

HOSANA FERREIRA RATES

**CUIDADO DE SAÚDE DO IDOSO, NO DOMICÍLIO:
IMPLICAÇÕES PARA AS CUIDADORAS, NO DISTRITO
RESSACA- MUNICÍPIO DE CONTAGEM/MG**

**Belo Horizonte
Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Minas Gerais
2007**

HOSANA FERREIRA RATES

**CUIDADO DE SAÚDE DO IDOSO, NO DOMICÍLIO:
IMPLICAÇÕES PARA AS CUIDADORAS, NO DISTRITO
RESSACA- MUNICÍPIO DE CONTAGEM/MG**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Roseni Rosângela de Sena
Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Alda Martins Gonçalves

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Minas Gerais
2007

Rates, Hosana Ferreira

R233c Cuidado de saúde do idoso, no domicílio: implicações para as cuidadoras, no Distrito Ressaca-município de Contagem-MG/Hosana Ferreira Rates. Belo Horizonte, 2007. 225f. ilust.

Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Roseni Rosângela de Sena

Co-orientadora: Alda Martins Gonçalves

1.Assistência domiciliar. 2.Idoso. 3.Família/psicologia.

4.Cuidadores/psicologia. 5.Atividades cotidianas. 6.Serviços domésticos/economia. 7.Relações familiares. I.Título.

NLM: WY 200

CDU: 616-083



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 206 - Telefax: (031) 3248.9836
Caixa Postal: 1556 - CEP.: 30.130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br

ATA DE NÚMERO 221 (DUZENTOS E VINTE E UM) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA HOSANA FERREIRA RATES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM.

Aos 28 dias do mês de fevereiro de dois mil e sete, realizou-se no Anfiteatro Roseni da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa de dissertação "*CUIDADO DE SAÚDE DO IDOSO, NO DOMICÍLIO: IMPLICAÇÕES PARA AS CUIDADORAS NO DISTRITO DE RESSACA - MUNICÍPIO DE CONTAGEM - MINAS GERAIS*", da aluna Hosana Ferreira Rates, candidata ao título de "Mestre em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Roseni Rosângela de Sena (orientadora), Marília Alves e Sônia Maria Soares, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 9:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, as examinadoras consideraram *Hosana Ferreira Rates, aprovada e apta a receber o título de mestre após a entrega da versão definitiva da dissertação*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2007.

Prof.^a Dr.^a Roseni Rosângela de Sena
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Marília Alves

Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Soares

Grazielle Cristine Pereira
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

Prof.^a Adriana Cristina de Oliveira
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 02 / 04 / 07

Grazielle Cristine Pereira
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

Às cuidadoras de
Contagem que me abriram
sua casa e sua alma para
a realização deste
estudo.

Agradecimentos

A Deus, pela proteção.

A meu pai, minha mãe, meus irmãos e meu filho, pelo apoio.

À Professora Dra. Roseni Rosângela de Sena que orientou a minha entrada no mundo da pesquisa.

À Professora Dra. Alda Martins Gonçalves, pelas orientações.

Aos colegas do NUPEPE, pela parceria na busca do conhecimento.

Aos dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, pelo apoio institucional.

Às pessoas cuidadas, obrigada por fazerem parte deste estudo; sem vocês ele não existiria.

E a todos que, de uma forma ou de outra, estiveram comigo nesta fase de minha vida.

RESUMO

Trata-se de estudo das implicações do cuidado de saúde do idoso, no domicílio, para as cuidadoras, no Distrito Ressaca, município de Contagem, Minas Gerais (MG). Com o aumento da expectativa de vida e da prevalência das doenças crônico-degenerativas, face às políticas de humanização e desospitalização, verifica-se a necessidade de se substituir o modelo de atenção à modalidade de assistência domiciliar. É essencial implementar ações assistenciais diferenciadas, no domicílio, como espaço privilegiado para o cuidado de saúde, no sentido de atender à crescente demanda de atenção aos idosos, de portadores de doenças crônicas e degenerativas superando a lógica da racionalização. Verifica-se, entretanto, que nem a assistência suplementar à saúde, nem os serviços públicos consideram as implicações do cuidado de saúde domiciliar, como os custos emocionais e financeiros, assumidos pelas cuidadoras, ao se responsabilizarem pelo cuidado. Com esta pesquisa, busco contribuir para a análise dessas implicações. Estudo de caráter descritivo e exploratório teve como orientação a triangulação de abordagens quantitativa e qualitativa, dos instrumentos e na análise dos dados. Teve como objetivo geral analisar as implicações do cuidado de saúde domiciliar, prestado à pessoa acima de 60 anos, para as cuidadoras, no Distrito Ressaca do município de Contagem, MG. Teve como objetivos específicos conhecer as relações que permeiam a execução do cuidado de saúde domiciliar, identificar o apoio utilizado pelas cuidadoras e identificar os custos emocionais e financeiros das cuidadoras com o cuidado de saúde domiciliar, prestado à pessoa acima de 60 anos. O cenário escolhido foi o Distrito Ressaca por ser, no município de Contagem, o de maior número de pessoas cuidadas no domicílio, na área adscrita pelo Programa de Saúde da Família (PSF). As participantes do estudo foram 17 cuidadoras dos idosos dependentes para as atividades da vida diária. O período de coleta de dados foi de 03 de julho de 2006 a 02 de outubro de 2006. Foram utilizados como instrumentos para a coleta de dados: entrevista no domicílio com as cuidadoras principais, o diário da cuidadora, o diário de campo da pesquisadora/observação e as planilhas para registro dos gastos da família com o cuidado no domicílio. As entrevistas foram analisadas por meio de leitura exaustiva dos discursos dos quais foram extraídas as idéias principais que foram agrupadas na construção de quatro categorias empíricas: 'A pessoa cuidada'; 'Cuidadora: doando, aprendendo e construindo'; 'Cuidado: construção e desconstrução' e 'Cuidado e a expressão dos gastos' para a família. A partir das categorias foram incluídos os dados das planilhas, dos diários das cuidadoras, do diário da pesquisadora e realizada a análise dos dados. Ao analisar os dados observei que as relações da pessoa cuidada e da cuidadora se interagem e tem como interseção o cuidado que é influenciado pela dedicação das cuidadoras que são, na maioria, mulheres e parentes. Percebi que existem aspectos na relação cuidadora/pessoa cuidada que facilitam ou dificultam a execução do cuidado no domicílio. Foram observadas atitudes humanizadoras no *locus* domicílio. A dedicação das cuidadoras às tarefas do cuidado influencia diretamente na

qualidade de vida, com perdas de oportunidades de trabalho, de convívio social e de lazer, com repercussões na saúde física e emocional. Os dados revelaram que as famílias não contabilizam o gasto com as pessoas cuidadas no domicílio. Foi necessário recorrer à consulta de preços para relacioná-los com as anotações das planilhas para se chegar a um gasto aproximado com alimentação, medicamentos, artigos de consumo, serviço de internação domiciliar e instrumentos para a execução dos cuidados. A disponibilidade de consultas, o fornecimento de medicamentos, utilização do laboratório, do serviço de emergência e do hospital, bem como as remoções feitas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) são itens que auxiliam na redução dos gastos do orçamento representando economia financeira para os familiares das pessoas cuidadas. Esse apoio é descontinuado. A alimentação das pessoas cuidadas é realizada segundo a situação sócio-econômico-financeira e existem cuidadoras que relataram a dificuldade em comprar alimentos. A fralda geriátrica descartável é o artigo de maior impacto sobre o orçamento familiar no tema artigos de consumo. Se o pagamento de internação domiciliar da pessoa cuidada fosse realizado pelos familiares, esse seria o maior gasto com o cuidado no domicílio podendo atingir R\$2.325,00. Em 2º lugar, o maior gasto das famílias refere-se aos planos de saúde (R\$450,00) e, em 3º lugar, com os medicamentos (R\$376,55). No geral, as cuidadoras vivenciam um orçamento apertado. O maior apoio é o da cuidadora e que se mostra fundamental para o processo do cuidado no domicílio, como executora desse cuidado e como financiadora das despesas que ultrapassam o benefício previdenciário da pessoa cuidada. Conclui-se que, apesar de todas as práticas reconhecidas como essenciais no cuidado no domicílio, ainda não se pode se reconhecê-lo como um modelo substitutivo.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Idoso. Família/psicologia. Cuidadores/psicologia. Atividades cotidianas. Serviços domésticos/economia. Relações familiares.

ABSTRACT

This work is about the costs of elderly health care at domicile, for the relatives, in the city of Contagem, Minas Gerais, Brazil. With the increase of life expectations and the prevalence of chronic-degenerative diseases, facing the humanization and de-hospitalization politics, the need to replace the model of attention is verified. It is essential to implement differentiated assistance actions, at domicile, as a privileged space to health care, in the direction of taking care of the growing demand of attention of elderly with chronic-degenerative diseases, overcoming the rationalization logic. However, it is verified that neither the supplemental health system, nor the public services consider the cost of the relatives, when they take responsibility for domicile care. With this research, I try to contribute to the analysis of those costs. This study has a descriptive-exploratory character. It uses a quantitative and qualitative approach, instruments, and data analysis. The general goal was to analyze the implications of domicile health care, given to people over 60, for the caregivers. The specific goals were to know the relations that exist among the execution of domicile health care, to identify both emotional and financial costs of the caregivers with domicile health care, given to people over 60. The scenery chosen for this study was Ressaca district, because it is, in the city of Contagem, the district with the biggest number of people that are taken care of at home, in the area of the Family Health Program. The participants were 17 caregivers of elderly that depend of someone for daily life activities. The data collection period was from July third of 2006 to October second of 2006. The instruments used to collect data were: domicile interview with the main caregivers, caregivers' diary, field diary of the researcher and the charts with the records of the family's expenses with domicile care. The interviews were analyzed through exhaustive reading of the speeches from which were extracted the main ideas that were grouped in the construction of four empiric categories: 'The person taken care of'; 'Caregivers: giving, learning and constructing'; 'Care: construction and deconstruction' and 'Care and expenses expression for the family'. From those categories were included the data from the charts, from the care takers' diary and the data analysis was made. When analyzing the data I could observe that the relations between the caregivers and the person being taken care of interact and have as interception the care that is influenced by the dedication of the caregivers, that are, mostly, women and relatives. I noticed that there are aspects in the relation caregiver/ person being taken care of that facilitate or make difficult the execution of home care. Humanizing attitudes were observed in the domicile *locus*. The caregivers dedication to the person-taken-care-of's tasks directly influences quality of life, with loss of work opportunities, of social conviviality and leisure time, with repercussions in both physical and emotional health. The data reveal that the family doesn't account the expenses with the people that are domicile taken care of. It was necessary to appeal to price consultancy and relate them to the notes in

the charts in order to come to an approximate value of the expenses with food, medication, consumption items, domicile internment services and instruments to the care execution. The consultations availability, the medication supply, the emergency service lab and hospital utilization, and the removals made by the Mobile Urgency Attendance System are items that help to reduce the budget expenses, representing financial economy to the relatives of the person being taken care of. However, this support is discontinued. The alimentation of the people taken care of is done according to the financial-economical-social situation and there are caregivers that report difficulty to buy food. The geriatric disposable diaper is the item of biggest impact on the family budget in the category of consumption items. If the payment of the domicile internment was made by the family, this would be the biggest expense, that could get as high as R\$2,325.00. In second place would be health insurance (R\$450.00) and, in third place, medications (R\$376.55). In general, the caregivers live in a tight budget. The biggest support comes from the family that is fundamental for the domicile care, as the executor of the care and as the financer of the expenses that exceed the governmental benefits of the person being taken care of. In conclusion: although all the exercises recognized as essentials in the domicile care, this cannot be recognized as a substitutive model yet.

Key words: Home Nursing. Elderly. Family/psychology. Caregivers/ psychology. Daily Activities. Homemaker services. Relative relations.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Categorias, sub-categorias e temas.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Gastos em artigos de consumo, pelas pessoas cuidadas, no período de 30 dias.

GRÁFICO 2: Gastos com o cuidado no domicílio, no período de 30 dias.

LISTA DE SIGLAS

ABRAZ	Associação Brasileira de Alzheimer
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CPG	Colegiado de Pós-Graduação
AVD	Atividades da Vida Diária
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
CIES	Centro Internacional de Informação para o Envelhecimento Saudável
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-econômicos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Equipe de Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MHD	Materialismo Histórico Dialético
NEAD	Núcleo das Empresas de Assistência Domiciliar
NUPEPE	Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Ensino e a Prática de Enfermagem
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSF	Programa de Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESP	Serviço Especializado de Saúde Pública
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SISAN	Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAI	Unidade de Atendimento Imediato
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	14
2. PROBLEMA	16
3. JUSTIFICATIVA	18
4. CUIDADO DOMICILIAR: ABORDAGENS E CONCEPÇÕES TEÓRICAS	25
4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS	30
4.2 CUIDADOR	33
4.3 CUIDAR SE ESCREVE EM FEMININO	34
4.4 O CUSTO DO CUIDADO NO DOMICÍLIO.....	36
5. OBJETIVOS	42
6. METODOLOGIA	43
6.1 CENÁRIO DA PESQUISA	45
6.2 SUJEITOS DA PESQUISA	51
6.3 ASPECTOS ÉTICOS	53
6.4 PROCEDIMENTOS PARA O TESTE-PILOTO	53
6.5 INSTRUMENTOS DA PESQUISA.....	55
6.6 COLETA DOS DADOS	56
6.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	58
7. O CUIDADO NO DOMICÍLIO: UM TRABALHO	64
7.1 A PESSOA CUIDADA.....	64
7.2 CUIDADORA: DOANDO, APRENDENDO E CONSTRUINDO.....	89
7.3 CUIDADO NO DOMICÍLIO: CONSTRUÇÃO E DESCONSTRUÇÃO	114
7.4 O CUIDADO E A EXPRESSÃO DOS GASTOS	137
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	179
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	186
ANEXOS	196

1. INTRODUÇÃO

Particpei, na condição de Referência Técnica de Enfermagem da Atenção Básica do município de Contagem, da pesquisa sobre o tema 'Cuidado Domiciliar: O trabalho do Cuidador Informal e Formal' realizada no município de Contagem, no período de 2003 a 2004, dirigida pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Ensino e a Prática de Enfermagem (NUPEPE).

O NUPEPE tem como propósito aglutinar docentes, enfermeiros de serviço, estudantes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e de outras escolas, bem como outros profissionais, em torno da reflexão sobre a prática do cuidado e do ensino de Enfermagem.

Durante o ano de 2003, participei do NUPEPE como representante da Secretaria de Saúde de Contagem. Em 2004, participei das reuniões do NUPEPE e acompanhei estudantes de Enfermagem durante a pesquisa sobre o cuidado domiciliar o que estimulou meu interesse pela pesquisa em Enfermagem como uma possibilidade de "fazer" Enfermagem com novo enfoque.

A discussão das pesquisas realizadas pelos integrantes do NUPEPE sobre o "Cuidado Domiciliar" e os relatos das dificuldades emocionais e financeiras vivenciadas cotidianamente pelas cuidadoras despertaram em mim o interesse em conhecer as implicações do cuidado domiciliar para as cuidadoras.

Os resultados da pesquisa: 'O Cuidado de Enfermagem no Domicílio: A Internação Domiciliar' realizada por Sena *et al.* (2001) também demonstram a ausência de avaliação do custo-benefício dos serviços de cuidado domiciliar para

a família que assume o cuidar no domicílio e apontaram insuficiência de análise dos custos diretos e indiretos para os familiares.

Os estudos exploratórios que realizei levaram-me à opção de investigar as implicações do cuidado de saúde domiciliar, para as cuidadoras, à pessoa acima de 60 anos. Assim, realizei a pesquisa com a expectativa de que seus resultados contribuam para a definição de ações políticas relacionadas ao cuidado no domicílio e para o desenvolvimento de redes de solidariedade e apoio aos familiares e cuidadores. Espero, também, colaborar para que as atividades de pesquisa no âmbito social e da Saúde aumentem a produção técnico-científica sobre o tema.

2. PROBLEMA

Se, por um lado, o aumento da expectativa de vida e da prevalência das doenças crônico-degenerativas tem exigido o aumento crescente de leitos hospitalares para atender essa população, por outro lado, há políticas de desospitalização e de humanização do cuidado estimulando o cuidado no domicílio. Ações estratégicas são implementadas para ampliar as possibilidades assistenciais, como o Programa de Saúde da Família (PSF), o hospital-dia e o domicílio em seu novo significado de espaço privilegiado para o cuidado.

O domicílio tem sido utilizado como *locus* para o cuidado de pessoas de todas as idades, portadoras de doenças crônico-degenerativas, de seqüelas de diversas doenças e agravos como: lesões raqui-medulares, neoplasias, distúrbios mentais, doenças genéticas e neurológicas. Privilegia a prevenção, a promoção à saúde e a prevenção de agravos com ênfase na humanização da atenção.

Mas não existe, na maioria dos municípios brasileiros, política que defina o cuidado domiciliar como parte da cadeia progressiva de cuidados. Os familiares assumem responsabilidades que têm repercussões emocionais, sociais e financeiras relacionadas com o processo de cuidar no domicílio, sem o devido apoio das instituições de saúde e de assistência social. Nesse contexto, tem sido das cuidadoras e dos familiares a responsabilidade pelo cuidado no domicílio incluindo os gastos financeiros.

Considerando que o maior número de pessoas cuidadas no domicílio são idosas (CONTAGEM, 2004), pretendo, com este estudo, analisar as implicações, para as cuidadoras, do cuidado de saúde domiciliar, prestado à pessoa acima de 60 anos, no Distrito Ressaca do município de Contagem, MG.

3. JUSTIFICATIVA

A população acima de 60 anos, nas últimas décadas, vem crescendo significativamente, no mundo e também no Brasil. Segundo Patarra (2000), as melhorias no saneamento básico, o progresso da Medicina em âmbito internacional, o controle mais eficaz de doenças infecciosas, a ampliação dos serviços de prevenção e de assistência médica e o uso expressivo de modernas tecnologias contraceptivas favoreceram as modificações de alguns indicadores epidemiológicos da população brasileira, tais como: redução da mortalidade geral, redução da mortalidade infantil, diminuição das taxas de fecundidade e aumento das taxas de expectativa de vida.

Além das transformações demográficas, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de mortalidade e morbidade, caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados que combina com doenças características de sociedade em desenvolvimento (Centro Internacional de Informação para o Envelhecimento Saudável- CIES, 2005).

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares. Configura-se em desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de estratégias para o enfrentamento do problema (CIES, 2005).

Nesse sentido, o cuidado domiciliar pode ampliar as possibilidades assistenciais e atender à crescente demanda de atenção aos idosos. Cuidar de pessoa, com quadro clínico estável, em seu domicílio, desde que haja condições ambientais e materiais adequados e um cuidador é uma alternativa para o usuário e para os serviços de saúde (ATAS, 2004). Além de reduzir os custos com internações, (ATAS, 2004) humaniza o atendimento. A atenção domiciliar possibilita a permanência do usuário com a família o que favorece a sua recuperação e diminui o risco de infecções hospitalares (BRASIL, 1998a).

Um dos aspectos que justificam o cuidado domiciliar, no Brasil, é o custo menor em relação à internação hospitalar, sendo apontada uma redução de até 60% (ATAS, 2004). Mas os estudos sobre os custos do cuidado domiciliar para os familiares são ainda inexpressivos.

Na Holanda, em estudos econômicos realizados com os cuidadores, concluiu-se que o tempo utilizado com a pessoa cuidada torna-se tão importante para a qualidade do cuidado, quanto novas drogas e outras tecnologias de saúde (BROUWER *et al.*, 1999).

Nos Estados Unidos, Connell, Javenic e Gallant (2001) relatam que, com o envelhecimento da população, houve aumento do número de diagnósticos de pessoas portadoras de Alzheimer ou outras demências. As autoras relatam que a maioria da população com doença demencial é cuidada em casa, por um membro da família que vivencia uma variedade de responsabilidades financeiras e sociais relacionadas com o papel do cuidador, evidenciando que os familiares tem tido um

aumento de atividades cuidativas e de gastos para sustentá-las. (CONNELL; JAVENIC; GALLANT, 2001).

Björnsdóttir (2002) afirma que, na Islândia, os serviços públicos têm transferido para as famílias os cuidados de saúde dos idosos. Aponta que os cuidadores, em muitas situações, têm experimentado imensas responsabilidades, dificuldades financeiras e problemas de saúde. Acrescenta que o governo está recuando de obrigações definidas previamente para a saúde e o bem-estar da população, ao mesmo tempo em que responsabiliza os cidadãos pela provisão de cuidados domiciliares de saúde.

No Brasil, a Portaria nº 1.892, de 18 de dezembro de 1997, do Ministério da Saúde incorporou ao Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH/SUS a modalidade de Internação Domiciliar, considerando que a internação domiciliar amplia as condições de atendimento hospitalar e a qualidade da assistência do SUS (BRASIL, 1997). No ano seguinte, em 23 de março de 1998 foi publicada a Portaria 2.416, do Ministério da Saúde, que estabeleceu requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no SUS, considerando que a internação domiciliar proporciona a humanização do atendimento e um maior contato com a família, favorecendo a recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares (BRASIL, 1998a).

Destaca-se, ainda, a Lei Federal nº 10.424, de 15 de abril de 2002 que regulamenta a assistência domiciliar no SUS acrescentando capítulo à Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências. (BRASIL, 2002a).

A normalização técnica e a definição das atividades dos profissionais de Enfermagem envolvidos no cuidado domiciliar estão explicitados na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 267/2001, (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2003). Esse mesmo Conselho promulgou, em 18 de abril de 2002, a Resolução COFEN-270/2002 que aprova a regulamentação das empresas que prestam serviços de Enfermagem domiciliar - *home care*.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por sua vez, em 07 de maio de 2003 definiu as responsabilidades do médico, do hospital, das empresas privadas por meio da Resolução 1.668/2003 (CFM, 2004).

Em primeiro de outubro de 2003, a Lei Federal nº 10.741 regulamentou o Estatuto do Idoso. Merece destaque seu Capítulo IV que relata sobre o direito à saúde. O 2º parágrafo do artigo 15 define que “incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos medicamentos, especialmente de uso contínuo, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”. A análise do Estatuto do Idoso permite inferir que existe um esforço legal para assegurar condições mínimas para a efetivação do cuidado no domicílio. O mesmo capítulo (artigo 15, parágrafo 1º) assegura que a prevenção e manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de atendimento domiciliar, incluindo

a internação domiciliar para a população que dela necessitar e que esteja impossibilitada de se locomover (BRASIL, 2004a).

A Consulta Pública nº 81, de 10 de outubro de 2003, realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dispõe sobre o Regulamento Técnico contendo as normas de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar, considerando a necessidade de propor os requisitos mínimos de segurança para o funcionamento de Serviços de Assistência Domiciliar nas modalidades de Atendimento ou Internação Domiciliar e considerando a necessidade de desenvolver e estabelecer diretrizes para uma política nacional de Assistência Domiciliar (ANVISA, 2003). Em 26 de janeiro de 2006, essa consulta pública resultou na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11 que “dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar” (ANVISA, 2006).

Em 19 de outubro de 2006, foi publicada a Portaria 2.529, do Ministério da Saúde que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, “considerando a incorporação tecnológica de caráter substitutivo à intervenção hospitalar” (BRASIL, 2006a). Dessa forma, revogou-se a Portaria 2.416, de 23 de março de 1998, que estabelecia requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no SUS. (BRASIL, 1998a).

A Portaria 2.529 define a composição de equipe multiprofissional e de equipes matriciais de apoio dos Serviços de Internação Domiciliar, a territorialização, a meta mensal de internações por equipe e a retaguarda no período da noite e finais de semana para as pessoas sob os cuidados das

equipes. Define ainda as prioridades de eleição e exclusão dos usuários, bem como o incentivo financeiro para os municípios implementarem a atenção domiciliar incluindo a internação. (BRASIL, 2006a).

Consideram-se avanços para a população brasileira e desafios para os gestores dos sistemas de saúde públicos a ampliação e a consolidação da internação domiciliar, tendo em vista os princípios de humanização e de interseção dos saberes sistematizados dos diversos grupos profissionais e dos usuários (BRASIL, 2006a). Para o Ministério da Saúde, a formulação de uma modalidade de assistência que objetiva a internação domiciliar torna-se ação estratégica para a construção de relacionamentos dos serviços que a integram: a atenção básica, a urgência e emergência, o SAMU e a área hospitalar (BRASIL, 2006a).

Simultaneamente a saúde suplementar, setor que reúne as empresas operadoras de planos de saúde reguladas pelo Ministério da Saúde, pela Agência Nacional de Saúde (ANS) disponibiliza, para os usuários, os serviços de atenção domiciliar por apresentar redução dos custos quando comparados com a internação hospitalar. Mas a Lei nº 9.656, de três de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, não inclui em seus benefícios a assistência domiciliar (BRASIL, 1998b).

Dal Ben e Gaidzinski (2007) relatam no livro '*Home care: Planejamento e Administração da Equipe de Enfermagem*', que as associações de assistência domiciliar despenderam esforços na tentativa de fazer com que a prática dos cuidados aos doentes no domicílio seja reconhecida. Assim é que, em julho de

1995, foi criada a primeira delas: a Associação Brasileira de *Home Health Care* (ABRAHHCARE). Em 1997, foi criada a Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID) e, em 2003, foi criado o Núcleo das Empresas de Assistência Domiciliar (NEAD). Graças ao empenho dessas associações a atenção domiciliar no Brasil foi regulamentada pela RDC nº 11 (DAL BEN, GAIDZINSKI, 2007).

Apesar disso, nem a saúde suplementar nem os serviços públicos consideram os custos emocionais e financeiros que estão sendo assumidos pelas cuidadoras e pelos familiares, ao se responsabilizarem pelo cuidado domiciliar, o que justificou a realização deste estudo.

4. CUIDADO DOMICILIAR: ABORDAGENS E CONCEPÇÕES TEÓRICAS

No final de 1970, iniciou-se, no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária, que preconizava a universalização, a descentralização, a regionalização e a democratização dos Serviços de Saúde, como estratégia político-organizacional, para a garantia da qualidade da assistência à saúde da população brasileira. O movimento criticava o modelo hospitalocêntrico que apresentava fortes inadequações à realidade sanitária nacional, como uma prática médica dominante baseada nos aspectos curativo-reabilitadores, com incapacidade de reduzir os perfis de morbimortalidade; os custos crescentes, inviabilizando sua expansão; ausência de critérios para compra de serviços dos hospitais privados; modelo dual gerando superposições, descoordenações e ausência de controle. Agregando-se a esses fatores, verificava-se a crescente insatisfação dos usuários, de prestadores de serviços e de trabalhadores de saúde com a gradativa perda de qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pela Previdência Social (MENDES, 1994).

A Reforma Sanitária foi um marco na reorganização do Setor Saúde no país com uma proposta abrangente de mudança social, para enfrentar a mercantilização da saúde. O movimento foi uma “batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla

pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar” no Brasil (BRASIL, 2002b, p.13).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1986, com a participação de trabalhadores, usuários, gestores e representantes sociais de todo o país e teve, como desdobramento, um conjunto de instrumentos político-ideológicos defendidos pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Esse conjunto de instrumentos influenciou, de forma significativa, dois processos que se iniciaram, concomitantemente, no ano de 1987: um, no executivo, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, outro, no poder legislativo, a elaboração da nova Constituição Brasileira (MENDES, 1994). Como consequência desse fortalecimento político, o Movimento conquistou a incorporação de alguns dos princípios, bem como a determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito; conforme artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL,1988).

Para assegurar esse direito, a Constituição de 1988 definiu, na Seção II do Capítulo II, o SUS, sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas de governo, posteriormente regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990). Os princípios doutrinários do SUS são a universalidade, a equidade, a integralidade e o controle social. Os princípios

organizativos são: regionalização, hierarquização, descentralização com comando único e participação popular.

A assistência à saúde, antes destinada somente aos contribuintes da Previdência, ampliou-se para toda a população, em um contexto econômico desfavorável de restrição de gasto público. Sem investimentos que permitissem ampliar as condições da oferta e com a compressão dos valores de remuneração aos prestadores públicos e privados, o resultado foi uma progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos (BRASIL, 2002b).

Apesar das dificuldades, o SUS avançou na descentralização da gestão, com a criação das Comissões Intergestores, fóruns de pactuação, elaboração e aplicação de Normas Operacionais Básicas para garantir a gestão do sistema nas três esferas de governo. Essas normas, além de conferir maior legitimidade e realismo às decisões, permitem maior velocidade nas respostas às demandas da população (BRASIL, 2002b). Visando a implementação da descentralização e da responsabilidade na gestão do sistema de saúde para os municípios, ampliou-se a cobertura dos serviços, com ênfase especial na Atenção Básica e, a partir de 1991, criou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, implantou-se o PSF.

A Estratégia de Saúde da Família se sustenta nas principais diretrizes do SUS, com vistas a promover a mudança do modelo de assistência à saúde no país.

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e voltado para a demanda espontânea.

O Programa está estruturado a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), com uma equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada onde desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

A USF atua com base nos princípios de integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição de clientela e constituição da equipe multiprofissional básica (um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde- ACS).

Para o cumprimento dos princípios de integralidade e hierarquização, a Unidade de Saúde da Família deve estar vinculada à rede de serviços, garantindo assistência integral aos indivíduos e assegurando a referência e a contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for necessária maior complexidade tecnológica para a resolução de problemas identificados na unidade.

A territorialização e a adscrição referem-se a território de abrangência definido onde a equipe de Saúde da Família é responsável pelo cadastramento e pelo acompanhamento da população adscrita a essa área. Cada equipe assume de 2400 a 4500 pessoas.

A Saúde da Família tem sido descrita como um estado ou processo da pessoa como um todo, em interação com o ambiente, sendo que a família

representa um fator significativo no ambiente, bem como o seu funcionamento na sociedade (ÂNGELO, BOUSSO, 2001). Para o Ministério da Saúde:

A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2001. p. 5).

A estratégia do PSF foi criada em um contexto de restrição e de racionalização dos gastos em saúde, decorrentes da implementação de medidas de ajuste estrutural, prescritas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial. As reformas propostas por essas agências basearam-se no diagnóstico da inadequação dos gastos brasileiros em saúde, considerados excessivos além das ações não atingiriam as regiões e os grupos sociais mais pobres. Ao mesmo tempo, o Banco Mundial criticou o modelo de assistência, assentado no cuidado hospitalar ineficaz, na especialização da atenção ambulatorial, na rápida incorporação de procedimentos de alta tecnologia e no pouco investimento nas ações preventivas e de promoção à saúde (SENNA, 2002).

O estímulo financeiro do Ministério da Saúde tem contribuído efetivamente para a expansão do Programa em todo o país e, apesar dos avanços do PSF, os resultados são pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, por não promover mudanças significativas do modelo assistencial (SENNA, 2002).

Esse modelo enfrenta muitos desafios, como a formação e a fixação dos profissionais de Saúde. Aqui faço um recorte quanto à implementação do cuidado

domiciliar com qualidade, que somente será alcançado com equipes multiprofissionais para acompanhar o cuidado realizado no domicílio em co-participação com as ESF.

4.1 Aspectos históricos

Atender doentes em casa é uma atividade que remonta aos tempos bíblicos. O cuidado domiciliar em ambientes de vida cotidiana é uma ação antiga e tem seu registro em todas as organizações sociais, com relatos de pessoas que eram cuidadas em casa, conforme a Bíblia. O Cristianismo sempre teve como uma de suas ações o cuidado de doentes. De acordo com o Evangelho de São João, Jesus dissera “levanta-te de tua cama e anda”; e assim, imediatamente, curara um aleijado sem esperança. O triunfo da fé cristã possibilitou a institucionalização dos cuidados, precursores dos de enfermagem e da invenção do hospital como um lugar de cuidados à saúde (PORTER, 2001).

No Brasil, segundo Cunha (1991), o desenvolvimento do cuidado domiciliar manteve estreita relação com o descobrimento da Enfermagem. As primeiras atividades de cuidados domiciliares foram descritas em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras do Rio de Janeiro, voltado às áreas de tisiologia e atenção à população materno-infantil. Nessa época, a população era assolada por várias epidemias, como a peste e febre amarela, que chegavam a comprometer a economia impedindo a exportação de produtos e a imigração. Tais fatos forçaram as autoridades a tomarem medidas específicas, para implementar

ações de combate às epidemias. Carlos Chagas trouxe ao Brasil enfermeiras americanas com o objetivo de preparar profissionais para atuarem no combate às epidemias. Essa iniciativa culminou, em 1923, com a criação do primeiro Curso de Enfermeiras Visitadoras, posteriormente transformado na Escola de Enfermagem Ana Néri. As formadas foram contratadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública para atuarem diretamente nos domicílios, na orientação das famílias.

O desenvolvimento do país em direção à região Centro-Sul propiciou a criação, em 1942, do Serviço Especializado de Saúde Pública (SESP), que utilizou a assistência domiciliar como estratégia para atender aos indivíduos e suas famílias na comunidade em que viviam. Observa-se que, em sua maioria, os serviços de atendimento domiciliar, no Brasil, estiveram, de alguma forma, desde seu início e atualmente com o PSF, ligados à área de Saúde pública, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças (CUNHA, 1991).

Os conceitos de cuidado domiciliar carecem de um significado comum. São utilizados diferentes conceitos na tentativa de caracterizar e demonstrar a natureza do cuidado no domicílio. Cunha (1991, p. 28) afirma que o cuidado no domicílio:

... é uma atividade desenvolvida desde a antiguidade, estando porém mais atual a cada dia que passa [...] e ela é redescoberta como uma resposta à necessidade de se prestarem cuidados aos pacientes em suas próprias casas, quer por falta de Instituições Hospitalares, quer pela dificuldade financeira deles frente a esta situação e até mesmo pelos altos custos relativos aos tratamentos e permanência hospitalares.

Adotei, neste estudo, a definição de cuidado de Boff (2001a): para quem o cuidado representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização, de zelo, de atenção e de envolvimento afetivo com o outro porque, sem o cuidado, o ser humano deixa de ser humano. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define, perde sentido e morre. Nesse sentido, consideramos o cuidado domiciliar uma parte integrante desse grande processo que é o cuidar com conotação de vínculo afetivo, já que o cuidado domiciliar, geralmente, é exercido por familiares.

Ao estudar o cuidado domiciliar, considere a família como um sistema ou uma unidade cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, onde existe compromisso e vínculo entre os seus integrantes, sendo que as funções de cuidado consistem em proteção, alimentação e socialização (ÂNGELO, BOUSSO, 2001).

Nesse contexto, a RDC nº 11, da ANVISA que dispõe sobre o Regulamento Técnico contendo as normas de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar estabelece que a atenção domiciliar é o “termo genérico que envolve as ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas no domicílio”. A RDC nº 11 estabelece também que a assistência domiciliar é o “conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas no domicílio” e a internação domiciliar é o “conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada” (ANVISA, 2006). A internação domiciliar

necessita do apoio da família e do cuidador formal ou informal para a continuidade da assistência, segundo as necessidades, demandas e graus de dependência da pessoa cuidada.

4.2 Cuidador

O cuidador é um recurso fundamental e quase sempre presente no cuidado domiciliar. Ele representa o elo entre o ser cuidado, a família e os Serviços de Saúde. Segundo Leitão e Almeida (2000), o cuidador é aquele que assume a responsabilidade de cuidar, dar suporte e atender às necessidades do ser cuidado, tendo em vista a melhoria de sua saúde e da qualidade de sua vida.

O cuidador é definido como informal e formal, primário e secundário. Entende-se por *cuidador informal*, o membro da família ou a ela relacionado, sem formação específica em saúde, responsável pelo desenvolvimento das ações cuidativas relativas às necessidades emanadas pela pessoa cuidada (DUARTE, 1997), que pode ou não receber honorários.

Compreende-se por *cuidador formal* ou *profissional* “aquele que tem uma formação específica para os cuidados que presta e, geralmente, é remunerado (...)”. (AZEVEDO, SANTOS, 2006). Esse cuidador pode trabalhar em qualquer instituição de Saúde, como: hospitais, clínicas de saúde, maternidades, asilos, USFs, unidades’ básica de saúde, ambulatórios, unidades de urgência/emergência, unidades móveis de urgência, ou nos domicílios, atuando como profissional autônomo.

Dependendo da complexidade do cuidado no domicílio, geralmente existe um cuidador primário ou principal, cuidadores secundários e, nos casos de internação domiciliar, com o necessário apoio técnico do cuidador formal. Amigos, vizinhos, membros de instituições religiosas e voluntários têm-se constituído em cuidadores, formando uma rede de suporte social.

Cuidador primário ou principal é aquele que assume a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e cuidar diretamente do ser cuidado realizando a maior parte das tarefas. O cuidadores secundários são pessoas da família ou apoiadores que podem desempenhar o mesmo tipo de tarefa do cuidador primário, mas que não têm o mesmo grau de envolvimento e responsabilidade pelo cuidado, podendo substituir o cuidador primário ou socorrê-lo em situações emergenciais (SILVERSTEIN, LITWALK, 1993).

4.3 Cuidar se escreve em feminino

Gênero, convivência e parentesco são as categorias mais freqüentes para predizer qual pessoa do núcleo familiar será o cuidador principal. As mulheres, majoritariamente, assumem o papel de cuidadora principal, acumulando, assim, a responsabilidade com as tarefas domésticas (GARCÍA-CALVENTE; MATEO-RODRÍGUEZ; EGUIGUREN, 2004).

García-Calvente, Mateo-Rodríguez e Eguiguren, (2004); Taub Andreoli e Bertolucci (2004); Sena *et al* (2004) e Karsch (2003), apontam que a maioria dos cuidadores é do sexo feminino. Karsch (2003) no 'Estudo do Suporte Domiciliar

aos Adultos com Perda de Independência e Perfil do Cuidador Principal', realizado entre 1992 e 1997, no município de São Paulo, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo revelou quem são os cuidadores principais nos domicílios de 102 pessoas com mais de 50 anos, que sofreram o primeiro episódio de acidente vascular cerebral. Em 98% dos casos pesquisados, o cuidador era alguém da família, predominantemente do sexo feminino (92,9%). A maior parte era formada de esposas (44,1%), seguidas pelas filhas (31,3%).

O estudo de Taub, Andreoli e Bertolucci (2004) com 50 cuidadores aponta que 82% eram mulheres, com idade variando de 23 a 81 anos de idade (média de 56 anos), 78% casadas, 70% eram esposas, 56% eram filhas das pessoas cuidadas. Quanto à faixa etária, o estudo demonstrou que 59% dos cuidadores estavam acima de 50 anos e 41% tinham mais de 60 anos. Esse estudo foi realizado com os cuidadores dos pacientes ambulatoriais da Clínica de Neuropsicologia e Saúde Mental do Hospital Albert Einstein, com os freqüentadores do Grupo de Apoio para os familiares dos pacientes portadores de Alzheimer da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) e com os cuidadores dos pacientes que são atendidos no Ambulatório de Neurologia Comportamental da Universidade Federal de São Paulo. O objetivo da pesquisa foi avaliar a confiabilidade da versão brasileira do Inventário de Sobrecarga do Cuidador em familiares de pacientes com demência.

Na Espanha, na cidade de Andaluzia, realizou-se uma pesquisa sobre cuidados informais, com uma amostra de 3.160 domicílios, na qual foram identificados 1000 cuidadores/cuidadoras principais. Os dados desta pesquisa

revelaram que há predomínio de mulheres como cuidadoras e que as mães assumem, majoritariamente, o cuidado de crianças portadoras de enfermidade infantil (83%), seguida pelas avós (7%). Se a mãe estava empregada, 14% das avós cuidavam das crianças enfermas (GARCÍA-CALVENTE; MATEO-RODRÍGUES; MAROTO-NAVARRO, 2004).

A análise desses estudos permite-nos inferir que o cuidado domiciliar é praticado fundamentalmente às custas do trabalho e do tempo das mulheres. Os estudos citados demonstram que as mulheres que cuidam no domicílio, em geral, têm baixo nível de escolaridade, não têm emprego e têm baixo poder aquisitivo. (GARCÍA-CALVENTE, MATEO-RODRÍGUEZ, MAROTO-NAVARRO, 2004; SENA *et al.*, 2000). As investigações sobre o cuidado informal e o gasto com o cuidado indicam que as mulheres dedicam mais tempo a cuidar que os homens, conforme afirmam García-Calvente, Mateo-Rodríguez, Maroto-Navarro, (2004). Reconhece-se, assim, que as cuidadoras são de fundamental importância para manter o ser cuidado no domicílio.

4.4 O custo do cuidado no domicílio

Silveira, Osório e Piola (2002) analisaram os gastos das famílias com saúde, a partir de duas fontes distintas: a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada em 1995/96 e a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) realizada em 1998. Tais pesquisas consideram como itens de despesa:

habitação, alimentação, transporte, saúde, vestuário, educação, lazer, serviços pessoais, higiene pessoal e diversos.

A pesquisa de orçamentos familiares considerou os gastos em saúde, as despesas com medicamentos em geral, de uso regular ou não; de analgésicos, vasodilatadores, antidepressivos e hipoglicemiantes. Incluíram nesse grupo produtos farmacêuticos como seringas e material para curativos.

Na PNAD de 1998, foram inicialmente captadas informações relativas ao estado individual de saúde, seguidas por características dos Planos de Saúde, depois por um conjunto de questões relativas ao acesso e à utilização de serviços de saúde.

Silveira, Osório e Piola (2002) consideram, a partir dos dados da PNAD, que os dispêndios, efetuados pelas famílias com saúde, são o quarto grupo mais volumoso das despesas de consumo familiar. A maior parte desses dispêndios é empenhada na compra de medicamentos e no pagamento de mensalidade de Planos de Saúde. A maior parcela desse gasto é efetuada pelas famílias cujos membros pertencem ao grupo dos 30% mais ricos da população.

Os autores encontraram que, entre os mais pobres, o gasto em saúde é majoritariamente realizado com a compra de medicamentos. Considerando que o preço do medicamento é o mesmo para qualquer pessoa independente da classe social, as despesas com medicamentos têm um impacto maior sobre os rendimentos das famílias mais pobres.

Dada a desigualdade na distribuição da renda entre as famílias, os gastos representam, em média, quase um quarto do rendimento das famílias cujos

membros estão entre os 10% mais pobres da população. Segundo a PNAD de 1998, 95% das consultas médicas e 93% das internações hospitalares de pessoas que pertenciam aos 20% mais pobres da população foram cobertas pelo SUS. Em 48% dos casos em que um medicamento é receitado para essas pessoas que fazem parte dos 20% mais pobres, o mesmo é fornecido “gratuitamente” (SILVEIRA; OSÓRIO; PIOLA, 2002).

Entretanto Sena *et al.* (2004) apontam dificuldades financeiras que as famílias enfrentam no domicílio. As autoras identificaram que os recursos financeiros são insuficientes para aquisição de materiais indispensáveis para a realização dos cuidados. Sondas e fraldas, medicamentos e alimentos foram citados pelas autoras como importantes itens no processo de cuidado no domicílio. A pesquisa de Sena *et al.* (2004) demonstrou ainda a necessidade que a família tem de definir estratégias para adaptar as atividades cuidativas às condições físicas no domicílio, já que não dispõem de recursos financeiros para realizar reformas no ambiente domiciliar.

Mendes (2002), ao analisar os dados do ‘Estudo do Suporte Domiciliar aos Adultos com Perda de Independência e Perfil do Cuidador Principal’, realizado entre 1992 e 1995, no município de São Paulo, concluiu que a renda familiar, nos casos pesquisados, variava de US\$ 50,00 a mais de US\$ 500,00; 46,3% possuíam renda até US\$ 300,00, sendo que 24% tinham uma renda até US\$ 150,00. Trata-se, assim, de famílias em situação de pobreza, com uma qualidade de vida precária (MENDES, 2002).

Brouwer *et al.* (1999) citam que uma das variáveis que mais influencia o cuidado informal, quando o avaliam em uma estimativa econômica, é o tempo. O tempo utilizado pelo cuidador informal poderia ser investido em um trabalho remunerado ou em lazer. Os autores utilizam três eixos para analisarem o custo em relação ao tempo. O primeiro calcula a quantidade exata do tempo gasto no cuidado informal. Durante a realização do cuidado, várias atividades regulares são produzidas simultaneamente. Isso prova ser difícil separar atividades de cuidado de atividades regulares. O preparo de refeições é considerado uma tarefa regular, mas o auxílio na alimentação é uma atividade cuidativa.

O segundo eixo avalia o tempo utilizado no cuidado informal fazendo uma aproximação com o preço de mercado. O preço de mercado é igual ao custo da contratação de um cuidador profissional para realizar atividades cuidativas. O tempo dos cuidadores informais pode ser avaliado como sendo de mercado, similar aos métodos sugeridos para avaliar o tempo das donas de casa nos trabalhos domésticos. Nenhum oferece um método de adequação de um salário-padrão para o tempo dispensado em um trabalho não-remunerado.

O terceiro eixo avalia o tempo de lazer que contribui positivamente para uma qualidade de vida e é sacrificado pelas pessoas comprometidas com o cuidado informal. Brouwer *et al.* (1999) observaram que a avaliação da perda de qualidade de vida analisada em uma estimativa financeira é difícil, se não impossível.

O custo de cuidar é muito mais alto do que a soma das horas dedicadas à realização de determinadas tarefas cuidativas. García-Calvente, Mateo-Rodríguez

e Maroto-Navarro (2004) afirmam que cuidar de um familiar dependente e desempenhar um trabalho remunerado resulta em uma situação difícil de se manter, para a maioria das cuidadoras. Uma das conseqüências mais freqüentes é o abandono temporário ou definitivo do trabalho remunerado e, até mesmo, a recusa de um emprego. As autoras apontam que 35% das mulheres que assumem o cuidado estão excluídas do mercado de trabalho aumentando para 46% quando se considera a exclusão temporária.

A impossibilidade ou perda do trabalho remunerado tem importantes repercussões para as cuidadoras. Supõe uma perda econômica para a cuidadora e para a unidade familiar em seu conjunto com impacto mais crítico para as cuidadoras de classe social menos privilegiada. A exclusão do mercado de trabalho traz conseqüências a longo prazo, especialmente a falta de acesso ao seguro desemprego, aposentadoria e pensões. Por isso, as mulheres cuidadoras têm muitas possibilidades de encontrar-se em situação de pobreza e exclusão social.

Os discursos das cuidadoras, analisados por Sena *et al.* (2004), confirmam que o trabalho fora do lar constitui uma importante fonte de renda. A função que essas mulheres exercem no lar dificulta ou impede que elas exerçam trabalho remunerado. As cuidadoras relataram que a necessidade de assumir o cuidado no domicílio foi o motivo que as levou a abandonar o emprego. Revelam, ainda, a busca de diferentes fontes alternativas de renda, incluindo trabalho autônomo, sem vínculo empregatício e a conciliação do emprego com o cuidado no domicílio, embora com dificuldade. Algumas entrevistadas participantes da pesquisa de

Sena *et al.* (2004) declararam também, que a única fonte de renda com que contam, para cuidar, consiste no benefício previdenciário da pessoa cuidada.

5. OBJETIVOS

GERAL

- Analisar as implicações do cuidado de saúde domiciliar, prestado à pessoa acima de 60 anos, para as cuidadoras, no Distrito Ressaca do município de Contagem, MG.

ESPECÍFICOS

- Conhecer as relações que permeiam a execução do cuidado de saúde domiciliar, vivenciadas pelas cuidadoras da pessoa acima de 60 anos, no Distrito Ressaca do município de Contagem, MG.
- Identificar o apoio utilizado pelas cuidadoras, referente ao cuidado de saúde domiciliar, à pessoa acima de 60 anos, no Distrito Ressaca do município de Contagem, MG.
- Identificar os custos emocionais e financeiros, para as cuidadoras, com o cuidado de saúde domiciliar, prestado à pessoa acima de 60 anos, no Distrito Ressaca do município de Contagem, MG.

6. METODOLOGIA

O estudo foi realizado utilizando-se abordagens quantitativas e qualitativas, fazendo-se uma triangulação metodológica no processo de coleta e análise dos dados. Os dados quantitativos e qualitativos permitiram analisar as implicações do cuidado de saúde domiciliar, para as cuidadoras, bem como identificar os custos emocionais e financeiros, no cuidado de saúde domiciliar e a compreensão das subjetividades que permeiam a prestação do cuidado, a partir da visão das cuidadoras.

Para Leopardi (2002), a triangulação é definida como um processo para garantir confiabilidade a dados coletados, por uma combinação de metodologias, no estudo do mesmo fenômeno. São usados múltiplos pontos de referência para determinar características de um objeto de estudo com maior confiabilidade, buscando-se maior precisão na interpretação dos dados obtidos.

Para Minayo (2005), a triangulação de métodos valoriza a quantificação, compreende a quantidade como indicador e parte da qualidade dos fenômenos, dos processos e dos sujeitos sociais, marcados por estruturas, relações de subjetividade, culturalmente específicas de classes, grupos e segmentos profissionais, gênero, etnia e idade.

Para identificar como as cuidadoras sustentam o cuidado no domicílio, assumindo gastos com a alimentação, o vestuário, a higiene, os materiais e equipamentos médico-hospitalares, o transporte, a adaptação da área física do

domicílio, os medicamentos e o tempo de trabalho da cuidadora utilizei um instrumento para captar o valor quantitativo devido à importância de uma visão objetiva. Objetividade, na perspectiva de uma abordagem quantitativa, significa que os achados devem ser reconhecidos da maneira como realmente são, porque os fatos existem independentes do pesquisador (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), os métodos qualitativos de investigação lidam com o aspecto da complexidade inerente aos seres humanos, a sua capacidade de dar forma e criar suas próprias experiências e a idéia de que a verdade é a possibilidade de aproximar de um agregado de realidades. Conseqüentemente as investigações qualitativas enfatizam a compreensão da experiência humana tal como é vivida e relatada pelos sujeitos que colaboram na pesquisa.

Para conhecer as implicações do cuidado domiciliar para as cuidadoras e identificar os custos emocionais e financeiros com esse cuidado, apoiei-me no referencial teórico-metodológico do Materialismo Histórico Dialético (MHD). Busquei a essência dos fenômenos na análise das relações entre os sujeitos históricos em um processo de aproximações sucessivas da realidade conforme orientam Minayo (1999) e Gadotti (1997).

Segundo Leopardi (2002), o MHD fundamenta-se em dois componentes: dialética materialista e materialismo histórico. O materialismo histórico refere-se às condições materiais da existência social que definem a História da humanidade pelo desenvolvimento de formas coletivas de trabalho. O controle sobre a produção, a distribuição e o consumo de bens produzidos gerou uma divisão de

classe nas sociedades – as classes sociais – de acordo com o acesso a esses bens. O outro componente é a dialética materialista sustentada na filosofia que compreende os fenômenos como consequência de interações constantes entre natureza e sociedade.

No transcurso da pesquisa, a dialética permitiu-me compreender que os dados subjetivos e objetivos são inseparáveis e interdependentes. Ao mesmo tempo, a dialética possibilitou-me desenvolver um processo de dissolução de dicotomias: entre quantitativo e qualitativo; entre macro e micro; entre interior e exterior; entre sujeito e objeto segundo as orientações de Minayo (2005).

Munida do método dialético, analisei as implicações, para as cuidadoras, do cuidado de saúde domiciliar, prestado a pessoa idosa, fazendo sucessivas aproximações de sua totalidade em constante transformação. Assim, considerando os aspectos que envolvem o modo de produção da vida material das famílias, suas estratégias para cuidar de seus familiares em um contexto condicionado pelo processo de vida social e econômico, busquei também conhecer as relações que permeiam a execução do cuidado de saúde e as causas das inquietações referentes aos custos com cuidado de saúde domiciliar prestado a pessoa acima de 60 anos, no Distrito Ressaca do município de Contagem, MG.

6.1 Cenário da pesquisa

O cenário escolhido para o estudo foi o Distrito Ressaca do município de Contagem, MG. A opção de realizar o estudo nessa cidade deve-se a minha

inserção profissional como enfermeira em unidade básica de saúde e, posteriormente, como Referência Técnica de Enfermagem da Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem e atualmente como enfermeira em uma Unidade de Pronto Atendimento, também em Contagem.

Contagem está localizada a 23 quilômetros (Km) do Centro de Belo Horizonte, na zona metalúrgica do Estado de Minas Gerais. Faz limite com a capital do estado, integra-se ao núcleo polarizador das atividades urbanas e econômicas da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). São também limites municipais: Betim, Esmeraldas, Ibirité e Ribeirão das Neves (CONTAGEM, 2003).

A integração interna e a articulação de Contagem com os principais centros urbanos regionais do país e do estado realizam-se por meio de um sistema viário complexo, formado por: BR 381, ligando Contagem a São Paulo; BR 040, ligando Contagem a Rio de Janeiro e Brasília; BR 262, ligando Contagem a Vitória, e a MG 432 estrada de Esmeraldas.

Entre os principais eixos de articulação urbana, estão a Via Urbana Leste-Oeste, a Via Expressa, a avenida Integração que liga a primeira à avenida João César de Oliveira (CONTAGEM, 2003).

A área territorial compreende: zona urbana - 132,1 Km² (67,0%), zona rural - 63,1 Km² (32,3%), com uma extensão total de 195,2 Km² (CONTAGEM, 2003).

A população de Contagem, registrada no censo demográfico de 2000 e atualizado pelo Ministério da Saúde em 2002, era de 556.623 habitantes. A distribuição da população, por grupo etário, tinha a maior concentração nas faixas

etárias respectivamente: 20-29 anos (19,81%); 30-39 anos (16,60); 40-49 anos (12,35%). O grupo etário de 60 anos e mais correspondia a 6,22% da população, o equivalente a 34.666 pessoas (CONTAGEM, 2003).

O município apresenta, como principais causas de óbito, as doenças relacionadas ao aparelho circulatório, seguidas das causas externas, das neoplasias, doenças do aparelho respiratório e afecções originadas no período perinatal. Contagem acompanha a distribuição de óbitos que vem sendo observada no Brasil, nas últimas décadas: a importância das doenças crônico-degenerativas, associadas ao envelhecimento da população, associado ao aumento significativo de óbitos por causas externas (CONTAGEM, 2003).

O município conta com ações de saúde como o Saúde da Família, Saúde da Mulher, atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, atenção à Saúde do Idoso, Saúde do Trabalhador, Saúde Bucal, Saúde Mental, Tuberculose e Hanseníase, Doenças Crônico-Degenerativas, Urgência-Emergência, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e outras preconizadas pelo Ministério da Saúde. Em 2006 foi criado o Centro de Referência da Saúde do Homem, projeto pioneiro no Brasil, em parceria com UFMG e o Ministério da Saúde, que será implementado em 2007. (CONTAGEM, 2007).

No ano de 2006, Contagem destinou 29% do orçamento anual em gastos com a rede de saúde municipal, o que correspondeu aproximadamente R\$ 90 milhões de investimentos principalmente na reforma, ampliação e construção de unidades de saúde, aquisição de equipamentos médico-hospitalares, e o

oferecimento de Cursos de especialização e capacitação em Gestão em Saúde e Saúde da Família, para os profissionais de saúde. Para 2007 a previsão orçamentária reserva cerca de R\$ 163 milhões em gastos com a saúde (CONTAGEM, 2007).

As ações de atenção domiciliar são desenvolvidas pelo PSF, Programa de Prevenção e Tratamento de Lesões; Vacinação de Acamados, e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), sendo que a última é direcionada exclusivamente aos pacientes portadores de aids¹.

A Secretaria Municipal de Saúde tem como proposta, para 2007, a implementação do Programa de Assistência Domiciliar com a retaguarda do Hospital Municipal¹, um projeto elaborado em 2004.

Atualmente a rede municipal de Saúde de Contagem é composta de:

- 87 equipes de saúde da família;
- 05 unidades de referência para as equipes de saúde da família;
- 18 centros de saúde;
- 03 unidades de atendimento de urgência;
- 01 hospital municipal;
- 01 maternidade municipal;
- 02 clínicas de especialidades;
- 01 pronto-socorro;
- 01 centro de referência da criança e do adolescente;

¹ VIEGAS, M. B. Entrevista concedida a Hosana Ferreira Rates. Belo Horizonte, 10 jan. 2007.

- 01 centro de atenção psicossocial da criança e do adolescente;
- 01 centro de atenção psicossocial do adulto;
- 01 centro de referência saúde da mulher;
- 01 centro de referência saúde do homem;
- 01 centro de referência saúde do trabalhador;
- 01 centro de testagem e aconselhamento;
- 01 centro de referência e tratamento de portadores de hepatites virais;
- 01 central de imunização;
- 36 unidades de atendimento básico de imunização;
- 01 centro de abastecimento farmacêutico;
- 11 farmácias distritais;
- 09 consultórios de odontologia básica sediados em escolas;
- 02 consultórios de odontologia básica móveis;
- 01 laboratório municipal
- 10 postos de coleta laboratorial.

A rede municipal de saúde também conta com serviços de apoio e diagnóstico (CONTAGEM, 2007).

As unidades de saúde estão localizadas em 07 distritos sanitários, a saber: Distrito Sanitário Eldorado, Distrito Sanitário Sede, Distrito Sanitário Industrial, Distrito Sanitário Petrolândia, Distrito Sanitário Nacional, Distrito Sanitário Várzea das Flores e Distrito Sanitário Ressaca (CONTAGEM, 2007).

Foi escolhido, para cenário desta pesquisa, o Distrito Sanitário Ressaca por ser uma área totalmente coberta pelo PSF o que facilitou a obtenção de dados, e, também, por conter o maior número de pessoas cuidadas no domicílio, conforme o mapeamento orientado por Sena *et al.* em 2003 (CONTAGEM, 2004). O Distrito Ressaca apresenta 243 pessoas cuidadas no domicílio. Os outros distritos exibem os seguintes números: Petrolândia: 132; Sede: 122; Industrial: 91; Nova Contagem: 79 e Nacional: 104. (CONTAGEM, 2004).

O Distrito Ressaca faz divisa com o município de Belo Horizonte, Ribeirão das Neves e com o Distrito Sanitário Nacional. Conta com uma população, predominantemente urbana, correspondente a aproximadamente 20% da população de Contagem. Milanês, Oitis, Rosemeire, Jardim Laguna II, Parque Recreio e Vila Pérola são regiões que fazem divisa com Belo Horizonte, através do bairro Coqueiros, e Arvoredo faz divisa com o município de Ribeirão das Neves (CONTAGEM, 2005).

O Distrito Ressaca possui 22 equipes de Saúde da Família onde foram cadastradas 22 340 famílias no Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, tendo 91 240 pessoas atendida por estas equipes. Além dessas equipes o distrito tem outros serviços de saúde: Referência do Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente- CAIC Laguna; Farmácia Distrital; Centro de Referência da Mulher; Centro de Saúde Ceasa e Unidade de Atendimento Imediato-UAI Ressaca (CONTAGEM, 2005).

Dos dados da infra-estrutura do Distrito Ressaca constam: (CONTAGEM, 2005).

- tratamento da água no domicílio: 92,42% das famílias cadastradas;
- abastecimento de água pela rede pública: 98,86% das famílias cadastradas;
- casa de tijolo: 99,57% das famílias cadastradas;
- destino do lixo: 97,01% coleta pública;
- destino das fezes e urina: 90,80% sistema de esgoto público;
- energia elétrica: 97,27%.

6.2 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa foram 17 cuidadoras principais de pessoas acima de 60 anos, cuidadas no domicílio, com Índice de Katz G e moradoras do Distrito Ressaca. Esses critérios de inclusão foram definidos a partir do mapeamento realizado em 2003 (CONTAGEM, 2004). Entre as 871 pessoas identificadas no mapeamento, recebendo cuidados domiciliares, 221 tinham de 14 a 59 anos e 535 tinham mais de 60 anos, o que representa 61,4% das pessoas cuidadas no domicílio (CONTAGEM, 2004). Esse dado justificou a adoção do critério de idade acima de 60 anos.

Utilizei um instrumento de classificação do grau de dependência dos indivíduos, chamado Índice de Katz, baseado na escala de Indicadores de Autonomia nas Atividades da Vida Diária (KATZ; DOWNS; CASH; 1970). A escala refere-se à avaliação do grau de dependência das pessoas cuidadas no domicílio, de A a G, para realizar as funções de vida diária : banhar-se, vestir-se, ir ao

toalete, controlar os esfíncteres, locomover-se e alimentar-se. Decidi incluir na pesquisa as pessoas classificadas no Índice de Katz G por pressupor que a dependência total para as funções da vida diária incide sobre os custos no domicílio.

Contei com a participação dos ACS para a avaliação do Índice de Katz (ANEXO 01). Como estratégia, fiz uma reunião com o líder dos ACS de cada equipe do PSF, indicado pelo coordenador do Distrito, totalizando 22 agentes. Dentre os assuntos abordados na reunião (ANEXO 02), destaco a carta de solicitação para a atualização do mapeamento que foi entregue a cada ACS indicado pelo coordenador (ANEXO 03). Foi estabelecido o prazo de 01 mês para a entrega desse material que foi encaminhado à Coordenação do Distrito Sanitário. Foram registrados no formulário do mapeamento: pessoas cuidadas no domicílio, endereço, idade, nome das cuidadoras, e suas respectivas equipes de saúde da família numerando os formulários de 01 a 81.

Duas equipes- a Equipe de Saúde da Família (ESF) 35, Parque Recreio e ESF 49, Campina Verde- foram excluídas. A primeira por não possuir usuário que atendesse aos critérios da pesquisa e a segunda, por não fornecer os dados, alegando outras prioridades, no momento do mapeamento. Após a atualização do mapeamento das pessoas cuidadas no domicílio, foi realizado o sorteio e organizada nova lista das cuidadoras a serem entrevistadas. De posse desses dados, realizei o teste piloto para adequação do instrumento. A cuidadora do teste- piloto foi excluída da lista para as entrevistas.

6.3 Aspectos éticos

Para a realização desta pesquisa foi observada a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Para tal, o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG e da Secretaria Municipal de Contagem.

Solicitei à Secretaria Municipal de Saúde de Contagem (SMS) a autorização para a realização da pesquisa no Distrito Ressaca (ANEXO 04). Após aprovação do projeto pela SMS (ANEXO 05) o mesmo foi encaminhado ao Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem para análise e envio ao COEP da UFMG. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG em 09 de junho de 2006 (ANEXO 06).

Uma carta foi entregue para as cuidadoras (ANEXO 07), esclarecendo os objetivos da pesquisa, a utilização dos resultados para fins científicos, o compromisso de sigilo e anonimato e o não custo e remuneração de qualquer natureza para os participantes. Cada cuidadora que aceitou participar da pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo que uma ficou com a cuidadora e a outra em meu poder (ANEXO 08).

6.4 Procedimentos para o teste-piloto

A partir da relação de pessoas acima de 60 anos, com índice de Katz G, residentes no Distrito Ressaca do município de Contagem, identificadas com a atualização do mapeamento realizado por Sena *et al.* (CONTAGEM, 2004) foi feito

sorteio aleatório de 05 cuidadoras que foram numeradas na seqüência 1, 2, 3, 4 e 5, para a realização das visitas domiciliares e fazer a proposta de participação na pesquisa. Fiz contato telefônico com o ACS responsável para verificar a disponibilidade da cuidadora para me receber. Como houve aceitação da cuidadora número um, foi combinado, com o ACS, de nos encontrarmos na USF na qual trabalha e seguirmos para a casa da cuidadora. Ao chegarmos à residência, fui apresentada, citei o tema da pesquisa, seus objetivos e entreguei carta com leitura e explicação das dúvidas pertinentes. Em seguida, li o TCLE e propus assinatura do mesmo em duas vias. Após o cumprimento desses preceitos éticos, realizei a entrevista orientada pelas perguntas do roteiro semi-estruturado. Fiz a entrevista e gravei em fita-cassete. Na mesma visita justifiquei, para a cuidadora, o uso do diário da cuidadora dizendo sobre a importância de se ter o registro dos cuidados prestados diariamente, o valor dos gastos e as sensações e sentimentos relacionados aos cuidados. Em seguida, orientei como preencher a planilha. No teste-piloto o diário da cuidadora permaneceu no domicílio por 07 dias, incluindo um final de semana. Após o tempo proposto, recolhi e perguntei para a cuidadora o que foi escrever nesse diário e se teria mudanças e sugestões relacionadas ao preenchimento da planilha.

Depois de analisado o teste-piloto, foram feitas as correções e adequações necessárias no roteiro da entrevista e na planilha, juntamente com as orientadoras. Eliminou-se esse material e iniciou-se a coleta propriamente dita. Na coleta de dados, o diário permaneceu com a cuidadora por 30 dias para as

anotações das atividades realizadas, bem como o registro dos gastos com o cuidado no domicílio.

6.5 Instrumentos da pesquisa

Para a obtenção dos dados, foram utilizados como instrumentos: entrevista individual com as cuidadoras principais (ANEXO 09), diário da cuidadora (ANEXO 10) contendo duas planilhas de custos (ANEXO 11) e o diário da pesquisadora/observação (ANEXO 12).

Segundo Cruz Neto (2004), a entrevista é o procedimento mais usado no trabalho de campo. Com ela, o pesquisador obtém informes contidos na fala dos atores sociais envolvidos. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra; é um meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, sujeitos da pesquisa, que vivenciam a realidade focalizada.

Fiz entrevista individual com roteiro semi-estruturado. Optei pela entrevista no domicílio. Essa foi a maneira de acessar os sujeitos da pesquisa, minimizando aspectos dificultadores como deslocamento, custo e tempo da pessoa entrevistada, bem como a necessidade de disponibilizar outra cuidadora. Apesar de algumas desvantagens constatadas em pesquisas como: 'Cuidado domiciliar: o trabalho do cuidador informal e profissional', realizada por Sena *et al.* (2004), na qual se descrevem situações de constrangimentos do entrevistado e falta de privacidade, decidi pela realização da entrevista no domicílio que foram gravadas

em fitas-cassete e transcritas. Após a defesa da dissertação, as fitas foram destruídas.

O diário da cuidadora foi um instrumento no qual as cuidadoras registraram, diariamente, os gastos em planilhas com as atividades cuidativas e os aspectos relacionados com o cuidado no domicílio. Utilizei esse instrumento conforme empregado por Sena *et al* (2004).

As cuidadoras fizeram os registros durante trinta dias e seu preenchimento foi orientado considerando os seguintes itens: alimentação, higiene, vestuário, roupas de cama, materiais e equipamentos médico-hospitalares, transporte, medicamentos e outros. Para o preenchimento das planilhas de custos, foi considerado a especificidade dos gastos de cada família com o cuidado de saúde realizado no domicílio. Foram fixadas duas planilhas no diário da cuidadora, uma na cor azul para a 1ª quinzena do estudo e outra na cor rosa para a 2ª quinzena de modo a facilitar a sua aplicabilidade. Ao final da pesquisa, os diários das cuidadoras foram fotocopiados e o original devolvido às cuidadoras.

O diário da pesquisadora/observação foi um caderno paginado onde foram anotados observações, cenário, pessoas presentes, fatos, interações ocorridas e impressões durante as entrevistas.

6.6 Coleta dos dados

O período de coleta de dados foi de 03 de julho a 02 de outubro de 2006. Fiz sorteio aleatório, do formulário 01 a 81, de 30 cuidadoras do mapeamento das

peessoas acima de 60 anos, classificadas no índice de Katz G, residentes no Distrito Ressaca do município de Contagem. Depois de sorteadas, as cuidadoras foram ordenadas na seqüência de 1 a 30. Para ter acesso às cuidadoras sorteadas, realizei contato telefônico com o ACS responsável que verificou a disponibilidade da cuidadora para me receber e marcar a 1ª visita .

Para nortear o trabalho de campo, foi elaborado um roteiro do agendamento das visitas com os seguintes dados: nome da ESF, endereço, número de telefone, ACS responsável, orientação do trajeto a ser realizado para se chegar à equipe, nome da pessoa cuidada e nome da cuidadora.

Deparei com alguns fatos que alteraram o planejamento inicial tais como: nove pessoas com mudança do grau de dependência e conseqüente alteração do Índice de Katz; uma pessoa transferida para outra cidade; duas hospitalizações e dois óbitos de pessoas cuidadas; uma desistência de cuidadora; uma recusa em gravar a entrevista; e um óbito após a 1ª visita.

Foi combinado com o ACS que nos encontraríamos na unidade de saúde da família em que trabalha. Depois, seguimos, a pé, para a residência das cuidadoras. Para se criar um clima descontraído, na primeira visita, como orientado por (MINAYO, 1999) iniciamos a entrevista com a seguinte pergunta: Como é o seu dia a dia cuidando do(a)(nome da pessoa cuidada)? Dessa forma, introduzi, gradativamente as perguntas do roteiro semi-estruturado da entrevista. Terminada a entrevista, entreguei o diário à cuidadora orientando-a quanto ao uso e o preenchimento da planilha.

No 15º dia após a primeira entrevista, realizei a 2ª visita. Verifiquei como estavam sendo feitas as anotações, as dificuldades encontradas e reorientei o preenchimento da planilha e do diário.

No 30º dia, realizei a 3ª visita, recolhi o diário, agradei a participação na pesquisa e combinei a devolução do diário das cuidadoras.

Após a realização de 12 entrevistas com as 03 visitas preconizadas fiz, com as orientadoras, uma análise geral dos dados e decidimos por realizar mais 05 entrevistas, para se assegurar a saturação dos dados completando 17 cuidadoras entrevistadas. Assinalo que identifiquei apenas um cuidador do sexo masculino. Dessa forma, utilizei a palavra cuidadora para todo o estudo.

Ao término da realização das entrevistas com as 17 cuidadoras considerei que os dados empíricos captados no trabalho de campo eram suficientes devido à repetição das idéias acerca dos objetivos da pesquisa seguindo assim as orientações de Gomes *et al.*, (2005), para interrupção do trabalho de campo.

6.7 Análise e interpretação dos dados

Para a análise dos dados qualitativos, foi utilizada a orientação de Fiorin (1998), para quem o discurso é a combinação de elementos lingüísticos usados pelos sujeitos com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo. É o discurso que vai revelar quem é o sujeito, qual é sua visão de mundo, expressão de sua vida real.

Sendo assim, a análise de discurso desenvolveu-se, à medida que estudei os elementos discursivos identificando, por inferência, a visão de mundo dos sujeitos da pesquisa por meio das idéias principais de seus discursos.

Por meio da análise de discurso, foi possível apreender como os sujeitos da pesquisa percebem a realidade naquele dado momento em que se realiza o cuidado no domicílio e, a partir daí, captei suas concepções acerca das relações entre o cuidador, ser cuidado, as demais pessoas da família, os profissionais de saúde e das condições materiais para a realização do cuidado.

Para a análise dos dados, foi adotada a orientação de Minayo (1999) de acordo com os seguintes passos:

1º) Ordenação dos dados: comecei por ordenar as entrevistas e, a partir delas, incluí os dados das anotações do diário da cuidadora, das planilhas e das observações do diário da pesquisadora. Nessa etapa, foi feita a transcrição das entrevistas gravadas e a leitura de todos os dados ordenados. A verificação de uma maior quantidade de produção de material foi proporcionada devido à abordagem qualitativa como descrito por Minayo (1999).

As entrevistas foram transcritas na íntegra com o auxílio de estudantes de Graduação do Curso de Enfermagem da UFMG. Conferi e corriji as transcrições confrontando-as com a gravação original. Os nomes próprios mencionados nos dados obtidos foram registrados somente com iniciais para se assegurar o anonimato. O material foi codificado em:

C= Cuidadora (1 a 18)

E=Entrevista (1= 1ª entrevista, 2= 2ª entrevista, 3= 3ª entrevista)

DC= Diário da Cuidadora

P= Planilha (1, 2)

DP= Diário da Pesquisadora (1= 1ª entrevista, 2= 2ª entrevista, 3= 3ª entrevista)

Exemplificando: C2E3= 3ª entrevista da Cuidadora nº 2

C10DC= Diário da Cuidadora nº 10

C9DP1= 1ª entrevista do Diário da Pesquisadora referente à Cuidadora nº 9

Essa codificação foi utilizada na apresentação dos dados, na análise.

Uma cópia de uma entrevista escolhida aleatoriamente foi entregue para duas pesquisadoras do NUPEPE, indicadas por uma orientadora, para a validação da identificação das idéias centrais. Após a identificação das idéias centrais, por mim e pelas pesquisadoras, em separado, foi feita a validação das três entrevistas, pela discussão dos pontos convergentes e divergentes das frases temáticas identificadas.

2º) Classificação dos dados: foi realizada por meio de leitura exaustiva das entrevistas transcritas na íntegra e repetida por três vezes. Na 4ª leitura, identifiquei o que surgiu de relevante dos atores sociais e codifiquei. Após a codificação recortei as idéias principais agrupando-as por frases temáticas, encontrando, assim, as categorias.

Os enunciados das entrevistas nortearam a análise e, somente após a identificação das categorias, inseri os dados das planilhas, do diário da cuidadora e do diário da pesquisadora. Vale registrar que as entrevistas foram copiadas na

íntegra e guardadas em local seguro antes do recorte das idéias centrais segundo orientado por Gomes *et al.* (2005).

Os processos de construção, desconstrução e reconstrução dos discursos apontaram quatro categorias empíricas, 09 sub-categorias e 29 temas demonstrados no Quadro 1.

QUADRO 1: Categorias, sub-categorias e temas

Categorias	Sub-categorias	Temas
A PESSOA CUIDADA	Aspectos facilitadores na relação com o idoso	Dedicação e carinho com a pessoa cuidada Respeito e estímulo pela autonomia da pessoa cuidada Lazer da pessoa cuidada
	Dificuldades na relação com a pessoa cuidada	Singularidade da pessoa cuidada Alterações de comportamento da pessoa cuidada Sentimentos da cuidadora pela pessoa cuidada Descuido com a pessoa cuidada
	Características da pessoa cuidada	-----
CUIDADORA: DOANDO, APRENDENDO, E CONSTRUINDO	A cuidadora no domicílio	-----
	História de vida da cuidadora	A saúde da cuidadora A cuidadora que cuida de 02 pessoas Privações da cuidadora Consciência política A convivência com o cuidador informal remunerado A convivência com o cuidador profissional
CUIDADO: CONSTRUÇÃO E DESCONSTRUÇÃO	O cotidiano do cuidado no domicílio	Autonomia do cuidado A responsabilidade do cuidado no domicílio Estratégias para o cuidado Adaptação do domicílio para facilitar o cuidado A hospitalização
	Cuidado solidário	Compartilhando o cuidado A retribuição do cuidado
O CUIDADO E A EXPRESSÃO DOS GASTOS	SUS	O SUS como facilitador do cuidado no domicílio As dificuldades no SUS Saúde suplementar
	Gastos com o cuidado no domicílio	Orçamento apertado Medicamentos Alimentação Instrumentos para a execução do cuidado Artigos de consumo Transporte

3º) Análise final: nessa fase, estabeleci articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, com base nos objetivos geral e específicos propostos.

Os registros dos gastos realizados pelas cuidadoras foram incompletos e insuficientes.

Para a análise dos dados quantitativos, foi utilizada a consulta de preços a serviços de cuidado no domicílio, rede de farmácias, supermercados e de artigos especializados. Os preços obtidos foram organizados nos anexos 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21.

Para a análise dos gastos com medicamentos, alimentação e artigos de consumo, optei por fazer o cálculo da quantidade registrada com os preços encontrados nos levantamentos.

Por fim, utilizei, na análise, a triangulação proposta por Gomes *et al.* (2005) articulando os dados qualitativos das entrevistas, dos diários das cuidadoras e das pesquisadoras com os dados quantitativos obtidos nas planilhas e no levantamento de preços.

7. O CUIDADO NO DOMICÍLIO: UM TRABALHO

7.1 A pessoa cuidada

Essa categoria se apresenta como uma parte das articulações das idéias expressas pelas cuidadoras para a compreensão das implicações do cuidado de saúde domiciliar. Tendo como referência o cuidado, a pessoa idosa no domicílio, a categoria comporta três sub-categorias: 'Características da pessoa cuidada', 'Aspectos facilitadores na relação com o idoso' e 'Dificuldades no relacionamento com a pessoa cuidada'. Essas sub-categorias revelam as características das pessoas cuidadas e as vivências das cuidadoras no relacionamento das cuidadoras com as pessoas cuidadas.

A sub-categoria 'Características da pessoa cuidada' foi identificada a partir do roteiro estruturado. As sub-categorias 'Aspectos facilitadores na relação com o idoso' e 'Dificuldades na relação com o idoso' surgiram dos discursos das cuidadoras, e das anotações realizadas pela pesquisadora no diário de campo, durante as visitas domiciliares.

7.1.1 Características da pessoa cuidada

Essa sub-categoria foi identificada a partir das respostas das entrevistadas às perguntas do roteiro semi-estruturado. Após a sistematização desses dados, as características da pessoa cuidada foram descritas. Das 17 pessoas cuidadas, 13 são do sexo feminino e quatro são do sexo masculino.

Entre as 17 pessoas cuidadas, 16 recebem benefício previdenciário no valor equivalente a um salário mínimo e somente uma pessoa possui benefício no valor aproximado de um mil reais.

A maioria das pessoas cuidadas no domicílio, isto é, 12 pessoas são viúvas, representando 70,6% do total. Três são solteiras, uma é casada e a outra pessoa vive maritalmente com a cuidadora.

Os dados demonstraram que a idade das pessoas cuidadas no domicílio varia de 63 a 101 anos. Sete pessoas cuidadas têm a idade entre 81anos e 90 anos, representando 42%. Quatro pessoas têm idade entre 61 a 70 anos, três pessoas têm de 91 a100 anos, duas pessoas têm a idade entre 71 e 80 anos, e apenas uma pessoa tem 101 anos.

A proporção da população idosa e da “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos e mais, no total da população brasileira está aumentando e existe uma predominância de mulheres entre os idosos. Essa predominância tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas pois acredita-se que, atualmente, a maioria dessas mulheres seja de viúvas, sem experiência de trabalho no mercado formal e com baixo nível de escolaridade. Requer em maior assistência do Estado e das famílias, por não possuírem aposentadoria por tempo de serviço. (BRASIL, 2004a). Veras (2003, p.706), ao refletir sobre os resultados da longevidade na população feminina afirma que a “proporção de mulheres viúvas e vivendo sós deverá aumentar, com conseqüências ainda pouco reveladas”. Essas afirmações, embora em contextos diferentes, coincidem com os

achados deste estudo, a saber: de 17 pessoas cuidadas no domicílio, nove são do sexo feminino, possuem a idade acima de 80 anos e 8 são viúvas. Todas as viúvas acima de 80 anos possuem renda mensal de um salário mínimo.

7.1.2 Aspectos facilitadores na relação com o idoso

Essa sub-categoria revelou que a dedicação e o carinho, associados ao respeito e ao estímulo da autonomia e às atividades de lazer, são facilitadores do relacionamento da cuidadora com a pessoa cuidada no domicílio e, dessa forma, influenciam positivamente a realização do cuidado.

Dedicação e carinho com a pessoa cuidada

As cuidadoras expressam dedicação, carinho e respeito pelas pessoas cuidadas, além de estimularem a sua autonomia. Observei, durante a entrevista, que a dedicação e o carinho com a pessoa cuidada são demonstrados por gestos de cuidados de higiene com a pele, com a alimentação e por atitudes de atenção, o que se pode comprovar no discurso da cuidadora e na observação registrada no diário da pesquisadora.

Uma cuidadora relatou que a pessoa cuidada, portadora de Alzheimer, demonstra sentimento de afeição pelas pessoas, principalmente com o neto que compartilha a mesma moradia. Esses sentimentos são demonstrados por afagos, abraços e beijos. Para Boff (2001):

“O órgão da carícia é, fundamentalmente, a mão: a mão que toca, a mão que afaga, a mão que estabelece relação, a mão que acalenta, a mão que traz quietude. Mas a mão não é

simplesmente mão. É a pessoa humana que através da mão revela um modo-de-ser carinhoso. A carícia toca o profundo do ser humano, lá onde se situa seu centro pessoal. Para que a carícia seja verdadeiramente essencial precisamos afagar o eu profundo e não apenas o ego superficial da consciência”.

Com a gente ela fala, mas com ele é mais. É mais quem fica com ela. Ele toda hora abraça ela! Ele ficou uns dias sem vir, ah, ela ficou toda! Ele às vezes chega de madrugada, ela tá acordada ele vai lá e beija ela. É os dodói. Que ela tem mais neto, né. Mas esse é mais agarrado com ela. Esse mora com a gente. Ela ri às vezes, mas quando não gosta da pessoa ela fecha o olho, e não abre mesmo. (C8E1-40)

Uma entrevistada, além de cuidar da higiene, utiliza talco para proporcionar um cheiro agradável e pomada para prevenir lesões na pele. Essas atitudes demonstram zelo, carinho e dedicação com a pessoa cuidada.

(...) dou banho de chuveiro todo dia nela, dou de talco, porque ela é muita vaidosa, ela gosta muito de ficar cheirosa! (...) Eu procuro assim passar uma pomadinha onde dá uma coisa, (...) é por isso que eu uso a pomada, aquela pomada. Porque eu falei com ela, ela fala que não dói, mas isso aqui se não cuidar vira ferida, né, vira ferida, então no calor piora...(C12E1-6)

Essa mesma cuidadora providencia o corte do cabelo da pessoa cuidada para manter sua aparência, e afirma que esses cuidados são necessários e são realizados regularmente.

Hoje vai vim um moço pra cortar o cabelo dela. (...) Ele vem eu ponho um pano, já tem um pano pra forrar aqui, eu ponho essa cadeira ela senta, ele corta depois eu dobro o pano. Porque o cabelo dela é assim, mas vai passando, quando ela levanta fica igual pica-pau amarelo. (...) E esses cuidado todo, a gente precisa e tem que ter. (C12E1-58)

A dedicação e o carinho também são demonstrados na escolha da

alimentação de preferência, numa tentativa de compensar a insuficiência alimentar que a pessoa cuidada teve durante a convivência com seu marido. Segundo a cuidadora, sua irmã foi vítima de fraturas causadas por agressão do marido quando se encontrava alcoolizado. Durante esse tempo, também lhe faltava uma alimentação adequada.

Dessa forma, a cuidadora relata que a dedicação da cuidadora possibilita uma atenção diferenciada, o que não seria possível em uma internação hospitalar da irmã.

(...) ela não come sem carne. Isso aí fatal, ela não gosta de ovo! Ela tomou pavor de ovo, porque lá no interior eles só dava ovo frito pra ela, ela não gosta de ovo, então é comida normal feijão, arroz, é verdura, ela come verdura, costumei ela comer verdura eu compro, toda semana eu compro alface ali, sabe, e aí fruta ela gosta, ela come fruta, depois do almoço ela come mamão com farinha industrializada. Eu compro frutas, posso até te mostrar que eu fui agora lá comprar, é, leite, ela também toma leite, ela toma leite de manhã, ela toma leite de tarde, ela toma leite pra dormir, eu faço um cafezinho com leite, outro dia, eu faço leite com todinho. Agora que ela tá alimentando, e ela gosta, eu procuro saber o que ela gosta. Eu vou na padaria e trago sempre uma coisa diferente pra ela sempre, cê entendeu né? Porque ela sofreu muita necessidade de alimentar, então o que eu posso fazer pra ela é isso coitadinha, pra poder ela aproveitar um pouco da vida, ao menos se alimentar, e Deus ajuda que consegue e tô conseguindo. (C12E1-61)

Outra cuidadora afirmou que os seus filhos demonstram afeição pela avó, que é a pessoa cuidada, ao esconder os seus cigarros, com esperança de que ela possa abandonar o vício e assim viver mais e melhor. A pessoa cuidada é portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial, foi vítima de cinco episódios de acidente vascular cerebral e mesmo, assim, continua

fumando muito.

(...) tem hora que os meninos vem cá e pega o cigarro dela e esconde. "Ô vovó, é pra você não fumar, vovó". Ela fala: "Você é besta, 'paia', 'páia'." E tem hora que tem que briga com eles: " Tá achando que vai fazer ela parar de fumar?" Mas eles não tem noção. (...) Meus meninos por exemplo é danado pra fazer isso com ela. O meu caçulinha fala: "Só tenho você de vovó, minha outra já foi pru saco". E minha sogra já morreu, só tem ela de avó. Então ele não quer que ela morre, entendeu? Quer dizer, 'vou tirar o cigarro dali, aonde ela soca a mão e pega, e guardar aqui prá ela não fumar.' Aí, ela enfeza. Eu tenho que vir brigar com ele perto dela que ele não pode fazer aquilo. Mas na visão dele, ele quer que ela pára de fumar. Não vai parar assim. Na mente dele, ele quer fazer que ela pare. Ele não consegue, tadinho. (C16E1-38)

Os dados mostram que o cuidado domiciliar permite a humanização da atenção por atitudes de carinho e afago, além de manter o vínculo com os familiares, o que seria difícil em uma internação hospitalar.

A assistência humanizada é uma das preocupações do Ministério da Saúde expressa no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Nesse Programa, propôs-se estabelecer uma nova relação entre o usuário, os profissionais, o grupo gestor dos serviços de saúde e a comunidade visando a melhoria da qualidade e a eficácia dos atendimentos prestados (BRASIL, 2006a). Dada a sua importância, o Programa foi substituído por uma política de assistência: a Política Nacional de Humanização (PNH) que tem como princípio norteador, ente outros, a valorização subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão (BRASIL, 2004c).

Um parâmetro para acompanhamento da implementação da PNH é a “existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares” (BRASIL, 2004c). Nesse sentido, considerando a humanização como política transversal na rede SUS, foi instituída a internação domiciliar, pela Portaria nº 2.529, do Ministério da Saúde, que deverá induzir ações políticas dos municípios de atenção domiciliar (BRASIL, 2006a).

A desospitalização, associada ao cuidado domiciliar, proporciona um maior contato da pessoa cuidada com a família, favorecendo a sua recuperação e possibilitando a execução de um cuidado de saúde humanizado e com qualidade.

Respeito e estímulo pela autonomia da pessoa cuidada

Além da humanização que o cuidado domiciliar proporciona, evidenciam os dados das entrevistas que as cuidadoras respeitam a pessoa cuidada em suas limitações motoras, físicas e cognitivas mas, ao mesmo tempo, estimulam a autonomia criando condições para que a pessoa cuidada possa alimentar-se, ir ao banheiro, até sair para receber pessoalmente a sua aposentadoria.

Uma cuidadora não aceita interditar a mãe porque ela apresenta momentos de lucidez e prefere providenciar um transporte para levá-la à agência bancária e receber a aposentadoria.

(...) no caso pra mim ir no fórum pra poder pedir pra interditar ela, ah, sei lá eu acho assim que deve dá como se ela tivesse morta, sabe? Interditar uma pessoa que num tá em condições de nada, tem hora que ela lembra...aí eu fico morrendo de dó, porque eu acho que procê interditar uma pessoa cê praticamente tá tirano a

peessoa de circulação de tudo, né? (C14E1-32)

Outra cuidadora estimula a independência da pessoa cuidada deixando-a segurar a fruta para comer, e alimentar-se sob sua supervisão. O relatado é comprovado pelo registro a seguir.

(...)assim pra ela pegar uma caneca, ela tem dificuldade de firmar na mão, mas (...) ela pega com as mãos, porque não pode ficar também tão dependente. Ai eu descasco a banana dou pra ela, e quando eu chego com a banana descascadinha, ela fica assim, eu falo: "Não pega a banana aqui, segura a banana aqui." Ponho ela sentada aqui pra fazer a refeição, ela come deixa derramar um pouquin. "Ô Guta", ela me chama de Guta, "eu deixei derramar". "Não tem problema não, da próxima não deixa não." (C12E1-29)

Caso semelhante de valorização da autonomia, verifica-se com outra pessoa cuidada que se alimentava por sonda nasoentérica e se encontrava com limitações de movimentos devido a episódio de acidente vascular cerebral. Após melhora clínica, foi retirada a sonda e iniciada a dieta pastosa que passou a ser oferecida pelos cuidadores. Por meio de estímulos adequados do cuidador e do filho do cuidador sobre como segurar o alimento e com conversas e brincadeiras, desenvolveu-se uma certa autonomia da pessoa cuidada. Todos participaram e o cuidador ficou satisfeito com a recuperação da pessoa cuidada, conforme o que se pode verificar no que se segue.

(...) o meu menino chega em casa fica uma hora, uma hora e meia brincando com ele, mexendo com ele, fazendo raiva nele. Mas não é fazendo raiva... é pra você ver é estimulando. E... às vezes a gente pensava meio que tava atrapalhando, o tratamento, não, "Não vocês não tão atrapalhando, não, vocês tão ajudando." E é isto mesmo. É... às vezes... éh... a minha mulher arrumava a comida, bife. Antes dava tudo na boca, aquele negócio todo, né.

Você corta um bife, um bife macio, põe a mão dele e diz assim, segura. Hoje você vê que ele já... mexe. Éh... esses últimos dias, o copo, a água, ele quer pegar. Então você dá pra ele. Ele já tá pegando o negócio. Ele já tá fazendo todos os movimentos. Então eu acho interessante a recuperação dele. (C18E1-15)

Mesmo com dificuldades quanto ao manuseio e a vontade de manter a autonomia da pessoa cuidada, outra entrevistada prefere levar a pessoa cuidada que apresenta impossibilidade de deambulação, no banheiro, em cadeira de rodas. As eliminações são realizadas na fralda somente quando a pessoa cuidada apresenta alterações de motilidade intestinal.

Sempre ela faz quando eu levo ela no banheiro. Só quando o intestino tá meio solto ela faz na fralda. (C9E1-9)

Biologicamente, o processo de envelhecimento é natural, dinâmico, progressivo e irreversível e, neste estudo, as pessoas cuidadas apresentam-se dependentes de um cuidador para manter a sobrevivência, pois as atividades da vida diária estão comprometidas. Mesmo assim, os cuidadores estimulam o auto-cuidado do idoso no sentido de preservar a sua capacidade motora e cognitiva.

Essa atitude remete-nos à teoria de Orem que desenvolveu uma teoria de Enfermagem que enfatiza as necessidades de auto-cuidado. Para Orem, o auto-cuidado é uma atividade apreendida e orientada a fim de sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou lesão e lidar com seus efeitos. Para ela, o objetivo é o de ajudar a pessoa a realizar o auto-cuidado (POTTER, PERRY, 2004). As cuidadoras informais respeitam as limitações das pessoas cuidadas e também estimulam o auto-cuidado e a construção progressiva da autonomia.

Lazer da pessoa cuidada

Outra atividade que estimula a promoção do bem-estar é a que as cuidadoras denominam de lazer da pessoa cuidada. Das pessoas cuidadas por 17 cuidadoras, cinco realizam alguma atividade de lazer. Essas atividades são restritas e pontuais como ouvir rádio, ir à igreja e visitar outras pessoas doentes, o que se evidencia nos enunciados das entrevistas e no registro do diário da pesquisadora.

Uma cuidadora falou que a pessoa cuidada tem como distração ouvir rádio, principalmente os jogos de futebol de seu time preferido e as mensagens de programa religioso.

Ela tá acordada, tá ouvindo o padre M. (C13E1-5)

O registro no diário da pesquisadora confirmou que a pessoa cuidada estava ouvindo rádio.

No quarto tem uma televisão. Ela (pessoa cuidada) estava ouvindo rádio (C1DP3-1, p.26).

Outra cuidadora informou que ela apronta a pessoa cuidada todas às quartas-feiras para ir a uma igreja evangélica.

(...) nas quarta-feira é dia de igreja, eu levanto antes das 6 pra num ter que tá com aquela correria, num tá com aquela ansiedade, pra mim poder arrumar ela devagazim com paciência, pra levá ela pra fora, porque esse dia ela num vai de carro não, ela vai numa kombi que eu arrumei. É uma pessoa da igreja que vai todas quarta-feira com as pessoas de lá eu arrumei essa kombi. Antes das 7 eles pega aqui, eu ponho no carro na maior paciência toda

arrumadinha, prontinha, aí vai pra igreja porque ela é evangélica, né? Por volta das 10 horas ela chega...então é assim (...). (C15E1-15)

Uma entrevistada relatou que o pastor ou o seu filho levam a pessoa cuidada à igreja evangélica nas segundas, quartas e sextas-feiras e aos domingos. Utilizam a cadeira de rodas para a locomoção até o carro, e até à igreja a pessoa cuidada é transportada em veículo automotor.

Tem vez que meu menino leva. Aí tem vez que o pastor vem cá buscá ele. Quando meu menino não pode o pastor vem cá buscar ele.(...) Ele vai segunda, quarta e sexta e domingo. (C6E2-2)

Essa entrevistada comentou que sua mãe, a pessoa cuidada, gosta de passear na rua e visitar uma senhora doente.

Eu fico assim com ela, levo lá pru terreiro, levo pra rua um mucado...gosta muito de ir lá pra rua, sentá lá fora...levo ela pra visitar Dona J. que também é doente...(C7E1-19)

Verifiquei que a realização de atividades de lazer é dificultada pela deficiência na capacidade motora, auditiva e cognitiva ou por consequência das patologias da pessoa cuidada, mas principalmente pela falta de recursos da família: dinheiro, transporte e tempo. Diante dos gastos com o cuidado domiciliar, de pessoas cuidadas, com uma renda de um salário mínimo, a alimentação, os medicamentos e as fraldas são priorizados em detrimento de atividades de lazer.

Feliciano, Morais e Freitas (2003) mostraram que 56,4% dos entrevistados realizavam atividades de distração ou lazer. As autoras destacaram a importância

de incentivar e proporcionar recreação e lazer às pessoas idosas como estratégia para a redução do isolamento, da inserção do idoso no meio social e do desenvolvimento de novas habilidades, o que pode refletir diretamente na melhora da auto-estima e da condição de saúde. Esse estudo delineou o perfil de saúde de uma população idosa, residente em São Carlos, São Paulo, Brasil, com 523 pessoas com 60 anos e mais, cadastradas no PSF e no Cartão Nacional de Saúde.

O Estatuto do Idoso, em seu Capítulo V, afirma que “o idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de saúde.” Para induzir a participação dos idosos em atividades culturais e de lazer, o Estatuto do Idoso garante que sejam proporcionados descontos de, pelo menos 50%, nos ingressos de eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer (BRASIL, 2004a).

Dessa forma, para que se efetivem esses direitos, é preciso divulgar e discutir o Estatuto do Idoso com toda a sociedade e desenvolver ações nos serviços de assistência social e de saúde. Acredito que os profissionais de Saúde devem interagir com outros setores dos serviços públicos e da sociedade para proporcionar a adesão e a implementação do Estatuto, como instrumento de exercício da cidadania. E esse é um movimento que pode ser implementado no município-cenário desta pesquisa.

7.1.3 Dificuldades na relação com a pessoa cuidada

Essa sub-categoria é composta dos seguintes temas: ‘Singularidade da

pessoa cuidada', 'Alterações de comportamento da pessoa cuidada', 'Sentimentos da cuidadora pela pessoa cuidada', 'Descuido com a pessoa cuidada'.

Durante a atividade de cuidado no domicílio, foi revelado pelas entrevistadas que é impossível não manifestar os sentimentos entre a pessoa cuidada, cuidadora, entre as demais pessoas da família e os profissionais de Saúde. Esses sentimentos são permeados de conflitos, contradições, amor e, algumas vezes, até descuido. As cuidadoras relatam que as tarefas do cuidado diário, muitas vezes, tornam-se difíceis, pelas características de cada pessoa cuidada e pela complexidade das relações que se estabelecem.

Singularidade da pessoa cuidada

As entrevistadas, ao relatarem seu cotidiano, expressaram a singularidade da pessoa cuidada e do próprio cuidado.

Uma das pessoas cuidadas, objeto deste estudo, escolhe quem deve trocar suas fraldas ou realizar o banho. Para a cuidadora, essas atitudes dificultam a execução do cuidado, limitando-o a poucas cuidadoras. Considerando todas as atividades domésticas que necessita realizar, precisa de muita paciência para conviver com esse tipo de exigência.

Não é todo mundo que ela deixa trocá, das filhas é só três, das nora, é só uma. Então assim, é só eu e ela e a essa outra que mora aqui em frente, que ela deixa trocá ela ou dá banho. (C16E1-41)

Outra entrevistada informou que a pessoa cuidada não aceita o uso de fraldas e, diante desse fato, a cuidadora necessita desenvolver estratégias para

facilitar o seu cotidiano.

Ela não deixa colocar fralda. Então, às vêis eu dô banho de manhã, quando é de tarde, eu tenho de dá banho de novo, e é mais dificultoso. Para levar para o banheiro, às vezes eu esquento água ali, porque é mais fácil, ficá carregano é muito peso, porque ela é pesada. (C2E1-20)

Outra cuidadora demonstrou irritação com a pessoa cuidada que só ingere o medicamento que lhe interessa. Essa atitude interfere no tratamento e, por isso, preocupa a cuidadora.

Porque tem hora que a gente fica assim irritado, porque ela não quer obedecer, a gente tem que dar conta. Ela tava escondendo os remédio todo, até falei com Dr. F. Ela tava escondendo, ela sabe separá, porque ela é muito assim sábia. Então eu dava ela dois comprimido, ela punha os dois na boca, uma era cápsula e o outro era o Furosemida. Ai, não sei como ela separava os dois comprimido, um ela engolia o outro, e o outro ficava. Eu achei isso... quer dizer, ela tem uma capacidade, prá você ver que ela nessa idade! (C13E1-11)

Uma entrevistada informou que a pessoa cuidada não aceita mudanças na dieta. A cuidadora preocupa-se, mas aponta que, até aquele momento, não houve complicações. Esse fato é mais uma situação agravante no dia a dia das cuidadoras, pois atitudes como essas dificultam o relacionamento e o tratamento de saúde da pessoa cuidada.

É muito difícil...um dia eu tentei dá ela café com adoçante, ela: "Não...num quero essa porcaria não, num quero não..." e num aceita mesmo,né? Põe, e ela: "Num quero isso não..." Refrigerante ela gosta muito, ele (médico) falava pra dá ela refrigerante diet, ela: "Eu num gosto desse, eu quero é do ôtro.." Aí a gente dá e num tem complicação não, graças a Deus. (C14E1-28)

Outra cuidadora relatou que o relacionamento com a pessoa cuidada é difícil, exige paciência, quando a pessoa cuidada realiza atividades repetitivas, próprias da senilidade.

Tem hora me dá uma falta de paciência, óh meu Deus do céu, misericórdia! Sabe, ela é muito boazinha, mas tem vez que ela começa a xingá, xingá! Tem dia que ela xinga, xinga, xinga, até a boca secá!! (C2E2-2)

Além do desgaste provocado pelas tarefas diárias, as entrevistadas relataram que, em diferentes situações, é necessário ter paciência para que o cuidado se efetive. Revelaram sobre a singularidade das pessoas cuidadas: escolher quem troca sua fralda, não deglutir todos os medicamentos prescritos, não aceitar o uso de adoçante e xingar muito. Disseram, também, que essas singularidades dificultam a realização do cuidado ou impossibilitam um tratamento adequado e provocam o desgaste emocional e físico da cuidadora.

A análise dos dados permite reconhecer que, na realização do cuidado, a paciência e o afeto estão diretamente ligados à qualidade dos relacionamentos entre pessoas cuidadas e cuidadoras. As cuidadoras contaram que as pessoas cuidadas demonstram preferências e que é preciso habilidade para prestar os cuidados de saúde necessários sem contrariá-las. O bom relacionamento entre a cuidadora e a pessoa cuidada e a aceitação de sua singularidade estão intimamente relacionados com a preservação de sua saúde. Para Sena *et al* (2004, p.547) "... o cuidado exige muito mais do que uma simples execução de

tarefas, depende de disponibilidade, dedicação e comprometimento do cuidador com o ser cuidado.”

Alterações de comportamento das pessoas cuidadas

As cuidadoras relataram que identificam alterações de comportamento das pessoas cuidadas manifestadas no cotidiano do cuidado. Disseram que, além das atividades diurnas que desenvolvem, muitas das vezes se ocupam com as pessoas cuidadas à noite, pois algumas apresentam mudanças de comportamento no período noturno.

Uma cuidadora relatou que sua mãe parece ter alucinações visuais durante o sono. Com frequência, a cuidadora observou que sua mãe tem alterações de percepção e da memória, apresentando ocasionalmente alucinações visuais ou auditivas, bem como alteração da memória provocada pela doença. A cuidadora revelou que sua mãe tem um retorno ao tempo, relatando situações detalhadas contidas na sua imaginação ou registro de fatos reais que se confundem.

Se ela está falando, aí ela quer descer da cama, ela mexe as pernas, ela mexe os braços, e ela vê muito bicho na casa, ela vê aranha, ela vê vaca, ela vê cachorro, ela vê menino. Tem umas meninas que não dá ela sossego, ela fica: "Óh L. olha essas meninas aqui, a menina está na beirada da cisterna, a menina está na janela, tira ela de lá" Dá um trabalho danado pra ela cuidar dessas meninas. Então, mas ela cuida das meninas a noite inteira, a noite inteira. Faz festa de aniversário dela, agradece o pessoal de ter vindo visitar ela. Presente, ela recebe tem dia que é a noite inteira, ela recebe presente. Serve janta pro povo, essas preocupações que tinha quando trabalhava. Então na mente dela ela ainda está fazendo as coisas, que é lavar as vasilhas, junta, vem trazendo as cobertas assim, traz tudo, diz que está dobrando a toalha da mesa, são esses problemas. (C3E17)

Uma idosa apresentou confusão mental trocando os horários de alimentação diurna pela noturna. A entrevistada disse que a pessoa cuidada acorda inquieta, pede café e comida em horários noturnos.

Às vezes ela acorda muito de noite...ela chama muito. De sexta pra sábado...sexta ela chamou muito...aí eu levanto ela e pergunto: "O quê que a senhora quer mãe?" "Ah, eu quero água..." Aí senta ela na cama e a gente leva água, dá ela, ela deita, a hora que apaga a luz, ela: "...Ô Z.! Z.! Ô Z.!"...e vai chamando, vai chamando...aí levanta. "O quê que foi mãe, Z. tá dormino, o quê que a senhora quer"? "Eu quero café". Aí vô, pego café. Tem dia que duas, três hora da manhã ela tá pedindo comida. "Eu quero comida, eu quero comida..."(C14E1-15)

Outra cuidadora relatou momentos em que a mãe troca o dia pela noite. Ela apresentou agitação, ansiedade e grita como se fosse uma criança precisando de atenção. A cuidadora disse que a paciência é importante e quase sempre são necessários cuidados como se a pessoa fosse um bebê. Relatou, ainda, que a medicação ansiolítica, nessa fase de agitação, também é importante para o controle do quadro.

Ela faz daquele jeito quando perde o sono à noite, minha fia, não deixa ninguém dormi! Grita, grita, grita que eu preciso levantá, igual menino! Eu preciso fazer mamadeira e trazê. Se é farta de remédio, né, eu pego dou ela um remédio, dô ela mamadeira de M..(C9E1-10)

Ela teve forte demais, nosso Deus! Eu passei uma luta uma noite que eu tava ruim demais menina! Madrugada eu acordei com a mãe nessa gritaiada aí, gritando, gritando, e eu num agüentando minha fia, aquela friagem que eu num tava guentando. Aí eu fiz mamadeira pra ela, dei ela, dei ela o remédio de dormi e falei: "Fica quetinha aí que eu nu tô güentando também não". Aí ela ficou quetinha, tampei ela, ela ficou quetinha, adorei, né.(C9E1-41)

Outra cuidadora relatou o desenvolvimento do quadro de demência da pessoa cuidada caracterizado por confusão mental e fugas de casa. A dificuldade de compreender o comportamento da pessoa cuidada fez com que os familiares pesquisassem sobre o mal de Alzheimer mesmo antes do diagnóstico do médico.

(...) eu sempre morei com ela, nós somos filhas. E (...) então ela começou a piorar mesmo em junho de 2004, que (...) veio a segunda fase e ficou mais firme. Ela tentou... ela fugiu. Eu tava num shopping com ela, ela sumiu, ficou 5 horas sumida. Ela tentou pular a janela, ela trocava, pegava as fezes e rolava punha dentro do banheiro, punha dentro do guarda-roupa, você tinha que tirar os detergente que ela tomava o detergente. Então você passa... De manhã você tinha que fechar tudo, ela arrumava a bolsinha dela: "Vou embora pra minha casa". Até dezembro ela ainda andava, devagarzinho, depois ela parou de andar. Então foi desde essa época que nós começamos mesmo. Porque até então a gente não sabia, os médicos falavam que não sabia o quê é que era. Eu falava: "Ela tem Alzheimer!", num é, eu falei: "Tem sim!", porque ela mudou totalmente o comportamento dela. Porque a gente passou a pesquisar sobre a doença. Eu tenho lá dentro, um livro que minha irmã arranhou, só sobre Alzheimer. Peguei o filme "Íris", fala sobre Alzheimer. Aí, eu comecei a pesquisar e falei: "Tem sim, ela tá com Alzheimer". (C8E1-13)

Potter e Perry (2004) afirmam que existe uma concepção errônea de que os comprometimentos cognitivos estão presentes em muitas pessoas idosas. Três condições afetam a cognição: o delírio, a demência e a depressão. É essencial saber diferenciá-las para apoiar e fazer a intervenção adequada e oportuna.

O comprometimento cognitivo dificulta a execução do cuidado, ocasionando insegurança e estresse nas cuidadoras informais. As cuidadoras revelaram que é importante que elas saibam se essas alterações são próprias do envelhecimento ou das doenças da pessoa cuidada. A depressão, o acidente vascular cerebral e o mal de Alzheimer são algumas das patologias que podem causar alterações de

comportamento no idoso.

Os dados permitem apreender que as cuidadoras informais, sujeitos deste estudo, necessitam ser orientadas sobre os sintomas das doenças que acometem as pessoas cuidadas no domicílio, bem como as condutas que devem ser adotadas. Entretanto é fundamental que os profissionais de Saúde estudem sobre o cuidado de pessoas idosas em virtude do aumento da população idosa no Brasil e também visando orientar os cuidadores para a execução do cuidado de saúde no domicílio.

Os sentimentos da cuidadora pela pessoa cuidada

Como já descrito, o cuidado no domicílio sustenta-se na qualidade da relação que se estabelece entre a pessoa cuidada e a cuidadora.

Uma cuidadora mostrou-se tolerante para com a tarefa do cuidado no domicílio e agradece a Deus a saúde que possui para cuidar de sua irmã. Acrescentou que, para exercer a atividade de cuidadora, é necessário ter predicados como amor, paciência e integridade:

(...) mas eu não reclamo não, tá muito bom obrigada, eu falo: "Obrigada meu Deus" toda hora. Eu vou levar ela no banheiro eu olho ali, tem uma igreja ali, eu olho na janela e falo: "Senhor obrigada pela saúde e pela paciência" porque tudo cê tem que ter amor, paciência, amor e integridade, porque se não tiver cê não cuida não. (C12E1-46)

Outra cuidadora relatou que sente raiva e fica irritada com os gritos da pessoa cuidada porque ela se encontra demente e a chama pelo seu nome, por

mãe, por filha, e durante esses momentos os sentimentos são intensos e assim o cuidado “perde o sentido”:

Eu fico com raiva de vez em quando memo. Tem hora que irrita. A gente apavorada tem tanta coisa pra fazê e fica aquela gritaiada...dá prá irrita um mucadinho. Tem hora que a gente até ri. Como diz o outro, a gente ri pra num chorá. É ruim demais. A pessoa perde o sentido, fica ruim pra cuidá. (C9E1-30)

Outro relato mostrou que as atividades de cuidado como levar ao banheiro e administrar medicamentos interrompem seu sono e impedem um repouso adequado. A diminuição do sono causa-lhe irritabilidade o que dificulta a realização de outras atividades que são remuneradas:

Hoje por exemplo, eu levantei, eu fui no quarto dela 1:15, aí depois 3:20 ela levantou, fez xixi a noite toda, não quer pôr fralda. Aí 4:30 eu pus o relógio pra despertar que eu tinha que dar remédio 6hs. Aí eu levantei num nervo (...)! Sabe, eu tava nervosa porque eu não conseguia dormi. Eu falei assim: "Agora a menina chega eu vou deitá e tentá dormir". Aí elas ficaram conversando no quarto ali e meu quarto é de lá e dá na janela dela...Aí eu falei: "Pronto! Vou ter que levantar que eu não consigo dormi!" Aí eu pus a mão aqui assim (na testa) e fiquei assim, muito tempo sabe! Tipo pedindo força mesmo. (C11E1-16)

Outra entrevistada relatou que o cotidiano e as várias atividades sob sua responsabilidade como limpeza da casa, o auxílio do dever escolar da filha e a inexistência de outra cuidadora para dividir as tarefas do cuidado no domicílio, somadas à execução desse cuidado, provocam diminuição de humor e propicia momentos de estresse. Evidencia-se, na análise dos dados, que situações de estresse são comuns na vida das cuidadoras que cuidam de pessoas acima de 60 anos com limitações das atividades da vida diária (AVD).

Que tem dia (...) que eu tô meia chateada, eu tô aburrecida às vezes, porque sempre tem um dia que a gente tá mais nervosa...levanta nervosa. Minha menina L. com trabalho de escola pra fazer e tem que levantar cedo, fazer almoço e arrumar casa...ela chega aqui, e eu tô num estresse, sabe? "P. sua vó tá querendo sair da cama, ela tá pedindo café" E L. com trabalho pra fazer, às vezes eu tenho que sair e correr atrás de trabalho com ela, que ela (P.) tava morando no Rio, agora que ela veio embora pra cá, mas enquanto ela tava pro Rio eu passei muito aperto com ela (pessoa cuidada). (C14E1-36)

Observei que o cansaço e a irritabilidade, associados às impossibilidades relacionadas às atividades remuneradas e às domésticas, além da função de cuidadora principal de pessoas dependentes levam a situações estressantes. A análise dos dados permite inferir que esses fatos são agravados pelo reduzido poder aquisitivo das famílias onde as dificuldades decorrentes da doença somam-se às financeiras.

Além do tempo que as cuidadoras dedicam à pessoa cuidada, em sua maioria, também, assumem os afazeres domésticos como: cuidar da limpeza da casa, da alimentação e roupas dos demais moradores da casa, o que lhes acarreta sobrecarga física e emocional. Sena *et al.* (2004), verificaram, em pesquisa com cuidadoras, que elas não têm com quem dividir o cuidado e outras atividades. A cuidadora vê-se sobrecarregada física e emocionalmente o que a torna susceptível a ter a sua saúde comprometida.

Apesar dessa adversidade, as cuidadoras respeitam e estimulam a autonomia da pessoa cuidada e dedicam-se a ela com carinho mesmo se, em alguns momentos, apresentam sentimentos conflituosos. As cuidadoras relataram

que agradecem a Deus a saúde e a paciência para cuidar do idoso no domicílio.

Esse discurso remete-nos a Boff (2001b) quando diz que a espiritualidade é uma dimensão que cada um de nós tem e que se revela pela capacidade de diálogo consigo mesmo e com o próprio coração, traduzida pelo sentimento de amor, pela sensibilidade, pela compaixão, pela responsabilidade e pelo cuidado como atitude humana fundamental. O autor acrescenta que os portadores permanentes da espiritualidade são as pessoas consideradas comuns, que vivem a retidão da vida, e que a espiritualidade está relacionada com as qualidades do espírito humano tais como: paciência, tolerância, capacidade de perdão e de solidariedade.

Descuido com a pessoa cuidada

As entrevistadas referiram-se, também, à conduta de alguns profissionais de Saúde e de familiares que, segundo elas, poderia indicar atitudes de descuido com o idoso cuidado no domicílio.

Uma cuidadora relatou que o relacionamento com os profissionais de Saúde que prestam cuidados a seu pai, no domicílio, é conflituoso. Afirmou que eles se desinteressam pelos cuidados de saúde devido à idade avançada de seu pai e também pela gravidade de seu quadro clínico. Ela questionou a falta de orientação dos profissionais de Saúde considerando a presença das úlceras de pressão e também infecção urinária que poderia, para ela, indicar falta de orientação dos profissionais para os familiares e a cuidadora. Relatou que é importante continuar tratando e cuidando de seu pai, pois acredita na cura que

quase é impossível, considerando a sua crença em Deus.

Eles acham que a pessoa tá nessa idade... igual agora... chega um ponto, eles acham assim...ele não tem realmente mais o que fazer... pra eles. Pra Deus nada é impossível. Mas eu acho que eles vão perdendo o interesse, vão perdendo. Então se você não ficar de cima, eles não tão nem aí não. Não preocupa nem um pouco, pra eles, tanto faz como tanto fez. Então é uma briga. (C10E1-14)

(...) ele teve uns pico de febre, você sabe... que... ele tá com infecção de urina e ninguém faz nada. E ninguém preocupa. Quer dizer, além de você tá com a pessoa ali, tá cuidando, você vê que tá piorando, tá dando febre...e o descaso. Isso eu acho que acaba! Acaba, entendeu? Por outro lado, como diz meu irmão: "T., a gente ainda tem que agradecer, que ele ainda tem um convênio que o pessoal ainda manda alguém, tem uns que não tem". Eu falo: "Se tivesse no hospital, tinha morrido há muito tempo". E é o que acontece. Todo mundo que chega aqui vira e fala assim: "Ele é muito bem cuidado, ele é muito bem cuidado". Eu fico olhando assim... bem cuidado? Se fosse realmente bem cuidado, ele não estaria com escara, ele não taria com nada disso. (C10E1-32)

Outra entrevistada relatou que uma profissional de Saúde da equipe de Saúde da Família não atendeu a sua solicitação para avaliar a lesão com drenagem de secreção, de sua mãe. Foi necessário que a cuidadora recorresse a estratégias para a prevenção de miíase. Assim declarou:

Ela tinha um caroço aqui, também (...) Ele era grandão assim ó,, quando foi um dia ele furou, sem mais nem menos, furô, aí foi saindo um negócio branco, foi saindo, aí o dia que a C. veio cá vaciná ela, eu falei com a C.: "Depois você vem cá olhá pra mim como é que tinha ficado o buraquinho". Eu tava até comprando bandaid, eu tava com medo de mosquito aposá e pegá bicho. E aí até hoje ela não veio, também. Não adianta mostrá não, eles não tá nem aí não, ainda mais com uma pessoa de idade assim... eles não tá nem aí. (C4E1-31)

Um cuidador, vizinho da pessoa cuidada, relatou que foi necessário

denunciar judicialmente as pessoas que se julgavam parentes da pessoa cuidada. Como eles não se manifestavam em situações de adoecimento, de remoção para hospitais e de acompanhamento em hospitalizações, ele assumiu o papel de cuidador. E, hoje, ele cuida dessa pessoa em sua casa, contando com o apoio de sua mulher e de outros vizinhos.

(...) nós fizemos uma denúncia, porque...algumas pessoas se julgaram parentes deles e... estavam ausente naquele compromisso de olhá-los. E a gente, que há mais de quatro, cinco anos, que nós vizinhos que tá tomando conta, fazendo esse papel. Só que (...) eles... estavam dependendo de uma pessoa que fosse responsável mesmo direto, da família. Aí então, eu fui obrigado a acionar. Todo mundo ficou assim, meio com medo de mexer, falei: "Não, nós não temos que ficar não, nós temos é de procurar". Aí, fomos, procuramos. Entramos em contato com as pessoas que falou que dizia que era parente deles. Mas não se manifestaram, mas sempre quando adoecia era eu, a minha esposa, a vizinha que tinha que acionar SAMU, tinha de internar, tinha de acompanhar no hospital. (C18E1-2)

Uma cuidadora informal, remunerada pela família da pessoa cuidada, salientou a indiferença dos familiares, fato que lhe causa perplexidade. Acrescentou que cuidadora remunerada como ela e outras, mesmo não tendo parentesco com a pessoa cuidada, têm mais carinho com ela do que seus familiares. Informou também que a pessoa cuidada não recebe visita de seus familiares:

(...) eu nunca vi umas pessoas desse jeito, eu tô por ver outra. A irmã mora do lado, outra irmã mora aqui, a subrinha, a subrinha vê eu saindo com Dona H. no carro aqui na porta, vê a gente saindo, nenhuma das subrinha nunca aproximou dela pra poder, pelo menos dá bença: "Tia, como a senhora tá passano?" As pessoas que trabalha assim tem até mais cuidado. Mas esse pessoal dela

eu tô por ver. Também num sei como que foi a criação, (...) independente de qualquer coisa, agora o pessoal dela tadinha, nem aqui vem, não num vem não, sabe assim aquelas pessoas que é como se não existisse família, aquela pessoa que não tem família? (C15E1-11)

Santos (2002) alerta que essa situação de abandono dos parentes pode ser decorrente da falta de um bom relacionamento familiar ao longo da vida.

Os discursos das cuidadoras revelam que o descuido, como afirma Boff (2001a, p.161) “o cuidado em sua carência” está presente em duas situações distintas: uma relacionada aos cuidadores profissionais que não se envolvem com o tratamento de saúde da pessoa cuidada e a outra situação são os familiares que não querem assumir a relação com a pessoa cuidada bem como os cuidados de saúde.

Os entrevistados revelam que, apesar do avanço das políticas públicas dirigidas aos idosos persistem estereótipos negativos relacionados ao envelhecimento. A forma estereotipada empregada no cuidado ao idoso, afeta de maneira adversa as atitudes dos profissionais de Saúde em relação aos idosos e à qualidade do cuidado de saúde executado. Para Pottter e Perry (2004) é importante que os cuidadores profissionais e informais avaliem suas atitudes em relação ao idoso, ao seu próprio envelhecimento e ao envelhecimento de sua família, amigos e pessoas cuidadas, porque essas atitudes influenciam a realização da tarefa do cuidado aos idosos.

Ao analisar os dados da categoria ‘Pessoa cuidada’ verifiquei que a atenção à pessoa cuidada tem uma polaridade entre os que falam da dedicação; e

as dificuldades relatadas pelas cuidadoras revelam as interações dos idosos com os familiares e até descaso. As cuidadoras relataram que o respeito pelas deficiências cognitivas e motoras associado ao carinho, e estímulo ao autocuidado são aspectos identificados como facilitadores de cuidado de saúde no domicílio. Apontaram ainda que, em contraposição, os aspectos dificultadores no relacionamento com o idoso manifestam-se na singularidade de cada pessoa cuidada e referem-se prioritariamente às mudanças cognitivas próprias das doenças e pelas condutas de alguns profissionais de Saúde e familiares.

As cuidadoras expressam carinho, dedicação e estimulam a autonomia da pessoa cuidada, e consideram essas atitudes humanizadoras do cuidado no domicílio. Afirmaram que essas condutas não são possíveis em ambientes institucionais onde há um padrão rígido de normas a serem cumpridas pelos usuários e profissionais. Dessa forma, o cuidado domiciliar deve ser estimulado e assegurado, pois é obrigação da família, da comunidade e da sociedade a convivência familiar, bem como a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento das instituições asilares (BRASIL, 2004b).

7.2 Cuidadora: doando, aprendendo e construindo

A categoria 'Cuidadora: doando, aprendendo e construindo' originou-se nos discursos das cuidadoras, no registro do diário das cuidadoras e nas anotações no diário de campo, durante as entrevistas.

Essa categoria apresentou-se também como parte do processo para a

compreensão da expressão dos gastos que as cuidadoras têm com o cuidado no domicílio. Está organizada em duas sub-categorias: 'A cuidadora no domicílio' e 'História de vida da cuidadora'.

A sub-categoria 'História de vida da cuidadora' originou-se nos discursos das cuidadoras sobre acontecimentos de suas vidas, as suas privações e a convivência com os cuidadores profissionais que revelam os temas: 'A saúde da cuidadora', 'A cuidadora que cuida de 02 pessoas', 'Privações da cuidadora', 'Consciência política', 'A convivência com o cuidador informal remunerado' e 'A convivência com o cuidador profissional'.

7.2.1 A cuidadora no domicílio

Essa sub-categoria surgiu das respostas das entrevistadas às perguntas do roteiro semi-estruturado e do diálogo estabelecido entre cuidadora e pesquisadora nos três encontros no domicílio.

Neste estudo, encontramos 16 cuidadoras e um cuidador, o que comprova que o cuidado domiciliar é exercido predominantemente por mulheres.

Taub, Andreoli e Bertolucci (2004) demonstram que, em 50 cuidadores participantes da pesquisa que realizaram, 82% são do sexo feminino. A pesquisa foi realizada por Taub, Andreoli e Bertolucci (2004) com os cuidadores dos pacientes ambulatoriais da Clínica de Neuropsicologia e Saúde Mental do Hospital Albert Einstein, tendo como sujeitos os participantes do Grupo de Apoio para os familiares dos pacientes portadores de Alzheimer da ABRAZ e com os cuidadores dos pacientes que são atendidos no Ambulatório de Neurologia Comportamental

da Universidade Federal de São Paulo. Todas essas unidades de saúde estão no município de São Paulo. O objetivo do estudo foi o de avaliar a confiabilidade da versão brasileira do Inventário de Sobrecarga do Cuidador em família de pacientes com demência.

Na presente pesquisa, constatei que a idade das cuidadoras varia de 28 a 80 anos, sendo que quatro cuidadoras têm mais de 60 anos. Encontrei cuidadoras idosas cuidando de idosos, representando 23,5% das entrevistadas. No estudo de Taub, Andreoli e Bertolucci (2004) os dados mostraram que 39,3% de cuidadores, entre 60 e 80 anos, cuidavam de 62,5% de pessoas da mesma faixa etária.

Quanto ao estado civil encontrei: uma cuidadora divorciada, quatro solteiras, quatro casadas, cinco viúvas e três estão em convivência marital. Não observei interferência do estado civil das cuidadoras no cuidado de saúde no domicílio.

A escolaridade vai do ensino fundamental ao ensino médio, sendo que nove possuem o fundamental incompleto, ou seja: 53% das cuidadoras.

Em estudo realizado por Sena *et al.* (2000) que abordou o cuidado executado por cuidadores do Programa de Internação Domiciliar de Betim, MG, foi identificado que a baixa escolaridade é predominante no grupo das entrevistadas, o que pode influenciar na tarefa de cuidado no domicílio, dificultando a compreensão das orientações dos profissionais de Saúde. Verifiquei que as cuidadoras com baixa escolaridade apresentaram limitações para fazer o registro no diário.

Quanto ao vínculo da cuidadora com a pessoa cuidada, os dados desta

pesquisa apontam que, em 82% dos casos, há parentesco, sendo que: 10 cuidadoras são filhas das pessoas cuidadas, uma é irmã, uma é prima e uma sobrinha. Existem apenas três casos sem laços de consangüinidade, sendo: uma vive maritalmente com a pessoa cuidada, um cuidador é vizinho, e outra é uma cuidadora informal remunerada.

Karsch (2003), no estudo sobre 'Suporte Domiciliar aos Adultos com Perda de Independência e Perfil do Cuidador Principal' realizado entre 1992 e 1997, no município de São Paulo, analisou o perfil das cuidadoras principais de 102 pessoas, com mais de 50 anos, cuidadas no domicílio, que sofreram o primeiro episódio de acidente vascular cerebral. Em 98% dos casos pesquisados, o cuidador era alguém da família, predominantemente do sexo feminino (92,9%) (KARSCH, 2003).

Também constatei que o tempo que as cuidadoras dedicam às tarefas de cuidados domiciliares varia de três meses a sete anos, sendo que seis cuidadoras executam essa tarefa há mais de quatro anos. Pode-se inferir que o tempo de trabalho na função de cuidadora interfere na qualidade de vida das cuidadoras.

Outra constatação é de que a renda das cuidadoras varia de zero a R\$1.281,00. Onze cuidadoras (65%) têm renda de zero a um salário mínimo. Vale ressaltar que 29,5% das cuidadoras, ou seja, cinco cuidadoras não possuem nenhum tipo de renda. Uma cuidadora realiza trabalho informal como manicure em sua residência e não informou a renda. Uma é vendedora autônoma de livros e a sua renda é em torno de R\$400,00. Outra recebe o equivalente a dois salários mínimos: um como cuidadora e o outro por benefício previdenciário. Duas

cuidadoras recebem o benefício de aposentadoria no valor de R\$1.040,00 e R\$1.200,00. Já outra cuidadora recebe R\$1.281,00 de pensão alimentícia (ANEXO 13).

Estudo realizado em Andaluzia, Espanha, sobre os cuidados informais de Saúde, com 1000 cuidadores principais, obteve-se como resultados que o cuidado informal resolve-se fundamentalmente à custa do trabalho e do tempo das mulheres. (GARCÍA-CALVENTE, MATEO-RODRIGUEZ, MAROTO-NAVARRO, 2004). As autoras mostraram que as mulheres que realizam o cuidado domiciliar são, em geral, de baixa escolaridade, sem emprego e de baixo poder aquisitivo. As cuidadoras do presente estudo são, na maioria, parentes da pessoa cuidada, do sexo feminino de baixa escolaridade e de baixa condição sócio-econômica.

7.2.2 História de vida da cuidadora

A análise dos dados revelou a trajetória de vida das cuidadoras. Destaco trechos das trajetórias, sem deixar de mencionar que todos os acontecimentos são importantes para cada uma das cuidadoras.

Uma cuidadora fala que aprendeu a ler sozinha, nunca foi à escola e mesmo sem escolaridade, tem autonomia para cuidar de sua vida e também da vida de sua mãe.

Eu falo a verdade. Nunca tive aula nem um dia. Eu sei lê, eu leio bastante, faço bastante coisa, mas é tudo...da minha cabeça mesmo. Assino meu nome, tenho meus documento tudo arrumadinho, faço tudo. Fazê conta eu faço de cabeça, fazê conta, de lápis, de máquina eu não sei. Mas, eu cuido das minha coisa. (C9E1-22)

Outro cuidador falou de suas lutas e das dificuldades que teve na vida, da realização de um trabalho menos valorizado e da família numerosa. Mas hoje, mesmo com todas as adversidades, considera-se um vitorioso além de ter se aposentado com um cargo de chefia.

Entre na turma de fininho, não sei nem se você lembra o quê que é isso. É tirar aquelas graminha nos calçamentos que existia. Varri rua, limpei Rio Arruda. Eu sou dessa época, lá no Parque Municipal, aquela região toda ali. E estudando com muita dificuldade, lá em casa eu sou o mais velho de quê... de 11 filhos. E a gente vai fazendo... e vai ajudando... aquele negócio todo. E eu consegui aposentar como chefe geral de transporte de Belo Horizonte. (C18E1-27)

Outra cuidadora relatou os problemas da sua vida que a impediram de estudar e evoluir e comparou com as facilidades de hoje em que as jovens têm mais liberdade para conquistar um futuro promissor.

(...)depois a vida joga muito com a gente, a gente não pode mais estudar e o aperto, a gente não pode ler mais e não pode seguir. Com aquilo a gente se perde, porque o que vai evoluindo, a evolução do tempo, e a gente não tem condição. E o trabalho da vida, então é assim eu deixei de ler muito (...). Agora de repente a vida foi trazendo problema, problema mesmo, eu fiquei sozinha. (...) Naquele tempo também não tem a facilidade que tem hoje as moças de saí e de ter mais liberdade, eu não tive, a gente era muito presa. (C13E1-2)

Outra cuidadora falou do término de seus noivados para de dedicar ao cuidado de sua mãe. Seu pai fazia uso de bebidas alcoólicas e ela se sentia na obrigação de proteger a sua mãe das agressões do pai. A cuidadora relata que

seria esse um dos motivos por quê não se casou, além dos namorados ciumentos. Essa cuidadora é um exemplo de dedicação de uma vida em função de sua mãe. Revelou que sua mãe é o seu maior bem e o mais precioso.

Eu tive noiva três vezes. (...) os menino pequeno, a L. morava no Rio, ele (o pai) bebendo sem parar, eu ia casar? E ainda arranjava um namorado ciumento pra daná, eu falava com as minha irmã: "Ah, não. Não vou casar com esse cara aqui não". (C8E1-73)

Foi gratificante constatar que as entrevistas proporcionaram, às cuidadoras, um momento de reflexão sobre a sua prática. As falas das cuidadoras apresentaram-se permeadas de sentimentos de lutas, de sucessos, mas também expressam oportunidades de trabalho perdidas. Os relatos das cuidadoras revelaram atitudes de responsabilidade e compromisso com as pessoas cuidadas.

Marques (2003) pontua que tornar-se cuidadora nem sempre é uma opção mas, quando toma essa decisão, a pessoa está cheia de coragem, dedicação e afeto. Coragem para abdicar de seu tempo, de seus sonhos e planos pessoais.

A saúde da cuidadora

A saúde da cuidadora foi revelada pelos relatos nas entrevistas e no diário da pesquisadora. A análise dos dados permitiu observar que a atividade do cuidado no domicílio potencializa as causas dos desgastes que sofrem as cuidadoras que, muitas vezes, não recebem tratamento de saúde oportuno e adequado. Três cuidadoras entrevistadas apresentaram queixas de agravo de sua saúde em função do cuidado.

Uma cuidadora relatou agravamento de sua saúde devido ao manuseio de sua mãe, sem contar com o auxílio de outra pessoa, por sete anos consecutivos. Relatou a associação desse desgaste com as tarefas domésticas que se manifestam por sintomas de dores no braço sendo necessário recorrer a uma lavadeira para a ajuda nas atividades domésticas.

(...) eu falo que até preciso de arrumar uma pessoa pra podê lavá rôpa pra mim, porque antes tinha minha filha que ajudava. Aí agora eu também tava passando meio mal, meus braço tava doendo, não sei se é por pegá ela sozinha, ou o quê que era, aí precisei arrumar uma pessoa prá lavá rôpa. Toda quarta-feira vem uma dona lavá as rôpa prá mim. (C4E1-15)

Outra cuidadora alegou que, devido à atividade doméstica associada às do cuidado, não tem tempo para o repouso. Essa falta de repouso agravou o quadro de artrose. Enfatizou que anda mais do que se estivesse trabalhando fora de casa.

(...)parou assim de dá erisipela, muito tempo, que eu tomo muita Benzetacil. Agora apareceu também esse tal do joelho, artrose, parece que quando piora a artrose, eu tô sentindo mais no andar, aqui demais. O médico proibiu eu de andar muito, ele falou: “Ó cê tem que fazer repouso” e eu não posso fazê repouso, eu não sento pra fazer repouso, é mais de horas, 12 horas, porque eu tenho que ir lá, às vezes ela não quer uma coisa, eu torno voltar lá: “então me dá água” eu vou lá e levo água, “então me dá isso”. É roupa é tudo, que eu vou lá e tiro uma, deixo a outra de molho no sabão com água sanitária, pra desinfetar, aí eu volto pra trocar. Tem que ficar tudo desinfetando ali de acordo. Então eu ando mais do que se eu tivesse trabalhando fora. (C13E1-31)

Outra cuidadora informou que, durante os três meses em que a mãe ficou internada e ela teve que acompanhá-la, apresentou um ganho ponderal de 20 quilos. Relatou o desejo de se submeter à cirurgia bariátrica para controle de

obesidade.

E eu escrevo isso, ela é tudo pra mim. Então, atualmente eu tinha que... eu queria fazer operação de estômago, já quis fazer, mas como é que eu faço. Lá no hospital eu engordei 20 quilo, minha filha! Nos três mês que eu fiquei lá. Agora pra emagrecer...(C8E1-66)

Outra cuidadora relatou que é portadora de doença cardiovascular e melhorou, segundo ela, com a bênção de Deus, para seguir cuidando de seu companheiro que adoeceu e precisou de seus cuidados no domicílio.

Então tava com problema de coração fiquei internada em vários hospitais, vinha pra casa, voltava pro hospital, vinha pra casa voltava pro hospital. E ele ia lá cuidava de mim, ficava cuidando de mim, tadinho, ele e as meninas também cuidando de mim. Com pôco daí um pouquinho eu miorei. Quando foi em maio do ano passado eu tive uma miora, e eu vim embora pra casa, eu pedi muito a Deus e Deus abençoô que consegui ficar boa. Vim embora pra casa em maio, quando cheguei, quando foi no dia 12 de maio, ele pegou e passou mal de uma hora pra outra assim. (C6E1-3)

Outra cuidadora mostrou-se preocupada com o controle de suas doenças fazendo uso regular de medicamentos para se manter saudável e, assim, continuar a realização dos cuidados de que sua irmã necessita.

Eu tive aneurisma também, então eu evito assim ficar viajando, essas coisas, porque eu tenho muito medo assim. (...) eu tive um por cento de chance pra viver. E não fiquei com uma seqüela (...) Mas eu tomo Hidantal, seis da manhã, isso sagrado, duas da tarde e dez da noite. (...) E tomo o remédio de pressão, a minha pressão pode tá boa, igual tava 14/8 ontem, mas se eu deixar de tomar ele sobe pra 18, então eu tenho que ficar em cima, sabe? E, eu cuido muito de mim, pra mim poder cuidar dela também. (C12E1-8)

Das 17 cuidadoras entrevistadas, sete já apresentavam algum tipo de doença ou fazem uso contínuo de medicamento. Dessas sete, quatro têm idade superior a 60 anos, como foi apresentado na sub-categoria: 'A cuidadora no domicílio'.

O impacto negativo de cuidar é identificado pelas cuidadoras. Segundo García-Calvente, Mateo-Rodriguez e Maroto-Navarro (2004) a maioria das mulheres assume a responsabilidade pelo cuidado pagando um elevado custo de cuidar em sua própria qualidade de vida, e isso repercute em dispêndios sociais, psicológicos e econômicos para os familiares, cuidadores, pessoa cuidada e para a sociedade em geral. Os dados analisados permitem indicar a necessidade de políticas públicas direcionadas às cuidadoras pois elas são pacientes em potencial, em função de sua idade e da natureza da própria atividade de cuidar que é causadora de desgaste físico e emocional.

Posso inferir também que a saúde da cuidadora tem relação direta com o cuidado que desempenha e que os problemas poderiam ser minimizados com o auxílio de cuidadores secundários. A participação dos cuidadores secundários permitiria que a cuidadora principal realizasse atividades como ir à consulta médica, participar de alguma atividade de lazer e ter momentos livres para desfrutar de ocupações que consideram agradáveis ou que lhes sejam necessárias. Essa seria uma forma de lhes proporcionar bem-estar e melhor saúde física e mental o que influi na qualidade do cuidado no domicílio.

Os dados permitem reconhecer que a prevenção e o tratamento dos problemas relatados pelas cuidadoras poderiam contribuir para sua melhor

qualidade de vida, para a continuidade do cuidado no domicílio, e para a redução ou o adiamento da institucionalização da pessoa cuidada. Os dados permitem reconhecer que as políticas de apoio aos cuidadores também devem levar em conta as desigualdades de gênero e sociais. Esse suporte aos cuidadores familiares representa novo desafio para o Sistema de Saúde brasileiro e para os profissionais que assistem as pessoas no domicílio.

A cuidadora que cuida de 02 pessoas

Algumas cuidadoras revelaram que, além dos idosos sob sua responsabilidade, cuidam de outros familiares no domicílio. As cuidadoras expressaram o quanto as sobrecarrega essa situação. Três cuidadoras cuidam também de outra pessoa além daquela que está dentro dos critérios de inclusão desta pesquisa.

A cuidadora relatou que cuidou de seu filho portador do vírus HIV que apresentou risco de morte devido à gravidade de quadro clínico. Em decorrência das infecções oportunistas, o filho esteve em coma durante 27 dias, com desenvolvimento de úlceras de pressão que foram tratadas pela cuidadora com a ajuda de uma Auxiliar de Enfermagem da USF responsável. A cuidadora relatou que, durante esse tempo que cuidava dos dois, o seu nível de estresse e cansaço foi elevado porque teve de se desdobrar para atendê-los de forma satisfatória. Cuidava ainda de sua irmã que apresenta dependência nas atividades da vida diária: alimentar-se, vestir-se, utilizar o banheiro e locomover-se.

Desde de dezembro é, sem querer, sem saber, ele começou primeiro com febre, com febre e tal, aí ele descobriu que tava HIV e não sabia, ele mesmo não sabia, não sabe como pegou. (...) depois teve que hospitalizar porque há cinco anos atrás ele teve hepatite. E ele pegou um fungo, nessa hepatite ele pegou um fungo, e esse fungo alojou no fígado e esse fungo foi progredindo. Ele entrou em coma, ficou 27 dias em coma. Aí ele entrou em coma ele deu escara. Então assim, minha vida tem sido muito atribulada. Agora hoje tá fazendo doze dias que ele teve que voltar pro hospital, porque tá dando muito cansaço (...) (C12E1-12)

Outra cuidadora, além de cuidar de sua mãe, cuida de seu filho com quadro de alcoolismo associado a transtorno psiquiátrico. Ela disse que cuidar do filho é uma luta e, quando ele adocece, ela fica sobrecarregada pois, além do trabalho com sua mãe no banho, na alimentação e na troca de fraldas, é necessário lavar suas roupas e preparar sua alimentação.

Esse aqui é o meu filho mais véi. Ele mora lá embaixo, na rua debaixo, tem um barraquinho dele lá. Mas ele fica mais aqui. (...) Esse aí eu faço uma luta também cuidando dele. Quando ele adocece, F. lembra. Eu cuidando da mãe, tinha que ir lá cuida dele também. Tava todo paralisado, num andava também não. Ficou uns dez dia paralisado na cama, não levantava nem pra ir no banheiro. (C9E1-27)

Uma cuidadora revelou que cuida da mãe obesa. A mãe sofreu fratura de fêmur e se locomove com o auxílio de andador, além de ser possuidora de outras patologias. A outra pessoa cuidada é portadora de hipertensão arterial e Parkinson, possui jejunostomia, não tem controle dos esfíncteres, faz uso de coletor urinário ou fraldas geriátricas e, ainda, apresenta total dependência para alimentação, banho e locomoção.

A minha mãe quebrou o fêmur, ela anda no andador. (...) a mamãe toma 18 remédio. Que é pro coração, diabetes, não sei mais o quê, pressão. É eu que dou , tá tudo controladinho aqui, já guardei tudo de cabeça. (C17E1-12)

Os dados analisados demonstram que as cuidadoras responsáveis por duas pessoas têm uma situação de estresse maior em relação às que cuidam de uma só pessoa. O relato das cuidadoras demonstra que cuidar de duas pessoas é difícil, o que reforça a importância de se desenvolverem redes de solidariedade para minimizar o cotidiano dessas cuidadoras. Foi expresso que a saúde da cuidadora tem relação direta com o cuidado que desempenha e que os problemas poderiam ser minimizados com o auxílio de cuidadores secundários.

Segundo Potter e Perry (2004), nos Estados Unidos, existem serviços de cuidado de saúde institucionais e baseados na comunidade. O serviço é prestado em casa ou na instituição. São serviços de arrumadeira e de cuidado de saúde domiciliar que visam o descanso do cuidador familiar. Esse tipo de cuidado possibilita que o cuidador se ausente por algumas horas ou por vários dias ou semanas. São alternativas que o Brasil pode em futuro próximo, devido ao aumento de longevidade da nossa população.

Privações da cuidadora

Nos discursos foram citadas as atividades que as cuidadoras deixam de realizar em função do cuidado.

Uma entrevistada relatou que deixa de ir à missa, de sair de casa. Seus sentimentos são contraditórios, pois ao mesmo tempo em que fala que é um

prazer cuidar, fala que se priva de muita coisa.

Eu não saio quase mais de casa, também não vou quase à missa, fico mais dentro de casa com ela. Mas é meu prazer, falo com você com sinceridade. Peço a Deus que deixa ela comigo mais tempo. Então a gente priva de muita coisa, tanto faz eu como a minha filha, pois somos nós duas que cuidamos mais dela, então a gente priva de muita coisa, mas está bom. (C3E1-14)

Uma cuidadora disse que se sentiu na obrigação de abandonar seu trabalho para dedicar seu tempo à pessoa cuidada que necessita de ir a consultas médicas e ao banco para receber a pensão, sem deixar de mencionar as atividades de alimentação e higiene, que consomem seu tempo.

Eu trabalhei fora muito tempo mais eu fui obrigada a sair do serviço por causa dela, porque ela não sabe ler e nem escrever, aí precisa dum médico, precisa tá correndo pra levar num banco, receber um dinheiro que ela é pensionista...(C14E1-5)

Outra cuidadora relata que deixou de realizar um trabalho remunerado informal e abdicou de um possível desenvolvimento profissional e da realização pessoal. Disse que se privou de viver a sua vida para viver a vida da pessoa cuidada, que apresenta limitações de atividades da vida diária e também limitações decorrentes da idade avançada.

(...) eu fazia meu churrasquim, (...) na porta da mercearia do J. C. aí devido eu me dedicar a maior parte do meu tempo a ela, eu num fiz o churrasquim mais não, num tem como, num tem tempo não. Fiquei quetinha porque o churrasquim geralmente é depois de 4 hora...tem que tá mais quetinha com ela, cê tem que tá preparando alguma coisa também, e(...) eu num gosto de deixar a mamãe sozinha não. (C7E1-27)

Essa mesma cuidadora relatou que abdicou de atividades de lazer e de se relacionar com outras pessoas para cuidar de sua mãe, ainda que esta insista para que se divirta.

A mamãe fala comigo assim dia de sábado, ela fala: "Ôh...minha fia cê pode por uma fralda ni mim, num mim incomoda não, pode por uma fralda ni mim...e pode ir numa quadrilha", que tinha quadrilha aqui embaixo..."pode ir na quadrilha ali embaixo, pode ir lá na rua conversar com seu colega...". Ah mãe, os colega meu que quiser vem aqui e conversa comigo, ué, eu num vou em quadrilha não". Sentei e fiquei assistindo Belíssima (telenovela)...(C7E1-28)

Ao abdicar de atividades de lazer, a cuidadora revelou também que deixou de fazer pequenas coisas, como assistir a um jogo esportivo de seu interesse. Essa cuidadora (C8) coloca as atividades cuidativas com a sua mãe, que é a pessoa cuidada, acima de todos os seus desejos e vontades.

Se tiver passando ali um jogo que eu gosto, mas eu tiver que olhar ela, eu olho ela primeiro, depois eu faço as coisas. A minha irmã briga comigo às vezes; a outra. Às vezes ela fala: "Olha lá, olha lá", eu falo: "Não quero olhar não, vou olhar ela primeiro aqui, depois eu olho". (C8E1-64)

Muitas vezes, o abandono do emprego traz conseqüências a longo prazo, especialmente a falta de acesso ao seguro desemprego, à aposentadoria e a pensões. Por isso, as mulheres cuidadoras podem encontrar-se em situação de pobreza e de exclusão social. Para melhor compreensão do custo dessas perdas, seriam necessários estudos específicos.

Outra questão é o tempo de lazer que contribui positivamente para uma qualidade de vida e é sacrificado pelas pessoas comprometidas com o cuidado

informal. Brouwer *et al.* (1999) apontam a dificuldade em avaliar a perda de qualidade de vida em uma estimativa financeira.

Consciência política

Os enunciados das entrevistas revelaram a consciência política das cuidadoras sobre o contexto e de suas condições de vida.

Uma cuidadora relatou o desprezo das autoridades com o bairro onde mora, as promessas feitas durante o período eleitoral e que não se realizam. Falou, também, da falta de saneamento, da falta de segurança e da inexistência de locais públicos de diversão para as crianças.

Uma entrevistada disse que está descrente dos políticos.

*(...) Esse bairro aqui é jogado as traças, (...) eles num olham muito não, eles num olham nada. (...) Todo ano da política eles vem aqui pede os trouxa, os trouxa vai lá e vota nele..., depois eles vai embora. (...) Esse córrego aí, passa política, vai ano, passa ano eles vem e mede tudo, fala que tal dia vai vim pessoalmente.(...)
(C14E2-1)*

Também foi revelada, por uma cuidadora, a dificuldade em transportar a pessoa cuidada para um serviço de urgência. Disse que na unidade de saúde que freqüenta, o aparelho de RX funcionava precariamente e faltavam cobertores para os idosos. Apontou, ainda, a impossibilidade de denúncia dos fatos.

Eu tenho muita dó das pessoas que tem necessidade. (...) o médico veio aqui, pediu uma radiografia porque ela tava muito gripada e então pra descer essas escada foi muito sacrifico, peguei um táxi, cheguei lá quantas pessoas pior que ela estava.

Encontrei uma cuidadora que havia participado na pesquisa: 'Cuidado no domicílio: o trabalho do cuidador formal e informal' (SENA *et al.*, 2004). Ela relatou que, a partir de sua participação naquele estudo, não houve a obtenção de nenhum tipo de benefício. Agora, espera que esta pesquisa traga resultados para a família das pessoas cuidadas com necessidades sócio-econômico-financeiras. Reiterou-se o compromisso de apresentação da pesquisa às autoridades de Saúde e a entrevistada manifestou interesse de estar presente para a reivindicação de benefícios como: fraldas para as pessoas cuidadas e cestas-básicas para os familiares que são cuidadores.

(...) vamos ver se dessa vez a gente consegue alguma coisa na prefeitura, né? (...) eles tava falando na reunião lá era sobre isso...sobre a possibilidade assim de pessoas que, igual no meu caso, por exemplo, que a mamãe recebe a pensão que o papai deixou...muitos anos 350,00 reais só, né! E eu tenho meu barracão aqui que tá alugado agora por 120,00 reais...esse dinheiro, eu num tô dizendo procê que eu gasto com supérfluo não, mas eu vou te falar procê, ...o mês é terrível...Nossa Senhora, Jesus Amado, num dá pra nada! (...) Na reunião foi falado sobre isso e agora com essa renovação dessa reunião vai sair melhorias pra quem no meu caso cuida assim, pelo menos uma fralda no meio do mês...a pessoa pode tá dando aquele pacotão, cê pode tá ganhando uma cesta básica pra ajudar na despesa do dia-a-dia, porque eu vou te falar, é duro. (...)(C17E1-5)

Nessa sub-categoria, os discursos revelaram que as cuidadoras demonstraram ter consciência política e sabem reconhecer as falhas do Sistema de Saúde Pública, além de exercerem o poder de cidadania de diferentes formas. Algumas cuidadoras participam de associações de bairro, reivindicando benefícios para as pessoas cuidadas, ou simplesmente denunciando o comportamento das

autoridades. Essas cuidadoras demonstraram que, mesmo com toda a simplicidade em que vivem, são conscientes de seus direitos como cidadãs e do papel que desempenham na sociedade e sabem ainda de suas obrigações e de suas responsabilidades. Disseram que guardam uma força interior e uma certeza de que, apesar de suas lutas serem árduas, irão conseguir algum tipo de vitória.

Brito, (2001) afirma que as mulheres, mesmo partindo da esfera privada, podem agir politicamente, utilizando recursos específicos, seguindo caminhos que cruzam os espaços públicos e privados. Afirma que a dimensão política não se restringe à esfera pública, mas está presente também no cotidiano de homens e mulheres. Identifica que as mulheres brasileiras, especialmente nas últimas décadas, das mais diversas formas, têm afirmado a sua cidadania, constituindo-se como sujeitos sociais.

A convivência com o cuidador informal remunerado

Das 17 cuidadoras entrevistadas, somente três compartilham os cuidados domiciliares com cuidadores informais remunerados. Duas são do sexo feminino e um do sexo masculino. Esses três cuidadores recebem um salário mínimo por mês como descrito nas entrevistas e no diário da pesquisadora.

Uma entrevistada relatou que houve a necessidade da contratação de uma cuidadora secundária para dividirem a tarefa do cuidado no domicílio. A pessoa cuidada mora em um barracão nos fundos da casa de seu filho e, para mantê-la no seu ambiente, as cuidadoras vão para a residência da pessoa cuidada e realizam as atividades de banho, higiene, alimentação e eliminações. A

remuneração é realizada pelos filhos da pessoa cuidada. A cuidadora principal é nora da pessoa cuidada e sua irmã é a cuidadora secundária. Dessa forma, ambas se revezam nesses cuidados.

Agora uma noite dorme uma, e a outra noite a outra. Porque a gente fica 24 horas aqui, ela não fica tempo nenhum sozinha, porque depende do banho, que a gente tem que dá, levá no banheiro, pô na cama, levá e trazê pro sol. O meu marido e o irmão dele tão pagando ela pra ajudar. Estão pagando M. L. 350. (C1E1-3)

O recurso proveniente da aposentadoria da pessoa cuidada também é utilizado no pagamento do salário das cuidadoras, conforme relatos da entrevistada. Como os seus familiares não se responsabilizam pela pessoa cuidada, ela reveza as atividades cuidativas com outra cuidadora, que também é remunerada, segundo o diário da pesquisadora. (C15DP1-1, p.35).

Ela é uma cuidadora remunerada. Disse que tira R\$350,00 da aposentadoria da pessoa cuidada como salário, mas o divide também com M. J. a outra cuidadora que a auxilia. (C15DP1-1)

Outra cuidadora relatou que conta com a ajuda de um cuidador informal, que fica de 7 às 19 horas, para executar as atividades de higiene e alimentação. A remuneração do cuidador, no valor de um salário mínimo, é realizada por seu irmão e sua tia.

É um salário que a gente paga ele (cuidador) (C17E2-1)

Apenas 17,6% das cuidadoras contam com o auxílio de cuidadores remunerados. Infere-se que existem dificuldades financeiras para a contratação de

um cuidador.

Devido à escassez de pesquisas sobre a remuneração de cuidadores informais, utilizei o trabalho de Ribeiro *et al.* (2006). Esse trabalho avaliou o perfil dos cuidadores de idosos das instituições de longa permanência filantrópicas e privadas de Belo Horizonte – MG. Uma amostra de 181 cuidadores, 98 em filantrópicas e 83 em privadas, foi aleatoriamente selecionada e os cuidadores submetidos a entrevista estruturada. As variáveis avaliadas foram gênero, faixa etária, escolaridade, estado civil, remuneração mensal (em salários mínimos), condição econômica, tempo de trabalho na instituição e tempo na função de cuidador. Segundo os autores, a remuneração dos cuidadores de idosos das instituições filantrópicas e privadas foi de até dois salários mínimos, sendo a faixa salarial mais comum, independentemente do perfil da instituição. Esse dado não coincide com os achados desta pesquisa em que os cuidadores recebem um salário mínimo.

A convivência com o cuidador profissional

As entrevistadas manifestaram sentimentos contraditórios quanto aos profissionais da Saúde que são denominados “bons ou maus”.

Uma cuidadora elogiou o trabalho e o esforço dos profissionais da equipe de Saúde da Família que estão prontos a atender, com carinho, as necessidades da sua irmã, que é a pessoa cuidada.

Tenho como suporte muito importante o posto de saúde do bairro, auxílio total e muito satisfatório de todos: visita a domicílio do médico, enfermeira, agentes de saúde, que a todo momento estão

prontas para atender as necessidades de minha irmã. Destacando a importância de sempre me atender com muito carinho e sem medir esforços. (C12DC3)

Outra cuidadora elogiou a profissional que está aposentada e auxilia no banho de sua mãe, e destacou a sua disponibilidade, afeto e excelência do trabalho.

Nossa mãe! A B. ela trabalhou durante tantos anos no hospital, excelente 'enfermeira', ela vem dá o banho com todo carinho, também nunca reclama de jeito nenhum, no dia que ela não pode eu dou, minha mãe dá. (C3E1-40)

Essa entrevistada relatou que sua mãe ficou internada durante quatro meses e, em todo esse tempo, todos os profissionais de Saúde foram atenciosos.

Ela ficou quatro meses no hospital direto. Ela ficou. E, são muito bom, porque eles dão uma atenção pra ela danada. (C8E1-5)

Outra entrevistada teve experiências negativas e positivas relacionadas aos cuidadores profissionais. Falou que, com a convivência com esses profissionais, desenvolveu a habilidade de diferenciar o "bom do mau" profissional e destacou qualidades como humanidade, dedicação, responsabilidade dos bons profissionais. Ao mesmo tempo, apontou características como desumanidade, indiferença, inabilidade técnica e descompromisso nos maus profissionais.

(...) porque a enfermeira que vem aqui, ela é muito humana também. Tem uns bons, assim, humanos. Agora tem uns que são frios, são mal profissional mesmo, não sabem trabalhar mesmo, e não tá nem aí mesmo. Então assim, você passa a conviver todo

*dia com a pessoa, você conhece a pessoa. (...)*C10E1-39)

Essa mesma cuidadora apontou que uma profissional de Saúde foi dormir durante a sua ausência e deixou a pessoa cuidada sem a atenção necessária.

Cheguei seis e vinte. (...) Entrei bati na porta, ela demorou. Tudo escuro. Aí eu falei assim: "Gente, não acredito que essa menina tá dormindo". Aí tornei a bater na porta, aí ela veio. Ela veio assim com um olho assim, aí eu olhei e disse: "Você tava dormindo?". Ela falou assim: "Não, dei só uma cochilada". (...) Eu falei assim: "Tem quanto tempo que ele tá nessa posição?", "Não, tem muito tempo, não". Aí eu falei assim "Tá, e você consegue trocar ele sozinho, virar ele sozinho?", porque ele era mais forte. "Não, consigo a gente pega pelo traçado". Falei nada, porque essa, eu não tinha intimidade com ela. Aí só entrei, coloquei minhas coisas no quarto. Aí ela falou assim: "Você me ajuda a virar ele?". Falei: "Ajudo". Quando eu olhei, ele tava ensopado, mais o traçado, as costas, tava todo molhado. Aí eu virei para ela e falei assim: "Que horas você trocou?". (Aí ela ficou assim apertada, porque ela viu o tanto que ele tava ensopado.) "Duas horas". Eu falei assim: "Duas horas da tarde? São seis, ele desse jeito..." (C10E1-35)

Relata, ainda, que foi treinada por profissionais de equipe multidisciplinar de um serviço de internação domiciliar e assim soube apontar as falhas técnicas de outros cuidadores profissionais. Os relatos mostraram que o a execução de técnica de um curativo de úlcera de pressão foi desenvolvida incorretamente por uma profissional de Saúde.

Igual a menina lavando a escara dele, com soro, e só assim, só joga assim e pronto, né. E a médica aqui quando nós aprendemos, foi com a médica, uma fisioterapeuta e uma enfermeira. As três nos ensinaram. Era meio litro de soro porque as escara dele tava escura. "Lava bem mesmo, tem que lavar bem". Aí você aprende de um jeito, depois você vê o pessoal fazendo. A menina enxugou com a gazinha assim, por fora, depois pôs dentro. E a hora que eu falei e ela: "Não quê isso? Num foi eu!". Eu falei: "Eu tô vendo você fazer". Sabe, são coisas assim que não dá. (C10E1-21)

Uma cuidadora elogiou, na entrevista, a atuação de um profissional médico

e criticou a inexistência de prevenção de úlceras de pressão em um CTI do Hospital onde seu filho ficou internado. Ficou indignada com a situação e informou que teve dificuldades para tratar as lesões formadas no calcâneo e na região sacral.

Eu não reclamei no H. porque ele tá sendo muito bem atendido por um médico que trabalha lá dentro, que é parente de uma vizinha. E ele cuidou todo esse ano do tratamento dele. Mas gente, se põe uma pessoa no CTI aquele colchão de napa aquilo esquenta a pessoa fica só numa posição, quando eles volta do coisa, cê vê a escara que deu nele, né J.? Que coisa horrorosa. (...) porque que já não protege com uma bóia, eu ofereci, assim com muito jeito pra não ofender, perguntei, a minha sobrinha prontificou, falou: “Não tia Augusta, se precisa eu compro a bóia dele” pra poder evitar, eles deixam dá escara primeiro pra depois, não tem recurso. Depois que dá acabou, deu uma no pé, no calcanhar, e outra aqui assim, nessa região aqui embaixo. Nossa foi difícil pra curar a dele! (C12E1-25)

As entrevistadas disseram que a aprendizagem e a prática como cuidadoras as possibilitaram avaliar os profissionais de Saúde tanto técnica quanto eticamente, e apontam as falhas que observam.

Nesse sentido, quando um dilema ético se faz presente, os valores da atenção à saúde podem ser refletidos e analisados como comenta Tocantins, Silva, Passos (2003). Para tanto o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem deve ser utilizado e aplicado. Esse código é um documento-guia que focaliza os valores que devem fundamentar o conhecimento, a atitude e a prática de toda e qualquer pessoa que desenvolve ações de Enfermagem (TOCANTINS, SILVA, PASSOS, 2003).

Nesta pesquisa, foi relatado por uma cuidadora que houve ausência de

ações para a prevenção de lesões cutâneas, execução incorreta de técnica de curativo e a não-realização de cuidados básicos de higiene, como troca de fralda. Uma pergunta deve ser apresentada: teriam esses profissionais infringido um dos princípios fundamentais do Código de Ética de que a Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade, que atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais? (COREN, p. 41, 2003). Outra pergunta é: os profissionais descumpriram um dos deveres da Enfermagem que é “prestar à clientela uma assistência de Enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência?” (COREN, p. 41, 2003). Não cabe, no âmbito desta pesquisa a resposta a estas perguntas que necessitam ser analisadas pelos órgãos competentes.

Outra questão que merece ser analisada é a capacitação dos profissionais para a atenção à saúde da pessoa maior de 60 anos nas instituições e nos domicílios. O Anexo da Portaria Nº 2.528, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem, entre outras diretrizes, “o provimento de recursos para ações de qualificação e capacitação de recursos humanos e incremento da qualidade técnica dos profissionais de Saúde do SUS na atenção à pessoa idosa” (BRASIL, 2006b, p.8). Dessa forma, os profissionais de Saúde devem ser sensibilizados para as peculiaridades do processo de envelhecimento e capacitados para o atendimento de saúde do idoso no contexto sócio-cultural em que estão inseridos. Por outro lado, as cuidadoras elogiam a atuação dos profissionais da ESF e de um hospital particular.

A análise dos dados dessa categoria permitiu reconhecer que o trabalho do cuidado domiciliar deve-se fundamentalmente às mulheres, sendo a maioria filhas, com reduzido poder aquisitivo e baixa escolaridade. As cuidadoras deste estudo assemelham-se por apresentarem uma história de vida marcada por lutas, com renúncias pessoais e uma sobrecarga da tarefa do cuidado quando cuidam de dois familiares ao mesmo tempo. Pode-se dizer de uma particularidade das 17 cuidadoras quanto às privações de lazer, de limitação do convívio com familiares e pela perda de oportunidades de empregos e de ensino formal. Também não cuidam de sua saúde apesar de reconhecerem sua importância.

Além disso, as cuidadoras relataram que, para a execução do cuidado, necessitam desenvolver posturas como doação, amor e paciência, mesmo na situação de adversidade em que vivem. Lutam por seus direitos e têm consciência de seu papel como cidadãs. As cuidadoras exigem que os cuidadores informais remunerados e os cuidadores profissionais tenham a mesma dedicação e empenho que elas têm com as pessoas cuidadas. As cuidadoras valorizam as habilidades técnicas dos cuidadores profissionais e destacaram a importância deles possuírem atributos como: humanidade, dedicação, responsabilidade, profissionalismo e honestidade. As cuidadoras estão a todo tempo observando os cuidados realizados em seus familiares e reivindicam um atendimento de qualidade.

As cuidadoras manifestaram que doam desvelo, dedicação e humanismo e apreendem as tecnologias leve-duras e as tecnologias duras descritas por Merhy (1997). Para esse autor, a produção do cuidado efetivo exige a combinação das

tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias duras referem-se aos equipamentos tecnológicos, área física, insumos. As tecnologias leve-duras são aquelas decorrentes do uso de saberes bem estruturados como a clínica médica, protocolos, normas e as tecnologias leves são aquelas presentes no processo das relações que, nesse caso, é o espaço intersubjetivo entre a pessoa cuidada e a cuidadora.

7.3 Cuidado no domicílio: construção e desconstrução

A categoria 'Cuidado no domicílio: construção e (des)construção' surgiu dos discursos e dos registros dos diários das cuidadoras, das anotações realizadas no diário de campo da pesquisadora e das anotações nas planilhas.

Essa categoria tem uma interseção com a categoria pessoa cuidada e cuidadora. Ao analisar os dados incluídos nessa categoria foi possível identificar gastos que os familiares têm com o cuidado no domicílio. Os achados estão expressos nas sub-categorias: 'O cotidiano do cuidado no domicílio' e 'Cuidado solidário'.

7.3.1 O cotidiano do cuidado no domicílio

A sub-categoria 'O cotidiano do cuidado no domicílio' surge dos discursos das cuidadoras, na descrição das atividades de cuidado que desenvolvem no domicílio e está organizada nos seguintes temas: 'Autonomia do cuidado', 'A responsabilidade do cuidado no domicílio', 'Estratégias para o cuidado',

‘Adaptação do domicílio para facilitar o cuidado’ e ‘A hospitalização’.

As cuidadoras relataram que as tarefas do cuidado domiciliar, com pessoas dependentes, para as atividades da vida diária requerem dedicação e paciência. Uma cuidadora relatou que as atividades diárias incluem: banho, troca de roupas de cama e vestuário.

(...) eu levo ela no banheiro, eu num vou levando assim direto e dando o banho já dando o banho direto. Eu levo ela pra lá, coloco ela lá, dô um prazo pra ela, e venho e tiro o lençol da cama, forro a cama de novo, deixo tudo no jeito. Aí saio pra fora, volto, pego a roupa de banho dela, tudo. Ponho no jeito. Aí eu dô um tempo e pergunto pra ela: “E agora já dá pra tomar o banho?”. “Ah, dá.” Aí eu pego, dô o banho, enxugo tudo direitinho e ponho na cadeira, trago ela pra cá pra passar pra outra cadeira. (C9E1-11)

Outra cuidadora disse que a pessoa cuidada apresenta dependência total para o banho, administração de dieta via oral, administração de medicamentos e de água via jejunostomia.

Ah, ele é acamado. Ele é dependente de tudo. É a gente que dá banho, a gente é que dá comida na boca, dá a água, e tem a sonda que a gente passa medicamento, passa água durante a noite. (C17E1-1)

Em alguns casos, a dependência da pessoa cuidada é intermitente, existem momentos em que consegue alimentar-se sozinha; outros em que é dependente e necessita de ajuda. De toda forma, a supervisão dos cuidados é constante.

Uma das pessoas cuidadas apresenta depressão, glaucoma, desnutrição, hipertensão, surdez parcial e diabetes o que demanda aumento de tempo do cuidado:

Ela num ajuda muito...num fica sentada sozinha, num fica em pé sozinha...ela depende da gente pra tudo. Pra dá um banho, pra dá comida...tem dia que ela come sozinha, tem dia que não, tem dia que ela segura uma caneca de água na mão sozinha, tem dia que não...é muito complicado...corrido, muitas vezes pra mim sair assim, pra mim viajar ela tem, às vezes tem até que faltá serviço 2, 3 dia pra tomá conta dela (...). (C14E1-3)

Outra entrevistada relatou dificuldades na execução do cuidado. Seu discurso revelou um fazer contínuo: café, banho e troca de roupa. Depois destes cuidados a cuidadora leva a pessoa cuidada para a varanda, faz almoço, oferece o almoço, administra o medicamento, leva para a varanda, depois leva para o quarto e ajuda a colocar a pessoa cuidada na cama, coloca novamente na cadeira, oferece o lanche, água, jantar, troca a fralda e coloca na cama.

É um pouco difíci, só que a gente faz assim, por exemplo, eu dô café ele, daí a pouquin ele quer, fala que quer ir ao banheiro, vai no banheiro, fica lá um pouco, enquanto isso eu arrumo a água dele, preparo pro banho. Aí depois eu vou lá, dô o banho nele, enxugo ele, troco ele de roupa, ele fica um pouco sentado aí na varanda, deixa ele lá sentado na cadeira, vem cá pego a cadeira dele ponho aqui na varanda, e busco ele e sento ele lá, ele fica um pouco na varanda sentado. Depois na hora do almoço eu já trago ele, ponho ele sentado na mesinha, aí ele senta. Depois do almoço ele toma o AS, e fica um pouquin lá, aí eu falo com ele "Oh não vai deitar agora não, fica mais um pouquin aqui", aí ele volta pra varanda fica mais um pouquin lá, depois ele fica cansado e quer deitar, aí eu trago ele pro quarto, ele deita. (C6E1-25)

Outra entrevistada falou que seu cotidiano é fazer e (re)fazer, o que exige muita paciência e dedicação.

(...) porque sempre que tiver sentada pergunta: "Ô irmã cê que uma fruta, cê quer um iogurte?" Porque às vezes tá com vontade e num pede, né? (...)"quer um cafezinho, tomá um copo d'água?"

Assim é o tempo inteiro, aí eu falo pra elas: "A partir da hora que não tiver mais paciência é só falar que aí ou arrumo outra pessoa ou chamo a família dela pra poder cuidar, num é mesmo?" Aí já deixa o lugar pra outra pessoa que queira, mas não grita não,...chamou a noite, levanta. Durante o dia toda hora que quiser fazer xixi, leva no banheiro pra ela fazer, ou se não quiser ir no banheiro se ela tiver deitada põe o pinico assim, tudo assim com muito cuidado pra carregar, pra descer aquela escada, pra por na cadeira, eu vou te falar tem que ter muita, muita paciência (...). (C15E1-37)

Uma cuidadora relatou que, durante o período noturno, a pessoa cuidada necessita de auxílio nas eliminações, com intervalo de três em três horas, impossibilitando seu repouso.

O cuidado com a pessoa dependente é uma atividade que toma o dia e, às vezes, a noite da cuidadora e que implica também em um condicionamento físico capaz de dar conta de tarefas 'pesadas', como a locomoção da pessoa cuidada e a capacidade de recuperação rápida de uma noite mal dormida (MENDES, 2002).

Mas aí, então minha vida é essa. A noite toda ela pede pra fazer xixi. Ela dorme 10 horas da noite, quando dá meia noite, uma hora, uma hora certinha da manhã ela pede pra fazer xixi, três horas ela pede pra fazer xixi e de manhã seis horas, de três em três horas é o normal mesmo dela. (C12E1-19)

A análise dos dados demonstra que as cuidadoras estão envolvidas com as tarefas de cuidado no período diurno e noturno. O cotidiano das cuidadoras é um fazer e (re) fazer, o que exige tempo, paciência, esforço, energia e preparo físico. Atividades como banho, controle das eliminações, troca de roupas de cama e vestuário; preparo e administração de dietas, administração dos medicamentos fazem parte do cotidiano das cuidadoras juntamente com as atividades domésticas. Saber conciliar as atividades domésticas e cuidadoras requer

habilidade na organização do tempo (MENDES, 2002).

Para García-Calvente, Mateo-Rodríguez e Maroto-Navarro, (2004) as cuidadoras, ao assumirem o cuidado no domicílio, tornam-se responsáveis por uma variedade de tarefas. As autoras relatam que as cuidadoras assumem atividades que, nas instituições hospitalares, são realizadas pela Enfermagem, Serviço de Nutrição, Psicologia e, ainda, de conselheira junto à pessoa cuidada. Simultaneamente continuam com a responsabilidade de mãe, esposa, filha, dona de casa, e às vezes, ainda exercem trabalho remunerado. Dessa forma, a jornada de trabalho dessas cuidadoras não tem princípio nem fim. Não se pode utilizar aqui o conceito de dupla ou terceira jornada, mas o de jornada contínua e simultânea. Não há descanso noturno nem folgas nos finais de semana e feriados. É um fazer e (re) fazer contínuo.

Autonomia do Cuidado

Os dados das entrevistas mostram como se processou a aprendizagem dos cuidados pelas cuidadoras.

Uma cuidadora informou que aprendeu a realização dos cuidados de saúde durante a internação da pessoa cuidada. Essa aprendizagem aconteceu por meio de observações e pelas explicações dos profissionais de Saúde durante a realização dos procedimentos. Acrescentou que, por permanecer mais tempo com o seu pai no hospital durante a internação, ela foi se 'acostumando' com as atividades rotineiras de cuidados.

Ah, mas a gente vai acostumando, porque no hospital onde ele ficava, geralmente eu ficava com ele. Então a gente aprende a fazer. As enfermeiras lá vão explicando e tal e a gente aprende. (C17E1-4)

Essa mesma cuidadora relatou que não teve treinamento para a realização do cuidado no domicílio, mas conta com a ajuda dos profissionais de Enfermagem da unidade básica de saúde próxima à sua casa.

Éh, a gente vai perguntando, vai olhando como é que faz. Entendeu? Não tem curso, não sei de nada. Às vezes, eu tenho alguma dúvida aqui, eu corro lá, pergunto pras meninas do posto. “Ó, como é que é que faz?” Aí, elas fala lá. (C17E1-28)

Outra cuidadora relatou que aprendeu sobre prevenção de lesões cutâneas com a vizinha que é uma auxiliar de Enfermagem aposentada. Ela disse ficar satisfeita, pelo fato de a mãe não apresentar lesões cutâneas.

Fica sentada, tem hora que entorta na cadeira, fala que está machucando, mas fica bem. Graças a Deus ela não tem, assim, ferida nenhuma no corpo, não tem nada. Agora está assim uma erupçãozinha aqui assim (...) ela passa pasta d'água, passa bastante pasta d'água e tudo, cuida dela assim. (C3E1-15)

Outro cuidador disse ter dificuldades relacionadas com a debilidade apresentada pela pessoa cuidada e em manusear artigo médico-hospitalar. Relatou que a convivência com essa situação foi aprendida no próprio ato de cuidar com bom senso e muita atenção ao que faz.

Então, aí eu trouxe ele pra cá. E no princípio, eu tive um pouco de dificuldade, porque ele tava muito debilitado. Muito fraquinho,

muito fraquinho. Pra você ter uma idéia, quando ele veio aqui pra casa, ele tava com sonda... nasoentérica. Então era uma luta pra você dar alimentação, você dá banho, remédio, aquele negócio todo. Aí nessa parte eu nunca tinha convivido, não. Mas eu e minha mulher, nós fomos levando aquele negócio. (C18E1-11)

Esse mesmo cuidador mencionou que tratou das úlceras de pressão localizadas na região sacral e no calcâneo da pessoa cuidada. Apesar de já ter experiência com o tratamento de úlceras de decúbito, as pessoas duvidavam da possibilidade da cura da pessoa por ele cuidada, devido ao fato de ser portadora de diabetes e estar debilitada, mas ele conseguiu.

Ponho, ponho ele sentado, levo ele pra área. Viro ele assim de três em três horas. E vira ele lá. Ele... quando ele veio do hospital, ele veio com uma escara na poupa. Uma escara grande assim. E no tornozelo...você precisava de ver que luta que foi. E o pessoal falava que a gente não ia conseguir não porque ele é diabético. Tem que ter fé nesse negócio. E eu sei que nós conseguimos. Ele não tem nada disso mais. (C18E1-18)

Outra entrevistada demonstrou segurança na execução de procedimentos como micronebulização, aspiração de traqueostomia e curativos.

Igual ele com esforço. Aí tem que fazer micro, eu aprendi. Agora eu já ... já faço manobra, eu aspiro, eu faço tudo. Fazendo tudo, trocando os curativos. (C10E1-4)

Essa mesma entrevistada relatou ter insegurança e medo de seu pai apresentar uma parada respiratória em decorrência da aspiração da traqueostomia. Disse que, apesar de sua apreensão, realizava esses cuidados, pedindo a Deus misericórdia para não acontecer esse fato com ela, pois não teria

estrutura emocional para suportar um possível óbito durante o procedimento.

(...)tem hora que a gente fica assim, (...) você fica com medo de fazer alguma coisa, insegurança. Agora vou te falar, agora eu não tenho medo mais não. Agora se precisar eu faço. É manobra, eu faço. Mas assim, no fundo, eu só tenho medo assim, igual eu já falei até com a enfermeira, eu não sei nem que reação, vamos supor se ele pára comigo, se ele tem alguma coisa comigo aspirando, igual a fisioterapeuta, já aconteceu com ela. Ela me contou: “Quê? Já perdi um paciente assim”. Ah, eu acho que... eu peço a Deus sabe pra ele ter misericórdia e não acontecer isso comigo não. Porque a estrutura da gente acho que (...)... vai ver arreventa! Você vai tentar ajudar e ainda acontece uma coisa dessa! Só isso que eu fico apreensiva. Agora no mais, se precisar fazer, essas coisa dá. Não tem problema não. (C10E1-59)

Segundo Santos (2002, p.26) “as rotinas domésticas passam a ser redefinidas a partir do familiar dependente, pois ele passa a ser o foco de atenção da família”. Ela acrescenta que o cuidado com a pessoa dependente, por ser uma atividade nova introduzida no cotidiano da família, é construída pela cuidadora no espaço domiciliar intermediado pelas outras rotinas já existentes.

Os dados analisados permitem reconhecer que foi necessária para as cuidadoras a adaptação à situação de dependência da pessoa cuidada, bem como a aprendizagem de técnicas de cuidados, sem terem formação específica. As entrevistadas relataram a inexistência de treinamento sistematizado, de orientações suficientes e de acompanhamento de profissionais para os cuidados no domicílio. Segundo as entrevistadas, a aprendizagem ocorreu a partir de um esforço próprio, durante as observações e explicações dos profissionais de Saúde na realização do cuidado e durante o período de internação. Aprenderam também com vizinhos e com profissionais da equipe de Saúde da Família. Mas, apesar de

todas as dificuldades, apresentam uma relativa autonomia na execução do cuidado de saúde no domicílio e no desempenho do novo papel.

A responsabilidade do cuidado no domicílio

As cuidadoras manifestaram que experimentam diferentes problemas na realização do cuidado no domicílio mas que os enfrentam com muita responsabilidade.

Uma cuidadora revelou despreparo para solucionar situações de risco que surgem em decorrência da atividade do cuidado no domicílio, pois não domina a tecnologia necessária para a realização de um cuidado de qualidade.

(...) a gente passa aperto, teve um dia que ela tava aqui com o marido dela, ele tava dano ela almoço, pra mim, eu tava com um cliente aqui fazeno unha, "Ôh F. (...) cê dá almoço a mãe pra mim?" E ele tava dano ela, ela engasgou... e ela ficou (imitando a mãe engasgada) e eu larguei a cliente e falei: "Nossa Senhora, a mãe tá engasgano!" E levantamo o braço dela e nada, e batemo nas costa dela e nada, e sopramo o rosto dela e levantamo o braço e batia nas costa foi aí que ela desengasgou...tem dia que a gente passa muito aperto, muito mesmo! (C14E1-37)

Outra cuidadora relatou não dispor de recursos humanos, para auxiliá-la nas tarefas diárias do cuidado domiciliar. A cuidadora vivenciou momentos estressantes que colocaram em risco a vida da pessoa cuidada durante o banho.

Aí dêu descê com ela pru banheiro, tem degrau, aí a perna dela esbarrou na minha, num sei como é que foi, aí o pedaço que tava torto assim, começou a quebrar, o negócio é igual a uma berruga, igual a uma unha, um trem parecendo uma unha, sei lá, trem esquisito! Aí esbarrou na minha perna, sei lá onde esbarrou, aí começou a quebrar, aí veio aquela sangüera, se tivesse lembrado

naquela hora de ter chamado o SAMU. Tinha levado e tirado, mas eu não lembrei na hora, fiquei apavorada. Aí amarrei o pano tudo direitinho, aí ficou aquele trem, muito tempo lá, e agora outro dia caiu, mas só agora tem a raiz, tem que tirá a raiz. (C4E1-28)

Essa mesma cuidadora relatou que a realização do cuidado às pessoas dependentes para as atividades da vida diária, muitas vezes, requer a ajuda de outra pessoa, devido às limitações de movimentos decorrentes das patologias e do grau de dependência da pessoa cuidada. Essa cuidadora realiza todos os cuidados necessários sem a ajuda de outras pessoas, mas existem momentos em que precisa da ajuda de seu filho para diminuir o risco de acidente.

Ela é bem pesada, aí ponho ela na cadeira, aí vô pru banheiro, e dô banho. Ôtro dia ela tava quase caino lá. Precisei gritar esse menino aí pra ele vim me ajudá. Porque ela foi escorregando assim, foi escorregando assim, acho que ela tava sentindo dor, aí eu chamei ele. (C4E1-23)

A análise dos dados permitiu reconhecer que a falta de recursos humanos, de domínio e de disponibilidade de tecnologia adequada e a limitação das atividades motoras associadas a um ambiente domiciliar não adaptado à condição da pessoa cuidada, são fatores que aumentam a responsabilidade da cuidadora na execução do cuidado domiciliar.

Os dados apontam que existem situações em que os profissionais de Saúde dos hospitais e/ou da atenção básica podem atuar na capacitação de cuidadores das pessoas internadas para que, ao receberem alta hospitalar, possam ser cuidadas no domicílio. As entrevistadas apontaram temas e procedimentos sobre os quais precisariam receber orientações que poderiam

ajudar os futuros cuidadores sem experiência a fim de minimizar possível insegurança.

Marques (2003), ao desenvolver um estudo etnográfico cujo objetivo foi o de compreender a experiência de familiares cuidadores que prestavam cuidados diários a um parente doente, sem possibilidade de cura no domicílio, relatou que umas das dificuldades do cuidar nesse ambiente é a necessidade de desenvolver habilidades e de aprender rapidamente a manusear medicamentos, materiais e toda uma variedade de procedimentos que nunca imaginavam precisar saber. A autora acrescentou que o medo e a dúvida acompanham o cuidador, principalmente no início do cuidado no domicílio. Nesse sentido, a capacitação das cuidadoras poderia diminuir ou minimizar dificuldades encontradas no domicílio.

Estratégias para o cuidado

As entrevistadas informaram que, para facilitar a tarefa diária da execução do cuidado no domicílio, desenvolveram diferentes estratégias.

Uma cuidadora relatou que colocava fralda² (fralda para bebês até 5kg) no pênis da pessoa cuidada para economizar o uso da fralda geriátrica. A utilização de 'fralda de pênis' resulta em economia já que a fralda infantil possui custo inferior à fralda geriátrica. Também ela economiza seu tempo e sua energia, pela diminuição da frequência na troca das fraldas.

² Utilizado como referência o valor da fralda descartável de uso infantil, tamanho pequeno. **Apresentação:** pacote com 28 unidades. Marca: S. L. **Preço:** R\$9,42. Disponível em: <www.rimed.com.br>. Acesso em: 11 de janeiro 2007. (R\$9,42÷28 unidades=R\$0,33). 4 fraldas infantil x 30 dias= 120 fraldasxR\$0,33= R\$39,60// 1 fralda geriátricax30 dias= 30 fraldasxR\$1,06= R\$31,80// R\$39,60 + R\$31,80= R\$71,40. R\$190,80-R\$71,40= R\$119,40

(...) compro fralda de neném, essas pequenininha, que é mais baratinha. Porque a maior... é... se ele evacuar, troca. Se não eu só vou trocando, eu enrolo ela no pênis, (...), ele faz xixi, eu tiro ela. E não molha a outra (...) porque ele faz muito xixi (...). Porque se não eu tenho que ficar trocando a grande, aí eu tenho que virar ele prum lado eu viro pro outro. E ele é pesado (...).(C10E1-67)

Essa pessoa cuidada fazia uso de seis fraldas geriátricas ao dia, durante 30 dias o gasto seria de 180 fraldas/mês. Cada fralda geriátrica de tamanho médio tem o valor unitário³ de R\$1,06 totalizando R\$190,80 (cento e noventa reais e oitenta centavos)

Com a utilização de quatro 'fraldas de pênis' (C10P1) ao dia + uma fralda geriátrica tamanho médio ao dia, durante 30 dias, o custo total seria de R\$71,40. $R\$190,80 - R\$71,40 = R\$119,40$. Com a economia de R\$119,40, valor que pode permitir a cobertura de outros itens de despesas como alimentação e medicação.

Além da economia financeira, deve-se acrescentar que a troca freqüente de fraldas, com a devida higienização, previne a dermatite amoniacal e a infecção urinária. Essa prevenção é também uma forma de economia em medicamentos e em tempo despendido.

Um cuidador indicou o uso de coletor urinário para a incontinência urinária masculina. Entretanto é necessário advertir que, se não se fizer a higienização adequada, se não se fizer a troca diária ou, no caso de a pessoa apresentar

³ Utilizado como referência o valor da fralda descartável de uso adulto, tamanho médio. **Apresentação:** pacote com 30 unidades. Marca: B. **Preço:** R\$31,92. Disponível em: <www.rimed.com.br>. Acesso em: 11 de janeiro 2007. **OBS:** no estudo foi utilizado o valor de R\$1,06 para o cálculo de gasto de fraldas. ($R\$31,92 \div 30 \text{ unidades} = R\$1,06$)

alergia ao látex do preservativo, o uso do coletor urinário poderá causar lesões ao pênis. Dessa forma, a 'fralda para pênis' utilizada pela cuidadora pode ser a tecnologia adequada que traz economia de gastos e previne infecções.

Outra cuidadora utiliza canudo de plástico (tipo de refrigerante), para a administração da dieta. A pessoa cuidada tem dificuldade de deglutição e, com essa técnica, ela se alimenta sem esforço, sorvendo toda a dieta triturada no liquidificador. A técnica possibilita a ingestão adequada dos alimentos indispensáveis à manutenção das condições nutricionais.

Tem que ser batida no liquidificador, tem que ser, senão ela cospe. Você faz a sopa com pedaços, ela cospe, então você tem que bater, batendo ela toma no canudinho tudinho. (C3E1-28)

Uma entrevistada relatou que oferece a dieta na mamadeira, com leite e farinha vitaminada. Utiliza um lençol debaixo da mamadeira para calçá-la e mantê-la firme, o que possibilita, à pessoa cuidada, segurá-la e ingerir o alimento. Dessa forma, a cuidadora realiza outras tarefas domésticas e economiza sua energia.

A utilização dessa técnica possibilita a ingestão de nutrientes essenciais. É necessária, entretanto a supervisão freqüente para prevenir possíveis engasgos e a aspiração que pode causar complicações como pneumonia.

É, na mamadeira eu dou... sabe porque, quando é muita gente pra cuidar, aí tem mais ânimo porque é muita gente pra cuidar. Mas a gente sozinho, aí economiza um mucado porque senão a gente vai, e a pessoa doente fica. Aí eu dando a mamadeira, eu carço ela, e ela põe a mão e consegue mamar tudo. (...)Aí eu dou a mamadeira, e ela dorme. Eu falo: "Agora fica caladinha, vamos dormir igual neném ." Aí ela fica caladinha, pega e dorme. (C9E1-10)

Verifiquei, na análise dos dados, que as cuidadoras, ao buscar a economia de custos de tempo e de esforço físico, utilizaram a criatividade para o desenvolvimento de técnicas adequadas. Essas técnicas permitiram agilizar as tarefas e deixar tempo disponível para outras atividades. Outro fator positivo é a economia financeira proveniente dessas estratégias de cuidado. Além dessa economia que pode ser mensurada, destaco a economia 'invisível' relacionada à prevenção de agravos. Um exemplo refere-se ao estado nutricional adequado que dificultará o desenvolvimento de doenças alimentares e infecciosas.

Sena *et al.* (2004) afirmam que é interessante conhecer as diferentes maneiras de 'levar a vida de cuidadora no domicílio' e o processo de criar e utilizar os recursos existentes no ambiente sem aumentar os custos do cuidado domiciliar.

Adaptação do domicílio para a realização do cuidado

Os discursos surgiram ao se perguntar às cuidadoras sobre a realização de algum tipo de adaptação física no domicílio para facilitar o cuidado.

As entrevistadas citaram, como adaptações, a troca da cama da pessoa cuidada para a sala, a pintura das paredes do barracão, a construção de uma varanda. Relataram adaptações no piso do banheiro para prevenir quedas. Essas adaptações foram financiadas pela cuidadora e por seu irmão.

(...) no caso a cama teve que vim pra sala...(...) tive que por essa cama aqui por causa do conforto, (...) pra ficar mais com a

perninha esticada, pode deitar de dia...vê a televisão que ela gosta. O banheiro também era (...) tudo na cerâmica e nela tomar banho molha, e aí eu fico com medo de ficar escorregano, aí eu pedi o rapaz que tava trabalhando pro P. ele estragou a cerâmica assim, sabe? Fez uns grosso na cerâmica do banheiro pra poder num...escorregar porque o piso num é antiderrapante. (...) Aí agora num escorrega mais não. E aqui na casa também era tudo sujo, tava tudo escrito número de telefone, (...) Tudo sujo cheio de teia de aranha, aí o P. foi e pintou tudo, o P. reformou...a reforma foi por conta dele. (...) A pintura foi ele, e fiz essa varanda aí também, num tinha não. (C7E1-22)

Outra cuidadora relatou que trouxe a pessoa cuidada para sua casa, pintando o quarto próximo à sala para facilitar a recepção de visitas.

(...) A única coisa que nós fez aqui, é que os quarto trocou, né. Eu pus ela nesse quarto aqui, porque é muito mais fácil receber visita. Porque antes ela recebia muita visita, quase todo o dia. (C9E1-13)

A análise dos dados permitiu verificar a existência de relatos de adaptações no domicílio, mas as cuidadoras não citam os valores monetários agregados a estas adaptações. As cuidadoras citam desde mudanças de locais da cama da pessoa cuidada até pinturas das paredes dos quartos, e pequenas reformas, como parte do cuidado e para proporcionar maior conforto e facilitar a realização do cuidado sem, entretanto, contabilizar o gasto.

Segundo Szrajter (2002), as adaptações do domicílio aos cuidados deverão ser sugeridas pelos profissionais de Saúde, considerando a situação sócio-econômica e cultural da família. Acrescento que essas mudanças devem ser discutidas com os cuidadores e os familiares para serem realizadas segundo a realidade de vida das famílias.

A hospitalização

A possibilidade de hospitalização é um fato vivido pelas cuidadoras em seu cotidiano. A saúde das pessoas cuidadas está sempre oscilando e as cuidadoras vivem a expectativa com relação ao futuro da pessoa cuidada: ou é hospitalizada, ou tem seu quadro de saúde agravado até a morte.

Um cuidador relatou a necessidade de internação hospitalar para tratamento de pneumonia grave, exigindo a internação em Centro de Tratamento Intensivo (CTI) durante 20 dias.

(...) ele teve dois meses internado com pneumonia nos dois pulmão. E ele teve muito ruim mesmo. Assim, os médicos desenganaram ele, sabe, ele ficou 20 dias no CTI. Aí recuperou, recuperou até bem demais. (C17E1-3)

Outra cuidadora informou que a pessoa cuidada se recusava a ingerir os medicamentos anti-hipertensivos, o que ocasionou elevação da pressão arterial e a necessidade urgente de levá-la para uma unidade de emergência, para atendimento imediato em hospital.

(...)deve ter uns 5, 6 meses atrás que ela numa hora pra outra ela resolveu num tá tomando os remédio da pressão...punha na boca dela ela tirava. (...) tem que fazer ela engulir, como ela num engulia, é muito complicado, ai ela doeu. A gente teve que chamar carro, meu irmão num tava aí, teve que chamar carro depressa, levar pra policlínica, ela tava quase dando um derrame...(C14E1-24)

Outra cuidadora relatou que, durante uma hospitalização prolongada, sua mãe apresentou riscos de óbito. Houve a necessidade de transfusão sanguínea, controle da glicemia, controle da temperatura e a administração de antibióticos

para tratar de um quadro de infecção hospitalar. Durante a hospitalização a cuidadora e a família vivenciaram momentos em que sentiram que sua mãe iria morrer.

Aí ela fez a transfusão de sangue, a... glicose dela, tava tudo lá em baixo. Aí de repente, de madrugada, ela abre o olho, deu assim um sorriso assim. Aí eu falei com ela: “Ô mãe, a senhora tá voltando pra mim ou a senhora tá indo embora?”. Aí ela deu um sorriso, mas parecia que ela tava chorando de dor, alguma coisa. Quando chegou de manhã, minha filha, ela começou uma falação. E o médico chegava, perguntava “Oi, dona D., tá boa?”, “Tô boa e você?” “Gente ...veio o hospital inteiro! É... tanto o diretor... todo mundo! Ninguém acreditava. Eles chegavam, falavam assim: “Mas ela é forte, hein!”. Noventa dias dentro de um hospital, com infecção hospitalar, febre diária, 38, 39, (...), mas foi demais da conta! (C8E1-72)

Os dados revelaram que as cuidadoras convivem com a incerteza da sobrevivência das pessoas cuidadas. Elas relatam que vivenciam situações estressantes com as internações em unidade de emergência, em CTI e em unidade de internação. Geralmente o tempo da internação é prolongado e as pessoas cuidadas são submetidas a tratamentos intensivos e invasivos bem diferentes dos cuidados prestados no domicílio. Dessa forma, também, convivem com a finitude da vida e o aumento dos gastos em decorrência dessas internações.

Para Mendes, (2002) o cuidado de uma pessoa idosa e dependente está vinculado ao final de vida e não a seu começo; em uma dependência e não em processo emancipatório; tudo isso coloca as cuidadoras diante da finitude e da fragilidade da vida.

7.3.2. Cuidado solidário

A subcategoria 'Cuidado solidário' originou-se da pergunta feita para a cuidadora se, para exercer o cuidado no domicílio, ela tinha a ajuda de outra pessoa. Caso a resposta fosse positiva, perguntávamos quando ela recebia essa ajuda e quem a ajudava.

Essa sub-categoria é constituída pelos seguintes temas: 'Compartilhando o cuidado' e 'A retribuição do cuidado'.

Um entrevistado relatou que acolheu e cuidou de uma pessoa sem parentes em sua residência, e contou com a permissão de sua esposa e de seus filhos. Além disso, a pessoa cuidada foi acomodada no quarto do filho mais novo do cuidador.

(...) a dona dele veio a falecer, ele ficou sem referência. E como a última vez que foram internados, os dois juntos, eu que acompanhei diretamente, ia no hospital todos os dias, a coisa ficou sob a minha responsabilidade. Aí ela veio a falecer. O médico perguntou assim "Como é que você vai fazer agora?" Éh, ele não tem parente, não tem nada. "Vocês vão ter que tirá-lo daqui, porque ... tá perigoso dele pegar uma infecção." Aí...eu fiquei apertado. Vinha conversava com um, conversava com outro e nada. (...)Aí vim conversei com minha mulher, conversei com minha menina (...). Esse meu menino me ajudava a dar banho nele também. Tá com 22 anos. Ele falou:"Não, não tem problema, não." Então, eu falei assim: "Mas eu vou trazê-lo e colocá-lo no seu quarto." Ele falou: "Não tem problema". (C18E1-3)

Uma cuidadora relatou que, em casos de urgência, os vizinhos colaboram com a disponibilidade de transporte para a unidade de emergência mais próxima da residência. Ela acrescentou que os vizinhos têm essa disponibilidade, independente do horário, diurno ou noturno.

Essa vizinhança aqui...tudo ajuda a gente, é todo mundo aqui é muito prestativo...se precisar de uma urgência aí na hora cê recebe atendimento, qualquer casa que cê for...que cê bater, tira o carro na hora e leva. (C7E1-31)

Outra cuidadora utiliza uma cama hospitalar que foi recebida como doação de uma vizinha de seu irmão.

(...) no L. tinha um pessoal lá que tinha essa cama. Aí o moço morreu e ela falou comigo: "Procura saber de quem é a cama, como eles conseguiram a cama, aí cê arruma prá mim". Ela procurô sabê, era de uma mulher que morava lá, ela tinha comprado a cama pra mãe dela, só que a mãe dela não durou muito tempo, e aí ela fica 'doando' a cama pras outras, tem um ano que a cama tá aqui comigo. (C4E1-20)

Uma cuidadora relatou que a solidariedade e a união dos irmãos está presente para a compra de medicamentos e para o financiamento de uma cadeira de rodas.

Quando assim, quer comprar alguma coisa, um remédio que às vezes é caro, e que nós, eu e ela não tem, aí ajunta os irmão tudo nosso, e todo mundo ajunta os irmão tudo e compra. A cadeira mesmo foi assim, a gente comprou financiado, mas todo mundo deu uma parte. Todo mundo colabora. (C16E1-40)

Os discursos das cuidadoras revelam que a solidariedade está expressa na vida cotidiana da pessoa cuidada: para a compra e empréstimo de cadeira de rodas, para o auxílio com o transporte de urgência e para acolher e cuidar de uma pessoa sem parentes em sua residência.

Para Gonçalves (1999, p.136) à medida que se cria uma rede de apoio e de

solidariedade, “surge envolvimento, encurtam-se as distâncias, diminuem as diferenças, desponta o compromisso, o afeto toma o lugar da indiferença e a solidariedade se manifesta”.

Compartilhando o cuidado

O cuidado é compartilhado por cuidadores (as) secundárias (os) quando a situação exige, ou seja: durante a realização de um cuidado que demanda o auxílio de outra pessoa e eventualmente, quando a cuidadora principal necessita de tempo para seus assuntos.

Uma cuidadora relatou que o cuidado é compartilhado pela vizinha, ou pela filha que ajudam no banho.

É, cuido, e tem a 'enfermeira' que mora aqui que dá banho nela para mim. Ela é minha vizinha, que ela é 'enfermeira' aposentada, então ela dá o banho em mãe pra mim. No dia que ela não pode, aí eu dou, M. dá. (C3E1-4)

Uma das entrevistadas, cuidadora remunerada, disse contar com outras pessoas que a auxiliam no cuidado. A cuidadora fez uma viagem longa e as cuidadoras secundárias a substituíram.

(...) agora mesmo eu vou viajar que minha menina mudou pra Goiânia e eu tô indo sexta-feira viajar, mas ela vai ficar...tem a M. J. e tem a L. que são duas pessoas boas de confiança, gente boa mesmo. (C15E1-6)

Uma cuidadora disse que conta com ajuda na execução de alguns cuidados, como a troca de fraldas. Relata que, às vezes, até uma criança colabora

no cuidado.

Pra trocar uma flauda às vezes quando ela vem cá...ela me ajuda...porque tem que segurar ela, porque ela num fica em pé sozinha...eu coloco a flauda, outra hora é minha minina de 11 anos que me ajuda. (C14E1-4)

Para uma cuidadora entrevistada as atividades domésticas são conciliadas com as atividades de cuidado. Relata que as filhas que são cuidadoras se revezam semanalmente na realização do cuidado e assim não a sobrecarregam em demasia. Como os barracões delas têm conexões, essa alternativa foi viável.

Se ela ficasse na minha casa ou só na casa dela, um só dá conta. Mas ela aqui, nós temos nossos afazeres nas nossas casas. Temos nossos filhos. Então é assim: enquanto ela tá aqui, cada semana, de um sábado no outro,... essa semana ela tá aqui com ela. E eu tô na minha casa. Aí, sábado ela vai pra casa dela com os filhos dela, e eu venho pra cá com os meus. (C16E1-12)

Outra cuidadora contou que, quando precisa ausentar-se para a realização de outras atividades, uma das cuidadoras secundárias assume a tarefa do cuidado.

(...) aqui a gente é dividido. Essa que saiu pra trabalhar, ela de manhã me ajuda a dar banho nela, lava as roupa, porque troca de três em três dias, aí essa outra fica em casa, me ajuda, quando eu tenho que sair ela fica com ela, dá as coisa, só na hora de trocar que... tem que ser eu também. É, porque elas não agüentam segurar ela. Eu antes trocava sozinha, quando todo mundo trabalhava, mas agora não tem condição. Ela não deixa, a mão dela, ela coça, você tira dum lado, ela pega do outro. Então tem que ficar uma segurando pra você trocar. (C8E1-36)

Apreendi, na análise dos dados que o cuidado compartilhado é solidário e

sobrecarrega menos os 'ombros' da cuidadora principal. O 'peso' é distribuído e a responsabilidade também se dilui. Cuidado compartilhado, cuidado solidário.

A retribuição do cuidado

Os cuidados que as cuidadoras prestam aos familiares são vistos como uma retribuição do que esses familiares fizeram para a família e para a cuidadora.

Uma entrevistada relatou que sua mãe, pessoa cuidada, cuidou dos oito filhos. Agora, chegou o momento deles retribuírem o cuidado.

Os dados permitem inferir que a cuidadora considera uma obrigação por parte dos filhos a retribuição do cuidado que receberam da mãe. Para Mello (2002), em estudo fenomenológico sobre o sentido que o cuidador informal atribui ao seu fazer junto à pessoa crônica que está sob os seus cuidados no domicílio, apreendeu dos cuidadores que cuidar é um dever familiar, uma obrigação que é determinada por valores, princípios morais e por laços afetivos.

Mendes (2002), ao analisar os dados da pesquisa sobre o suporte domiciliar ao adulto com perda de independência e o perfil do cuidador principal, constatou também que muitos dos cuidadores viam essa atividade de cuidar como um dever moral decorrente das relações pessoais e familiares inscritas na esfera doméstica.

A gente tem que cuidar. Ela cuidou da gente a vida inteira. Agora chegou a nossa vez, entendeu? Sorte dela que ela tem oito filho pra cuidar dela. (C16E1-16)

Segundo Sena *et al.* (2000, p.548) "O cuidar é visto por alguns cuidadores

como uma obrigação, um favor que deve ser retribuído ao doente, em gratidão às suas atitudes anteriores”.

Uma das entrevistadas disse querer retribuir o cuidado que o seu pai proporcionou aos filhos da melhor maneira possível e acrescentou que, graças a seu pai, eles têm estudos, casa e profissão.

Por mais que você tenta fazer o melhor... igual dizem: “Ele é muito bem cuidado!”, é lógico que tem que ser e ainda falta. Ele cuidou da gente a vida inteira. Se a gente tá aqui hoje, se nós estudamos, se nós temos essa casa aqui, isso tudo aqui foi ele que deu pra gente. Como que você não vai cuidar de uma pessoa que cuidou de você a vida inteira? (C10E1-37)

Uma cuidadora entrevistada valoriza a idade de sua mãe, sua experiência de vida e acrescentou que a pessoa cuidada merece ser tratada com respeito, carinho e serenidade.

Porque eu acho que a pessoa com 101 anos, a experiência de vida, o que ela já deixou para a gente, merece ser tratada com respeito. (C3E1-41)

Os dados revelam que o cuidado é visto como obrigação, retribuição e respeito pela pessoa cuidada, sendo como uma continuidade da vida. Para Boff (2000), o cuidado sempre acompanha o ser humano porque este nunca deixará de amar e de se desvelar por alguém, nem deixará de se preocupar e de se inquietar pela pessoa amada. Dessa forma, as cuidadoras dão significado e sentido à vida, cuidando e mantendo a vida das pessoas cuidadas.

O cotidiano do cuidado no domicílio é um fazer e (re)fazer que se traduz em relativa autonomia, responsabilidade e compromisso. Pela insuficiência de poder

aquisitivo, as cuidadoras desenvolvem estratégias e adaptam o domicílio para facilitar o cuidado. A hospitalização é uma incerteza que assola as cuidadoras que se encontram mais sobrecarregadas ainda nesse período. Entretanto, quando o cuidado é compartilhado, ele fica mais 'leve', torna-se um cuidado solidário em que as cuidadoras podem, de alguma forma, retribuir o cuidado que receberam em suas vidas.

7.4 O cuidado e a expressão dos gastos

A categoria 'O cuidado e a expressão dos gastos' revelou-se a partir dos discursos das cuidadoras e principalmente quando da orientação para o preenchimento das planilhas.

A planilha foi o instrumento quantitativo utilizado pelas cuidadoras para o registro dos gastos com o cuidado no domicílio, sob orientação da pesquisadora. A 1ª planilha foi orientada na 1ª visita e a 2ª planilha foi orientada no 15º dia após a 1ª visita. O diário da cuidadora e o diário da pesquisadora serviram de complementação para os dados quantitativos e qualitativos. Somente uma cuidadora registrou o valor dos gastos com o cuidado no domicílio. Portanto foi necessário recorrer à consulta de preços para os itens listados nas planilhas para se chegar a um gasto aproximado da família com alimentação, medicamentos, artigos de consumo, serviço de internação domiciliar e instrumentos para a execução dos cuidados. A verificação dos preços foi realizada no mês de janeiro

de 2007 em farmácias, supermercados, e *sites* específicos para produtos e instrumentos médico-hospitalares, no município de Belo Horizonte.

Essa categoria compreende duas sub-categorias: 'O SUS' e 'Gastos com o cuidado no domicílio'.

7.4.1 O SUS

A sub-categoria 'O SUS' é composta dos temas: 'O SUS como facilitador do cuidado no domicílio', 'As dificuldades apresentadas pelo SUS' e a 'Saúde suplementar'.

O SUS como facilitador do cuidado no domicílio

A saúde é um direito de todos e dever do estado garantido pela Constituição Federal por meio do SUS, que tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade, a integralidade e o controle social.

Um dos desafios do SUS, desde a sua criação, é a construção da equidade que consiste em investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já tem o acesso garantido (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, as pessoas cuidadas no domicílio têm o direito constitucional de acesso universal e oportuno a serviços de propeidética e terapêutica em Saúde.

Uma cuidadora informou que, quando se faz necessário, a pessoa cuidada é atendida no serviço de emergência ou no domicílio, pelos profissionais de Saúde

do PSF, próximo a sua casa. Informou que os medicamentos prescritos como anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais são fornecidos pela Farmácia Distrital.

(....) o médico passa a receita e a gente vai na farmácia, na farmacinha do SUS e pega. (C14 E1-9)

...até que daqui o atendimento da policlínica daqui, é ruim assim pra gente quando adoce chegar lá, moooofa lá, fica sentado lá um tempão. Mas no caso dela quando passa mal assim, chega e eles já manda entrá ela, atende rapidim...quando é preciso dela ficar lá internada, fica, as enfermeira são super gente boa da policlínica, as minina aqui do posto, a D. vira e mexe tá passano aqui, "sua mãe tá bem, l. ?", tá precisano da visita do médico? Aí quando tá, eu falo tá, mas tem o quê? Uns 3 mês que o médico num vem, graças a Deus num tá sendo preciso. (C14E1-26)

(...) ela toma glibemclamida, que é pra diabete, toma 3 tipo pra pressão, eu até tô precisando ir no posto conversar com o médico, prá ver que tem um dos remédio dela pra pressão que ele cortou, o captropil...ela não tá tomando, ela tá tomando o hidroclorotiazida, o nifedipina (C14 E1-9)

Outra cuidadora relatou que a Policlínica conta com um serviço de laboratório domiciliar para as pessoas acamadas e a pessoa cuidada tem utilizado esse serviço.

E o laboratório vem colhe sangue dela aqui, o primeiro paguei, o segundo J. conseguiu que viesse, veio fez a coleta dela, deu tudo bem graças a Deus. (C12E1-20)

Um cuidador falou já acessou várias vezes o SAMU para o atendimento em casos de emergência. Esse serviço é equipado com ambulâncias que realizam remoções de pessoas impossibilitadas de deambular, seja por gravidade do quadro clínico, por debilidade ou por serem portadoras de acometimento nos membros inferiores, com quadro clínico caracterizado como urgência ou

emergência.

(...) tem um documento, quando eu entro em contato com o SAMU, que eles me atendem eu já explico...tudo prá eles e eles mais ou menos já sabem do caso dele, porque quando ele morava lá em baixo, a gente que acionava o SAMU, a maioria das vezes fui eu que acionei o SAMU. ... não tem hora não, onze horas da noite, duas horas da madrugada. (C18E1-52)

Esse mesmo cuidador utilizou preservativos, fornecidos pela ESF, como coletor urinário para a pessoa cuidada, que apresenta incontinência.

Ele usa o coletor, o coletor com o preservativo. Preservativo, se não tiver, tem que comprar. É, se tiver no posto, eles me doam. (C18E1-51)

Uma entrevistada falou da excelência do hospital municipal que conta com médicos especialistas, leitos e conforto e pode ser utilizado pela pessoa cuidada, sempre que necessita.

(...) podia M. C. arrumar um, um jeitim de aceitá ao meno uma pessoa mais de 65. Deus ajuda que não, mas se mamãe conseguisse entrar naquele L. F. ali ia ser bom demais, ali tem cardiologista...tem geriatra, ali tem conforto, cama à vontade, é um excelente hospital, ninguém fica no chão (...) (C7E1-3)

Outras cuidadoras relataram que recebem medicamentos como diuréticos, vitaminas e pomadas, fornecidas pelo SUS.

Fora disso é só o AAS, que ela toma diariamente, e o Lasix um dia sim um dia não, e isso nós conseguimos no posto. (C8E1-46)

Igual há pouco tempo nós tivemos pneumonia. Ela teve, eu tive, foi na Semana Santa que a gente teve, aí toma remédio, mas só o tanto assim que precisa. Mas ela toma é... Complexo B, uns fortificantes, umas coisas assim que às vezes até o médico lá do posto mesmo tem receitado pra ela. (C3E1-9)

O dexametasona também tem no posto. (C17E1-35)

Os dados revelam que a disponibilidade de consultas, o fornecimento de medicamentos, a utilização do laboratório, a utilização do serviço de emergência e do hospital, bem como as remoções feitas pelo SAMU são itens que auxiliam na redução dos gastos representando economia financeira para os familiares das pessoas cuidadas. No entanto, as famílias não contabilizam os gastos dos serviços e medicamentos oferecidos pelo SUS e aqueles adquiridos por conta própria.

Segundo Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005), em estudo realizado sobre as características do processo de cuidar e a experiência de 10 mulheres que cuidam de seus maridos idosos em Bambuí-MG, de maneira geral, as informantes do estudo atribuem ao SUS uma ajuda irregular, de qualidade inferior e têm também, dificuldades em reconhecer o valor do SUS, o que se verificou no presente estudo também.

As dificuldades no SUS

Em contraponto às facilidades relatadas pelas entrevistadas, foram descritas dificuldades relacionadas aos serviços do SUS, como a descontinuidade da atenção do médico e demais profissionais de Saúde.

...depois que o Dr. G. saiu, não veio mais. O Dr. G. vinha. A gente pedia, quando às vezes precisava ele vinha, ou às vezes até sem pedir ele vinha. Mas agora, depois que ele saiu, os médicos que vem aí não ficam e não vem nas casas. (C3E1-24)

Só que não tem médico no posto. Lá tem até plaquinha: ' Não tem médico.' Eu até falei com a mamãe: "Mãe não tem médico, tem que achar um que tem." (C11E1-6)

Outra deficiência apontada pelas entrevistas foi a insuficiência de material como, por exemplo, gazes para os curativos realizados no domicílio.

Aí aqui tava difícil prá me arrumar gazinha, aí eu conversei com ela, vê se lá onde cê mora é mais fácil, aí ela que tá me arrumando, me manda os rolo assim ó. Aí eu vou cortando e faço os curativo, ela tá me ajudando, senão eu precisava comprá ou ficava cortando pano velho, cortando lençol, blusa, o que achava na frente, que tem de fazé curativo 2 vezes, de manhã e de tarde. Ainda que os outro machucado melhorô, só tem 2, um na coxa e outro assim onde ela quebrou o fêmur. (C4E1-9)

Uma entrevistada citou como exemplo de dificuldade a morosidade do serviço especializado, aqui relatado pela demanda de uma pequena cirurgia.

Então tá difícil tem quase um ano já que ela não vai no médico. Ela tá também com um negócio assim na perna tipo assim uma berruga. Só que o trem cresceu, ficô desse tamanho assim e virô assim de tanto que cresceu. Aí fizemo o negócio (encaminhamento) pra tá fazendo a cirurgia e até hoje não chamaram! (C4E1-27)

Uma entrevistada apontou a carência de cobertores, de fraldas geriátricas e de leitos em um serviço de urgência do SUS.

Eu falei: "Mas doutor cumé que ela vai ficar aqui nesse banco doutor...eu tô disprivinida de fralda, já fez xixi na fralda, cumé que eu tô pra arrumar? A cubertinha que eu tinha levado era pôco, a policlínica num tem cobertor, não tem cobertor...Cumé que eu vou fazer? (C7E1-1)

Uma cuidadora falou das dificuldades de acesso à atenção de fisioterapia, caracterizadas por descontinuidade e morosidade dos serviços especializados.

O ruim é porque eles fazem assim. Eles marcam só dez sessões, dez vezes. Aí elas faz dez vezes. Dói muito no começo, depois da quinta em diante, já alivia. Faz e não vai doer mais. Aí quando acaba as dez, fica 6 meses sem fazê, 3 meses, aquelas dez que ela fez não adianta mais. Ela vai começar tudo de novo. Ou para ou faz direto. Tudo bem, se ela ficar sem fazer, ela vai atrofiá tudo. (...) Já tem quase ano que ela não tá fazendo. Então não adianta. Agora, se começar agora, ela vai sentir dor tudo de novo. Porque os movimento que faz, dói, porque o nervo tá parado. (C16E1-46)

Duas cuidadoras utilizam estratégias para suprir a deficiência do serviço de fisioterapia por meio da rede social de relacionamentos.

A moça ficou fazendo fisioterapia por uns tempo aqui em casa aí depois conseguiu a vaga pra ele, saiu a vaga pra ele no H. S. P. Aí a gente levou ele pra lá e ele ficou cinco mês lá no H. S. P. fazendo fisioterapia. Aí depois de cinco mês ele voltou pra casa, agora tá em casa esperando pra ver se sair outra vaga pra fazer fisioterapia. (C6E1-5)

... ele estava inerte na cama, ele mexia pouco com as mãos, com os pés nada. E agora a gente tem uma filha dum vizinho nosso aqui em cima, que ela tá formando em fisioterapia, aí eu falei com ela: "Vai lá, faz uma visita e vê como que mexe com ele, como é que faz." Ela veio aqui: "Arruma uma bolinha faz isso, aquilo outro." Aí nós compramos uma bolinha pra ele. Eu marquei uma consulta com o Dr. R. ele ficou espantado: "Mas o seu A. tá...só tá faltando andar." (C18E1-13)

Diante das dificuldades do SUS apresentadas pelas cuidadoras, algumas optam pela utilização da saúde suplementar na tentativa de garantir o acesso da pessoa cuidada aos serviços e continuidade do tratamento, mesmo reconhecendo que é oneroso para os familiares.

Segundo Veras (2003), o atual sistema de atenção à saúde é precário, desorganizado, não criando condições para que os recursos sejam utilizados melhor e adequadamente. Também nos países desenvolvidos, os gastos com a

saúde dos idosos são elevados, mas os recursos são aplicados de forma judiciosa e resolutiva.

Saúde suplementar

Cinco pessoas cuidadas possuem planos de saúde. Duas pessoas cuidadas estão em internação domiciliar por seus respectivos planos. As outras três não possuem em seu contrato a modalidade de atenção domiciliar.

A filha de uma das quatro pessoas cuidadas que pagam um plano de saúde conta com uma equipe multiprofissional composta de médico, enfermeira, nutricionista e fisioterapeuta para o cuidado no domicílio, que são acessados quando necessário. Uma cuidadora relatou que optou por esse plano de saúde pela garantia da retaguarda de um hospital e de ambulância para realizar a remoção em caso de urgência. Salientou que o pagamento do plano no valor de R\$450,00 tem impacto no orçamento familiar.

Dela pago 450 de convênio, mas eu não posso deixar porque a gente, tudo bem, você consegue, mas e pra ela, se ela precisar urgente, e não tiver um hospital para dar apoio. Bem que a gente pensava, mas vai fazer o quê? Então...aí fui obrigada porque tem médico domiciliar (...) Ele vem uma vez por mês, mas quando o quadro tá pior, ele vem sempre. Aí vem a enfermeira que é a H. quando tem... igual ela tava cheia de negócio ela veio, deu a pomada, e quando melhorou ela falou: "Agora eu venho daqui um mês, mas se tiver alguma coisa, você me liga." Tinha a nutricionista, tinha a fisioterapeuta. Vão que ela precise os hospital entra tudo em greve, como é que você faz? Aí você tem que pagar. Aí, esse é o pesado, a U. é o pesado. (C8E1-31)
Tem ambulância, eles pegam, mas eles não trazem. Quando interna a gente paga táxi. (C8E1-47)

O plano de saúde de outra pessoa cuidada, era pago por seu filho que colocou a pessoa cuidada como dependente. A quantia aproximada de R\$300,00 era descontada na folha de pagamento do filho. Fornecia assistência domiciliar de equipe multiprofissional, todos os medicamentos e materiais médico-hospitalares, bem como as fraldas geriátricas descartáveis. Esses dados podem ser evidenciados no relato do diário da pesquisadora (C10DP1-2).

O convênio é da C. e tem o serviço de internação domiciliar. É o convênio, meu irmão que paga. Ah, agora tá uns trezentos e pouco, porque é antigo. Se ele ficar internado fica tudo por conta da C. eu não pago nada, até fralda eles tem que dar. (C10E1-8)

Ela me informou que o valor das fraldas e dos medicamentos é pago pelo plano de saúde após visita de auditor em sua casa. O plano é da C., o seu irmão trabalha nessa firma e ele sempre pagou o seu plano, agora que veio precisar mais. Fomos no quarto e observei que o leito é hospitalar sendo que tem um colchão tipo caixa de ovo em cima do outro, tinham três balas grandes de oxigênio, aspirador de secreções e suporte de soro, tudo do serviço de internação domiciliar. A pessoa cuidada estava com punção venosa, coletor urinário, e traqueostomia por onde recebe oxigênio. Na mesa tinha medicamentos, frascos de soro, e vários materiais médico-hospitalares. Existia também um prontuário com o nome de toda a equipe que presta atendimento a ele: médico, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista e dois técnicos de enfermagem. (C10DP1-2)

Utilizei os critérios da ANVISA (2003) para a avaliação de elegibilidade da pessoa cuidada para o serviço de assistência domiciliar. Apliquei-os na pessoa cuidada da C10. Para a classificação do grau de dependência utilizei a tabela do NEAD (DAL BEN, GAIDZINSKI, 2007) (ANEXO 14) chegando à avaliação de complexidade.

Para o Programa de Internação Domiciliar a pessoa cuidada necessitaria de

12 horas de cuidados profissionais atingindo o valor⁴ de R\$2.325,00 por 30 dias.

Inferi que esta quantia extrapola o orçamento domiciliar das famílias do nosso estudo.

A classificação da complexidade de cuidados de saúde realizada com o cálculo da assistência domiciliar foi utilizada devido à recusa de fornecimento de dados das empresas que prestavam atendimento domiciliar, no momento da coleta de dados, para a pessoa cuidada do estudo que se encontrava em internação domiciliar.

Entretanto, mesmo na saúde suplementar, existem planos de saúde que não apresentam a modalidade de atenção domiciliar. No caso de uma terceira pessoa cuidada, o valor do plano é descontado na aposentadoria da filha. A cuidadora relatou que, quando necessita da visita de um médico, a remuneração no valor de R\$180,00 é realizada separadamente, o que onera o orçamento da família. Se se considerar o salário mínimo, essa quantia representa 51,4%, sem levar em conta os gastos com a alimentação, higiene, medicamentos, fraldas, artigos de limpeza, utilização de eletricidade e água, o que contribui para elevar os gastos com o cuidado no domicílio.

Não tenho condições de levar ela no médico. Era importante se o médico viesse na casa. Eu pago plano de saúde, mas o plano de saúde que eu pago também não manda em casa, pra mandar eu teria que pagar. (...) o médico vai, mas cobra R\$ 180,00. Não tenho condições de pagar R\$ 180,00 pro médico vir aqui em casa, vão dizer de mês em mês, de dois em dois meses. O salário que

⁴ VALÉRIO, M. H. (Comunicação pessoal) Através de contato telefônico, foi informado: o *home care* dispõe de atendimento de saúde domiciliar prestado por uma equipe multiprofissional de saúde aos clientes estáveis clinicamente, que são classificados em três níveis de assistência: alta complexidade: requer atenção de enfermagem por 24 horas. Valor da assistência: R\$155,00/24hs. Média complexidade: enfermagem por 12 horas. Valor da assistência: R\$77,50/12 hs. Baixa complexidade: procedimentos de enfermagem. Disponível no site: <www.hospitalresidencia.com.br/>. Acesso e contato telefônico em: 12 jan. 2007.

eu recebo é o quê? (...) eu não tenho condições de ficar levando. Mas graças a Deus, como ela também não sente as coisas, ela não queixa, não fico levando. Igual a A. combinei de ela vir aqui, mas assim ela vem particular, ela não vem pelo INPS, ela vem pelo particular, então é assim que acontece. (C3E1-25)

Uma quarta pessoa cuidada relatou que o valor do plano de saúde de R\$300,00 é descontado na folha de pagamento de sua esposa. A cuidadora informou que foi solicitado serviço de atenção domiciliar mas esse benefício ainda não se efetivou.

A PV é paga. Minha mãe que paga ela. Ah, ela paga 600,00 reais por mês, só pros dois. Mas também é um plano, assim, meu pai ficou lá dois meses internado...Lá no S. éh... tratamento vip. Se pedir tem, é fisioterapeuta, é fonoaudiólogo. Mas ele não conseguiu. Mas a gente não conseguiu ainda. Que não é todo mundo que faz, entendeu, dentro do plano. (C17E1-26)

No caso da quinta pessoa cuidada que tem plano de saúde, o valor de R\$160,00 é descontado de sua aposentadoria. (Anotado no diário da pesquisadora: C15DP1-9).

Ao analisar os dados apresentados pelas cuidadoras foi possível inferir que, se os familiares das pessoas cuidadas não possuísem plano de saúde, não teriam condições financeiras de arcar com as despesas do cuidado domiciliar.

O menor valor dos planos de saúde é de R\$160,00 e o maior é de R\$450,00, o que representa impacto no orçamento dos familiares das pessoas cuidadas. Das 17 pessoas cuidadas deste estudo 29,4% possuem plano de saúde.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,

2007) a população brasileira atual é estimada em 187.927.409 habitantes e a ANS (ANS, 2007) estima que aproximadamente 37 milhões de consumidores utilizam a saúde suplementar, o que representa 19,8% da população brasileira é assistida com os planos privados de saúde no país.

Mas, mesmo na saúde suplementar, existem planos de saúde que não apresentam a modalidade de atenção domiciliar, negando o direito do idoso estabelecido no Estatuto do Idoso: Capítulo IV, “Do Direito à Saúde”, e artigo 15, & 1º: a prevenção e manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover (BRASIL, 2004). Sendo assim, acredito que seria responsabilidade também dos planos de saúde e da rede pública de serviços de saúde a atenção domiciliar do idoso quando atende aos critérios de elegibilidade para essa modalidade de cuidado.

7.4.2 Gastos com o cuidado no domicílio

Essa sub-categoria apresenta os seguintes temas: ‘Orçamento apertado’, ‘Medicamentos’, ‘Alimentação’, ‘Instrumentos para a execução do cuidado’, ‘Artigos de consumo’, e ‘Transporte’.

Orçamento apertado

No geral, as cuidadoras relatam que vivenciam um orçamento apertado. Elas procuram, de várias formas, equilibrar o orçamento e garantir o mínimo e o básico para a sobrevivência da família e do cuidado no domicílio.

Uma cuidadora relatou que se esforça para evitar que a pessoa cuidada “adoeça” e assim piore a situação do orçamento familiar. A cuidadora falou que busca forças espirituais para vencer a sobrecarga da tarefa do cuidado no domicílio e equilibrar o orçamento. Marques (2003), em estudo etnográfico com o objetivo de compreender a experiência de familiares cuidadores que prestavam os cuidados diários a um parente doente, sem possibilidades terapêuticas de cura, no ambiente domiciliar; apreendeu dos discursos das informantes, que a força propulsora para o cuidado é a fé em Deus, independente da religião. No presente estudo, as cuidadoras evocaram Deus nas mais diversas situações, como um suporte em que se pode confiar sempre.

Tô pedindo a Deus que ela não adoença não. Porque se ela adoecer o negócio complica pra mim. Porque a gente vai lutando, lutando, e a gente não agüenta ficá enfrentando o hospital. A idade que ela tá, ela não fica sozinha no hospital. Eu não tenho condição de pagar a ninguém pra ficar lá. Igual eu já enfrentei muito, a gente tinha que pagar. Eles pedia aí R\$ 25,00 pra ficar uma noite com ela no hospital. Eu paguei de uma noite ou duas, o resto a família teve memo que sofrer e vim do serviço e ficá lá pra descansar eu. Senão a gente não guenta! Então eu tô pedindo a Deus que ela não adoença não! (C9E1-39)

Essa mesma cuidadora tentou remunerar uma empregada doméstica, mas concluiu que não possui condições financeiras para esse gasto. Nesse relato, novamente a cuidadora mencionou Deus como apoio e companheiro na realização do cuidado, revelando uma crença religiosa e uma esperança de que pode vencer os desafios do cuidado diante da falta de recursos humanos e financeiros:

Tem vez que às vez a gente sente que não tá dando conta, pensa às vez em pagar uma pessoa pra tomar conta. A gente pensa pra lá e pra cá é difícil. Porque a gente vai pô uma pessoa

pra ajudar e as veiz não tem condição, pra pagar aquela pessoa. Eu teve uma veiz que eu mandei aí uma menina que veio do interior que ficou comigo. Ela ficou comigo, ela não resistiu mais que um mês. Quando eu vi que as coisa tava complicando, e ia complicá, antes de complicá eu falei: "Ó minha fia eu não tenho nada que reclamar do cê, mas as coisa eu já medi e não dá pra ocê ficá comigo, e não tenho condição de te dar um dinheiro. E além disso ela tinha a menininha dela que eu tinha que cuidá, do mesmo que eu tratava da mãe eu tinha que tirá pra menininha dela. "Então, é melhor ocê ir embora". Aí eu falei: "Eu vou enfrentar sozinha memo com Deus" (C9E1-42)

Para Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005, p. 1.514), “essa crença religiosa tampona sofrimentos individuais, mas também colabora para minimizar a responsabilidade social pelo cuidado e esconde a descrença nos aparelhos públicos existentes”. Dessa forma, a sobrecarga do cuidado no domicílio fica entre quatro paredes, no íntimo solitário do cotidiano das cuidadoras, não ultrapassa o ambiente privativo, não tem repercussões na esfera política.

Uma entrevistada falou das dificuldades financeiras da família que conta como orçamento familiar o valor de um salário mínimo. Ela relatou que, para a compra de fraldas, medicamentos e frutas foi necessária a ajuda do irmão.

...Nossa Senhora, Jesus amado, num dá pra nada! Compra fralda, compra remédio, tem ajuda dos filhos, claro...Num caso assim, faltou a fralda...P. compra. Faltou o norfloxacin...P. compra, mas é, tem uma carne, a gente não consegue manter assim um ritmo...é muito pouco. É um suco, é uma coisa assim supérfluo, porque o pobre, o pobre muito pobre, que vive só de trezentos e pouco por mês ele passa apirrêio. Ele passa dificuldade na vida...chega no mei do mês, pra mim fazer um suco de laranja, natural, bonitim, pra resfriado, gripe, cê tem que deixar de fazer outra coisa pra cê ir ali e comprar meia dúzia de laranja. O pobre num passa fome não, mas pra ele manter ali a vidinha, pra manter...uma alimentação, ele passa aperto. (C7E1-6)

Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-

econômicos (DIEESE, 2007), o salário necessário para cobrir os itens definidos na Constituição do Brasil capazes de atender as necessidades vitais básicas e das famílias como: moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, em novembro de 2006, seria de R\$1.613,00, considerando uma família de dois adultos e duas crianças sendo que estas consomem o equivalente a um adulto (DIEESE, 2007).

A família da C7 tem uma pessoa idosa, e duas adultas, com a renda familiar de R\$720,00 (C7P1), valor insuficiente considerando o salário necessário, segundo o DIEESE, sem considerar os gastos com o cuidado domiciliar. Para compensar esse déficit, nesse caso, os familiares dão o suporte necessário, na compra de frutas, carne, fraldas e dos medicamentos não fornecidos pelo SUS.

Uma única entrevistada falou que as tarifas de água e luz também causam impacto para quem sobrevive com um salário mínimo.

E aperta pra gente, porque 350 reais não é dinheiro pra gente manter. Porque quem leva mesmo é o próprio governo, porque ele leva na luz, eu tenho um tanquinho aí eu não tô nem ligando, pra ver se diminui a água, a luz tá 67 se liga alguma coisa, tem hora que a Cemig manda aí 80 reais, 80 e tantos, a água minha é 80 e tantos. (C13E1-34)

Nesse caso considerado, o valor das duas tarifas foi o equivalente a R\$160,00; atingindo 46% do salário mínimo. Essa pessoa cuidada utilizou durante 30 dias o equivalente a 62 fraldas (C13P1-2) no valor total de R\$65,72⁵. Segundo o DIEESE a cesta básica de alimentos para Belo Horizonte, em novembro de 2006

⁵ Utilizado como referência o valor da fralda descartável de uso adulto, tamanho: média, apresentação: pacote com 30 unidades. Marca: 1 Preço: R\$31,92. (R\$31,92÷30unidades=R\$1,06)- 62xR\$1,06=R\$65,72 Disponível em: <www.rimed.com.br>. Acesso em: 11 de janeiro 2007.

foi o equivalente a R\$179,25. Somando-se esses três itens (tarifas, fraldas, cesta de alimentos), o valor encontrado é R\$404,97 o que ultrapassa o salário mínimo dessa pessoa cuidada. Considerando as outras despesas com medicamentos, artigos de limpeza e higiene (C13P1-2) a quantia equivalente a um salário mínimo é insuficiente para as despesas da pessoa cuidada.

Essa mesma cuidadora relatou a ajuda dos netos para a compra das fraldas.

Agora que ela tá doente a fralda é mais, então tem dia que ela fica sem fralda aí, então quando a minha sobrinha que chama eu de vovó, a minha neta ela trazia a fralda pra ela, agora esse que tá trabalhando também quando falta a fralda, ele compra pra ela, eu compro. Porque não dá pra sustentar o mês todo e ela não pode ficar sem. (C13E1-25)

Nesse caso relatado, moram na casa outros dois adultos que dividem as despesas. Segundo a cuidadora, é necessário que os netos auxiliem na compra de fraldas para a pessoa cuidada considerando que o valor da aposentadoria da pessoa cuidada é insuficiente para manter todas as suas despesas.

Os dados demonstraram que as pessoas cuidadas que possuem plano de saúde privado também passam por dificuldades econômicas e se esforçam para mantê-lo. Quando uma cuidadora estava trabalhando, ela gastava até R\$1.000,00 com os medicamentos e fraldas para seu pai que se encontrava em internação domiciliar. Verificou-se também o aumento nas contas de luz, devido à utilização de aspirador de secreções, o que não foi contabilizado. A pessoa responsável ficou desempregada e exigiu a presença de um auditor do plano de saúde para

que assumissem as despesas do cuidado no domicílio.

Antes eu gastava, mas como eu fiquei desempregada, eu pedi prum auditor vim aqui e ver a casa primeiro. Aí ele veio, expliquei a situação, e falei assim: “Olha, antes eu tinha uma renda de x, só que agora, só a farmácia dele com fralda com tudo fica mais de 1000 reais, 900 por mês. Como que eu vou poder parar de trabalhar e cuidar dele com a farmácia desse preço? Não tem condição. Aí vocês vão ter que pensar aí. Se eu parar de trabalhar eu não vou poder ter uma despesa dessa aí não.” Porque só o... aquele aparelho pra poder aspirar, o aspirador, já gasta, aí tinha o outro pra fazer a micro, cortei e falei assim “Não vou usar, vou fazer no oxigênio”. Aí tá fazendo no oxigênio. Eu falei assim: “Eu não posso. Eu tenho que cortar tudo”, porque a água, a luz, já aumentaram. (...) Então isso pra mim já é gasto, eu tenho que passar a roupa dele todo dia, não tem como. (C10E1-46)

Essa mesma cuidadora relatou que o valor dos atendimentos ambulatoriais realizados cobrados pelo plano de saúde é dividido em 5 vezes para desconto na folha de pagamento, o que onera o orçamento familiar.

Vamos supor, se ele passar mal for só no hospital fazer algum exame e voltar, então é cobrado. Aí tem que pagar. Sabe, aí por mês tem uns descontos. Eles dividem em tudo em 5 vezes. Bom, em janeiro pra variar ele ficou no B. Nós ficamos um dia com ele. Nove da manhã, saímos às nove da noite. Seiscentos e pouco. Teve que pagar. (C10E1-13)

Para uma pessoa cuidada que não possui familiares que assumem o manejo do orçamento, a cuidadora informal se responsabiliza pelo controle do valor da aposentadoria e o pagamento das tarifas de luz, água, telefone, com as despesas de alimentação, medicamentos e o salário das cuidadoras.

É 1.000,00 reais... se fosse pagar um salário pra cada uma, a aposentadoria num dava, cê tem que controlar esse dinheiro muito bem, ter que manter a casa, pagar as conta, (...) ela tem que ter

uma alimentação mais ou menos, senão acaba adoecendo e aí fica mais caro. Graças a Deus, ela é uma pessoa que nunca adoeceu depois que eu entrei aqui, tem essa doença dela aí que é mal de Parkinson, mas nada mais. Então eu tenho que rebolar pra ela ter um dinheiro assim, quando é assim uma fruta ou uma coisa assim, meu genro tem uma loja de fruta no Ceasa, aí ele traz. Do meu salário eu tiro e pago pras duas, agora como eu vou viajar eu já num vou receber, então quem vai receber é a outra que vai ficar no meu lugar, é assim que a gente controla...Uma pessoa só aqui num tem jeito, que é 24 horas, de dia e de noite. (C15E1-52)

Uma entrevistada informou a necessidade de manter o plano de saúde para acessar um hospital de apoio quando necessário. Relatou ainda a diminuição da aposentadoria que não tem tido reajustes segundo a inflação, e a utilização de empréstimos para custeio das despesas da família.

Ela ganha salário mínimo. Eu que ganho um pouquinho mais. Mesmo assim, ela tá comendo meu dinheiro todo. Eu aposentei com oito e meio, não ganho nem 3 hoje. Então a renda mesmo entre eu e ela e essa outra que saiu que nem emprego tem, pode por aí 1500. Não é mais do que isso. É, eu fico na base do empréstimo... Ainda pago o plano de saúde que vou te contar, tem hora que eu tenho vontade de desistir, mas eu não posso deixar porque se ela precisar, urgente, e não tiver um hospital para dar apoio, mas não posso deixar, pago 450 de plano de saúde. (C8E1-27)

Ao analisar os discursos das cuidadoras, apreendi que todas relataram dificuldades financeiras relacionadas ao orçamento doméstico, inclusive para as cuidadoras que apresentam renda acima de três salários mínimos e colaboram com as despesas da pessoa cuidada.

As entrevistadas afirmaram que algumas pessoas cuidadas têm alimentação inadequada. Em geral, as frutas, as fraldas, o leite e os

medicamentos são comprados pelos familiares. Apreendi que o suporte financeiro familiar é importante para a execução do cuidado no domicílio. As entrevistadas relataram que se apegam a Deus para terem força interior para exercer esse cuidado com as dificuldades que se apresentam. Para as pessoas com renda familiar de até três salários mínimos, a contratação de um cuidador informal ou mesmo uma empregada doméstica para diminuir a sobrecarga das tarefas domésticas e do cuidado domiciliar, mostrou-se inviável.

Segundo as informantes do estudo de Marques (2003), as dificuldades financeiras influenciam na qualidade do cuidado prestado, mesmo se tratando das necessidades básicas como alimentação e medicamentos. Os dados que analisei também apontam que as dificuldades financeiras interferem na qualidade do cuidado e da vida das cuidadoras.

Medicamentos

A sistematização dos dados das planilhas evidenciou que 70% das famílias assumem os gastos com medicamentos e também os adquirem pelo SUS; 18% adquirem somente pelo SUS e 12% compram medicamentos (ANEXO 15). O maior valor de medicamentos foi de R\$376,55 (ANEXO 16) e o menor valor encontrado foi de R\$4,40.

Como as cuidadoras não registraram o valor dos medicamentos, foi necessário fazer levantamento de preços dos dados das planilhas em *site*⁶

⁶ Foi utilizado como referência o site: <www.consultaremedios.com.br>. Acesso em: 11 de janeiro 2007.

específico. Apenas uma cuidadora registrou o valor dos medicamentos utilizados pela pessoa cuidada (C14P1-2).

Para Silveira, Osório e Piola (2002), em estudo que discute as principais características dos gastos das famílias brasileiras a partir da POF e da PNAD, nas famílias das pessoas que pertencem aos 90% mais pobres da população, a maior parte das despesas com saúde é com a compra de medicamentos.

As entrevistadas relataram que os analgésicos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e ansiolíticos são fornecidos pelo SUS de forma irregular. Já antibióticos, bronco-dilatadores, colírios e medicamentos para Doença de Parkinson representam impacto no orçamento doméstico por serem comprados. As pessoas cuidadas utilizam também medicamentos tópicos, anti-depressivos, remédios para constipação intestinal, anti-ácidos e para hipotireoidismo, geralmente adquiridos pela família.

Alimentação

Somente uma cuidadora fez o registro do valor dos alimentos nas planilhas (C8P1-2). Cinco cuidadoras registraram os alimentos utilizados, sem anotação do valor. Os dados do valor da alimentação registrados por essa cuidadora foram calculados pela consulta de preços em supermercado⁷. O menor valor gasto com alimentação foi R\$41,40 e o maior valor foi de R\$226,30 (ANEXO 17).

⁷ Dados incompletos que foram valorizados pelos preços do supermercado DMA Distribuidora S/A – Belo Horizonte- MG- Consulta realizada dia 18-01-2007

Uma cuidadora disse que não tem condições de comprar frutas, pois a sua renda é somente de um salário mínimo.

Não, eu nem compro fruta pra mim direito, sabe, fala a verdade, porque não tem condições pra isso, como é que vai comprar? A gente que ganha salário mínimo não tem condições de ficar comendo fruta não. Compro uma vez assim, vou lá compro uma banana assim, mas pêra, uva, essas coisa é de vez em quando, então eu falo mesmo, é de vez em quando, eu não uso isso não. (C13E1-39)

Uma cuidadora relatou que faltam frutas e leite para a alimentação da pessoa cuidada, por limitação do orçamento familiar.

Bom..., faltá, falta. Mas a gente não tem condições, fazê o quê, então... vive do que dá, do que tem condições. Falta assim uma fruta, alguma coisa melhor, (...) ela gosta de tomar um leite. O que tem come, o que não tem, não come. O importante é que o arroz com feijão não falta. (C2-E1-15)

Outra cuidadora relatou que houve aumento do consumo de alimentos após adoecimento da pessoa cuidada. Acrescentou que a mesma dieta oferecida para a sua mãe é também oferecida para a tataraneta considerando que convivem na mesma casa. Preparam vitamina de frutas com leite e sopa com legumes, todos triturados no liquidificador, devido a dificuldade de deglutição. Utilizam também farinha de cereal com preparação instantânea e enriquecida com vitaminas, e também suplemento alimentar.

(...) todos os dias gastam isso pra ela e a gente faz a sopa dela. Tem a sopa todo dia, tem a vitamina de frutas que a gente faz batendo, então é frutas a mais e legumes a mais. (...) A gente gasta a mais do que gastava antes dela adoecer. E na fruta aí, já

tinha, mas acontece que agora faz a vitamina pra ela e põe o leite. (...) É vitamina, porque compra pra ela e pra J. aí faz junto, com a da neném. O que faz a sopinha da minha avó é da neném, o que faz a vitamina é da neném também, é igualzinho. Igual hoje por exemplo, quase dez horas eu dei pra ela vitamina de frutas e a J. tomou. (...) Tem que ser batida no liquidificador. Você faz a sopa com pedaços, ela cospe, então você tem que bater, batendo ela toma no canudinho todinho. (...) Então o que faz pra ela, faz pra J. Então é uma lata de farinha enriquecida por mês, uma lata de suplemento alimentar por mês. (C3E1-27)

Essa mesma cuidadora disse que são oferecidos também, iogurtes.

Gelatina, doce e queijo são comprados somente quando a pessoa cuidada solicita.

E dou ela gelatina quando ela quer, dou ela farinha enriquecida com vitaminas, suplemento alimentar. Compro iogurtes tudo isso eu compro pra ela, tudo diferente. Doce que ela quer eu compro, dia que ela fala: "Estou com vontade de comer um pedacinho de queijo". Vou lá, compro o queijo. A gente tem sempre, mas às vezes ela pede e se não tenho eu vou lá e compro. Essas despesas que a gente tem que ter mesmo. (C3E1-21)

Uma entrevistada informou que segue todas as orientações da nutricionista e, dessa forma, a pessoa cuidada não apresentou perda de peso. A dieta é para diabético e são utilizados legumes, carne, arroz, feijão e macarrão para o preparo de sopas. Na vitamina de frutas a cuidadora utiliza leite. O mingau também é preparado com leite e farinhas industrializadas e enriquecidas e acrescentada uma colher de óleo. Todos esses alimentos são preparados, triturados no liquidificador e coados para serem administrados pela sonda de jejunostomia.

Ela não emagreceu, porque era pra emagrecer. Que quem toma, igual, você põe aqui, você põe trezentos ml de vitamina mais duzentos de água. Isso é de hora em hora, eu dou água, eu dou suco. Quer dizer, era pra emagrecer, mas não emagrece porque eu sigo à risca o que ela falou. Mingau eu ponho leite, ponho

farinha de cereal. Ponho uma colher de leite em pó e uma colher de óleo. Na vitamina dela de frutas, todas as frutas que a gente compra, põe leite que ela manda por, põe cenoura, só que o dela separa pra não por açúcar . A sopa dela... tudo quanto é verdura que você imaginar, eu ponho. Eu ponho carne, feijão, arroz ou macarrão. Bate tudo, côa, pra passar porque senão não passa. (C8E1-44)

Conforme o preenchimento da planilha, os gastos com alimentação totalizaram R\$226,30 (C8P1-2). Se se considerar o salário mínimo, esse valor representa 64,6%, o que onera o orçamento familiar, sendo que as outras despesas da pessoa cuidada devem ficar sob a responsabilidade de outros.

Uma cuidadora falou que a dieta da pessoa cuidada é pouco condimentada, hipolipídica, hipossódica e pastosa. São oferecidos sucos também.

(...) a comida dela é assim (...) é com 'isso' de óleo, na carninha moída eu nem ponho óleo, (...) pitadinha da sal, que tem que ser muito assim...ó, arroz tem que ser bem cozidinho, quase que sem sal, o feijão bem batidinho quase que sem sal...pra num engasgar, e assim a comida dela assim é temperadinha, mas porém assim, (...) pouco tempero, muito pouco e e óleo quase que nada, no feijão e no arroz, é tem que ser um nada, cê faz uma verdurinha é muito pouco (...) assim, a comida dela é essa. Muito suco, ela bebe água, muita água assim. C15E1-30)

Outra cuidadora oferece alimentos como macarrão com caldo de feijão, iogurte e vitamina de frutas. O leite é oferecido com farinha industrializada enriquecida com vitaminas.

Ela usa leite, que ela não come, só na hora do almoço que eu dô uma sopinha pra ela. Aí mais é leite com farinha enriquecida e industrializada, iogurte, vitamina, que eu dô. Eu dô sopinha de macarrão, eu côo o feijão, faço com macarrão fininho, é o que ela come. Tudo que tivé assim um carocinho, um trem qualquer, ela cuspe fora. Mais é a sopinha de manhã, aí de tarde eu nem dô

comida de sal para ela não, porque ela custa assim cumê quando é de manhã, aí de tarde eu dô leite, com farinha enriquecida e industrializada, dô iogurte. (C4E1-13)

Conforme a planilha da C4 (C4P1) a alimentação da pessoa cuidada é composta de leite, iogurte e farinha de cereal industrializada e enriquecida com vitaminas. Não houve registro de alimentos reguladores como as frutas e legumes. Vale ressaltar que, nesse domicílio, moram a cuidadora, dois filhos da cuidadora e a pessoa cuidada. Os dois filhos não têm renda e o orçamento familiar é constituído por dois benefícios: o da pessoa cuidada e o da cuidadora, como foi relatado no diário da pesquisadora (C4DP, folha sete); o que configura uma questão social quando o idoso cuidado é arrimo de família. Em 2005, 65,3% dos idosos foram consideradas pessoas de referência no domicílio (IBGE, 2007). Dessa forma, dois salários mínimos para quatro pessoas se alimentarem são insuficientes o que pode influenciar a condição nutricional da pessoa cuidada.

Caldas (2003, p.777) afirma que “embora o idoso brasileiro nos estratos mais pobres da população contribua com sua renda para o sustento da família, nem sempre ele recebe o respaldo de que necessita, tanto por ser insuficiente o recurso quanto pelas dificuldades que a família encontra para dele cuidar”.

Ao analisar os discursos das cuidadoras, verifico que a alimentação das pessoas cuidadas geralmente é preparada especialmente para elas e adaptada conforme a situação sócio-econômico-financeira, ao gosto da pessoa cuidada quando essa consegue opinar e conforme as condições de deglutição. Existem cuidadoras que relataram sobre a dificuldade em comprar frutas, pois a renda é

somente o salário mínimo, valor insuficiente para uma alimentação adequada.

O estudo de Najas *et al.* (1994) ao pesquisarem sobre o padrão alimentar de 283 idosos do sexo masculino e feminino pertencentes ao projeto multicêntrico "Identificação de Necessidades dos Idosos Residentes em Zona Urbana do Município de São Paulo", estratificados por nível sócio-econômico em três regiões do Município de São Paulo, SP, verificou-se que mais de 85% dos indivíduos têm por hábito consumir frutas, verduras folhosas e legumes mas, ao se avaliar o consumo diário, verificou-se que o consumo é mais freqüente na região de melhor nível sócio-econômico. A alimentação adequada e suficiente está diretamente relacionada ao poder aquisitivo dos familiares da pessoa cuidada.

Evidencia-se, também, pelos discursos das cuidadoras, que geralmente as dietas são pastosas, hipossódicas, hipolípídicas e para diabéticos, quando têm alguma doença associada que requer dieta especial. A maioria das cuidadoras relatou a utilização do leite associado a farinhas de cereal enriquecidas e também suplemento alimentar. As cuidadoras que têm condição financeira relatam que oferecem frutas, sucos, vitaminas de frutas, gelatina, iogurte, queijos e doces.

A deficiência alimentar não é um problema só das famílias das pessoas idosas cuidadas no domicílio, mas de muitos brasileiros. Para superar esse problema, em 15 de setembro de 2006, o governo brasileiro promulgou a Lei Nº 11.346 que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas a assegurar o direito à alimentação adequada, com destaque ao artigo 3º:

A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitam a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural e econômica socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006c).

Essa lei é mais um instrumento de que a população pode fazer uso, principalmente os grupos de maior vulnerabilidade social, como é o caso das pessoas cuidadas de que trata este estudo.

Instrumentos para a execução do cuidado

Esse tema revelou-se ao se perguntar, à pessoa cuidada, se ela tinha os materiais para a execução do cuidado no domicílio e qual a forma de sua obtenção. Apresenta os sub-temas: 'Cadeira de rodas e de banho', 'Cama hospitalar' e 'Outros instrumentos'.

Cadeira de rodas e de banho:

Em sua maioria, as pessoas cuidadas utilizam cadeira de rodas para banho e locomoção para tomar banho de sol ou se dirigir aos serviços de Saúde.

Uma cuidadora falou que a cadeira de rodas foi emprestada pela nora da cuidadora.

A cadeira foi minha nora que emprestou, que o pai dela teve derrame, já melhorou, já tá andando, aí ela arrumou pra mim. (C6E1-19)

Outras cuidadoras também conseguiram as cadeiras de rodas e de banho

por meio de empréstimo.

Cadeira de rodas foi o meu irmão lá no Glória que conseguiu, e a de banho foi de uma dona que eu conhecia. O neto dela tinha tomado um tiro, ele ficou deficiente, perdeu as perna, aí ela não tava usando a cadeira e ela me arrumô a cadeira. (C4E1-18)

Tô até preocupada, têm tempos que tô com essa cadeira. (...) É da LBA, ela emprestou a primeira vez, ficou uns dois mês. Ela pegou andar de novo, aí num tava precisando mais, entreguei. Com pôco a mãe torna arruiná de novo, torno a pegá emprestado. Taí até hoje. A de banho também é emprestado, do moço também.(C9E1-16)

Somente uma cuidadora relatou que a cadeira de rodas de sua mãe foi comprada por meio de financiamento e o valor de R\$500,00 foi dividido entre os irmãos, cada mês um irmão pagava uma parcela.

Ela ficou mais de quinhentos reais, ela foi financiada. A gente não comprou a vista. Compramos a cadeira, depois trocamos o pano, porque, de vez em quando, não tem jeito, acaba rasgando, com a umidade não tem jeito. (C16E1-32)

Outra cuidadora relatou que não tem espaço para a movimentação de uma cadeira de rodas para o banho. Para transportar e dar o banho na pessoa cuidada utiliza uma cadeira de PVC.

Muita gente já falou comigo: "l. cê num acha mais fácil, cê conseguir uma cadeira de roda?" Porque pra gente dar banho nela, o banheiro é alí fora, é preciso eu pegá ela aqui pela cintura, minha irmã pega pelos pé, quando ela num tá trabaiano ela vem aqui, ela me ajuda, ela pega pelos pés e a gente leva ela no banheiro, senta ela na cadeira e dá o banho, pra trazer pra dentro é a mesma coisa...tem dia que eu dou conta eu pego ela em peso, ela também pega, mas tem dia que a gente tá mais fraco num dá conta. Ai é muito complicado, eu falei, cadeira de rodas pra quê? Pra ficar na área aqui, pra ir até lá no portão da rua e voltar, aqui dentro num tem espaço não, pra cadeira de rodas. (C14E1-34)

Atualmente, a variação do preço das cadeiras de roda, segundo levantamentos que realizei⁷ é de R\$162,50 a R\$1.572,22 a. As cadeiras motorizadas são no valor de R\$5.761,26 e R\$10.156,69, que são inacessíveis para os familiares das pessoas cuidadas, sujeitos deste estudo. As cadeiras de banho⁸ variam de R\$95,00 a R\$769,93.

Quanto à cama hospitalar, somente quatro pessoas cuidadas as utilizam. Três camas hospitalares foram disponibilizadas por meio de empréstimo.

(...) a mãe de um amigo nosso faleceu, ela também tinha Alzheimer, então ele emprestou a cama (...) (C8E1-16)

Aí, quando aconteceu o negócio, o pessoal falou assim: "Você não vai ter condição, não". Eu falei: "Eu vou provar pra vocês que eu tenho condição, sim". Aí eu consegui a cama hospitalar... arrumei tudo aqui, pinte o quarto. (C18E1-8)

E essa cama eu custei muito tempo pra eu conseguir, essa cama que tem aí agora. Consegui agora, tem um ano, minha amiga conseguiu pra mim. Lá onde ela mora, no Laguna, tinha um pessoal que tinha essa cama, aí o moço morreu, aí eu falei com ela: "Procura saber de quem é a cama, como eles conseguiram a cama, aí cê arruma pra mim." Ela procurô sabê, era de uma mulher que morava lá. Ela tinha comprado a cama pra mãe dela, só que a mãe dela não durou muito tempo, e ela fica doando a cama pras outras, aí tem um ano que a cama tá aqui comigo, emprestada. (C4E1-19)

Outra pessoa cuidada utiliza uma cama hospitalar alugada, o valor não foi revelado. O aluguel mensal de uma cama hospitalar é aproximadamente R\$60,00⁹. A cama hospitalar facilita a execução do cuidado e auxilia na prevenção de postura inadequada para a cuidadora impedindo doenças relacionadas à falta de

⁸ Foi utilizado como referência o site: <www.rimed.com.br>. Acesso em: 11 de janeiro 2007.

⁹ Consulta realizada dia 18/01/2007 em uma loja de aluguel e venda de cadeira de rodas, cadeira de banho, camas hospitalares, etc; na área hospitalar de Belo Horizonte-MG.

ergonomia. Seria interessante a disponibilidade de camas hospitalares pelo serviço público, para utilização das pessoas cuidadas no domicílio.

A gente teve até que alugar cama hospitalar, pra ficar mais fácil, porque essas cama é muito baixa. (C17E1-13)

Outros instrumentos:

Com base no registro no diário da pesquisadora (C3,C8,C6,C11,C15) das anotações, no diário das cuidadoras e nos discursos das entrevistadas verifiquei a existência de outros equipamentos que auxiliam o cuidado no domicílio que foram comprados pela família como: aparelho¹⁰ de pressão digital de pulso automático (R\$255,06) aspirador¹⁰ de secreções portátil (R\$211,09) vaporizador¹⁰ (R\$54,05), tala (C6DC1) adaptada para locomoção (R\$148,00), bengala (C6DC1) (R\$220,00), comadre¹⁰ (R\$10,82), andador¹⁰ (R\$67,01), espaçador (C15P1-2) de medicamento em aerosol (75,68) e artigo para colocar no vaso sanitário para facilitar o uso de pessoas com deficiência motora e colher adaptada para alimentação da pessoa cuidada (C6DP2-5, folha 19).

Em alguns casos, o colchão caixa de ovo e bóia são utilizados pelas cuidadoras para a prevenção de lesões na pele e para evitar as úlceras de pressão.

(...)esse colchão aqui é o colchão caixa de ovo, e põe pra num dá ferida. Então...ajuda bastante. Aí eu pego na hora que vou trocar, aí eu falo assim: "Tá na hora do pastel". Porque eu rodo ela pra lá, tiro, limpo ela toda, depois eu rodo ela pra cá. (C13E1-42)

¹⁰ Foi utilizado como referência os valores do site: < www.rimed.com.br >. Acesso em: 19 de janeiro 2007

*Ele tem o colchão dele normal e um outro colchão...caixa de ovo.
(C18E1-50)*

Atualmente são disponibilizados vários produtos que auxiliam na prevenção de úlceras de pressão. No caso citado, a cuidadora comprou uma almofada d'água higiênica¹¹ (bóia) no valor de mercado por R\$28,90 e um colchão anti-escaras (colchão caixa de ovos), no valor de R\$30,84, ambos similares ao adquirido pela cuidadora. Esses artigos, quando associados a outras medidas de prevenção de feridas como mudança de decúbito, higiene adequada, uso de creme hidratante na pele, avaliação das áreas de pressão, dieta equilibrada e tratamento de doenças e agravos, possibilitam economia na prevenção de feridas de pressão (BACKES *et al.*, 1999). Considerando um tratamento de escara sacral no valor¹² de R\$600,00 e a compra dos artigos (almofada e colchão) no valor de R\$69,74 tem-se uma economia de R\$530,26, além do bem estar da pessoa cuidada e da imensurável satisfação dos familiares pelo fato da pessoa cuidada não apresentar feridas.

Uma cuidadora falou que o aspirador de secreções, as balas de oxigênio, o suporte de soro, a cama, a cadeira de banho e o colchão caixa de ovo foram emprestados pelo serviço de internação domiciliar do plano de saúde.

O aspirador de secreções, as balas de oxigênio, o suporte de soro, a cama, a cadeira de banho e o colchão caixa de ovo, pertencem ao serviço de internação domiciliar. (C10DP1-1)

¹¹ Foi utilizado como referência os valores do site: < www.rimed.com.br >. Acesso em: 11 de janeiro 2007

¹² Foi utilizado como referência os valores do site: < www.socurativos.com.br >. Acesso em: 11 de janeiro 2007.

O Estatuto do Idoso, Capítulo IV, do direito à saúde, conforme artigo 15, & 2º menciona que incumbe ao Poder Público o fornecimento de medicamentos, especialmente de uso contínuo, assim como próteses, órteses, e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação da pessoa idosa (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, as cuidadoras poderiam requisitar todos esses materiais e equipamentos, se tivessem a informação.

Os instrumentos para a execução dos cuidados (aspirador de secreções, umidificador, andador e cadeira de rodas) além de ser considerados bens duráveis, (duram mais de um ano), não foram comprados durante o período da pesquisa. Durante a coleta de dados houve somente o registro da compra de um liquidificador para o preparo de dieta artesanal e vitaminas de frutas, para a pessoa cuidada (C8P1), e um espaçador de medicamento em aerosol (C15P1-2).

Artigos de consumo

Considerei como artigos de consumo os seguintes itens: 'Fralda geriátrica descartável', 'Produtos de higiene/Cuidados com a pele', 'Vestuário/roupas de cama' e 'Produtos de limpeza'.

Fralda geriátrica descartável:

A análise dos dados permite afirmar que a fralda geriátrica descartável é o artigo que mais causa impacto no orçamento familiar da pessoa cuidada, no tema artigos de consumo.

Uma cuidadora faz economia de fralda descartável utilizando lençol dobrado, mas aumenta o trabalho em lavá-lo; e há os gastos com o sabão e a água que não são mensurados por ela.

...tem mês que aperta, tem mês que é mais controlado, tem mês que às vezes precisa de comprar um remédio alguma coisa, aperta mais. Às vezes dá um gasto maior de fralda também. Eu economizo muita fralda nela, porque se eu for pôr assim, à vontade memo, trocar direitinho memo a gente nem consegue dá conta não! Com esse dinheirinho dela não dá conta. Então eu levo muito na economia com ela. Tem vez que eu ponho lençol dobrado mas aí dá mais mão de obra pra mim, porque eu preciso tá lavando né. A fralda favorece mais, eu creio assim se colocar fralda pelo menos três vez por dia já favorece mais. (C9E1-15)

Outra cuidadora informa que a pessoa cuidada faz uso de fraldas e absorvente geriátrico noturno. Ao fazer o cálculo verifiquei que um pacote contendo 10 unidades de absorvente¹³ geriátrico tamanho único: R\$4,39x3= R\$13,17. R\$190,00 (valor fornecido pela cuidadora) +R\$13,17= R\$203,17 o que corresponde 58% do salário mínimo.

Fralda gasta são cinco por dia. E ainda tem aquele grande também o absorvente que a gente põe à noite. (C8E1-50)

Outra entrevistada falou que durante o período de internação, o uso de fraldas aumenta e o benefício previdenciário da pessoa cuidada é insuficiente para os seus gastos.

Dependendo do uso, do que precisa dá. Igual a época que ela esteve internada teve que comprar fralda descartável, então, o dinheiro não dá (...) (C1E1-2)

¹³ Foi utilizado como referência os valores do site: <<http://www.rimed.com.br>>. Acesso em: 17 de janeiro de 2005

A frequência de troca de fraldas geriátricas descartáveis varia de uma a seis por dia e o valor varia de R\$31,80 a R\$190,00 (ANEXO 18) no período de 30 dias. Considerando o salário mínimo, o valor gasto com as fraldas (R\$190,00) equivale a 54,3%, inviável para quem recebe somente um salário mínimo de benefício previdenciário, o que acontece com 94% das pessoas cuidadas retratadas neste estudo.

Onze das 17 pessoas cuidadas (65%) estavam utilizando fraldas no período da pesquisa. Seis pessoas cuidadas não estavam utilizando fraldas descartáveis, entretanto, as cuidadoras relataram que já utilizaram quando foram hospitalizadas.

Sena *et al.* (2004), em estudo sobre o trabalho das cuidadoras informais, relataram que foi evidenciada a dificuldade em adquirir material como fraldas e sondas, que são necessários para a realização do cuidado no domicílio.

Material médico-hospitalar:

Dez pessoas não utilizam material médico-hospitalar (52,94%). Quatro pessoas (23,52%) compram todo o material médico-hospitalar. Apenas duas pessoas (11,76%) utilizam o material médico-hospitalar fornecido pelo SUS, e uma utiliza o material fornecido pelo plano de saúde. O maior valor é de R\$57,00 e o menor valor é R\$2,50 (ANEXO 19).

Os materiais médico-hospitalares identificados neste estudo foram: material para a realização de curativo: gazes de algodão, soro fisiológico, fita crepe, esparadrapo anti-alérgico, e também: coletor urinário, luvas de procedimento, seringas descartáveis e equipos para administração de dieta pela jejunostomia.

Produtos de higiene e cuidados com a pele da pessoa cuidada:

As cuidadoras relataram outros artigos consumidos que foram relacionados, ao se perguntar como é o dia-a-dia da pessoa cuidada. As cuidadoras falaram do banho e dos produtos de higiene utilizados para o banho e para a hidratação da pele tais como: sabonete, creme hidratante para o corpo e para os pés, lenços umedecidos, gazes de algodão, cotonete, protetor solar, óleo de girassol, e desodorante, o que auxilia na manutenção e integridade da pele.

Os registros dos dados das planilhas com relação a esse sub-tema estavam incompletos sendo impossível a análise. Foi realizada consulta em farmácia para a verificação dos preços dos produtos de higiene e cuidados com a pele. Sendo assim, os valores foram calculados e apresentados. Oito cuidadoras fizeram o registro e os valores totais dos produtos consumidos variaram de R\$1,35 a R\$46,49. O valor médio gasto em produtos de higiene e cuidados com a pele, dentre as pessoas que fizeram registro é de R\$13,23 (ANEXO 20).

Produtos de limpeza:

Ao se orientar o preenchimento da planilha sobre o item material de limpeza, os discursos das cuidadoras abordaram o tema.

Devido a maior quantidade de roupas a serem lavadas em função do cuidado no domicílio, uma cuidadora falou que o gasto do sabão em pó aumentou. O uso de água sanitária também aumentou devido a desinfecção do banheiro

após sua utilização pela pessoa cuidada.

(...) sabão em pó. Gasto mais, por causa da lavação todo o dia. Minha menina fica: "Mãe a senhora precisa lavar roupa todo o dia, não, descansa!" Mas não tem jeito, quando eu falo que vou descansar não tem jeito, tem que lavar. Tem uma roupa que cê num pode guardá ela, tem que lavá. Então eu joga pra lá e já tô lavando. É, eu compro água sanitária pra desinfetá banheiro, cabou de tirá ela ninguém entra, eu uso, limpo pra eles. (C9E1-35)

O uso de sabão em pó, desinfetante e água sanitária foi mencionado por outra cuidadora como aumento da quantidade utilizada depois de se iniciarem as atividades de cuidado no domicílio.

É... sabão, água sanitária, é...um desinfetante que tem que tá limpando aqui dentro, tem que tá passando porque o cheiro da urina dela tem um cheiro muito forte, por causa do diabete...tem que tá usando constantemente, nesse ponto aí aumentou. (C14E1-20)

Uma entrevistada relatou que houve aumento do uso de álcool que é utilizado na desinfecção das roupas da pessoa cuidada.

A roupa dele é lavada separada mesmo. Aí eu ponho álcool pra poder bater. Mas sabão é o mesmo, aí eu o ponho amaciante e ponho o álcool pra desinfetar. Mas eu lavo separado. (C17E1-33)

Houve apenas um registro de valor pela cuidadora, na planilha, sobre o item material de limpeza. Três cuidadoras registraram o item sem mencionar o valor, fiz um levantamento de preços, de cada item, num supermercado¹⁴.

¹⁴ Dados incompletos que foram valorizados pelos preços do Supermercado DMA Distribuidora S/A- Belo Horizonte- MG- Consulta realizada dia 18-01-2007

O maior valor gasto foi R\$20,64 e o menor foi R\$7,96 (ANEXO 21). O valor médio gasto em material de limpeza, dentre as pessoas que registraram os dados é de R\$13,36.

As cuidadoras mencionaram a utilização de: sabão em pó, sabão em barra, desinfetante, água sanitária, álcool, e amaciante de roupas, para limpeza das roupas e do ambiente das pessoas cuidadas.

Vestuário/Roupas de cama

Os discursos das cuidadoras foram revelados ao se orientar o preenchimento da planilha sobre o item vestuário/roupas de cama.

Uma cuidadora revelou que houve aumento do uso de roupa de cama, mas não foi contabilizado o custo.

Igual essa irmã que eu falei, ela manda muita rôpa de cama, acha que já tá velha, mais usada, então ela manda, nossa, usa muita rôpa de cama! Se não fosse ela, nó, era difícil! (C4E1-21)

Um cuidador falou da necessidade de reposição de lençóis, e da troca de colchão.

Roupa de cama, nós estamos usando, hoje mesmo eu vou encontrar com a M. filha da Dona H. que eu quero fazer com ela uma lista pra mim comprar é... lençol, que o lençol é esse que prende do lado aqui, que ele já tem, já veio dele lá, quero comprar mais uns dois ou três e comprar... e trocar o colchão. (C18E1-49)

Outra cuidadora relatou o aumento da frequência das lavagens das roupas e a necessidade da reposição de roupas de cama, refletindo no aumento da conta

de luz devido ao uso de máquina de lavar, porém não foram contabilizados.

(...) já tem noite que ela mijá bastante, no outro dia molha cobertor, molha a blusa que ela mijá muito e o xixi vem até as costa, molha blusa, bermuda...a gente tem que tá trocando, tem que tá lavando...a luz, porque tem que tá lavando na máquina, eu uso a máquina pra lavar, pra centrifugar...gasta muita roupa de cama...isso aí ela gasta bastante mesmo. Eu vi esses aumentos...os lençol vai indo, vai lavando todo dia, ele vai ruindo, rasga tudo, aumenta, aumentou muito. (C14E1-18)

Uma entrevistada falou da necessidade de reposição de peças de vestuário; foi observada, mas não foi considerada prioridade para a cuidadora. A cuidadora comentou que um pijama foi orçado em R\$40,00, o que representa 11,4% do salário mínimo. Entretanto, as peças de vestuário só são adquiridas quando há disponibilidade de recurso financeiro.

Calcinha, pijama, igual agora ela tá precisando de outro pijama. Eu fui ali, eu não tenho tempo de ir na cidade, porque na cidade eu sei que encontra mais barato, igual assim na M.. Trinta e nove reais, quase quarenta reais num pijama! E ela tá precisando de um pijama, porque ela só tem um, ela tem dois pra trocar, mas um é fininho, pra calor, e um pra frio. Então ela tá precisando de outro pra não precisar ficar lavando às pressas, porque eu mesmo lavo o pijaminha dela. E roupa tem que tá sempre renovando, uma blusa de frio, ela tá precisando de uma blusa de frio, mas tem de sobrar o dinheiro pra comprar. Porque ela engordou muito, perdeu muita roupa. (C12E1-60)

Verifiquei também que, devido a um orçamento apertado, as reposições do vestuário não são a prioridade, sendo a alimentação a prioridade máxima.

Porque roupa a gente não compra todo dia, mas alimentação tem que ter todo dia(C12E1-73)

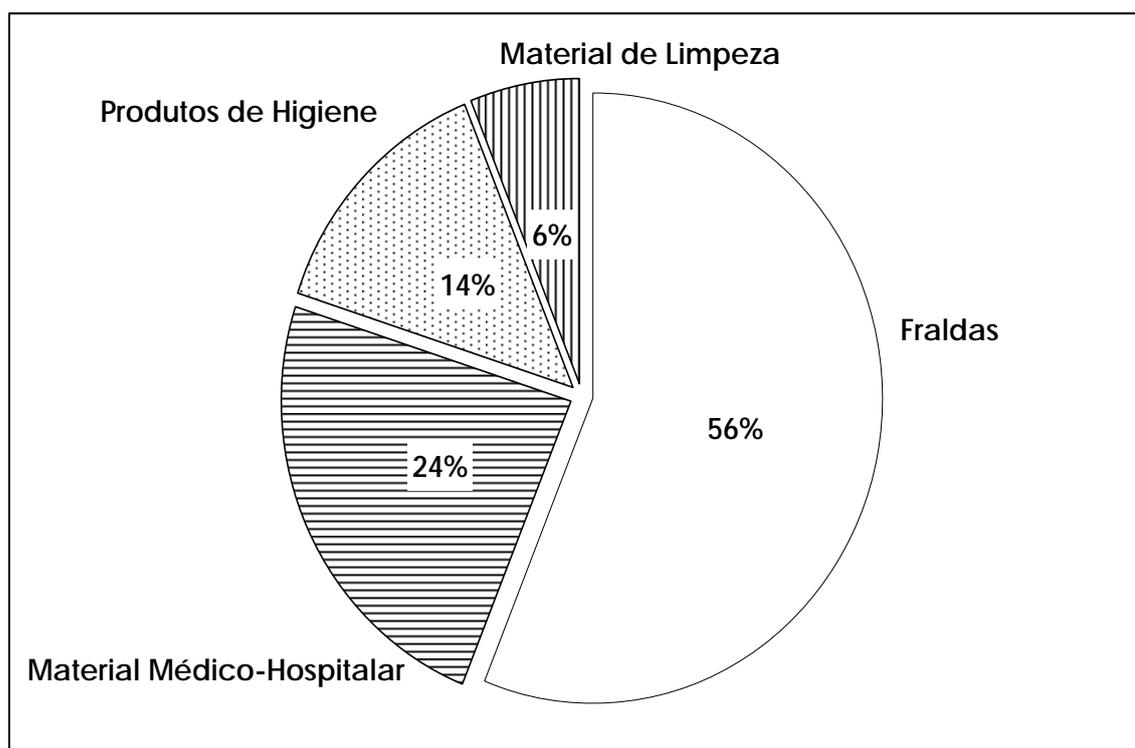
As cuidadoras relataram que o vestuário, e principalmente as roupas de cama precisam ser repostas devido às lavagens freqüentes, mas não é possível

pelo déficit no orçamento familiar.

O tema 'Artigos de consumo' é composto de cinco sub-temas e, para valorizar os dados coletados, foi construído o GRAF. 1 com os maiores valores de cada um dos itens considerados: fraldas, material médico-hospitalar, produtos de higiene e material de limpeza.

O sub-tema vestuário/roupas de cama não foi considerado, pois não houve registro de aquisição. Somente foi relatada a necessidade de comprar peças de vestuário e de roupas de cama.

GRÁFICO 1



Gastos em artigos de consumo, pelas pessoas cuidadas no período de 30 dias.

Transporte da pessoa cuidada

Os discursos das cuidadoras foram revelados ao se orientar o preenchimento da planilha sobre o item transporte.

Uma cuidadora utiliza serviço de táxi de um parente para o transporte da pessoa cuidada quando suas condições físicas e motoras assim o permitem.

Tem um amigo nosso, um primo que tem táxi, aí ele pega ela. Agora não sei como que vai ser. Porque do jeito que tá... ela ainda senta. Mas a gente tá evitando de levar ela pro hospital. (C8E1-48)

Outra cuidadora conta com o auxílio de um parente. No momento, esse parente se encontra ocupado com estudos, não sendo possível ajudá-la. A cuidadora não quer solicitar auxílio aos vizinhos para não incomodá-los.

Não tem médico ali, para eu sair com ela é difícil, porque não tem carro, tem que ficar chamando os outro, fica amolando um e outro. Eu tinha um sobrinho que vinha, mas agora ele está fazendo uns curso então fica difícil de ele vim. (C4E1-26)

Essa entrevistada utiliza o SAMU para situações de emergência.

Outro dia, ela estava chiando, ficô ruim, num parava de jeito nenhum, tava cansada, cansada, aí eu chamei o SAMU, aí eles vieram. Aí levaram pra Policlínica, não tinha jeito de colocá ela lá, levaram lá pro Eldorado, chegou lá eles fizeram eletro, fizeram exame de sangue, os médico achou que era princípio de enfarte que tava dando, tirou raio X, não deu nada. (C4E1-29)

Uma entrevistada informou que o benefício da pessoa cuidada é insuficiente para cobrir a conta de transporte quando é necessário. Essas despesas são pagas pelo filho da pessoa cuidada.

É, sempre precisa porque sempre tem de comprar um remédio a mais. E a gente paga, igual agora nós pagamos a água dela, quando precisa de levar no médico, tem de pagá um carro. Então sempre precisa completar um pouco. (C1E1-1)

Outra entrevistada relatou que utilizou o serviço de táxi para o deslocamento da pessoa cuidada para o banco. O valor pago foi de R\$30,00.

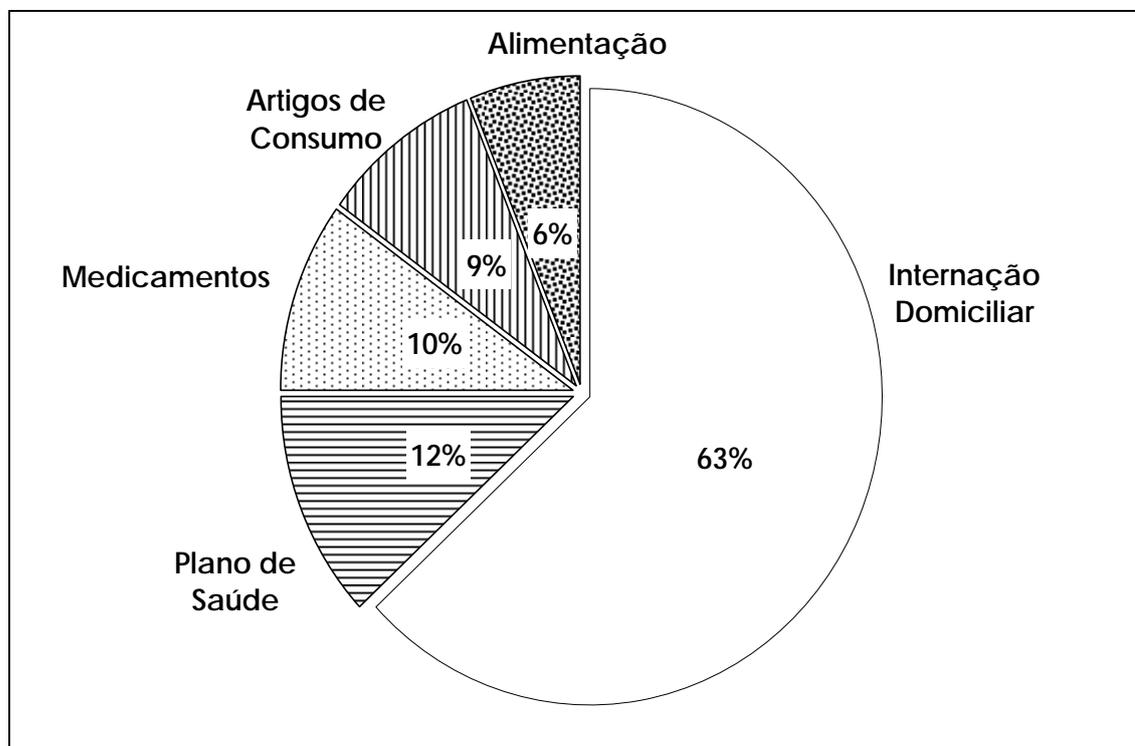
Igual mesmo em setembro tenho que levar, o mês passado eu paguei R\$30,00 reais um cara, tem um cara aí que ele vira e mexe ele sempre leva, o L. Ai ele vem aqui na porta, pega, ele vai comigo no banco, leva ela, ele fica esperando do lado de fora por R\$30,00 reais a cada vez...ai é na Caixa Econômica lá no Padre Eustáquio, a gente vai lá, ai ela renovou a senha, agora em setembro ela tem que fazer um censo senão ela perde. Aí já vai sexta-feira eu ter que levar ela lá de novo, mais R\$30,00 reais. (C14E1-31)

As cuidadoras utilizam geralmente táxi ou veículo de familiares para o transporte das pessoas cuidadas. O SAMU é utilizado somente em urgências. Esse tipo de gasto também causa impacto no orçamento doméstico. Caldas (2003), em artigo sobre as demandas e responsabilidades da família que cuida de idosos com dependência, alerta que o transporte adequado é um dos fatores que contribui para o aumento dos gastos com o cuidado no domicílio considerando que quando as pessoas cuidadas conseguem tratamento ambulatorial quase sempre não tem disponibilidade do transporte contribuindo assim para o círculo vicioso: doença, falta de tratamento, e aumento dos gastos.

Pelos discursos das cuidadoras e pela análise das planilhas, inferi que a prioridade dos gastos com o cuidado no domicílio são medicamentos, alimentação, fraldas e planos de saúde.

A sistematização dos gastos totais com os cuidados no domicílio têm melhor visualização no GRAF. 2. Se considerar que o pagamento de internação domiciliar da pessoa cuidada fosse realizado pelos familiares, sem dúvida esse seria o maior gasto com o cuidado no domicílio: R\$2.325,00. Em 2º lugar, são os planos de saúde (R\$450,00) e, em 3º lugar, são os medicamentos (R\$376,55). Para todos os itens utilizei o maior valor encontrado com o propósito de valorização dos dados coletados. No tema artigos de consumo, foram também somados os maiores valores dos itens: fraldas, material médico-hospitalar, produtos de higiene e produtos de limpeza.

GRÁFICO 2



Gastos com o cuidado no domicílio no período de 30 dias

Não foram incluídos no GRAF. 2 o custo do transporte da pessoa cuidada porque não há registro de utilização durante o período da pesquisa, nem as contas de luz e de água pois só obtive um registro.

Segundo Ramos (2003), a principal fonte de suporte, para a população idosa, é a família, principalmente aquela que vive em domicílios multigeracionais. O estudo de Ramos (2003) apresenta dados do primeiro inquérito populacional de seguimento com idosos desde 1991 na cidade de São Paulo, sendo um dos objetivos apontar os fatores que determinam um envelhecimento saudável.

O estudo demonstrou que 94% das pessoas cuidadas recebem benefício previdenciário no valor de R\$350,00, mas esse valor é insuficiente para as despesas com pagamento de planos de saúde, medicamentos, alimentação e artigos de consumo. Sendo assim, os familiares assumem os custos com o cuidado no domicílio. Além de contribuírem com a execução do cuidado, abdicam de suas vidas pessoais em função da pessoa cuidada.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observei, ao analisar os dados da pesquisa, que a pessoa cuidada e a cuidadora interagem e têm, como interseção, o cuidado. A marca desse cuidado é que é a dedicação das cuidadoras, em sua maioria, parentes e mulheres.

Percebi que a atenção à pessoa cuidada tem uma polaridade entre os que falam da dedicação, carinho e respeito com a pessoa cuidada e os que apresentam dificuldades na interação com o idoso chegando até ao descuido (neste estudo, houve apenas um caso). Considero que o respeito às deficiências cognitivas e motoras dos idosos associadas ao estímulo ao auto-cuidado são aspectos identificados como facilitadores do cuidado de saúde no domicílio. As cuidadoras apontam como dificultadores, no relacionamento com o idoso, as singularidades das pessoas cuidadas, as mudanças cognitivas próprias das patologias que os idosos apresentam e as condutas de alguns profissionais de Saúde.

O cuidado no domicílio propicia um ambiente onde é possível que as cuidadoras expressem atenção à pessoa cuidada e estimulem sua autonomia, o que considero como atitudes humanizadoras, que são contrapostas, com os ambientes institucionais que têm um padrão rígido de normas e rotinas que balizam as relações com os usuários e seus familiares.

Reconheço que as cuidadoras foram impelidas a se adaptar à situação de dependência da pessoa cuidada, bem como aprenderam as técnicas de cuidados

sem terem capacitação específica. Verifiquei a inexistência de programas de capacitação e acompanhamento para os cuidados no domicílio. A aprendizagem dos cuidados de saúde bem como o manuseio dos instrumentos e saberes próprios dos profissionais de Saúde ocorreram por esforço próprio, durante as observações na realização do cuidado, e pelas explicações dos profissionais durante o período de internação. As cuidadoras aprenderam também com vizinhos e com os profissionais da equipe de Saúde da Família. Mas, apesar de todas as dificuldades relatadas pelas cuidadoras, elas apresentam relativa autonomia na execução do cuidado de saúde no domicílio e no desempenho desse novo papel.

Constatei que são recomendáveis programas para orientação e acompanhamento das cuidadoras informais que necessitam ser norteadas sobre os cuidados de saúde, bem como noções das patologias das pessoas cuidadas. Precisam conhecer as peculiaridades do processo saúde-doença do idoso, e de novos conhecimentos para estabelecerem novas práticas com as pessoas cuidadas. Especialmente frente à possibilidade de agravos e intercorrências no domicílio e na prioridade e essência das relações de subjetividade que estabelecem e regem o cuidado. É fundamental que os profissionais de Saúde sejam sensibilizados e capacitados quanto aos aspectos conceituais do cuidado no domicílio.

As cuidadoras estão envolvidas com as tarefas de cuidado nos períodos diurno e noturno transformando o cotidiano em um fazer e (re) fazer, o que exige tempo, paciência, esforço e energia. Atividades como banho, controle das eliminações, troca de roupas de cama e do vestuário, preparo e administração de

dietas e administração de medicamentos fazem parte do cotidiano das cuidadoras juntamente com as atividades domésticas. Esse fazer contínuo potencializa as causas dos agravos da saúde das cuidadoras e impede que realizem tratamento de saúde oportuno e adequado.

A prevenção e o tratamento dos problemas de saúde das cuidadoras também devem ser considerados em um programa de apoio, com acompanhamento, podendo contribuir para sua qualidade de vida possibilitando a continuidade do cuidado no domicílio, e influenciando positivamente na redução ou adiamento da institucionalização da pessoa cuidada. Recomendo que ações políticas direcionadas à modalidade de cuidado no domicílio considerem as desigualdades sócio-econômicas das famílias especialmente as relações de gênero. Esse suporte aos cuidadores familiares representa um novo desafio para o Sistema de Saúde brasileiro e para os profissionais que assistem as pessoas no domicílio tendo que romper com as concepções dos modelos hegemônicos, construindo novas possibilidades e modalidades de cuidado na rede de Serviços de Saúde.

Na maioria dos casos do estudo, as cuidadoras não recebem apoio para compartilharem a execução do cuidado no domicílio. Algumas, além de cuidar da pessoa idosa, também cuidam de outro parente que necessita de sua atenção. A participação dos cuidadores secundários permitiria que a cuidadora principal realizasse atividades como ir à consulta médica, participar de alguma recreação, ter momentos livres para desfrutar de ocupações que consideram agradáveis ou que sejam necessárias. Essa seria uma forma de proporcionar bem-estar, que

está intimamente relacionado com a saúde mental e influi diretamente na atividade do cuidado realizado no domicílio. Outra medida interessante pode ser a criação de hospitais-dia ou outros dispositivos, como a experiência bem sucedida da Saúde Mental, com disponibilidade de transporte, alimentação, medicação, bem como a atenção de equipe multi-profissional com médico, enfermeiro, auxiliares e técnicos de Enfermagem, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, e outros que se fizerem necessários. Poderão ser criadas novas estações de cuidado que acolhem os idosos com dependência ou não das atividades da vida diária para o cuidado por períodos, permitindo às cuidadoras tempo para trabalhar, estudar, cuidar de sua própria vida e de sua própria saúde.

Verifiquei também que a rede de solidariedade evidencia-se no cuidado domiciliar pelo empréstimo de cadeiras de rodas para banho e locomoção. Entretanto o maior apoio, sem dúvida, é o da família que se mostra fundamental para o processo do cuidado no domicílio, como executora desse cuidado e como financiadora das despesas que ultrapassam o benefício previdenciário da pessoa cuidada.

O SUS tem contribuído parcialmente com as famílias disponibilizando medicamentos, realizando os atendimentos de urgências e emergências, disponibilizando consultas médicas e transporte da pessoa cuidada. Todavia essa assistência é desarticulada entre as instâncias da cadeia de atenção à saúde, descontínua e sem priorização do atendimento ao idoso. Mesmo assim, a

assistência do SUS contribui significativamente na redução dos gastos com o cuidado no domicílio apesar dos familiares não mensurarem essa contribuição.

Diante das deficiências do SUS apresentadas pelas cuidadoras, algumas optam pela utilização da Saúde Suplementar na tentativa de garantir o acesso aos serviços e à continuidade do tratamento da pessoa cuidada, mesmo reconhecendo que é oneroso para os familiares.

Acredito que, com a promulgação da Portaria 2.529, que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, considerando o incentivo do MS para implantação e implementação das equipes de atenção domiciliar, haverá estímulo à implantação de programas de atenção domiciliar.

O estudo do custo com o cuidado domiciliar não foi um trabalho simples, considerando que as famílias não mensuram ou contabilizam os gastos com as pessoas cuidadas em casa. Não valoram o aumento de gastos com energia elétrica, água nem do trabalho de quem cuida. Foi mais revelador o que elas fazem e como fazem. Foi necessário recorrer à consulta de preços para os itens listados nas planilhas para se chegar a um gasto aproximado da família com alimentação, medicamentos, artigos de consumo, serviço de internação domiciliar e instrumentos para a execução dos cuidados.

O estudo demonstrou que todas as pessoas cuidadas recebem benefício previdenciário no valor de R\$350,00, mas esse valor é insuficiente para as despesas com pagamento de planos de saúde, medicamentos, alimentação e artigos de consumo. Sendo assim, os familiares assumem os custos com o cuidado no domicílio, além de contribuírem com a execução do cuidado de forma

exclusiva, abdicam de suas vidas pessoais em função da pessoa cuidada. Entretanto, com a diminuição da fecundidade, as mudanças econômico-sociais na estrutura da família brasileira e a incorporação da mulher no mercado de trabalho, fica uma pergunta: Os familiares conseguirão arcar com todas as responsabilidades e demandas do cuidado domiciliar para o idoso com dependência para as AVD?

Devido os limites da pesquisa qualitativa, por ser reduzido o número de informantes, sugiro a realização de estudos demográficos com o objetivo de avaliar o impacto econômico e social que o cuidado no domicílio para os idosos com dependência das AVD exerce na família. E também qual o impacto na vida das cuidadoras considerando-se as perdas de oportunidades de trabalho e de convívio social, de lazer, enfim, a perda da qualidade de vida. Outra sugestão para estudo é a avaliação das repercussões físicas, emocionais, psicológicas, econômicas e sociais da sobrecarga do cuidado no domicílio para as cuidadoras.

Sugiro também a elaboração de programas de atenção específicos para os idosos fragilizados com mudanças na porta de entrada, reorganização do modelo assistencial a fim de que se priorize o atendimento a essa parcela da população que é portadora de doenças crônicas e incapacitantes que consomem uma parcela considerável de recursos da Saúde. Esses programas devem ser baseados na prevenção e com vistas ao envelhecimento saudável. O PSF pode ser um aliado na priorização da atenção domiciliar, principalmente para os que apresentam dependência para as AVD. Os profissionais de saúde devem ser conscientizados da importância dessa priorização.

Espero que este estudo ontribua para a discussão das responsabilidades e necessidades do cuidado no domicílio para os idosos que apresentam dependência para as atividades da vida diária face ao aumento da expectativa de vida da população brasileira. Espero também que os resultados desta pesquisa sensibilizem os formuladores de políticas públicas para que estabeleçam medidas de apoio intersetoriais e integradas para os idosos.

Considero que os dados coletados eram dados brutos, como pedras que precisavam ser lapidadas e, várias vezes, sonhei com cristais e pedras semi-preciosas coloridas: verde, lilás, azul, amarelo. Essas pedras eram grandes e brutas, elas eram o meu tesouro e eu tinha um enorme ciúme delas, não queria que ninguém as visse daquela forma, sem serem trabalhadas, lapidadas, porque eu sabia que elas escondiam muita beleza e eram muito valiosas. Assim sendo, espero que eu tenha conseguido lapidar as minhas pedras de tal forma que elas mostrem toda a realidade, toda a verdade, toda a singularidade e toda a beleza que as cuidadoras expressaram em seus depoimentos sobre o cotidiano do cuidado no domicílio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Consulta Pública nº 81 de 10 de outubro de 2003**. Disponível em: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC nº11 de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Disponível em: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 20 dez. 2006.

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

ATAS, C. Home care: desospitalização. **Medicina Social de Grupo**, São Paulo, n.185, p.5-7, abr./jun., 2004.

BACKES, D. S.; GUEDES, S. M. B.; RODRIGUES, Z. C. Prevenção de úlceras de pressão: uma maneira barata e eficiente de cuidar. **Nursing**, São Paulo, n. 9, p. 22-27. fev. 1999.

BJÖRNSDÓTTIR, K. From the estate to the family: reconfiguring the responsibility for long-term nursing care at home. **Nursing Inquiry**, Islândia, v. 9, n.1, p. 3-11, mar. 2002.

BOFF, L. **Espiritualidade**: um caminho em transformação. 3. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2001b. 95p.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001a. 200p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, Senado Federal, 1988. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ CCIVIL_03/Constituicao/Constitui% C3% A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm) >. Acesso em: 30 jan. 2007.

BRASIL. **Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002.** Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2002a. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2002/L10424.htm>. Acesso em: 30 jan. 2007.

BRASIL. **Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de saúde. Brasília, 1998b. Disponível em: <[http://www010.dataprev.gov.br/ sislex/paginas/42/1998/9656.htm](http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1998/9656.htm) >. Acesso em: 30 jan. 2007.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/> >. Acesso em: 30 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar:** entenda o setor. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/entenda_setor/entenda_setor.asp >. Acesso em: 28 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 20p. Disponível em: <www.saude.gov.br/humanizasus > Acesso em: 23 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde:** avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 1. ed., 1. reimp. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2002b. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 30 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação. Sistema Único de Saúde. Legislação Federal. **Portaria Nº 1.892, de 18 de Dezembro de 1997**. Brasília, 1997. Disponível em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/tab_sih/GM_P1892_97tab_sih.doc. Acesso em: 20 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b 364p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2004.pdf>. Acesso em: 05 de jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 36p. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 11 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/alerta/legis/alerta_legis_out3_06.html> Acesso em: 30 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Federal nº 2.416 de 23 de março de 1998**. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para a realização de Internação Domiciliar no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 1998a. Seção 1, p. 106.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/lei11346_15_09_06.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2007.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. **Estatuto do Idoso: a lei**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004a. 43p.

BRITO, M. C. Gênero e cidadania: referenciais analíticos. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 1, 2001. Disponível em:< <http://www.scielo.br> > Acesso em: 28 dez. 2006.

BROUWER, W. B. F.; EXEL, N. J. A.; KOOPMANSCHAP, M. A.; RUTTEN, F.F.H. The valuation of informal care in economic appraisal: a consideration of individual choice costs of time. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, Rotterdam, v. 15, n. 1, p. 147-160, winter 1999.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.773-781. maio/jun. 2003. Disponível em:< <http://www.scielo.br> > Acesso em: 04 dez. 2006.

CENTRO INTERNACIONAL DE INFORMAÇÃO PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL. CIES. **Política Nacional do Idoso**. Disponível em:<www.cies.org.br/historico1.asp>. Acesso em: 30 out. 2005.

CONNELL, C. M.; JAVENIC, M. R.; GALLANT, M. P. The costs of caring: impact of dementia on family caregivers. **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**, Thousand Oaks, Canada, v. 14, n. 4, p. 179-87, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.668/2003**. Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. Disponível em:< www.ahcrj.com.br/LegHomeCare.asp >. Acesso em: 02 jun. 2005.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. COREN. **Legislação e Normas**. Belo Horizonte, 2003. p. 75-78.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: revisão e atualização 2002-2004**. Contagem: Secretaria Municipal de Saúde, 2003. 72p.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Planejamento e Normas Técnicas. Coordenação Técnica de Enfermagem. **Mapeamento das pessoas cuidadas no domicílio**. Contagem: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde da Família**. Distrito Ressaca. Contagem: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Gestão. **Relatório técnico**. Contagem: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 3, p. 51-66.

CUNHA, J. C. K. **Organização de serviços de assistência domiciliar de enfermagem**. 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

DAL BEN, L. W.; GAIDZINSKI, R. G. **Home care: planejamento e administração da equipe de enfermagem**. São Paulo: Andreoli, 2007. 159p.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. Salário mínimo nominal e necessário. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminfev07.xml>>. Acesso em: 26 dez. 2007.

DUARTE, Y. A. O. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 21, p. 226-230, jul./ago. 1997.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**, nov.dez. 2004, vol. 20, n.6, p.1575-1585. Disponível em: <<http://www.scielosp.org.br>>. Acesso em: 28 dez. 2006.

FIORIN, J. L. Análise não é investigação policial. In: _____. **Linguagem e ideologia**. 6. ed. São Paulo: Ática, 1998. cap. 15, p. 49-50.

GADOTTI, M. A Dialética: concepção e método. In: _____. **Concepção dialética da educação**: um estudo introdutório. 10. ed. São Paulo: Cortez, 1997. cap. 1, p. 15-38.

GARCÍA-CALVENTE, M. M.; MATEO-RODRÍGUEZ, I.; EGUIGUREN, A. P. El sistema informal de cuidados em clave de desigualdad. **Gaceta Sanitária**, Barcelona, v.18, 2004. Disponível em:< www.scielosp.org/scielo>. Acesso em: 02 maio 2005.

GARCÍA-CALVENTE, M. M.; MATEO-RODRÍGUEZ, I.; MAROTO-NAVARRO, G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. **Gaceta Sanitária**, Barcelona, v.18, p. 83-92, 2004. Disponível em:< www.scielosp.org/scielo>. Acesso em: 02 maio 2005.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1509-1518, set./out. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br> > Acesso em: 06 jan. 2007.

GOMES, R.; SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; MALAQUIAS, J. V.; SILVA, C. F. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. cap. 06, p. 185-221.

GONÇALVES, A. M. **A mulher que cuida do doente mental em família**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774>. Acesso em: 28 jan. 2007.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio-jun., 2003.

KATZ, S.; DOWNS, T. D.; CASH, H. R. Progress in development of the index of ADL. **Gerontologist**, Palo Alto, v.10, p.20-30, 1970. Palo Alto, CA, USA.

LEITÃO, G. C. M.; ALMEIDA, D. T. O cuidador e sua qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 01, p.80-85, 2000.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2002. 294p.

MARQUES, S. M. **Singularidades do cuidado domiciliar durante o processo de morrer**: a vivência de familiares cuidadores. 2003. 151f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MELLO, R. A. P. **Só quem cuida que sabe**: o vivido pelo cuidador domiciliar da pessoa com doença crônica. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2002.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. cap. 1, p.19-91.

MENDES, P. B. M. T. Quem é o cuidador? In: DIAS, E. L. F.; WANDERLEY, J. S.; MENDES, R. T. (Org.) **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002. cap. 2, p. 17-30.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

MINAYO, M. C. S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 19-51.

NAJAS, M. S.; ANDREAZZA, R.; SOUZA, A. L. M.; SACHS, A.; GUEDES, A. C. B.; SAMPAIO, L. R.; RAMOS, L. R.; TUDISCO, E. S. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 187-191. jun. 1994. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 04 dez. 2006.

PATARRA, N. L. Mudanças na dinâmica demográfica. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças, 2. ed. aument. São Paulo: Hucitec-Nupens/USP, 2000. p.61-78.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. T. Exploração da pesquisa em enfermagem. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004. p. 19- 42.

PORTER, R. **Cambridge**: História Ilustrada da Medicina. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 87, 208.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. O Adulto Idoso. In: _____. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. cap. 12. p.207-230.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 06 fev. 2007

RIBEIRO, M. T. F.; FERREIRA, R. C.; MAGALHÃES, C. S.; FERREIRA e FERREIRA, E.; MOREIRA, A. N. Perfil dos Cuidadores de Idosos nas Instituições de Longa Permanência de Belo Horizonte, MG. **Ciência & Saúde Coletiva para a**

Sociedade, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em:<
<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/>>Acesso em: 27 dez. 2006.

SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea, 2003. 228p.

SENA, R. R.; LEITE, J. C. A.; GONÇALVES A. M.; CHAVES, M.; SEIXAS, C. T.; BRAGA, P. P.; SILVA, K. L. **Cuidado de enfermagem no domicílio**: a internação domiciliar. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre o Ensino e a Prática de Enfermagem da EE-UFMG, 2002. 191p. (Relatório Técnico).

SENA, R. R.; BRAGA, P. B.; COELHO, S.; QUEIROZ, C. M.; BARRETO, F. O.; DUARTE, E. D.; LOPES, T. C.; DIAS, D. G.; DITZ, E. S.; GONÇALVES, A. M.; **O cuidado domiciliar**: o trabalho do cuidador informal e profissional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre o Ensino e a Prática de Enfermagem da EE-UFMG, 2004. (Relatório Técnico).

SENA, R. R.; SILVA, K. L.; LEITE, J. C. A.; SEIXAS, C. T.; GONÇALVES, A. M. O ser cuidador na internação domiciliar em Betim/MG. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 544-554, out./dez. 2000.

SENN, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p.203-211, 2002. Disponível em: <www.scielosp.org>. Acesso em: 12 jun. 05.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, F. S. Os gastos das famílias com saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**. vol. 7, n. 4, p. 719-731, 2002. Disponível em: <www.scielo.com.br>. Acesso em: 16 jun. 2005.

SILVERSTEIN, M.; LITWAK, E. A task-specific typology of intergenerational family structure in later life. **Gerontologist**, Palo Alto, v. 33, n. 2, p. 258-264, 1993.

SZRAJER, J. S. Como adaptar o ambiente familiar aos cuidados necessários. In: DIAS, E. L. F.; WANDERLEY, J. S.; MENDES, R. T. (Org.). **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002. p. 39-46.

TAUB, A.; ANDREOLI, S. B.; BERTOLUCCI, P.H. Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 373-376, mar./abr., 2004.

TOCANTINS, F. R.; SILVA, T. J. E. S.; PASSOS, J. P. **Ética da Enfermagem**. São Caetano do Sul: Difusão Enfermagem, 2003.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.706. maio/jun. 2003. Disponível em:< <http://www.scielo.br> > Acesso em: 23 dez. 2006.

ANEXOS

ANEXO 01 - Indicadores de Autonomia nas Atividades da Vida Diária - Índice de Katz

Às Equipes de Saúde da Família do Distrito Ressaca do município de Contagem

O Índice de independência ou autonomia nas Atividades da Vida Diária (AVD) é usado para avaliar as habilidades dos idosos ou pacientes crônicos na performance essencial para as funções da vida diária - banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, controlar das necessidades fisiológicas básicas, movimentar-se e alimentar-se. Para delimitar a amostra de pessoas que recebem assistência no domicílio, solicitamos que cada área, das funções descritas abaixo, seja preenchida de acordo com a característica que se aplica ao idoso. Ao final, deveremos classificar a pessoa em seu Índice de Katz.

- **Banhar-se** (com compressa , banheira ou chuveiro).
 - () Não recebe assistência - Independente
 - () Recebe assistência ao lavar somente uma parte do corpo (costas ou pernas, por exemplo) - Independente
 - () Recebe assistência ao lavar mais que uma parte do corpo (ou não toma banho) - Dependente
- **Vestir-se** (apanha roupas do armário e gavetas incluindo roupas íntimas, roupas externas, inclusive, cintas, caso necessite).
 - () Paciente pega roupas e se veste , completamente, sem assistência –
Independente
 - () Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para calçar e/ou amarrar os sapatos - Independente

- () Recebe ajuda para pegar roupas e vestir-se ou permanece parcial ou completamente despido – Dependente
- **Usar o banheiro** (ir ao banheiro para evacuar e urinar, em seguida, limpar-se e arrumar as roupas).
- () Vai ao banheiro, faz uso do sanitário, limpa-se, arruma as roupas sem ajuda (pode estar usando apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode fazer uso de comadre ou urinol à noite, esvaziando o mesmo pela manhã) – Independente.
- () Recebe assistência para ir ao banheiro ou para se lavar ou arrumar a roupa após eliminação ou uso de urinol à noite – Dependente.
- () Não vai ao banheiro para evacuar ou urinar - Dependente.
- **Movimentar-se**
- () Deita-se e levanta-se da cama tão bem como se senta ou levanta da cadeira sem ajuda (pode fazer uso de objeto de apoio como bengala ou andador) - Independente
- () Deita-se ou levanta da cama ou cadeira com assistência – Dependente
- () Não sai da cama - Dependente
- **Controlar os esfíncteres**
- () Controla urina e evacuação completamente - Independente
- () Tem “acidentes” ocasionais - Dependente
- () Necessita de supervisão para urinar ou defecar; utiliza cateter ou tem incontinência – Dependente
- **Alimentar-se**
- () Alimenta-se sem ajuda - Independente

- () Alimenta-se só, exceto cortar carne ou passar manteiga no pão-Independente
- () Recebe assistência para alimentar-se ou é alimentado parcial ou completamente com sonda, ou líquidos intravenosos – Dependente

➤ **Como obter o Índice**

1. Observar o número de funções Dependentes (D) e Independentes (I) e relacionar com as alternativas (de A até Outros).
2. A letra obtida será o Índice de Katz.

➤ **Alternativas**

Grau A – Independente em todas as suas funções.

Grau B – Independente em tudo, com exceção de uma das funções.

Grau C – Dependente para banhar-se e em mais uma outra função.

Grau D – Dependente para banhar-se, vestir-se e em mais uma outra função.

Grau E – Dependente para banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro e em mais uma outra função.

Grau F – Dependente para banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, locomover-se e em mais uma outra função.

Grau G – Dependente para todas as suas funções.

Outros – Dependente em, pelo menos, duas destas funções, mas não está classificado como C, D, E ou F.

ÍNDICE DE KATZ ()

Fonte: KATZ, S.; DOWNS, T. D.; CASH, H. R. Progress in development of the index of ADL. **Gerontologist**. 1970, p. 20-30.

ANEXO 02 - Roteiro de reunião com os ACS do Distrito Ressaca

Reunião com os ACS do Distrito Ressaca

DIA: 24/03/2006 HORÁRIO: 13 as 16 horas

LOCAL: Auditório da Coordenação do Distrito Ressaca

➤ Assuntos:

- Lista de presença
- Apresentação/ Crachá
- Solicitação para que todos se apresentem
- Banner
- Nome da pesquisa
- Conceitos: cuidado, cuidado domiciliar, cuidador (1º construção deles)
- Objetivos
- Cenário
- Sujeitos
- Instrumentos para coleta de dados
- Entrevista
- Aspectos éticos
- Apresentação da pesquisadora- TCLE
- Carta para as ESF
- Leitura do Índice de Katz/discussão
- Apresentação da planilha/discussão
- Bibliografia
- Orçamento
- Esclarecimento de dúvidas
- Contatos- Agradecimentos
- Avaliação
- Lanche

ANEXO 03 - Solicitação às ESF do Distrito Ressaca no município de Contagem para atualizar o mapeamento das pessoas cuidadas no domicílio.

Belo Horizonte, março de 2006

Prezados Senhores,

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “**Cuidado de saúde do idoso, no domicílio: os custos para os familiares, no município de Contagem**”, que faz parte do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob a orientação de Prof^ª Dr^ª Roseni Rosângela de Sena e co-orientação de Prof^ª Dr^ª Alda Martins Gonçalves.

Esta pesquisa se justifica pelo aumento da expectativa de vida e da prevalência das doenças crônico-degenerativas e, em face às políticas de desospitalização e humanização, verificando a necessidade de alterar prioridades para o uso dos leitos hospitalares. Dessa forma, é essencial implementar ações assistenciais diferenciadas no hospital-dia e em domicílio como espaço privilegiado para o cuidado.

Esse estudo tem como objetivos analisar o gasto financeiro e identificar o apoio referente ao cuidado no domicílio, utilizado pelos familiares, aos indivíduos acima de 60 anos, no Distrito Ressaca do município de Contagem.

Sendo assim, solicitamos-lhes a atualização do mapeamento realizado em 2003 com o nome das pessoas cuidadas no domicílio e o grau de dependência, segundo o Índice de Katz (1970). A orientação sobre o preenchimento desses indicadores segue anexa.

Através da atualização do mapeamento das pessoas que recebem cuidado domiciliar, delimitaremos aquelas que constituirão a amostra do estudo. É importante

esclarecer que os informantes desta pesquisa serão os cuidadores das pessoas identificadas e que a coleta de dados será realizada pela pesquisadora.

Certas de contar com a colaboração de todos, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos. Antecipamos nossos agradecimentos.

Atenciosamente,

Hosana Ferreira Rates

Pesquisadora

Profª Drª Roseni Rosângela de Sena

Professora orientadora

Profª Drª Alda Martins Gonçalves

Professora co-orientadora

**ANEXO 04 - Carta à Secretaria Municipal de Saúde
da Prefeitura de Contagem – MG**

Belo Horizonte, 02 de fevereiro de 2006

Sra. Dra. Lídia Maria Tonon
Secretária Municipal de Saúde de Contagem

Solicitamos sua autorização para realização da pesquisa: **“Cuidado de saúde do idoso, no domicílio: os custos para os familiares, no município de Contagem-MG”**, que estamos desenvolvendo no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob a orientação da Profª Drª Roseni Rosângela de Sena e co-orientação da Profª Drª Alda Martins Gonçalves.

A escolha deste município se deve ao fato da inserção da mestrandia, Hosana Ferreira Rates, como servidora pública desde fevereiro de 1993, e pelo potencial para a implantação de serviço de Internação Domiciliar.

Esta pesquisa se justifica pelo aumento da expectativa de vida e da prevalência das doenças crônico-degenerativas e em face às políticas de desospitalização e humanização, verificando a necessidade de alterar prioridades para o uso dos leitos hospitalares. Dessa forma, é essencial implementar ações assistenciais diferenciadas no hospital-dia e no domicílio como espaço privilegiado para o cuidado. Em 2002, a população das pessoas acima de 60 anos era de 34.666 anos – 6,22% da população, segundo dados do IBGE.

Esse estudo tem como objetivos analisar o gasto financeiro e identificar o apoio referente ao cuidado no domicílio, dos familiares, aos indivíduos acima de 60 anos com dependência de todas as funções da vida diária (Índice de Katz G), no Distrito Ressaca deste município.

Para a realização desta pesquisa, optamos por um estudo quantitativo/qualitativo, descritivo e exploratório e propomo-nos coletar dados

através do diário do cuidador e de entrevistas ao cuidador que serão os informantes.

Para viabilização do estudo, solicitamos a participação das equipes de saúde da família do Distrito Ressaca para atualização do mapeamento das pessoas cuidadas no domicílio, realizado em 2003.

Sendo assim, necessitamos de autorização de V. S^a para apresentar o projeto junto ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisas - CONEP, que normaliza as pesquisas envolvendo seres humanos.

Assumimos a responsabilidade de preservar, em sigilo, o nome dos participantes envolvidos na investigação, bem como o uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados em trabalhos técnico-científicos e colocando à disposição da instituição os resultados da mesma.

Certas de contar com a colaboração de V. S^a, antecipamos os nossos agradecimentos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Hosana Ferreira Rates
Mestranda

Prof.^a Dr.^a Roseni Rosângela de Sena
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Alda Martins Gonçalves
Co-orientadora

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, Secretária de Saúde da Prefeitura Municipal de Contagem, autorizo a realização da pesquisa: **“Cuidado de saúde do idoso, no domicílio: os custos para os familiares, no município de Contagem-MG”** por intermédio desta instituição. Afirmando que fui devidamente orientada sobre as finalidades do estudo, bem como da utilização dos dados obtidos exclusivamente para fins técnico-científicos, sendo que, segundo me foi assegurado, os nomes dos informantes da pesquisa serão mantidos em anonimato.

Assinatura

Local e data

Carimbo da instituição

**ANEXO 05– Aprovação para a realização da pesquisa e do projeto pela SMS
de Contagem-MG**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Lidia Maria Tonon, Secretária de Saúde da Prefeitura Municipal de Contagem, autorizo a realização da pesquisa: “**Cuidado de saúde no domicílio: os custos para os familiares, no município de Contagem**” por intermédio desta instituição. Afirmando que fui devidamente orientada sobre as finalidades do estudo, bem como da utilização dos dados obtidos exclusivamente para fins técnico-científicos, sendo que, segundo me foi assegurado, os nomes dos informantes da pesquisa serão mantidos em anonimato.


Assinatura

Contagem 03 de março 2006.

Local e data

18212084/0001-92

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
E DE URGÊNCIA DE CONTAGEM

Lidia Maria Tonon
Secretária M. de Saúde
de Contagem

CONTAGEM - MG

Assinatura e carimbo da instituição

ANEXO 06– Aprovação do COEP-UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

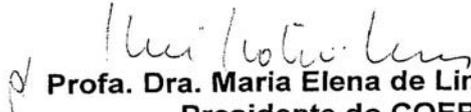
Parecer nº. ETIC 0098/06

**Interessada: Profa. Roseni Rosângela de Sena
Colegiado de Pós-Graduação
Escola de Enfermagem-UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 09 de junho de 2006, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Cuidado de saúde no domicílio: os custos para os familiares no município de Contagem-MG**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


p **Prof. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia**
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO 07– Apresentação da pesquisadora às informantes do estudo

Belo Horizonte, _____julho de 2006

Prezado cuidador,

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre o tema **“Cuidado de saúde do idoso, no domicílio: os custos para os familiares, no município de Contagem-MG”**, que faz parte do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

A pesquisa tem como objetivo identificar os gastos da família com o cuidado no domicílio de indivíduos acima de 60 anos, no Distrito Ressaca do município de Contagem, MG.

Esse estudo faz-se necessário tendo em vista a importância do trabalho dos cuidadores, e a necessidade de conhecer o custo referente ao cuidado exercido no domicílio.

Sua colaboração é voluntária e será muito importante para a realização desta pesquisa, sendo assim, solicitamos sua participação como informante. Para a coleta de dados, realizaremos uma entrevista que deverá ser gravada em fita-cassete, buscando apreender os dispêndios que a família tem com o cuidado domiciliar. Será utilizado, também, um diário em que o cuidador deverá descrever os gastos nas suas atividades cuidativas desenvolvidas no período de trinta dias.

Caso aceite a participação, você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, a qualquer momento, bem como

desligar-se da mesma e não permitir a utilização dos dados, sem que haja nenhum prejuízo para você.

Na oportunidade, firma-se o compromisso do uso restrito dos dados e informações para esta pesquisa e divulgação dos seus resultados, através de trabalhos técnico-científicos, atendendo à Resolução 196/96 do Ministério da Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Agradecendo a sua colaboração, solicitamos, ainda, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Hosana Ferreira Rates

Pesquisadora

Rua João Chagas, 65/1103, Cidade Nova-Belo Horizonte/ MG CEP: 31170 370

Tel: (31) 3486-8216 - 9102-8297 E-mail: hosanabh@yahoo.com.br

Profª Drª Alda Martins Gonçalves

Professora co-orientadora

Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia-Belo Horizonte/MG CEP: 30130 100

Telefone: (31) 3248-9878 E-mail: alda@enf.ufmg.br

Profª Drª Roseni Rosângela de Sena

Professora orientadora

Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia-Belo Horizonte/MG CEP: 30130 100

Telefone: (31) 3248-9871 E-mail: rosenisena@uol.com.br

ANEXO 08 - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com o item IV da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos)

Prezado(a) cuidador(a),

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre o tema “**Cuidado de saúde do idoso, no domicílio: os custos para os familiares, no município de Contagem-MG**”, que faz parte do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

A pesquisa tem como objetivo identificar os gastos da família com o cuidado no domicílio: alimentação, higiene, materiais e equipamentos médico-hospitalares, transporte, adaptação do domicílio, medicamentos, tempo de trabalho do cuidador, dentre outros; aos indivíduos acima de 60 anos, no Distrito Ressaca do município de Contagem, MG.

Esse estudo faz-se necessário tendo em vista a importância do trabalho dos cuidadores, e a necessidade de conhecer o custo referente ao cuidado exercido no domicílio.

Sua colaboração é voluntária e será muito importante para a realização desta pesquisa, sendo assim, solicitamos sua participação como informante. Acreditamos que isso não vai lhe causar riscos e nem desconfortos com exceção do tempo da entrevista e do preenchimento do diário do cuidador. Como benefício, encaminharemos cópia da pesquisa para a Secretária de Saúde de Contagem que poderá se sensibilizar com os resultados e assim prover melhorias na atenção ao cuidado domiciliar das pessoas acima de 60 anos com redução em realizar atividades da vida diária. Esperamos, também, contribuir para a definição de ações políticas públicas relacionadas ao cuidado no domicílio.

Para a coleta de dados, realizaremos uma entrevista que deverá ser gravada em fita-cassete, e serão destruídas ao término do estudo. Será utilizado um diário em que o (a) cuidador(a) deverá descrever os gastos relacionados às atividades cuidativas desenvolvidas, no período de trinta dias. As anotações serão orientadas pela pesquisadora responsável e ao término da pesquisa, os diários serão devolvidos aos informantes do estudo.

Caso aceite participar da pesquisa, você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, em qualquer momento, bem como desligar-se da mesma e não permitir a utilização dos dados, sem que haja nenhum prejuízo para você.

Informamos ainda que não haverá ressarcimentos ou indenizações relacionados à sua participação e garantimos o sigilo absoluto de sua identidade. Não divulgaremos o seu nome e nem o nome da pessoa que você cuida, nem outros dados que os identifique.

Na oportunidade, firmamos o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e para produção de material técnico-científico. Os resultados do estudo ficarão acessíveis a qualquer pessoa e serão divulgados através de publicações e apresentação em reuniões, seminários e congressos.

Será garantido o acesso às pesquisadoras, em qualquer etapa do estudo, que podem ser encontradas nos endereços abaixo relacionados:

- **Pesquisadora:** Hosana Ferreira Rates

Endereço: Rua João Chagas, 65/1103, Cidade Nova-Belo Horizonte/ MG
CEP: 31170 370 Telefones: (31) 3486-8216 e (31) 9102-8297 E-mail:
hosanabh@yahoo.com.br

- **Professora co-orientadora:** Prof^a Dr^a Alda Martins Gonçalves

Endereço: Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia-Belo Horizonte/MG CEP:
30130 100 Telefone: (31) 3248-9878 E-mail: alda@enf.ufmg.br

- **Professora orientadora:** Prof^a Dr^a Roseni Rosângela de Sena

Endereço: Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia-Belo Horizonte/MG CEP:
30130 100 Telefone: (31) 3248-9871 E-mail: rosenisena@uol.com.br

Para maiores esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG na Av. Presidente Antonio Carlos, 6627, 7º andar/sala 718- Prédio da Reitoria Campus da Pampulha- Belo Horizonte/MG - CEP: 31 270 901,telefone: (31) 3499-4592.

Acredito ter suficientemente informado a respeito da pesquisa descrita que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a pesquisadora-----
-----sobre a minha decisão em participar dessa pesquisa. Como informante, afirmo que fui, devidamente, orientado sobre os propósitos do estudo e as garantias de confidencialidade, de esclarecimentos permanentes e ausência de riscos. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Nome do (a) entrevistado (a)

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Assinatura da pesquisadora

Contagem, _____ de julho de 2006

ANEXO 09 – Roteiro de entrevista

Entrevista n° ----- Data: -----

Dados de Identificação – Pessoa cuidada

Nome da pessoa cuidada:-----CI-----

Data de nascimento: ----- Idade: -----

Sexo do paciente: M () F ()

Estado civil do (a) paciente:

Solteiro (a) () Casado (a) ()

Viúvo(a) () Separado/divorciado(a) () Outros ()

Endereço: -----

Renda familiar mensal: -----

Dados de Identificação – Cuidador(a) principal

Nome do(a) cuidador(a): -----

Data de nascimento: ----- Idade: -----

Sexo M () F () Há quanto tempo cuida dessa pessoa:-----

Estado civil

Solteiro (a)() Casado (a) () Viúvo (a) () Separado (a) ()

Divorciado (a) () Outros ()

Relação com a pessoa cuidada:

Esposo (a) () Filho (a) () Irmã () Outro ()

Escolaridade: Renda: -----

1° grau incompleto ()

1° grau completo ()

2° grau incompleto () 2° grau completo ()

3° grau incompleto () 3° grau completo ()

Perguntas

- 1- A pessoa cuidada recebe algum tipo de benefício (pensão, aposentadoria)?
- 2- A pessoa cuidada recebe algum tipo de auxílio de instituições ou de terceiros (cesta básica, outros)?
- 3- Você recebe remuneração para ser cuidador?
- 4- Você deixou de exercer algum tipo de trabalho remunerado para ser cuidador?
- 5- Você deixa de realizar alguma atividade em função do cuidado? Quais?
- 6- Para exercer a função de cuidador, você tem ajuda de outra pessoa? Quem? Quando?
- 7- Quantas horas você gasta diariamente cuidando da pessoa cuidada?
- 8- Você tem alguma dificuldade financeira relacionada aos gastos despendidos com a pessoa de que você cuida? Quais?
- 9- Você tem alguma facilidade financeira relacionada aos gastos despendidos com a pessoa que você cuida? Quais?
- 10- Você considera o domicílio um local adequado para a realização do cuidado?
- 11- Você considera que tem o material necessário para prestar o cuidado? (roupas de cama, vestuário, material de higiene/limpeza, dieta, fraldas, materiais e equipamentos médico-hospitalares).
- 12- Já foi realizado algum tipo de adaptação física no domicílio para facilitar o cuidado?
- 13- Se positivo, qual o valor gasto?
- 14- Você quer realizar algum comentário sobre o assunto abordado?

ANEXO 10 – Diário da cuidadora

Diário da cuidadora



Contagem – 2006

ANEXO 11: Planilha do diário da cuidadora

CITE QUANTO GASTA, **DIARIAMENTE**, COM RELAÇÃO AOS SEGUINTE ITENS:

ANEXO 12 – Diário da pesquisadora

Diário da pesquisadora

1- APRESENTAÇÃO

2- CARTA

3- TCLE

4- ENTREVISTA

5- DIÁRIO DO CUIDADOR (escrever sobre os cuidados diários prestados, valor dos gastos, bem como as sensações e sentimentos relacionados a estes cuidados)

6- ORIENTAÇÃO DA PLANILHA:

- Medicamentos (inclusive para lesões, se houver)
- Artigos médico-hospitalares.
 - Fralda descartável, sonda
 - Equipo, seringa
 - Gaze, esparadrapo
- Equipamentos médico-hospitalares (se foi adquirido)
 - Cadeira de banho, comadre
 - Cadeira de rodas, cama hospitalar
- Material de limpeza
 - Sabão em pó, sabão em barra
 - Desinfetante, água sanitária, amaciante
- Vestuário (pijama, camisola, cobertor, lençol, virol)
- Alimentação (artesanal, industrializada)

- VERIFICAR APÓS INÍCIO DO CUIDADO DOMICILIAR:

- Telefone/Gás de cozinha
- Eletricidade/Água
- Salário do cuidador e ou transporte.

- CITAR O VALOR DE CADA ITEM

7- REGISTRAR IMEDIATAMENTE APÓS CADA OBSERVAÇÃO:

- Cenário/ Pessoas Presentes
- Fatos /Interações ocorridas
- Descrição das atividades de cuidado
- Impressões/Sentimentos

ANEXO 13: Tabela do valor da renda mensal das cuidadoras e a percentagem relacionada ao salário mínimo atual.

Características	Valor	Número de cuidadoras	%
Não tem renda		05	29,50%
Abaixo de 01 SM*	R\$200,00	01	05,85%
01 SM**	R\$350,00	05	29,50%
Abaixo de 02 SM	R\$400,00	01	05,85%
02 SM	R\$700,00	01	05,85%
Acima de 03 SM	R\$1.040,00 R\$1.200,00 R\$1.281,00	03	17,60%
Sem renda fixa	-----	01	05,85%
Total	R\$5.171,00	17	100%

*SM= salário mínimo

**= salário mínimo vigente: R\$350,00

ANEXO 14: Avaliação para classificação do grau de complexidade da pessoa cuidada para internação domiciliar

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA INTERNAÇÃO DOMICILIAR - NEAD					
Paciente: <i>Pessoa cuidada relativa a Cuidadora 10 (C10)</i>					
Convênio: C					
GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
Internações no último ano		Alimentação		Secreção Pulmonar	
. 0-1 internação	0	. sem auxílio	0	. ausente	0
. 2-3 internação	1	. assistida	1	. pequena/moderada quantidade	1
. mais de 3 internações	2	. por sonda	2	. abundante	2
		. por cateter	3		3
Tempo dessa Internação		Curativos		Drenos/Cateteres/Estomias	
. menos de 10 dias	0			. ausentes	
. 10-30 dias	1	. ausentes ou simples		. presente com a família apta	1
. mais de 30 dias	2	. médios	1	. presente com a família inapta	2
		. grandes	2		
		. complexos	3		
Deambulação		Nível de consciência		Medicações	
. sem auxílio	0			. VO ou SNE	0
. com auxílio	1			. IM ou SC 1 ou 2xdia	1
. não deambula	2	. consciente e calmo	0	. IM ou SC mais 2xdia	2
		. consciente e agita	1	. EV 1 ou 2xdia	3
		. confuso	2	. EV mais 2xdia	4
		. comatoso	3		3
Plegias		Quadro Clínico			
. ausentes	0			. estável	0
. presentes com adaptação	1			. instabilidade parcial	1
. presentes sem adaptação	2			. instável	2
		Subtotal 2: 6			
Eliminações		Totais		Programa	
. sem auxílio	0				
. com auxílio ou sonda	1	< 8		Sem indicação internação domiciliar	
. sem controle esfínteres	2	8 a 15		Internação domiciliar com visitas de enfermagem	. eupnéico
. sondagem intermitente	3	16 a 20		Internação domiciliar com até 6 hs de enfermagem	. períodos de dispnéia
		21 a 30		Internação domiciliar com até 12 hs de enfermagem	. dispnéia constante
		> 30		Internação domiciliar com até 24 hs de enfermagem	. períodos de apnéia
Estado Nutricional					
. eutrófico	0				
. emagrecido	1				
. caquético	2				
Higiene		Dependência de oxigênio			
. sem auxílio	0			. ausente	0
. com auxílio	1			. parcial (respiração espontânea)	1
. dependente	2			. contínua (respiração espontânea)	2
				. ventilação mecânica intermitente	3
				. ventilação mecânica contínua	4
Subtotal 1: 9		TOTAL 1+2+3		Subtotal 3: 12	
Obs.:		9+6+12=27			
Conclusão:					

Fonte: DAL BEN, GAIDZINSKI, 2007

ANEXO 15: Valor dos medicamentos das pessoas cuidadas, utilizados no período de 30 dias*

Ident.	Utilização do SUS	Medicamentos	Apresentação	Fabricante	Preço R\$	Valor p/ 30dias
C1P1-2	sim, somente	-----	-----	-----	-----	-----
C2P1-2	sim, somente	-----	-----	-----	-----	-----
C3P1-2	não	Clonazepam Sulfato ferroso Nistatina Óxido de zinco Sulfadiazina de prata Total	2,5mg/ml gts 20 ml solução 30m creme vaginal c/60g + aplic. frasco 120g bisenaga- 50g -----	R. E. N. F. P. D. -----	11,10 09,31 07,63 03,01 15,79 -----	11,10 09,31 07,63 03,01 15,79 46,84
C4P1-2	sim	Sulfadiazina de prata <i>Cassia angustifolia</i> Total	bisenaga- 50g gel laxante- pote 150 g -----	P.D. F. -----	15,79 25,09 -----	15,79 25,09 40,88
C6P1-2	sim	Omeprazol	20 mg fr c/ 30 cápsulas	manipulado **	08,00	08,00
C7P1-2	sim	Norfloxacino Nimesulida Total	400mg cx c/ 14 comp. 100mg c/ 12 comp. -----	S.P. C. -----	14,65 13,31 -----	29,30 13,31 42,61
C8P1-2	sim	Levomeprazina Óxido de zinco Total	sol. oral vidro ctg x 20 ml frasco 120g -----	S.A. F. -----	08,27 03,01 -----	08,27 03,01 11,28
C9P1-2	sim	Bisacodil	5 mg c/ 20 drágeas	B.	04,40	04,40
C10P1-2	não	-----	-----	-----	-----	***
C11P1-2	sim	-----	-----	-----	-----	376,55
C12P1-2	sim	Levotiroxina sódica	100 mcg c/ 30 comp.	S.A.	08,02	08,02
C13P1-2	sim	Levotiroxina sódica	100 mcg c/ 30 comp	S.A.	08,02	08,02
C14P1-2	sim, somente	-----	-----	-----	-----	-----
C15P1-2	sim	Colírios ****	-----	-----	180,00	180,00
C16P1-2	sim	Bromidrato de fenoterol Brometo de ipratrópio Hidralizina Total	200 mg aer. c/ 15 ml 4mg/ml 0,25 mg/ml sol. inalat. 20ml 25 mg- cx c/ 20 comp. -----	B. B. N. -----	17,83 13,17 03,69 -----	17,83 13,17 7,38 38,38
C17P1-2	sim	Triexifenidila Pranifexol Picossulfato de sódio + agar Clister glicerinado Total	2 mg- cx c/ 30 comp. 0,25mg- cx c/ 30 comp. 240 ml- solução 500 ml 12% -----	A. B. P S. -----	8,65 72,93 12,12 6,17 -----	8,65 72,93 12,12 6,17 99,87
C18P1-2	sim	Fluoxetina	20mg- fr c/ 30 cápsulas	manipulado **	8,00	8,00

*Consulta no site: <<http://www.consultaremedios.com.br>>. Acesso em: 16 jan. 2007. **Consulta por telefone em 16/01/2007: Farmácia de Manipulação em Belo Horizonte-MG

*** Medicamentos fornecidos pelo plano de saúde, não foi informado o valor. **** Valores informados pela cuidadora

ANEXO 16: Valor dos medicamentos comprados no período de 30 dias de acordo com as planilhas 1 e 2 realizada pela cuidadora C11.

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	FABRICANTE	PREÇO R\$	VALOR (30 dias)
Sulfato ferroso	Frasco com 60 drágeas	D.	11,04	11,04
Piroxicam	20mg- 5 blisterx2 comp. Sublingual	P.	34,12	34,12
ÁAS	325mg- caixa com 32 comp.	S.P.	15,38	30,76
Ácido fólico	05 mg-caixa com 30 comp.	T.	08,82	08,82
Cebromfilina	50mg-xarope- adulto- 120ml	N.	21,23	21,23
Omeprazol	20mg- caixa com 28 cáps.	C.	58,61	58,61
Teofilina	200mg- 3 blister x 10 comp.	A.	19,17	19,17
Salbutamol	0,4mg/ml- xarope- frasco -120 ml	C.	03,87	03,87
Cefalexina	500mg- caixa com 40 drágeas	A.	73,20	73,20
Salbutamol spray	200 doses	G.S.	26,13	26,13
Ferro polimaltosado	8 amp. cx com 5 amp. x 2 ml +5 agulhas	A.P.	44,80	89,60
TOTAL	-----	-----	-----	376,55

* Dados incompletos que foram valorizados pela consulta de preços no site: <http://www.consultaremedios.com.br>. Acesso em: 18 de jan. 2007.

** Os valores foram registrados pela cuidadora

ANEXO 17: Apresentação e valor dos alimentos consumidos pelas pessoas cuidadas no período de 30 dias*

Ident.	Alimentos/Observação	Apresentação	Marca	Preço (un.)	Valor R\$ (30 dias)	Outros alimentos
C1P1-2	dados insuficientes para análise	-----	-----	-----	-----	sem alimentação especial
C2P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----	sem alimentação especial
C3P1-2	suplemento alimentar iogurte a iogurte b farinha enriquecida leite longa vida total	lata 400g pote 200g frasco 80 g lata 400g caixa 1 litro -----	M. J. I. I. N. F. M. -----	24,50 0,50 0,83 5,68 1,38 -----	24,50 8,50 11,62 5,68 20,70 71,00	sopa de legumes 2x ao dia e vitamina de frutas 2x ao dia
C4P1-2	suplemento alimentar iogurte a farinha enriquecida leite longa vida alimento achocolatado total	lata 400g pote 200g lata 400g caixa 1 litro lata 400g -----	M. J. I. N. F. M. N. -----	24,50 0,50 5,68 1,38 5,48 -----	49,00 30,00 22,72 41,10 21,92 187,54	caldo de feijão 1x ao dia
C6P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----	sem alimentação especial
C7P1-2	dados insuficientes para análise	-----	-----	-----	-----	leite desnatado, sopa e mingau de creme de milho
C8P1-2**	legumes frutas leite longa vida leite em pó farinha enriquecida arroz feijão carne total	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	80,00 60,00 39,00 20,00 22,00 2,80 2,50 20,00 226,30	A dieta da pessoa cuidada é artesanal por sonda de jejunostomia
C9P1-2	farinha enriquecida leite longa vida macarrão instantâneo -----	lata 400g caixa 1 litro pacote 200g -----	N. F. M. N. L. -----	5,48 1,38 1,26 -----	43,84 21,39 15,21 80,44	Frutas, legumes e suco
C10P1-2	dados insuficientes para análise	-----	-----	-----	-----	Dieta artesanal e industrializada 3x ao dia (jejunostomia)
C11P1-2	Dados insuficientes para análise	-----	-----	-----	-----	sem alimentação especial
C12P1-2	suplemento alimentar leite longa vida farinha enriquecida alimento achocolatado farinha de aveia amido de milho chá gelatina total	lata 400g caixa 1 litro lata 400g frasco 200g caixa 250g caixa 250g caixa (12 u.) caixa 85 g -----	M. J. F. M. N. T. Q. M. L. O. -----	24,50 1,38 5,48 2,10 2,28 1,48 2,38 0,65 -----	24,50 19,50 5,48 6,30 2,28 1,48 4,76 3,90 68,20	Sopa, frutas, suco, biscoito, pão
C13P1-2	dados insuficientes para análise	-----	-----	-----	-----	sem alimentação especial
C14P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----	sem alimentação especial
C15P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----	sem alimentação especial
C16P1-2	leite longa vida	caixa 1 litro	F. M.	1,38	41,40	sem alimentação especial
C17P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----	dieta pastosa
C18P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----	sem alimentação especial

* Dados incompletos que foram valorizados pela consulta de preços realizada dia 18-01-2007 em supermercado em Belo Horizonte-MG

** Valores registrados pela cuidadora

ANEXO 18: Utilização, frequência de troca, valor e quantidade de fraldas* geriátricas descartáveis utilizadas pelas pessoas cuidadas no período de 30 dias.

Identificação	Utilização	Frequência de utilização	Total de fraldas	Valor total - R\$
C1P1-2	não	-----	-----	-----
C2P1-2	não	-----	-----	-----
C3P1-2	sim	1 a 2 por dia	33	34,98
C4P1-2**	sim	10 pacotes/mês	-----	-----
C6P1-2	não	-----	-----	-----
C7P1-2	sim	2 por dia	60	63,60
C8P1-2***	sim	-----	-----	190,00
C9P1-2	sim	2 a 3 fraldas por dia	61	64,66
C10P1-2	sim	1 por dia	30	31,80
C11P1-2	não	-----	-----	-----
C12P1-2	não	-----	-----	-----
C13P1-2	sim	2 a 3 fraldas por dia	62	65,72
C14P1-2**	sim	2 pacotes/mês	-----	-----
C15P1-2	não	-----	-----	-----
C16P1-2	sim	5 a 6 por dia	159	168,54
C17P1-2	sim	2 por dia	60	63,60
C18P1-2	sim	1 a 2 por dia	36	38,16

* Valor unitário da fralda: R\$1,06

Utilizado como referência o valor da fralda descartável de uso adulto, formato anatômico, indicada para caso de incontinência urinária/fecal moderada ou forte. **Tamanho:** média. **Apresentação:** pacote com 30 unidades. Marca: Biofral. **Preço:** R\$31,92. Disponível em: <<http://www.rimed.com.br>>. Acesso em: 11 de janeiro 2007. **OBS:** no estudo foi utilizado o valor de R\$1,06 para o cálculo de gasto de fraldas. (R\$31,92÷30unidades=R\$1,06)

** Dado insuficiente para análise considerando que não foi fornecido a quantidade de fraldas que contêm um pacote (existem no mercado pacotes contendo 6, 8, 10, 24 ou 30 fraldas).

*** Dado registrado pela cuidadora, não foi fornecido a quantidade de fraldas utilizadas.

ANEXO 19: Valor do material médico-hospitalar utilizado pelas pessoas cuidadas no período de 30 dias*

Ident.	Materiais/Observação	Apresentação	Marca	Preço (un.)	Valor R\$ (30 dias)
C1P1-2	não utiliza	-----	-----	-----	-----
C2P1-2	fornecido pelo SUS	-----	-----	-----	-----
C3P1-2	gazes de algodão 4,5x4,5cm luvas de procedimento total	pacote com 10 un. caixa com 100 un. -----	J. E. -----	1,30 0,10 -----	1,30 1,20 2,50
C4P1-2	gazes de algodão 4,5x4,5cm fita crepe solução fisiológica 0,9% total	pacote com 10 un. 19mmx50m frasco 500ml -----	J. J. F. -----	1,30 6,40 2,00 -----	39,00 12,80 4,00 55,80
C6P1-2	não utiliza	-----	-----	-----	-----
C7P1-2	não utiliza	-----	-----	-----	-----
C8P1-2**	equipo para administração de dieta fita crepe seringa 20 ml gazes de algodão 4,5x4,5cm total	----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- 57,00
C9P1-2	não utiliza	-----	-----	-----	-----
C10P1-2	fornecidos pelo plano de saúde	-----	-----	-----	-----
C11P1-2	não utiliza	-----	-----	-----	-----
C12P1-2	não utiliza	-----	-----	-----	-----
C13P1-2	não utiliza	-----	-----	-----	-----
C14P1-2	não utiliza	-----	-----	-----	-----
C15P1-2	não utiliza	-----	-----	-----	-----
C16P1-2	não utiliza	-----	-----	-----	-----
C17P1-2	gazes de algodão 4,5x4,5cm luvas de procedimento fita cirúrgica extra flexível coletor de urina total	pacote com 10 um. caixa com 100 um. rolo 1,2mx4,5m 1,30 m de PVC -----	J. E. M. S. -----	1,30 0,10 1,60 1,24 -----	7,80 9,00 1,60 37,20 55,60
C18P1-2	fornecido pelo SUS	----	----	-----	-----

* Dados incompletos que foram valorizados pela consulta de preços em farmácia de Belo Horizonte e pelo site: <<http://www.rimed.com.br>>. Ambas consultas realizadas em: 18 de janeiro 2007.

** Os valores foram registrados pela cuidadora

ANEXO 20: Apresentação e valor dos produtos de higiene/cuidados com a pele, utilizados nas pessoas cuidadas no período de 30 dias*

Identificação	Produtos/Observação	Apresentação	Marca	Preço (un.)	Valor R\$ (30 dias)
C1P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C2P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C3P1-2	cotonete haste flexível creme para pele total	caixa com 75 un. frasco 200 ml -----	J. M. -----	1,90 3,49 -----	1,90 3,49 5,39
C4P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C6P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C7P1-2	sabonete com hidratante	100g	D.	1,35	1,35
C8P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C9P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C10P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C11P1-2	creme hidratante para pele protetor solar total	frasco 200 ml frasco 200 ml -----	M. N. -----	3,49 17,40 -----	3,49 17,40 20,89
C12P1-2	talco lenços umedecidos total	frasco 160g 20x16cm -----	M. P. -----	5,15 9,75 -----	5,15 9,75 14,90
C13P1-2	creme hidratante para pele leite de colônia total	frasco 200 ml frasco 100ml -----	M. T. -----	3,49 2,05 -----	3,49 2,05 5,54
C14P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C15P1-2	creme hidratante para pele sabonete desodorante total	frasco 200 ml 90 g 90 ml -----	M. P. N. -----	3,49 0,55 3,20 -----	3,49 0,55 3,20 7,24
C16P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C17P1-2	creme hidratante para pele sabonete líquido óleo para o corpo total	frasco 200 ml frasco 250 ml frasco 100 ml -----	M. P. D. -----	3,49 5,15 32,70 -----	3,49 10,30 32,70 46,49
C18P1-2	Aparador de barba óleo para o corpo total	cabo longo com 2 un. 900 ml -----	P. L. -----	1,60 2,98 -----	2,40 1,49 3,89

* Dados incompletos que foram valorizados pela consulta de preços em farmácia de Belo Horizonte. Consulta realizada em: 18 de janeiro 2007.

ANEXO 21: Apresentação e valor dos produtos de limpeza utilizados, no período de 30 dias*

Identificação	Produtos/Observação	Apresentação	Marca	Preço (un.)	Valor R\$ (30 dias)
C1P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C2P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C3P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C4P1-2	sabão em pó	1 kg	B.	3,98	7,96
C6P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C7P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C8P1-2**	sabão em pó sabão em barra detergente água sanitária total	----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- 16,50
C9P1-2	sabão em pó água sanitária total	1 kg 1 l -----	B. l. -----	3,98 1,18 -----	15,92 4,72 20,64
C10P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C11P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C12P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C13P1-2	dados insuficientes para análise	-----	-----	-----	-----
C14P1-2	sabão em pó água sanitária desinfetante total	1 kg 1 litro 500 ml -----	B. l. B. -----	3,98 1,18 1,98 -----	3,98 1,18 1,98 7,14
C15P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C16P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C17P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----
C18P1-2	sem registro de dados	-----	-----	-----	-----

* Dados incompletos que foram valorizados pela consulta de preços em supermercado de Belo Horizonte, realizada em: 18 de janeiro 2007.

** Valores registrados pela cuidadora