



**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL
DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO**

**A VISÃO DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE O CUIDADOR FAMILIAR
NO SERVIÇO DE GERIATRIA**

Edna Ferreira Kanashiro

Preceptora: Simone Pataro

Orientadora: Denise de Oliveira Silva

São Paulo

2017

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE- SES -SP
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS-CRH
GRUPO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS-GDRH
CENTRO DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS
“Dr. Antônio Guilherme de Souza”
SECRETARIA DE ESTADO DA GESTÃO PÚBLICA
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO – FUNDAP

PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL - PAP

EDNA FERREIRA KANASHIRO

**A VISÃO DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE O CUIDADOR FAMILIAR
NO SERVIÇO DE GERIATRIA**

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional – SES-SP, elaborada no Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual/Hospital Francisco Morato de Oliveira.

Área: Serviço Social Saúde Hospitalar

São Paulo

2017

DEDICATÓRIA

Dedico a todos os profissionais do Serviço Social do Hospital do Servidor Público Estadual - HSPE, que tiveram participação na minha formação, dividindo o conhecimento que possuem.

À minha preceptora Simone Pataro e a minha orientadora Denise de Oliveira Silva.

Aos cuidadores de idosos que participaram da pesquisa de campo colaborando com esse trabalho.

Aos profissionais que me acolheram com muito carinho e dedicação, abrindo espaço para o aprimoramento e, ainda, à pesquisa.

A todos que, diretamente ou indiretamente, me auxiliaram para que esse trabalho se concluísse em especial à Alice Ponte Marques.

AGRADECIMENTOS

SALMO 121

Elevo os meus olhos para os montes:

De onde virá o socorro?

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele, nada seria possível e eu não estaria aqui desfrutando deste momento que é tão importante.

Aos meus filhos, meu marido, minha mãe, meus irmãos e familiares por compreenderem a minha ausência, durante a realização deste trabalho.

Aos meus amigos, em especial Rosilda, e Ana Pasqualão por estar perto nos momentos difíceis.

Aos colegas do aprimoramento e Dr. Roberto Moscatello, pois além de terem me acolhido durante todo o aprimoramento, compartilharam comigo os momentos de tristezas e alegrias. Mais esta etapa, em que com a graça de Deus está sendo vencida. Deus seja louvado.

A VISÃO DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE O CUIDADOR FAMILIAR NO SERVIÇO DE GERIATRIA

EDNA FERREIRA KANASHIRO

RESUMO

A população está em constante aumento, contribuindo para um maior número de idosos com algum tipo de doença crônica degenerativa, levando-os a se tornarem cada vez mais dependentes de cuidados. É a família quem irá oferecer suporte necessário ao idoso dependente necessitado de cuidados. Em sua maioria do sexo feminino ficam responsáveis por estes cuidados, são pessoas desprovidas de informações sobre os cuidados correto que devem oferecer ao idoso, além de muitos acumularem outras atividades que podem levar o cuidador a sobrecarga, ocasionando o aparecimento de doenças que influenciará na tarefa do cuidar. Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, qualitativa, prospectiva transversal, desenvolvida no Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” HSPE-FMO, foi realizada com 43 cuidadores familiar de idosos com faixa etária 50 a 80 anos, casadas e solteiro, escolaridade com nível superior, médio e fundamental completo. Objetivo dessa pesquisa é saber a Visão do Serviço Social sobre o Cuidador Familiar no Serviço de Geriatria. A pesquisa mostrou que algumas cuidadoras contam com ajuda dos familiares ou de outras pessoas e recebem algum tipo de atendimento do Serviço Social como: orientações sobre ambulância, hospital de retaguarda, orientações, relatório social entre outras. Concluiu-se que, o impacto nas relações familiares causada pelo ato de cuidar é muito forte e que o profissional do Serviço Social deve conhecer o universo do cuidador podendo assim exercer seu papel ativamente para que o cuidador familiar não necessite futuramente de cuidados.

Palavra-chave: Cuidador familiar e Serviço Social

ABSTRACT

The population is constantly increasing, contributing to a greater number of elderly people with some kind of chronic degenerative disease, leading them to become more and more dependent on care. It is the family that will provide the necessary support to the elderly dependent in need of care. Most of the women are responsible for this care, they are people who lack information about the correct care they should offer the elderly, and many accumulate other activities that can lead the caregiver to overload, causing the appearance of diseases that will influence the task of caring. This is a descriptive, qualitative, prospective cross-sectional study, developed at the Hospital of the State Public Servant "Francisco Morato de Oliveira" HSPE-FMO, was carried out with 43 family caregivers of elderly individuals aged 50 to 80 years, married and Single, upper, middle and full schooling. Objective of this research is to know the Social Service Vision about the Family Caregiver in the Geriatrics Service. The research showed that some caregivers rely on help from family members or other people and receive some kind of Social Service assistance such as: ambulance guidance, back-up hospital, orientation, social report, among others. It was concluded that the impact on family relationships caused by the act of caring is very strong and that the Social Work professional must know the universe of the caregiver and can thus actively play their role so that the family caregiver does not need care in the future.

Keyword: Family Caregiver and Social Work

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade para muitos países desenvolvidos como a China, Japão, países da Europa e da América do Norte que já convivem com um número grande de idosos e com problemas associados ao envelhecimento. Em países como Brasil e o México o número de idosos vem crescendo, necessitando de Políticas Nacionais para lidar com as consequências sociais, econômicas e de saúde. ¹ (Garrido & Menezes, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas têm 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance um bilhão em menos de dez anos e mais que duplique em 2050, alcançando dois bilhões de pessoas ou 22% da população global. ²

O fenômeno do envelhecimento é complexo e multifacetado, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, demográficas, jurídicas, políticas, éticas, filosóficas, em torno do significado e das repercussões do prolongamento da vida humana, no âmbito do indivíduo e da sociedade (Giacomin, Karla Cristina). ³

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera envelhecer como um processo sequencial individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. Para a OMS, o limite de idade entre o indivíduo adulto e o idoso é 65 anos em nações desenvolvidas e 60 anos nos países em desenvolvimento. ⁴

Duas características acometem a terceira idade sendo elas: senescência que é a velhice propriamente dita, com um gradual e lento declínio físico e mental, próprio do envelhecimento natural. A senilidade é o declínio físico mais acelerado e acompanhado de desorganização mental com alteração no funcionamento cognitivo e perda de memória. Conforme Cardoso (2009), senescência, é o envelhecimento fisiológico do organismo marcado por um conjunto de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas, a senilidade se caracteriza por afecções que acometem o indivíduo idoso. Já a senilidade ao contrário da senescência é o processo que compromete os idosos, ou seja, ele está mais vulnerável, portanto tende a ser mais dependente. ⁵

Para a Organização Pan Americana da saúde (2012), a rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios, pois é responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde, principalmente as doenças crônicas

degenerativas gerando incapacidades funcionais, que resulta em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde. Assim, o conceito de saúde é uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças.

O bem-estar e a funcionalidade do idoso representam sua autonomia (capacidade de tomada de decisão e a independência), ou seja, capacidade de realizar algo com seus próprios meios permitindo que o idoso cuide de si mesmo. A portaria que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa considera que: saúde para o idoso se traduz pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica. (Brasil, 2006). A Independência e a autonomia estão relacionadas ao funcionamento integrado dos sistemas funcionais sendo elas: Cognição (Capacidade mental de compreender e resolver problemas do dia a dia), Humor, Mobilidade e Comunicação (Morais, Edgar Nunes, 2012).⁷

Conforme Ministério da Saúde, a resolução nº 283, setembro/2005 conceitua que o idoso dependente é a condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária, sendo o grau de dependência do idoso classificados em: Dependência I – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; Dependência II – idosos com dependência em até três atividades de auto cuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene, sem o comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; Dependência III – idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de auto cuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.⁸

A Organização Mundial de Saúde (2015) em seu Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde descreve que, as crescentes necessidades de populações maiores levarão a aumentos insustentáveis nos custos de saúde causando impacto muito significativo.⁹

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2013) mostra que: a longevidade da população vem modificando o perfil epidemiológico no país, com aumento da mortalidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) em detrimento das doenças infecto-parasitárias.¹⁰

A Organização Mundial da Saúde, (OMS) – 2005 definem como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus*. Estão incluídas também aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas. Considera-se que todas elas requerem

contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas e das pessoas em geral.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreu de doenças crônicas no mundo, o que corresponde ao dobro de mortes relacionadas às doenças infecciosas. Essas mortes encontram-se distribuídas em todos os países, desenvolvidos ou em desenvolvimento.¹²

As doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morte no mundo, corresponde a 63% dos óbitos em 2008. Aproximadamente 80% das mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. Um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos. Os óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes.

A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, define idoso pessoas com 60 anos ou mais. O conceito de idoso é diferenciado para países em desenvolvimento e para países desenvolvidos. Nos primeiros, são consideradas idosas aquelas pessoas com 60 anos e mais; nos segundos são idosas as pessoas com 65 anos e mais. Essa definição foi estabelecida pela Organização das Nações Unidas, por meio da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam aos seus cidadãos.

O Serviço Social é uma profissão propositiva, que trabalha com os valores colocados no projeto ético profissional como: a garantia de direitos, justiça social, autonomia, equidade e emancipação do sujeito. O profissional deve ver a pessoa idosa como um indivíduo de direitos e que tem seu espaço na sociedade. O Serviço Social tem sido historicamente um dos agentes profissionais que implementam políticas sociais, (Educação, Saúde, Trabalho, Assistência Social, Previdência Social, Justiça, Agricultura, Saneamento, Habitação e Meio Ambiente) especialmente políticas públicas. É o profissional que trabalha com políticas sociais, de corte público e privado¹⁴.

A Constituição Federal de 1988 define um modelo de proteção social configurado como um sistema de seguridade social. Envolve a previdência social, a assistência social e a saúde. A assistência social integra o sistema de seguridade social como política pública não contributiva, portanto, direito do cidadão e dever do Estado. Assim, a assistência social experimentou grandes avanços: promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), em 1993, que a

reconheceu como política pública de seguridade social, tornando-a responsável pela oferta de proteção social não contributiva. ¹⁵

Outro marco importante foi a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 15 de outubro de 2004, com sua posterior regulação, em 2005, pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que estabelece um pacto federativo para a operacionalização Política Nacional de Assistência Social. ¹⁵

Segundo a Política Nacional do Idoso, no Brasil o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica de Saúde nº 8.80/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade de atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

15 - 23

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionado ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. (Portaria 2528, 2006).

O reconhecimento da importância da família no contexto da vida social está explícito no artigo 226, da Constituição Federal do Brasil, quando declara que a “família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”, endossando, assim, o artigo 16, da Declaração dos Direitos Humanos, que traduz a família como sendo o núcleo natural e fundamental da sociedade, e com direito à proteção da sociedade e do Estado. No Brasil tal reconhecimento se reafirma

nas legislações específicas da Assistência Social, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Estatuto do Idoso e na própria Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), entre outras. ¹⁷

(Boff, 2001), define o cuidar como: “cuidar é mais que um ato, é uma atitude, é uma preocupação, uma responsabilidade, um envolvimento afetivo para com o outro e consigo. Significa desvelo, no sentido de existir e coexistir no mundo”.¹⁸⁻¹⁹

Segundo o Manual do Cuidadores de Pessoa Idosa, o cuidador é “aquele que cuida de pessoas idosas com dependência, desenvolvendo ações que promovam a melhoria de sua qualidade de vida em relação a si, à família e à sociedade. Suas ações fazem interface principalmente com a saúde, a educação e a assistência social e devem ser pautadas pela solidariedade, compaixão, paciência e equilíbrio emocional”. Cuidar da pessoa idosa de forma adequada é manter no melhor nível possível, as condições funcionais, levando em conta que o idoso é capaz de manter o melhor e maior grau possível de sua independência e autonomia no desempenho de suas atividades no seu cotidiano sem se importar com suas limitações ou doenças que apresente. ²⁰

Conforme a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, (2008) existem três tipos de cuidadores sendo eles: o cuidador principal ou primário (presta o maior número de cuidado ao idoso dependente); o cuidador secundário (seria outros familiares, voluntários, profissionais que ajudam, mas não tem a mesma responsabilidade e poder de decisão) e os cuidadores terciários (não possuem responsabilidade de cuidar substitui eventualmente outros cuidadores por um espaço pequeno de tempo). Há também o cuidador informal (não é remunerado) que são amigos, voluntários da comunidade que prestam cuidados e o cuidador formal (remunerado) que são profissionais contratados para cuidar do idoso (enfermeiro, auxiliares de enfermagem, acompanhantes, entre outros). ^{21 - 26}

Envelhecimento

O aumento da população idosa está se tornando uma característica mundial e isso significa um crescimento muito elevado de pessoas idosas em relação a outras faixas etárias. A longevidade e a expectativa de vida vêm crescendo.

O envelhecimento era uma característica de países desenvolvidos e hoje atinge também países em desenvolvimento, assim, estamos se adaptando a essa nova realidade que causa mudanças na estrutura etária. Sabemos que o processo de envelhecimento acontece desde o momento em que nascemos, transformando a vida do indivíduo, das famílias e da sociedade.

Para os países de primeiro mundo, o envelhecimento ocorreu de forma progressiva lado a lado ao crescimento econômico e a melhoria das condições de vida da população e aconteceu de forma lenta, diferente em países em desenvolvimento como o Brasil, onde o processo foi mais acelerado.

Conforme a previsão da ONU, por volta do ano 2050, pela primeira vez na história, o número de idosos será maior que o de crianças abaixo de 14 anos, isto é, a população mundial deve saltar de 6 bilhões para 10 bilhões, sendo que o número de pessoas idosas deve triplicar para 2 bilhões, ou seja, quase 25% da população do planeta.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE mostram que no ano de 2009 havia cerca de 21 milhões de idosos no país e as principais causas para o aumento do envelhecimento eram resultados da baixa taxa de fecundidade e de mortalidade, nas décadas anteriores.¹³

Carvalho, 1993. “O envelhecimento da população brasileira é reflexo da queda da fecundidade, que se iniciou no fim dos anos 60. Cabe ressaltar que entre as décadas de 1940 e 1960, houve uma significativa redução das taxas de mortalidade, o que por sua vez acarretou um relativo aumento da taxa de crescimento populacional. Porém esse fato não provocou mudanças notáveis na estrutura etária da população. Só a partir dos anos 60, quando houve o declínio da fecundidade (proporcionando uma diminuição do ritmo de crescimento populacional), é que se pode considerar uma real mudança na distribuição etária brasileira.”

No Brasil o processo de envelhecimento foi marcado por uma expectativa de vida muito pequena devido as condições de saúde, saneamento básico adequado e as condições sanitárias que eram muito precárias.²⁹

Com o aumento da população idosa no Brasil e no mundo os desafios serão imensos ocasionando impactos na sociedade como: maior investimento na área da saúde, necessidade de maior suporte das políticas públicas e das famílias, ou seja, maior amparo para o idoso na assistência médica, social e econômico.²⁹

O Brasil tem uma característica de desigualdade social muito grande porque a riqueza econômica do nosso país tem capacidade para elevar as condições de vida do indivíduo, aumentando a expectativa de vida, mas por outro lado o país é marcado por um número grande de população empobrecida, vivendo em condições precárias de trabalho, moradia, saúde, educação, precipitando assim o envelhecimento.²⁹

A transição demográfica é marcada por transformações econômicas e sociais devido ao acelerado processo de urbanização e industrialização trazendo consequências sociais na vida da mulher na sociedade. Com a inserção da mulher no mercado de trabalho e o acesso à universidade, possibilitou a mulher a sua autonomia social, econômica e do corpo produzindo impactos significativos em relação ao declínio da fecundidade e ao envelhecimento populacional.

Há necessidade da conscientização de toda população e do governo, que não somos mais um país jovem, estamos envelhecendo. Enquanto continuarmos a negar o processo de envelhecimento não estaremos preparados para a transição demográfica. O Governo precisa dar respostas efetivas para as demandas apresentadas. Por isso, a necessidade de investimento em educação, assistência social e saúde para melhor qualidade de vida do idoso conforme é assegurado no Estatuto do Idoso:

O Poder Público tem o dever de fazer cumprir esta lei, para que os idosos possam ter melhor qualidade de vida e possam ter seus direitos assegurados.

Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uma das maiores causas de mortalidade no Brasil. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, criando ações para controle de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, principalmente controle da inatividade física, consumo de álcool, fumo e alimentação.

As três esferas de gestão do sistema sanitário (União, Estados e Municípios), explicitam suas responsabilidades estabelecendo um compromisso para trabalhar as prioridades da situação de saúde da população brasileira. Essas prioridades de atuação seriam: a saúde do idoso; o controle do câncer do colo uterino e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e as endemias, com ênfase para dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica.

As transformações sociais, econômicas, políticas e culturais modificam a forma de como a sociedade se organiza influenciando em seu modo de vida repercutindo na alteração dos padrões de adoecimento. Portanto, as DCNT são um sério problema de saúde pública.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) define como Doenças Crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes Mellitus. Também inclui doenças que

contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, como: desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas. Todas requerem atenção, políticas públicas e atenção das pessoas em geral.

Segundo Ministério da Saúde, 2006, no ano de 2005 cerca de 35 milhões de pessoas morreram de doenças crônicas no mundo, o que corresponde ao dobro de mortes relacionadas às doenças infecciosas. As DCNT, também são a principal causa de mortes e incapacidades na América Latina e no Caribe. Em todo mundo milhões de pessoas morreram de alguma doença crônica, sendo que 80% das doenças crônicas ocorrem em países de baixa e média renda.

No Brasil as DCNT são também a principal causa de mortes, o processo da transição demográfica, epidemiológica e nutricional resulta em elevadas ocorrências de patologias. Em países desenvolvidos, a transição epidemiológica transcorreu em um período longo, já em países em desenvolvimento foi muito rápido necessitando modificar os serviços de saúde de acordo com às novas realidades do país. No Brasil nas últimas décadas as DCNT passaram a determinar a maioria das causas de óbito e incapacidade prematura, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e a representar grande parcela de despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) e no setor suplementar.

Foram identificados diversos fatores de risco sendo eles: “não modificáveis” (sexo, idade e herança genética) e as “comportamentais” (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas). O risco comportamental está relacionado às condições socioeconômicas, culturais e ambientais.

As DCNT são responsáveis pelo maior custo econômico para as famílias, para o sistema de saúde e para a sociedade. Esses custos ocorrem de forma direta (internação, medicamentos, tratamentos ambulatoriais) como indireta (aposentadoria precoce, perda de produção associada a essas doenças, entre outros). Caso não haja intervenções efetivas para a diminuição dos custos a tendência é aumentar os custos da saúde pública. Assim, há a necessidade de garantir qualidade de vida para a população, investindo no desenvolvimento, no progresso do país através de políticas públicas.

Família

As transformações ocorridas com o início da industrialização, o advento da urbanização a abolição da escravidão e a organização da população provocam alterações nas feições familiares e sociais. A expansão da economia acelerou o processo de retirada da produção de casa para o mercado, e a pressão pelo

consumo de bens e serviços, características inerentes ao capitalismo, anteriormente produzidos no espaço doméstico, passa a apertar os orçamentos familiares, e o trabalho assalariado passa a ser um instrumento também utilizado pelas mulheres. Apesar de todas as transformações, a nova família conjugal conserva traços típicos da família anterior: o de controlar a sexualidade feminina e preservar as relações de classe. ³⁰

Sarti (2012), a família sofreu significativos abalos internos, tem sido alvo de interferências externa. Desde a revolução industrial, que separou o mundo do trabalho do mundo familiar e instituiu a dimensão privada da família, contraposta ao mundo público, mudanças significativas a ela referentes relacionam-se ao impacto do desenvolvimento tecnológico. Mais recentemente, destacam-se as descobertas científicas que resultaram em intervenções tecnológicas sobre a reprodução humana. ³¹

Na Constituição de 1988, houve alargamento no conceito de família, as relações monoparentais passaram a ser reconhecidas, assim como as uniões estáveis. ³⁰ Em seu artigo 226 a Constituição instituiu família como: “família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”, endossando, assim o artigo 16: da Declaração dos Direitos Humanos, que traduz a família como sendo o núcleo natural e fundamental da sociedade, e com direito à proteção da sociedade e do Estado. ³²

A família é compreendida pela sociedade como um conjunto de pessoas que, possuem grau de parentesco e vivem na mesma residência. A família possui grande valor na sociedade, sendo que sua função principal é cuidar e proteger seus membros. O Estado, no Brasil, se esquivava do compromisso e da responsabilidade com a proteção social da população. ³³

A família tem suma importância no desenvolvimento de cada indivíduo. É a família que transmite os valores morais e sociais que é o processo de socialização do indivíduo, bem como, transmite as tradições e os costumes que perpetuam de geração em geração. ³³

Modelo de família ideal não existe, mas mesmo assim a família continua sendo responsável pelos cuidados, proteção, afeto e educação, é na família que se tem o primeiro contato de socialização e aprendizado.

Família Cuidadora

A família considera-se responsável pelos membros familiares, e sabemos que enfrenta algumas dificuldades que é natural da vida do ser humano entre elas o envelhecimento.

Quando falamos em envelhecimento, o cuidado se torna mais expressivo porque envolve preocupação, responsabilização, afeto e ocupação. O cuidar é muito mais do que atender às necessidades do idoso doente. O cuidado começa quando alguém necessita dele, assim envolve carinho, preocupação e dedicação. O cuidador sente-se afetivamente envolvido criando uma ligação com quem cuida e isso se torna mais forte quando o cuidador é familiar. ³³

É na família que o idoso tem o seu mais efetivo meio de sustentação e pertencimento, em que o apoio afetivo e de saúde se faz necessário e pertinente. Quando a família está impossibilitada de prestar assistência, o idoso fica exposto a situações de morbidade significativa sob vários aspectos tanto físico como psíquicos ou sociais. ³⁴

(Boff, 2001), define o cuidar como: “cuidar é mais que um ato, é uma atitude, é uma preocupação, uma responsabilidade, um envolvimento afetivo para com o outro e consigo. Significa desvelo, no sentido de existir e coexistir no mundo”

Conforme o Manual do Cuidadores de Pessoa Idosa, o cuidador é “aquele que cuida de pessoas idosas com dependência, desenvolvendo ações que promovam a melhoria de sua qualidade de vida em relação a si, à família e à sociedade. Suas ações fazem interface principalmente com a saúde, a educação e a assistência social e devem ser pautadas pela solidariedade, compaixão, paciência e equilíbrio emocional”. Cuidar da pessoa idosa de forma adequada é manter no melhor nível possível, as condições funcionais, levando em conta que o idoso é capaz de manter o melhor e maior grau possível de sua independência e autonomia no desempenho de suas atividades no seu cotidiano sem se importar com suas limitações ou doenças que apresente. ³⁵

O Ministério da Saúde, em 2008, com o objetivo de orientar os cuidadores na atenção à saúde conceitua no Guia Prático do Cuidador duas categorias de cuidadores sendo eles:

Cuidador Informal: é o membro familiar, esposa (o), irmã (o), nora, normalmente do sexo feminino, que é “escolhido” entre os familiares por ter melhor relacionamento ou intimidade com a pessoa idosa e por apresentar maior disponibilidade de tempo. Coloca-se nesse grupo uma amiga ou vizinha, que mesmo não tendo laços de parentesco, cuida da pessoa idosa, sem receber pagamento, como voluntária. (BORN, 2008, p.54). ³⁵

Cuidador Formal: é o profissional que recebeu um treinamento específico para a função, exerce a atividade de cuidar mediante uma remuneração, mantendo vínculos contratuais. Ele pode ser contratado para exercer as suas funções na residência da família, em Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPI), ou acompanhar a pessoa idosa em sua permanência em Unidades de Saúde (hospitais, clínicas e outros). (BORN, 2008 p.54 e 55). ³⁵

Grande parte das pessoas em idade avançada tem uma boa saúde que permite viver de forma independente e também realiza diversas atividades sem precisar de ajuda. Mas, sabemos também que algumas necessitam de ajuda para suas atividades que pode ser desde tarefas simples até a uma tarefa de um grau mais elevado e contínuo de ajuda.

Geralmente os idosos com idade avançada necessitam da ajuda da família, amigos ou vizinhos para atividades de vida diária proporcionando segurança a pessoa idosa. No entanto, aqueles que cuidam nem sempre estão preparados para realizar essas tarefas e lidar com as tensões e esforços decorrentes do cuidar. Cuidar implica muitas vezes variadas atividades.³⁵

O que leva a cuidar de um familiar idoso é muitas vezes a questão moral, ou seja, responsabilidade social e familiar e normas sociais que devem ser respeitadas, outro motivo que leva a cuidar é manter o bem-estar da pessoa idosa com quem nos identificamos à gratidão, o sentimento de culpa do passado e a censura (família, amigos, conhecidos, outros) influenciando na qualidade do cuidado.

Geralmente são as mulheres quem assumem a responsabilidade (filha, esposa, nora, irmãs, sobrinhas, netas). Conforme os cuidados se prolongam as responsabilidades aumentam, e além de cuidar do idoso tem que cuidar dos demais componentes da família tornando-se difícil dar conta de todas as responsabilidades, vale ressaltar que o grau de parentesco é também outro fator que influencia. Tem também aquela (e) que tem maior afinidade com a pessoa idosa, ou melhores condições materiais e/ou financeiras, tais como: casa maior, menos obrigações fora ou dentro do espaço sócio familiar, que já está aposentada ou mora próximo à pessoa idosa, etc.²¹

O cuidar exige reorganizar a vida familiar, profissional e social porque a vida do cuidador é afetada de diversas maneiras, ou seja, há mudança nas relações familiar gerando muitas vezes conflitos; o emocional é afetado (sentimentos positivos e sentimentos negativos), a saúde geralmente é comprometida, a vida profissional é outro fator determinante na vida do cuidador gerando ansiedade entre a tarefa de cuidar e as responsabilidades profissionais, há também a diminuição da atividade de lazer sem tempo para a vida social e outras atividades.²¹

Os fatores que influenciam no bem-estar do cuidador são a: saúde do cuidador, a ajuda que recebe de outros familiares, a ajuda que recebe da rede de apoio, o reconhecimento e apoio que recebe das famílias e amigos, informações que recebe sobre o cuidar, segurança de resolver os problemas em situações difíceis, capacidade de atuar diante de comportamentos complicados dos

familiares e do familiar idoso, e forma de superar situações difíceis e de cuidados. ²¹

A pessoa idosa, muitas das vezes, depende da família economicamente, principalmente quando necessita de fazer uso de medicamentos de alto custo, o que compromete bastante a sua renda. A situação se agrava quando surge alguma doença incapacitante, ocasionando a perda e/ou a diminuição do nível de autonomia e independência para realizar atividades da vida diária, tais como: comer, caminhar, realizar suas necessidades fisiológicas e higiênicas, tarefas domésticas, atividades sociais e de lazer. ²¹

Os membros da família precisam envolver-se no cuidado com a pessoa idosa, porque é uma tarefa cansativa, árdua e desgastante que não deve ficar sob a responsabilidade de uma só pessoa. O cuidador familiar não deve considerar-se o único com capacidade de exercer esta função. Ele precisa reconhecer seus limites e pedir ajuda quando necessário para não o levar a um quadro de depressão, estresse ou alguma violência contra o idoso.

Os cuidadores têm pouco preparo para administrar essa situação e a ajuda de um profissional é de suma importância para o bem-estar do idoso. O cuidador precisa estar ciente da necessidade deste autocuidado e juntamente com os outros familiares se organizarem para melhor atender as necessidades do idoso doente e assim, proporcionar ao cuidador benefícios emocionais, físicos e mentais. ³³

Política Nacional do Idoso

Nos anos 90 os idosos começam a ter seus direitos explicitados em algumas legislações para garantia de seus direitos e o respeito deste segmento. Com a inclusão da questão do envelhecimento na Constituição de 1988, somente em 1994 foi instituída uma política nacional voltada para o idoso que é a Política Nacional do Idoso – Lei 8842 de 1994.

A Política Nacional do Idoso em seu artigo 2º considera pessoa idosa maior de sessenta anos de idade e reger-se-á por cinco princípios: art. 3º inciso I: “a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”. Favorece o idoso na garantia e efetivação de seus direitos, com objetivo máximo da sua manutenção na comunidade e junto da família, com dignidade conforme o que está estabelecido na lei. Os acessos da pessoa idosa aos direitos lhe são assegurados perante a lei e deve ser proporcionado pelo governo e sociedade civil.

Na implementação da Política Nacional do Idoso, no capítulo IV artigo 10º descreve quais são as competências dos órgãos e entidades públicos: I na área de promoção e assistência social: “a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso mediante a

participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais. ” Na saúde é dever dos órgãos públicos: II “a) garantir ao idoso assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde, b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas (preventivo).

A Constituição de 1988 é um marco importante na história brasileira. Ela trouxe avanços no campo da proteção social que é resultado de lutas e reivindicações dos mais diversos setores da sociedade.

Os direitos de todos os cidadãos que compõem a sociedade devem ser garantidos sem discriminação de qualquer natureza, o Estado tem o dever de promover o bem-estar de todos os indivíduos para uma sociedade justa e igualitária.

A Seguridade Social é uma das conquistas advindas da Constituição Federal, que é um sistema de proteção social, constituída pelo tripé cujas políticas sociais devem assegurar os direitos à saúde, à previdência e a assistência social, através de ações integradas de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade. “Art. 194 – A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. ”

Além das garantias constitucionais o direito à pessoa idosa é assegurado também pela Lei Federal 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e regula o direito às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. O Estatuto do Idoso é um marco na história para toda a sociedade brasileira que com o aumento do envelhecimento passa a garantir a proteção dessa parcela da população, portanto, a família, a comunidade, a sociedade, o Poder Público e o Estado têm o dever de assegurar os direitos do idoso.

Políticas Públicas

Com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional a saúde e a seguridade social se defrontam com grandes desafios. É importante observar o envelhecimento sob a ótica do curso de vida e da determinação social das doenças que nos indicam acumulação de riscos ao longo da vida, que passam por escolhas, mas, acima de tudo, por oportunidades. Para que a população possa viver mais e melhor é necessário que as políticas públicas sejam organizadas no sentido de promover uma velhice mais saudável para todo indivíduo, ou seja, com respeito e cuidado.

Com as mudanças ocorridas no perfil familiar (mulher no mercado de trabalho e menor número de filhos) há um impacto grande nos cuidados de seu familiar idoso, ou seja, há necessidades de políticas públicas de cuidados à população idosa.

No Brasil as dificuldades são maiores porque o país não se preparou para o envelhecimento da população, assim, redobra as dificuldades para dar respostas

adequadas a crescente demandas apresentadas das pessoas mais velhas da população. A saúde ainda se preocupa com a fase da doença mais aguda, e não dá tanta atenção a prevenção às condições crônicas que necessitam de um manejo de cuidados continuados. (OMS, 2013). Há necessidade de reorganização do modelo e da rede de atenção à saúde que irá repercutir nos custos dos sistemas e no trabalho dos serviços de saúde.

O baixo nível educacional da pessoa idosa é outro fator que preocupa porque representa os baixos níveis socioeconômicos, alta nas doenças crônicas que limitam o idoso impedindo sua autonomia. Portanto, necessita-se de políticas que atendam às necessidades físicas, emocionais da pessoa idosa e de determinados grupos populacionais, ou seja, que atendam às necessidades e vulnerabilidades.

A primeira discussão internacional de políticas públicas para a população idosa foi na Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Viena ano de 1982 sendo o primeiro fórum global intergovernamental. Tinha como foco a questão do envelhecimento populacional e que resultou na aprovação de um plano global de ação recebendo o nome de Plano Viena. Nesse mesmo ano que ocorreu a Assembleia o Brasil decreta o Ano Nacional do Idoso. A população passa a tomar conhecimento dos problemas em relação a essa camada da população brasileira.

Belinovski (2013), as políticas públicas têm como objetivo reduzir a pobreza e as desigualdades sociais, garantir o acesso à cidadania visando o aumento da democratização e da sociabilidade dos indivíduos. Surgem a partir de transformações econômicas no Brasil.

Estudiosos definem as Políticas Públicas como: conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico. As Políticas Públicas correspondem a direitos assegurados constitucionalmente ou que se afirmam graças ao reconhecimento por parte da sociedade e/ou pelos poderes públicos enquanto novos direitos das pessoas, comunidades, coisas ou outros bens materiais ou imateriais.

A população brasileira vem passando por mudanças no seu perfil demográfico e epidemiológico, devido ao envelhecimento populacional e ao aumento das doenças crônico-degenerativas, portanto, um grande problema de saúde pública sendo alva das ações da seguridade social. A política pública direcionada para o idoso tem como um dos objetivos o compartilhamento de responsabilidades que envolvem a família, a sociedade, a comunidade e o Estado.³⁸

No Brasil, muito se avançou na elaboração de políticas sociais voltadas para o idoso dentre as quais podemos citar a Política Nacional do Idoso (1994); A Portaria 1395/GM - Política de Saúde do Idoso (1999); o Estatuto do Idoso (2003); A Política Nacional de Assistência Social (2004); A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), além dos direitos conquistados pela Constituição Federal em 1988.³⁸

A Política Pública prevê a participação de todos em ações de assistência à saúde e assistência social, entretanto muitas são as dificuldades encontradas dessas políticas em acompanhar o crescimento da população idosa. A ausência do Estado em efetivar as políticas com efetividade acaba responsabilizando a família. A ineficiência das políticas contribui para termos idosos dependentes, fragilizados, famílias carentes de uma rede social mais efetiva que possa viabilizar políticas públicas mais adequadas. ³⁸

A Portaria Ministerial nº 1.395 de 1999, sobre a Política de Saúde do Idoso, determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionado promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. (Portaria 2528, 2006). ²⁷

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aprovada pela portaria nº 2.528/2006, tem por finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. ³⁸

No Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) não está preparado para o atendimento da população idosa muito menos a família que acaba assumindo toda a responsabilidade.

A Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842/94) tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.³⁹ Porém, existe uma distância enorme para efetivação da participação social referente a garantia dos direitos sociais.

O processo de envelhecimento em nosso país não se dá de modo igual para todos. A velhice é determinada pela inserção de classe social, pelas questões de gênero, raça e etnia, demarcando experiências de envelhecimento heterogêneas no interior de nossa sociedade. Daí que envelhecer com dignidade não é uma responsabilidade individual, mas sim responsabilidade coletiva. Implica não só a criação de políticas públicas como também a garantia de acesso de idosos a essas políticas. ³⁹

Alzira2012, “Portanto, o processo de envelhecimento não se resume apenas aos aspectos demográficos, implica criação de políticas para um segmento que demanda melhor condições de saúde, habitação, aposentadorias e pensões e assistência social. ” ³⁹

Através dos programas direcionados para os idosos que os assistentes sociais irão trabalhar as questões relativas ao exercício do controle social para construir políticas públicas que possa incluir o idoso.

Serviço Social

O Serviço Social é uma profissão de caráter sócio-político, crítico e interventivo, que se utiliza instrumentais científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais, para sua intervenção e análise das diversas dimensões da questão social.

Está inserido nas mais diferentes áreas (Saúde, Educação, Previdência, Administração, Justiça, entre outros) com a função de gerenciar, planejar, executar, administrar e assessorar políticas, programas e serviços sociais atuando de forma interventiva nas relações do indivíduo no seu cotidiano da vida social na prestação de serviços e socioeducativo.

O Serviço Social possuiu um projeto profissional hegemônico e coletivo denominado Projeto Ético Político elaborado nas décadas de 1970 e 1980 que define uma sociedade mais justa, democrática e com garantia de direitos. O Projeto está claramente definido na lei 8.662/93, no Código de Ética Profissional de 1993 e nas Diretrizes Curriculares representando a dimensão ética da profissão. Tem um caráter normativo e jurídico para o exercício profissional onde são definidos os direitos e deveres do assistente social garantindo assim, qualidade dos serviços prestados e o compromisso ético-político assumido pelo profissional.

O Serviço Social é uma profissão propositiva, que trabalha com os valores colocados no projeto ético profissional como: a garantia de direitos, justiça social, autonomia, equidade e emancipação do sujeito. Assim, o profissional deve ver a pessoa idosa como um indivíduo de direitos e que tem seu espaço na sociedade. O Serviço Social tem sido historicamente um dos agentes profissionais que implementam políticas sociais, (Educação, Saúde, Trabalho, Assistência Social, Previdência Social, Justiça, Agricultura, Saneamento, Habitação e Meio Ambiente) especialmente políticas públicas. É o profissional que trabalha com políticas sociais, de corte público e privado.

Estudos demográficos afirmam que no ano 2020 nosso país ocupará o sexto lugar no mundo em população idosa.³⁹ Como no Brasil as pessoas vivem em média até os 65 anos e as desigualdades sociais é bem alta necessitando garantir melhores condições de vida para toda a população, portanto, os profissionais de várias áreas inclusive o Serviço Social tem buscado capacitação para o trabalho com idosos.

Estudos mostram que as desigualdades sociais em nosso país têm aumentado o número de idosos incapacitados funcionalmente e com a saúde precária, contribuindo para o aumento de idosos internados, em tratamento, com necessidade de equipamentos e medicação.

Pelos programas direcionados aos idosos o assistente social irá trabalhar as questões relativas ao exercício do controle social nas políticas públicas, para construção de políticas públicas de inclusão.

Alzira 2012, A Política Nacional do Idoso, esclarece em seu artigo 3º o dever da família, da sociedade e do Estado em assegurar os direitos de cidadania dos idosos, garantindo participação na comunidade, na defesa de sua dignidade, do seu bem-estar e direito à vida aos idosos. Assim, a atuação do profissional assistente social com essa população deve ser de protagonizar a autonomia da pessoa idosa. A família é chamada a desempenhar a função de apoio social informal, contribuindo na garantia da autonomia e qualidade de vida do Idoso.³⁹

O profissional assistente social deve garantir o acesso dos idosos às políticas, participando das organizações de espaços coletivos. Muitas vezes a população desconhece a existências das políticas para essa população.

Diante do cenário exposto os objetivos desse estudo são conhecer **A Visão do Serviço Social Sobre o Cuidador Familiar no Serviço de Geriatria** do Hospital Servidor Público Estadual – HSPE.

OBJETIVO

Conhecer o cuidador familiar do idoso que apresenta dependência em acompanhamento no Serviço de Geriatria do HSPE

METODOLOGIA

O estudo trata de uma pesquisa de campo, descritiva, qualitativa, prospectiva transversal que será desenvolvida no Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” HSPE-FMO, localizado no município de São Paulo - SP no Serviço de Geriatria (Enfermaria e Ambulatório). No período de novembro a fevereiro de 2017.

A população pesquisada pelo estudo serão 43 cuidadores familiares de idosos que apresentam dependência acompanhada no Serviço de Geriatria.

O instrumento utilizado para a coleta de dados será um formulário de autoria da pesquisadora. As perguntas serão abertas, fechadas e semiabertas composto por duas partes.

A primeira parte terá perguntas para traçar o perfil sociodemográfico dos cuidadores (sexo, idade, estado civil, moradia, município de origem, escolaridade, ocupação, renda, parentesco, religião, vínculo no IAMSPE). A

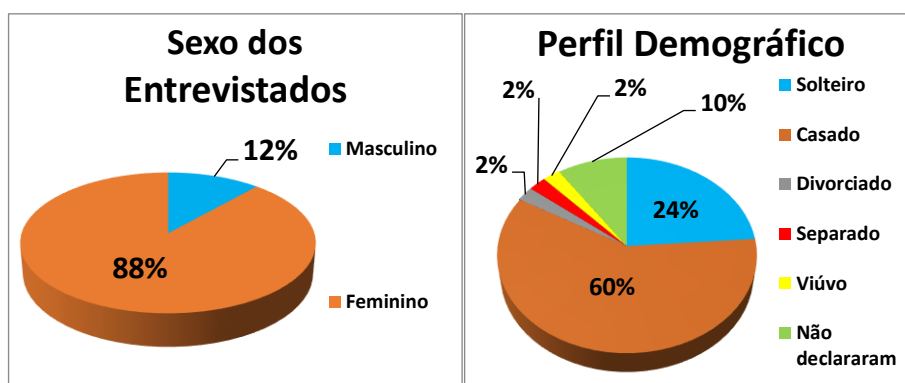
segunda parte serão perguntas sobre o cuidar. Para coleta de dados foram elaboradas 13 (treze) perguntas.

A fonte do questionário será feita com letras maiores para facilitar a leitura dos cuidadores.

RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada no período de novembro a dezembro de 2016, pela autora do estudo, com 43 cuidadores. A faixa etária dos entrevistados foi de 20 a 80 anos.

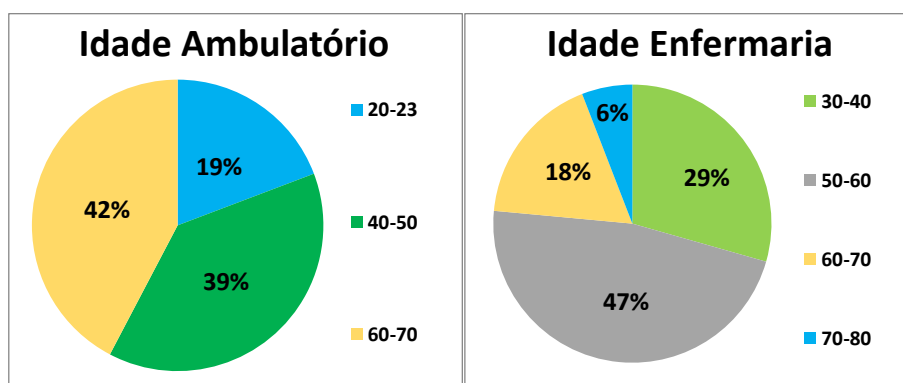
Gráfico 1: Perfil Sócio demográfico



Fonte: Elaboração Própria.

Quanto ao sexo: 38 (88%) é feminino e 5 (12%) masculino. Estado civil, 25 (60%) casados, 10 (24%) são solteiros, 1 (2%) divorciado, 1 (2%). Separado, 1 (2%) viúvo e 4 (10%) não declararam.

Gráfico 2: Idade dos Cuidadores



Fonte: Elaboração Própria

Faixa etária: ambulatório 42% e enfermaria 47%, observou-se que a faixa etária 40 a 50 anos é predominante e que o número de idosos com mais de 70 anos como cuidadora é bem expressiva.

Gráfico 3: Moradia

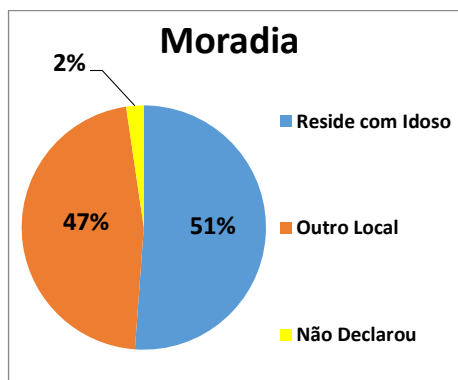
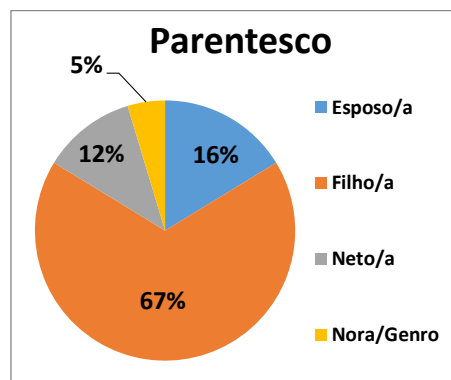


Gráfico 4: Grau de Parentesco

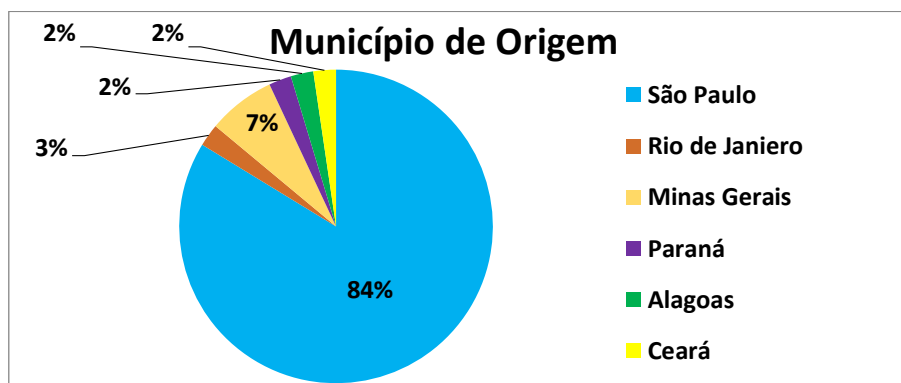


Fonte: Elaboração Própria

Com relação à residência: 22 (51%) residem com o idoso: 20 (47%) residem em outro local e 1 (2%) não declarou.

Conforme o gráfico 4: dentre os entrevistados: 29 (67%) são filhos (as), 7 (16%) são esposo ou esposa, 5 (12%) são netos (as) e 2 (5%) são noras ou genros.

Gráfico 5: Origem dos cuidadores



Fonte: Elaboração Própria

Em relação à origem dos entrevistados: 36 (84%) são de São Paulo, 3 (7%) de Minas Gerais, 1 (2%) de Alagoas, 1 (3%) do Rio de Janeiro, 1 (2%) do Ceará e 1 (2%) do Paraná.

Gráfico 6: Escolaridade

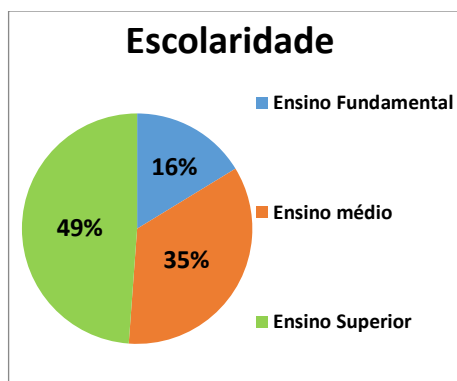
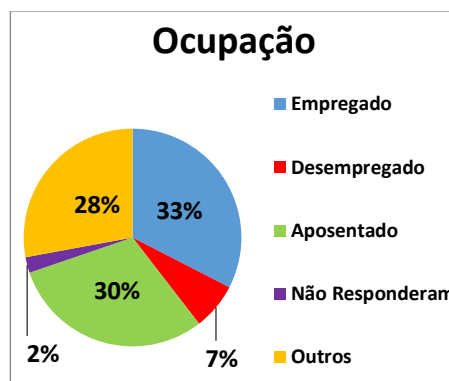


Gráfico 7: Ocupação/Trabalho



Fonte:Elaboração Própria

Quanto ao nível de escolaridade dos participantes: 21 (49%) dos cuidadores entrevistados no presente estudo apresentam ensino superior completo, 15 (35%) ensino médio completo e 7 (16%) ensino fundamental completo.

Em relação a ocupação: 14 (33%), 13 (30%) aposentados, 12 (28%) ocupação diversas, 3 (7%) desempregado, 1 (2%) não responderam.

Gráfico 8: Renda do Cuidador

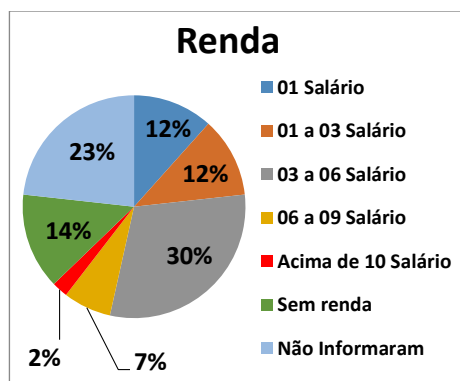
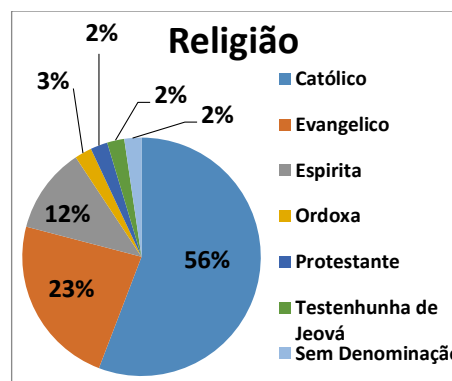


Gráfico 9: Religião



Fonte: Elaboração Própria

Quanto à renda familiar: 5 (12%) recebem um salário, 5 (12%) de um a três salários, 13 (30%) de três a seis salários, 3 (7%) de seis a nove salários, 1 (2%) acima de dez salários, sem renda 6 (14%) e 10 (23%) não quiseram informar a renda.

Em relação a crença gráfico 9: há predominância de católicos, 24 (56%), seguido por evangélicos 10 (23%), Espíritas 5 (12%), 1 Ortodoxa, 1 Protestante, e 1 Testemunha de Jeová (2%) cada, sem denominação 1 (2%).

Gráfico 10: Vínculo no IAMSPE

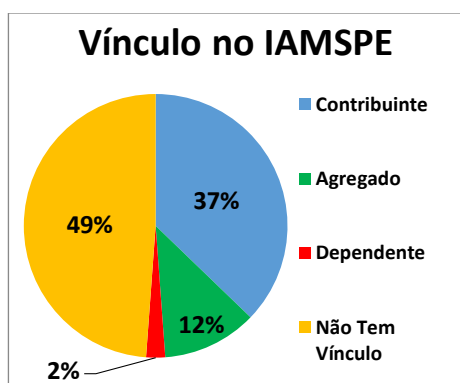
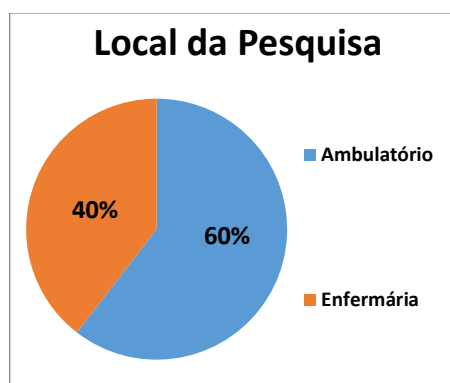


Gráfico 11: Local da Pesquisa



Fonte: Elaboração Própria

Dos cuidadores entrevistados: 21 (49%) não têm vínculo com o hospital, 16 (37%) são contribuintes, 5 (12%) são agregados, 1 (2%) são dependentes.

A pesquisa foi realizada: 26 (40%) no ambulatório e 17 (60%) na enfermária, conforme gráfico 11.

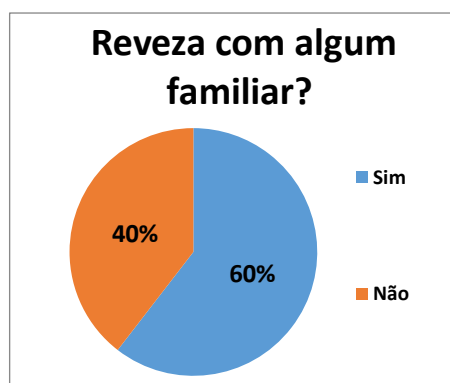
SOBRE O CUIDAR

Os gráficos que seguem relacionam aos cuidados em relação ao idoso.

Gráfico 12: O cuidador sozinho



Gráfico 13: Revezamento no cuidar



Fonte: Elaboração Própria

Questionado sobre o cuidar: 26 (60%) cuidam sozinho e 17 (40%) não.

Quanto revezar os cuidados: 26 (60%), 17 (40%) não reveza.

Gráfico 14: Tempo dedicado ao cuidado



Gráfico 15: Estar com o paciente



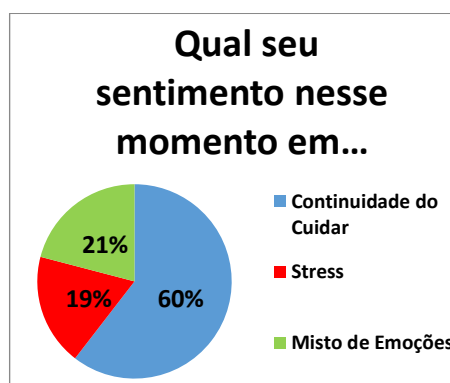
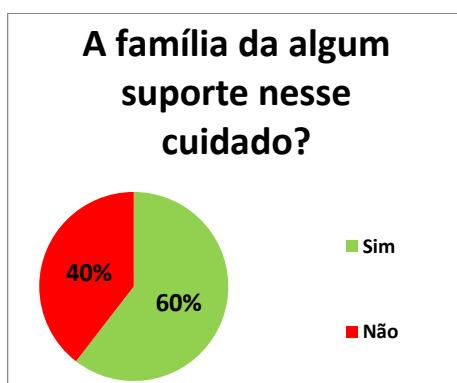
Fonte: Elaboração Própria

Quanto a horas dedicado aos cuidados: 26 (60%) respondeu período integral, 17 (40%) temporariamente.

Em relação ao acompanhamento no hospital, (Gráfico 15): 36 (84%) em todos os lugares do hospital, 2 (5%) na internação, 2 (5%) no pronto socorro e internação, 2 (4%) acompanham no ambulatório 1 (2%) no ambulatório e pronto socorro.

TIPOS DE CUIDADO

Gráfico 16: Cuidador recebe suporte Gráfico 17: Sentimento do cuidador



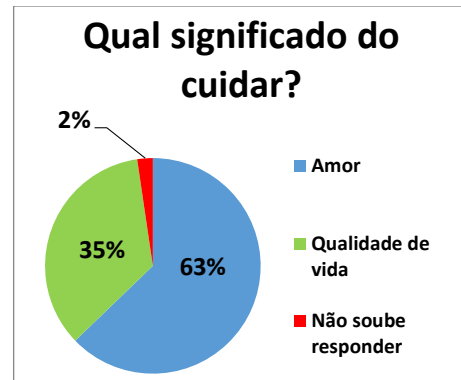
Fonte: Elaboração Própria

Questionado se recebe algum suporte familiar, (Gráfico 16): 26 (60%) sim e 17 (40%) não.

Quanto ao sentimento (Gráfico 17): 26 (60%) respondeu continuidade no cuidar, 9 (21%) mistura de emoções, 8 (19%) respondeu estressante.

Gráfico 18: Dificuldade do cuidador

Gráfico 19: O que significa cuidar



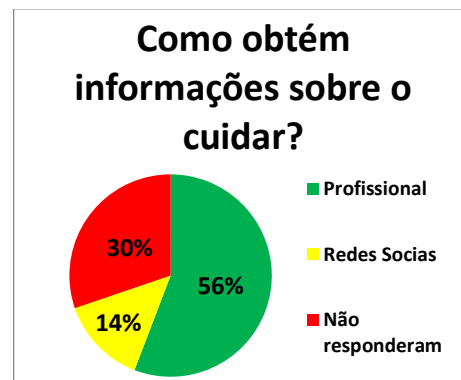
Fonte: Elaboração Própria

Quanto a dificuldade para cuidar: 10 (23%) sim, 33 (77%) não.

Em relação ao significado do cuidar: 27 (63%) amor, 15 (35%) proporcionar qualidade de vida, 1 (2%) não souberam responder.

Gráfico 20: Houve alguma mudança

Gráfico 21: Informações para cuidar

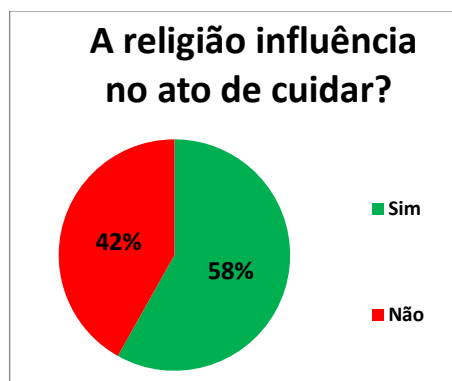
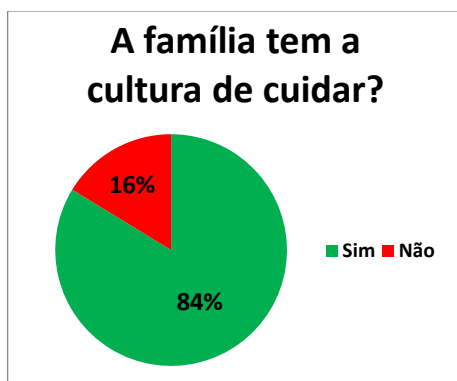


Fonte: Elaboração Própria

Questionado se para cuidar teve que fazer alguma mudança em sua vida: 22 (51%) sim e 21 (49%) respondeu não.

Quanto à obtenção de informações para cuidar: 24 (56%) recebem orientação de profissionais, 6 (14%) em redes sociais e 13 (30%) não.

Gráfico 22: A cultura/costume de cuidar Gráfico 23: Influência da religião

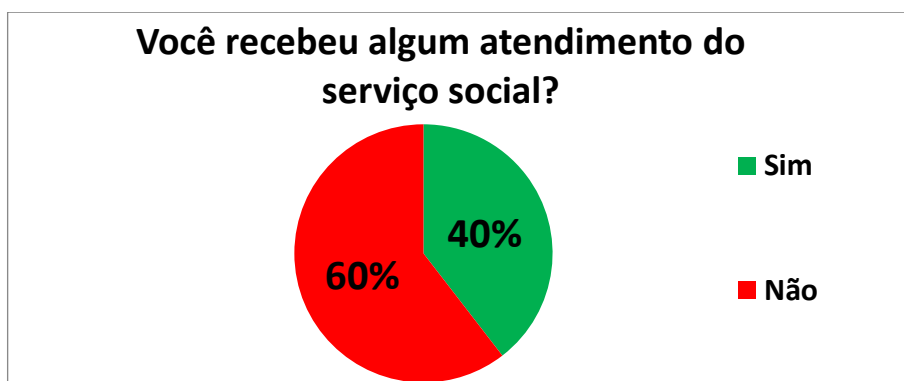


Fonte: Elaboração Própria

Questionada se a família teria a cultura do cuidar, (Gráfico 22): 36 (84%) sim e 7 (16%) não.

Quanto a influência da religião (Gráfico 23): 25 (58%) sim e 18 (42%) não.

Gráfico 24: Atendimento do Serviço Social



Fonte: Elaboração Própria

Em relação a algum atendimento do Serviço Social: 17 (40%) sim e 26 (60%) não.

DISCUSSÃO

Quanto ao sexo dos cuidadores entrevistados, houve predomínio do sexo feminino 38 (45%), confirmando o estudo de Shiguemoto (2010) em que a maioria dos cuidadores eram do gênero feminino (80,1%).⁴³

A pesquisa foi composta por 43 cuidadores de idosos com faixa etária de 20 a 80 anos sendo em sua maioria casados.

Quanto a moradia dos cuidadores 22 (51%) reside com o idoso dependente, em relação ao grau de parentesco 29 (67%), eram os filhos dos idosos ou cônjuge 7 (16%). Isso demonstra que o apoio dos familiares no exercício do ato de cuidar é importante para os idosos enfrentarem as enfermidades. O município de origem dos cuidadores prevaleceu em sua maioria da cidade de São Paulo 36 (84%).

Em relação ao nível de escolaridade dos participantes 21 (49%) dos cuidadores entrevistados no presente estudo apresentam ensino superior completo, 15 (35%) ensino médio completo, 7 (16%) ensino fundamental. Estudos demonstram que a escolaridade pode influenciar na qualidade da assistência ao idoso, uma vez que o cuidador precisa seguir dietas, ler bulas de remédios, entender dosagens e via de administração para melhor prover o cuidado, além da valorização e conscientização sobre a importância na prevenção de doenças na terceira idade.⁴¹

Com relação a ocupação dos cuidadores entrevistados, 14 (33%) estão empregados (enfermeiros, professor, agente escolar, corretor de imóveis, artesã, oficial, coordenador de marketing, assistente social), 13 (30%) aposentados, 3 (7%) desempregados, 12 (28%) do lar, autônomo, 1 (2%) não respondeu. Conforme Araújo (2013) A maior parte dos cuidadores entrevistados vivem com renda própria e a maioria com renda familiar provenientes das pensões e benefícios dos idosos.⁴¹

No presente trabalho 5 (12%) dos entrevistados responderam receber de 1 salário mínimo, 5 (12%) de 1 a 3 salário mínimo, 13 (30%) 3 a 6 salário mínimo, 3 (7%) 6 a 9 salário, 1 (2%) acima de 10 salário mínimo, sem renda 6 (14%) e não quiseram informar 10 (23%). Segundo Araújo (2013) a maioria dos cuidadores não é recompensada financeiramente pelo cuidado prestados, dessa forma, precisa estabelecer trabalhos secundários ao cuidar, a fim de prover o sustento de sua família.⁴¹

O presente trabalho prevaleceu a religião católica 24 (56%), seguida pelos evangélicos 10 (23%), espírita 5 (12%). Estudos mostram que a religiosidade pode contribuir para que o indivíduo enfrente qualquer dificuldade da doença. Quanto ao vínculo que o cuidador tem com o hospital 16 (37%) são contribuinte, agregado 5 (12%), dependente 1 (2%), 21 (49%) nenhum vínculo com o hospital. Em relação ao local da pesquisa, Enfermaria 17 (40%) e ambulatório 26 (60%).

Foi questionado se o cuidador cuidar sozinho, 26 (60%) cuidam sozinho os motivos alegados foram os mais diversos: “idosos cuidam um do outro”, “irmãos não colaboram”, “não tem quem ajude” e 17 (40%) não cuidam sozinho dividem os cuidados com a família, com amigos e conhecidos. Estudos evidenciam que o cuidador, ao assumir sozinho cuidado do idoso, manifesta frequentemente desconforto e sentimento de solidão, ao não contar com apoio de outros membros da família.

Com relação ao revezamento nos cuidados, geralmente eles revezam com os familiares sendo os filhos em maior número ou irmão (a) do paciente, o período mais em predominância foi nos finais de semana e no período noturno.

Em relação ao tempo (nº de horas) que os cuidadores prestam, 26 (60%) período integral, 17 (40%) período temporário. Na presente pesquisa a resposta esteve entre 1 a 8 horas. Segundo Garrido & Menezes (2004), quando há um período prolongado de cuidado o estresse afeta o bem-estar do cuidador, desgastando os recursos físicos, psicológicos. O bem-estar vai declinando ao longo do tempo com a exposição contínua a uma situação de estresse.⁴²

No presente trabalho 36 (84%) cuidadores acompanham o paciente em todos os lugares do hospital, 2 (4%) ambulatório, 1 (2%) ambulatório e pronto socorro, 2 (5%) pronto socorro e internação, internação 2 (5%).

Com relação ao cuidador receber algum suporte nos cuidados, 26 (60%) recebem suporte: “financeiramente, transporte, emocional, ajuda esporádica sem explicar que tipo de ajuda, remédios, ajuda em casa”, e 17 (40%) não recebem nenhum tipo de ajuda.

Foi perguntado qual o sentimento do cuidador no momento da pesquisa, 26 (60%) relataram ser a continuidade do cuidar, ou seja, “amor”, “compaixão”, “gratidão”, 8 (21%) relataram ser muito estressante e no relato desse sentimento foi declarado: “difícil”, “não gosto de cuidar”, “tristeza”, 9 (19%) mistura de emoções “amor”, “não gosto”, “gratidão”. Segundo Araújo e seus colaboradores (2012), os sentimentos dos cuidadores são consequência da interação complexa de fatores como convivência, medo, empatia, indo muito além das informações patológicas repassadas pela equipe de saúde durante as consultas ambulatoriais dos idosos.

Foi questionado também, na presente pesquisa se o cuidador apresenta alguma dificuldade para cuidar, 10 (23%) sim as dificuldades mais comentadas foi: “transporte”, “falta de tempo”, “troca de decúbito”, “dar alimentação”, “atividades básicas”, “falta de equipamentos no hospital como exemplo cadeira de rodas para locomoção do paciente” “recursos financeiros”, e 33 (77%) não.

Em relação significado do cuidar, 27 (63%) responderam ser “amor”, “respeito” “carinho”, 15 (35%) proporcionar qualidade de vida, 1 (2%) não soube responder.

No presente trabalho foi perguntado se para cuidar teve que fazer alguma mudança em sua vida, 22 (51%) sim sendo relatado “adaptação na rotina da vida pessoal e do trabalho”, “parou de trabalhar”, parou de se cuidar”, “pediu a

aposentadoria”, “ foi morar com a mãe”, “ não tem mais lazer”, 21 (49%) responderam que não. Estudos evidenciam que devido as dificuldades enfrentadas para cuidar, o cuidador precisa mudar totalmente sua rotina e as mudanças podem vir seguidas de sofrimento.

Foi questionado se o cuidador obtém informações sobre o cuidar, 24 (56%) recebe informações dos profissionais da saúde, 6 (14%) das redes sociais, 13 (30%) não responderam alegando não obterem informações nenhuma.

Quando questionado se a família tinha a cultura (costume) de cuidar, 36 (84%) sim e 7 (16%) não. Segundo Shiguemoto (2010), quando cuidam os familiares realizam tarefas da maturidade, assim, se assumem como pessoas, mostram que são ajustados, evitam sentimento de culpa e estabelecem/restabelecem laços afetivos, além de dar exemplo às próximas gerações.⁴²

Em relação a religião influência no ato de cuidar, 25 (58%) e relataram ser: “fé”, “criação familiar”, “conforto espiritual”, “amor”, “obrigação” e 18 (42%) relataram não influenciar.

Foi questionado se o cuidador recebeu algum atendimento do Serviço Social 17 (40%) responderam que sim, questionados qual seria esse atendimento foram citados: “relatório social”, “solicitação de ambulância”, “atendimento domiciliar”, “orientações sobre hospital de retaguarda”, orientações sobre benefício” e 26 (60%) não receberam. Quanto ao atendimento do Serviço Social a maioria dos entrevistados não conhecia o trabalho do assistente social, conforme Araújo (2012) há necessidade que o profissional de saúde enquanto colaboradores dos familiares cuidadores, devem exercer papel ativo neste cenário, buscando sempre inserir a família no cuidado e, com isso diminuir as sobrecargas individuais, evitando transformar o cuidador em uma pessoa que futuramente possa se tornar um ser que venha necessitar de cuidado. ⁴¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho foi possível concluir que em sua maioria são pessoas do gênero feminino, grande parte sendo filhos dos idosos ou cônjuge.

O que se pode observar, no caso dos cuidadores entrevistados uma sobrecarga de tarefas. Ao assumirem o papel de cuidador deixam de ter vida social e vida própria, não tem tempo de cuidarem de si, não tem lazer, o estresse é sempre presente em sua vida, muitos apresentam sintomas de ansiedade, depressão, dores, insônia, doenças crônicas.

O estudo veio comprovar que há necessidade de mudança relevante e benéfica a favor do cuidador. Essa mudança será eficaz se forem desenvolvidas ações e orientações por parte do profissional da saúde. Cuidadores sem informações adequadas da enfermidade do paciente, sem ações sociais de ajuda e suporte, sem amparo necessário não poderá prestar um atendimento de qualidade ao idoso dependente.

O papel do Estado em relação à família é o planejamento e a execução de políticas públicas para que os familiares tenham condições de prestar os cuidados necessários ao idoso.

Diante deste contexto observamos que o impacto nas relações familiares causada pelo ato de cuidar é muito forte, são alterações que acontece e são inevitáveis, envolvendo sentimentos de amor e stress. Portanto, é de suma importância que se conheça o universo do cuidador para que o profissional do Serviço Social possa exercer seu papel mais ativamente para que futuramente esse cuidador não venha a necessitar de cuidados.

O trabalho do assistente social está diretamente ligado as políticas públicas e o profissional devem buscar alternativas que atendam às necessidades da família. Os profissionais precisam promover ações governamentais que auxiliem o cuidador na prestação dos cuidados, assim, o cuidador poderá dispor de mais tempo para atividades sociais, culturais e de lazer, ou seja, manter uma vida mais saudável. Para isso o profissional precisa estar pautado no projeto ético político da profissão e no seu Código de Ética.

É necessário que sejam realizadas pesquisas sobre esse tema, apresentando proposta para melhor atendimento do cuidador e assim proporcionar melhor qualidade de vida dos cuidadores junto dos idosos acometidos por alguma enfermidade.

REFERÊNCIAS

1. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. RevPsiquiatr [online]. 2002; 24(Supl.1):3-6.
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos. Dados Sobre o Envelhecimento no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Coordenação Geral dos Direitos do Idoso; 2012 [citado 2016 Ago 10]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhementonoBrasil.pdf>.
3. Giacomini KC. Envelhecimento populacional e desafios para as políticas públicas. In: Berzins MV, Borges MC. Políticas públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari; 2012. p.19.
4. Ciosak SI, Braz E, Costa MF, Nakano NG, Rodrigues J, Alencar RA, et al. Senescência e Senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. RevEscEnferm USP. 2011; 45(Esp.2):1763-8.
5. Cardoso AF. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a filosofia do envelhecimento. Rev. Digital, Buenos Aires [periódico na Internet]. 2009 [citado 2016 Set. 27]; 13 (130): [cerca de 3p.]. Disponível em <http://www.efdeportes.com/>
6. Andréa F. Psicologia da Terceira Idade. O envelhecer, diferença entre senescência e senilidade [Internet]. 2015 [citado 2016 Ago 10]. Disponível em: <https://psicologiadaterceiraidade.wordpress.com>.
7. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p.10-12.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/Anvisa nº 283, de 26 de setembro de 2005. Dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento das instituições de longa permanência para idosos [Internet]. Brasília (DF): ANVISA [citado 2016 Ago 10]. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legisla%C3%A7%C3%A3o/item/rdc-283-de-26-de-setembro-de-2005>.
9. Organização Mundial de Saúde. Resumo: relatório mundial de envelhecimento e saúde; p.9. [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [citado 2016 Ago 10]; p.09. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.
10. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar - (IESS). Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro [Internet]. São

Paulo; 2013 [citado 2016 Ago 10]; p.06. Disponível em: <http://www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pdf>.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [citado 2016 Ago 10]; p.13-14 (Série pactos pela Saúde 2006; v.8). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [citado 2016 Ago 10]; p.11 (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

13. Santos SS. Concepções teórico-filosóficas sobre o envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogerátrica. *RevBrasEnferm*, Brasília. 2010; 63(6):1035-9.

14. Iamamoto MV. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 20 ed. São Paulo: Cortez; 2011. p.20, 58.

15. Gomes S. Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios [Internet]. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social, Fundação Padre Anchieta; 2009 [citado 2016 Ago 10]; p.13-14.

16. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF) [citado 2016 Ago 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm.

17. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Matricialidadesociofamiliar. In: Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política nacional de assistência social – PNAS / 2004. Norma operacional básica – NOB / SUAS. Brasília (DF): MDSCF / SNAS; 2005. p.40-43.

18. Santos VE, Radünz V. O cuidar de si na visão de acadêmicas de enfermagem. *RevEnferm UERJ*.2011; 19(1):46-51.

19. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.

20. São Paulo (Estado). Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. Manual dos cuidadores de pessoas idosas [Internet]. São Paulo:

Fundação Padre Anchieta [citado 2016 Ago 10]; p.52-54. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br>.

21. Born T (Org.). Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos; 2008. p.64.

22. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília (DF) [citado 2016 Ago 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

23. Prefeitura de São Paulo. Estatuto do idoso e marcos normativos complementares. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2014.

24. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 23 ed. rev. e atualizada. São Paulo: Cortez; 2007.

25. Minayo MC, Deslande SF, Gomes R. Pesquisa social: teorias, métodos e criatividade. 30 ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

26. Vieira CP, Fialho AV, Freitas CH, Jorge MS. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. RevBrasEnferm Brasília. 2011; 64(3):570-9.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. A prova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. [citado 2016 Ago 10]. Disponível em: <http://www.desenvolvimentoqs.ufba.br/portaria-nº-2528-de-19-de-outubro-de-2006>.

28. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais – O Envelhecimento (como expressão da Questão Social e algumas considerações pertinentes ao Exercício Profissional – Agosto de 2013 –Florianópolis/SC. Disponível em: www.cressc.org.br/wp-content. Acessado em: 9/10/2016.

29. Machado BS, Monografia: O Cuidador do Idoso no Contexto Familiar. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: www.ufsc.br/Ssocial/284683.pdf. Acessado em: 27.12.2016.

30. Oliveira, NHD. Família Contemporânea. Recomeçar: família, filhos e desafios [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009, 236 p. ISBN.978-85-7983-036-5. AvailablefromSciELO Books <http://books.scielo.org>. Acessado dia 09/10/2016.

31. Família: redes, laços e políticas públicas/Acosta, A.Rojas, Vitale, M.A.Faller – 5. ed. – São Paulo: Cortez: Coordenadoria de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais – PUC/SP,2010 – p. 21 – 2012.

32. Constituição da República Federativa do Brasil; até a Emenda Constitucional nº 66, de 13 de julho de 2010 – Constituição do Estado de São Paulo: até a Emenda Constitucional nº 32, de 9 de dezembro de 2009 e Declaração Universal dos Direitos Humanos - I–prensa Oficial – agosto/2010.

33. Figueiredo,TE; Liliane, M. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais - Envelhecimento e Família: reflexões sobre a responsabilização familiar, os desafios às políticas sociais e a regulamentação da profissão de cuidador de pessoa idosa. – Florianópolis/SC – Agosto/2013. – Disponível em: www.cress-sc.org.br – Acessado dia 09/10/2016.
34. Mazza, MMPR; Lefèvre, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Rev.bras.crescimentodesenvolv. Um.* V.15 n.1 São Paulo abr. 2005. Disponível em: www.revistas.usp.br– Acessado dia 04/06/2016.
35. São Paulo (Estado). Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. Manual dos cuidadores de pessoas idosas [Internet] São Paulo: Fundação Padre Anchieta [citado 2016 ago 10]; p. 52-54. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br>.
36. Berzins, MV, Borges MC: Políticas Públicas para um país que envelhece – São Paulo: Martinari, 2012 p. 157.
37. Belinoviski, AC. Política de Assistência Social: Avanços e Possibilidades no Centro de Referência de Assistência Social (CREAS) do Município de Telêmaco Borba/PR, Curitiba/PR – 2013.
38. Santos, NF; Silva,MRF. As Políticas Públicas Voltadas ao Idoso: Melhorias da Qualidade de Vida ou Reprivatização da Velhice: *Revista FSA, Teresina*, v.10, n 2 art. 20, pp. 358-371, Abr/Jun. 2013 – Qualis A1. Disponível em: www.4.fsanet.com.br. Acessado em 28.10.2016.
39. Bravo MIS, Vasconcelos AM, Gama AS, Monnerat GL. *Saúde e Serviço Social*. 5ª ed. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2012. P. 147, 149, 150, 151, 153 e 154.
40. www.cressrj.org.br/site/servico-social/ - Acessado em: 11/12/2016.
41. Araújo JS, Vidal GM, Britto FN, Gonçalves, DCA, Leite, DKM, Dutra, CDTD, Pires, CAP. Perfil dos Cuidadores e as Dificuldades Enfrentadas no Cuidado ao Idoso, em Ananindeua, PA. *Ver. Bras.Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2013; 16(1):149-158. www.scielo.br/scielo. Acessado em 08.12.2016.
42. Araújo CLO, Oliveira JF, Pereira JM. Perfil de Cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer. *Revista Kairós, Gerontol*, 15(2), ISSN 2176-901 X. São Paulo (SP), Brasil, março, 2012: 119-137. www.revista.puc.sp.br – Acessado 28/02/2017.
43. Shiguemoto, GOB. (2010). Doença de Alzheimer e cuidador familiar principal: estado da clientela do programa de medicamento de dispensação excepcional do município de São Carlos. Dissertação de Mestrado, São Carlos: Universidade Federal de São Carlos.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

IAMSPE – INSTITUTO DE ASSISTENCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

TÍTULO DA PESQUISA: A VISÃO DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE O CUIDADOR FAMILIAR NO SERVIÇO DE GERIATRIA

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo A Visão do Serviço Social Sobre o Cuidador Familiar no Serviço de Geriatria.

Este é um trabalho de Conclusão do Curso de Aprimoramento em Serviço Social em Geriatria e Gerontologia do IAMSPE.

A pesquisadora Edna Ferreira Kanashiro está sendo orientada pela assistente social Denise de Oliveira Silva do Serviço Social Médico.

Os objetivos serão conhecer o cuidador familiar do idoso que apresenta dependência em acompanhamento no Serviço de Geriatria do HSPE.

O Sr. (a) deverá responder um questionário com perguntas sobre: nome, idade, estado civil moradia, município de origem, escolaridade, ocupação, renda, parentesco, religião, vínculo com o IAMSPE e também sobre o ato de cuidar.

A participação é voluntária e poderá estar livre para se retirar da pesquisa a qualquer momento e sem qualquer tipo de prejuízo a sua pessoa, também não terá nenhum custo ou compensação financeira pela sua participação.

A pesquisadora Edna Ferreira Kanashiro poderá ser encontrada para qualquer dúvida durante a pesquisa no telefone 45738089 e celular (11) 988559485 email: ednafk2008@hotmail.com

O local da pesquisa HSPE – Serviço de Geriatria enfermagem do 9º andar e ambulatório 1ª andar.

A Pesquisa apresenta riscos mínimos: como se o Sr. (a) não quiser participar do estudo e psicológicos ao ser falado sobre o assunto cuidados com idosos que apresentam dependência.

Os benefícios são conhecer melhor o cuidador familiar do idoso que apresenta dependência.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÕES

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será emitido em duas vias assinados pelo Sr. (a) e o pesquisador.

Eu _____

RG _____, declaro que após a leitura e compreensão deste termo concordo em participar do estudo A Visão do Serviço Social Sobre o Cuidador Familiar no Serviço de Geriatria, autorizo a execução da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos por meio deste no meio científico.

CEP – IAMSPE. Para maiores esclarecimentos sobre os aspectos éticos poderá entrar em contato no Hospital do Servidor Público Estadual-HSPE – Rua Pedro de Toledo, 1800 – 14º andar – Ala Central – sala 1 São Paulo/SP – Telefone: 4573-8175.

Participante

Nome: _____

RG _____ Telefone para Contato _____

Assinatura _____

Pesquisador

Nome _____

RG _____ Telefone para Contato: 988559485

Assinatura _____

São Paulo, _____ de _____ 2016.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - HSPE
“FRANCISCO MORATO DE OLIVEIRA -FMO

Anexo I

PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO

Nome:

RG. _____

Sexo: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Moradia: () reside com o idoso () outro local

Parentesco:

Município de Origem:

Escolaridade: () Ensino Básico () Ensino Fundamental

() Ensino Médio () Ensino Superior

Ocupação: _____

Renda: () Até 1 Salário () De 1 a 3 Salários

() De 3 a 6 Salários () De 6 a 9 Salários

() Acima de 10 Salários () Não Quis Informar

() Sem Renda

Religião: _____

Vínculo no IAMSPE:

() Contribuinte () Agregado () Dependente () Não tem Vínculo

Local da Pesquisa: () Ambulatório () Enfermaria

Anexo II

SOBRE O CUIDAR:

1. Cuida sozinho: () Sim () Não

Por quê?

2. Revezar com algum familiar: () Sim () Não

Quem seria? Quando?

3. Quanto tempo (nº de horas) são dedicadas aos cuidados?

() integral () temporário Horas _____

4. Você acompanha o paciente: () Ambulatório () Internação

() Pronto Socorro () Todos os lugares

Quais?

TIPO DE CUIDADO:

5. A família dá algum suporte nesse cuidado: () Sim () Não

Qual?

6. Qual seu sentimento nesse momento em relação ao cuidado?

7. Apresenta alguma dificuldade para cuidar: () Sim () Não

Em caso de sim qual?

8. Para você qual o significado do cuidar?

9. Para cuidar teve que fazer alguma mudança em sua vida:() Sim () Não

Caso sim qual?

10. Como obtém informações sobre o cuidar?

11. A família tem a cultura do cuidar: () Sim () Não

12. A religião influencia no ato do cuidar: () Sim () Não

Sim. Por que?

13. Você recebeu algum atendimento do Serviço Social: () Sim () Não

Sim qual?



SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
Avenida Ibirapuera, 981 – CEP: 04029-000

São Paulo, 21 de setembro de 2016.

Ao

Comitê de Ética e Pesquisa do IAMSPE.

Autorizo a coleta de dados e o propósito da pesquisa intitulada "A Visão do Serviço Social Sobre o Cuidador Familiar no Serviço de Geriatria" a ser realizada na enfermaria e Ambulatório da Clínica de Geriatria, fui informado que será mantido o sigilo da identidade dos pacientes. A pesquisa será executada por Edna Ferreira Kanashiro aprimoranda do Programa Atendimento Interdisciplinar em Gerontologia e Geriatria, sob orientação da Assistente Social Denise de Oliveira Silva do Serviço Social Médico e Simone Pátaro Supervisora do Programa.

Atenciosamente,

Dr. Márcio de Miranda Ventura
Diretor do Serviço de Geriatria e Clínicos
CRM 57.182
Dr. Márcio de Miranda Ventura
Diretoria do Serviço de Geriatria
Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - SP