um vizinho pra comprar. (ENT 12)

Também foram citados os membros de congregação religiosa que atuavam no apoio emocional:

Às vezes quando eu quero desabafar, aí eu vô na sacristia falar com o Padre. (ENT 08)

[...] eu desabafo com meu pastor e minha pastora. (ENT 11)

Dessa maneira, é perceptível que os membros de congregação religiosa atuavam como uma importante fonte de apoio social, uma vez que eram fiéis confidentes, capazes de auxiliar na resolução de problemas e, em consequência disso, serviam de amortecedores nas situações de enfrentamento de eventos negativos.

Este fato é benéfico, uma vez que demonstra que os cuidadores podem contar com alguém que se disponha a escutar, dialogar, ajudar a compreender e a solucionar os acontecimentos diários, contribuindo para que o cuidador se sinta querido e amado.

Nessa perspectiva, o apoio emocional gera uma atitude emocional positiva e reforça a confiança dos cuidadores, provavelmente por se sentirem acolhidos, cuidados, valorizados e respeitados pelos outros, o que facilita o enfrentamento de problemas e diminuem os efeitos negativos de situações estressantes provenientes do processo de cuidar, favorecendo sua saúde e o bem-estar emocional (MARQUES et al., 2011).

Rede de apoio social formal

No que diz respeito ao apoio social formal, quatro cuidadores informaram receber o auxílio dos profissionais de saúde que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Observa-se, nos depoimentos descritos abaixo, que esse suporte formal envolvia o fornecimento da medicação do idoso dependente, verificação de sua pressão arterial e visitas domiciliares de alguns profissionais que compõem a equipe da ESF:

A ajuda do posto é que a medicação dele, de hipertensão, pega lá no posto, a gente vai lá como hoje mesmo é a data de aferir a pressão, ou se a gente precisa passar pela médica daí, a gente é atendido. (ENT 02)

Em relação ao posto de saúde, vem médico aqui, vem enfermeiro aqui. (ENT 11)

A ajuda é em termos de medicamento, às vezes eu preciso de receita, a doutora passa sem eu levar ela lá. (ENT 12)

Em relação ao posto de saúde tem ajuda em relação ao remédio, o medico tem muita paciência com ele, vem aqui, examina ele, conversa com ele. (ENT 14)

Nota-se que a ajuda dos profissionais relatada pelos cuidadores representava o fornecimento de apoio instrumental, visto que se referia ao auxílio voltado para o provimento de necessidades materiais. Entretanto, é válido salientar que essas ações identificadas pelos cuidadores como ajuda no processo cuidativo, fazem parte das responsabilidades estabelecidas pelo Ministério da Saúde aos profissionais que compõem as equipes de saúde da família (BRASIL, 2011).

Convém destacar que, por meio das falas dos cuidadores, é perceptível que essas atribuições não eram desenvolvidas pelos profissionais com uma frequência regular e constante, haja vista que sua realização necessitava ser requisitada pelo cuidador. Isso demonstra a ausência de um acompanhamento contínuo das famílias em situação de dependência, o que representa que a equipe da ESF não estava exercendo suas funções de maneira satisfatória.

[...] esta ajuda do posto não vem por espontânea vontade, eu é que tenho que ir lá. Do posto só quem vem aqui é a gente de saúde, ela passa aqui pra saber pouca coisa. (ENT 02)

[...] a doutora vem aqui e olha minha mãe, quando eu peço que ela vem. (ENT 12)

Ressalta-se ainda que, a assistência prestada pelos profissionais da ESF era limitada e focada no idoso, inexistindo relatos de ações voltadas para a saúde dos cuidadores, o que é extremamente preocupante, uma vez que o cuidador também deve ser visto pelos profissionais como um ser que requer cuidador, pois a tarefa de cuidar de um idoso dependente pode gerar sobrecarga e repercutir negativamente na qualidade de vida do cuidador, podendo levá-lo ao adoecimento.

Esse fato contraria a proposta do Ministério da Saúde estabelecida na Política Nacional de Saúde do Idoso em que enfatiza a necessidade dos profissionais de saúde fornecerem atenção aos cuidadores com intuito de prevenir perdas e agravos à sua saúde, haja vista que o cuidado é desgastante e implica riscos à saúde do cuidador (BRASIL, 1999).

Dessa forma, são necessárias intervenções junto aos cuidadores em diferentes níveis (físico, psicológico, social, emocional e financeiro) que incluam suporte adequado a fim de que não acarretem impacto sobre sua saúde (CAMARGO, 2010).

Nesse contexto, a ESF constitui um espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso e de seu cuidador, pois sua proximidade geográfica com a comunidade possibilita aos profissionais atuarem de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo cuidador (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Assim, faz-se necessário que haja uma parceria entre os profissionais de saúde e o cuidador com intuito de promover uma melhoria em sua qualidade de vida, proporcionando-lhe melhores condições para prestar assistência ao idoso que está sob seus cuidados.

Ausência de apoio social

Três cuidadores do estudo relataram a ausência de apoio social durante o processo cuidativo, sentindo-se solitários no desempenho de suas atividades cotidianas, conforme pode ser visualizado nos discursos seguintes:

Por enquanto, eu não recebo ajuda, não recebo ajuda de ninguém. No dia a dia é eu sozinha para tudo. (ENT 02)

Não recebo ajuda, é eu sozinha e Deus, ninguém da família, nada. Não tenho ajuda de ninguém e tudo cai pra cima de mim. (ENT 04)

Não recebo ajuda de ninguém, ninguém da família, ninguém me dar um centavo, a família tem condição, inclusive tem um filho que veio aqui tem um bom tempo, veio aqui, mas não deu nada, nem uma fralda descartável. Ninguém ajuda em nada. (ENT 07)

A assistência a um familiar dependente demanda recursos econômicos, tempo, organização familiar e pessoal que, somados às outras atividades que o cuidador já tem que desenvolver em seu cotidiano acaba gerando uma sobrecarga que pode repercutir negativamente em sua saúde física e mental (FONSECA; PENNA; SOARES, 2008).

Diante disso, a ausência do auxílio de outras pessoas pode desencadear uma situação de estresse e insatisfação por parte de quem cuida, afetando sua qualidade de vida e sua saúde.

Notou-se que o cuidador também se queixava da ausência de apoio emocional, uma vez que não podia contar com alguém que se disponha a escutar e a dialogar, o que faz com que se sentisse desamparado, propiciando o desenvolvimento de sentimentos negativos como a tristeza.

Eu não tenho ninguém pra desabafar, pra conversar, é muito difícil, eu choro muito. Hoje eu já chorei muito. (ENT 07)

Nesse contexto, Guedea et al (2009) também identificou em seu estudo que os cuidadores de idosos com déficit funcional apresentavam necessidades no âmbito emocional, uma vez que os cuidadores desejavam contar com pessoas de confiança para poder desabafar.

Os autores supracitados afirmam ainda que, ao contar com uma rede de apoio social, o cuidador tem a possibilidade de manter seu bem-estar e exercer o cuidado de maneira satisfatória, visto que a rede de apoio proporciona ajuda para satisfazer as necessidades do cuidador em situações cotidianas e de crise.

Emergiu também dos discursos dos cuidadores que a falta do auxílio de outras pessoas pode afetar não somente a qualidade de vida do cuidador, mas também repercutir negativamente na prestação do cuidado, desencadeando riscos à saúde do idoso e afetando até mesmo sua higiene pessoal:

[...] eu tô lá no quintal preparando o almoço, às vezes acontece dela levantar e cair e não ter ninguém por perto. (ENT 08)

Se eu for sair (...). Ele fica sozinho, porque eu não tenho outra pessoa pra deixar, às vezes eu peço a vizinha pra dar uma olhada nele aqui. (ENT 02)

[...] tem dia que dar banho, dar banho dia sim e dia não, porque eu não tenho pessoa pra pegar, eu não posso pegar sozinho, hoje mesmo eu vô dar banho nela, ela tomou banho ontem de ontem. (ENT 05)

Diante disso, urge a necessidade dos profissionais de saúde planejar ações que auxiliem o cuidador a desenvolver estratégias para que possam lidar com as situações cotidianas impostas pelo cuidar.

Assim, para que os profissionais de saúde possam contribuir substancialmente com os cuidadores, faz-se necessário que os oriente e os capacite para o cuidado, bem como os auxilie na organização do ambiente domiciliar e nas relações familiares, para que haja revezamento do cuidado (FLORIANO; AZEVEDO; REINERS, 2012).

Considerações finais

Esse estudo possibilitou identificar a rede de apoio social do cuidador informal de idosos dependentes, bem como o apoio fornecido pela mesma. Nesse sentido, os resultados demonstraram que a maioria dos cuidadores (78,6%) contava com uma rede de apoio social

tanto formal quanto informal, porém 21,4% dos cuidadores relataram não dispor do auxílio de outras pessoas durante o processo cuidativo.

No que concerne à rede de apoio social informal dos cuidadores, verificou-se que essa era constituída predominantemente por membros familiares, os quais estavam representados pelos irmãos e filhos dos cuidadores, cujo auxílio relacionava-se ao apoio instrumental voltado para atividades referentes à higiene e ajuda financeiro.

Entretanto, cabe ressaltar que apesar de os cuidadores terem apontado os irmãos como apoio social, eles demonstraram insatisfeitos com esse tipo de apoio, haja vista que os irmãos não forneciam auxílio no cuidado propriamente dito, o que sobrecarregava o cuidador, impossibilitando-o de ter algumas horas de descanso e de lazer.

Além dos membros familiares, os cuidadores relataram o auxílio dos não familiares, dentre eles vizinhos e membros de congregação religiosa (pastor/padre).

Os vizinhos atuavam auxiliando o cuidador no aspecto emocional e instrumental, o qual estava relacionado ao auxílio nos afazeres domésticos e material com o fornecimento de cestas básicas. Já os membros de congregação religiosa atuavam no apoio emocional, haja vista que se dispunha a escutar e a dialogar com o cuidador.

No que diz respeito ao apoio social formal, quatro cuidadores informaram receber o auxílio dos profissionais de saúde que compõem a ESF, cuja ação envolvia o fornecimento do medicamento do idoso dependente, verificação de sua pressão arterial e visitas domiciliares.

Diante do exposto, torna-se fundamental que os profissionais de saúde identifiquem a rede de apoio social do cuidador para que atuem conjuntamente no desenvolvimento de estratégias que possam promover o bem-estar do cuidador.

Assim, espera-se que os resultados deste estudo possam favorecer a parceria entre os profissionais de saúde e a rede de apoio dos cuidadores com o intuito de haver conjugação de esforços entre ambos, com vistas a promover a prevenção e a redução da sobrecarga do cuidador e assim melhorar a sua qualidade de vida e a do idoso dependente.

Referências

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n.4, p. 884-889, 2011.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa – Portugal: Edições, 2011.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v.16, n.1, p. 110-118, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996*. Disponível em: <www.saude.gov.br/docs/resolucao196.gov.br>. Acesso em 10 de maio de 2013.

BRASIL. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. Portaria Nº 1.395 de 09 de dezembro de 1999: Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2488 de 21 de outubro de 2011: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 2011.

CAMARGO, R.C.V.F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, São Paulo, v.6, n.2, p.231-254, 2010.

CONCEIÇÃO, L.F.S. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. *Revista Médica de Minas Gerais*, Minas Gerais, v.20, n. 1, p 81-91, 2010.

FLORIANO, L.A.; AZEVEDO, R.C.S.; REINERS, A.A.O. Cuidador familiar de idosos: a busca pelo apoio social formal e informal. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.11, n.1, p. 18-25, 2012.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G.; SOARES, M. P. G. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.727-743, 2008.

GARCIA, R. P. et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de doentes crônicos e as redes sociais de apoio. *Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental online*, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.2820-2830, 2012.

GUEDEA, M. T. D. et al. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 21, n.2, p. 242-249, 2009.

JUNIOR, P.R.R. et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3131-3138, 2011.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 103-112, 2008.

MARQUES, A. K. M. C. et al . Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16 (Supl. 1), p.945-955, 2011.

NUNES, C.C.; AIELLO, A.L.R. Interação entre Irmãos: Deficiência Mental, Idade e Apoio Social da Família. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 21, n.1, p. 42-50, 2008.

OLIVEIRA, J.C.A; TAVARES, D.M.S. Atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.44, n. 3, p. 774-81, 2010.

OLIVEIRA, W. T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.11, n.1, p.129-137, 2012.

RAFACHO, M.; OLIVER, F. C. A atenção aos cuidadores informais/familiares e a Estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 41-50, jan./abr. 2010.

SILVEIRA, C. L. et al. Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de Quilombos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 10, n.3, p. 585-592, 2011.

SILVEIRA, C. L. et al. Rede social das cuidadoras de familiares com doença crônica Incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.8, n. 4, p. 667-674, 2009.

SIMON, B.S. et al Rede de apoio social à família cuidadora de indivíduo com doença crônica: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE online*, Recife, v. 7, n.5, p. 4243-4250, 2013.

VIEIRA, C.P.B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.64, n.3, p.570-579, 2011.

Nota:

¹ O estudo integrou a dissertação desenvolvida para a obtenção do título de Mestre. Não há conflito de interesses entre os autores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu conhecer as representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente, identificar a rede de apoio destes cuidadores bem como o tipo de auxílio fornecido pela mesma. Nesse sentido, verificou-se que foram contemplados os objetivos propostos na pesquisa.

Os resultados evidenciaram que o apoio social representava para os cuidadores como um importante recurso que atuava na redução da sobrecarga de atividades, bem como na prevenção do isolamento social e do desgaste físico e emocional relacionados ao cuidar, auxiliando na promoção do bem-estar do cuidador.

No que concerne à rede de apoio social do cuidador e o auxílio fornecido pela mesma, verificou-se que onze cuidadores contavam com algum tipo de apoio social, geralmente emocional e instrumental, sendo este voltado para o auxílio financeiro e material.

Tais apoios eram provenientes de uma rede tanto formal quanto informal, representada por membros familiares (irmãos e filhos dos cuidadores), membros não-familiares (vizinhos e membros de congregação religiosa) e profissionais de saúde. Entretanto, três cuidadores relataram não dispor do auxílio de outras pessoas durante o processo cuidativo.

Torna-se importante destacar que, o apoio social fornecido pelas redes se mostrou tênue, haja vista que os cuidadores relataram que, na maioria das vezes, atuavam solitariamente no cuidado, o que o sobrecarregava e colocava em risco a sua qualidade de vida e a do ser cuidado.

Portanto, para que haja a efetivação do apoio social ao cuidador, faz-se necessário que haja um envolvimento por parte da sua rede informal, instituições de saúde e das instâncias governamentais no desenvolvimento de um suporte que vai além de um discurso ideológico, para que dessa forma se possa falar numa rede de apoio social plena e que atenda, de forma eficaz, as demandas do cuidador.

Torna-se importante que os profissionais de saúde tenham uma olhar diferenciado para o cuidador de maneira a poder criar estratégias para ampará-los e orientá-los durante o processo de cuidar. Sugere-se a realização de oficinas educativas, informativas e terapêuticas, pois nesse espaço se desenvolve um ambiente de troca de experiências entre os cuidadores e os profissionais, e as informações daí obtidas podem contribuir para efetivar suas ações juntos aos cuidadores no sentido de promover sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In.: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representações sociais**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000.
- ABRIC, J. C. O estudo experimental das representações sociais. In.: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2001.
- AGUIAR, R. S. O idoso com déficit de autocuidado em domicílio e as implicações para o cuidador familiar. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 5, n. 10, p.2545-2551, 2011.
- ALEXANDRE, M. Representação social: uma genealogia do conceito. **Revista Comum**, Rio de Janeiro, v.10, n.23, p. 122-38, 2004.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n.4, p. 884-9, 2011.
- ARAÚJO, I. ; PAÚL, C. ; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n.4, p. 869-875, 2011.
- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisas**, São Paulo, v.1, n. 117, p. 127-47, 2002.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. CREASI. **Programa de apoio ao cuidador do Creasi inicia atividades, 2012**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3286&catid=1&Itemid=14>. Acesso em: 20 de outubro de 2013.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. CREASI. **Programa de Apoio ao cuidador, 2013**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/creasi/index.php?option=com_content&view=article&id=362&catid=14&Itemid=54>. Acesso em: 20 de outubro de 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa – Portugal: Edições, 2011.
- BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.13, n.1, p.118-123, 2008.
- BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.16, n.1, p. 110-8, 2008.
- BOHN, V.; CARLOS, S. A. Ser cuidador de idosos: sentimentos desencadeados por esta relação. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.13, n.1, p. 211-220. 2010.

BORN, T. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência** - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, Brasília, 330 p, .2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Disponível em: <www.saude.gov.br/docs/resolucao196.gov.br>. Acesso em 10 de maio de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.395 de 9 de dezembro de 1999**: Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003**: Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**: Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010.

_____. **Programa melhor em casa, 2013**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=364>. Acesso em: 20 de outubro de 2013.

CAMACHO, A. C. L. F. et al. Estratégias de suporte para prevenção de doença do cuidador familiar. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v.6, n.9, p.2258-2265, 2012.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARGO, R.C.V.F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, São Paulo, v.6, n.2, p.231-254, 2010.

CARNEIRO, V. L.; FRANÇA, L. H. F. P. Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: o olhar do cuidador. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro v.14, n. 4, p. 647-662, 2011.

CARTAXO, H. G. O. et al. Quando o cuidar dói: desvelando sentimentos de um ser que cuida. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v.6, n.1, p. 89-96, 2012.

CONCEIÇÃO, L. F. S. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v.20, n. 1, p 81-91, 2010.

DEL DUCA, G. F.; THUMÉ, E.; HALALL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.1, p.113-120, 2011.

DEL DUCA, G. F.; MARTINEZ, A. D.; BASTOS, G.A.N.. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.5, p.1159-1165, 2012.

FERNANDES, M.G.M.; GARCIA, T.R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.1, p. 57-63, 2009.

FIEDLER, M.M.; PERES, K.J. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p. 409-415, 2008.

FIRMINO, R. et al. Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa. **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 523-530, 2010.

FLORES, G. C. et al. Cuidado intergeracional com o idoso: Autonomia do idoso e presença do cuidador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.3, p.467-74, 2010.

FLORIANO, L.A.; AZEVEDO, R.C.S.; REINERS, A.A.O. Cuidador familiar de idosos: a busca pelo apoio social formal e informal. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.11, n.1, p. 18-25, 2012.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G.; SOARES, M. P. G. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.727-743, 2008.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3241-3248, 2011.

GARCIA, R. P. et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de doentes crônicos e as redes sociais de apoio. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.2820-2830, 2012.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo. Editora Atlas, 2008, 176p..

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P. O Sistema Único de Saúde na representação social de usuários: uma análise de sua estrutura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.4, p. 631-8, 2011.

GOMES, A.M.T. et al. Representações sociais das atividades da enfermagem junto aos pacientes soropositivos: caracterizando ações e atores sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.13, n.1, p.16-23, 2011.

GUEDEA, M. T. D. et al. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 21, n.2, p. 242-249, 2009.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>>. Acesso em: 10 de maio de 2013.

_____. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 de maio de 2013.

_____. **Sinopse do Censo Demográfico 2010a**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>> Acesso em: 10 de maio de 2013.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais 2010b**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/síntese de indicadores sociais2010](http://www.ibge.gov.br/síntese%20de%20indicadores%20sociais2010)>. Acesso em: 12 de maio de 2013.

_____. **Jequié: Dados Gerais do município, 2013**. Disponível em : <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php> >. Acesso em setembro de 2013.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Tendências demográficas mostradas pela PNAD 2011**. Rio de Janeiro: Comunicados do IPEA. n.157, 2012.

ISRAEL, N. E. N.; ANDRADE, O. G.; TEIXEIRA, J. J. V. A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16(Supl. 1), p.1349-1356, 2011.

JEQUIÉ, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do Departamento de Atenção Básica**. Jequié-BA, 2012.

JÚNIOR, P. R. R. et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3131-3138, 2011.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 103-112, 2008.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 587-594, 2006.

MARQUES, A. K. M. C. et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16 (Supl. 1), p.945-955, 2011.

MARQUES, M. B.; BESSA, M. E. P. ; SILVA, M. J. Autocuidado de cuidadores familiares de idosos. **Revista portal de Divulgação**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 36-45, .2013. Disponível em: < www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista>. Acesso em: 21 de agosto de 2013.

MARTINS, J. J. et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 09, n. 02, p. 443 - 456, 2007.

MASCARENHAS, S. H. Z.; BARROS, A. C. T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.11, n.1, p.45-54, 2009.

MATOS, P. C. B.; DECESARO, M. N. Características de idosos acometidos pela doença de Alzheimer e seus familiares cuidadores principais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.14, n. 4, p. 857- 865, 2012.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MINAYO, M.C.S. **Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEUZAMA, C. A.; FREITAS, M.C.; MONTEIRO, A. R. M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.2, p.395-404, 2008.

MOREIRA, M. D. ; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.520 -525, 2007.

MOSCOVICI, S. A história e a atualidade das representações sociais. In: DUVEEN, G. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003, p.167-75.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n.3, p. 428-435, 2009.

NASCIMENTO, L.C. et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.4, p. 514-7, 2008.

NERI, M. C.; SOARES W. L. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1845-1856, 2007.

NÓBREGA, S.M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. **Representações Sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.

NUNES, D. P. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p. 2887-2898, 2010.

OLIVEIRA, W. T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.11, n.1, p.129-137, 2012.

OLIVEIRA, D. C; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 829-838, 2012.

OLIVEIRA, A.P. P.; CALDANA, R. H.L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.3, p.675-685, 2012.

PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n.5, p. 730-736, 2012.

PEREIRA, M. J. S. B.; FILGUEIRAS, M. S. T. A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. **Revista Atenção Primária a Saúde**, Minas Gerais, v. 12, n.1, p.72-82, 2009.

POLARO, S. H. I. et al. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.2, p. 228-233, 2013.

REIS, L. A. et al. Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.20 (Esp), p 52-58, 2011.

SÁ, C.P. As representações sociais na história recente e na atualidade da psicologia social. In: JACÓ-VILELA, A.M.; FERREIRA, A.A.; PORTUGAL, F.T. **História da psicologia: rumos e percursos**. Rio de Janeiro:Nau, 2007.

SANTOS, A. A. ; PAVARINI, S. C. I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p.115-122, 2010.

SEBASTIÃO, C.; ALBUQUERQUE, C. Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactos da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.14, n.4, p.25-49. 2011.

SILVEIRA, C. L. et al. Rede social das cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.8, n. 4, p. 667-674, 2009.

SILVEIRA, C. L. et al. Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de Quilombos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n.3, p. 585-592, 2011.

SIMON, B.S. et al. Rede de apoio social à família cuidadora de indivíduo com doença crônica: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n.5, p. 4243-4250, 2013.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C.. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.1, p.19-25, 2008.

TEIXEIRA, C. S.; PEREIRA, E. F. Alterações morfofisiológicas associadas ao envelhecimento humano. **Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital**, Buenos Aires, v. 13, n. 124, 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 10 de julho de 2013.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais – A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008. 175p.

TESTON, E. F. et al. A vivência de doentes crônicos e familiares frente a necessidade de cuidado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.12, n. 1, p. 131-138, 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

UESUGUI, H. M.; FAGUNDES, D. S. ; PINHO, D. L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n.5, p. 689-694, 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.3, p.548-54, 2009.

VIEIRA, C. P. B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.3, p.570-579, 2011.

VIEIRA, L. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.255-263, 2012.

YAMASHITA, C.H. et al. Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos por uma unidade de saúde da família no município de São Paulo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.1, p. 20-24, 2010.

WAGNER, W. Sócio-Gênese e Características das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de Oliveira (orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2ª edição. Goiânia: AB, 2000.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Marta dos Reis Alves, aluna do Mestrado em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em Jequié – BA, juntamente com a professora Alba Benemerita Alves Vilela, estamos realizando a pesquisa “Representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente”, que tem o objetivo de saber o que os cuidadores pensam sobre o apoio de outras pessoas no cuidado ao idoso dependente. Estamos convidando o (a) senhor (a) para participar da nossa pesquisa. Trata-se de uma pesquisa importante, pois surge como uma forma de conhecer quem são as pessoas que ajudam o cuidador na prestação de cuidado ao idoso dependente e saber o que os cuidadores pensam sobre o apoio no cuidado ao idoso dependente. Ao concordar com a participação na pesquisa, o (a) senhor (a) deverá estar à disposição para responder aos questionamentos, por meio de uma entrevista. Durante a aplicação do instrumento existe o risco de alguma pergunta lhe causar desconforto ou incômodo, ficando o (a) senhor (a) à vontade para deixar de responder a pergunta que lhe causar tal incômodo. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo. Os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo. Nós guardaremos os registros de cada pessoa, e somente os pesquisadores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, sua identificação não será revelada. Este estudo proporciona um planejamento das ações e a prestação de uma assistência de qualidade para os idosos e seu cuidador. Se houver algum constrangimento decorrente deste estudo, o senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Se o (a) senhor (a) quiser ou precisar de mais informações sobre esta pesquisa, entre em contato com Marta dos Reis Alves e Alba Benemerita Alves Vilela no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia, pelo telefone (73) 3528-9738 (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Ou ainda pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, no mesmo local indicado anteriormente ou pelo telefone (73) 3528 9727.

Se o(a) senhor(a) aceita participar livremente deste estudo, por favor assine comigo este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com o senhor(a). Agradeço sua atenção!

Assinatura da Participante _____

Assinatura do Pesquisador _____

Jequié - BA, Data: ____/____/____.



Polegar direito

APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

TÍTULO DA PESQUISA: Representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente.

Data: _____

Entrevista nº: _____

PARTE I

➤ Dados de identificação do cuidador e do processo de cuidar

Idade: ____ Sexo: () M () F

Estado Conjugal: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado () Outros

Escolaridade: () Analfabeto () 1 a 4 anos de escolaridade () 5 a 8 anos de escolaridade
() 9 a 11 anos de escolaridade () 11 anos de escolaridade ou mais

Ocupação antes e depois de cuidar do idoso:

Quantos filhos (as) tem e idade respectivas:

a. ____ filhas. Idades: _____, _____, _____, _____, _____

b. ____ filhos. Idades: _____, _____, _____, _____, _____

c. Nenhum.

Quantas pessoas moram com o senhor(a) além do idoso? Quem são estas pessoas?

Relação com o idoso a quem presta cuidados:

() Amigo/a

() Familiar Qual? _____

() Cônjuge

() Outro Qual? _____

Idade do idoso:

Sexo do idoso: () F () M

Quantos filhos (as) o (a) idoso (a) tem:

- a. _____filhas.
- b. Nenhum.

Causa da dependência do idoso: _____

Há quanto tempo cuida do idoso? _____

Que tipo de cuidados você fornece ao idoso? _____

Você sente ou já sentiu dificuldades para cuidar do idoso? Se sim, quais.

PARTE II – Apoio social ao cuidador de idoso dependente

- O senhor (a) recebe ajuda de alguém para cuidar do idoso?
Se o cuidador responder sim, pergunte:
Quem são as pessoas que te dão esta ajuda
Como ocorre esta ajuda
Com que frequência o senhor recebe esta ajuda
- O que significa para o senhor (a) a ajuda de outras pessoas para cuidar do idoso?

ANEXO A: ESCALA DE KATZ



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Adaptação Transcultural da Escala de Katz

(Normas sugeridas para o uso da Escala de Katz no Brasil. Lino et al, 2008)

Data: _____

Nº: _____

Área de funcionamento	Independente/Dependente
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) <input type="checkbox"/> não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	(I) (I) (D)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseiam fechos, inclusive os de órteses) e próteses, quando forem utilizadas) <input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda <input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos <input type="checkbox"/> recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(I) (I) (D)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) <input type="checkbox"/> vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite <input type="checkbox"/> não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(I) (D) (D)
Transferência <input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como Bengala ou andador) <input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda <input type="checkbox"/> não sai da cama	(I) (D) (D)
Continência <input type="checkbox"/> controla inteiramente a micção e a evacuação <input type="checkbox"/> tem "acidentes" ocasionais <input type="checkbox"/> necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(I) (D) (D)
Alimentação <input type="checkbox"/> alimenta-se sem ajuda <input type="checkbox"/> alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão <input type="checkbox"/> recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos	(I) (I) (D)

0 (): independente em todas as seis funções; 1 (): independente em cinco funções e dependente em uma função;
 2 (): independente em quatro funções e dependente em duas; 3 (): independente em três funções e dependente em três
 4 (): independente em duas funções e dependente em quatro; 5 (): independente em uma função e dependente em cinco
 funções; 6 (): dependente em todas as seis funções (dependência funcional total).

ANEXO B: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – PLATAFORMA BRASIL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADORES INFORMAIS SOBRE O APOIO SOCIAL NO CUIDADO AO IDOSO COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL.

Pesquisador: Marta dos Reis Alves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10832312.6.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 163.347

Data da Relatoria: 03/12/2012

Apresentação do Projeto:

Resumo

O projeto de pesquisa proposto faz parte do trabalho de dissertação de mestrado da aluna Marta dos Reis Alves com orientação da professora Alba Benemérita Alves Vilela no programa de Mestrado em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em Jequié/BA.

Resumo segundo o autor do projeto: "Tendo em vista que a rotina do cuidado pode gerar sobrecarga ao cuidador, repercutindo negativamente na sua saúde física e mental, torna-se fundamental a presença de apoio social que o auxilie na prestação de cuidado ao idoso com dependência funcional. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, com aporte na Teoria das Representações Sociais e na Teoria do Núcleo Central, que será realizado no município de Jequié-BA, em domicílios de 30 cuidadores informais de idosos com dependência funcional, cadastrados na Unidade de Saúde da Família José Maximiliano Henriquez Sandoval. A coleta de dados será realizada por meio da aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras e de um roteiro de entrevista semi-estruturada. O Teste de Associação Livre de Palavras será analisado por meio do software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse (EVOC), e a entrevista será analisada de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Ressalta-se que este estudo respeitará os aspectos éticos e científicos propostos na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo torna-se relevante e oportuno, visto que proporcionará nova fonte de conhecimentos nesta área temática, bem como subsidiará a implementação de ações com vistas à melhoria da saúde do cuidador e da qualidade dos cuidados a serem por ele



prestados."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Apreender as representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso com dependência funcional.

Objetivos específicos

Analisar a estrutura das representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso com dependência funcional;

Identificar a rede de apoio social dos cuidadores de idosos com dependência funcional;

Descrever o tipo de apoio recebido pelos cuidadores de idosos com dependência funcional;

Conhecer a satisfação do cuidador em relação ao apoio recebido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores informam no TCLE os desconfortos possíveis em função da coleta de dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em razão da mudança epidemiológica vivenciada atualmente, decorrente do avanço tecnológico da Medicina, da melhoria das condições sanitárias e do maior acesso à saúde, com a diminuição do índice de mortalidade juntamente com o declínio da taxa de natalidade, observa-se o crescimento da população idosa num quadro epidemiológico de queda no índice de doenças infectocontagiosas e aumento na prevalência das afecções crônico-degenerativas de forma tal que a população dos idosos torna-se mais dependente de assistência e apoio. O próprio processo de envelhecimento natural, sem acidentes, debilita o indivíduo, demandando assistência especializada ampla. Daí surge a figura do Cuidador Informal.

A partir desse entendimento, os pesquisadores pretendem aqui investigar a situação social do cuidador informal, os aspectos operacionais e o apoio a esses profissionais visando tanto a melhoria das suas condições de trabalho como também da qualidade da assistência ao idoso, assim prestada em razão dessa melhoria. Para tanto os autores farão uma incursão nas representações sociais dos cuidadores informais.

Esses profissionais, de importância singular, devido à natureza da sua prática, são por sua vez, vítimas de cansaço, estresse, fadiga e isolamento social que podem afetar seu bem-estar e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado prestado.

Da percepção desse quadro do cuidado ao idoso, os pesquisadores pretendem buscar um entendimento mais profundo da dinâmica desse cuidado através da percepção do cuidador, usando a "pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, fundamentada na Teoria das

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Representações Sociais de Serge Moscovici na perspectiva de sua abordagem complementar denominada Estrutural ou Teoria do Núcleo Central, a qual foi proposta por Jean Claude-Abrie."

O trabalho é muito importante para a assistência ao idoso na medida em que compreendendo melhor o ofício do cuidador, os aspectos psico-sociais desse profissional e os problemas enfrentados no cuidado ao idoso, será possível traçar políticas para que esse trabalho importante e sublime seja realizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE encontra-se na forma de convite e está redigido de forma clara e concisa contendo informações sobre os possíveis desconfortos, garantias de sigilo das informações, informação sobre a importância do trabalho e sua justificativa e opção da desistência a qualquer momento.

Constam no corpo do projeto um formulário para Teste de Associação Livre de Palavras, um roteiro para entrevista semi-estruturada e escala de Katz para nível de dependência/independência do idoso.

Também, Termo de compromisso da pesquisadora e do responsável da instituição com relação às responsabilidades com a pesquisa proposta e aceitação e condições de execução.

Encontram-se na proposta os documentos obrigatórios para submissão do projeto ao CEP, observando-se que os pesquisadores assumem a responsabilidade pela condução dos trabalhos de acordo com as normas da resolução 196/96.

Recomendações:

A título de sugestão, recomendo aos pesquisadores checar a concordância entre os títulos citados no texto e sua listagem nas Referências. Isso é importante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho está escrito de forma clara e bem fundamentado em fontes pertinentes, sendo compreensível no exposto as intenções dos pesquisadores e seus objetivos. Os mesmos garantem observar as questões éticas na pesquisa. O trabalho tem mérito acadêmico cujos resultados poderão auxiliar em muito na melhoria da assistência ao idoso, podendo servir para a criação de programas de atendimento melhores, pelo apoio social aos Cuidadores.

Por ser importante essa pesquisa, justificando-se plenamente o seu empenho e por não ter sido percebido aqui nada que fira os mandamentos da resolução 196/96, sou de opinião que a proposta merece aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião plenária do CEP/UESB, realizada nos dias 03 e 04 de dezembro de 2012, o projeto foi considerado aprovado.

JEQUIE, 05 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)