



RITA ARIM ROSALES

O CUIDADO INFORMAL AO IDOSO DEPENDENTE EM ZONA RURAL

RIO GRANDE

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

CUIDADO INFORMAL AO IDOSO DEPENDENTE EM ZONA RURAL

RITA ARIM ROSALES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Tecnologias de Enfermagem e Saúde para Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientador(a): Prof.^a Dra. MARLENE TEDA PELZER

RIO GRANDE

2017

R788 Rosales, Rita Arim

Cuidado informal ao idoso dependente em zona rural /
Rita Arim Rosales. – 2017.
167 f.

Orientadora: Profa. Dra. Marlene Teda Pelzer

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio
Grande – Doutorado em Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Saúde do Idoso. 3. Idoso fragilizado.
4.Família. I. Pelzer, Marlene Teda. II. Título.

CDU 616-083-053.9

Bibliotecária responsável Rúbia Gattelli CRB10/1731

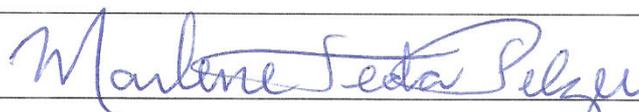
RITA ARIM ROSALES

CUIDADO INFORMAL AO IDOSO DEPENDENTE EM ZONA RURAL

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora, como requisito parcial, para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada em 25/08/2017, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.


Giovana Calgano Gomes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
 Prof. Dra. Enfa. MARLENE TEDA PELZER – Presidente (FURG)
 Prof. Dr. Enf. EDISON LUIZ DEVOS BARLEM – Membro Interno (FURG)
 Prof. Dra. Enfa. CELMIRA LANGE – Membro Externo (UFPEL)
 Prof. Dr. GUILHERME LERCH LUNARDI – Membro Interno (FURG)
 Prof. Dra. Enfa. GIOVANA CALCAGNO GOMES - Suplente Interno (FURG)
 Prof. Dra. Enfa. FRANCISCA LUCÉLIA RIBEIRO DE FARIAS – Suplente Externo (UNIFOR)

*Uma história vivida, antiga e algumas vezes sofrida.
Ele traz consigo os traços do passado e a tranquilidade do presente.
Ela reflete no olhar sereno a singela ternura.
Eles já viveram momentos na mais pura simplicidade.
Ele gosta de reunir com os amigos e recordar os momentos alegres.
Ela se dedica à igreja e é devota de Nossa Senhora.
Eles contemplam a natureza, humildes e felizes.
Ele tem a certeza de que a vida transmite alegrias e tristezas.
Ela conduz a força que sustenta gerações.
Eles também enfrentam juntos o preconceito da sociedade.
Eles serão eternos avós.
Agora lembram do tempo que aprenderam a serem livres e
falam com saudade das suas conquistas.
Alguns são vítimas do cansaço, do desamor e do abandono,
mas todos são exemplo de coragem porque acreditam
que a vida está sempre começando.*

Tatiane da Silva Santos (s/d)

AGRADECIMENTOS

“Os nossos conhecimentos são a reunião do raciocínio e experiência de numerosas mentes”

(Ralph Emerson).

Primeiramente agradeço a Deus, por me ajudar a superar todos os obstáculos e pela certeza de que é Ele quem realiza os nossos sonhos.

A Profa. Dra. Marlene Teda Pelzer, ser humano incomparável, orientadora, mais que meu agradecimento, minha gratidão pela orientação segura e competente no desenvolvimento deste estudo.

Aos Profs. Giovana Calcagno Gomes, Edson Barlem, Guilherme Lerch Lunardi, Raul Sassi, Celmira Lange e Francisca Farias, por gentilmente terem aceitado a participar da banca examinadora e pelas contribuições a esta Tese.

Ao acadêmico de enfermagem Cristiano Pereira e a Enfa. Deise Feijó pelo auxílio inestimável durante a árdua tarefa de coleta de dados e a Enfa. Janaína Ávila pelas longas discussões acerca da construção deste estudo.

Às Enfas. Silvana e Graça e aos agentes comunitários da Estratégia de Saúde da Família da Vila Quinta, Josiane, Roberta, Iracinda, Márcio, Carmem e João que possibilitaram a realização da pesquisa. A todas as pessoas que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo.

Muito Obrigada!

RESUMO

ROSALES, RITA ARIM. CUIDADO INFORMAL AO IDOSO DEPENDENTE EM ZONA RURAL. 2017. 194f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Esta Tese teve como objetivo compreender o processo de cuidado informal prestado ao idoso dependente e residente em zona rural, mais especificamente, identificar as alterações nos relacionamentos familiares decorrentes do processo do cuidado informal; conhecer os aspectos que influenciam a fragilidade do cuidado informal aos idosos dependentes; desvelar as dificuldades dos cuidadores informais acerca da manutenção da assistência de saúde de idosos dependentes e residentes em zona rural e suas percepções sobre possíveis melhorias para otimização da assistência aos idosos. Foi realizado um estudo de campo, exploratório, analítico, com abordagem qualitativa. Os participantes foram 17 famílias com idosos dependentes de cuidados para as atividades de vida diária e supervisão. Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2017, por meio de entrevistas semi-estruturadas com a aplicação dos instrumentos: Escala de Katz, Mapa Mínimo de Relações, Inventário de Sobrecarga do Cuidador, além da pesquisa documental nos prontuários das famílias. Teve como contexto o Quinto Distrito do município de Rio Grande – Rio Grande do Sul. A análise foi realizada sob a ótica da Teoria dos Sistemas e Análise de Conteúdo. O estudo respeitou a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Centro de Ensino e Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Como resultados evidenciou-se que a participantes de idosos e seus cuidadores principais possuem características semelhantes as encontradas na literatura científica da América Latina, dois pontos importantes foram a polifarmácia e 11 dos cuidadores de idosos dependentes serem idosos. Na escala de Katz, cinco idosos eram independentes em seis funções, porém requeriam supervisão permanentemente devido a doenças neurológicas. As restrições provocadas pela dependência limitaram o círculo de relações dos idosos e seus cuidadores, sendo composto basicamente por poucos familiares e alguns amigos. A maioria dos cuidadores alega receber ajuda de familiares e quatro referiram serem sozinhos, não tendo a quem recorrer. Afirmam utilizar em algum momento os serviços públicos de saúde, porém uma família optou pelo acompanhamento de profissionais pelo sistema de saúde privado. Informaram sentirem-se cansados, reprimidos, presos e restritos ao lar, entretanto, poucas alterações nos relacionamentos foram descritas. Apontaram como dificuldades a teimosia do idoso, despreparo físico para as atividades de cuidado, a carência de ajuda de outras pessoas e a ausência de medicamentos no posto de saúde. A aplicação do instrumento Inventário de sobrecarga do cuidador demonstrou que a maioria dos cuidadores apresentou sobrecarga para os domínios tempo dependente e vida social. Os dados reafirmaram os resultados encontrados nas produções científicas estudadas. As instituições familiares rurais buscam a manutenção das condições de saúde dos idosos dependentes, mesmo quando este processo resulta em sobrecarga infringida a seus cuidadores principais. Conclui-se que existe a necessidade de uma maior visualização dessa população, assim como, aumento de investimentos e/ou otimização da gestão para a prestação de uma assistência voltada à superação das dificuldades enfrentadas diariamente nas zonas rurais.

Descritores: Saúde do Idoso. Idoso Fragilizado. Família. Enfermagem. Idoso de 80 anos ou mais.

ABSTRACT

ROSALES, RITA ARIM. INFORMAL CARE TO ELDERLY DEPENDENT ON RURAL AREA. 2017. 194s. Thesis (Doctorate in Nursing) - Nursing. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

This thesis aimed to understand the process of informal care provided to the dependent elderly and resident in rural areas, more specifically, to identify the weaknesses in informal care for the elderly dependent; To identify changes in family relationships resulting from the informal care process; To disclose the difficulties of informal caregivers about the maintenance of the health care of dependent elderly and residents in rural areas and their perceptions about possible changes to optimize care. A field study, exploratory, analytical, with a qualitative approach was carried out. Participants were 17 families with elderly dependent care for activities of daily living and supervision. The data were collected in June and July 2017, through semi-structured interviews with the application of the instruments: Katz Scale, Minimum Relationship Map, Caregiver Overload Inventory, and documentary research in family records. The context was the Fifth District of the municipality of Rio Grande - Rio Grande do Sul. The analysis was carried out from the perspective of Systems Theory and Content Analysis. The study complied with Resolution 466/2012 of the National Health Council and was approved by the Center for Education and Research of the Santa Casa do Rio Grande Charitable Association. As results, it was evidenced that the sample of elderly and their main caregivers have similar characteristics found in the scientific literature of Latin America, two important points were the polypharmacy and 11 of the caregivers of dependent elderly people are elderly. In the Katz scale, five elderly were independent in six functions, but they required permanent supervision due to neurological diseases. The restrictions caused by dependence limited the circle of relationships between the elderly and their caregivers, being basically composed by few relatives and some friends. Most caregivers claim to be receiving help from family members, and four said they were alone with no one to turn to. They claim to use public health services at some point, but a family opted for the monitoring of professionals by the private health system. They reported feeling tired, repressed, trapped and restricted to the home, however, few changes in relationships have been described. They pointed out as difficulties the stubbornness of the elderly, physical unpreparedness for care activities, the lack of help from other people and the absence of medication at the health post. The application of the Caregiver Overload Inventory instrument demonstrated that most caregivers presented overload for time dependent domains and social life. The data reaffirmed the results found in the scientific productions studied. Rural family institutions seek to maintain the health conditions of the elderly dependent, even when this process results in an overload that has been inflicted on their primary caregivers. It is concluded that there is a need for greater visualization of this population, as well as increased investments and / or optimization of management to provide assistance aimed at overcoming the difficulties faced daily in rural areas.

Descriptors: Health of the Elderly. Frail Elderly. Family. Nursing. Aged, 80 and over.

RESUMEN

ROSALES, RITA ARIM. EL CUIDADO INFORMAL PARA MAYORES DEPENDIENTES EN ZONA RURAL. 2017. 194h. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

Esta Tesis tuvo como objetivo comprender el proceso de cuidado informal prestado al anciano dependiente y residente en zona rural, más específicamente, identificar las fragilidades en el cuidado informal a los ancianos dependientes; Identificar los cambios en las relaciones familiares derivadas del proceso del cuidado informal; Desvelar las dificultades de los cuidadores informales acerca del mantenimiento de la asistencia de salud de ancianos dependientes y residentes en zona rural y sus percepciones sobre posibles alteraciones para optimizar esa asistencia. Se realizó un estudio de campo, exploratorio, analítico, con abordaje cualitativo. Los participantes fueron 17 familias con ancianos dependientes de cuidados para las actividades de vida diaria y supervisión. Los datos fueron recolectados en los meses de junio y julio de 2017, a través de entrevistas semiestructuradas con la aplicación de los instrumentos: Escala de Katz, Mapa Mínimo de Relaciones, Inventario de Sobrecarga del Cuidador, además de la investigación documental en los prontuarios de las familias. En el marco del Quinto Distrito del municipio de Rio Grande - Rio Grande do Sul, el contexto se llevó a cabo bajo la óptica de la Teoría de los Sistemas y Análisis de Contenido. El estudio respetó la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, siendo aprobado por el Centro de Enseñanza e Investigación de la Asociación de Caridad Santa Casa del Rio Grande. Como resultados se evidenció que la muestra de ancianos y sus cuidadores principales poseen características similares a las encontradas en la literatura científica de América Latina, dos puntos importantes fueron la polifarmacia y 11 de los cuidadores de ancianos dependientes ser ancianos. En la escala de Katz, cinco ancianos eran independientes en seis funciones, pero requerían supervisión permanente debido a enfermedades neurológicas. Las restricciones provocadas por la dependencia limitaron el círculo de relaciones de los ancianos y sus cuidadores, siendo compuesto básicamente por pocos familiares y algunos amigos. La mayoría de los cuidadores alegan recibir ayuda de familiares y cuatro se refirieron a ser solos, no teniendo a quien recurrir. Afirman utilizar en algún momento los servicios públicos de salud, pero una familia optó por el acompañamiento de profesionales por el sistema de salud privado. Se informaron de sentirse cansados, reprimidos, presos y restringidos al hogar, sin embargo, pocos cambios en las relaciones fueron descritas. Se señalaron como dificultades la terquedad del anciano, despreparo físico para las actividades de cuidado, la carencia de ayuda de otras personas y la ausencia de medicamentos en el puesto de salud. La aplicación del instrumento Inventario de sobrecarga del cuidador demostró que la mayoría de los cuidadores presentó sobrecarga para los dominios tiempo dependiente y vida social. Los datos reafirmaron los resultados encontrados en las producciones científicas estudiadas. Las instituciones familiares rurales buscan el mantenimiento de las condiciones de salud de los ancianos dependientes, incluso cuando este proceso resulta en sobrecarga infringida a sus cuidadores principales. Se concluye que existe la necesidad de una mayor visualización de esa población, así como, aumento de inversiones y / o optimización de la gestión para la prestación de una asistencia orientada a la superación de las dificultades enfrentadas diariamente en las zonas rurales.

Descriptor: Salud del Anciano. Anciano Frágil. Familia. Enfermería. Anciano de 80 o más años.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Etapas da Revisão Integrativa	44
Figura 2	Demonstra a síntese da busca e seleção dos estudos – Rio Grande – RS – Brasil, 2017	51
Figura 3	Família como uma unidade sistêmica em interação entre si e com outros sistemas	61
Figura 4	O Cuidado ao idoso dependente em ambiente domiciliar e suas interações	65
Figura 5	Fotografia aérea da Vila da Quinta - Rio Grande – RS – Brasil, 2017 ...	67
Figura 6	Apresentação as relações mínimas dos 17 idosos dependentes e residentes em zona rural – Rio Grande – RS – Brasil, 2017	90
Figura 7	Apresentação das relações mínimas dos 17 cuidadores principais de idosos dependentes e residentes em zona rural – Rio Grande – RS – Brasil, 2017	105
Figura 8	Distribuição dos cuidadores de idosos dependentes, conforme os domínios do inventário de sobrecarga do cuidador, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	106
Figura 9	Distribuição dos cuidadores de idosos dependentes, conforme os números de domínios do inventário de sobrecarga do cuidador afetados, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Demonstra os estudos obtidos na primeira busca por produções científicas, efetuada no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015 .	47
Tabela 2	Demonstra o cruzamento dos estudos da busca inicial entre as bases de dados	47
Tabela 3	Demonstra a busca inicial por produções científicas no período de janeiro 2015 a fevereiro de 2016	48
Tabela 4	Demonstra o cruzamento dos estudos da busca inicial entre as bases de dados	48
Tabela 5	Demonstra a busca por produções científicas no mês de março de 2016 .	49
Tabela 6	Demonstra a supressão dos artigos que não corresponderam a temática em estudo	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Elementos da estratégia PICO para a revisão sistemática integrativa	45
Quadro 2	Apresenta os dados dos artigos selecionados para este estudo. Rio Grande, RS, Brasil, 2017	51
Quadro 3	Apresenta a classificação dos estudos de acordo com os níveis de evidência, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	52
Quadro 4	Características dos estudos incluídos na revisão, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	54
Quadro 5	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato os idosos da F1, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	75
Quadro 6	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F2, Rio Grande, RS, Brasil, 2017	75
Quadro 7	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com os idosos da F3, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	76
Quadro 8	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F4, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	76
Quadro 9	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F5, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	76
Quadro 10	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F6, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	77
Quadro 11	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F7, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	77

Quadro 12	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F8, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	78
Quadro 13	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F9, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	78
Quadro 14	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F10, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	79
Quadro 15	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F11, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	79
Quadro 16	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F12, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	80
Quadro 17	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F13, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	80
Quadro 18	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F14, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	81
Quadro 19	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F15, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	81
Quadro 20	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F16, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	81
Quadro 21	Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F17, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	82
Quadro 22	Apresenta as informações socioeconômica e das comorbidades dos idosos dependentes e residentes em zona rural – Rio Grande – RS – Brasil, 2017	85
Quadro 23	Apresenta as funções e os níveis de dependência dos idosos dependentes e residentes em zona rural, conforme a Escala de Katz – Rio Grande – RS – Brasil, 2017	86
Quadro 24	Apresenta os círculos de relações dos idosos dependentes e residentes em zona rural – Rio Grande – RS – Brasil, 2017	89

Quadro 25	Apresenta os dados socioeconômicos dos cuidadores de idosos dependentes em zona rural, Rio Grande - RS - Brasil, 2017	93
Quadro 26	Apresenta os círculos de relações mínimas dos cuidadores principais de idosos dependentes e residentes em zona rural – Rio Grande – RS – Brasil, 2017	104
Quadro 27	Apresenta os resultados da aplicação do instrumento Inventário de Sobrecarga do Cuidador, Rio Grande – RS – Brasil, 2017	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSCRG	Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS	Atenção Primária de Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde
CF	Constituição Federal
Cinahl	<i>The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COMPESQ	Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CTG	Centro de Tradições Gaúchas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	Descritor em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GEP GERON	Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
IRC	Insuficiência renal crônica
Lilac's	Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciências da Saúde
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Heading</i>
MMR	Mapa Mínimo de Relações
MMRI	Mapa Mínimo de Relações do Idoso
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAM	Posto de assistência médica
PMRG	Prefeitura Municipal do Rio Grande
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	22
2 OBJETIVOS	26
2.1 OBJETIVO GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3 REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1 COMUNIDADES RURAIS E URBANAS	27
3.2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	30
3.3 DISCRIMINAÇÕES SOCIAIS E PERCEPÇÕES DAS PESSOAS IDOSAS	32
3.4 O CONTEXTO DO CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO DEPENDENTE	36
3.5 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA SOBRE OS CUIDADOS INFORMAIS EM AMBIENTE DOMICILIAR AO IDOSO DEPENDENTE EM ZONA RURAL .	43
3.5.1 Primeira Etapa: definição do tema e formulação do objetivo e da questão norteadora	44
3.5.2 Segunda Etapa: estabelecimento dos critérios para inclusão de estudos e busca na literatura	46
3.5.2.1 Primeira busca	46
3.5.2.2 Segunda busca	47
3.5.2.3 Terceira busca	48
3.5.3 Terceira Etapa: avaliação crítica dos estudos	49
3.5.3.1 Avaliações dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados	49
3.5.3.2 Avaliações dos textos completos	52
3.5.4 Quarta Etapa: coleta dos dados	53

3.5.5 Quinta Etapa: análise e apresentação dos dados	56
3.5.6 Sexta Etapa: interpretação dos resultados	56
3.5.7 Sétima Etapa: aperfeiçoamento e atualização	56
4 REFERENCIAL TEÓRICO	57
4.1 TEORIA GERAL DOS SISTEMAS (TGS)	57
4.2 FAMÍLIAS COMO UMA UNIDADE SISTÊMICA.....	60
4.3 O CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO DEPENDENTE SOB A PERSPECTIVA SISTÊMICA	63
5 METODOLOGIA	66
5.1 TIPO DE ESTUDO	66
5.2 LOCAL DO ESTUDO	67
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	68
5.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	69
5.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	71
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	72
6 RESULTADOS	74
6.1 COMPOSIÇÃO FAMILIAR DOS IDOSOS RURAIS	74
6.1.1 Família 1	74
6.1.2 Família 2	75
6.1.3 Família 3	75
6.1.4 Família 4	76
6.1.5 Família 5	76
6.1.6 Família 6	77
6.1.7 Família 7	77
6.1.8 Família 8	78
6.1.9 Família 9	78

6.1.10 Família 10	79
6.1.11 Família 11	79
6.1.12 Família 12	80
6.1.13 Família 13	80
6.1.14 Família 14	80
6.1.15 Família 15	81
6.1.16 Família 16	81
6.1.17 Família 17	82
6.2 IDOSOS RURAIS	82
6.2.1 Caracterização socioeconômica e condições de saúde dos idosos	83
6.2.2 Níveis de dependência dos idosos rurais	86
6.2.3 Mapa Mínimo de Relações dos Idosos dependentes	87
6.3 CUIDADORES PRINCIPAIS DE IDOSOS RURAIS	90
6.3.1 Caracterização dos cuidadores principais de idosos dependentes	91
6.3.2 Auxílio recebido pelo cuidador principal para as atividades de cuidado ao idoso dependente	94
6.3.2.1 Apoio informal fornecido aos cuidadores de idosos dependentes em zona rural	94
6.3.2.2 Apoio formal fornecido aos cuidadores de idosos dependentes em zona rural	96
6.3.3 Sentimentos do cuidador nas atividades de cuidado aos idosos dependentes	97
6.3.4 Alterações no relacionamento familiar conexo com as atividades de cuidado	99
6.3.5 Dificuldades encontradas no cuidado ao idoso dependente	101
6.3.6 Mapa Mínimo de Relações dos cuidadores principais de idosos dependentes	103
6.3.7 A sobrecarga dos cuidadores de idosos dependentes em zona rural	106
6.3.8 Ações potencialmente facilitadoras do cuidado aos idosos dependentes em zona rural, sob a perspectiva do cuidador	110
6.4 AÇÕES POTENCIALMENTE FACILITADORAS PARA O DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DOS PROFISSIONAIS DAS ESFs	111
7 DISCUSSÃO	113
ARTIGO 1 – ALTERAÇÕES NOS RELACIONAMENTOS FAMILIARES DE IDOSOS RURAIS: ANTES E DEPOIS DA DEPENDÊNCIA	114

ARTIGO 2 – ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NA FRAGILIDADE DO CUIDADO INFORMAL AOS IDOSOS RURAIS DEPENDENTES	129
ARTIGO 3 – IDOSOS DEPENDENTES RURAIS: DIFICULDADES E PERCEPÇÕES DOS CUIDADORES PARA A MANUTENÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE	146
CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
REFERÊNCIAS	164
APÊNDICES	183
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A REVISÃO INTREGATIVA	183
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	184
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	186
ANEXOS	193
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO NUMESC PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO ..	193
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO CENTRO DE ENSINO E PESQUISA DA ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO	194

APRESENTAÇÃO

Esta Tese foi elaborada como pré-requisito para a obtenção do grau de Doutor no Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, na Universidade Federal de Rio Grande/FURG, mas principalmente, elucidar questionamentos originados no decorrer da pesquisa que subsidiou a Dissertação de Mestrado intitulada *Idosos e filhos cuidadores em uma comunidade ao sul do Brasil: Perfil e percepções de saúde* (2010 - 2012).

Para o desenvolvimento da dissertação procedeu-se uma pesquisa exploratória com filhos de pais idosos em uma comunidade rural do município do Rio Grande, de abrangência de duas equipes da Estratégia de Saúde da Família. Este estudo compreendeu a caracterização e a descrição das percepções dos filhos cuidadores sobre a saúde de seus pais.

As entrevistas ocorreram nos domicílios dos participantes. Durante as visitas pode-se observar as dificuldades enfrentadas pelas famílias em seu cotidiano para cuidar dos idosos dependentes e também a importância do seu papel no cuidado proporcionado a estes membros. As famílias arcavam com a responsabilidade da manutenção e controle da saúde destes indivíduos, os quais encontravam-se em processo de envelhecimento agregado a perda de autonomia, com ou sem associação a doenças.

A escolha pela zona rural ocorreu pelas diferenças existentes entre os hábitos de vida, infraestrutura, dinâmica social da população rural, quando comparadas às do meio urbano e, conseqüentemente, às possíveis diferenças que podem ocorrer no processo de envelhecimento e nas condições de saúde. Mesmo com o passar dos anos, no período compreendido entre 2004 e 2008, a realidade da zona rural não mudou. Em 2004, Gómez e Curcio observaram que as pessoas idosas residentes em zonas rurais possuíam uma média de rendimento menor que os idosos urbanos. Além de apresentarem um número maior e mais severo de problemas de saúde, consumiam uma quantidade elevada de substâncias alcoólicas; seus problemas de saúde mental eram sub diagnosticados e seus tratamentos eram efetuados com maiores graus de dificuldades. Ainda, possuíam escassos serviços de saúde e dificuldade de acesso de transporte.

Essa realidade é enfatizada por Moraes, Rodrigues e Gerhardt (2008), que verificaram a semelhança entre o envelhecimento das pessoas que residem em zonas rurais e zonas urbanas.

Eles encontraram um diferencial socioeconômico e geográfico, no qual mais pessoas das zonas rurais envelhecem em meio à pobreza, ao isolamento decorrente das distâncias de suas residências, com baixa escolaridade, em moradias mais precárias, com limitações de transporte, entre outros.

Este cenário possui propensão a se agravar, pois segundo a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (MENDES, 2011), o número de idosos tende a aumentar até 2050, quando a população de idosos no Brasil será maior que a população de crianças. Só no Rio Grande do Sul, considerando as idades de 60 a 100 anos, esse número é de 4.367.282, representando cerca de 40% da população do estado (IBGE, 2010).

O Censo de 2010 demonstrou que 78 municípios do nosso país possuem 20% da população idosa, dentre eles, 64% encontram-se no estado do Rio Grande do Sul. Em relação às cidades envelhecidas, ou seja, que possuem mais idosos do que jovens, nosso país possui 33 – e destas, 27 estão localizadas neste estado (IBGE, 2010a).

O Rio Grande do Sul é o segundo estado brasileiro em número de idosos e o primeiro em expectativa de vida - expectativa média de 74,5 anos (IBGE, 2014) - possui em sua composição um percentual de 13,6% de pessoas com 60 anos ou mais, seguido pelo estado do Rio de Janeiro com 13% e da Paraíba 12%. Ao relacionarem-se as capitais, Porto Alegre apresenta-se em primeiro lugar com 15% da população total compreendida por idosos, seguida pelo Rio de Janeiro com 14,9% e Belo Horizonte com 12,6%. (IBGE, 2010a).

O município de Rio Grande, em 2010, possuía uma população total de 197.228 habitantes, destes, 28.056 eram compostos por pessoas com 60 anos ou mais, ou seja, 14,22% da população, em um espaço territorial de 2.709 Km². Compreendia uma densidade demográfica de 72,79 habitantes/Km². Sua população foi estimada para 2016 em 208.641 habitantes (IBGE, 2017).

Inferindo-se que esse percentual permaneça inalterado, e que a previsão do IBGE (2010) de que o município alcance em 2015 um total de 207.860 habitantes se concretize da mesma forma que o comparativo do número de pessoas idosas com 60 anos ou mais, segundo os censos de 2000 e 2010, então, teremos um total de 28.892 idosos neste município, destes 4.536 idosos apresentarão algum nível de dependência (IBGE, 2010).

Em relação aos idosos residentes em áreas rurais do município do Rio Grande, em 2010, eram 1.020 pessoas. Destes, 563 eram do sexo masculino e 457 do feminino. Seguindo a mesma estimativa mencionada acima, em 2015, seriam 1.074 idosos residindo em zonas rurais, sendo 169 dependentes (IBGE, 2010).

No contexto do aumento progressivo no número de pessoas idosas, com a elevação nos índices de idosos dependentes domiciliados em áreas rurais, os quais possuem pouca instrução, dificuldade de acesso a transportes e a serviços de saúde, diferentemente das áreas urbanas, procura-se investigar como ocorrem as relações de cuidado entre as famílias e esses idosos, no intuito de auxiliá-los na busca da minimização das dificuldades encontradas para o suprimento de suas necessidades cotidianas.

1 INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos, durante o envelhecimento surgem modificações cognitivas, motoras, visuais ou auditivas. Estas podem se tornar um fator de preocupação crescente quando relacionadas ao nível da autonomia e funcionalidade do idoso. Entretanto, este fenômeno ocorre diferentemente entre os indivíduos, ou seja, nem todos os idosos tem as mesmas perdas (FREITAS, 2014). Logo, duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes níveis de funcionalidade, e duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade não têm necessariamente a mesma condição de saúde (ÁVILA, 2012).

Entende-se que o envelhecimento consiste em uma evolução inseparável do ser humano na qual acontecem modificações de ordem biológica, psicológica e social (SANTOS, 2010). É uma sequência natural, em que ocorre uma diminuição progressiva e irreversível da reserva funcional dos indivíduos, também denominado de senescência, que em condições normais não causam problemas maiores para a vida do idoso (CATAPAN et al., 2014).

As modificações biológicas ou envelhecimento orgânico referem-se às alterações sofridas pelo organismo do idoso e que são decorrentes do próprio processo de envelhecimento - podendo agravarem-se com a inexistência de medidas de controle e prevenção - como as que surgem no sistema cardiovascular, respiratório, musculoesquelético e neurológico (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

O aumento da expectativa de vida e as alterações oriundas do processo de envelhecimento acarretam nas sociedades uma grande dificuldade em envelhecer, devido ao aumento no número de situações de dependência dos idosos frente a outras pessoas. Embora as mulheres apresentem maior longevidade, quando comparadas com os homens, referem perceber pior sua saúde subjetiva, com mais doenças crônicas e, conseqüentemente, por atingirem idades elevadas encontram-se sujeitas a maior perda de funcionalidade e capacidades (GIL; FERNANDES, 2011).

A maneira como a pessoa adoece está relacionada com a forma como vive, assim como sua família, sendo o processo do cuidado resultante da interação das subjetividades, pois produzem cuidados de modo intersubjetivo. Este cuidado reflete tanto no modo de viver do idoso dependente, quanto dos demais membros familiares, “cuida-se a partir daquilo que se

considera importante, ou seja, dos valores que cultivamos ao longo da vida” (HILLER; BELLATO; ARAUJO, 2011, p. 548). Apreende-se, então, que o cuidado pode ser possível somente quando inserido nas relações, pois é personalizado e depende das condições, do modo de vida do cuidador e do que entende que sejam as necessidades do idoso, como também da reação deste ao cuidado prestado.

No Brasil, as famílias são as principais fontes de suporte à população idosa brasileira e precisam adequar-se para a prestação dessa assistência, especialmente, quando considera-se que os idosos com mais problemas de saúde apresentam maior grau de dependência para a realização das atividades do dia a dia (ROSSETTO; MAZZA, 2008).

Os membros familiares ao desempenharem as tarefas do cuidado sem orientação, com pouco ou nenhum suporte do sistema de saúde formal, adicionadas à modificação de sua rotina e ao tempo dispensado nestas atividades, tornam-se também vulneráveis às alterações em sua saúde e bem estar. Quanto mais tempo o cuidador se dedicar ao auxílio, maior será o impacto na sua qualidade de vida. Os cuidadores apresentam necessidades relacionadas às tarefas cuidativas e à proteção de si. A primeira engloba as atividades domésticas com a elaboração de planejamento das mesmas, pois existe alteração da rotina. Há a carência de noções de gestão e administração da assistência. A segunda refere-se à redução do tempo de lazer, à diminuição do convívio com a família e com os amigos pelo tempo dispensado na realização dos afazeres, caracterizando a sobrecarga do cuidador (PORTELLA, 2010).

Prestar cuidado ao idoso torna-se então, uma atividade complexa, envolta em uma rede de fatores e suscetível a inúmeros determinantes. Como em toda relação, possui pontos positivos e negativos, os quais devem ser observados pelos profissionais, para oportunizar uma melhor compreensão de cada situação e, conseqüentemente, a prestação de um atendimento mais adequado às necessidades de cada idoso e de seu cuidador (ROSALES, 2012).

Madeleine Leininger (1991, p. 48) conceitua saúde como “um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a capacidade dos indivíduos (ou grupo) para desempenhar suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados”.

As famílias - no intuito de prestarem assistência aos idosos, preservando a saúde dos mais velhos – carecem de receber orientações de profissionais, como enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, entre outros, por meio de visitas periódicas, sobre como proceder em situações potencialmente mais difíceis. O apoio formal torna-se fundamental, principalmente quando idosos cuidam de idosos (GAIOLI, 2010).

Sob esta ótica, percebe-se que o conceito de saúde é definido culturalmente e que seus valores se modificam de acordo com os costumes do local investigado. Assim, os cuidados prestados pelas famílias aos idosos dependentes também sofrem a sua influência. Para Leininger (1991, p. 48), o cuidado é o “fenômeno abstrato e concreto relacionado com a assistência, apoio ou a capacitação de experiências ou de comportamentos por ou para outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição ou forma de vida humana”.

Dessa forma, torna-se vital que os profissionais de saúde conheçam a natureza cultural das famílias e relacionem fatores que influenciam na dinâmica e na saúde familiar - cultura, crenças, classe social, saúde física, e emocional de seus membros. Precisam focar-se além das situações explícitas de saúde ou doença. E, interagir com contextos específicos que apoiem e fortaleçam a integridade familiar, desenvolvendo, uma assistência que supra às necessidades do idoso dependente e suas famílias, compreendendo as diferentes formas de cuidado desse grupo social.

A apropriação do conhecimento dos sentimentos presentes nas experiências das famílias com um membro idoso dependente e, ainda, da sua influência sobre a dinâmica familiar e da pessoa idosa dependente e vice-versa, poderá contribuir para sensibilizar e estimular enfermeiros e outros profissionais a reconhecerem também a família como unidade de cuidado, incluindo esta dimensão na assistência prestada.

É importante, também, conhecer os significados atribuídos pelas famílias às experiências interacionais de cuidado para, a partir daí, identificar suas expectativas, percepções e frustrações em relação à interação estabelecida com os profissionais. Esta compreensão pode contribuir para que os profissionais norteiem suas intervenções, estabelecendo uma relação de ajuda e colaboração com as famílias, favorecendo para que este momento de fragilidade seja superado da forma menos traumática possível.

Partindo da observação, realizada durante o processo de coleta de dados da pesquisa que subsidiou a dissertação de mestrado, das dificuldades das famílias rurais para a prestação do cuidado a seus membros idosos e dependentes, surgiram os questionamentos: Como ocorre o processo do cuidado informal prestado ao idoso dependente e residente em zona rural?

Portanto, busca-se investigar as percepções e expectativas que constituem o universo social da convivência familiar dos idosos dependentes sob a percepção dos cuidadores. Pensar acerca do cuidado sob a percepção das famílias de idosos dependentes requer o entendimento de que se trata de um assunto composto por dimensões subjetivas. No entanto, apreensíveis da vida cotidiana. Tem-se também como foco contemplar a relevância atribuída e expressa por

essas famílias nos cuidados que proporcionam aos seus idosos dependentes. Ao aprimorar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as situações de cuidado em ambiente domiciliar almeja-se facilitar a compreensão das necessidades e dificuldades encontradas pelas famílias nas atividades de cuidado ao idoso dependente rural. Somente com a apropriação desse conhecimento é que a rede de apoio formal poderá desenvolver ações de saúde que tornem integrais os cuidados aos idosos dependentes.

Deste modo, defende-se a seguinte tese: **idosos rurais apresentam maior vulnerabilidade e menores condições de acesso aos serviços de saúde quando comparados aos idosos residentes em zonas urbanas.**

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Compreender o processo de cuidado informal prestado ao idoso dependente e residente em zona rural.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as alterações nos relacionamentos familiares decorrentes do processo do cuidado informal prestado ao idoso dependente e residente em zona rural;
- Conhecer os aspectos que influenciam a fragilidade do cuidado informal aos idosos dependentes e residentes em zona rural;
- Desvelar as dificuldades dos cuidadores informais acerca da manutenção da assistência de saúde de idosos dependentes e residentes em zona rural e suas percepções sobre possíveis melhorias para otimização da assistência aos idosos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo contempla cinco aspectos considerados essenciais para a compreensão do fenômeno em estudo. O primeiro – Comunidades rurais e urbanas, o segundo – Processo de envelhecimento, o terceiro – Discriminações sociais e percepções das pessoas idosas, o quarto – O contexto do cuidado familiar ao idoso dependente e o quinto – Cuidado informal em ambiente domiciliar ao idoso dependente em zona rural.

3.1 COMUNIDADES RURAIS E URBANAS

As comunidades rurais e urbanas possuem semelhanças e diferenças, as quais repercutem no processo de viver e de envelhecer de seus habitantes. Este estudo focaliza os idosos e famílias do meio rural, porém torna-se necessário apresentar ambas localidades para que possamos obter uma melhor compreensão das comunidades rurais, das suas distinções do espaço urbano e dos fenômenos a elas relacionadas, assim como, das diferenças nas dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de idosos dependentes na área rural.

Para o IBGE (2016) a área urbana é aquela que constitui o espaço interno do perímetro urbano de um município ou vila, o qual é definido por legislação municipal e a área rural como o espaço da cidade localizado externamente ao perímetro urbano. Segundo a legislação brasileira, a zona urbana é caracterizada como a região do município composta pela edificação contínua, com a presença de equipamentos destinados à habitação, trabalho, recreação e circulação, tendo como melhoramentos efetuados pelo Poder Público que incluem calçamento, abastecimento de água, sistema de esgotos, iluminação pública e escolas. A zona rural compreende todo o perímetro do município não classificado como urbano ou de expansão urbana, utilizada para atividades agropecuárias, agroindustriais, extrativismo, silvicultura, conservação ambiental, e ecoturismo (GARCIA, 2010).

Marques (2002, p. 109) explicita uma visão mais abrangente do espaço rural quando escreve que

O espaço rural corresponde a um meio específico, de características mais naturais do que o urbano, que é produzido a partir de uma multiplicidade de usos nos quais a terra ou o “espaço natural” aparecem como um fator primordial, o que tem resultado muitas vezes na criação e recriação de formas sociais de forte inscrição local, ou seja, de territorialidade intensa.

A diferenciação entre o rural e o urbano engloba fatores como as atividades ocupacionais dos habitantes, as diferenças ambientais, a densidade populacional, a maior homogeneidade nas características psicossociais das comunidades rurais como sua linguagem, crenças, opiniões, tradições, padrões de comportamento e relação com a terra. Nos centros urbanos encontram-se maior mobilidade social e complexidade na estratificação social. A zona urbana é mais dinâmica e intensa que a rural. Entretanto, apesar dessa diversificação existe uma relação de continuidade entre as duas, mesmo sendo unidades espaciais distintas, ocorre o compartilhamento político, econômico e social inseridos em uma lógica capitalista, ou seja, ambas integram um todo e se manifestam por meio de suas relações (BISPO; MENDES, 2012).

Dentre suas igualdades, observam-se os processos de alterações nas estruturas familiares e de envelhecimento. Porém as zonas rurais também sofrem com a diminuição e masculinização da população (IBGE, 2010).

Em relação às alterações nas estruturas familiares, da mesma forma que as demais regiões brasileiras, nas zonas rurais verifica-se queda no índice de fecundidade, além da fragmentação das famílias com a diminuição em números da família nuclear (constituída por casais com filhos) e o aumento de famílias compostas por pessoas sozinhas e casais sem filhos (BISPO; MENDES, 2012). Uma das consequências, associada ao êxodo rural, é o envelhecimento da população, que de acordo com o IBGE (2010) teve um aumento da população com 60 anos ou mais de 33,32% no período compreendido entre 2000 e 2010.

Essa mudança estrutural nas famílias rurais desencadeia questionamentos acerca do cuidado aos idosos. Gusmão e Alcântara (2008) atentam para as possibilidades de idosos cuidando de idosos ou vizinhos e amigos sendo incluídos no círculo familiar e assumindo os papéis de cuidador.

O êxodo rural pode ser explicado pelo aumento do uso de tecnologias nas lavouras, o que reduz a necessidade de mão de obra, principalmente no que se refere à oferta de serviço para mulheres. Ainda persiste o preconceito na separação de tarefas por gêneros – mulheres cuidam do lar e dos filhos e os homens da lavoura ou criação – e a cultura de que a herança da propriedade rural passe para o filho, limitando a atuação da mulher (MAIA; BUAINAIN, 2015). Por esse motivo, associado ao não reconhecimento de suas atividades e a expectativa de uma

melhor remuneração, a mulher migra da propriedade rural dos pais para as zonas urbanas (CASTRO et al., 2014).

A falta de uma perspectiva de vida melhor leva os jovens a buscarem novas oportunidades nas zonas urbanas, as quais tornam-se um grande atrativo, por terem um número maior de oferta de trabalho, estudo, melhores condições de infraestrutura, lazer, transporte, acessibilidade ao setor social e saúde, entre outros, vislumbrando uma melhor qualidade de vida (GODOY et al., 2010; BISPO; MENDES, 2012). Entretanto, Maia e Buainaim (2015) sugerem que a continuidade da migração da população no sentido rural-urbano pode não ser somente devido à fuga da pobreza, mas também pelos atrativos da dinâmica socioeconômica urbana.

Este cenário foi verificado no estudo de De Mera e Netto (2014), que analisaram os fatores relacionados com o envelhecimento da população rural na região do Alto Jacuí (RS), que interferem na diminuição do número de residentes do meio rural. Ali encontraram uma população com faixa etária inferior a 40 anos (11%), entre 40 e 60 anos (47%) e acima de 60 anos (42%), composta em sua maioria por homens (78,05%). Confirmando a verificação de uma população envelhecida e masculinizada. Porém, esta realidade não foi observada por outros estudos que indicam que os idosos após se aposentarem, seguem seus filhos, mudando-se para a cidade devido à necessidade de acesso a serviços básicos e de saúde (IBGE, 2010; FROEHLICH et al., 2011; BISPO; MENDES, 2012; CASTRO et al., 2014; MAIA; BUAINAIM, 2015)

Alguns benefícios auxiliam na manutenção das pessoas idosas ainda no campo, como o aumento no número de aposentadorias e pensões nas áreas rurais, utilizados para complementar a renda dos idosos rurais economicamente ativos (MAIA; BUAINAIM, 2015). Instiga-se que a permanência dos idosos nessas áreas está relacionada a este benefício, o qual acaba sendo utilizado na contribuição da manutenção da agricultura familiar (GODOY et al., 2010). Nesse contexto, surgem questões sobre o futuro da sustentabilidade da atividade agrícola (MAIA; BUAINAIM, 2015) e, conseqüentemente, do presente e futuro dos idosos.

A presente conjuntura da área rural, com um número diminuído de habitantes, povoado principalmente por pessoas com mais de 40 anos – idosos e/ou adultos em processo de envelhecimento, com um número reduzido de mulheres – as quais, culturalmente, realizam os trabalhos domésticos e de cuidados, ou seja, masculinizada. Vê-se, também, domicílios com um número menor de residentes, o que acaba por suscitar questionamentos acerca dos cuidados prestados aos idosos nessas regiões, principalmente, no que se trata de idosos com algum grau de dependência.

3.2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento difere-se do envelhecimento em si, pois é construído na sociedade a partir de elaborações imaginárias da coletividade, de tudo que a compõe, suas ideias, símbolos, os quais são praticados diariamente, além, das relações que ocorrem entre os indivíduos em seu cotidiano, enquanto o segundo é considerado algo natural ao ser humano (BOURDIEU, 2009).

O conceito de envelhecimento proposto pela OMS (1974, p. 12) refere-se a “um processo fisiológico que começa na concepção e ocasiona mudanças, características para a espécie, durante todo o ciclo da vida”. Considera como idoso toda a pessoa com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e 65 anos ou mais de idade nos desenvolvidos.

O envelhecimento é analisado e/ou avaliado por indicadores de saúde como a morbidade, que é o mais utilizado, assim como por conceitos como capacidade funcional, autonomia (NOGUEIRA et al., 2010), fragilidade e incapacidade funcional (FHON et al., 2012) e estão arrolados aos níveis de dependência, mobilidade, qualidade de vida e expectativa de vida saudável (NOGUEIRA et al., 2010).

O idoso, quando avaliado e considerado autônomo, realiza as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), como ir ao banco, pegar um ônibus, comunicar-se, entre outras, sem a necessidade do auxílio de outrem, portanto, possui a capacidade de conduzir sua vida, tomando suas próprias decisões (BATISTA; BANDEIRA, 2015).

Já a capacidade funcional refere-se às aptidões físicas e mentais de uma pessoa em realizar as atividades da vida diária, como alimentar-se, vestir-se, tomar banho, entre outras, ou seja, relaciona-se com a independência do idoso não depender de outras pessoas nos seus afazeres domésticos (BATISTA; BANDEIRA, 2015; FHON et al., 2012). Assim, a pessoa idosa que conserva a sua autodeterminação, mesmo sendo acometido por doenças crônicas, mas que não precisa de nenhuma forma de auxílio ou de supervisão em suas atividades diárias pode ser considerada saudável (JEDE; SPULDARO, 2009).

Dessa forma, a capacidade funcional relaciona-se com a mobilidade do idoso, sua habilidade de deslocamento – elemento essencial da função física – pelo ambiente, sendo considerada um pré-requisito para o cumprimento das atividades de vida diária (AVDs) (NAVEGA; MIGUEL; DEL-MASSO, 2011). Geralmente os idosos apresentam-se num grau intermediário de complexidade, compreendido entre as AVD e AIVD. Nesta perspectiva, o importante é a capacidade de cada idoso manter suas relações sociais na comunidade, realizando

suas atividades e gozando de sua independência, desvinculando-se do ponto de vista preconceituoso que associa os idosos às doenças (CAMARGO; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

Porém, quando a autonomia e a independência dos idosos não são mantidas, surgem as incapacidades funcionais (FHON et al., 2012), que são definidas por Talmelli-Ruy (2013, p. 99), como uma alteração

multidimensional, [...] relacionada aos aspectos físicos, pessoais, sociais, ambientais e emocionais, e não se restringe à presença de patologias ou à incapacidade de realizar atividades de vida diária de maneira independente, mas também no prejuízo da manutenção da autonomia e bem-estar do idoso. A incapacidade funcional ocorre em distintos contextos. Relaciona-se à idade avançada, à presença de condições crônicas, aos resultados acumulativos de hábitos de vida, ao prejuízo no desempenho de papéis sociais e às condições ambientais desfavoráveis (TALMELLI-RUY, 2013, p. 99).

As consequências do aumento da incapacidade funcional podem levar o idoso à perda de sua independência e autonomia, fazendo com que sejam necessários cuidados específicos e, dependendo do quadro clínico, contínuos, prolongados e de altos custos (LACERDA et al., 2011). Afetando assim, não somente o idoso, mas também, a sua família, pois estão arrolados à redução da expectativa e qualidade de vida, adequações ambientais, e, principalmente, ao detrimento emocional (TALMELLI-RUY, 2013).

Alguns fatores podem predizer os quadros de incapacidade funcional, como a síndrome da fragilidade. Apesar de não haver um consenso sobre sua definição, o que dificulta sua identificação, atinge a qualidade de vida, a independência funcional e a autonomia do idoso (FHON et al., 2012).

A incapacidade funcional trata-se de um fenômeno multidimensional e multideterminado, que desencadeia efeitos negativos na qualidade de vida dos idosos, agravando e/ou dificultando as condições de saúde dos mesmos (ANDRADE, 2010). Também é considerada uma implicação do envelhecimento e inclui as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), aumentando a vulnerabilidade no idoso, levando a diminuição das reservas fisiológicas e ao aumento do declínio funcional (FHON et al., 2012) e, conseqüentemente, elevando a sobrecarga do cuidador (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013; GRATÃO et al., 2013).

Andrade (2010) verificou que a fragilidade no idoso é resultante do baixo nível de renda e de escolaridade, ausência ou déficit de suporte social, idade avançada, auto percepção negativa do estado de saúde, declínio cumulativo em múltiplos sistemas orgânicos, comorbidades, depressão/sintomas depressivos, baixo nível de atividade física/inatividade,

déficit cognitivo e sensorial, alterações no peso corpóreo, desnutrição, ingestão nutricional inadequada: "anorexia do envelhecimento" e polifarmácia.

Em relação às características de idosos fragilizados, Andrade (2010) observou alterações da marcha: instabilidade e lentidão, autorrelato de fadiga/exaustão, fraqueza muscular, redução da força de preensão manual e vulnerabilidade aos estressores biopsicossociais e ambientais. Levando ao risco de quedas e medo de cair, incapacidade funcional/dependência, incontinência, risco para úlceras por pressão, aumento no índice de hospitalização e institucionalização e antecipação da morte.

No envelhecimento com fragilidade destacam-se a vulnerabilidade e a capacidade diminuída para tolerar o estresse, pela maior possibilidade de adoecimento e, por conseguinte, uma alta taxa de internações hospitalares que acarreta em maior grau de dependência (FHON et al., 2012) e menor qualidade de vida. Cada pessoa idosa é única e, tem refletida em sua velhice a sua trajetória de vida, a qual é influenciada por fatores fisiológicos, patológicos, psicológicos, sociais, culturais, ambientais e econômicos (SCORTEGAGNA, 2004). Quanto melhor for a percepção de qualidade de vida do idoso, mais chances possuirá de ter elevada sua expectativa de vida saudável.

A expectativa de vida saudável refere-se "ao número médio de anos de vida que uma pessoa de determinada idade pode esperar viver com saúde, dado que prevaleçam as taxas de morbidade e mortalidade naquela idade específica" (CAMARGO; MACHADO; RODRIGUES, 2008, p. 1904). É o período em que as pessoas idosas se mantêm sem apresentarem incapacidades funcionais e/ou problemas de saúde que dificultem suas atividades diárias e as tornam dependentes de outros.

Considerando-se os conceitos e definições expostos, principalmente os relacionados aos efeitos dos fatores ambientais, nos quais percebe-se que ao modificar-se o ambiente, alteram-se as experiências, culturas, hábitos de vida, atividades laborais e, conseqüentemente muda-se a forma como se envelhece podendo-se inferir que o local influencia e transforma as situações geradoras de estresse, diferenciando o envelhecimento urbano do rural.

3.3 DISCRIMINAÇÕES SOCIAIS E PERCEPÇÕES DAS PESSOAS IDOSAS

O envelhecimento populacional, um fenômeno presente em nível mundial, acarreta profundas conseqüências para as sociedades nos âmbitos psicossocial, espiritual, cultural e

político-econômico e dessa forma, representa um desafio para as mesmas quando buscam maximizar as oportunidades e as capacidades participativas dos idosos (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009).

Inclusos numa sociedade capitalista, em meio ao comércio do turismo para idosos, do uso de cosméticos, dos *body fitness*, na qual a beleza e a juventude são cultuadas, nenhuma pessoa quer ser tornar velha, pois receia tornar-se socialmente marginalizada e um peso para a sociedade. Nesse sentido, ser idoso é sinônimo de decadência física e psíquica, incapacidade física e intelectual e dependência. Isto ocorre devido ao conceito de envelhecimento ainda presente, que o caracteriza como um estágio vital em que ocorrem diminuição de ritmo, desgaste do corpo, presença de doenças, condições incertas de saúde, dependência de outros pela perda de autonomia e, com isso, a diminuição das relações sociais (VILHENA; NOVAES; ROSA, 2014).

O preconceito contra a pessoa idosa é denominado de Idadismo¹ e pode manifestar-se de duas formas, a primeira mostra-se nitidamente negativa/maléfica. A segunda caracteriza-se pela sutileza em forma de “benevolência”, mascarada em práticas baseadas em estereótipos de idosos, como a ideia de que essa é a idade do descanso. Assim, limita ou priva as participações dos idosos em atividades físicas ou intelectuais, ou até mesmo, designa-os a tarefas de menor complexidade. Não consideram suas opiniões e infantilizam-os, como é o exemplo de atividades de pintura e danças que não são realizadas com pessoas mais jovens (VIEIRA, 2013). Outra exemplificação é a criação de novos vocábulos, passando a denominar os velhos de idosos, maduros, terceira idade, melhor idade (VILHENA; NOVAES; ROSA, 2014), pessoas longevas (LOPES et al., 2016), entre outros.

Quando relacionado ao cuidado ao idoso dependente, o idadismo pode ser prejudicial, no momento em que ele precisa de um tratamento específico e os médicos justificam um menor empenho alegando quadros patológicos decorrentes da idade avançada, ou quando é vítima de excesso de zelo pela família, pois o ajudar em demasia sugere que ele sempre precise desta, invariavelmente, baixando o nível de autoestima/autoimagem e identidade (VIEIRA, 2013).

No que tange aos idosos residentes em áreas rurais, este cenário tende a ser agravado. Apesar das mudanças que ocorreram a partir de 1980 no Brasil, com o crescimento desenfreado da urbanização e, conseqüentemente, com o aumento dos problemas relacionados à rede de esgoto, iluminação pública, saneamento básico, entre outros, as cidades passaram a serem consideradas conflituosas. Houve, então, o resgate da visão do campo como um local

¹ Idadismo, também chamado de etarismo e edaísmo, consiste na atitude preconceituosa e discriminatória relacionada a idade, principalmente, às pessoas idosas.

harmonioso, ligado à natureza, tranquilidade, beleza e sossego. Porém, ainda persiste a imagem, derivada do desenvolvimento tecnológico que ocorreu a partir da Revolução Industrial, na qual as cidades eram consideradas local de progresso e modernização, com uso intenso de tecnologia, mais espaços construídos e o meio rural visto como arcaico, atrasado e com pouca incorporação tecnológica (HESPANHOL, 2013).

Para muitos idosos, a realidade de exclusão foi presente no decorrer de toda a sua trajetória de vida e se acentuou ainda mais na velhice. Estas condições trazem repercussões ainda piores, ao se pensar que na única fase que estes acreditavam alcançar a dignidade e respeito, tornam-se vítimas de um sistema opressor e excludente. (SCORTEGAGNA; OLIVEIRA, 2012, p.3)

Isto pode vir a desencadear nas pessoas o medo de envelhecer e a dificuldade de enfrentar o seu próprio processo de envelhecimento (JEDE; SPULDARO, 2009). Esses sentimentos são acentuados no momento em que o idoso se olha no espelho e observa uma imagem de deterioração do corpo com a qual não se identifica. Essa desconexão entre a representação irrefletida com a imagem visualizada, acaba por exacerbar a ideia de finitude, pois as pessoas encontram-se em permanente crescimento e evolução psíquica (GOLDFARB, 1998).

[...] é uma surpresa, um assombro, perceber-se velho. O espelho mostra o que os outros percebem, mas a pessoa reluta em aceitar a mudança em si própria. Dessa forma, velho é sempre o outro [...]. O susto que o idoso leva ao se perceber velho relaciona-se ao descompasso entre o que o espelho lhe mostra, ou seja, um corpo envelhecido, com rugas e cabelos brancos, e a vivência interna íntima, subjetiva, que tem a ver com sua história pessoal, que nem sempre está de acordo com o que os olhos veem. (BEAUVOIR, 1990, p. 35).

Os idosos notam os significados do envelhecimento sob duas percepções, uma aludindo à maneira como entendem a forma que são ou deveriam ser tratados pela sociedade, e a outra, refere-se a sua identificação como indivíduos passivos. Contraditoriamente, possuem responsabilidades, atuam junto a outras pessoas e evitam ou recuperam-se de alguma limitação de saúde. Dessa forma, não se identificam com o estereótipo a eles imputado, porque mantêm suas relações sociais, suas atividades laborais e atuam dentro e fora do lar (ARAÚJO, 2015).

Esta discrepância entre a percepção que possuem de si e como os outros os veem, acrescidos das diferenças nos pontos de vista entre as gerações e das dificuldades em expressar suas opiniões e sentimentos, pode desencadear conflitos nas interações familiares e, principalmente, no relacionamento entre o cuidador familiar e o idoso dependente (ALVES, 2010), dificultando as relações e o processo de cuidar em ambiente domiciliar.

Lopes et al. (2016) inferem que a percepção dos idosos sobre o próprio processo de envelhecimento relaciona-se com as condições de saúde, as limitações impetradas pela doença,

o envelhecimento diferenciado e positivo e ser fisicamente ativo. Os idosos apreendem o envelhecimento de forma contínua, estabelecendo precauções no desenvolvimento de suas atividades, pois suas limitações são enfatizadas pela aparição de doenças, as quais são experimentadas em determinados momentos e esquecidas em outros, possuem como aborrecimentos o esquecimento, a solidão, a preocupação com a família, as doenças e tem na aceitação do envelhecimento a esperança de uma vida melhor.

Além disso, as percepções dos idosos de ambos os sexos incluem a preocupação parcial com a manutenção da autonomia pela influência que exerce nesta fase das suas vidas e diferem em relação ao gênero. Os homens preocupam-se com a perda da funcionalidade e da sua força e, as mulheres, com alterações na forma do corpo como o aumento do peso e perda da funcionalidade (TORRES et al., 2014).

O idadismo ao ser relacionado com outros tipos de preconceitos apresenta a particularidade de que as pessoas que hoje são jovens, amanhã farão parte do grupo de idosos. Abrange a todos. Podendo ter sua origem na vontade que possuem em permanecerem jovens ou com o medo da proximidade da morte. Os idosos, ao serem alvos desse preconceito, podem assimilá-lo de forma a acreditar que suas afirmativas sejam verídicas, tornando-se cada vez mais dependentes (VIEIRA, 2013). As pessoas precisam adaptar-se às novas condições de saúde, encontrar novos significados e vencer os preconceitos (DUARTE TORRES, 2015).

No entanto, são os acontecimentos e/ou hábitos de vida que determinam uma melhor ou pior qualidade de saúde na velhice, abarcando a cultura e o sexo. A cultura dita a forma de participação dos idosos na família, na comunidade e a nível social, o qual pode ser influenciado pela sua atividade profissional, seu nível educacional, o funcionamento cognitivo, além da sua percepção de saúde influenciar no seu bem estar e a relação entre o que espera do futuro afetar sua satisfação atual. As formas de enfrentamento dos desafios são construídas conforme suas experiências prévias. O sexo é uma variável importante porque mulheres vivem mais que os homens e estão mais propensas a doenças mentais, deficiência, discriminação e pobreza (DUARTE TORRES, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2015, referiu-se ao conceito de "Envelhecimento ativo", que abrange tanto o âmbito biológico quanto o social. Contempla as oportunidades de saúde, participação social, segurança, enfim, os ensejos para otimização da qualidade de vida no processo de envelhecimento. Este termo alude à participação em assuntos sociais, econômicos, culturais, espirituais e civis, reconhece os direitos dos idosos, considera a igualdade de oportunidades para o exercício da participação (capacitação) nos diferentes processos da vida em comunidade, no intuito de aumentar a esperança de vida saudável.

Envelhecimento ativo se desenvolve aproximadamente em 70% na faixa etária de 50 a 69 anos, 25% entre 70 e 89 anos (envelhecimento assistido) e 5% acima de 90 anos de idade (envelhecimento vulnerável).

O idoso, ao envelhecer ativamente, tendo estimulada diariamente a sua independência funcional, desenvolve menos problemas de saúde e, por conseguinte, menores níveis de dependência, o que afeta positivamente a sua qualidade de vida física e emocional (SOUZA, 2013). Para a obtenção de uma melhor qualidade de vida da pessoa idosa torna-se essencial que ocorra uma mudança nas relações entre os idosos e o meio, restaurando os nexos psicológicos, fisiológicos e sociais e, eliminando o afastamento entre o pensamento, sentimento e ação, valorizando seus antigos saberes, porque uma etapa da vida não se reduz a uma imagem (VILHENA; NOVAES; ROSA, 2014).

Toda pessoa idosa precisa e deve ter sua autonomia preservada, sendo capaz de administrar sua própria vida, determinando quando, como e onde ocorrerão suas atividades de trabalho, convívio social e lazer (LOPES et al., 2016). Com o envelhecer ativamente, as chances de se tornar um idoso dependente diminuem e/ou os níveis de dependência apresentam-se menores. Fato que influencia significativamente as relações de cuidado em ambiente domiciliar, além de promover uma melhor qualidade de vida ao sistema familiar.

3.4 O CONTEXTO DO CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO DEPENDENTE

A família quando inserida no contexto do cuidado pode ser percebida como um sistema, pois ao ser observada em suas relações, estrutura e dinâmica, depreende-se a interação entre seus membros, na qual qualquer alteração que ocorra com um de seus componentes afeta os demais. Assim, quando uma pessoa torna-se idosa e dependente, os outros necessitam se reorganizar e/ou se (re)adaptarem ao novo contexto, estabelecendo novas rotinas e condutas (SILVA; GALERA; MORENO, 2007; SCHUCK; DE ANTONI, 2014), esforçando-se para apoiar e ajudá-lo (FABRIZZI, 2013), portanto, a família representa a principal fonte de apoio ao idoso dependente (JEDE; SPULDARO, 2009).

O art. 229 da Constituição Federal (CF) de 1988 refere-se à família como a célula da sociedade, cabendo aos pais amparar seus filhos menores e, aos filhos maiores auxiliarem os pais na velhice. Em seguida, o art. 230 infere que “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo

sua dignidade e bem estar, garantindo-lhes o direito à vida.” Enfatiza ainda, que a participação do Estado deve ocorrer preferencialmente por meio de programas que atendam os idosos e suas famílias em seus lares (BRASIL, 1988, p. 130).

Essas convicções são reafirmadas no Estatuto do Idoso, Art. 3:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003, p.15).

A ponderação desses princípios remete a responsabilidade dos provimentos das necessidades dos idosos às famílias. E ao associar-se a sua proximidade e a progressão nos níveis de dependência, acaba por tornar-se o local de cuidado, proteção e estabilidade da pessoa idosa (JEDE; SPULDARO, 2009). Ressalta-se que a preferência da maioria dos idosos e suas famílias é de mantê-los em ambiente domiciliar (GALLO ESTRADA; MOLINA MULA, 2015), mesmo que esta situação não englobe a todos os idosos (JEDE; SPULDARO, 2009), como pode ser percebido em situações em que os idosos não possuem famílias ou por elas foram abandonados.

A organização familiar ocorre de forma diferenciada de tempos anteriores, pois uma das principais mudanças no provimento das necessidades dos idosos em ambiente domiciliar decorre das alterações nas estruturas familiares. Encontram-se famílias menores, com um número maior de pessoas idosas e cada vez mais longevas e com um número reduzido de crianças. Há também, as alterações em sua dinâmica, devido às mudanças socioeconômicas, pois a velocidade com que a mulher sai para o mercado de trabalho, não é a mesma da inserção dos homens nas tarefas domésticas (VALENÇA; SILVA, 2011; CASADO-MEJÍA; RUIZ-ARIAS, 2013).

Isto impacta o convívio intergeracional, no auxílio mútuo, em conflitos por percepções distintas de realidade, levando ao prejuízo do cuidado de pessoas dependentes. Talvez, seja por esses motivos que, cada vez mais idosos expressam a vontade de permanecer residindo em suas casas, optando por morar em separado, porém perto de sua família (GALLO ESTRADA; MOLINA MULA, 2015).

Geralmente, durante essa (re)adaptação da dinâmica familiar, designa-se um cuidador principal, processo voluntário (MIRANDA et al., 2015; SCHUCK; DE ANTONI, 2014), na qual sua escolha contempla os fatores de parentesco, gênero, proximidade física e aproximação afetiva (SCALCO et al., 2013). Por conseguinte, o perfil majoritário dos cuidadores principais de idosos é caracterizado por serem do sexo feminino, filhas, residentes no mesmo domicílio que

o idoso, com baixo nível de escolaridade, casadas, sem atividades formais remuneradas ou aposentadas, com baixa renda familiar, ou seja, abaixo de três salários mínimos e com mais de 50 anos de idade (ROCHA; PACHECO, 2013; CHIBANTE; AQUINO; ESPÍRITO SANTO, 2015; BAGNE; GASPARINO, 2014; REIS et al., 2013; CASADO-MEJÍA; RUIZ-ARIAS, 2013; SCALCO et al., 2013; SOUZA et al., 2014). Dos autores investigados apenas Fuhrmann et al. (2015) encontraram altos níveis de escolaridade e renda familiar mensal.

Os fatores que levam um dos membros da família a se tornar o cuidador principal incluem a situação conjugal, a ausência de outrem para a realização do cuidado, dificuldades financeiras, obrigação moral relacionada à cultura e/ou religião (JEDE; SPULDARO, 2009). Porém, o processo de cuidar de um idoso dependente exige do cuidador dedicação, conhecimento e às vezes, abdicar de algumas de suas relações interpessoais (FUHRMANN et al., 2015).

Por consequência, desperta sentimentos que englobam retribuição, gratidão, angústia, dúvidas, raiva, entre outros, suscitando situações em que pode ser observado o despreparo técnico e emocional do cuidador frente às necessidades do idoso dependente. Essas alterações nas relações entre os membros da família dificultam o fornecimento de cuidados adequados ao idoso (SCHUCK; DE ANTONI, 2014). Verifica-se, também, o sentimento de dever cumprido, autossatisfação e reciprocidade (FUHRMANN et al., 2015).

Os cuidadores ao dissertarem sobre os aspectos positivos relacionados ao processo de cuidado referem que a oportunidade da realização das atividades causa mudanças na forma como percebem a vida, visualizando-a de maneira mais flexível, além do desenvolvimento pessoal para o enfrentamento de adversidades (CRUZ et al., 2010). Igualmente, o fortalecimento das relações familiares, com o aumento dos vínculos entre seus membros (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Entretanto, os aspectos positivos relacionados ao cuidado do idoso dependente descritos na literatura são superados em número pelos aspectos negativos, os quais afetam substancialmente sua saúde e bem-estar da família, refletindo no desempenho e na forma como é realizado o cuidado.

As dificuldades surgem, principalmente, em situações em que o cuidador principal é escolhido conforme a proximidade em que reside do idoso ou por dividir a residência com este e/ou pela inviabilidade ou indisponibilidade de outra pessoa para a atividade, sem receber preparo algum para as atividades que irão ter que realizar (ROCHA, 2015). As habilidades e qualidades do cuidador serem desenvolvidas no dia a dia, aprendendo conforme emergem as necessidades do idoso (JEDE; SPULDARO, 2009; SCALCO et al., 2013; OLIVEIRA et al.,

2014; FUHRMANN et al., 2015).

Durante o processo de cuidar ocorrem mudanças no cotidiano, os quais abrangem os aspectos pessoais, sociais e profissionais. O cuidador acaba abdicando de suas metas em prol do cuidado (COELHO; ALVIM, 2015; JEDE; SPULDARO, 2009; SCHUCK; DE ANTONI, 2014; FUHRMANN et al., 2015). Com isso, há a redução do período de lazer (OLIVEIRA et al., 2014; BRICEÑO et al., 2015; COELHO; ALVIM, 2015).

Aumento na sobrecarga de atividades do cuidador, o qual torna-se responsável pelo cuidado do idoso, dos filhos, da casa, além de atividades remuneradas (SCALCO et al., 2013; SCHUCK; DE ANTONI, 2014; FUHRMANN et al., 2015). Ocorre, também, a progressão do nível de dependência do idoso, exigindo do cuidador cada vez mais intensidade e tempo para o cuidado (JEDE, SPULDARO, 2009; FUHRMANN et al., 2015; COELHO; ALVIM, 2015), levando ao isolamento social (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Encontram-se, também, circunstâncias em que o cuidador principal possui idade avançada, idoso cuidando de idoso, e presença de doenças crônicas degenerativas não transmissíveis (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012; REIS et al., 2013). Além, do despreparo físico para a movimentação adequada do idoso (JEDE; SPULDARO, 2009).

Fatores críticos foram detectados por Neri e Sommerhalder (2012), como a escassez de recursos financeiros para a manutenção do conforto e/ou tratamento do idoso e família (JEDE; SPULDARO, 2009; OLIVEIRA et al., 2014; FUHRMANN et al., 2015; COELHO; ALVIM, 2015). Pouco ou nenhum suporte familiar (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012; SCALCO et al., 2013). Falta de reconhecimento do seu trabalho junto ao idoso por parte dos demais membros da família (SCALCO et al., 2013) e o desconhecimento sobre o apoio que pode ser fornecido pela rede formal (OLIVEIRA et al., 2014).

Essas situações de dificuldades e sobrecarga tornam-se estressores para todos os cuidadores (ROCHA; PACHECO, 2013), pois a dedicação integral ao cuidado do idoso dependente leva ao confinamento domiciliar, renúncia às atividades sociais e de lazer, dificuldades econômicas e a conflitos intra domiciliares relacionados à convivência e ao cuidado, acarretando na necessidade de enfrentamento, porque sentem-se sobrecarregados física e emocionalmente (CARDOSO et al., 2012).

Dentre as estratégias utilizadas pelos cuidadores para o enfrentamento dessas situações e, que demandam esforços cognitivos e comportamentais, observa-se a busca pela espiritualidade e a religiosidade (SCALCO et al., 2013; CHIBANTE; ESPÍRITO SANTO; AQUINO, 2015). Os cuidadores também recorrem ao evitamento e/ou minimização das situações estressoras, além de obter percepções alternativas para as situações, adotar uma

filosofia protetora sobre seu significado para a vida e assim, reforçar os valores positivos (ROCHA; PACHECO, 2013), a manutenção e/ou participação de redes de apoio social (REIS et al., 2013).

Chibante, Espirito Santo, Aquino (2015), em investigação sobre as estratégias utilizadas pelos cuidadores para a minimização dos níveis de estresse, observaram que dentre os indivíduos da amostra, 75,5% usavam alguma forma de relaxamento. Destes, 28,2% referiram buscar opções alternativas de lazer como passeios, encontros com amigos, trabalhos manuais, 23% usavam medicamentos e chás, 20,5% a religião, 12,8% medicamentos para insônia e 7,7% atividades físicas e 7,7% disseram sentir irritabilidade e alterações de humor. Alguns expressaram o aumento exagerado da ingestão de alimentos.

Outros cuidadores buscam o apoio formal, ou seja, a procura por orientações educativas e auxílio de profissionais de saúde relacionados à prestação de cuidados ao idoso dependente e às formas mais adequadas de realizá-los. Com isto, buscam promover o bem-estar do idoso e do cuidador, pois isto, auxilia-o a lidar com sentimentos relacionados à atividade do cuidado, como a raiva, frustração e a depressão (OLIVEIRA et al., 2014).

Para a amenização desse cenário, os cuidadores precisam de um tempo de descanso, o qual deve ser considerado como um período destinado para a realização de atividades para a sua satisfação, para relacionamento e socialização (BRICEÑO et al., 2015). Scalco et al. (2013) observaram que a maioria dos cuidadores informais entendem que é difícil cuidar de um idoso dependente e perceberam que as ações de cuidado compreendem situações influenciadas por diversos fatores, além de ser uma atividade pessoal e dependente da vivência de cada cuidador e de sua relação com o idoso cuidado.

As relações familiares podem ser classificadas em harmônicas ou conflituosas. Silva et al. (2015), ao pesquisarem a opinião dos idosos sobre as relações familiares intergeracionais, observaram que as relações harmônicas são permeadas pelo diálogo e profunda ligação afetiva, proporcionando maior afinidade entre os membros da família, fazendo os idosos sentirem-se valorizados, pois compreendem sentimentos como o respeito, amor, união, configurando relações de proximidade, reciprocidade, estabilidade e afeto.

Em contrapartida, nas relações conflituosas ou na ausência de relações, o desprovimento do convívio familiar pode desencadear o isolamento social, o qual pode ocorrer devido ao aumento da desmotivação, e esta pode levar à depressão, sendo a tristeza o sentimento mais atribuído à solidão (LOPES; LOPES; CAMARA, 2012). Da mesma forma, as relações intra familiares podem interferir nos processos de saúde e doença, pois o surgimento de desequilíbrios com um dos membros pode desencadear conflitos em seu núcleo e o surgimento

de quadros patológicos, físicos e/ou emocionais, que fragilizam a família (MACÊDO; MONTEIRO, 2004).

Já as relações familiares intergeracionais conflituosas constituem-se por englobar problemas de relacionamentos entre os membros nascidos em gerações diferentes, devido às diferenças culturais e de valores sociais, assim como, na observação pelo idoso de condutas de seus filhos e/ou netos que agridam suas crenças e cultura (SILVA et al., 2015).

Nas relações conflituosas encontra-se a violência contra o idoso, cometida por filhos, noras, maridos, sobrinhos e, por vezes, por mais de um membro familiar concomitantemente. Segundo a percepção dos idosos, incluem desde a retirada da autonomia, o desrespeito, a negligência, o abandono, o abuso financeiro, até as agressões físicas e psicológicas – as mais doloridas, pois entendem que seria a família que lhes proporcionaria o apoio e cuidados necessários na velhice (WANDERBROOKE; MORE, 2012). Outra forma de violência é não permitir que o idoso participe de seu processo de cuidado, considerando sua opinião irrelevante (SCHUCK; DE ANTONI, 2014).

Por outro lado, existem situações em que o cuidador sente-se agredido pelo idoso em momentos de incompreensão e agressividade, pois mesmo realizando todas as tarefas solicitadas por ele, este mostra-se insatisfeito. Fato decorrente da limitação física do idoso e que quando compreendida pelo cuidador, torna-se mais leve de ser realizada. Podendo também, ser entendida como uma forma encontrada pelo idoso de desabafar e demonstrar sua frustração com suas comorbidades e limitações com alguém que não irá abandoná-lo (SCALCO et al., 2013). Entretanto, existem situações em que a presença de um determinado familiar pode causar angústia no idoso, levando-o ao sofrimento. Isto ocorre pelo distanciamento do mesmo ou pelo idoso ou demais membros da família sentirem-se ameaçados financeira ou emocionalmente (CHIBANTE; AQUINO; ESPÍRITO SANTO, 2015).

Algumas pessoas idosas relatam o surgimento de preocupações e sentimentos como a tristeza, insegurança, inutilidade, derivados do avanço das limitações e da dependência de outros para a realização de tarefas diárias, assim como, o medo e a vergonha em incomodar e sobrecarregar seus familiares. Em outro contexto, quando a família encontra-se ausente e/ou distante física ou emocionalmente, sentem-se abandonadas, negligenciadas, solitárias. Alguns aposentados demonstram sua preocupação com o setor financeiro, pois os valores recebidos são baixos ou insuficientes para a cobertura dos gastos básicos e dos tratamentos de saúde (TAVARES et al., 2012).

O fator financeiro interfere no estilo de vida e no meio ambiente em que o idoso reside. Conforme aumenta o nível de dependência, tornam-se necessárias adaptações no ambiente

domiciliar, no qual os objetos de decoração são substituídos por insumos próprios para o cuidado como medicamentos e materiais de curativos (JEDE; SPULDARO, 2009). Da mesma forma, por vezes, são necessários investimentos em alterações estruturais como a troca de degraus por rampas, instalação de fontes de apoio no quarto de banho, dar preferência para pisos antiderrapantes, retirar tapetes soltos, providenciar uma boa iluminação nas dependências (BORN, 2008). Estas reestruturações do ambiente, geralmente, são consideradas pelos idosos como gastos desnecessários e não como um investimento em prevenção em saúde (GALLO ESTRADA; MOLINA MULA, 2015).

Em relação ao apoio formal, as Políticas Públicas brasileiras buscam atender as necessidades dos idosos e dos cuidadores, abrangendo o núcleo familiar como um todo, por meio da Atenção Básica em Saúde (UBS). Esta consiste no primeiro contato dos indivíduos com o Sistema Único de Saúde (SUS). Em algumas localidades existe a presença das UBS, estas atendem um número determinado de famílias, com limitação geográfica pré-determinada e, possuem a responsabilidade longitudinal pelos pacientes, coordenando ações e serviços de saúde em prol das necessidades da população, garantindo o cuidado integral e respeitando a cultura local (OPAS, 2011).

Uma das ações em saúde realizadas pelos profissionais das UBSs é a assistência domiciliar, caracterizada pela educação em saúde e pelo apoio ao cuidador familiar e ao idoso dependente, na busca pelo envolvimento da família na construção de um ambiente propício à manutenção das condições e de recuperação da saúde, respeitando as condições sociais, econômicas e culturais de cada residência (JEDE; SPULDARO, 2009).

A análise do acesso de usuários de uma Unidade Básica de Referência (UBR) aos serviços de saúde num município em Minas Gerais verificou como fatores dificultadores para a acessibilidade dos usuários os insuficientes valores financeiros destinados à saúde da população no município. Resultado da baixa arrecadação e da cobertura de atendimento ineficaz. Além da alta rotatividade de moradores sem atualização do cadastro no posto, dificuldade para marcação de consultas – as filas começam a ser formadas na madrugada, acolhimento e barreiras geográficas. Como também, deficiências no sistema de referência e contra referência, dificuldade de acesso devido a distâncias muito longas – como é o contexto dos idosos residentes em áreas rurais (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

Os profissionais de saúde para conceberem estratégias e ações de atenção em saúde, primeiramente necessitam conhecer o contexto de vida diária de cada família, sua estrutura, sua dinâmica, as particularidades de cada membro e a forma como ocorrem as relações intra familiares, respeitando sua cultura, seu poder econômico, além de suas relações sociais. Isto

facilitará sua comunicação com os idosos e suas famílias, proporcionando uma relação de confiança, promovendo uma melhor adesão às orientações fornecidas, pois as diretrizes estarão em conformidade com os hábitos e rotinas dessas famílias. Neste contexto, considera-se de suma importância a investigação das relações de cuidado dos idosos dependentes domiciliados em zonas rurais, devido à escassez de estudos nessas localidades.

3.5 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA SOBRE OS CUIDADOS INFORMAIS EM AMBIENTE DOMICILIAR AO IDOSO DEPENDENTE EM ZONA RURAL

Este subcapítulo possui como objetivo o aprofundamento do conhecimento sobre o cuidado informal em ambiente domiciliar oferecido ao idoso dependente e residente em área rural. Para tanto, foi realizada uma revisão integrativa de literatura. Para Whitemore e Knafl (2005), o “termo integrativa tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método”, ponto esse que “evidencia o potencial para se construir a ciência” (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p.127).

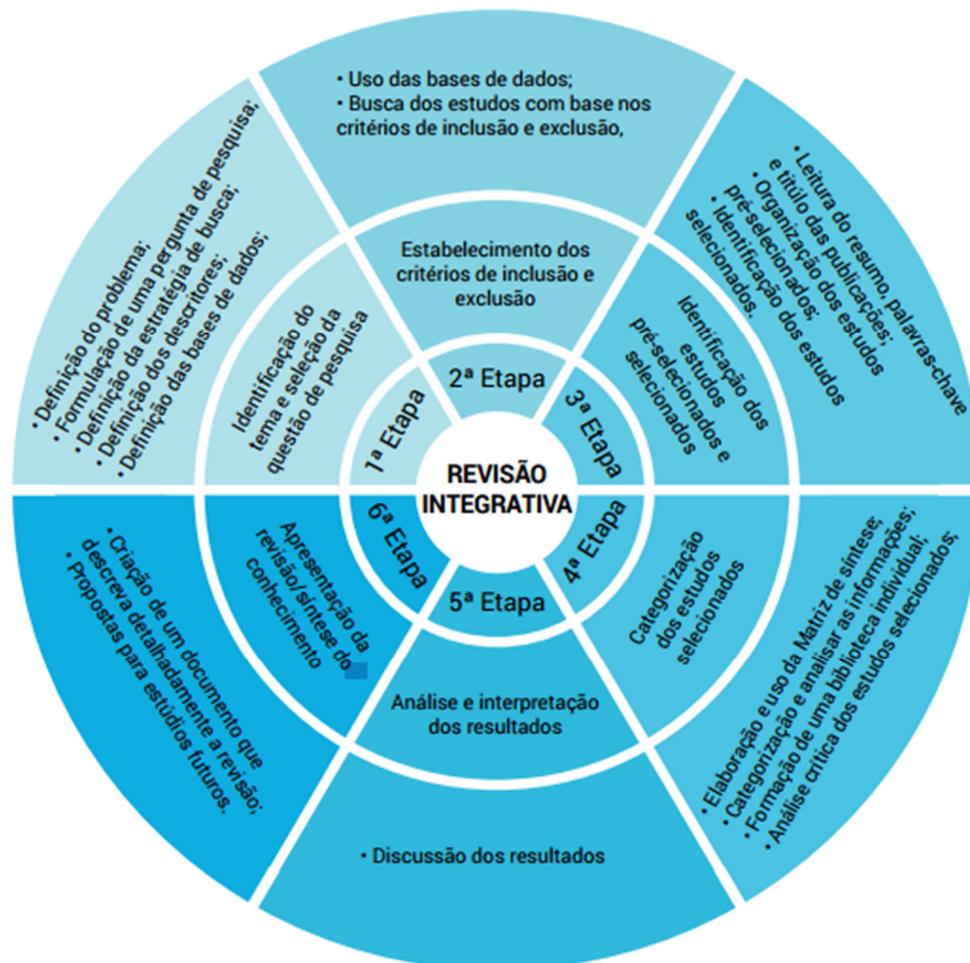
Botelho, Cunha e Macedo (2011) ressaltam que o método utilizado na revisão integrativa viabiliza a aptidão de sistematização do conhecimento científico, possibilitando que o pesquisador aprimore seus conhecimentos sobre a temática em questão, permitindo a visualização da evolução das produções científicas ao longo do tempo, bem como as lacunas ainda existentes, o que viabiliza novas oportunidades de estudo. Sua abordagem possibilita a síntese e a análise de estudos publicados com diversas metodologias, combinando dados teóricos e empíricos (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Logo, a revisão integrativa possui como propósito obter por meio de estudos anteriores, um entendimento aprofundado sobre determinado fenômeno (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Além de ser um método integrante da Prática Baseada em Evidências que possibilita aos profissionais manterem-se atualizados com informações pertinentes para o auxílio na tomada de decisões (WEBSTER, 2002).

Para a elaboração desta revisão integrativa foram percorridas seis etapas, definidas por Melnyk et al. (2010): identificar o tema, definir problema e pergunta clínica em formato

PICOT² ou PICOD³, procurar a melhor evidência, avaliar criticamente as evidências dos estudos pré-selecionados e selecionados, integrar as evidências, discutir os resultados baseados em evidências e apresentar a síntese do conhecimento produzido. A figura 1 apresenta as etapas a serem percorridas pelo pesquisador para a realização de uma revisão integrativa.

Figura 1 – Etapas da Revisão Integrativa



Fonte: BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p.129.

3.5.1 Primeira Etapa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa / definição do problema e pergunta em formato PICOT ou PICOD.

² A sigla PICOT, utilizada para a elaboração da questão de pesquisa possui como significados (P) considerar a população alvo; (I) considerar o interesse da intervenção ou a área de interesse; (C) comparar tipos de intervenção ou grupos; (O) obter resultados e considerar os efeitos a serem alcançados com a intervenção; (T) considerar o tempo necessário para se obter o resultado. Os formatos PICOT e PICOD fornecem uma estrutura eficiente para a busca de dados em bases eletrônicas.

³ O formato PICOD possui a variância do PICOT. Esta alteração do (T) para (D) relaciona-se ao desenho do estudo, enquanto (T) relacionado ao tempo.

Ponderando que o idoso dependente e seu domicílio apresentam características ecossistêmicas capazes de produzir adoecimentos à saúde e, conseqüentemente, a necessidade de cuidados a estes idosos proporcionados por suas famílias, torna-se importante a definição da questão de pesquisa que norteará a revisão destes cuidados, a partir da qual se obterá evidências já publicadas e que auxiliarão na análise das perspectivas da família rural sobre o cuidado que proporciona ao seu idoso dependente.

Para direcionar este processo, utilizou-se da estratégia PICO. Este método apresenta quatro elementos indispensáveis para a construção da pergunta de pesquisa, de forma que ela suporte a busca bibliográfica: *the patient population, or problem (P)*; *the intervention or independent variable (I)*; *the comparison (C)*; and *the dependent variables or outcome(s) of interest (O)*, (STONE, 2002). De posse de uma formulação adequada da questão de pesquisa, o processo de coleta de dados será melhor conduzido, determinando critérios a serem utilizados na seleção dos estudos adequados na revisão e dos dados que serão abstraídos dos estudos.

No quadro abaixo se apresentam os elementos da estratégia PICO para a revisão que se segue conforme quadro 1:

Quadro 1 – Elementos da estratégia PICO para a revisão sistemática integrativa, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Item	Descrição
<i>P – Patient</i>	Idoso dependente de cuidados, caracterizado por pessoa com 60 anos ou mais, que necessita de auxílio para a realização de AVDs e AIVDs, em comunidade rural.
<i>I – Intervention or independent variable</i>	O cotidiano do processo do cuidado dispensado pelos familiares ao idoso rural dependente em ambiente domiciliar e as possíveis alterações nas relações intrafamiliar.
<i>C – Comparison</i>	Não se aplica
<i>O – Dependent variable ou outcome</i>	Descrição dos cuidados proporcionados aos idosos, relacionados ao processo de envelhecimento e as DCNTs associadas, assim como, as dificuldades encontradas pelos familiares e idosos e, conseqüentemente, modificações nas relações familiares.

Fonte: *popping the (PICO) question in research and evidence-based practice*, editado por Patricia W. Stone (2002).

Dessa forma, a questão norteadora desta revisão foi: Como ocorre o processo de cuidado informal em ambiente domiciliar oferecido aos idosos dependentes domiciliados em áreas rurais e quais as alterações que acontecem nas relações familiares?

3.5.2 Segunda Etapa: estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão / procurar a melhor evidencia;

Nesta etapa, foram estabelecidos os critérios de inclusão de estudos para orientar a busca e seleção, tais como: artigos disponíveis *on line* com texto completo em sete bases de dados, sem delimitação de período, nos idiomas inglês, português e espanhol e em três buscas, que possuíam título e resumos disponíveis e indexados nas bases de dados.

E como critérios de exclusão: estudos que não abordavam o cuidado ou o relacionamento familiar dos idosos dependentes e residentes em áreas rurais.

3.5.2.1 Primeira busca

A primeira busca pelos estudos ocorreu dentre os meses de novembro de 2014 a janeiro de 2015, sem delimitação de período de publicação, por meio de estratégias de pesquisa, no portal *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), na Biblioteca *Cochrane*, e nas bases de dados: *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (Cinahl), Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciências da Saúde (Lilac's), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e *Web of Science* (WoS) e *SciVerse Scopus*. Para a localização e seleção dos estudos, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECs): Idoso, Idoso fragilizado, Relações familiares e Saúde do idoso e seus termos correlatos em espanhol *Anciano, Anciano frágil, Relaciones familiares e Salud del anciano* e no *Medical Subject Headings* (MeSH): *Elderly, Frail elderly, Family relations, Health of the elderly* consecutivamente.

Inicialmente, utilizou-se precisamente em cada base de dados à disposição: idoso fragilizado; idoso (AND) relações familiares e relações familiares (AND) saúde do idoso, os quais foram inseridos nos idiomas: no portal SciELO em português e nas demais bases de dados, em inglês e espanhol. Encontrou-se um total de 30.131 estudos, os quais foram cruzados dentro

das próprias bases de dados, pois como foram efetuadas seis buscas diferentes em cada base, alguns estudos encontravam-se repetidos, como demonstrado na Tabela 1, totalizando 26.919 pesquisas.

Após, realizou-se o cruzamento dos estudos entre as bases de dados, conforme demonstrado na Tabela 2, com a extração dos artigos repetidos, permaneceu 22.525 pesquisas.

Tabela 1 – Demonstra os estudos obtidos na primeira busca por produções científicas, efetuada no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

	Idoso Fragilizado	Idoso (AND) Relações familiares	Relações familiares (AND) Saúde do Idoso	N. de estudos encontrados	N. de estudos duplicados na mesma base	N. estudos que permaneceram
Cinahl	3.960	3.563	43	7.566	1.585	5.981
Cochrane	132	580	0	712	22	690
Lilac's	256	143	31	430	41	389
Medline	8.220	4.591	1.190	14.001	1.289	12.712
SciELO	6	12	5	23	6	17
Scopus	11.376 (2.000)	24.702 (2000)	1.578	5.578	223	5.355
WoS	1.128	689	4	1.821	46	1.775
			TOTAL	30.131	3.212	26.919

Fonte: elaborado pela pesquisadora a partir dos dados da pesquisa.

OBS: a base de dados Scopus, apontou um número total de 37.656 estudos, porém, disponibilizou acesso apenas 2.000 pesquisas, dessa forma, foram selecionados conforme o maior índice de relevância.

Tabela 2 – Demonstra o cruzamento dos estudos da busca inicial entre as bases de dados, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

	Cinahl	Cochrane	Lilac's	Medline	SciELO	Scopus	WoS
Cinahl	5.981	49	10	1.627	2	514	172
Cochrane	49	690	1	119	-	33	23
Lilac's	10	1	389	55	2	27	6
Medline	1.627	119	55	12.712	2	602	1.586
SciELO	2	-	2	2	17	3	2
Scopus	514	33	27	602	3	5.355	130
WoS	172	23	6	1.586	2	130	1.775

Fonte: elaborado pela pesquisadora a partir dos dados da pesquisa.

Dos 22.525 estudos selecionaram-se apenas 117 pesquisas que exploraram aspectos sobre idosos residentes em áreas rurais.

3.5.2.2. Segunda busca

A segunda busca ocorreu no mês de fevereiro de 2016, teve como objetivo a atualização dos estudos e utilizou-se os mesmos passos da primeira busca, porém com delimitação temporal de janeiro de 2015 a janeiro de 2016, resultando em 3.450 artigos. Destes, 272 encontravam-se repetidos, permanecendo 3.178 como apresentado na Tabela 3. Após o cruzamento entre as bases de dados e a retirada dos estudos repetidos, permaneceram 2.424 estudos demonstrado na Tabela 4.

Tabela 3 – Demonstra a busca inicial por produções científicas no período de janeiro 2015 a fevereiro de 2016, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

	Idoso Fragilizado	Idoso (AND) Relações familiares	Relações familiares (AND) Saúde do Idoso	N. de estudos encontrados	N. de estudos duplicados na mesma base	N. estudos que permaneceram
Lilac's	10	4	0	14	0	14
Medline	624	472	144	1.240	142	1.098
SciELO	95	49	0	144	15	129
Scopus	1.057	833	109	1.999	115	1.884
WoS	45	8	0	53	0	53
			TOTAL	3.450	272	3.178

Fonte: elaborado pela pesquisadora a partir dos dados da pesquisa.

OBS: houve impossibilidade de acesso as bases de dados Cinahl e Cochrane, no período da coleta dos estudos devido a não renovação da licença de uso da Biblioteca Cochrane na BVS, a partir de 16 de dezembro de 2015 e a Cinahl antes acessada via EBSCO em terminal de computador da universidade, até o momento sem acesso.

Tabela 4 – Demonstra o cruzamento dos estudos da busca inicial entre as bases de dados, efetuada no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

	Lilac's	Medline	SciELO	Scopus	WoS
Lilac's	14	1	-	1	-
Medline	1	1.098	3	666	28
SciELO	-	3	129	3	-
Scopus	1	666	3	1.884	29
WoS	-	28	-	29	53

Fonte: elaborado pela pesquisadora a partir dos dados da pesquisa.

Dentre os 2.424 estudos encontrou-se apenas nove pesquisas que exploraram aspectos sobre idosos residentes em áreas rurais.

3.5.2.3 Terceira busca

Conforme o número reduzido de estudos encontrados que abordassem o idoso residente em região rural, foi efetuada uma terceira busca por artigos no Portal de Periódicos do CAPES, no mês de março de 2016, sem pré determinação do período de publicação e utilizando as palavras IDOSO RURAL, onde foram disponibilizadas 74 pesquisas; destas, quatro estavam repetidas, conforme Tabela 5.

Tabela 5 – Demonstra a busca por produções científicas no mês de março de 2016, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

	N. de estudos encontrados	N. de estudos duplicados na mesma base	N. estudos que permaneceram
CAPES	74	4	70
TOTAL	74	4	70

Fonte: elaborado pela pesquisadora a partir dos dados da pesquisa.

Ao término da terceira busca, realizou-se o somatório das pesquisas encontradas nas buscas: primeira (117), segunda (9), terceira (70), totalizando 196 artigos, assim como, um novo cruzamento dos estudos, quando verificou-se que nenhum dos estudos encontrava-se repetidos, permanecendo para a próxima etapa 196 pesquisas.

3.5.3 Terceira Etapa: avaliação crítica das evidências dos estudos pré-selecionados e selecionados / avaliar criticamente as evidências dos estudos pré-selecionados e selecionados

A seleção dos estudos foi realizada em duas fases, na primeira por meio das avaliações dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados e na segunda com as avaliações dos textos completos.

3.5.3.1 Avaliações dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados

Nesta fase, efetuou-se a leitura dos títulos e dos resumos, no intuito de identificar a sua aproximação com a temática, se os objetivos se relacionavam com o deste estudo e se

respondiam o questionamento desta pesquisa. Os artigos que não corresponderam foram suprimidos, conforme demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6 – Demonstra a supressão dos artigos que não corresponderam à temática em estudo, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

	Supressão na leitura dos títulos	Supressão na leitura dos resumos	N. estudos solicitados aos autores	N. estudos enviados pelos autores	N. estudos analisados na íntegra	N. estudos que permaneceram no estudo
Artigos (n=196)	119	59	9	1	10	10

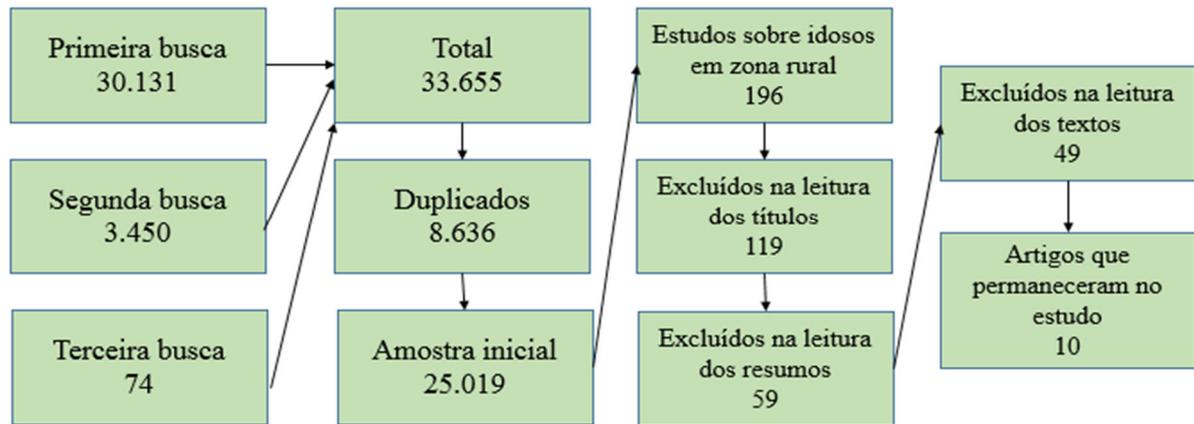
Fonte: elaborado pela pesquisadora a partir dos dados da pesquisa.

Dos 119 estudos excluídos na leitura dos títulos, um descrevia a metodologia utilizada para a realização de uma determinada pesquisa em meio rural, um referia-se a violência contra idosos, um sobre o analfabetismo entre idosos rurais, um tratava de educação em saúde a cuidadores de idosos, um da influência dos idosos na educação infantil, dois relacionados à mídia, dois possuíam cunho histórico, três abordavam assuntos agropecuários, seis eram sobre a zona urbana, sete sobre idosos independentes, 10 epidemiológicos, 19 inferiram sobre patologias, 21 abordavam aspectos econômicos e políticos e 44 investigaram percepções/ações/resultados de estratégias de profissionais de saúde.

Das 59 pesquisas suprimidas na leitura dos resumos, 19 caracterizavam os cuidadores e os idosos quanto às variáveis sócio demográficas e morbidades, 15 efetuaram associações entre atividades físicas, capacidade funcional, qualidade de vida e depressão, sete trataram de avaliações dos serviços de saúde em localidades rurais (Atenção Primária de Saúde, lares de idosos e cuidadores particulares), seis abordaram as opiniões de idosos e cuidadores sobre o envelhecimento, viuvez, disputas Inter geracionais e comportamentos frente a opinião de terceiros, em seis estudos houve a impossibilidade de localização dos mesmos nas bases de dados, dois elaboraram e avaliaram instrumento de pesquisa, um referiu-se à polifarmácia, um à relação entre a velhice e o envelhecimento, um aos maus-tratos contra idosos e um ao ato falho sob a Teoria de Lacan. Assim, permaneceram 18 artigos no estudo.

Dos 18 estudos restantes, nove pesquisas, mesmo que gratuitas, tinham apenas os resumos disponíveis – talvez pelo período de publicação ou pela base CAPES não possuir ligação com a base indexada - dessa forma, entrou-se em contato com os autores solicitando-se uma cópia dos mesmos, porém, após quatro meses de espera, apenas um autor respondeu a solicitação, permanecendo 10 estudos para a análise completa dos textos.

A síntese da busca e seleção dos estudos é demonstrada na Figura 2.

Figura 2 – Demonstra a síntese da busca e seleção dos estudos, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

As informações primárias dos artigos foram organizadas no quadro 2.

Quadro 2– Apresenta os dados dos artigos selecionados para este estudo, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

I	Título do estudo	Periódico/ Ano	Autoria	Local de origem / Idioma
I	Relative distance: ageing in rural New Zealand	Ageing and Society. 2001	Keeling S	Nova Zelândia Inglês
II	Intergenerational Transfers and Living Arrangements of Older People in Rural China: Consequences for Psychological Well-Being	J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 2006	Silverstein M, Cong Z, Li S	China Inglês
III	Intergenerational support and subjective health of the elderly in rural China: a longitudinal study based on gender	Australas J Ageing., 2009	Guo M, Chi I, Silverstein M.	China Inglês
IV	Family history of relationship, intergenerational quality of relationship, and depressive affects among rural seniors.	The Journal of Applied Gerontology, 2009	Whitbeck LB, Hoyt DR, Tyler K.	Inglês
V	Envelhecimento e redes de apoio social no Pantanal rural, Mato Grosso, Brasil	Physis, 2011	Pignatti MG, Barsaglini RA, Senna GD.	Brasil Português
VI	Sources of older parents' ambivalent feelings toward their adult children: The case of rural China	J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci., 2012	Guo M, Chi I, Silverstein M.	China Inglês
VII	Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural	Texto Contexto Enferm., 2012	Bertuzzi D, Paskulin LGM, Morais EP.	Brasil Português
VIII	Parental status and late-life well-being in rural China: the benefits of having multiple children.	Aging Ment Health., 2014	Guo M.	China Inglês

			Ehrlich K, Boström AM, Mazaheri M, Heikkilä K, Emami A.	
IX	Family caregivers' assessments of caring for a relative with dementia: a comparison of urban and rural areas	Int J Older People Nurs., 2015		Brasil Inglês
X	Family care-giving and living arrangements of functionally impaired elders in rural China	Cambridge University Press., 2015	Gruijters RJ.	China Inglês

Fonte: elaborado pela pesquisadora a partir dos dados da pesquisa.

3.5.3.2 Avaliações dos textos completos

Nesta etapa, utilizou-se o Sistema de Avaliação para hierarquia de evidências definidos por Melnyk e Fineout-Overholt (2010), inserido na medicina baseada em evidências, o qual classifica as evidências segundo o delineamento de pesquisa, ou seja, a abordagem metodológica e inclui pesquisas quantitativas e qualitativas.

Assim, classifica-se como: nível 1, evidências oriundas de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas, como demonstrado no quadro 3.

Quadro 3 – Apresenta a classificação dos estudos de acordo com os níveis de evidencia, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

I	Título do estudo	Nível de evidencia
I	Relative distance: ageing in rural New Zealand	6
II	Intergenerational Transfers and Living Arrangements of Older People in Rural China: Consequences for Psychological Well-Being	6
III	Intergenerational support and subjective health of the elderly in rural China: a longitudinal study based on gender	6
IV	Family Relationship Histories, Intergenerational Relationship Quality, and Depressive Affect Among Rural Elderly People	4

V	Envelhecimento e redes de apoio social no Pantanal rural, Mato Grosso, Brasil	6
VI	Sources of older parents' ambivalent feelings toward their adult children: The case of rural China	6
VII	Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural	6
VIII	Parental status and late-life well-being in rural China: the benefits of having multiple children.	6
IX	Family caregivers' assessments of caring for a relative with dementia: a comparison of urban and rural areas	6
X	Family care-giving and living arrangements of functionally impaired elders in rural China	6

Fonte: elaborado pela pesquisadora a partir dos dados da pesquisa.

3.5.4 Quarta Etapa: categorização dos estudos selecionados / integrar as evidências

Primeiramente, os dados dos estudos selecionados foram coletados por meio da aplicação do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), momento em que obtiveram-se as informações referentes aos participantes da amostra, a abordagem metodológica empregada, os objetivos, os resultados, as limitações, as conclusões e, principalmente, sobre os aspectos que abordam o processo de cuidado informal em ambiente domiciliar oferecido aos idosos dependentes domiciliados em áreas rurais e as alterações que acontecem nas relações familiares.

Para melhor organização dos dados coletados elaborou-se o quadro quatro, o qual contempla a metodologia, objetivos, participantes e os principais resultados.

Quadro 4 – Características dos estudos incluídos na revisão, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

I	Método/ Objetivo	Participantes	Resultados
I	Estudo antropológico qualitativo / Explorar aspectos de parentesco e distância geográfica em termos do contexto social de idosos na Ilha Sul da Nova Zelândia	Idosos residentes em área rural	O MLSA confirma as tendências gerais de encolhimento das redes sociais ao longo do tempo. As perdas familiares, são compensadas por “substituições”, “pessoas próximas” e “relações herdadas”. Essas são as maneiras pelas quais as pessoas são redefinidas como “próximas” mostrando como as famílias e as redes de apoio ego-centradas podem e se regeneram apesar da perda e da migração.
II	Estudo quantitativo descritivo / Examinar como a composição familiar e os intercâmbios de apoio com os filhos influenciaram o bem-estar psicológico dos idosos na China rural.	1.561 idosos rurais com 75 anos ou mais e residentes em ambiente trigeracional.	Os idosos que residem com três gerações ou com netos apresentaram melhor bem-estar psicológico do que aqueles que vivem em famílias com uma geração. Receber um número maior de filhos aumentou o bem-estar e explicou porque viver com os netos era benéfico. A maior coesão emocional com as crianças também melhorou o bem-estar.
III	Estudo quantitativo tipo <i>survey</i> / Examinar as diferenças de gênero no efeito de intercâmbios intergeracionais sobre a saúde subjetiva dos idosos rurais chineses	1.018 pessoas com 60 anos ou mais e residentes em área rural	O aumento do apoio instrumental dos filhos aos idosos esteve associado à deterioração da saúde subjetiva dos mesmos, o apoio financeiro dos idosos aos filhos melhorou a saúde subjetiva dos pais. Para as idosas, embora o aumento do apoio instrumental aos filhos e o apoio emocional mútuo, melhorou suas saúdes subjetivas, o apoio financeiro dos filhos às idosas teve um efeito negativo sobre a saúde subjetiva delas.
IV	Estudo quantitativo, descritivo / Examinar os efeitos da história da relação familiar sobre os sintomas depressivos entre idosos	Famílias rurais: 603 filhos (264 homens e 339 mulheres) e seus pais	Os idosos relataram níveis de afeições diminuídas. As lembranças das suas relações prévias com os filhos foram associadas aos idosos deprimidos. Sugere-se que as características da relação familiar persistam ao longo do tempo e que os padrões de relacionamento familiar afetam as habilidades dos membros da família para negociar o apoio com os idosos.
V	Estudo socioantropológico / Enfocar aspectos do apoio social entre famílias de camponeses idosos	18 pessoas com 60 anos ou mais de 11 famílias	O parentesco, a amizade e a identidade interligam as pessoas em relações de reciprocidade, no cotidiano, chamando a atenção para o papel dos vínculos para a manutenção da saúde. As redes de apoio se ampliam, no caso do cuidado com as doenças, e outras são estabelecidas para o acesso aos serviços de saúde.
VI	Estudo quantitativo descritivo / Investigar as fontes de ambivalência intergeracional na China rural.	1.162 adultos com 60 anos ou mais registrados em 72 aldeias de seis municípios.	A ambivalência mostrou-se similar entre os idosos chineses e os ocidentais. Os idosos referiram maior ambivalência aos filhos do que as filhas. O prestígio socioeconômico dos filhos foi associado a menor ambivalência. O apoio financeiro dos pais aos filhos e a assistência aos netos foram associados a maior ambivalência de sentimentos.
VII	Estudo quantitativo, descritivo / Identificar os arranjos familiares e descrever a rede de apoio familiar	36 famílias, sendo entrevistado apenas um idoso por família	Observou-se um processo de via dupla nas transferências informais entre idosos, chefes de família e outros familiares que residem com o idoso. Nas famílias em que o idoso não é o chefe familiar, os idosos recebem mais ajuda do que prestam, ocorrendo o inverso nas famílias em que o idoso é o chefe.

	de idosos que vivem em uma área rural		
VIII	Estudo quantitativo descritivo / Examinar as diferenças entre os níveis de depressão e satisfação de idosos sem filhos, com um filho e com múltiplos filhos na China rural e investigar o mecanismo por trás dessas diferenças.	1.802 idosos com 60 anos ou mais registrados em 72 aldeias	Os idosos sem filhos apresentaram níveis maiores de depressão e menor nível de satisfação com a vida do que os idosos com filhos. O principal motivo de tais diferenças foi a falta de apoio monetário dos filhos, cujo efeito foi condicionado ao nível de renda dos idosos. Com um alto nível de renda, o benefício do apoio dos filhos foi insignificante. No entanto, a mera presença de múltiplos filhos foi associada a uma maior satisfação de vida, independentemente de atributos pessoais e suporte monetário dos filhos.
IX	Estudo quantitativo comparativo / Descrever e comparar as reações dos cuidadores familiares urbanos e rurais ao cuidado de um parente com demência e examinar as associações entre cuidados e fatores sócio demográficos.	102 cuidadores de idosos, 57 na zona urbana e 45 na rural.	Mesmo com alto impacto nas finanças e na vida diária os cuidadores familiares relataram alta satisfação. Os cuidadores rurais experimentaram um impacto negativo maior financeiramente, mas relataram receber mais apoio dos membros da família do que cuidadores urbanos. A idade, o gênero e o relacionamento foram significativamente associados a quatro das cinco sub escalas da CRA. Nível educacional e configuração geográfica não foram associados a nenhuma das sub escalas CRA.
X	Estudo quantitativo, transversal / Analisar a assistência familiar ou ausência, aos pais em três arranjos diferentes: corresidentes, em redes e isoladas. Comparar os arranjos de cuidado de idosos solteiros para aqueles que vivem com um cônjuge.	A amostra secundária ao estudo CHARLS, com dados sobre 887 idosos dependentes com 60 anos ou mais.	Os pais casados são atendidos pelo cônjuge, mesmo residindo com os filhos. A proximidade dos filhos é importante para os idosos solteiros, que são mais propensos a não ter um cuidador. Parece haver uma hierarquia nas responsabilidades do cuidado da família, onde os filhos participam como cuidadores somente quando o cônjuge já não é capaz de desempenhar esse papel. Embora esses achados impliquem um desvio significativo das práticas e normas tradicionais de "responsabilidade filial", podendo ser interpretados como uma adaptação racional à mudança das circunstâncias econômicas na China rural.

Fonte: elaborado pela pesquisadora a partir dos dados da pesquisa.

Em seguida, os dados foram agrupados por similaridades e diferenças compondo um conjunto de informações que foi decodificado e sustentado com outras literaturas pertinentes nas discussões (GANONG, 1987).

3.5.5 Quinta Etapa: discussão dos resultados baseados em evidências

Esta etapa refere-se à interpretação e apresentação dos resultados dispostos em forma de discussão. Isto possibilita a identificação de lacunas de conhecimento e caminhos para futuras pesquisas (STILLWELL et al., 2010).

3.5.6 Sexta Etapa: apresentação da síntese do conhecimento produzido

Nesta etapa ocorreu a elaboração do documento que demonstra as fases percorridas pelo pesquisador na elaboração da revisão integrativa e a apresentação dos principais resultados obtidos (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A quinta e a sexta etapa serão apresentadas posteriormente em formato de artigo, o qual encontra-se em processo de refinamento. O mesmo será encaminhado a periódico científico com a finalidade de publicação.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para a elaboração desta Tese optou-se pela utilização da Teoria Geral dos Sistemas como referencial teórico. Isto ocorreu devido à forma globalizada com que explica os processos complexos, principalmente, os envolvendo os seres humano, incluindo seus comportamentos, objetivos, organização, relações e com observância ao meio ambiente.

4.1 TEORIA GERAL DOS SISTEMAS (TGS)

Esta Teoria foi desenvolvida por Karl Ludwig Von Bertalanffy, biólogo Austríaco, e tinha como objetivo classificar os sistemas segundo a maneira como seus componentes se organizam e identificar as “leis” ou padrões característicos de comportamento de cada categoria de sistemas (JOHNSON; KAST; ROSENZWEIG, 1973), ou seja, objetivou produzir um arcabouço teórico no qual diferentes conhecimentos pudessem ser integrados (VON BERTALANFFY, 1968).

Nascido em Atzgerdorf, em Viena, em 19 de setembro de 1901, Karl Ludwig Von Bertalanffy faleceu em Nova Iorque em 12 de julho de 1972, local onde desenvolveu a maior parte de seus trabalhos científicos. Ele defendeu a ideia de que na ciência não existem “observações imaculadas”. Rejeitou a filosofia do positivismo e do atomismo lógico, ou seja, discordou da visão cartesiana e reducionista do universo, predominante na época. Criticou a visão do mundo fragmentado em áreas como a física, química, biologia, psicologia, entre outras e, propôs uma ‘abordagem orgânica na qual um organismo é um todo maior que suas partes’. Para ele, deve-se estudar os sistemas de forma global, envolvendo suas interdependências, pois cada um dos elementos, ao serem reunidos para constituir uma unidade funcional maior, desenvolvem qualidades que não se encontram em seus componentes isoladamente (CENTER OF SYSTEMS RESEARCH, 2000).

A principal diferenciação entre o reducionismo e o holismo/sistêmico consiste em que o primeiro aborda cada componente isoladamente, buscando identificar a sua função dentro do

sistema, com cada elemento tendo o seu desempenho dentro do sistema maior. No segundo, os elementos não são observados isoladamente, consistem em subsistemas inter-relacionados – agindo entre si, dessa maneira, o sistema não pode ser explicado de forma fragmentada (VON BERTALANFFY, 1968).

A Teoria dos Sistemas foi proposta em meados de 1920 e estuda a organização abstrata de um fenômeno, independentemente de sua formação ou configuração presente,

[...] representa um amplo ponto de vista que transcende em muito os problemas e os requisitos tecnológicos, uma reorientação que se tornou necessária na ciência em geral, em toda a gama de disciplinas que vão da física e da biologia às ciências sociais e ao comportamento e mesmo para a filosofia (VON BERTALANFFY, 1968, p. vii),

ou seja, analisa todos os princípios comuns a todas as entidades complexas e os modelos que podem ser utilizados para a sua descrição (CENTER OF SYSTEMS RESEARCH, 2000).

Von Bertalanffy (1968) define sistema como um complexo de elementos em constante interação. Para ele

É necessário estudar não apenas partes e processos isolados, mas também resolver os problemas decisivos encontrados na organização e ordem que os unificam, resultantes da interação dinâmica das partes e que tornam o comportamento diferente destes quando estudado sozinho ou dentro do todo (VON BERTALANFFY, 1968, p. 31).

Considerando a existência de diversos modelos, princípios e leis, os quais são comuns a todos os sistemas sem a obrigatoriedade de dependência da área científica em que se encontra o estudo. Dessa forma, o conceito de sistema proporciona uma visão complacente e holística de um conjunto de eventos complexos, determinando uma conformação e identidade absoluta.

O modelo sistêmico possui três características: os elementos, as relações entre estes e seus objetivos, inseridos em um meio. Assim, os elementos interagem entre si para alcançarem um mesmo objetivo, apenas o meio não é controlado pelo sistema, pois havendo interações entre os elementos, podem ocorrer mudanças, nos elementos em si, nas relações entre eles e nos objetivos, porém o ambiente permanece o mesmo (VON BERTALANFFY, 1968).

Segundo Von Bertalanffy (1968, p. 32), “os organismos vivos estão em segundo plano, sistemas abertos, isto é, sistemas que trocam de matéria com o meio circundante”, ou seja, esta Teoria analisa os sistemas vivos – indivíduos ou organizações – como sistemas abertos, permitindo o intercâmbio contínuo entre a matéria, a energia e a informação com o ambiente. Assim, possibilita a reconceitualização dos fenômenos por meio de uma abordagem global, respeitando as interrelações e integrações entre assuntos de diversas naturezas. Possui como pressupostos:

(1) Existe uma tendência geral para a integração nas várias ciências, naturais e sociais.

(2) Essa integração parece girar em torno de uma teoria geral dos sistemas.

(3) Essa teoria poderia ser um recurso importante para encontrar uma teoria exata nos campos não-físicos da ciência.

(4) Ao elaborar princípios unificadores que "verticalmente" correm através do universo das ciências, essa teoria nos aproxima do objetivo da unidade da ciência.

(5) Isso pode levar a uma integração muito necessária na instrução científica (VON BERTALANFFY, 1968, p. 38).

A TGS possui três domínios principais, os quais enquanto conteúdo, sejam indissociáveis, diferem-se na finalidade. O primeiro “ciência dos sistemas”, refere-se ao estudo científico e à Teoria dos Sistemas em todas as áreas da ciência, como um conjunto de princípios aplicáveis a todos os sistemas. O segundo, “tecnologia geral dos sistemas”, atende aos problemas que emergem nas tecnologias e na sociedade moderna e por último, o terceiro, a “filosofia dos sistemas” que refere-se à reorientação do pensamento e da visão do mundo resultante da introdução do conceito de sistema como novo paradigma científico. A filosofia dos sistemas preocupa-se com o relacionamento entre os seres humanos e o mundo, incluindo um conjunto de abordagens que se diferenciam nos estilos e objetivos (VON BERTALANFFY, 1968).

Quanto maior for um sistema, mais subsistemas irá possuir, aumentando a sua complexidade, porque ocorrem mais processos em operação simultaneamente. Os subsistemas, por sua vez, são compostos por um subconjunto de elementos e relações que respondem a estruturas específicas inseridas num sistema maior. Possuem as mesmas propriedades dos sistemas e sua definição é relativa à posição do observador de um subsistema (CENTER OF SYSTEMS RESEARCH, 2000).

Um sistema complexo na maioria das vezes, se comporta de forma inesperada, sendo suas relações de causa e efeito difíceis de serem compreendidas. Quando aplicadas medidas de controle pode surtir efeitos contrários aos esperados, ou medidas com resultados esperados a curto prazo podem tornar-se prejudiciais no final. Cada um dos elementos possui um efeito no comportamento do todo, ou seja, os comportamentos e os efeitos são interdependentes. São formados por subgrupos ou subsistemas de elementos, onde todos influenciam o comportamento do todo, porém nenhum tem efeito independente nisso (MAXIMIANO, 2000).

Ausloos (2007) define sistema como “um conjunto de elementos em interação, organizado em função das suas finalidades e do meio, que evolui no tempo” (p.1). Esta

definição envolve a interação, o contexto e, ainda, engloba a dimensão temporal, referindo que o passado e o futuro também influenciam as interações do conjunto.

Dessa forma, pode-se observar que a Teoria dos Sistemas aplicada aos seres humanos, sistema complexo, onde os elementos são constituídos dos indivíduos, com suas características, as propriedades desses objetos seriam suas ações e comportamentos e as relações, as interações entre os indivíduos (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 2004).

As características de um sistema complexo constituem-se em possuírem um grande número de elementos probabilísticos no comportamento, de atribuições não predeterminadas, com muitas interações organizadas frouxamente entre si. O sistema complexo evolui com o passar do tempo, sofre influências comportamentais e é largamente aberto ao ambiente. Os subsistemas são propositados e geram suas próprias metas (VON BERTALANFFY, 1968). Para Maximiano (2000), o pensamento sistêmico é adquirido por meio da delimitação das fronteiras dos sistemas. Somente dessa forma, pode-se entendê-los e manejá-los, fazendo “recortes da realidade”.

4.2 A FAMÍLIA COMO UMA UNIDADE SISTÊMICA

A utilização do ponto de vista sistêmico é um instrumento que possibilita a compreensão da família como um grupo de indivíduos que possui interações relacionais, caracterizando-a por meio do nexos circular. Nesta perspectiva, pode-se definir família como “um sistema auto organizado, social e aberto” (RELVAS, 2000, p. 22). Assim, uma família é formada por um grupo de indivíduos com vínculos biológicos e legais que “desenvolvem entre si, de forma sistemática e organizada, interações particulares que lhe conferem individualidade grupal e autonomia” (RELVAS, 2000, p. 24), sendo por meio das interações que estabelecem suas histórias e as narrativas que dão sentido as suas experiências (NICHOLS; SCHWARTZ, 2006).

Conforme Fuster, Musitu Ochoa (2000, p. 149-150), família pode ser definida como um sistema pois a:

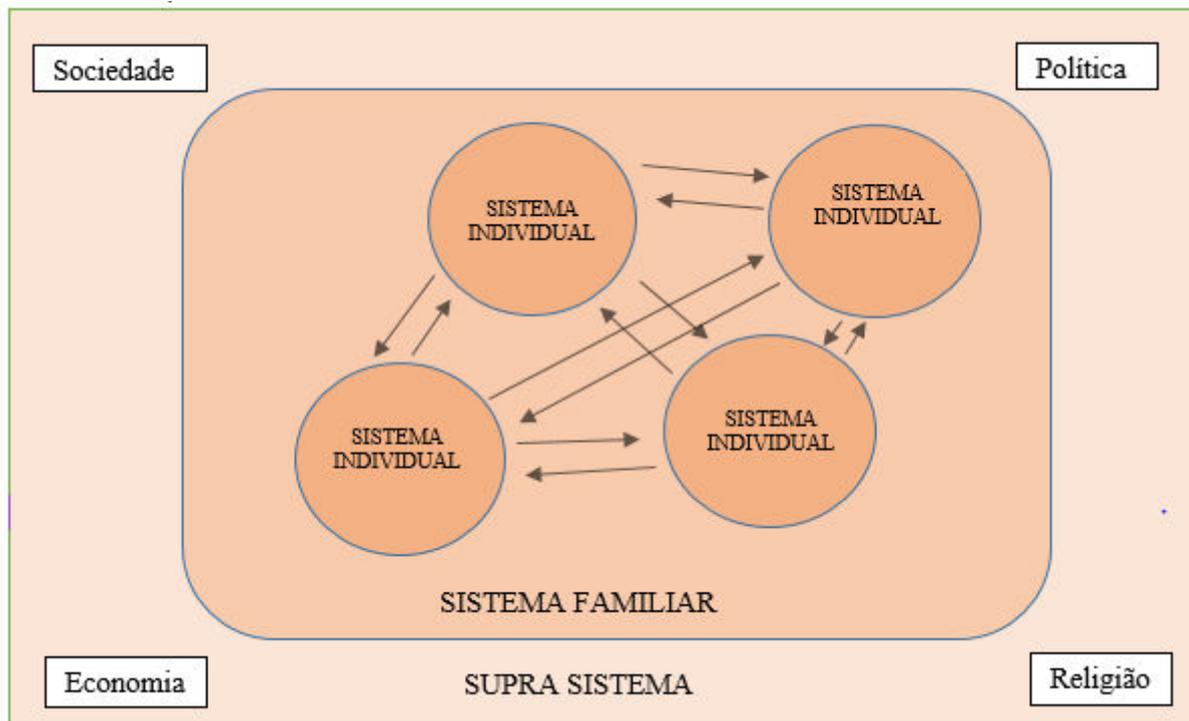
conduta de cada membro da família afeta todos os outros membros da família; para se adaptarem, os sistemas humanos incorporam informação, tomam decisões acerca das alternativas distintas, tratam de responder, obter feedback acerca do seu sucesso e modificar o comportamento, se necessário; as famílias têm limites permeáveis que as distinguem de outros grupos sociais; tal como outras organizações sociais, as famílias devem cumprir certas tarefas para sobreviver, tais como a manutenção física e a econômica, a reprodução de

membros da família (novos nascimentos ou adoções), a socialização dos papéis familiares e laborais e o cuidado emocional.

Logo, a família quando entendida como um sistema, a sua composição é visualizada como um conjunto de pessoas interdependentes que interagem com objetivos comuns, formando um todo, e onde cada um dos indivíduos comporta-se como um subsistema, com a obtenção de um resultado final maior do que se cada um trabalhasse sozinho (VON BERTALANFFY, 1968). Sob esta perspectiva, podemos entendê-la como uma unidade de cuidado.

Este sistema familiar é influenciado pelas experiências de cada um de seus membros, que por sua vez afetam os demais membros por meio de suas interações e reciprocidade, formando um círculo de relações. Dessa forma, pode percebê-la como uma unidade e não apenas como o montante da personalidade de cada um de seus membros, como demonstrado na Figura 2.

Figura 2 – Família como uma unidade sistêmica em interação entre si e com outros sistemas, Rio Grande – RS – Brasil, 2017



FONTE: Adaptado de Wrigh; Leahey, 2009.

A família, então, é compreendida como um sistema informacional aberto e organizacionalmente fechado (RELVAS, 2000), que se autogoverna por intermédio de padrões de comunicação, conservando a interdependência de seus integrantes com o meio e usa recursos

de realimentação para as trocas de informações, sustentando o equilíbrio entre seus membros (ROSEN, 1998). Assim, ao analisar-se o cuidado ao idoso dependente rural, necessita-se voltar-se a atenção para a família, sua unidade de cuidado, atentando para as interações entre seus integrantes.

Seu funcionamento e desenvolvimento são norteados por suas funções internas (desenvolvimento e proteção de seus membros) e externas (socialização de seus membros, adequação e transmissão de cultura) (ALARCÃO, 2000; MINUCHIN; FISHMAN, 1981; RELVAS, 2006). É por meio de sua organização e capacidade auto organizativa que a família desempenha as funções de suporte ao processo de individualização de cada um de seus membros com o desenvolvimento de um sentimento de pertença independentemente da influência exterior.

Em relação a sua estrutura a família possui uma hierarquia de subgrupos integrados, nos quais cada membro participa de vários subgrupos com dois ou mais membros simultaneamente. Um exemplo é o idoso dependente, que forma um subgrupo com seu filho, outro com sua esposa, outro com sua nora, com seus netos, entre outros (ALARCÃO, 2000). Ao mesmo tempo, a família pertence a outros subgrupos como a comunidade e a sociedade – supra sistema (MINUCHIN; FISHMAN, 1981).

O equilíbrio entre os subsistemas é determinado pelas regras ou normas de cada um deles, ou seja, uma família considerada saudável possui regras flexíveis que possibilitam a sua adaptação às mudanças do meio ao longo do tempo (CARR, 2006). As mudanças podem ocorrer de duas formas, uma ocorre dentro do sistema sem modificá-lo e o outro modifica-o (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 2004) transformando o sistema, dando origem a uma nova estrutura. Com isso, surge uma espécie de crise, ou seja, “a situação de uma pessoa ou de um sistema vivo quando uma mudança se torna inevitável” (AUSLOOS, 2007, p. 4), dando a oportunidade para o sistema evoluir para uma entre muitas direções (MINUCHIN, 1982; MINUCHIN; FISHMAN, 1981). Dessa forma, pode-se inferir que o sistema familiar encontra-se em constante evolução ao longo do tempo, sempre em busca da organização, estruturação, funcionamento e equilíbrio (AUSLOOS, 2007).

Aplicados ao contexto familiar, os conceitos da Teoria Geral dos Sistemas podem ser compreendidos como:

Globalidade – a família se comporta como uma unidade conexas, ou seja, uma alteração com um de seus membros implica em mudanças em todos os demais elementos do sistema. Segundo Rosen (1998), não se conhece outro sistema tão interligado quanto a família.

Não-somatividade – a família não pode ser considerada a soma de seus integrantes, precisa-se considerá-la em toda a sua complexidade e organização, pois cada indivíduo, mesmo que integrante do grupo familiar, mantém sua individualidade.

Homeostase - processo de autorregulação que mantém a estabilidade do sistema preservando seu funcionamento. No momento em que há alguma alteração no grupo familiar, este se reorganiza, seus integrantes mudam, buscando uma nova posição de equilíbrio. Logo, este processo na família é dinâmico (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Morfogênese – inversa à homeostase, é a capacidade da família em absorver informações do meio e alterar sua disposição, adaptando-se a alterações externas.

Circularidade – as relações entre os indivíduos que compõem as famílias são compreendidas como bilaterais, o que implica em interações que obedecem uma sequência circular.

Equifinalidade – as famílias mantem seu equilíbrio por meio de seus parâmetros, como um sistema aberto, o seu resultado independe do ponto de partida.

Dessa forma, a família rural ao deparar-se com o surgimento da dependência da pessoa idosa, precisa se reorganizar e/ou readaptar a nova situação para manter o seu equilíbrio. Isto envolve mudanças nos papéis dos demais membros familiares, os quais precisam respeitar a individualidade de cada um, com absorção equilibrada de informações externas, em meio a circularidade das relações entre seus componentes.

4.3 O CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO DEPENDENTE SOB A PERSPECTIVA SISTÊMICA

As famílias, como qualquer outro sistema dinâmico, buscam o equilíbrio e a estabilidade. Quando ocorre um evento adverso e significativo, como o surgimento de uma doença ou o declínio fisiológico de um de seus membros, esta é capaz de se reorganizar e/ou se reestruturar para a normalização do sistema familiar.

O princípio da circularidade pode auxiliar o observador a compreender os comportamentos de cada um de seus membros. Esses comportamentos são influenciados pelos padrões culturais de cada localidade, os quais inferem nas regras e normas do sistema familiar. Dessa forma, os padrões de circularidade que precisam ser avaliados na observação familiar são aqueles que se reproduzem ao longo da história desse sistema – ensinamentos que passam

de geração para geração (estilo de vida, valores, ideais, crenças, práticas) e estes apontam para os padrões culturais (CERVENY, 2002).

Para Relvas e Alarcão (2001, p. 269), “a realidade é uma construção social criada na intersubjetividade da linguagem (fenômenos comunicacionais globais, das palavras aos significados)”, ou seja, a realidade é co e reconstruída pelos grupos de pessoas em constante diálogo (CARR, 2006). Ainda, a forma como os indivíduos interpretam o mundo são influenciadas pelo seu contexto social e é nesse processo que os significados estabelecem os limites e as intersecções entre a linguagem e a cultura (NICHOLS e SCHWARTZ, 2006).

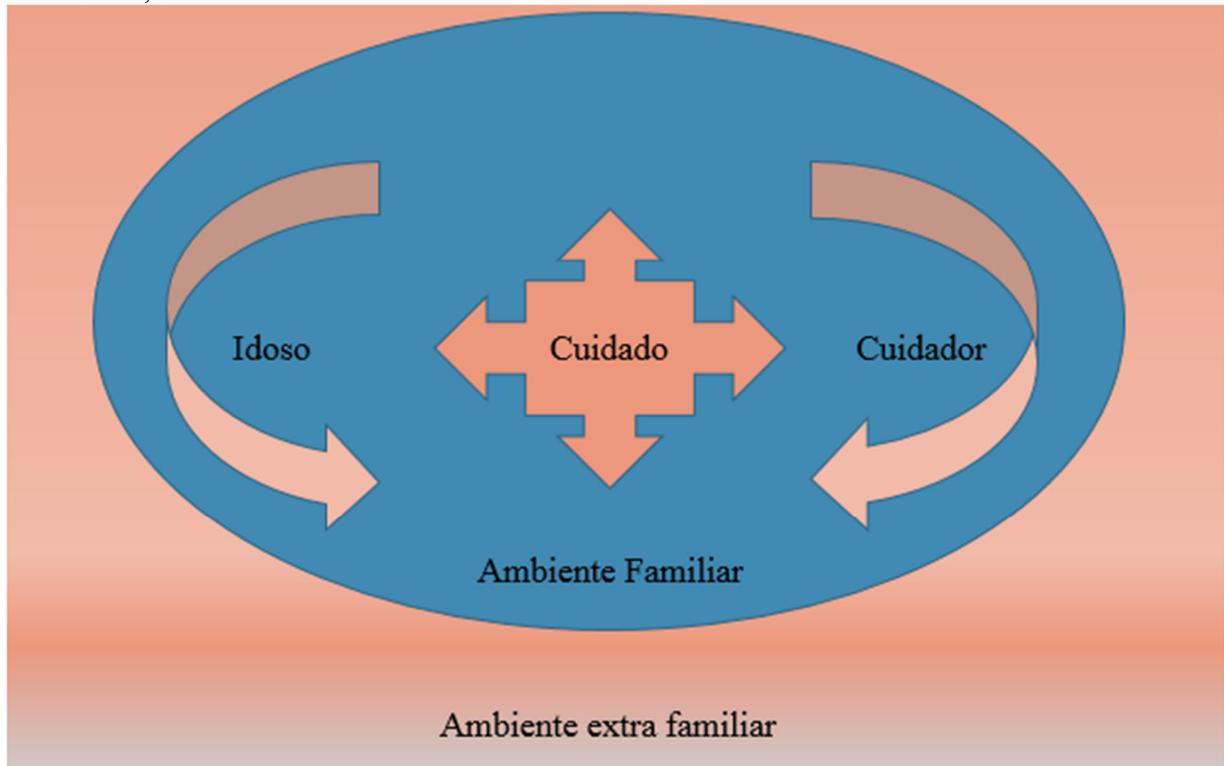
Um exemplo da diversidade cultural entre as famílias pode ser traçado na comparação entre o comportamento entre os orientais e os americanos. Os orientais entendem o envelhecimento como a conquista da sabedoria e responsabilizam o filho mais velho pelo cuidado do idoso, enquanto que os americanos receiam depender de seus filhos (PASCHOAL, 2005). Logo, a família cuida dos idosos de acordo como a sua percepção de envelhecimento.

Quando uma pessoa com 60 anos ou mais desenvolve um quadro de dependência esta, acaba necessitando de cuidados. O cuidado envolve a apreensão filosófica e atitudes práticas perante a aceitação que os demais membros da família possuem em relação às ações em saúde, como também depende da interação entre estes e o idoso, no intuito de minimizar os sofrimentos ou manter o bem estar de todos (AYRES, 2004).

Para o alcance desse objetivo, a família procura se reestruturar por meio de mudanças nos papéis, os quais abrangem as expectativas infligidas a cada um de seus membros. Isto ocorre por meio de regras que compreendem sugestões e/ou respostas, as quais são utilizadas para organizar as interações internas e externas e delimitar os limites familiares, que são a fronteira entre a família e os demais sistemas sociais. Há a necessidade de uma troca de papéis entre seus membros, maior flexibilidade nas regras e alterações nos limites. Entende-se, então, que a dependência do idoso, devido ao seu declínio funcional, causa impacto na dinâmica familiar, afetando a saúde e elevando a sobrecarga física, emocional e sócio econômica dos demais membros do grupo (REIS; TRAD, 2015).

Os limites do sistema familiar delimitam a fronteira entre ela e os demais sistemas. São divididos em limites internos que auxiliam cada membro a definir o seu *self* e externos que determinam o caráter único de cada família em relação aos demais sistemas e diferenciam os elementos do sistema de outros que pertencem ao ambiente. É por meio dos limites que permeiam as informações entre os sistemas e são eles que definem a estrutura emocional do grupo (ROSEN, 1998). O entendimento de quais são os limites e o quanto esta família está aberta à troca de informações, conforme a Figura 4.

Figura 4 – O Cuidado ao idoso dependente em ambiente domiciliar e suas interações, Rio Grande – RS – Brasil, 2017



A dependência de uma pessoa idosa no núcleo familiar, ou seja, uma alteração na estrutura interna exige a reorganização de seus indivíduos e é esta capacidade que lhe confere a sua autonomia e de certa forma sua estabilidade. É por meio do princípio da autonomia e da capacidade de auto reorganização, ambas interdependentes, que determinam os limites do sistema familiar, independentemente das interações com os outros sistemas, e permitem que a família seja analisada como um sistema fechado (VARELA, 1989, ALARCÃO, 2000; RELVAS, 2000).

Então, para a análise do cuidado proporcionado aos idosos dependentes dentro dos sistemas familiares, precisa-se considerar as relações entre os processos de decisão – compostos por seus componentes, relações internas e externas – e a estrutura familiar.

5 METODOLOGIA

Neste capítulo são abordados os aspectos metodológicos da pesquisa que subsidiaram seu desenvolvimento, tais como: tipo de estudo, local do estudo, participantes do estudo, procedimentos para a coleta de dados, procedimentos para a análise de dados, aspectos éticos, cronograma de atividades e recursos materiais.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Para este estudo optou-se pela pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. As pesquisas exploratórias objetivam proporcionar maior familiaridade com o problema, com a finalidade de torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, sendo uma de suas características a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como a entrevista semi estruturada e análise documental (GIL, 2010).

A pesquisa qualitativa permite a verificação entre o significado dos atos e do envolvimento dos participantes, em suas atitudes, ações e o mundo real. Busca esclarecer os significados expressos pelos indivíduos entrevistados. O vínculo entre a subjetividade e o mundo, o que não é quantificável (MINAYO, 2010).

A crença da adequação da abordagem qualitativa para o estudo do cuidado proporcionado aos idosos dependentes e residentes em áreas rurais baseou-se nas proposições do método, as quais tratam de determinadas relações, crenças, adaptações, percepções e opiniões, produtos das interpretações realizadas pelas pessoas a respeito de como vivem, constroem, desconstroem, e reconstroem artefatos a respeito e a si mesmos, expressam seus sentimentos e pensam (MINAYO, 2010).

Para atingir o objetivo deste estudo entende-se que há a necessidade de uma compreensão mais aprofundada sobre o cuidado proporcionado ao idoso dependente e residente em área rural. Este tema envolve alto grau de interação social e humana, englobando as

percepções de diferentes realidades sob o olhar de cada participante, além de ser um assunto pouco abordado e divulgado no meio científico.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa realizou-se em uma comunidade denominada Vila da Quinta no município de Rio Grande – Rio Grande do Sul. A escolha por esta localidade deu-se pelo desenvolvimento prévio da pesquisa que originou a dissertação de mestrado, que por sua vez gerou os questionamentos desta Tese e pelas atividades de ensino e de pesquisa do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde - GEP-GERON/FURG-CNPq, em parceria com os profissionais da Rede Municipal de Atenção Primária desta localidade.

Este município, de colonização portuguesa, foi fundado em 19 de fevereiro de 1737 pelo Brigadeiro José da Silva Paes, sendo elevado à categoria de cidade em 1835 (OLIVEIRA, 2009). É dividido em cinco Distritos: o primeiro denomina-se cidade do Rio Grande; o segundo Ilha dos Marinheiros; o terceiro Povo Novo; o quarto Taim e o quinto Vila da Quinta (OLIVEIRA, 2009), local onde foi realizado o estudo.

Em 1910, a Vila da Quinta alcançou a categoria de Quinto Distrito; anteriormente, integrava o Terceiro Distrito do Rio Grande, localizado a 20 quilômetros a sudoeste da cidade, como demonstrado na Figura 5. É constituída pelas comunidades de Vila Nova, Troca, Abel Cravo, Santo Antônio, Quintinha, Nova Quinta e Lomba da Quinta, com aproximadamente 9.331 habitantes, 7.580 em área urbana e 1.751 em área rural (IBGE, 2010).

Figura 5 – Fotografia aérea da Vila da Quinta, Rio Grande - RS - Brasil, 2017



FONTE: RODRIGUES, 2013.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Por meio da colaboração dos agentes comunitários de saúde, a pesquisadora realizou a identificação e o levantamento do número de famílias rurais, cadastradas em duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) – áreas 18 e 19, que possuem como membro um ou mais idosos dependentes. A cobertura de atendimento das ESFs contempla 5.770 habitantes, sendo compostas por 2.052 famílias com 1.052 idosos.

De um modo geral, pesquisas como esta, com cunho qualitativo exigem a realização de entrevistas, quase sempre longas e semiestruturadas. Nesta tese, a definição dos critérios, segundo os quais foram selecionados os participantes que compuseram o universo de investigação foi algo primordial, pois interferiu diretamente na qualidade das informações que possibilitaram a construção da análise e a compreensão mais ampla do problema delineado.

Para a inclusão dos participantes na pesquisa foram estabelecidos os seguintes critérios: a família devia conter em sua composição um idoso dependente; o cuidador devia morar com o idoso e/ou ser responsável pelo seu cuidado e atendê-lo em suas necessidades de saúde diariamente, e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Para a exclusão: o falecimento do idoso, número de três tentativas de contato sem sucesso e a internação do idoso no período da coleta de dados. Para a garantia do anonimato dos colaboradores, os dados referentes às famílias foram identificados pela letra F, as informações dos cuidadores principais pela letra C e dos idosos pela letra I, seguido do algarismo da entrevista e do grupo familiar.

Inicialmente, foi realizada uma reunião com as equipes das ESFs, na qual foram efetuados esclarecimentos sobre o estudo, como também, solicitado o auxílio para a identificação e apresentação aos cuidadores de idosos dependentes em zona rural. Foi acordado que os ACS, ao realizarem suas visitas rotineiras, perguntariam sobre a disponibilidade e interesse dos cuidadores de idosos em participarem da pesquisa. Este cuidado teve como objetivo evitar qualquer constrangimento das famílias na recusa à adesão à pesquisa. Nesta reunião foram identificadas 23 famílias rurais com idosos dependentes.

Após a identificação das famílias, marcaram-se os dias para acompanhamento dos ACS, para a realização da apresentação dos pesquisadores às mesmas. Enfatiza-se que os ACS possuem uma rotina de serviço rigorosa, com a agenda semanal distribuída por atividades.

Dessa forma, e para não interferir em suas atribuições, definiu-se que as apresentações poderiam ser realizadas apenas nas segundas e terças-feiras. Assim, marcou-se um dia para acompanhamento de cada ACS. Como as distâncias das propriedades são relativamente grandes e as condições de acesso precárias, houve situações em que foi preciso marcar com o mesmo ACS um outro dia de uma outra semana para poder visitar todas as famílias identificadas em sua microárea.

Das 23 famílias identificadas, três encontravam-se com idosos hospitalizados, o que inviabilizou as suas inserções no estudo; dois cuidadores principais não foram encontrados em suas residências, mesmo após a realização de três visitas, e um preferiu permanecer fora do estudo, totalizando 17 cuidadores principais entrevistados.

5.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2017, por meio de entrevista semiestruturada, análise dos documentos encontrados nas ESFs, como os prontuários de atendimento das famílias com idosos dependentes e análise das anotações do diário de campo.

Nos prontuários de atendimento às famílias foram coletadas informações referentes às comorbidades e tratamentos dos idosos e seus cuidadores. Optou-se pela utilização do prontuário devido ao fato de que em algumas entrevistas as medicações utilizadas não se encontravam condizentes com o diagnóstico informado.

A escolha pela coleta de dados por meio da entrevista semiestruturada, a qual possui relativa flexibilidade (MATTOS; LINCOLN, 2005), deu-se pelo fato de que esta “obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador” (MINAYO, 2010, p. 267). Também houve consulta aos prontuários das ESFs e o diário de campo que “nada mais é do que um caderninho de notas, em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que observa” (MINAYO, 2010, p. 295).

As entrevistas com cada participante foram gravadas e realizadas em seus domicílios. Nesta etapa, a pesquisadora utilizou um roteiro de entrevista que foi formulado com o objetivo de obter o máximo de informações pertinentes ao cuidado do idoso, considerando as relações do sistema familiar, as interações entre seus elementos, além de seu relacionamento com o meio extra familiar ou supra sistema.

O roteiro é composto pela caracterização do círculo familiar, para delimitar os limites do sistema e para identificar as relações entre os sistemas e subsistemas, por questões que contemplam o gerenciamento do cuidado fornecido pelos filhos cuidadores aos idosos dependentes e instrumentos de análise como: o inventário de sobrecarga do cuidador – aplicado ao cuidador principal e as escalas de Katz e Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI) – aplicadas também aos cuidadores, porém com informações referentes aos idosos dependentes. Neste estudo, considerou-se idoso dependente aquela pessoa com 60 anos ou mais que necessita de auxílio para a realização das atividades de vida diária (APÊNDICE C).

O inventário de sobrecarga do cuidador foi validado para uso específico em cuidadores de idosos no Brasil por Valer et al. (2015, p. 131) e “refere-se aos problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros enfrentados pelos cuidadores familiares” relacionados ao processo de cuidado.

A escala de Katz ou Escala de Independência em Atividades de Vida Diária foi desenvolvida para a avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e prever o prognóstico nos doentes crônicos, sendo validada no Brasil por meio do método de Herdman et al. por Lino et al. (2008). Optou-se pela utilização dessa escala para a determinação do nível de dependência dos idosos deste estudo (LINO et al., 2008).

O Mapa Mínimo de Relação (MMR) consiste em um questionário sociodemográfico que identifica os relacionamentos significativos para os indivíduos e, dessa forma, delimita a rede de suporte social. Este mesmo instrumento foi adaptado e modificado em 2000, validado em 2004 e reavaliado em 2011 por Domingues, para identificar a rede de suporte social aos idosos, passando a denominar-se MMRI. Consiste em um instrumento gráfico de fácil e rápida aplicação (DOMINGUES, 2000; DOMINGUES, 2004; DOMINGUES et al., 2011).

O roteiro foi submetido a um pré-teste, a fim de se verificar a eficácia quanto ao alcance dos objetivos, por meio de sua aplicação a um idoso e ao seu filho cuidador no quinto distrito do município.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por colegas do Grupo de Pesquisa GEP-GERON/FURG, logo após a efetivação de uma reunião entre os mesmos, que teve como objetivo a apresentação e esclarecimentos acerca da aplicação do instrumento. Esta coleta embasou-se nas informações fornecidas pelas equipes de duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), para a localização dos idosos e seus cuidadores. E teve início após o parecer favorável do Centro de Ensino e Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e do NUMESC.

Todas as entrevistas foram gravadas e após o seu término, transcritas na íntegra para dar prosseguimento à análise.

5.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas na íntegra imediatamente a sua realização pela pesquisadora principal e os dados passaram pelo processo de validação junto aos entrevistados, sendo analisados seguindo as orientações da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

Esta análise, para Bardin (2011, p. 48) é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativos, às condições de produção/recepção (variável inferidas) dessas mensagens.

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo consiste no desmembramento do texto em unidades para descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e após procede-se ao reagrupamento em classes ou categorias. A técnica compõe-se de três etapas: a pré-análise; a exploração do material e a inferência e interpretação.

Na pré-análise, a fase inicial da organização e operacionalização das primeiras ideias, realizou-se a leitura “flutuante” dos depoimentos, na qual descobriu-se o núcleo de sentido, a frequência de aparição, conheceu-se o texto e identificaram-se os aspectos envolvidos. Depois da realização das releituras, um conjunto de elementos dentro dos documentos de análise foi demarcado e destacado, constituindo-se o corpus. Este foi o conjunto de documentos considerados e submetidos aos procedimentos de análise, seguindo-se às preconizações do autor no que tange às regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Após estabelecido o corpus, obteve-se a formulação das hipóteses e a relação com os objetivos. Uma hipótese é uma afirmação provisória a que se propõe verificar, recorrendo aos procedimentos de análise. Em seguida, elaboraram-se as categorias e a codificação dos discursos. Na categorização, os elementos constitutivos dos discursos foram classificados por diferenciação e, em seguida, reagrupados em razão de caracteres comuns. Nessas categorias foram realizados recortes, agregações e enumerações nos dados brutos, o que permitiu atingir uma representação do conteúdo ou de sua expressão, suscetível de esclarecer as características do texto.

A exploração do material ou descrição analítica resultante das entrevistas versou da codificação em função de regras previamente formuladas. Tratou-se da etapa em que ocorreu a transformação dos dados em unidades que possibilitou a descrição dos conteúdos. A terceira e última etapa da análise constitui-se da aplicação da inferência (operação lógica, que permite a passagem da descrição para a interpretação) e da interpretação dos conteúdos. Nessa interpretação, foram realizadas a análise do conteúdo e a discussão das categorias, correlacionando os temas com o referencial teórico.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para contemplar os critérios éticos, considerando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o cronograma da Escola de Enfermagem/FURG, após a qualificação, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, que é uma base nacional e unificada de pesquisas envolvendo seres humanos, permitindo que as pesquisas sejam acompanhadas em todos os estágios, sendo assim, exigido nos Comitês de Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS).

Em seguida, foi encaminhado juntamente com uma solicitação para a obtenção da autorização por escrito do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC da Prefeitura Municipal do Rio Grande, instituição onde a pesquisa foi realizada, sendo sob o n. 006/2017 (ANEXO A). Após, procedeu-se com o encaminhamento de solicitação de autorização da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EEnf) e do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) do HU/FURG.

Posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Centro de Ensino e Pesquisa da ACSCRG para a realização do estudo, sendo aprovado com Parecer sob o no. 005/2017 (ANEXO B), com a finalidade de atender às exigências da Resolução 466/2012 e o adendo 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Ressalta-se, ainda, que o pesquisador principal assumiu o compromisso de cumprir integralmente os princípios da Resolução 466/12 do CONEP/MS (BRASIL, 2012), garantindo a autonomia do participante, de maneira que possa livremente decidir quanto à sua participação ou não na pesquisa. Foi garantido aos participantes do estudo sanar dúvidas sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa. A coleta de dados somente ocorreu após a obtenção das autorizações.

Os participantes tiveram a liberdade de participar ou não da pesquisa, sem penalidades por isso, e tiveram também a garantia de ter suas dúvidas esclarecidas antes, durante e após o desenvolvimento deste estudo. Assegurou-se que os dados foram usados exclusivamente para a concretização desta pesquisa, garantiu-se o retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo, asseveraram-se condições de acompanhar esses processos e também da garantia de que foram sustentados os preceitos éticos e legais.

As entrevistas foram realizadas após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual estavam explícitos a justificativa, objetivos e os procedimentos utilizados na pesquisa de forma e acessível à realidade dos entrevistados, juntamente com os participantes e, somente se autorizarem, foram confirmadas sua participação por meio de assinatura do documento. A leitura do termo visou ressaltar o objetivo, a metodologia e o seu anonimato. Foram assinadas duas vias, onde uma ficou com o participante e a outra com a pesquisadora.

Durante e após a realização da pesquisa, os dados armazenados juntamente com o TCLE serão guardados por cinco anos para que se assegure a validade do estudo; ficarão sob a confiança da pesquisadora responsável durante o processo de coleta e análise dos dados. Assumiu-se o compromisso com a confidencialidade destes, e o anonimato dos participantes. Forneceu-se o número de telefone para contato com a pesquisadora para os participantes da pesquisa, no intuito de esclarecer toda e qualquer dúvida ou receio relacionadas à mesma, como também para proporcionar qualquer recusa posterior.

Os resultados da pesquisa serão apresentados por meio da entrega de uma cópia do estudo ao NUMESC e outra ao Posto da ESF localidade em que os dados foram coletados e, à comunidade científica, por meio do encaminhamento de artigos científicos aos periódicos de reconhecimento e relevância internacional, da mesma forma, além da disponibilidade da pesquisadora em apresentar os resultados em eventos públicos, caso solicitado.

6 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa foram organizados em três subcapítulos: Composição familiar dos idosos rurais; Idosos rurais e; Cuidadores principais dos idosos rurais. A escolha por este formato de apresentação deu-se para proporcionar um melhor entendimento de cada um dos subsistemas da organização familiar estudados e, dessa forma, nortear a visualização dos sistemas de cuidado ao idoso dependente e residente em zona rural.

6.1. Composição Familiar dos idosos rurais

As famílias se reorganizam para manter a sua estabilidade e preservar o seu funcionamento. Nesse processo dinâmico de autorregulação, devido ao surgimento de dependência do idoso, ocorrem alterações estruturais e seus integrantes buscam uma nova posição de equilíbrio (WRIGHT; LEAHEY, 2009). Dessa forma, apresenta-se a composição das famílias em sua reestruturação para o atendimento das necessidades dos idosos dependentes.

6.1.1 Família 1 (F1) – A família é composta pelo casal de idosos, três filhos do sexo feminino e um do masculino, porém na casa reside apenas o casal de idosos. Ela - cuidadora principal - com 74 anos, diagnosticada com artrose há quatro anos cuida dele com 78 anos, diagnosticado com hiperplasia prostática e hipertensão arterial sistêmica (HAS) e com hemiplegia à direita, resultante de um acidente vascular cerebral (AVC) ocorrido há 10 anos. Ambos são aposentados rurais. Os filhos visitam os pais regularmente e as informações acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato são apresentados no quadro 5.

Quadro 5 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato os idosos da F1, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Filha	49	Fundamental Incompl.	Autônoma	Casada	Rio Grande	Mensal
Filha	48	Fundamental Incompl.	Doméstica	Solteira	Cassino	Mensal
Filha	45	Fundamental Incompl.	Doméstica	Casada	Rio Grande	Semanal
Filho	41	Fundamental Incompl.	Desempregado	Casado	Rio Grande	Semanal

6.1.2 Família 2 (F2) – A família é composta pela idosa - viúva - e dois filhos do sexo feminino, porém na casa residem a idosa, uma filha, três netos e o genro. Ela, neta - cuidadora principal, pois a mãe possui vínculo empregatício no mercado de trabalho formal - com 20 anos, livre de comorbidades, cuida da avó com 71 anos, diagnosticada com insuficiência renal crônica (IRC), AVC, HAS e diabetes mellitus (DM). A IRC foi diagnosticada há um ano e o tratamento consiste em diálise peritoneal, administrada pela neta quatro vezes ao dia. A idosa é aposentada rural. A segunda filha visita a idosa regularmente e as informações acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato das filhas, do genro e netos são apresentados no quadro 6.

Quadro 6 - Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F2, Rio Grande, RS, Brasil, 2017.

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Filha	52	Fundamental Incompl.	Do lar	Casada	Quinta	Semanal
Filha	43	Fundamental Incompl.	Doméstica	Casada	Com a idosa	Diário
Genro	36	Fundamental Incompl.	Serv. Gerais	Casado	Com a idosa	Diário
Neta	20	Médio Incompl.	Estudante	Solteira	Com a idosa	Diário
Neto	13	Fundamental	Estudante	Solteiro	Com a idosa	Diário
Neta	5	Pré escolar	Estudante	Solteiro	Com a idosa	Diário

6.1.3 Família 3 (F3) – A família é composta pelo casal de idosos, dois filhos do sexo feminino e três do masculino, porém na casa reside apenas o casal de idosos. Ele, esposo – cuidador principal – com 83 anos, diagnosticado com insuficiência cardíaca congestiva (ICC), com cirurgia prévia com inserção de *stent* e diminuição da acuidade visual com cirurgia oftalmológica há um ano cuida dela, com 86 anos, diagnosticada com ICC. Apresenta déficit cognitivo e dificuldade de deambulação devido a uma queda. Ambos são aposentados rurais. Apenas um dos filhos visita-os regularmente e as informações acerca de suas idades,

escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato são apresentados no quadro 7.

Quadro 7 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com os idosos da F3, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Filha	58	NL	Do lar	Solteira	Florianópolis	Anual
Filha	57	NL	Do lar	Casada	Rio Grande	Semanal
Filho	48	NL	Autônomo	Casado	Rio Grande	Anual
Filho	NL	NL	Serv. Gerais	Casado	Rio Grande	Semestral
Filho	NL	Pós Graduação	Fisioterapeuta	Divorciado	Florianópolis	Anual

Legenda: NL = não se lembra

6.1.4 Família 4 (F4) – A família é composta pela idosa, quatro filhos do sexo feminino e dois do masculino. Ela reside sozinha – um dos filhos construiu uma casa para ela na mesma propriedade da casa dele, após o falecimento de seu pai. Ele, filho – cuidador principal – com 68 anos, com cálculo renal, cuida da mãe com 86 anos, diagnosticada com artrose, osteoporose, hipotireoidismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e diminuição da acuidade visual. A idosa é aposentada rural. Todos os filhos e netos visitam-na regularmente. O filho não soube fornecer os dados de seus irmãos e as informações do filho e nora que residem ao lado da idosa acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato são apresentados no quadro 8.

Quadro 8 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F4, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Filho	68	Fundamental	Aposentado	Casado	Quinta	Diário
Nora	65	Pós Graduação	Aposentada	Casada	Quinta	Diário

6.1.5 Família 5 (F5) – A família é composta pela idosa – viúva – com quatro filhos do sexo feminino e dois do masculino, porém na casa residem a idosa, uma filha, o genro e o neto. Ela, filha – cuidadora principal – com 39 anos, livre de comorbidades, cuida da idosa, com 75 anos, diagnosticada com ICC e HAS. A idosa é aposentada rural e mantém contato regular com a maioria dos filhos e as informações acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato dos filhos são apresentados no quadro 9.

Quadro 9 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F5, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
--------------------	-------	--------------	----------	------------	------------------	------------------

Filho	50	Fundamental Incompl.	Autônomo	Solteiro	Pelotas	Semanal
Filha	48	Médio	Art. plástica	Divorciada	Bolívia	Diário
Filha	47	Graduação	Contadora	Casada	Pelotas	Nenhum
Filho	45	Fundamental Incompl.	Autônomo	Casado	Pelotas	Semanal
Filha	40	Fundamental Incompl.	Do lar	Casada	Pelotas	Semanal
Filha	39	Fundamental Incompl.	Do lar	Casada	Com a idosa	Diário

6.1.6 Família 6 (F6) – A família é composta pela idosa – viúva – com três filhos do sexo feminino e um do masculino – dois filhos são falecidos, porém na casa residem a idosa, duas filhas, um filho e um neto. Ela, filha – cuidadora principal – com 54 anos, diagnosticada com artrose e reumatismo, cuida da idosa, com 91 anos, diagnosticada com HAS, bronquite, ICC, DM, dislipidemia e varizes. A idosa é aposentada rural e as informações acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato dos filhos são apresentados no quadro 10.

Quadro 10 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F6, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Filho	69	Analfabeto	Aposentado	Solteiro	Com a idosa	Diário
Filha	67	Fundamental Incompl	Doméstica	Solteira	Com a idosa	Diário
Filha	65	Fundamental Incompl	Do lar	Casada	Taim	Semanal
Filha	54	Fundamental Incompl	Cozinheira	Solteira	Com a idosa	Diário
Neto	45	Fundamental Incompl	Aux. Serv. G.	Solteiro	Com a idosa	Diário

6.1.7 Família 7 (F7) – A família é composta pela idosa – viúva – com um filho do sexo feminino – dois filhos são falecidos, porém na casa residem a idosa, uma filha e o genro. Ela, filha – cuidadora principal – com 69 anos, diagnosticada com HAS, DM e catarata, cuida da idosa, com 91 anos, diagnosticada com reumatismo, estando acamada há mais de um ano devido a uma queda da própria altura. A idosa é aposentada rural e as informações acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato dos filhos são apresentados no quadro 11.

Quadro 11 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F7, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Genro	72	Fundamental Incompl	Aposentado	Casado	Com a idosa	Diário

Filha	69	Fundamental Incompl	Aposentada	Casada	Com a idosa	Diário
-------	----	------------------------	------------	--------	-------------	--------

6.1.8 Família 8 (F8) – A família é composta pela idosa – viúva – com três filhos do sexo feminino e dois do masculino – oito filhos são falecidos, porém na casa reside apenas a idosa. A filha – cuidadora principal – com 53 anos, livre de comorbidades, cuida da idosa, com 83 anos, diagnosticada com dislipidemia e HAS. A filha reside na casa ao lado da idosa. A idosa é aposentada rural e as informações acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato dos filhos são apresentados no quadro 12.

Quadro 12 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F8, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Filha	64	Fundamental Incompl	Do lar	Divorciada	Quinta	Diário
Filha	53	Fundamental Incompl	Do lar	Casada	Quinta	Diário
Filho	51	Fundamental	Caminhoneiro	Solteiro	Cohab I	3x/sem.
Filha	47	Fundamental	Serv. Gerais	Casada	Quinta	Diário
Filho	45	Fundamental Incompl	Serv. Gerais	Solteiro	Quinta	Diário

6.1.9 Família 9 (F9) – A família é composta pelo casal de idosos com dois filhos do sexo feminino e três do masculino, porém na casa residem apenas os idosos. A filha – cuidadora principal – com 61 anos, livre de comorbidades, cuida dos idosos, a mãe com 79 anos, também livre de comorbidades e o pai com 83 anos, diagnosticado com Alzheimer, hiperplasia prostática, hipertireoidismo, HAS e dislipidemia. A filha reside perto da casa dos idosos. Ambos são aposentados rurais e as informações acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato dos filhos são apresentados no quadro 13. Destaca-se que a filha com 55 anos, com moradia fixa em Pelotas, há 3 meses deslocou-se para Rio Grande, permanecendo na casa dos idosos para auxiliar a irmã no cuidado ao pai, permanecendo 24 horas em sua companhia.

Quadro 13 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F9, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Filha	61	Fundamental Incompl	Do lar	Casada	Quinta	Diário
Filho	59	Fundamental Incompl	Aposentado	Casado	Quinta	Ausente
Filha	55	Fundamental Incompl	Desempregada	Divorciada	Pelotas	Diário

Filho	54	Fundamental Incompl	Autônomo	Casado	Quinta	Semanal
Filho	46	Fundamental	<i>Office boy</i>	Casado	Canoas	Anual

6.1.10 Família 10 (F10) – A família é composta pelo casal de idosos com dois filhos do sexo feminino e quatro do masculino, porém na casa residem apenas os idosos e um dos filhos. Ela, esposa – cuidadora principal – com 73 anos, diagnostica com HAS e DM, cuida do idoso com 78 anos, diagnosticado com HAS, hiperplasia prostática e AVC há 10 anos. Um dos filhos reside com os idosos e auxilia a mãe com os cuidados do pai. Ambos são aposentados rurais e as informações acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato dos filhos são apresentados no quadro 14.

Quadro 14 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F10, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Filha	53	Fundamental	Babá	Casada	Quinta	Diário
Filho	52	Fundamental Incompl	Pedreiro	Casado	Barra	Ausente
Filho	50	Fundamental Incompl	Desempregado	Solteiro	Com o idoso	Diário
Filha	46	Médio	Tec. Enferm	Casada	R Grande	Semanal
Filho	45	Fundamental Incompl	Desempregado	Casado	Barra	Mensal
Filho	33	Fundamental Incompl	Armador	Casado	Quinta	Semanal

6.1.11 Família 11 (F11) – A família é composta pela idosa, seu marido e dois filhos do sexo masculino, porém na casa residem apenas a idosa e um dos filhos. O filho – cuidador principal – com 43 anos, livre de comorbidades, cuida da idosa com 85 anos, diagnosticada com Alzheimer há oito anos. O segundo filho reside à menos de 50 metros e o esposo com 87 anos, independente, na outra casa, na mesma propriedade, porém mais afastada da área urbana e administra a propriedade. Ambos são aposentados rurais e as informações acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato dos filhos são apresentados no quadro 15.

Quadro 15 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F11, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Filho	43	Graduação	Seg. Trabalho	Solteiro	Com a idosa	Diário
Filho	40	Médio	Pintor	Casado	Quinta	Diário

6.1.12 Família 12 (F12) – A família é composta pelo casal de idosos, com dois filhos do sexo feminino, sendo que na casa residem apenas os idosos. O idoso – cuidador principal – com 79 anos, teve a vista esquerda perfurada por um espinho de gravatá, mantendo a visão apenas na vista direita, cuida da idosa com 78 anos, diagnosticada com HAS, DM e labirintite há dez anos. Ambos os idosos são aposentados rurais. Os idosos mantêm contato com apenas uma das filhas e as informações acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato dos filhos são apresentados no quadro 16.

Quadro 16 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F12, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Filha	51	Fundamental Incompl	Do lar	Casada	Quinta	Semanal
Filha	50	Fundamental Incompl	Doméstica	Casada	R Grande	Ausente

6.1.13 Família 13 (F13) – A família é composta pelo casal de idosos, com um filho do sexo feminino e um do masculino – três são falecidos, porém na casa residem apenas os idosos. A idosa – cuidadora principal – com 70 anos, diagnosticada com HAS há 12 anos, cuida do idoso com 81 anos, diagnosticado com enfisema pulmonar, hiperplasia prostática e HAS há três anos. Ambos os idosos são aposentados rurais. Um dos filhos reside na mesma propriedade dos idosos e as informações acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato dos filhos são apresentados no quadro 17.

Quadro 17 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F13, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Filho	53	Fundamental Incompl	Sec. de arroz	Casado	Coxilha	Diário
Filha	40	Fundamental Incompl	Agricultora	Casada	Palma	Semanal

6.1.14 Família 14 (F14) – A família é composta pela idosa – viúva - com uma filha do sexo feminino, sendo que na casa residem a idosa, a filha, o genro e uma neta. A filha – cuidadora principal – com 45 anos, livre de comorbidades, cuida da idosa com 73 anos, diagnosticada com Parkinson e esquizofrenia há cinco anos. A idosa é aposentada e as informações acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato com a idosa são apresentados no quadro 18.

Quadro 18 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F14, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Genro		Fundamental Incompl		Casado	Com a idosa	Diário
Filha	45	Fundamental Incompl	Do lar	Casada	Com a idosa	Diário
Neta	13	Fundamental Incompl	Estudante	Solteira	Com a idosa	Diário

6.1.15 Família 15 (F15) – A família é composta pela idosa – viúva - com três filhos do sexo feminino e dois do masculino, que residem na mesma propriedade, porem no domicílio com a idosa moram uma filha, um filho e os netos. A neta – cuidadora principal – com 23 anos, diagnosticada com ICC, cuida da idosa com 63 anos, diagnosticada com DM, HAS e câncer ovariano há 12 anos. A idosa é aposentada e as informações acerca das idades dos filhos e suas escolaridades, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato com a idosa são apresentados no quadro 19.

Quadro 19 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F15, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Filha	43	Fundamental Incompl	Cuidadora	Divorciada	Quinta	Diário
Filho	40	Fundamental Incompl	Pedreiro	Casado	SVP	Mensal
Filha	36	Fundamental Incompl	Do lar	Casada	Chuí	Semanal
Filha	34	Fundamental Incompl	Do lar	Casada	Jaguarão	Mensal
Filho	30	Fundamental Incompl	Pedreiro	Solteiro	Quinta	Diário

Legenda: SVP – Santa Vitória do Palmar

6.1.16 Família 16 (F16) – A família é composta pela idosa – viúva - com um filho do sexo masculino, sendo que na propriedade residem a idosa, o filho e a nora. O filho – cuidador principal – com 52 anos, livre de comorbidades, cuida da idosa com 75 anos, diagnosticada com HAS, apresentando déficit cognitivo há três anos. A idosa é aposentada e as informações acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato com a idosa são apresentados no quadro 20.

Quadro 20 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F16, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
--------------------	-------	--------------	----------	------------	------------------	------------------

Nora	56	Fundamental	Do lar	Casada	Com a idosa	Diário
Filho	52	Fundamental Incompl	Aposentado	Casado	Com a idosa	Diário

6.1.17 Família 17 (F17) – A família é composta pela idosa – viúva - com quatro filhos do sexo feminino e dois do masculino, porém a idosa reside com um filho, mas outros dois filhos moram em casa separadas na mesma propriedade. A filha – cuidadora principal – com 64 anos, diagnosticada com HAS, artrose, reumatismo, ICC congestiva há 16 anos, cuida da idosa com 85 anos, diagnosticada com artrose, DM, HAS e sinusite, apresentando dores na coluna há 30 anos. A idosa é aposentada e as informações acerca de suas idades, escolaridade, ocupação, estado civil, localidade de residência e frequência de contato com a idosa são apresentados no quadro 21.

Quadro 21 – Informações sobre o grau de parentesco, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia e frequência de contato com a idosa da F17, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Local de moradia	Freq. de contato
Filho	67	Fundamental Incompl	Aposentado	Casado	Rio Grande	Semanal
Filha	65	Fundamental Incompl	Aposentada	Casada	Palma	Semanal
Filha	64	Fundamental Incompl	Aposentada	Casada	No pátio	Diário
Filha	62	Fundamental Incompl	Aposentada	Casada	Quinta	Semanal
Filho	59	Fundamental Incompl	Autônomo	Solteiro	Com a idosa	Diário
Filha	51	Graduação	Prof. Hist..	Solteira	Quinta	Mensal

Observa-se que mesmo os idosos tendo mais de um filho, o cuidado ao idoso dependente acaba sendo fornecido na maioria das situações pelos filhos do sexo feminino e que possuem sua residência na localidade mais próxima da residência dos idosos e/ou que não constituíram residência, permanecendo na casa de seus pais. Dos quatro cuidadores principais do sexo masculino, dois são cônjuges e dois são filhos, um retornou para o município para cuidar da mãe e o outro é filho único.

Os idosos deste estudo encontram-se numa faixa etária entre 63 e 91 anos de idade e são portadores de 24 diferentes comorbidades, as quais precisam de cuidados específicos. Esses dados são apresentados no próximo subcapítulo.

6.2 IDOSOS RURAIS

Cada idoso é considerado um subsistema familiar que sofre influências provenientes de outros subsistemas – como o cuidador principal, o meio ambiente, sua condição socioeconômica, entre outras, assim como, influencia os mesmos, configurando a circularidade das relações (VON BERTALANFFY, 1968). Dessa forma, apresenta-se o subsistema idoso com suas caracterizações socioeconômicas e condições de saúde, níveis de dependência dos idosos rurais e as relações mínimas dos idosos dependentes.

6.2.1 Caracterização socioeconômica e condições de saúde dos idosos

Dos 17 idosos dependentes, 13 eram do sexo feminino e quatro do masculino, um possuía idade entre 61 e 70 anos, sete entre 71 e 80 anos, sete entre 81 e 90 anos e dois com mais de 91 anos.

Os idosos, em sua totalidade, possuem o ensino fundamental incompleto e são aposentados, recebendo um salário mínimo mensal, sendo, 11 católicos, cinco evangélicos e um espírita.

Em relação às comorbidades, os 17 idosos são portadores de alguma doença. Destes, três foram acometidos pelo Alzheimer, dois pela artrose, três com acidente vascular cerebral (AVC), um com bronquite, um com diminuição da acuidade visual relacionada ao diabetes, dois com dislipidemia, sete com diabetes mellitus (DM), um com enfisema pulmonar, um com esquizofrenia, 11 com hipertensão arterial sistêmica (HAS), quatro com hiperplasia prostática, um hipertireoidismo, um hipotireoidismo, três com insuficiência cardíaca congestiva (ICC), um com insuficiência renal crônica (IRC), um com labirintite, um com osteoporose, um com Parkinson, um com refluxo, um com reumatismo, um com sinusite e um com tumor de ovário. Destes, três idosos apresentaram apenas uma comorbidade, cinco duas comorbidades associadas, quatro com três, três com quatro, um com cinco e um com seis.

Para o tratamento das comorbidades, 17 idosos utilizam medicamentos com prescrições médicas, dos quais, 12 usam apenas o que foi prescrito pelo médico, três associam drogas analgésicas sem prescrição de um profissional qualificado e seis adotam os chás medicinais junto ao tratamento medicamentoso e apenas um faz uso de acupuntura e massagem para o alívio das algias.

Dentre os tratamentos medicamentosos, um idoso faz uso de apenas uma substância química, dois de duas, um de três, dois de quatro, cinco de cinco, dois de seis, um de sete, um de dez, um de onze e um de treze. Totalizando, onze idosos fazendo uso de mais de cinco drogas farmacológicas simultaneamente. Os dados acima são apresentados mais detalhadamente no quadro 22.

Quadro 22 – Apresenta as informações socioeconômica e das comorbidades dos idosos dependentes e residentes em zona rural – Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Idoso	Idade	Sexo	Escolaridade	Religião	Ocupação	Comorbidades	Sequelas	Tto com prescrição médica	Tto sem prescr. med.	Terapias complementares
I 1	78	M	Fundamental Incompl.	Católico	Aposentado	Hiperplasia de próstata, AVC	Paresia à esquerda	Paracetamol, AAS, Omeprazol, Anlodipina, Doxacosina	-	-
I 2	71	F	Fundamental Incompl.	Católica	Aposentada	IRC, AVC, HAS, DM	Paresia à esquerda	Diálise peritoneal, Losartana, Compl. B, Carbonato Ca	-	-
I 3	86	F	Fundamental Incompl.	Católica	Aposentada	ICC	↓ da mobilidade Deficit cognitivo	Sinvastatina, Digoxina, Losartana, Furosemida, Pradoxa	-	-
I 4	86	F	Fundamental Incompl.	Católica	Aposentada	Artrose, Osteoporose, DM, Hipotireoidismo, HAS, ↓ da acuidade visual	Deficit de visão, ↓ da mobilidade, dores crônicas	Artrolive, Tramadol, Puran T4, Paracetamol, Eliquis, Aradois, Neavit, Lasix, Gimiperida, Alprazolam e + dois colírios	-	-
I 5	75	F	Fundamental Incompl.	Evangélica	Aposentada	HAS, ICC	-	AAS, Sinvastatina, Aerolin, Losartana, Amtriptilina, HCTZ, Alprazolam	-	-
I 6	91	F	Fundamental Incompl.	Católica	Aposentada	HAS, Bronquite, ICC, DM, Dislipidemia.	↓ da mobilidade	Enalapril, Propatilnitrato, Ciprofibrato Alopurinol, Clonidina, Acebrofina, Diazepan, Dipirona, Clortalidona e Castanha da índia.	-	Chás
I 7	91	F	Fundamental Incompl.	Evangélica	Aposentada	Reumatismo	Dor crônica, ↓ da mobilidade	Paracetamol, Alfinac, Dipirona	-	-
I 8	83	F	Fundamental Incompl.	Católica	Aposentada	Dislipidemia, HAS	-	Sinvastatina, Enalapril	-	-
I 9	82	M	Fundamental Incompl.	Católico	Aposentado	Hiperplasia prostática, Hipertireoidismo, HAS, Alzheimer	-	Omeprazol, Dazina, Puran T4, Captopril, Furosemida, Doniladuo	-	-
I 10	78	M	Fundamental Incompl.	Evangélica	Aposentado	HAS, AVC, Hiperplasia prostática	↓ da mobilidade Paresia à esquerda	Hidroclorotiazida, Atenolol, Losartana, Sinvastatina, AAS	Balsamo Bengue	Chás
I 11	85	F	Fundamental Incompl.	Evangélica	Aposentada	Alzheimer	Deficit cognitivo	Risperidona	-	-
I 12	78	F	Fundamental Incompl.	Católica	Aposentada	DM, HAS, Labirintite	Cegueira total	Insulina regular, Anlodipina, Captó'ril, Metformina, Labirin, Betaistina	-	Chás
I 13	81	M	Fundamental Incompl.	Católico	Aposentado	Enfisema pulmonar, HAS, Hiperplasia prostática	Dispneia, cansaço	Sorine, Fostair, Aerolin, Enalapril, AAS, Omeprazol, Vit B3, Seebri, Amtriptilina, Foraseq, Óleo mineral, NBZ (bertoeoc + atrovent)	-	-
I 14	73	F	Fundamental Incompl.	Católica	Aposentada	Parkinson, Esquizofrenia	-	Prolopa, Enantato de flufenazina	-	-
I 15	63	F	Fundamental Incompl.	Evangélica	Aposentada	DM, HAS e TU de ovário	↓ da mobilidade	Insulina regular, Hidroclorotiazida, Losartana e Anlodipino	-	Chás
I 16	75	F	Fundamental Incompl.	Católica	Aposentada	DM	Déficit cognitivo	Metformina, Filibenlamida	Analgésicos	Chás
I 17	85	F	Fundamental Incompl.	Espirita	Aposentada	Artrose, DM, HAS, Sinusite	↓ da mobilidade Dores crônicas	Diovan, Diosmin, Insulina regular, Metformina	Analgésicos	Chás Massagem Acupuntura

6.1.2.2 Níveis de dependência dos idosos rurais

Dos 17 idosos rurais, cinco são independentes para as seis funções referentes a tomar banho, vestir-se, usar o vaso sanitário, transferência da cama e vice versa, continências e alimentação. Apesar de apresentarem independência para as AVDs, os mesmos não realizam qualquer atividade doméstica, ou seja, eles ingerem os alimentos somente se o cuidador alcançar a comida pronta, caso contrário, passam o dia sem se alimentar. Isto, devido às comorbidades neurológicas às quais foram acometidos, acarretando em preocupação e atividades de cuidado pelos cuidadores principais e a necessidade de constante supervisão. Por esse motivo, foram mantidos como participantes desta pesquisa.

Dentre os idosos que apresentaram algum nível de dependência, três são independentes em cinco funções e dependentes em uma - um para tomar banho, um para vestir-se e um para as continências; quatro são independentes em quatro funções e dependentes em duas - três para tomar banho e vestir-se e um para transferência e continências; dois são independentes em três funções e dependentes em três - um para tomar banho, vestir-se e continências e um para vestir-se, transferência e continências; um é independente em duas funções e dependente em quatro - tomar banho, vestir-se, usar o vaso sanitário e continências e dois são dependentes nas seis funções – tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continências e alimentação, conforme demonstrado no quadro 23.

Quadro 23 – Apresenta as funções e os níveis de dependência dos idosos dependentes e residentes em zona rural, conforme a Escala de Katz – Rio Grande – RS – Brasil, 2017

Idoso	AREA DE FUNCIONAMENTO					
	Tomar banho	Vestir-se	Uso do vaso sanitário	Transferência	Continências	Alimentação
I1	D	D	I	I	D	I
I2	D	D	I	I	I	I
I3	I	I	I	I	I	I
I4	I	D	I	D	D	I
I5	D	I	I	I	I	I
I6	D	D	I	I	I	I
I7	D	D	D	D	D	D
I8	I	I	I	I	I	I
I9	I	I	I	I	I	I
I10	D	D	D	I	D	I

I11	D	D	D	D	D	D
I12	I	I	I	I	D	I
I13	I	I	I	D	D	I
I14	D	D	I	I	I	I
I15	I	D	I	I	I	I
I16	I	I	I	I	I	I
I17	I	I	I	I	I	I

Legenda: I – independente; D – dependente.

Com o surgimento e/ou aumento dos níveis de dependência dos idosos, o que gera a elevação em número das dificuldades, estes acabam se restringindo ao lar, o que conseqüentemente, reduz o círculo de relações com outros indivíduos que não os pertencentes ao meio familiar de coresidência.

6.1.2.3 Mapa Mínimo de Relações dos Idosos dependentes

As pessoas idosas dependentes e residentes em zona rural possuem um círculo familiar reduzido de relações fora do ambiente doméstico, basicamente composto por membros com parentescos próximos que os visitam frequentemente, como irmãos, filhos, netos, noras, genros, sobrinhos, afilhados e cunhados. Embora a frequência das visitas se mantenha constante, quando se observa o quadro 24, percebe-se que a distribuição das visitas em número de pessoas e período de frequência por idoso é pequena.

Os entrevistados referem que as frequências das visitas são baixas porque os filhos dos idosos mudaram-se para a zona urbana, aumentando a distância entre eles e por estarem inseridos no mercado de trabalho formal, o que inviabiliza visitas em dias úteis devido à exigência do cumprimento de carga horária.

Visualizam-se, também, filhos que visitam os pais apenas uma vez ao ano. Segundo os cuidadores, isto ocorre ou porque o filho reside fora do país, ou porque o filho era ausente antes do surgimento das comorbidades do idoso, mantendo sua conduta até o momento, ou ainda, pela ocorrência de desacordos prévios entre ambos, levando ao afastamento parental.

Em relação ao círculo de amizades, observa-se que as visitas são menos frequentes ou inexistentes, os idosos têm como amigos, os vizinhos, cunhados, pessoas conhecidas de longas datas e membros da igreja que frequentam ou frequentavam. Os inquiridos referiram que a

frequência de visita dessas pessoas diminuiu com o passar do tempo, pois também possuem idades avançadas e foram acometidas por comorbidades ou encontram-se com um familiar que requer cuidados.

Os idosos utilizam os serviços de saúde para consultas e acompanhamento de tratamentos de saúde. Esses serviços geralmente são intermediados pelos ACS. As frequências da utilização dos serviços variam conforme as condições de saúde de cada idoso. Destes, dois utilizam o posto da ESF para acompanhamento e controle da HAS e um busca o auxílio do ACS semanalmente. Um idoso frequenta o serviço terciário - atendimento ambulatorial em especialidades, um o posto da ESF, um a Secretaria de Saúde municipal (PAM) e dez recebem as visitas dos ACS, mensalmente. Dois usam os serviços terciários - atendimento ambulatorial em especialidades, três fazem acompanhamento com especialista pelo sistema particular de saúde, um o posto da ESF e dois recebem visita do ACS anualmente.

Há idosos que procuram os serviços de saúde somente em situações de urgência, como em ocasiões em que sentem algias muito fortes e que os analgésicos de uso cotidiano não solucionaram, assim, passam mais de um ano sem procurar atendimento médico.

Encontraram-se também idosos que não recebem a visita da equipe da ESF anualmente e alguns a primeira visita dos ACS deste ano foi durante a apresentação dos pesquisadores para a realização do convite, obtenção da autorização e realização das entrevistas. Isto ocorre devido à infraestrutura inadequada dos serviços, pois a PMRG disponibiliza viaturas para os profissionais efetuarem as visitas domiciliares, porém, essas viaturas são inadequadas para o caminho a ser percorrido - estradas de chão, sem manutenção e construídas em greda. Como na fala abaixo:

[...] precisa de um carro que chegue até aqui, antes vinham de Ranger, a última vez vieram de van, caíram no barro, nem peludo tiraram, caíram e ficaram. Então, precisamos ir até o posto (C12, cônjuge, 79 anos).

As informações acerca das relações mínimas dos idosos dependentes e residentes em zona rural são demonstrados detalhadamente no quadro 24. Já, na figura 6, apresenta-se a visualização geral do somatório das relações dos 17 idosos do estudo.

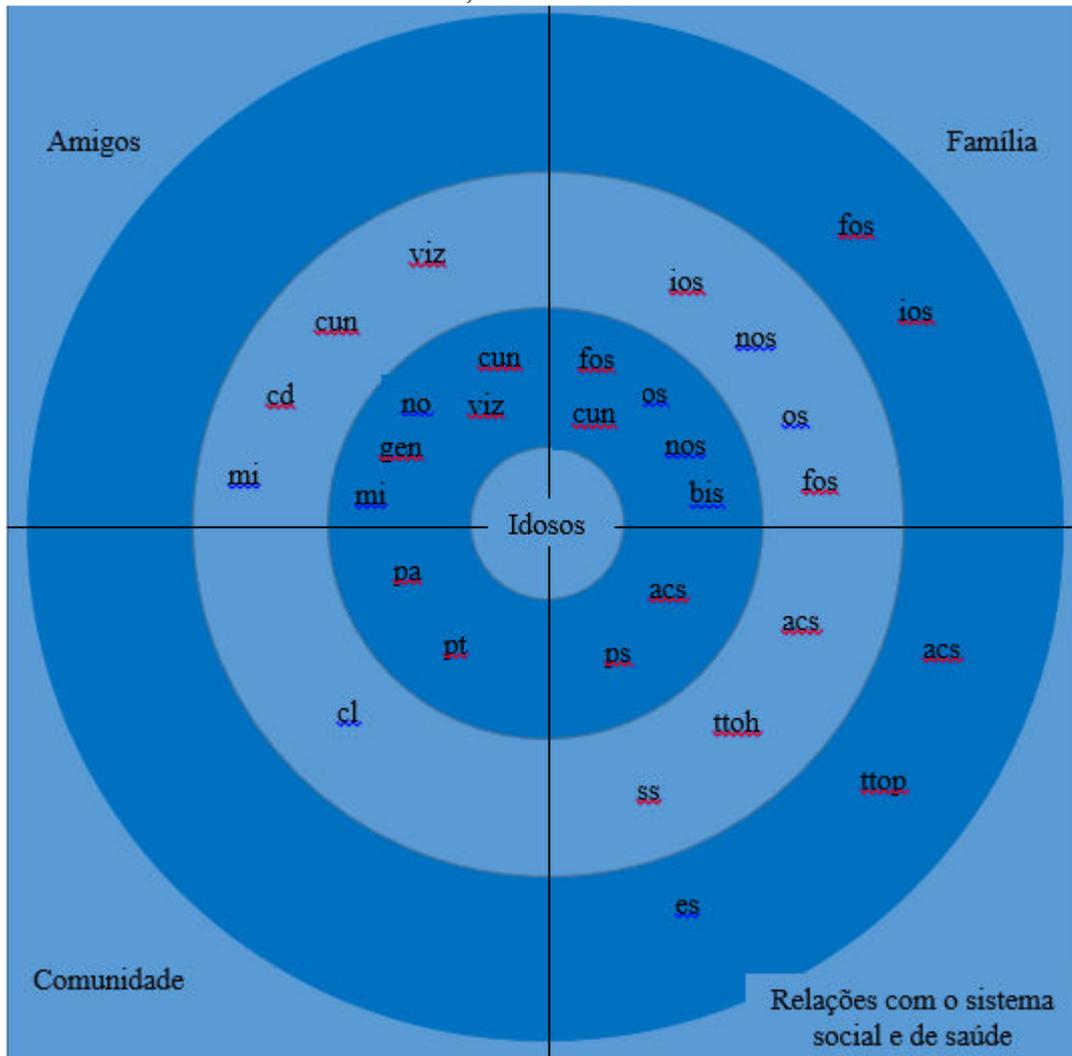
Quadro 24 – Apresenta os círculos de relações mínimas dos idosos dependentes e residentes em zona rural – Rio Grande – RS – Brasil, 2017

	Família			Amigos			Comunidade			Relações com o sistema social e de saúde		
	Semanal	Mensal	Anual	Semanal	Mensal	Anual	Semanal	Mensal	Anual	Semanal	Mensal	Anual
I1	Filhas	Filhos	-	-	-	-	-	-	-	-	ACS	-
I2	-	Filha; neta	-	-	MI	-	-	-	-	-	ACS, EAT	-
I3	Filha, sobrinha	Filhos	Filho (a)	-	-	-	-	CTG	-	-	ACS	EAT
I4	Filhos (as), nora	Filhos (as)	-	-	Irmã da nora	-	Padre	-	-	-	ACS	TP
I5	-	Filhos(as)	Filha	-	-	-	-	-	-	ESF	ACS	-
I6	Afilhada	Afilhado	-	Vizinha	Conhecido de longa data	-	-	-	-	ACS	-	-
I7	-	Neta, irmã	-	MI, vizinha	-	-	-	-	-	-	ACS	-
I8	Filho	Sobrinho	-	-	-	-	-	-	-	-	ACS	-
I9	Filhos(as)	Netos(as)	-	Vizinho	Vizinhos (as)	-	-	-	-	-	-	TP
I10	Filhos(as), Sobrinhos(as)	Neto	-	Cunhada, vizinha	MI, vizinhos(as)	-	Igreja, pastor	-	-	ESF	SS	-
I11	Filhos, nora	Irmão	-	-	-	-	-	-	-	-	ACS	EAT
I12	Filha, genro	Cunhado	Filha	Vizinho	-	-	-	-	-	-	-	ACS
I13	Filhos(as)	Irmãos(as), cunhados(as)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ESF ACS
I14	Netos(as)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I15	Filhos(as), genro, netos(as)	-	-	MI	-	-	Pastor	-	-	-	ESF	-
I16	Neto	Irmã, cunhado	-	Vizinho(as)	-	-	-	-	-	-	ACS	-
I17	Filhos(as), netos(as)	-	-	Vizinhos(as)	Cunhados(as)	-	-	-	-	-	ACS	TP

Legenda: TP – tratamento particular; EAT – especialidade em atenção terciária; SS – Secretaria de saúde (PAM); MI – Membros da igreja.

OBS: o grau de parentesco “cunhado” encontra-se em dois níveis de relacionamento - família e amigos – em cada uma das entrevistas foi respeitado o círculo indicado pelo cuidador.

Figura 6 – Apresentação das relações mínimas dos 17 idosos dependentes e residentes em zona rural – Rio Grande – RS – Brasil, 2017



Fonte: Adaptado de Domingues et al., 2011.

ABREVIACÕES UTILIZADAS PARA O REGISTRO DAS RESPOSTAS

Amigos	Família	Comunidade	Sistema social e de saúde
cun – cunhados(as)	fos – filhos(as)	pa – padre	acs – agente comunitário de saúde
gen – genro(s)	ios – irmãos(ãs)	pt – pastor	saúde
no – nora(s)	nos – netos(as)	cl- membros de clubes	ttop – clínica particular
viz – vizinho(s)	bis – bisnetos(as)		ttoh – clínica de hemodiálise
cd – conhecidos de longa data	os – outros		ss – secretaria de saúde (PAM)
mi – membros da igreja			ps – posto de saúde
			es – especialidades em atenção terciária

6.3 CUIDADORES PRINCIPAIS DE IDOSOS RURAIS

6.1.3.1 Caracterização dos cuidadores principais de idosos dependentes

Neste subcapítulo apresentam-se os cuidadores principais, os quais são responsáveis pelo cuidado ao idoso dependente. É considerado sob a ótica da Teoria dos Sistemas como um dos subsistemas familiar e, para que se possa entender o processo de cuidado informal prestado ao idoso dependente e residente em zona rural, precisa-se considerar a família em toda a sua complexidade e organização, porque cada indivíduo, mesmo que integrante do grupo familiar mantém sua individualidade (AUSLOOS, 2007).

Assim, dos 17 cuidadores entrevistados, 12 eram do sexo feminino e cinco do masculino, cinco eram cônjuges dos idosos dependentes, 10 eram filhos e dois netos, três possuíam idades entre 21 e 40 anos, seis entre 41 e 60 anos, sete entre 61 e 80 anos e um com mais de 80 anos, ou seja, oito cuidadores com 60 anos ou mais responsável pelo cuidado de idosos com 78 anos ou mais.

Em relação ao tempo de coresidência e/ou cuidado com o idoso, um respondeu que reside com o idoso há menos de um ano, sete num período de um a 20 anos, um de 21 a 40 anos, sete de 41 a 60 anos e um há mais de 60 anos.

Encontrou-se um cuidador desempregado, nove aposentados, um estudante, quatro do lar e dois inseridos no mercado de trabalho formal. Destes, um recebe pouco mais que dois salários mínimos, sete são aposentados recebendo um salário mínimo, sete não possuem renda, dois optaram por não informar. Nove são católicos, um indefinido, cinco evangélicos, um espírita e um umbandista.

Doze cuidadores possuem ensino fundamental incompleto, um ensino fundamental completo, um está cursando o ensino médio, um ensino médio completo, um curso de graduação e um analfabeto. Segundo os inquiridos, o baixo nível de escolaridades está relacionado às grandes distâncias entre a escola rural e suas residências enquanto encontravam-se em idade escolar e por estas proporcionarem ensino apenas até a quinta série. Quem se interessasse em estudar um pouco mais, precisava mudar-se para a zona urbana.

Ao serem questionados sobre suas condições de saúde, sete informaram não possuírem comorbidades, três inferiram serem portadores de artrose, um de cálculo renal, um de catarata, dois de diminuição da acuidade visual, dois de DM, cinco de HAS, três de ICC, um de refluxo e três de reumatismo. Alguns cuidadores foram acometidos por mais de uma comorbidades concomitantemente, três referiram ser acometidos por uma comorbidade, quatro por duas, dois cuidadores por três e uma por quatro.

Com relação aos tratamentos, cinco utilizam medicamentos apenas com prescrições médicas, quatro fazem uso de medicações com prescrição médica concomitantemente com analgésicos sem prescrições de um profissional qualificado. Dos cuidadores que não possuem comorbidades, um utiliza medicação sem indicação ou acompanhamento médico e cinco fazem uso de chás medicinais como terapia complementar.

O número de substâncias químicas ingeridas pelos cuidadores, a exemplo dos idosos, também varia conforme as condições de saúde de cada cuidador. Logo, encontravam-se dois cuidadores fazendo uso de apenas uma substância química, dois de duas, quatro de três, um de quatro e um de cinco. Os dados socioeconômicos e das condições de saúde de cada um dos cuidadores entrevistados são apresentados mais detalhadamente no quadro 25.

Quadro 25 - Apresenta os dados socioeconômicos dos cuidadores de idosos dependentes em zona rural, Rio Grande - RS - Brasil, 2017

Cuidador	Idade	Sexo	Escolaridade	Religião	Ocupação	Renda	Parentesco	Tempo de co-residência com o idoso	Comorbidades	Tratamentos com prescrição médica	Tratamentos sem prescrição médica	Terapias complementares
C1	74	F	Fundamental Incompl.	Católica	Aposentada	R\$ 937,00	Esposa	50 anos	Artrose Reumatismo	Vitadesan, Artrolive e Fixa- cal	-	-
C2	20	F	Médio	Indefinida	Estudante	-	Neta	16 anos	-	-	-	-
C3	83	M	Fundamental Incompl.	Católico	Aposentado	-	Esposo	60 anos	ICC Refluxo ↓ acuidade visual	Colírio	Analgésicos	-
C4	68	M	Fundamental Incompl.	Católico	Aposentado	-	Filho	05 anos	Cálculo renal	-	-	-
C5	39	F	Fundamental Incompl.	Evangélica	Do lar	R\$ 2.000,00	Filha	39 anos	-	-	-	-
C6	54	F	Fundamental Incompl.	Umbandista	Cozinheira	Não informou	Filha	54 anos	Artrose Reumatismo	Torcilax Complexo B	Analgésicos	-
C7	69	F	Fundamental	Evangélica	Aposentada	R\$ 937,00	Filha	69 anos	HAS DM Catarata	Losartana Sinvastatina Propranolol HCTZ Glimepirida	-	-
C8	53	F	Fundamental Incompl.	Católica	Do lar	-	Filha	10 anos	-	-	-	-
C9	55	F	Fundamental Incompl.	Católica	Desempr.	-	Filha	03 meses	-	-	Analgésicos	-
C10	73	F	Analfabeta	Evangélica	Aposentada	R\$ 937,00	Esposa	56 anos	DM HAS	Metformina Captopril	Xaropes	Chás
C11	43	M	Graduação	Evangélica	Tec. Seg. Trabalho	Não informou	Filho	08 anos	-	-	-	-
C12	79	M	Fundamental Incompl.	Católico	Aposentado	R\$ 937,00	Esposo	54 anos	Cegueira a esquerda	Colírio	-	-
C13	70	F	Fundamental Incompl.	Católica	Aposentada	R\$ 937,00	Esposa	53 anos	HAS	Propranolol HCTZ Losartana	-	Chás
C14	45	F	Fundamental Incompl.	Católica	Do lar	-	Filha	05 anos	-	-	-	-
C15	23	F	Medio	Evangélica	Do lar	-	Neta	08 anos	ICC HAS	Hidroclorotiazida e Propranolol	-	Chás
C16	52	M	Fundamental Incompl.	Católico	Aposentado	R\$ 937,00	Filho	52 anos	-	-	-	Chás
C17	64	F	Fundamental Incompl.	Espirita	Aposentada	R\$ 937,00	Filha	16 anos	Artrose Reumatismo HAS ICC	Alprazolam, Ezobloc e Nebilet	Analgésicos	Chás

6.3.2 Auxílio recebido pelo cuidador principal para as atividades de cuidado ao idoso dependente

No decorrer das entrevistas, identificaram-se duas formas de auxílio aos cuidadores informais de idosos dependentes. A primeira consiste no auxílio recebido pelos cuidadores para as atividades de cuidado dos idosos provenientes do meio familiar e o segundo do sistema de saúde, com a disponibilidade de auxílio formal.

6.3.2.1 Apoio informal fornecido aos cuidadores de idosos dependentes em zona rural

Em relação ao auxílio recebido dos familiares, dos 17 cuidadores entrevistados, 13 (C1, C2, C4, C5, C6, C8, C9, C10, C11, C12, C13, C15, C17) referiram receber ajuda de outros familiares e quatro (C3, C7, C14, C16) disseram serem carentes de ajuda. Destes, três justificaram com o fato de serem filhos únicos, não possuindo um (a) irmão (ã) para dividir as atividades e um relatou que mesmo que a filha os visite uma vez por semana, a responsabilidade de todo o cuidado da esposa é dele.

Dentre os artifícios utilizados pelos cuidadores carentes de auxílio para o cuidado do idoso(a), um diz fazer todas as atividades sozinho, sem ter a quem recorrer em nenhuma situação (C3), um relata que em circunstâncias importantes solicita o acompanhamento de sua esposa para o idoso (C16), uma infere que deixa o idoso sob a observação da neta pequena por pequenos períodos, como quando precisa ir na venda (C14) e uma contratou uma cuidadora para auxiliá-la, pois também é idosa e portadora de comorbidades (C7).

Em meio aos cuidadores principais que recebem auxílio de seus familiares, o grau de parentesco das pessoas que se disponibilizam para ajudar nas atividades de cuidado compreende: esposo (C1), esposa (C4), netos (C11), prima (C2), sobrinhos (C17) e irmãos (C5, C6, C8, C9, C10, C11, C12, C13, C15, C17).

Os cuidadores principais quando questionados acerca do auxílio recebido foram unânimes em dizer que a ajuda é suficiente e explicaram como e quando a ajuda é disponibilizada, conforme as falas abaixo:

O esposo da minha irmã leva no Posto de Saúde, quando precisa, porque ele tem carro (C1, cônjuge, 74 anos)

A minha prima e a minha mãe me ajudam, mas só quando elas estão de folga do serviço (C2, neta, 20 anos)

A minha esposa me ajuda todos os dias e quando precisa chamo meus irmãos (C4, filho, 68 anos).

Quando a mãe passa mal, eu chamo o meu irmão que tem carro, vem ele e a esposa e ajudam a cuidar dela (C5, filha, 39 anos).

Todos os meus irmãos e netos estão sempre presentes e ajudam nas atividades diariamente (C6, filha, 54 anos).

Todos os meus irmãos auxiliam no cuidado, principalmente quando precisa levar ao médico ou ir ao banco por causa do carro (C3, filha, 53 anos).

Eu sou responsável pelo cuidado deles e do meu irmão que está doente, mas os meus outros irmãos estão se revezando semanalmente para acompanhar os nossos pais à noite (C9, filha, 55 anos).

O meu filho me ajuda a dar banho, a vesti-lo e na lida da casa (C10, cônjuge, 73 anos).

Os meus filhos e a minha nora me ajudam quando preciso (C1, cônjuge, 74 anos).

A minha filha é nossa procuradora, ela recebe as nossas aposentadorias, paga as contas, faz o rancho nosso e dos bichos e quando a mãe quebrou o fêmur ela a levou para casa e cuidou dela (C12, cônjuge, 79 anos).

O meu filho vem todas as noites (C13, cônjuge, 70 anos).

A minha mãe cuida da vó à noite e às vezes me ajuda com os horários dos remédios, a dar banho e comida (C15, neta, 23 anos).

Meus irmãos e sobrinhos estão sempre aqui e quando se precisa de ajuda todos se prontificam (C17, filha, 64 anos).

Além do auxílio dos familiares, os cuidadores principais dispõem dos serviços dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família da Vila da Quinta e de outras instituições de saúde deste município e da cidade de Pelotas e fizeram referências acerca de suas atividades.

6.3.2.2 Apoio formal fornecido aos cuidadores de idosos dependentes em zona rural

Foi por intermédio dos agentes comunitários de saúde que os idosos rurais dependentes e seus cuidadores foram identificados, ou seja, foram investigadas as famílias que residem dentro da área de cobertura da ESF da Vila da Quinta. Dentre o conjunto de cuidadores entrevistados 16 (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11, C12, C13, C14, C15, C16) disseram utilizar os serviços desses profissionais em alguma ocasião; apenas um cuidador referiu que a família prefere utilizar os serviços de profissionais particulares para todo o tratamento da idosa, porém recebem a visita do agente comunitário de saúde regularmente (C17).

Os cuidadores principais que utilizam os serviços do Posto de Saúde se beneficiam por intermédio do ACS para marcação de consultas, exames e renovação de receitas, sentindo-se satisfeitos com o atendimento, conforme se pode ler nas falas abaixo:

Quando a gente precisa, fala com ACS e ele(a) agenda as consultas, exames e falam com o médico para renovar as receitas, visitas domiciliares, nos ajudam no que precisamos (C1, cônjuge, 74 anos; C4, filho, 68 anos; C6, filha, 54 anos; C8, filha, 53 anos; C9, filha, 55 anos; C10, cônjuge, 73 anos; C15, neta, 23 anos).

Os profissionais do posto fazem o acompanhamento, se precisar coletar sangue eles vêm em casa e eu também pego fraldas na prefeitura (C7, filha, 69 anos).

De acordo com as comorbidades dos idosos e o nível de gravidade de cada um, alguns cuidadores utilizam, além dos serviços da ESF, outras instituições de saúde da região, como nas alocações abaixo:

Nós contamos com os ACS que nos visitam e vêm saber como ela está e a levamos mensalmente para acompanhamento da diálise peritoneal na Santa Casa de Pelotas (C2, neta, 20 anos).

Além da ACS que nos visita, ela faz revisão com o cardiologista (C3, cônjuge, 83 anos).

Nós usamos os serviços do Posto e quando é preciso a levamos ao hospital ou a uma clínica de atendimento particular, além das gurias contratadas para acompanhá-la 24 horas do dia (C4, filho, 68 anos).

As ACS que vêm sempre aqui, e eu tenho uma secretária que me ajuda à tarde no banho e alimentação dela (C11, filho, 43 anos).

Existem também os cuidadores de idosos dependentes que utilizam os serviços de saúde, porém encontram-se insatisfeitos com o atendimento dos profissionais, conforme os discursos abaixo:

O problema é que a demora para fazer os exames nos obriga a buscar o atendimento particular (C5, filha, 39 anos).

É difícil conseguir o que se precisa no posto, porque são muitas pessoas que precisam (C9, filha, 55 anos).

O ACS vem todos os meses, mas neste ano ainda não tivemos nenhuma visita domiciliar dos profissionais do posto (C12, cônjuge, 79 anos; C13, cônjuge, 70 anos).

A gente vai no posto e eles nos atendem de má vontade, como se tivessem nos fazendo um favor [...] a ACS não faz as visitas como deveria, nem entrega os exames quando solicitado [...] quando precisamos do posto à noite, ao chegar lá, o médico está dormindo, mal avalia a minha mãe e atende com pressa (C14, filha, 45 anos).

Este ano, ela ainda não conseguiu consultar, porque as fichas são poucas [...] tem o problema do horário de distribuição das fichas, tem que ir cedo para a fila e o primeiro ônibus só passa às 9h da manhã e ainda precisa conseguir alguém para não a deixar sozinha (C16, filho, 52 anos).

Percebe-se que a família possui a capacidade de absorver as informações do meio e alterar sua disposição, adaptando-se a alterações externas quando busca em outros serviços e até mesmo em outros municípios o tratamento mais adequado ao seu membro dependente (AUSLOOS, 2007). O contato constante do cuidador principal com o idoso dependente pode promover o surgimento de sentimentos relacionados com ato de cuidar, como os apresentados no próximo subcapítulo.

6.3.3 Sentimentos do cuidador nas atividades de cuidado aos idosos dependentes

O contato diário e permanente das atividades de cuidado entre o cuidador principal e o idoso dependente desencadeia diversos sentimentos no cuidador. A maioria dos cuidadores expressa sua satisfação na realização das atividades, conforme as falas a seguir:

Eu me sinto bem (C1, cônjuge, 74 anos; C8, filha, 53 anos; C12, cônjuge, 79 anos; C13, cônjuge, 70 anos; C15, neta, 23 anos).

Eu me sinto bem, graças a Deus (C10, cônjuge, 73 anos).

Bem, eu tenho bastante ajuda, porque todos se importam com a mãe (C17, filha, 64 anos).

Outros cuidadores expressam certa ambiguidade quando questionados sobre os seus sentimentos nas atividades de cuidado, como verifica-se abaixo:

Bem, eu gosto de ficar em casa, eu me deito um pouco. Não adianta né, eu não tenho para quem passar o fardo (C6, filha, 54 anos).

Bem, não tem diferença estar cuidando ou fazer outra coisa (C3, cônjuge, 70 anos).

Nem sei te dizer [...] mas eu gosto, agora está mais fácil, ela está menos agressiva e também não foge mais, ficou mais fácil atender as necessidades dela (C11, filho, 43 anos).

As consequências físicas e sociais também podem ser percebidas nos dizeres dos cuidadores de idosos dependentes, como observado a seguir:

Eu me sinto bem, mas a gente cansa né?! [...] eu não saio mais, não vou a lugar nenhum, a minha rotina foi toda alterada (C9, filha, 55 anos).

Cansada (C14, filha, 45 anos).

Cansado, preso, gostaria de ter ajuda para dividir a supervisão dela (C16, filho, 52 anos).

Cansado, atarefado, fechado, trancado, eu costumava sair, viajar e agora estou reprimido, mas é a necessidade né?! (C4, filho, 68 anos).

Alguns cuidadores principais entendem a dependência do idoso (a) e a necessidade de atividades de cuidado como uma obrigação satisfatória, chegando às manifestações que denotam certa infantilização do idoso(a), como notado abaixo:

Eu me sinto a mãe dela (C2, neta, 20 anos).

Eu me sinto cuidando de uma criança, precisa ter muito carinho e paciência (C5, filha, 39 anos).

Eu me sinto responsável por ela, muitas pessoas dizem que se eu não cuidasse dela, ela já não existiria mais [...] me sinto um pouco presa, por ela precisar de supervisão permanente (C7, filha, 69 anos).

Todos esses sentimentos podem influenciar no relacionamento entre o cuidador e o (a) idoso (a) dependente, o que será apresentado a seguir.

6.3.4 Alterações no relacionamento familiar conexo com as atividades de cuidado

Os cuidadores principais foram questionados quanto as alterações no relacionamento entre ele (a) e o idoso (a), antes e depois das necessidades de cuidado ou desenvolvimento da dependência. Alguns cuidadores referiram que não ocorreram alterações no relacionamento familiar:

Eu sempre morei com ela, sempre fui a neta que sempre estava com ela. Agora, nosso relacionamento melhorou. Temos nossas briguinhas, mas isso é normal (C2, neta, 20 anos).

Nosso relacionamento sempre foi bom, eu sempre cozinhei e cuidei dela. Agora eu levo café na cama, ajuda a se levantar e tomar banho (C3, cônjuge, 83 anos).

Sempre fomos muito unidos, só que antes era ela quem nos cuidava, dava uns arranca rabos, mas sempre acabava tudo bem. Agora, eu puxo uma rédea aqui e ali, mas acabamos nos entendendo (C6, filha, 54 anos).

Nunca foi dos melhores, ela não queria que eu casasse, pois pensava que iria precisar de mim na velhice, ela sempre viveu dizendo ser muito doente [...]. Agora, continua a mesma coisa, a casa com poucas pessoas. Ela sempre foi muito reservada (C7, filha, 69 anos).

Sempre tivemos um ótimo relacionamento, a diferença é que antes ela fazia tudo sozinha (C3, filha, 53 anos).

O relacionamento continua o mesmo, sem mudanças, nem com o pai doente o meu filho passou a visitar o pai (C10, cônjuge, 73 anos).

Era bom e continua o mesmo (C15, neta, 23 anos).

Outros afirmam que apesar de manterem um bom relacionamento com o (a) idoso (a), após o desenvolvimento da dependência, houve alterações nas distribuições das atividades rotineiras do lar, juntamente com a adição dos cuidados do (a) idoso (a), o que tornou-se um pouco mais “pesado” para os cuidadores:

Sempre tivemos um bom relacionamento, como sou a filha menor, sempre moramos juntas. Agora, está um pouco mais pesado. Eu só descanso quando ela descansa (C5, filha, 39 anos).

Sempre foi bom, antes ela fazia tudo, cuidava da casa, dos bichos. Agora eu tenho que fazer tudo, na hora e como ela quer, já caiu duas vezes dentro de casa, sente tonturas e cai (C12, cônjuge, 79 anos).

Nosso relacionamento era excelente, nós fazíamos coisas de mãe e filha, íamos às compras e tudo mais. Agora está razoável, porque ela não se comunica mais, precisa de constante atenção. Eu só descanso quando ela descansa. Ela não quer morar comigo (C14, filha, 45 anos).

Era bom, a única diferença é que fico mais preso, preciso estar sempre presente, ela esquece das coisas e deixa o fogo aceso (C16, filho, 52 anos).

Em outras famílias, o relacionamento foi fortalecido após o desenvolvimento da dependência do (a) idoso (a), como podemos perceber a seguir:

Sempre foi boa, mas agora está mais fortalecida. Esses dias, ele me falou: - Não sei o que seria de mim, sem você para me ajudar a pôr uma roupa, tirar uma roupa. Ficar comigo, mesmo precisando consultar, por não ter com quem me deixar. Acordar de madrugada com esse frio para me abanar (C13, cônjuge, 70 anos).

Sempre moramos na mesma propriedade, mas as casas eram mais longe, agora que estamos no mesmo pátio, o relacionamento passou de bom para excelente, mas permanecemos cada uma na sua casa para evitar atritos (C17, filha, 64 anos).

Há situações em que a dependência do (a) idoso (a) repercutiu negativamente na vida do cuidador e estes utilizaram-se de estratégias complementares para facilitar suas atividades de cuidado, a exemplo disto, temos os depoimentos abaixo:

O nosso relacionamento era bom, ele fazia todas as atividades sozinho, além de fazer os reparos na casa, cuidava dos bichos. Quando teve o AVC; eu tive que assumir tudo sozinha e mais, tinha também que cuidar dele. Precisei consultar, tomar antidepressivos. Até o cigarro de palha dele sou eu quem enrolo (C1, cônjuge, 74 anos).

Era bom, quase diário, ela morava com o meu pai aqui perto, quando ele faleceu, eu e meus irmãos fazíamos rodízio para passar a noite com ela. Agora que construí uma casa para ela ao lado da minha, facilitou muito, porque ela não queria morar com ninguém (C4, filho, 68 anos).

Enfim, encontravam-se situações em que os cuidadores precisaram alterar significativamente suas vidas em prol do cuidado do idoso:

Sempre foi bom, eu vinha vê-los a cada dois finais de semana. Agora, vim para Rio Grande, estou cuidando dele há 3 meses. Já dispensei duas

propostas de emprego porque não posso deixar a minha irmã sozinha cuidando dele (C9, filha, 55 anos).

Sempre foi bom o nosso relacionamento, eu morava em outro município e sempre vinha visitá-la. Depois do diagnóstico, me mudei para cá para cuidar dela. Agora ela fica sentada o dia inteiro, não fala, não faz nada, se não alcançar a comida, ela não come (C11, filho, 43 anos).

Como pode ser observado acima, a maioria dos cuidadores precisou alterar suas rotinas para desenvolver as atividades de cuidado. Esta reorganização está relacionada com um período de adaptação, no qual surgem dificuldades que precisam ser superadas. Essas dificuldades são apresentadas no próximo subcapítulo.

6.3.5 Dificuldades encontradas no cuidado ao idoso dependente

Ao serem interrogados acerca das dificuldades que encontram para cuidar do (a) idoso (a) dependente, a maioria dos cuidadores referiu não encontrar nenhuma dificuldade:

Não tenho nenhuma dificuldade (C2, neta, 20 anos).

Não tenho nenhuma dificuldade, quando ela caiu, ficou na cama e eu levava as refeições para ela (C3, cônjuge, 83 anos).

Não encontro nenhuma dificuldade, porque temos muitos amigos e os médicos prestam bastante orientações e ainda tem o celular que ponho para despertar nos horários das medicações (C4, filho, 68 anos).

Não sinto dificuldades, porque contratei uma senhora, ela mora aqui na rua, que chamo quando preciso (C7, filha, 69 anos).

Não tenho dificuldades, mesmo porque cuidar dela é obrigação da gente (C3, filha, 53 anos).

Por enquanto, não tenho nenhuma (C9, filha, 55 anos).

Não tenho dificuldade nenhuma, nada é difícil para mim (C12, cônjuge, 79 anos).

Nenhuma (C15, neta, 23 anos).

Outros cuidadores relatam que a dificuldade que encontram refere-se à teimosia dos idosos em acatar as orientações de outras pessoas:

Ela se irrita que a medicação não faz efeito imediato, então depois da primeira dose não quer tomar mais (C4, filho, 68 anos).

As dificuldades aparecem quando ela está doente, porque recusa-se a ir no médico. Daí, quando está bem quer ir (C6, filha, 54 anos).

Encontro dificuldades para atividades diárias, quando ela se recusa a comer, não consigo vê-la sem vontade de viver, essa apatia, essa calma dela, sem reação nenhuma (C14, filha, 45 anos).

A teimosia dela, tudo ela sabe, e não se entrega, muitas vezes sente dores e usa o andador, recusa-se a usar a cadeira de rodas, não fica quieta, já sofreu seis fraturas (C17, filha, 64 anos).

Quando se trata de uma cuidadora mulher, encontram-se reclamações sobre a necessidade da utilização de força física no cuidado do idoso (a):

Agora, as dificuldades diminuíram, ele está se recuperando, mas antes precisava levá-lo ao banheiro de cadeira, agora a dificuldade é apenas para dar o banho (C1, cônjuge, 74 anos).

Não tenho força suficiente nem idade para realizar todos os cuidados, principalmente para dar banho, sinto dores nos braços e nas mãos (C10, cônjuge, 73 anos).

A única dificuldade que sinto é quando preciso fazer força para levantar da cama, trocar as fraldas e dar banho (C11, filho, 43 anos).

A minha dificuldade é não ter forças com ele. Já aconteceu de ele desmaiar e cair e eu não tive forças para ajudar (C13, cônjuge, 70 anos).

Encontraram-se relatos dos cuidadores referentes à ausência de ajuda para a realização do cuidado do idoso (a)

Me sinto cansada, tenho 54 anos e sou a caçula, não posso pedir mais ajuda para os meus outros irmãos que trabalham e possuem idade avançada (C5, filha, 39 anos).

Minha maior dificuldade é não poder sair sem deixar alguém supervisionando. Ela já recebeu visita de estranhos dizendo estarem fazendo uma entrevista e assinou uns papeis. Tivemos um prejuízo maior que R\$ 10.000,00 (C16, filho, 52 anos).

Perceberam-se também dificuldades relacionadas à obtenção de medicamentos e sentimento de impotência:

A minha maior dificuldade é o sentimento de impotência quando ela passa mal (C5, filha, 39 anos).

O problema é que a medicação que ela toma não é vendida nas farmácias, somente é fornecida pelo INSS, e às vezes não tem (C14, filha, 45 anos).

6.3.6 Mapa Mínimo de Relações dos cuidadores principais de idosos dependentes

Os cuidadores principais de idosos dependentes e residentes em zona rural possuem círculos de relações mínimas semelhantes aos dos idosos. Basicamente, são compostos pelos mesmos indivíduos, porém com graus de parentescos diferentes, sendo compostos por filhos (as), irmãos (as), sobrinhos (as), afilhados (as), genros, cunhados (as), primos (as), tios (as), netos(as) e avôs. Embora a frequência das visitas se mantenha constante, quando se observa o quadro 26, percebe-se que a distribuição das visitas em número de pessoas e período de frequência por cuidador é pequena.

Em relação ao círculo de amizades, observa-se que as visitas são menos frequentes ou inexistentes. Os cuidadores, com exceção de uma cuidadora que tem contato com os colegas da escola diariamente e outros dois que convivem com os colegas de trabalho, têm como amigos, os vizinhos, cunhados, pessoas conhecidas de longas datas e membros da igreja que frequentam ou frequentavam. Logo, dos 17 cuidadores de idosos do estudo, somente cinco frequentam ambientes sociais.

Assim, como os idosos dependentes, seus cuidadores utilizam os serviços de saúde para consultas e acompanhamento de tratamentos de saúde. Esses serviços geralmente são intermediados pelos ACS. As frequências da utilização dos serviços variam conforme as condições de saúde de cada cuidador. Destes, três utilizam o posto da ESF para acompanhamento e controle da HAS e um busca o auxílio do ACS semanalmente. Um cuidador frequenta o serviço terciário - atendimento ambulatorial em especialidades, dois o posto da ESF e oito recebem as visitas dos ACS, mensalmente. Dois fazem acompanhamento com especialista pelo sistema particular de saúde, dois recebem visita do ACS anualmente.

Foram localizados cuidadores que procuram os serviços de saúde somente em situações de urgência, como em ocasiões em que sentem algias muito fortes e que os analgésicos de uso cotidiano não solucionaram. Assim, passam mais de um ano sem procurar atendimento médico.

As informações acerca das relações mínimas dos cuidadores principais são demonstradas detalhadamente no quadro 26. Já, na figura 7, apresenta-se a visualização geral do somatório das relações dos 17 cuidadores do estudo.

Quadro 26 – Apresenta os círculos de relações mínimas dos cuidadores principais de idosos dependentes e residentes em zona rural – Rio Grande – RS – Brasil, 2017

	Família			Amigos			Comunidade			Relações com o sistema social e de saúde		
	Semanal	Mensal	Anual	Semanal	Mensal	Anual	Semanal	Mensal	Anual	Semanal	Mensal	Anual
C1	Filhas	Filhos	-	-	-	-	-	-	-	-	ACS	-
C2	-	Prima; tia	Avô	CE	-	-	-	-	-	-	ACS	-
C3	Filha; irmã; sobrinha	Filhos	Filho(a)	-	-	-	-	CTG	-	-	ACS ESF	-
C4	Filhos (as); irmãos (as)	Irmãos(as)	-	-	-	-	Padre	-	-	-	ACS	TP
C5	-	Netos(as), irmãos(as)	Irmã	-	-	-	-	-	-	-	ACS	-
C6	Afilhadas	Afilhado	-	Vizinha. CT	Conhecidos de longa data	-	-	-	-	ACS	-	-
C7	-	Prima; tia	-	MI, vizinha	-	-	-	-	-	-	ACS	-
C8	Irmão	Primo	-	-	-	-	-	-	-	-	ACS	-
C9	Irmãos(as)	Filhos(as)	-	Vizinha	Vizinhos (as)	-	Igreja	-	-	ESF	-	-
C10	Filho; sobrinho	Neto	-	Cunhada; vizinha	MI; vizinha	-	Igreja, pastor	-	-	ESF	SS	-
C11	Irmã	Tios(as)	-	CT	-	-	-	Igreja	-	ESF	ACS	-
C12	Filha; genro	Cunhado	Filha	Vizinho	-	-	-	Igreja	-	-	-	ACS
C13	Filhos(as)	Cunhados(as); irmãos(as)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ACS
C14	Filhos(as)	-	-	Vizinha	-	-	-	-	-	-	-	-
C15	Cunhado; primos (as); sobrinho; tios (as)	-	-	-	-	-	Pastor	-	-	-	ESF	-
C16	Primo	Tia	-	Vizinha	-	-	-	-	-	-	ACS	-
C17	Filhos (as); irmãos (as); sobrinhos (as)	-	-	Vizinhos (as)	-	-	-	-	-	-	ACS	TP

Legenda: TP – tratamento particular; SS – secretaria de saúde (PAM); MI – Membros da igreja; CE – Colegas de escola; CT – Colegas do trabalho.

OBS: o grau de parentesco “cunhado” encontra-se em dois níveis de relacionamento – família e amigos – em cada uma das entrevistas foi respeitado o círculo indicado pelo cuidador.

Os resultados do instrumento “inventário sobrecarga do cuidador” são apresentados nas figuras 8 e 9 e, sendo mais detalhado no quadro 27.

Figura 8 – Distribuição dos cuidadores de idosos dependentes, conforme os domínios do Inventário de sobrecarga do cuidador, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

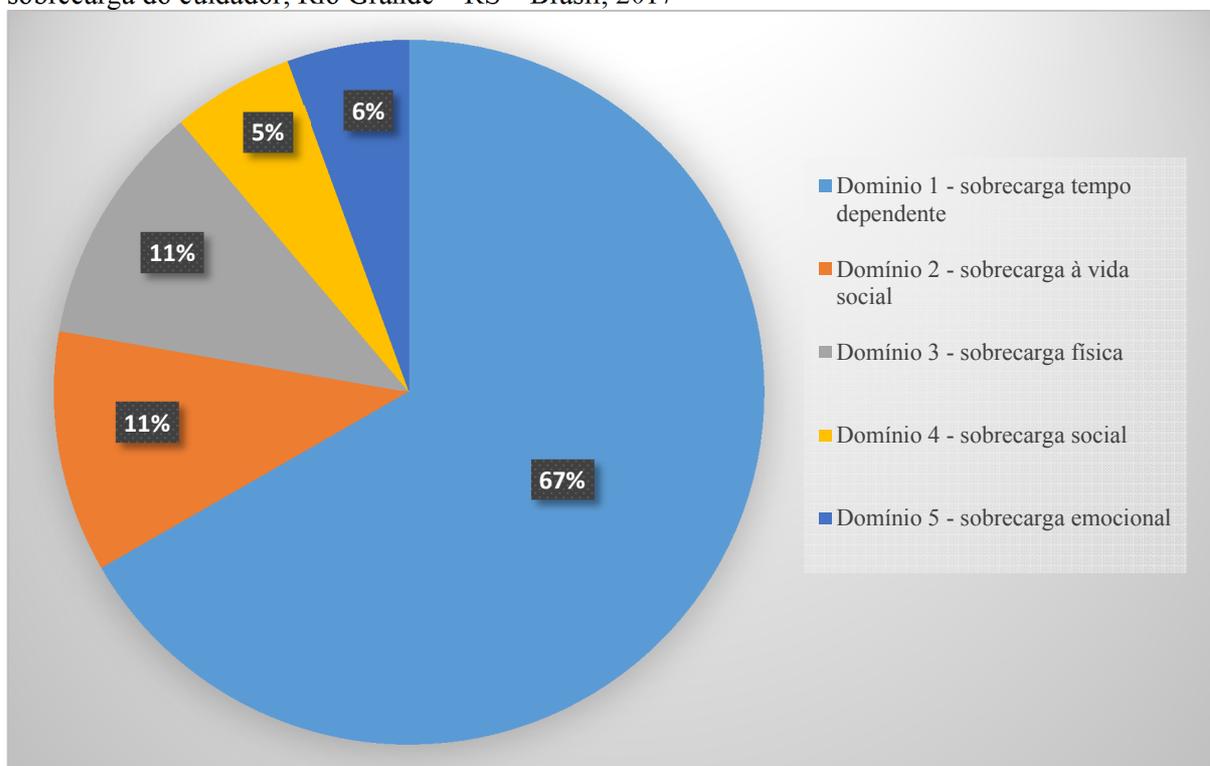
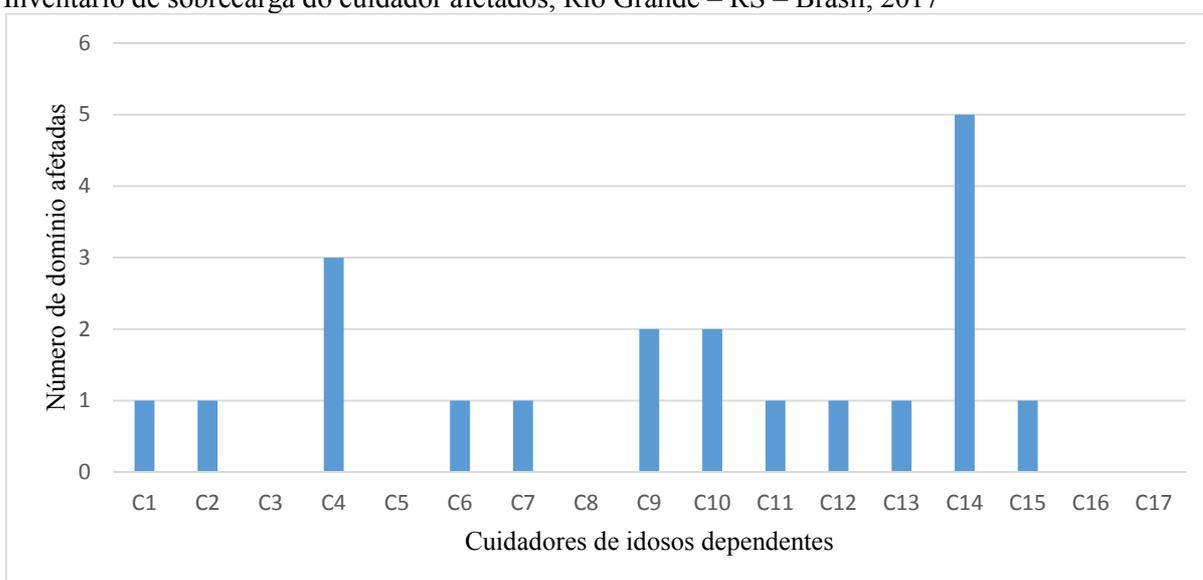


Figura 9 – Distribuição dos cuidadores de idosos dependentes, conforme os números de domínios do Inventário de sobrecarga do cuidador afetados, Rio Grande – RS – Brasil, 2017



Quadro 27 – Apresenta os resultados da aplicação do instrumento Inventário de Sobrecarga do Cuidador, Rio Grande – RS – Brasil, 2017

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17
Domínio 1 - sobrecarga tempo dependente																	
1. A pessoa que eu cuido precisa da minha ajuda para realizar muitas atividades diárias	4	4	4	4	2	3	4	1	4	3	4	4	3	4	3	1	1
2. A pessoa que eu cuido é dependente de mim.	4	4	4	4	4	3	4	2	4	3	4	4	3	4	3	3	4
3. Eu tenho de estar constantemente atento (a) à pessoa que eu cuido.	4	4	2	4	1	3	3	1	1	3	4	4	3	4	3	3	1
4. Eu tenho de ajudar a pessoa que eu cuido em muitas funções físicas básicas (alimentação, eliminações, higiene e locomoção).	4	3	0	4	0	2	4	1	4	3	4	2	3	3	2	1	1
5. Eu não tenho um minuto de descanso no meu trabalho de cuidar.	1	0	0	1	3	4	2	0	1	1	1	1	1	4	1	1	0
Domínio 2 - sobrecarga à vida social																	
1. Eu sinto que estou deixando de viver a minha vida.	1	0	0	3	0	1	1	0	0	1	0	1	1	4	1	1	1
2. Eu gostaria de poder sair desta situação.	3	0	0	3	0	0	1	0	3	1	1	1	1	4	1	2	1
3. A minha vida social tem sido prejudicada.	1	0	1	3	3	1	2	0	0	1	0	1	1	4	1	3	1
4. Eu me sinto emocionalmente esgotado (a) por cuidar desta pessoa.	1	0	1	3	4	1	1	0	0	2	0	1	1	4	1	1	1
5. Eu esperava que as coisas fossem diferentes nesta etapa da minha vida.	3	3	1	3	2	1	3	0	2	3	2	1	1	4	0	1	1
Domínio 3 - sobrecarga física																	
1. Eu não estou dormindo o suficiente.	0	0	1	2	0	1	1	0	4	1	0	3	3	4	1	1	1
2. A minha saúde tem sido prejudicada.	1	0	1	1	0	1	1	0	4	1	0	1	1	4	1	1	1
3. Cuidar desta pessoa tem me deixado fisicamente doente.	0	0	1	3	0	1	1	0	0	3	0	1	1	3	1	1	1
4. Eu estou fisicamente cansado (a).	1	0	1	3	0	1	1	0	3	3	0	1	1	4	1	1	1
Domínio 4 - sobrecarga social																	
1. Eu não me dou com os outros familiares tão bem quanto eu costumava.	0	1	0	0	0	1	1	0	0	3	0	1	1	4	1	1	1
2. As minhas ações de cuidado não são valorizadas por outros familiares.	1	3	3	0	4	1	1	0	0	1	0	1	1	4	1	1	1

3. Eu tenho tido problemas no relacionamento com meu (minha) companheiro (a).	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	4	1	1	1
4. Eu não tenho trabalhado tão bem quanto eu costumava (trabalho fora ou em casa).	3	1	0	0	0	1	1	1	4	1	0	1	1	4	1	1	1
5. Eu fico ressentido (a) com outros parentes que poderiam ajudar, mas não ajudam.	1	1	0	3	3	1	1	0	0	4	0	1	1	4	1	1	1
Domínio 5 - sobrecarga emocional																	
1. Eu me sinto constrangido (a)/ incomodado (a) com o comportamento da pessoa que eu cuido.	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	4	1	1	1
2. Eu sinto vergonha da pessoa que eu cuido.	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1
3. Eu fico ressentido (a) com a pessoa que eu cuido.	3	1	0	0	0	1	1	0	3	1	0	1	1	3	1	1	1
4. Eu me sinto desconfortável quando recebo amigos.	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1
5. Eu fico irritado (a) com a minha interação com a pessoa que eu cuido.	3	3	0	0	0	4	1	0	2	1	0	1	1	4	1	1	1

6.3.8 Ações potencialmente facilitadoras do cuidado aos idosos dependentes em zona rural, sob a perspectiva dos cuidadores

Ao serem inquiridos acerca das ações que poderiam ser implementadas para que o cuidado do idoso dependente pudesse se tornar menos cansativo, os cuidadores voltaram-se para o serviço prestado pelo posto da ESF. Entende-se que isto deve-se ao fato de ser o serviço mais próximo e o mais utilizado por eles. Dessa forma, uma parcela dos entrevistados disse estarem satisfeitos com os serviços e que seria desnecessária qualquer alteração.

No momento, não consigo pensar em nada, pois a ACS agenda as consultas e traz os pedidos de exames e as receitas renovadas, assim como solicita a visita da enfermeira e do médico quando necessário, fato que ajuda muito, por não ter que levá-lo ao posto (C1, cônjuge, 74 anos).

Não sei, porque os profissionais do posto estão sempre aqui, semana passada mesmo o médico veio vê-la (C2, neta, 20 anos).

Está tudo bom, até os médicos à noite atendem bem (C7, filha, 69 anos).

Nada, quando nós precisamos o ACS renova as receitas (C15, neta, 23 anos).

Não faço ideia, porque não usamos os serviços do posto (C17, filha, 64 anos).

A maioria dos cuidadores solicitaram a diminuição do tempo de espera nos agendamentos das consultas e dos exames

Seria bom uma maior agilidade na entrega dos exames que demora muito (C3, cônjuge, 70 anos).

Agilizar a marcação das consultas, dos exames e dos resultados, eu fiz os exames da mãe particular devido à demora (C6, filha, 54 anos).

O posto poderia agilizar as marcações de consultas e exames que são muito demorados (C3, filha, 53 anos).

O problema é a demora para o agendamento das fichas, fiz um agendamento e só consegui consulta para agosto (C9, filha, 55 anos).

Precisa facilitar o agendamento das consultas e a locomoção para comparecer nas mesmas e realizar os exames (C10, cônjuge, 73 anos).

Liberação de um número maior de fichas, agora mesmo vou marcar dentista particular por que aqui no posto eu já desisti [...] esses tempos, a mãe ficou sem medicação porque não tinha quem renovasse a receita e mesmo solicitando os exames e dizendo que são os exigidos pelo Pan para a liberação das medicações, eles não fazem os pedidos (C14, filha, 45 anos).

Outros requereram a melhoria da infraestrutura do posto para o atendimento dos idosos, assim como a organização do serviço e a manutenção do estoque de medicamentos da farmácia.

O que poderia melhorar a qualidade do Postinho em relação à comunidade seria melhorar o prédio, os equipamentos. Nada que fosse muito dispendioso, mas que desse um pouco mais de conforto aos usuários. Além da manutenção da distribuição dos medicamentos, que muitas vezes, encontram-se em falta e não são todos que podem comprá-los (C4, filho, 68 anos).

Falta no postinho um local de observação, onde o idoso possa esperar a medicação fazer efeito de forma mais confortável (deitada), pois faltam acomodações para o atendimento da demanda (C5, filha, 39 anos).

Acertar a falta de medicações (C6, filha, 54 anos).

Precisam de facilitação no agendamento das consultas e locomoção para comparecer nas mesmas e para a realização de exames, e manutenção da liberação dos medicamentos no Posto, porque falta remédio na farmácia (C10, cônjuge, 73 anos).

Os exames são sempre muito cedo. O horário que liberam as fichas para atendimento é muito cedo, o que dificulta para o idoso rural, devido ao deslocamento até o posto para pegar as fichas (C13, cônjuge, 70 anos).

Tiveram aqueles que mencionaram a necessidade de um número maior de profissionais. Da mesma forma, a inserção de profissionais de fisioterapia para melhorar o suporte de saúde dos idosos

Precisa de um fisioterapeuta que pudesse atender os idosos em casa (C6, filha, 54 anos).

Seria bom se tivesse um fisioterapeuta (C10, cônjuge, 73 anos).

Precisa de mais agentes comunitários e fisioterapeutas para atendimento nas casas de quem não consegue ir ao posto (C11, filho, 43 anos).

Entende-se que as medidas que facilitariam o cuidado prestado pelos cuidadores aos idosos rurais concentram-se na manutenção dos serviços já fornecidos, da infraestrutura e da adição de um fisioterapeuta para o atendimento domiciliar dos idosos.

6.4 AÇÕES POTENCIALMENTE FACILITADORAS PARA O DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DOS PROFISSIONAIS DAS ESFs

As reuniões realizadas junto com as equipes que compõem as Estratégia Saúde da Família permitiram a observação da infraestrutura do posto de saúde e as discussões com cada membro da equipe à percepção das dificuldades que estes enfrentam no seu dia-a-dia de serviço.

Até pouco tempo, o posto de saúde do Quinto Distrito mantinha um horário de funcionamento das 8h às 17h, com o atendimento sendo fornecido por duas equipes da ESF. No momento, esse horário foi estendido por meio da disponibilização de profissionais de saúde para atendimento ao público das 19h às 7h. Dessa forma, o posto permanece aberto 22 horas por dia.

Este aumento da disponibilização dos serviços ocorreu devido à elevação em número de habitantes dessa localidade, o que levou ao aumento da procura dos serviços pela população. Ocorreu, também, o processo de descentralização da alimentação de informações nos sistemas do SUS, elevando a carga burocrática efetuada pelos trabalhadores das ESFs.

Considerou-se a redistribuição geográfica e a demora na publicação do edital de contratação de novos ACS, permanecendo as microáreas descobertas, sendo atendidas pelos ACS da microárea vizinha.

Logo, as propostas de ações em saúde, elaboradas juntamente com os profissionais das ESFs, incluem a contratação de novos ACS e a abertura de um Posto de Saúde com atendimento 24 horas à população, desvinculado das equipes das ESFs. Essas ações proporcionariam aos profissionais dessas equipes um melhor desempenho de suas atividades junto à comunidade, de forma a possibilitar o desenvolvimento das atividades assistenciais como as visitas domiciliares, tendo em vista as distâncias entre o Posto e as propriedades, além das dificuldades de acesso às mesmas.

7 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados três artigos que se inter-relacionam, permitindo a compreensão das relações familiares envolvidas no cuidado ao idoso dependente e residente em zona rural. O primeiro artigo intitulado “Alterações nos relacionamentos familiares de idosos rurais: antes e depois da dependência” nos permite compreender a dinâmica dos relacionamentos familiares que envolvem os cuidados prestados aos idosos dependentes. Foi elaborado de acordo com as normas da Revista de Enfermagem da Escola da USP – REEUSP, as quais estão disponíveis em: <<http://www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm>>.

No segundo artigo, “Dificuldades dos cuidadores principais de idosos dependentes e residentes em zona rural”, compreendem-se as dificuldades encontradas pelos cuidadores principais para o suprimento das necessidades dos idosos residentes em zonas rurais. Este artigo foi elaborado de acordo as normas da Revista Brasileira de Enfermagem as quais estão disponíveis em: <<http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm>>.

O terceiro artigo, com o título de “Cuidado ao idoso dependente e residente em zona rural: possíveis ações do apoio formal” permitiu a compreensão das possíveis ações do sistema formal de saúde para o provimento das necessidades de saúde dos idosos rurais. Foi elaborado de acordo com as normas da Revista Texto & Contexto, as quais estão disponíveis em: <<http://www.textoecontexto.ufsc.br/preparo-dos-manuscritos>>.

7.1 ARTIGO 1

Alterações nos relacionamentos familiares de idosos rurais: antes e depois da dependência

RESUMO

Objetivo: identificar as alterações nos relacionamentos familiares decorrentes do processo do cuidado informal prestado ao idoso dependente e residente em zona rural. **Método:** estudo qualitativo, descritivo e transversal. A coleta ocorreu nos domicílios dos participantes, localizados numa comunidade do sul do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de junho a julho de 2017. Os participantes foram 17 cuidadores principais de idosos dependentes. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, sendo organizados e analisados, sob a ótica da Teoria dos Sistemas e conforme a Análise de Conteúdo. **Resultados:** os dados foram organizados em duas categorias: caracterização dos idosos dependentes e seus cuidadores, e alterações nas relações familiares vinculadas às atividades de cuidado ao idoso dependente. **Conclusão:** as famílias rurais visualizam os cuidados aos idosos dependentes como naturais e esperados nesse estágio da vida, com a reorganização das tarefas domésticas com a inserção das atividades de cuidado, acarretando ou não em sobrecarga do cuidador, com o surgimento de sentimentos ambivalentes, porém as bases dos relacionamentos permanecem inalteradas.

Descritores: Relações Familiares; Saúde do Idoso; População rural; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Mundialmente, pesquisadores de diversas áreas têm se voltado às pesquisas relacionadas ao fenômeno do envelhecimento populacional em seus diferentes aspectos⁽¹⁻²⁾. O interesse por essa temática, vinculado inicialmente ao conceito de envelhecimento e, ainda presente na atualidade. O caracteriza como um estágio vital em que ocorrem diminuição de ritmo, desgaste do corpo, presença de doenças, condições incertas de saúde, dependência de outros pela perda de autonomia. Também, está associado a diminuição das relações sociais⁽³⁾ e, constituem alguns dos desafios sociais e políticos de cada nação.

No Brasil, com o aumento em número de pessoas idosas, há a necessidade de adequações do sistema de saúde, pois o país não está preparado para atender essa parcela da

população. A mudança do perfil populacional induz a alterações no quadro epidemiológico nacional, agravando o perfil de morbidade e mortalidade⁽⁴⁾.

Entretanto, sabe-se que a perda das habilidades dos idosos pouco está relacionada com a idade cronológicas das pessoas, mas pelo somatório de acontecimentos de seu percurso de vida, relacionando-se com a forma como se vive ou com a manutenção de maus hábitos, e estes podem ser modificados. O envelhecimento inclui o surgimento e/ou agravamento das comorbidades e não necessariamente de dependência. Logo, existe a iminência de transformações nos sistemas de saúde, para a promoção da constituição de um novo cenário de envelhecimento antagônico ao atual, voltado às práticas curativas⁽⁵⁾.

Nas situações em que os idosos desenvolvem qualquer nível de dependência, a família é inserida no contexto do cuidado e pode ser percebida como um sistema, pois ao ser observada em suas relações, estrutura e dinâmica, depreende-se a interação entre seus membros, na qual qualquer alteração que ocorra com um de seus componentes afeta os demais, o que lhe confere a globalidade⁽⁶⁻⁷⁾. Assim, quando uma pessoa torna-se idosa e dependente, os outros necessitam se reorganizar e/ou se (re)adaptar ao novo contexto, estabelecendo novas rotinas e condutas⁽⁸⁾, esforçando-se para apoiar e ajudá-lo⁽⁹⁾, como também, buscam o reestabelecimento do equilíbrio, sua homeostase e/ou autorregulação familiar⁽⁶⁾.

Geralmente, durante essa (re)adaptação da dinâmica familiar, designa-se um cuidador principal, processo voluntário^(8,10), no qual sua escolha contempla os fatores de parentesco, gênero, proximidade física e aproximação afetiva⁽¹¹⁾. Essas atividades de cuidado a um idoso dependente são visualizadas como complexas, tornando-se ainda mais complexas quando desenvolvidas em áreas rurais.

As zonas rurais, à semelhança das áreas urbanas, têm sofrido alterações nas estruturas familiares. Foi verificada queda no índice de fecundidade, fragmentação das famílias com a diminuição em números da família nuclear e o aumento de famílias compostas por pessoas sozinhas e casais sem filhos⁽¹²⁾. Além, do êxodo rural devido à migração dos jovens das zonas rurais para as urbanas, em busca de melhores condições de infraestrutura, lazer, transporte, acessibilidade ao setor social e saúde, ou seja, novas oportunidades e melhor qualidade de vida⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Nesse contexto, surge uma questão peculiar sobre os idosos residentes em zonas rurais: quais alterações ocorrem nos relacionamentos familiares decorrentes do processo do cuidado informal prestado ao idoso dependente e residente em zona rural? Principalmente, ao considerar-se as mudanças no perfil populacional, as alterações familiares decorrentes do êxodo rural, as diferenças geográficas e de infraestrutura entre as zonas rurais e urbanas. Neste sentido,

precisa-se instigar investigações que abrangem a compreensão das relações de cuidado a esses idosos, pois é somente por meio da apreensão dessas informações que será possível realizar o planejamento de ações de atenção em saúde que supram suas reais necessidades. Portanto, este estudo tem como objetivo: identificar as alterações nos relacionamentos familiares decorrentes do processo do cuidado informal prestado ao idoso dependente e residente em zona rural.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem qualitativa, que ocorreu por meio da colaboração dos agentes comunitários de saúde (ACS), a pesquisadora realizou a identificação e o levantamento do número de famílias rurais cadastradas em duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF), que possuem como membro um ou mais idosos dependentes. A cobertura de atendimento das UESFs contempla 5.770 habitantes, sendo composta por 2.052 famílias com 1.052 idosos⁽¹⁵⁾.

Inicialmente, foi realizada uma reunião com as equipes das UESFs, na qual foram efetuados esclarecimentos sobre o estudo, como também, solicitado o auxílio para a identificação e apresentação aos cuidadores de idosos dependentes em zona rural. Foi acordado que os ACS, ao realizarem suas visitas rotineiras, perguntariam sobre a disponibilidade e interesse dos cuidadores de idosos em participarem da pesquisa. Este cuidado teve como objetivo evitar qualquer constrangimento das famílias na recusa à adesão a pesquisa. Nesta reunião foram identificadas 17 famílias rurais com idosos dependentes.

Para a inclusão dos participantes na pesquisa foram estabelecidos os seguintes critérios: a família deveria conter em sua composição um idoso dependente; o cuidador deveria morar com o idoso e/ou ser responsável pelo seu cuidado e atendê-lo em suas necessidades de saúde diariamente, além de assinarem ou deixarem a digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a exclusão: o falecimento do idoso, número de três tentativas de contato sem sucesso e a internação do idoso no período da coleta de dados. Para a garantia do anonimato dos colaboradores, os dados referentes aos cuidadores principais foram identificados pela letra C seguido do algarismo da entrevista.

Após a identificação das famílias, marcaram-se os dias para acompanhamento dos ACS, para a realização da apresentação dos pesquisadores. Enfatiza-se que os ACS, possuem uma rotina de serviço rigorosa, com a agenda semanal distribuída por atividades. Dessa forma, e para não interferir em suas atribuições, definiu-se que as apresentações poderiam ser

realizadas apenas nas segundas e terças-feiras. Assim, marcou-se um dia para acompanhamento de cada ACS. Como as distâncias das propriedades são relativamente grandes e as condições de acesso precárias, houve situações em que foi preciso marcar com o mesmo ACS um outro dia, de uma outra semana, para poder visitar todas as famílias identificadas em sua microárea.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e após, análise dos prontuários das famílias. As entrevistas foram únicas e gravadas digitalmente, sendo realizadas nos domicílios dos participantes. O roteiro foi submetido a um pré-teste, a fim de se verificar a eficácia quanto ao alcance dos objetivos, por meio de sua aplicação a um idoso e ao seu filho cuidador residente no mesmo local do estudo.

A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2017, pela pesquisadora e por colegas do Grupo de Pesquisa GEP-GERON/FURG, após a efetivação de uma reunião entre os mesmos, que teve como objetivo a apresentação e esclarecimentos acerca da aplicação do instrumento. Esta coleta embasou-se nas informações fornecidas pelas equipes de duas UESFs.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, imediatamente à sua realização, pela pesquisadora principal e os dados passaram pelo processo de validação junto aos entrevistados, sob a ótica da Teoria Geral dos Sistemas⁽⁷⁾ e sendo analisados seguindo as orientações da análise de conteúdo proposta por Bardin⁽¹⁶⁾. A técnica compõe-se de três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e a inferência e a interpretação.

Na pré-análise, a fase inicial da organização e operacionalização das primeiras ideias, realizou-se a leitura “flutuante” dos depoimentos, na qual descobriu-se o núcleo de sentido, a frequência de aparição, conheceu-se o texto e identificaram-se os aspectos envolvidos. Depois da realização das releituras, um conjunto de elementos dentro dos documentos de análise foi demarcado e destacado, constituindo-se o corpus. Este foi o conjunto de documentos considerados e submetidos aos procedimentos de análise, seguindo-se às preconizações do autor no que tange às regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Após estabelecido o corpus, obteve-se a formulação das hipóteses e a relação com os objetivos. Uma hipótese é uma afirmação provisória a que se propõe verificar, recorrendo aos procedimentos de análise⁽¹⁶⁾. Em seguida, elaboraram-se as categorias e a codificação dos discursos. Na categorização, os elementos constitutivos dos discursos foram classificados por diferenciação e, em seguida, reagrupados em razão de caracteres comuns. Nessas categorias foram realizados recortes, agregações e enumerações nos dados brutos, o que permitiu atingir uma representação do conteúdo ou de sua expressão, suscetível de esclarecer as características do texto.

A exploração do material ou descrição analítica resultante das entrevistas versou da codificação em função de regras previamente formuladas. Tratou-se da etapa em que ocorreu a transformação dos dados em unidades que possibilitou a descrição dos conteúdos. A terceira e última etapa da análise constitui-se da aplicação da inferência (operação lógica, que permite a passagem da descrição para a interpretação) e da interpretação dos conteúdos. Nessa interpretação, foram realizadas a análise do conteúdo e a discussão das categorias, correlacionando os temas com o referencial teórico.

O estudo foi autorizado pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva - NUMESC da Prefeitura Municipal do Rio Grande, sob o n. 006/2017, e pelo Centro de Ensino e Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG), sob o n. 005/2017, com a finalidade de atender às exigências da Resolução 466/2012 e o adendo 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

RESULTADOS

Caracterização dos idosos dependentes e seus cuidadores

Dos 17 idosos dependentes do estudo, 13 eram do sexo feminino e quatro do masculino, com idades entre 61 e 91 anos, sendo 11 católicos, cinco evangélicos e um espírita. Em sua totalidade, estudaram até a quinta série e são portadores de comorbidades. Três foram acometidos pelo Alzheimer, dois pela artrose, três com acidente vascular cerebral, um com bronquite, um com diminuição da acuidade visual relacionada ao diabetes, dois com dislipidemia, sete com diabetes mellitus (DM), um com enfisema pulmonar, um com esquizofrenia, 11 com hipertensão arterial sistêmica (HAS), quatro com hiperplasia prostática, um hipertireoidismo, um hipotireoidismo, três com insuficiência cardíaca congestiva (ICC), um com insuficiência renal crônica, um com labirintite, um com osteoporose, um com Parkinson, um com refluxo, um com reumatismo, um com sinusite e um com tumor de ovário. Três idosos apresentaram apenas uma comorbidade, cinco duas associadas, quatro com três, três com quatro, um com cinco e um com seis. Destes, 17 idosos utilizam medicamentos com prescrições médicas, porém 12 usam apenas o que foi prescrito pelo médico, três associam drogas analgésicas sem prescrição de um profissional qualificado - chegando a ingestão de treze substâncias químicas diariamente, e seis adotam chás medicinais junto ao tratamento medicamentoso, e apenas um faz uso de acupuntura e massagem para o alívio das algias.

Já dos 17 cuidadores entrevistados, 12 eram do sexo feminino e cinco do masculino, cinco eram cônjuges dos idosos dependentes, 10 eram filhos e dois netos, com idades entre 21 e 83 anos, corresidindo com o idoso por períodos que variam entre menos de um ano e mais de 60 anos. Dentre eles, um cuidador era desempregado, nove aposentados, um estudante, quatro do lar e dois inseridos no mercado de trabalho formal, com remuneração, em maioria, de um salário mínimo, sendo nove católicos, um indefinido, cinco evangélicos, um espírita e um umbandista. Ainda, 12 cuidadores possuem ensino fundamental incompleto, um ensino fundamental completo, um está cursando o ensino médio, um possui ensino médio completo, um curso de graduação e um analfabeto.

Sete informaram não possuírem comorbidades, três inferiram ser portadores de artrose, um de cálculo renal, um de catarata, dois de diminuição da acuidade visual, dois de DM, cinco de HAS, três de ICC, um de refluxo e três de reumatismo. Alguns cuidadores foram acometidos por mais de uma comorbidade concomitantemente, três referiram ser acometidos por uma comorbidade, quatro por duas, duas por três e uma por quatro. Cinco utilizam medicamentos apenas com prescrições médicas, quatro fazem uso de medicações com prescrição médica concomitantemente com analgésicos sem prescrições de um profissional qualificado - chegando à ingestão de cinco substâncias químicas diárias. Dos cuidadores que não possuem comorbidades, um utiliza medicação sem indicação ou acompanhamento médico e cinco fazem uso de chás medicinais como terapia alternativa. O período de convivência com os idosos varia entre 01 e 60 anos.

Alterações nas relações familiares vinculadas às atividades de cuidado ao idoso dependente

Os cuidadores principais foram questionados quanto às alterações no relacionamento com o (a) idoso (a) antes e depois das necessidades de cuidado ou desenvolvimento da dependência, como também sobre seus sentimentos em assistir estes familiares idosos. Alguns cuidadores referiram que não ocorreram alterações no relacionamento familiar:

Nosso relacionamento sempre foi bom, eu sempre cozinhei e cuidei dela. Agora eu levo café na cama, ajudo a se levantar e tomar banho [...] bem, não tem diferença estar cuidando ou fazer outra coisa (C3, cônjuge, 83 anos).

Sempre tivemos um ótimo relacionamento, a diferença é que antes ela fazia tudo sozinha [...] eu me sinto bem (C8, filha, 53 anos).

O relacionamento continua o mesmo, sem mudanças, nem com o pai doente o meu filho passou a visitar o pai [...] eu me sinto bem, graças a Deus (C10, cônjuge, 73 anos).

Era bom e continua o mesmo [...] eu me sinto bem (C15, neta, 23 anos).

Em outras famílias, o relacionamento foi fortalecido após o desenvolvimento da dependência do (a) idoso (a), como podemos perceber a seguir:

Eu sempre morei com ela, sempre fui a neta que sempre estava com ela. Agora nosso relacionamento melhorou. Temos nossas briguinhas, mas isso é normal [...] eu me sinto a mãe dela (C2, neta, 20 anos).

Sempre foi boa, mas agora está mais fortalecida. Esses dias ele me falou: - Não sei o que seria de mim, sem você para me ajudar a pôr uma roupa, tirar uma roupa. Ficar comigo, mesmo precisando consultar, por não ter com quem me deixar. Acordar de madrugada com esses frios para me abanar [...] eu me sinto bem (C13, cônjuge, 70 anos).

Sempre moramos na mesma propriedade, mas as casas eram mais longe, agora que estamos no mesmo pátio, o relacionamento passou de bom para excelente, mas permanecemos cada uma na sua casa para evitar atritos [...] bem, eu tenho bastante ajuda, porque todos se importam com a mãe (C17, filha, 64 anos).

Outros afirmam que apesar de manterem um bom relacionamento com o (a) idoso (a), após o desenvolvimento da dependência houve alterações nas distribuições das atividades rotineiras do lar, juntamente com a adição dos cuidados ao (à) idoso (a), o que tornou a vida dos cuidadores mais difícil:

Sempre tivemos um bom relacionamento, como sou a filha menor, sempre moramos juntas. Agora, está um pouco mais pesado. Eu só descanso quando ela descansa [...] eu me sinto cuidando de uma criança, precisa ter muito carinho e paciência (C5, filha, 39 anos).

Sempre fomos muito unidos, só que antes era ela quem nos cuidava, dava uns arranca rabos, mas sempre acabava tudo bem. Agora, eu puxo uma rédea aqui e ali, mas acabamos nos entendendo [...] eu me sinto bem, eu gosto de ficar em casa, eu me deito um pouco. Não adianta né, eu não tenho para quem passar o fardo (C6, filha, 54 anos).

Sempre foi bom, antes ela fazia tudo, cuidava da casa, dos bichos. Agora eu tenho que fazer tudo, na hora e como ela quer, já caiu duas vezes dentro de casa, sente tonturas e cai [...] eu me sinto bem (C12, cônjuge, 79 anos).

Nosso relacionamento era excelente, nós fazíamos coisas de mãe e filha, íamos às compras e tudo mais. Agora, está razoável, porque ela não se comunica mais, precisa de constante atenção. Eu só descanso quando ela descansa. Ela não quer morar comigo [...] eu me sinto cansada (C14, filha, 45 anos).

Era bom, a única diferença é que fico mais preso, preciso estar sempre presente, ela esquece das coisas e deixa o fogo aceso [...] eu me sinto cansado, preso, gostaria de ter ajuda para dividir a supervisão dela (C16, filho, 52 anos).

Há situações em que a dependência da pessoa idosa repercutiu negativamente na vida do cuidador e estes utilizaram-se de alternativas para facilitar suas atividades de cuidado, a exemplo disto, temos os depoimentos abaixo:

O nosso relacionamento era bom, ele fazia todas as atividades sozinho, além de fazer os reparos na casa, cuidava dos bichos. Quando teve o AVC, eu tive que assumir tudo sozinha e mais, tinha também que cuidar dele. Precisei consultar, tomar antidepressivos. Até o cigarro de palha dele sou eu quem enrolo [...] eu me sinto bem (C1, cônjuge, 74anos).

Era bom, quase diário, ela morava com o meu pai aqui perto, quando ele faleceu, eu e meus irmãos fazíamos rodízio para passar a noite com ela. Agora que construí uma casa para ela ao lado da minha, facilitou muito, porque ela não queria morar com ninguém [...] eu me sinto cansado, atarefado, fechado, trancado, eu costumava sair, viajar e agora estou reprimido, mas é a necessidade né?! (C4, filho, 68 anos).

Nunca foi dos melhores, ela não queria que eu casasse, pois pensava que iria precisar de mim na velhice, ela sempre viveu dizendo ser muito doente [...] Agora, continua a mesma coisa, a casa com poucas pessoas. Ela sempre foi muito reservada [...] eu me sinto responsável por ela, muitas pessoas dizem que se eu não cuidasse dela, ela já não existiria mais [...] me sinto um pouco presa, por ela precisar de supervisão permanente (C7, filha, 69 anos).

Enfim, encontraram-se situações em que os cuidadores precisaram alterar significativamente suas vidas em prol do cuidado do familiar idoso:

Sempre foi bom, eu vinha vê-los a cada dois finais de semana. Agora, vim para Rio Grande, estou cuidando dele há 3 meses. Já dispensei duas propostas de emprego porque não posso deixar a minha irmã sozinha cuidando dele [...] eu me sinto bem, mas a gente cansa né?! [...] eu não saio mais, não vou a lugar nenhum, a minha rotina foi toda alterada (C9, filha, 55 anos).

Sempre foi bom o nosso relacionamento, eu morava em outro município e sempre vinha visitá-la. Depois do diagnóstico, me mudei para cá para cuidar dela. Agora ela fica sentada o dia inteiro, não fala, não faz nada, se não alcançar a comida, ela não come [...] nem sei te dizer [...] eu gosto, agora está mais fácil, ela está menos agressiva e também não foge mais, ficou mais fácil atender as necessidades dela (C11, filho, 43 anos).

DISCUSSÃO

O perfil dos idosos dependentes encontrados neste estudo assemelha-se em parte aos demais relatados na literatura nacional e internacional. Em Mato Grosso, em zona urbana, o percentual mais elevado foi o de mulheres, na faixa etária de 75 anos, viúvas, sem escolaridade, baixa renda e residindo com os filhos. No Chile, a maioria foram mulheres, com idade média de 73 anos, casadas, com baixa renda e portadores de comorbidades⁽¹⁹⁾. Porém, difere-se do perfil de idosos rurais brasileiros encontrados na literatura científica que indicam a masculinização da população idosa⁽¹³⁾.

Investigação na China rural demonstrou a prevalência de idosos do sexo masculino, com idade média de 72 anos e com baixa renda⁽²⁰⁾, recebendo apoio instrumental e/ou financeiro de familiares⁽²⁾. Ao analisar esses dados, observa-se um diferencial dos participantes deste estudo em relação as demais localidades rurais, com a feminilização da população idosa. Entretanto, condizente no aumento da longevidade e na vulnerabilidade, pois com baixa escolaridade e renda, poucos recursos dispõem para manterem-se, remetendo à necessidade de auxílio.

Em relação ao perfil dos cuidadores de idosos dependentes, observou-se que suas características assemelham-se ao perfil dos cuidadores de idosos de zonas urbanas. Pesquisa realizada em área metropolitana no Pará apresentou um perfil de cuidadores constituído na maioria de pessoas de sexo feminino, casadas, com ensino médio completo, renda entre dois e três salários mínimos, cuidando dos idosos a mais de 12 meses, sendo familiares do idoso⁽²¹⁾.

Na Colômbia, os cuidadores são predominantemente mulheres, com idades entre 36 a 59 anos, casadas, com baixa escolaridade, cuidando dos idosos há mais de 3 anos com uma dedicação de 24 horas por dia⁽²²⁾. Já na China rural, os filhos possuem em média 42 anos, a maioria é do sexo masculino e auxiliam os idosos financeiramente, demonstrando que as relações são influenciadas pelo contexto social e econômico^(2,20). A diferença no sexo predominante dos idosos e cuidadores na China nos faz refletir sobre algumas diferenças culturais entre as nações, porém ainda são filhos, o que significa que a responsabilidade do cuidado permanece sobre a família.

Quanto às relações entre os cuidadores e os idosos, antes e depois do surgimento da dependência, neste estudo, verificou-se a reorganização familiar em prol da manutenção do equilíbrio do sistema⁽⁷⁾ em três dinâmicas diferenciadas. Na primeira, segundo os cuidadores, não perceberam alterações no relacionamento, na segunda, ocorreu o fortalecimento do relacionamento entre os cuidadores e os idosos, e na terceira, a reorganização familiar⁽⁶⁾ para o cuidado incidiu em repercussões significativas nas vidas dos cuidadores e, de certa forma, todas envoltas à ambiguidade de sentimentos.

Quatro cuidadores informaram não ter ocorrido alterações em seu relacionamento com o idoso em função do cuidado. A maioria dos cuidadores que fizeram esta referência residiram com o idoso por toda a sua vida e entendem como um processo natural a troca de funções, deixando de serem cuidados para cuidarem dos idosos. O cuidado familiar é fortemente relacionado aos arranjos de vida, às necessidades dos idosos e à disponibilidade dos cuidadores⁽¹⁾.

Os cuidadores principais desenvolvem as atividades de cuidado ao idoso dependente em meio a sentimentos de dedicação, zelo e amor, sem almejar recompensas, sendo incorporado em suas vidas de forma engrandecedora, pois não o enxergam como um sacrifício. Mesmo tendo conhecimento de seus limites e respeitando suas condições financeiras e físicas, procuram garantir ao máximo o bem estar de seus familiares⁽²³⁾.

O apoio entre os pais e os filhos são mútuos, nos quais os filhos assumem os cuidados aos pais na velhice, por meio de auxílio instrumental, emocional ou financeiro. Essa reciprocidade baseia-se no fato dos filhos terem recebido a ajuda dos pais quando crianças, lembrando o carinho e o amor que receberam na infância, configurando uma interdependência entre os componentes da família^(20,24), conformando a circularidade das relações no sistema familiar⁽⁷⁾. Pesquisa sobre a representação social de idosos em famílias intergeracionais, demonstrou a solidariedade entre os componentes familiares, com a redução dos conflitos pelo exercício da compreensão, levando às atividades de cuidado envoltas a sentimentos como o amor, a felicidade, o respeito e ajuda⁽²⁵⁾.

O fortalecimento do relacionamento entre o cuidador e o idoso dependente foi percebido em depoimentos vinculados ao aumento da proximidade física, retribuição do cuidado recebido e, de certa forma, da infantilização do idoso. Segundo um dos cuidadores, o aumento da proximidade física ampliou o período de contato entre ambos, mesmo residindo em domicílios diferentes, o que minimizou as situações de conflito geradoras de sentimentos ambivalentes. Nesse cenário percebeu-se a necessidade da manutenção da individualidade de cada um dos elementos da relação, ou seja, a não somatividade dos elementos⁽⁷⁾.

O zelo excessivo com a pessoa idosa pode levar à sua infantilização, configurando uma das formas de preconceito contra o idoso, o idadismo. Este torna-se prejudicial quando relacionado aos cuidados familiares, geralmente envoltos por sentimentos como carinho e amor. A família, com o intuito de protegê-lo, acaba por ajudá-lo em demasia, sugerindo que ele, invariavelmente, sempre precise de auxílio, o que diminui o nível de autoestima/autoimagem e identidade, e conseqüentemente, elevando o grau de dependência⁽²⁶⁾.

Os sentimentos ambivalentes foram encontrados mais a florados em circunstâncias que denotaram algum prejuízo ou privação à família. Neste estudo, verificou-se sua conexão com a sobrecarga física, emocional e social do cuidador principal. Estudo verificou que esses sentimentos são vivenciados diariamente pelo cuidador, devido às abdições de sua própria vida em prol da saúde do idoso. Assim, a raiva é observada nos momentos de impaciência durante a realização das atividades de cuidado, a solidão é visualizada na impossibilidade de compartilhamento das experiências vividas como ocorria anteriormente e pela diminuição da interação social⁽²⁷⁾.

Os sentimentos negativos tornam-se presentes nos relacionamentos familiares após o surgimento da dependência no idoso, devido ao aumento das dificuldades para suprir suas necessidades, podendo ser agravados pelo difícil acesso aos serviços de saúde. As famílias precisam se reorganizar para o cuidado do idoso sem o recebimento de orientações dos profissionais de saúde, sendo o cuidado delegado aos familiares com ou sem nenhum conhecimento⁽²⁸⁾.

Esse cenário é agravado quando os idosos são residentes em zonas rurais e de difícil acesso, não se beneficiando dos programas de saúde direcionados ao envelhecimento. Logo, as famílias rurais tornam-se carentes de oferta, absorção e direito de seleção de inúmeras informações em saúde provenientes do meio extrafamiliar⁽⁷⁾, as quais poderiam facilitar as atividades diárias de cuidado aos idosos dependentes e melhorar as condições de saúde tanto dos idosos quanto de seus cuidadores.

Como limitações deste estudo, pode-se destacar a impossibilidade da ampliação dos participantes com a inserção dos demais idosos domiciliados em regiões com cobertura de outras ESFs rurais do município, devido ao difícil acesso às residências dos idosos pela necessidade dos pesquisadores percorrerem longas distâncias em estradas de chão em péssimo estado, muitas vezes para efetuar apenas uma entrevista em um dia. Apesar deste estudo ter englobado 3/4 dos idosos dependentes domiciliados na região das duas ESFs, suas conclusões inviabilizam a generalização dos resultados.

Para a enfermagem, é imprescindível conhecer as relações familiares e a forma como as famílias se organizam para o cuidado do idoso dependente, principalmente no que refere aos idosos rurais que, devido às distâncias e às localidades de difícil acesso, possuem escassos recursos relacionados à saúde. As informações deste estudo corroboram para alterações no ensino-aprendizagem, para um melhor preparo dos profissionais de enfermagem em prol da assistência desses idosos.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a descrição dos idosos dependentes, dos cuidadores principais e dos relacionamentos familiares dos idosos dependentes e residentes em zona rural. Por meio deste, constatou-se que poucas alterações ocorrem entre os relacionamentos do cuidador principal e idoso dependente quando associados ao desenvolvimento de dependência.

O perfil dos idosos das zonas rurais estudadas foi discordante com os demais perfis encontrados na literatura, os quais encontraram a masculinização da velhice rural, porém corroboraram no aumento da longevidade e difícil acesso a recursos, devido à baixa escolaridade e renda. Dessa forma, os idosos residem com seus filhos, os quais são responsáveis pelo provimento de suas necessidades.

Os resultados encontrados sobre os cuidadores principais pouco se diferenciaram do que foi verificado em outros estudos, apresentando-se com predominância feminina, casadas, com baixa escolaridade, baixa renda e residindo com os idosos. Nesta pesquisa, poucos cuidadores haviam constituído residência própria antes de retornarem a viver com os pais, a maioria nunca saiu da casa dos pais.

Percebeu-se que a organização familiar para o cuidado está vinculada à proximidade geográfica e emocional entre os indivíduos, além da disponibilidade da realização do cuidado por outros familiares. Ocorreram três dinâmicas diferenciadas, na primeira, segundo os cuidadores, não perceberam alterações no relacionamento; na segunda, ocorreu o fortalecimento do relacionamento entre os cuidadores e os idosos, e na terceira, a reorganização familiar para o cuidado incidiu em repercussões significativas nas vidas dos cuidadores e, de certa forma, todas envoltas à ambiguidade de sentimentos.

Logo, as famílias rurais visualizam os cuidados aos idosos dependentes como naturais e esperados nesse estágio da vida, com a reorganização das tarefas domésticas, com a inserção das atividades de cuidado, acarretando ou não em sobrecarga do cuidador, com o surgimento de sentimentos ambivalentes, porém as bases dos relacionamentos permanecem inalteradas.

REFERÊNCIAS

1 Grujters, RJ. Family care-giving and living arrangements of functionally impaired elders in rural China. *Ageing & Society*. 2017;37(3):633-55. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001397>

2 Guo M. Parental status and late-life well-being in rural China: the benefits of having multiple children. *Aging Ment Health*. 2014;18(1):19-29. DOI: [10.1080/13607863.2013.799117](https://doi.org/10.1080/13607863.2013.799117)

3 Vilhena J, Novaes JV, Rosa CM. A sombra de um corpo que se anuncia: corpo, imagem e envelhecimento. *Rev. latinoam. psicopatol. Fundam.* 2014;17(2):251-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0381v17n2a08>

4 Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2016 June;19(3):507-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

5 World Health Organization. World report on ageing and health 2015, 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1

6 Ausloos G. La crise: Accident ou occasion, une vision systémique. 2007. Available from: <http://sptf.pt/?lg=%201&idmenu=26>.

7 Von Bertalanffy, L. General system theory. New York: George Braziller; 1968.

8 Schuck LM, De Antoni C. Resiliência e vulnerabilidade no cuidado com o idoso dependente: um estudo de caso. *Temas psicol.* 2014;22(4):941-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-20>

9 Fabrizzi A. Centro dia para idosos frágeis: recursos para a promoção de qualidade de vida. *Estud. interdiscip. envelhec.* 2013;18(2):227-55.

10 Miranda ACC, Sérgio SR, Fonseca GNS, Coelho SMC, Rodrigues JR, Cardoso CL et al. Evaluation of the presence of family caregivers of elderly with cognitive and functional deficits living in Belo Horizonte-MG, Brazil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2015 Mar; 18(1):141-150. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13173>

11 Scalco JC, Tavares KO, Vieira L, Silva JR, Bastos CCC. O dia a dia de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Rev. Kairós.* 2013;16(1):191-208.

12 Bispo CLS, Mendes EPP. Rural/Urbano e Campo/Cidade: Características e diferenciações em debate [Internet]. In: XXI Encontro nacional de geografia agraria, “Territórios em disputa: O desafio da geografia agraria nas contradições do desenvolvimento brasileiro”. Disponível em: http://www.lagea.ig.ufu.br/xx1enga/anais_enga_2012/eixos/1032_1.pdf

13 Castro BG, Funguetto CI, Librelotto NL, Miller IN. O Envelhecimento e a Masculinização Rural: Revisão Bibliográfica. In: Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão. 2014;6(1). Disponível em: <http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/7856>

14 Maia AG, Buaiainain AM. O novo mapa da população rural brasileira. **Confins**. 2015. DOI: 10.4000/confins.10548.

15 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2010. [Internet]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>

16 Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

17 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

18 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510, de 07 de abril de 2016. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

19 Tapia PC, Valdivia-Rojas Y, Varela VH, Carmona GA, Iturra MV, Jorquera CM. Indicadores de fragilidad en adultos mayores del sistema público de salud de la ciudad de Antofagasta. Rev. méd. Chile. 2015 Abr; 143(4): 459-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000400007>

20 Guo, M., Chi, I, Silverstein, M. Sources of older parents’ ambivalent feelings toward their adult children: the case of rural china. Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2013;68(3):420-30. DOI: [10.1093/geronb/gbt022](https://doi.org/10.1093/geronb/gbt022)

21 Araujo JS, Vidal GM, Brito FN, Gonçalves DCA, Leite DKM, Dutra CDT, Pires CAA. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2013 Mar;16(1):149-158.

22 Piratoba-Hernández BN, Rozo-Gutiérrez JN. Caracterización sociodemográfica del cuidador familiar de la persona mayor en una localidad de Bogotá-Colombia. MedUNAB. 2015 Abril-Julio;18(1):51-57.

23 Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. Texto contexto – enferm. 2012 Set; 21(3): 543-548. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300008>

24 Vieira L, Nobre JRS, Bastos CCBC, Tavares KO. Idosos dependentes no domicílio: sentimentos vivenciados pelo cuidador familiar. RBCEH. 2012; 9(1):46-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2012.2303>

25 Silva DM, Vilela ABA, Oliveira DC, Alves MR. A estrutura da representação social de família para idosos residentes em lares intergeracionais. Rev enferm UERJ. Rio de Janeiro, 2015 jan/fev; 23(1):21-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.8739>

26 Vieira RSS, Lima MEO. Estereótipos sobre os idosos: dissociação entre crenças pessoais e coletivas. Temas psicol. 2015 Dez; 23(4):947-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2015.4-11>

27 Oliveria APP, Caldana RHL. As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer. Saude soc. 2012 Sep; 21(3): 675-685. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300013>

28 Reis LA, Bonfim LA. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. Revista Psicologia: Teoria e Prática. 2015;17(3):28-41.

7.2 ARTIGO 2

ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NA FRAGILIDADE DO CUIDADO INFORMAL DOS IDOSOS RURAIS DEPENDENTES

RESUMO

Objetivo:

Conhecer os aspectos que influenciam a fragilidade do cuidado informal aos idosos dependentes e residentes em zona rural.

Método:

Estudo exploratório, descritivo de cunho qualitativo, realizado com 17 cuidadores de idosos dependentes e residentes em zona rural. A coleta ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas nos domicílios dos participantes, no período de junho a julho de 2017. Os dados foram organizados e analisados sob a ótica da Teoria dos Sistemas e conforme a Análise de Conteúdo.

Resultados:

Emergiram três categorias: sentimentos do cuidador nas atividades de cuidado aos idosos dependentes, dificuldades dos cuidadores principais em suprir as necessidades dos idosos dependentes, auxílio recebido para atividades de cuidado ao idoso dependente.

Considerações finais:

Os profissionais de Enfermagem precisam conhecer os aspectos que influenciam no cuidado prestado pelos cuidadores informais aos idosos dependentes e residentes em zonas rurais para desenvolver ações que facilitem o cuidado familiar.

Descritores: Idoso fragilizado. População rural. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Ao passar dos anos, com o processo de envelhecimento, surgem modificações cognitivas, motoras, visuais ou auditivas. Estas podem se tornar um fator de preocupação crescente quando relacionadas ao nível de autonomia e funcionalidade do idoso. Entretanto, este fenômeno ocorre diferentemente entre os indivíduos, ou seja, nem todos os idosos têm as mesmas perdas, precisa-se compreender a complexidade desse processo em sua plenitude⁽¹⁾. É uma sequência natural, em que ocorre uma diminuição progressiva e irreversível da reserva funcional dos indivíduos, também denominado de senescência, que em condições normais não causa problemas maiores para a vida do idoso⁽²⁾.

No Brasil, as famílias são as principais fontes de suporte à população idosa e precisam adequar-se para a prestação dessa assistência, especialmente, quando considera-se que os idosos com mais problemas de saúde apresentam maior grau de dependência para a realização das atividades do dia-a-dia. Ao mesmo tempo, existe por parte do governo uma crítica ao investimento em proteção social, sendo tido como mais um gasto desnecessário e, dessa forma, podendo ser cortado. A preferência é a “utilização do fundo público pelos interesses neoliberais”. Isto direciona, inclusive legalmente, a responsabilidade da assistência dos idosos para as famílias⁽³⁾.

A família envolvida no contexto do cuidado e sendo percebida como um sistema em suas relações, estrutura e dinâmica, ocasiona a ocorrência de uma interação entre seus membros, na qual qualquer alteração com um de seus componentes, afeta os demais. Assim, quando uma pessoa torna-se idosa e dependente, os outros necessitam se reorganizar e/ou se (re)adaptar ao novo contexto, estabelecendo novas rotinas e condutas⁽⁴⁾.

As famílias domiciliadas nas zonas urbanas mencionam ter dificuldades para suprir as necessidades dos idosos dependentes fazendo alusão às alterações nas relações familiares e sociais, a renúncia pelos cuidadores de suas atividades usuais e de seus desejos, tendo como consequências alterações desfavoráveis físicas, emocionais e sociais⁽⁵⁾. Este cenário de cuidado aos idosos dependentes torna-se mais preocupante quando visualiza-se a realidade das famílias rurais que, além das dificuldades conhecidas pelas famílias das zonas urbanas, ainda sofrem com o envelhecimento da população rural que teve um aumento de pessoas com 60 anos ou mais de 33,32% no período compreendido entre 2000 e 2010⁽⁶⁾, associado à diminuição da população devido ao êxodo rural⁽⁷⁾. Investigar os aspectos que influenciam nas fragilidades do cuidado informal aos idosos dependentes e residentes em zona rural contribui para o aprimoramento da compreensão dos profissionais acerca das condições de saúde dos idosos dependentes e suas famílias, pois suas residências são muito distantes dos serviços de saúde e muitas vezes em localidades de difícil acesso, afastadas dos recursos de atendimento de urgência e emergência e com pouca ou nenhuma orientação para as atividades de

cuidado. Diante deste cenário, este estudo visa conhecer os aspectos que influenciam a fragilidade do cuidado informal aos idosos dependentes e residentes em zona rural.

Por esses motivos, torna-se vital que os Enfermeiros e os demais profissionais de saúde conheçam as situações explícitas de saúde ou doença para interagir com contextos específicos que apoiem e fortaleçam a integridade familiar, desenvolvendo, uma assistência que supra as necessidades do idoso dependente e suas famílias, compreendendo as diferentes formas de cuidado desse grupo social.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo obteve autorização pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva - NUMESC da Prefeitura Municipal do Rio Grande, sob o n. 006/2017 e pelo Centro de Ensino e Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG), sob o n. 005/2017. A pesquisa acatou às exigências da Resolução 466/2012 e o adendo 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos⁽⁸⁻⁹⁾. Para a garantia do anonimato dos colaboradores, os dados referentes aos cuidadores principais foram identificados pela letra C, seguido do algarismo da entrevista.

Tipo de estudo

Estudo de campo, transversal, descritivo com abordagem qualitativa.

Cenário do estudo

O cenário do estudo foram os domicílios dos idosos dependentes, atendidos por duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF) rurais, com uma cobertura de aproximadamente 5.770 habitantes⁽⁶⁾, localizado na região sul do Estado do Rio Grande do Sul.

Fontes de dados

Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2017, por meio de entrevista semiestruturada com cuidadores principais de idosos dependentes nos domicílios dos idosos.

Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram: a família devia conter em sua composição um idoso dependente; o cuidador devia morar com o idoso e/ou ser responsável pelo seu cuidado e atendê-lo em suas necessidades de saúde diariamente.

Para a exclusão: o falecimento do idoso, número de três tentativas de contato sem sucesso e a internação do idoso no período da coleta de dados.

Por meio da colaboração dos agentes comunitários de saúde (ACS), realizou-se a identificação e o levantamento do número de famílias rurais, que possuem como membro um ou mais idosos dependentes, cadastradas em duas UESF.

Primeiramente, realizou-se uma reunião com as equipes das UESFs, na qual foram efetuados esclarecimentos sobre o estudo. Nesse momento foi solicitado o auxílio da equipe da UESF para a identificação e apresentação dos pesquisadores aos cuidadores de idosos dependentes em zona rural. Ficou acordado que os ACS, ao realizarem suas visitas rotineiras, investigariam sobre o interesse e a disponibilidade dos cuidadores de idosos em participarem da pesquisa. Com isso, objetivou-se evitar qualquer constrangimento às famílias caso recusassem aderir à pesquisa. Nessa reunião, também, foram identificadas 17 famílias rurais com idosos dependentes.

Em seguida, foram combinados os dias para os pesquisadores acompanharem os ACS, nos quais ocorreram a apresentação dos pesquisadores aos cuidadores principais. Enfatiza-se que os ACS possuem uma rotina de serviço rigorosa, com a agenda semanal distribuída por atividades, dessa forma, e para não interferir em suas atribuições, definiu-se que as apresentações poderiam ser realizadas apenas nas segundas e terças-feiras. Assim, marcou-se um dia para acompanhamento de cada ACS. Como as distâncias entre a UESF e as propriedades são relativamente grandes e as condições de acesso as mesmas precárias, houve situações em que foi preciso remarcar as visitas em outro dia com o mesmo ACS. Optou-se pelo retorno para viabilizar o contato com todas as famílias identificadas em sua microárea.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e análise dos prontuários das famílias nas UESFs. As entrevistas foram únicas e gravadas digitalmente. O roteiro foi submetido a um pré-teste, a fim de se verificar a eficácia quanto ao alcance dos objetivos, por meio de sua aplicação a um idoso e ao seu filho cuidador no mesmo local da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal e por colegas do Grupo de Pesquisa GEP-GERON/FURG, após a efetivação de uma reunião entre os mesmos, que teve como objetivo a apresentação e esclarecimentos acerca da aplicação do instrumento. Esta coleta embasou-se nas informações fornecidas pelas equipes de duas UESFs.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra imediatamente a sua realização pela pesquisadora principal e os dados passaram pelo processo de validação junto aos entrevistados, sendo analisados sob a ótica da Teoria dos Sistemas e da análise de conteúdo proposta por Bardin. A técnica compõe-se de três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e a inferência e a interpretação⁽¹⁰⁾.

Na pré-análise, a fase inicial de organização e operacionalização das primeiras ideias, realizaram-se as leituras “flutuante” dos depoimentos, descobrindo-se o núcleo de sentido, a frequência de aparição, conheceu-se o texto e identificaram-se os aspectos envolvidos. Posteriormente às releituras, compôs-se um conjunto de elementos dentro dos documentos de análise, o qual foi demarcado e destacado, constituindo-se o corpus. Este foi o conjunto de documentos considerados e submetidos aos procedimentos de análise, seguindo-se às preconizações do autor no que tange às regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Após estabelecido o corpus, obteve-se a formulação das hipóteses e a relação com os objetivos. Em seguida, elaboraram-se as categorias e a codificação dos discursos. Na categorização, os elementos constitutivos dos discursos foram classificados por diferenciação e, reagrupados em razão de caracteres comuns. Nessas categorias foram realizados recortes, agregações e enumerações nos dados brutos, o que permitiu atingir uma representação do conteúdo ou de sua expressão, suscetível de esclarecer as características do texto.

A exploração do material ou descrição analítica resultante das entrevistas considerou a codificação em função de regras previamente formuladas. Nessa etapa ocorreu a transformação dos dados em unidades viabilizando a descrição dos conteúdos. A terceira etapa da análise instituiu a aplicação da inferência (operação lógica, que permite a passagem da descrição para a interpretação) e a interpretação dos conteúdos. Nessa interpretação, foram realizadas a análise do conteúdo e a discussão das categorias, correlacionando os temas com o referencial teórico.

RESULTADOS

Participaram do estudo 17 cuidadores principais de idosos dependentes e residentes em zona rural. Destes, doze eram mulheres e cinco homens, na faixa etária de 21 a 83 anos e com média de 56,7 anos. Destes, doze eram casados, três solteiros, um divorciado e um viúvo, sendo nove católicos, um indefinido, cinco evangélicos, um espírita e um umbandista. Encontrou-se um desempregado, nove aposentados, um estudante, quatro do lar e dois inseridos no mercado de trabalho formal, dos quais, um recebe pouco mais que dois salários mínimos, sete são aposentados recebendo um salário mínimo, sete não possuem renda e dois optaram por não informar. Um analfabeto, doze com ensino

fundamental incompleto, um ensino fundamental completo, um está cursando o ensino médio, um com ensino médio completo e um com curso superior. Sete livres de comorbidades e cinco acometidos por até quatro doenças, fazendo uso de até cinco substâncias químicas concomitantemente.

Em relação aos 17 idosos dependentes, encontraram-se treze mulheres e quatro homens, numa relação de 2,7 mulheres para cada homem na faixa etária de 61 a 91 anos e com média de 80 anos. Destes, cinco eram casados e 12 viúvos, sendo 11 católicos, cinco evangélicos e um espírita. Em sua totalidade, eram aposentados rurais e possuíam escolaridade até a quinta série, com remuneração de um salário mínimo, mantinham as atividades em suas propriedades. Todos acometidos por comorbidades e fazendo uso de até treze substâncias químicas simultaneamente.

Do processo de análise das alocações dos participantes emergiram três categorias: sentimentos do cuidador nas atividades de cuidado aos idosos dependentes; dificuldades encontradas no cuidado do idoso dependente e auxílio recebido para as atividades de cuidado ao idoso dependente.

Sentimentos do cuidador nas atividades de cuidado aos idosos dependentes

O contato diário e permanente das atividades de cuidado entre o cuidador principal e o idoso dependente, desencadeia diversos sentimentos no cuidador. A maioria dos cuidadores expressa sua satisfação na realização das atividades, conforme as falas a seguir:

Eu me sinto bem (C1, cônjuge, 74 anos; C8, filha, 53 anos; C12, cônjuge, 79 anos; C13, cônjuge, 70 anos; C15, neta, 23 anos).

Eu me sinto bem, graças a Deus (C10, cônjuge, 73 anos).

Bem, eu tenho bastante ajuda, porque todos se importam com a mãe (C17, filha, 64 anos).

Outros cuidadores expressam certa ambiguidade quando questionados sobre os seus sentimentos nas atividades de cuidado, como verifica-se abaixo:

Bem, eu gosto de ficar em casa, eu me deito um pouco [...]. Não adianta né, eu não tenho para quem passar o fardo (C6, filha, 54 anos).

Bem, não tem diferença estar cuidando ou fazer outra coisa (C3, cônjuge, 83 anos).

Nem sei te dizer [...], mas eu gosto, agora está mais fácil, ela está menos agressiva e também não foge mais, ficou mais fácil atender as necessidades dela (C11, filho, 43 anos).

As consequências físicas e sociais também podem ser percebidas nos dizeres dos cuidadores de idosos dependentes, como observado a seguir:

Eu me sinto bem, mas a gente cansa né?! [...] eu não saio mais, não vou a lugar nenhum, a minha rotina foi toda alterada (C9, filha, 55 anos).

Cansada (C14, filha, 45 anos).

Cansado, preso, gostaria de ter ajuda para dividir a supervisão dela (C16, filho, 52 anos).

Cansado, atarefado, fechado, trancado, eu costumava sair, viajar e agora estou reprimido, mas é a necessidade né?! (C4, filho, 68 anos).

Alguns cuidadores principais entendem a dependência do idoso (a) e a necessidade de atividades de cuidado como uma obrigação satisfatória, chegando às manifestações que denotam certa infantilização do idoso (a), como notado abaixo:

Eu me sinto a mãe dela (C2, neta, 20 anos).

Eu me sinto cuidando de uma criança, precisa ter muito carinho e paciência (C5, filha, 39 anos).

Eu me sinto responsável por ela, muitas pessoas dizem que se eu não cuidasse dela, ela já não existiria mais [...] me sinto um pouco presa, por ela precisar de supervisão permanente (C7, filha, 69 anos).

Dificuldades encontradas no cuidado ao idoso dependente

Ao serem interrogados acerca das dificuldades que encontram para cuidar do idoso (a) dependente, a maioria dos cuidadores referiu não encontrar nenhuma dificuldade:

Não tenho nenhuma dificuldade (C2, neta, 20 anos; C9, filha, 55 anos; C15, neta, 23 anos).

Não tenho nenhuma dificuldade, quando ela caiu, ficou na cama e eu levava as refeições para ela (C3, cônjuge, 83 anos).

Não encontro nenhuma dificuldade, porque temos muitos amigos e os médicos prestam bastante orientações e ainda tem o celular que ponho para despertar nos horários das medicações (C4, filho, 68 anos).

Não sinto dificuldades, porque contratei uma senhora, ela mora aqui na rua, que chamo quando preciso (C7, filha, 69 anos).

Não tenho dificuldades, mesmo porque cuidar dela é obrigação da gente (C3, filha, 53 anos).

Não tenho dificuldade nenhuma, nada é difícil para mim (C12, cônjuge, 79 anos).

Outros cuidadores relatam que a dificuldade que encontram refere-se à teimosia dos idosos em acatar as orientações de outras pessoas:

Ela se irrita que a medicação não faz efeito imediato, então depois da primeira dose não quer tomar mais (C4, filho, 68 anos).

As dificuldades aparecem quando ela está doente, porque recusa-se a ir no médico. Daí, quando está bem quer ir (C6, filha, 54 anos).

Encontro dificuldades para atividades diárias, quando ela se recusa a comer, não consigo vê-la sem vontade de viver, essa apatia, essa calma dela, sem reação nenhuma (C14, filha, 45 anos).

A teimosia dela, tudo ela sabe, e não se entrega, muitas vezes sente dores e usa o andador, recusa-se a usar a cadeira de rodas, não fica quieta, já sofreu seis fraturas (C17, filha, 64 anos).

Quando se trata de uma cuidadora mulher, encontram-se reclamações sobre a necessidade da utilização de força física no cuidado do idoso (a):

Agora, as dificuldades diminuíram, ele está se recuperando, mas antes precisava levá-lo ao banheiro de cadeira, agora a dificuldade é apenas para dar o banho (C1, cônjuge, 74 anos).

Não tenho força suficiente nem idade para realizar todos os cuidados, principalmente para dar banho, sinto dores nos braços e nas mãos (C10, cônjuge, 73 anos).

A única dificuldade que sinto é quando preciso fazer força para levantar da cama, trocar as fraldas e dar banho (C11, filho, 43 anos).

A minha dificuldade é não ter forças com ele. Já aconteceu de ele desmaiar e cair e eu não tive forças para ajudar (C13, cônjuge, 70 anos).

Encontraram-se relatos dos cuidadores referentes à ausência de ajuda para a realização do cuidado do idoso (a)

Me sinto cansada, tenho 54 anos e sou a caçula, não posso pedir mais ajuda para os meus outros irmãos que trabalham e possuem idade avançada (C5, filha, 39 anos).

Minha maior dificuldade é não poder sair sem deixar alguém supervisionando. Ela já recebeu visita de estranhos dizendo estarem fazendo uma entrevista e assinou uns papéis. Tivemos um prejuízo maior que R\$ 10.000,00 (C16, filho, 52 anos).

Perceberam-se também dificuldades relacionadas à obtenção de medicamentos e sentimento de impotência:

A minha maior dificuldade é o sentimento de impotência quando ela passa mal (C5, filha, 39 anos).

O problema é que a medicação que ela toma não é vendida nas farmácias, somente é fornecida pelo INSS, e às vezes não tem (C14, filha, 45 anos).

Auxílio recebido para as atividades de cuidado ao idoso dependente

Identificou-se a presença de duas formas de apoio, a primeira consiste no auxílio recebido pelos cuidadores para as atividades de cuidado dos idosos provenientes do meio familiar e o segundo do sistema de saúde, com a disponibilidade de auxílio formal.

Em relação ao auxílio informal recebido dos familiares, dos 17 cuidadores entrevistados, 13 (C1, C2, C4, C5, C6, C8, C9, C10, C11, C12, C13, C15, C17) referiram receber ajuda de outros

familiares e quatro (C3, C7, C14, C16) disseram serem carentes de ajuda. Destes, três justificaram com o fato de serem filhos únicos, não possuindo um (a) irmão (ã) para dividir as atividades e um relatou que mesmo que a filha os visite uma vez por semana, a responsabilidade de todo o cuidado da esposa é dele.

Dentre os artifícios utilizados pelos cuidadores carentes de auxílio para o cuidado do idoso (a), um diz fazer todas as atividades sozinho, sem ter a quem recorrer em nenhuma situação (C3), um relata que em circunstâncias importantes solicita o acompanhamento de sua esposa para o idoso (C16), uma infere que deixa o idoso sob a observação da neta pequena por pequenos períodos, como quando precisa ir na venda (C14) e uma contratou uma cuidadora para auxiliá-la, pois também é idosa e portadora de comorbidades (C7).

O grau de parentesco das pessoas que se disponibilizam para ajudar os cuidadores principais nas atividades de cuidado compreende: esposo (C1), esposa (C4), netos (C11), prima (C2), sobrinhos (C17) e irmãos (C5, C6, C8, C9, C10, C11, C12, C13, C15, C17).

Ao mencionarem o auxílio formal, dentre o conjunto de cuidadores entrevistados 16 (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11, C12, C13, C14, C15, C16) disseram utilizar os serviços de saúde formal em alguma ocasião, apenas um cuidador referiu que a família prefere utilizar os serviços de profissionais particulares para todo o tratamento da idosa, porém recebem a visita do agente comunitário de saúde regularmente (C17). Entretanto, o sistema de saúde público possui problemas relacionados à infraestrutura, demanda elevada de usuários, o que gera certo grau de insatisfação, conforme os discursos a seguir:

O problema é que a demora para fazer os exames nos obriga a buscar o atendimento particular (C5, filha, 39 anos).

É difícil conseguir o que se precisa no posto, porque são muitas pessoas que precisam (C9, filha, 55 anos).

O ACS vem todos os meses, mas neste ano ainda não tivemos nenhuma visita domiciliar dos profissionais do posto (C12, cônjuge, 79 anos; C13, cônjuge, 70 anos).

A gente vai no posto e eles nos atendem de má vontade, como se tivessem nos fazendo um favor [...] a ACS não faz as visitas como deveria, nem entrega os exames quando solicitado [...] quando precisamos do posto à noite, ao chegar lá, o médico está dormindo, mal avalia a minha mãe e atende com pressa (C14, filha, 45 anos).

Neste ano, ela ainda não conseguiu consultar, porque as fichas são poucas [...] tem o problema do horário de distribuição das fichas, tem que ir cedo para a fila e o primeiro ônibus só passa às 9h da manhã e ainda precisa conseguir alguém para não deixá-la sozinha (C16, filho, 52 anos).

Destaca-se que estes os cuidadores que manifestaram algum grau de insatisfação relacionado a assistência fornecida pela UESF, residem geograficamente longe, quando comparados aos cuidadores que disseram estar satisfeitos.

DISCUSSÃO

A utilização da Teoria dos Sistemas⁽¹¹⁾, referencial teórico que norteou a análise dos dados, possibilitou a visualização da interdependência das condições de saúde dos idosos dependentes e seus cuidadores com as dificuldades do cuidador principal em suprir as necessidades dos idosos, os sentimentos emergentes no cuidador durante as atividades de cuidado, o auxílio recebido pelo cuidador para o cuidado ao idoso, demonstrando a influência que esses aspectos exercem sobre o cuidado aos idosos, configurando dessa forma a globalidade e a circularidade do sistema em estudo.

Os idosos deste estudo revelaram-se divergentes no sexo aos encontrados na literatura⁽¹²⁾ científica voltada as zonas rurais. E, compatível com as investigações realizadas nas zonas urbanas, com o perfil de idosos composto em sua maioria por mulheres com idade média de 75 anos, viúvas, com baixa renda, baixa escolaridade, residindo com familiares e portadoras de comorbidades⁽¹³⁾. Assim como, dos cuidadores, pessoas do sexo feminino, casadas, cuidando dos idosos há pelo menos 12 meses e com algum grau de parentesco com o idoso⁽¹⁴⁻¹⁷⁾, com um período de dedicação de 24 horas por dia⁽¹⁸⁾. Ao analisarem-se esses dados, identifica-se o sexo como um diferencial dos participantes deste estudo. Contudo, observa-se a feminilização da população idosa, o aumento da longevidade e da vulnerabilidade, pois com baixa escolaridade e renda, poucos recursos dispõem para manterem-se, remetendo à necessidade de auxílio.

Diferentemente da literatura latino-americana, na China foram encontrados idosos em sua maioria do sexo masculino, porém com uma faixa etária de 72 anos, baixa renda e recebendo auxílio instrumental e/ou financeiro de seus filhos. A diferença na predominância do sexo masculino também foi observada no perfil dos cuidadores, que possuem faixa etária média de 42 anos⁽¹⁹⁾. O diferencial no sexo predominante dos idosos e cuidadores na China nos faz refletir sobre algumas peculiaridades culturais entre as nações, porém ainda são filhos, o que significa que a responsabilidade do cuidado permanece sobre a família.

O processo de cuidar de um idoso dependente exige do cuidador dedicação, conhecimento e, às vezes, abdicação de algumas de suas relações interpessoais⁽²⁰⁾. Por consequência, desperta sentimentos ambivalentes que englobam retribuição, gratidão, angústia, dúvidas, raiva, entre outros, suscitando situações em que pode ser observado o despreparo técnico e emocional do cuidador frente às necessidades do idoso dependente. Essas alterações nas relações entre os membros da família

dificultam o fornecimento de cuidados adequados ao idoso⁽⁴⁾.

Neste estudo, perceberam-se cuidadores sentindo-se conformados, indiferentes, reprimidos e impotentes durante o convívio com o idoso dependente. Esses sentimentos são comumente presentes nos relacionamentos familiares após o surgimento da dependência no idoso devido ao aumento das dificuldades para suprir suas necessidades, podendo ser agravados pelo difícil acesso aos serviços de saúde⁽²¹⁾.

A visualização do idoso como uma criança, também foi percebida nas falas dos entrevistados. Essa percepção foi associada à necessidade de auxílio devido à dependência física, à resistência do idoso em concordar com o que o cuidador acredita ser necessário. Podendo ocorrer em consequência do nível de dependência emocional e/ou física que os idosos desenvolvem em relação ao cuidador⁽²²⁾.

As dificuldades dos cuidadores para o atendimento ao idoso dependente geralmente estão relacionadas às situações em que o cuidador principal é escolhido conforme a proximidade em que reside do idoso ou por dividir o domicílio com este e/ou pela inviabilidade ou indisponibilidade de outra pessoa para a atividade, sem receber preparo algum para as atividades que irão ter que realizar⁽²¹⁾. As habilidades e qualidades do cuidador são desenvolvidas no dia a dia, aprendendo conforme emergem as necessidades do idoso^(20,23) conforme ocorre nas localidades rurais.

Na presente pesquisa verificou-se que as dificuldades encontradas pelos cuidadores para a realização das atividades de cuidado dos idosos dependentes, compreendem a teimosia do idoso em aceitar as decisões alheias acerca de si, a falta de força física do cuidador para o atendimento das necessidades desses, o sentimento de impotência frente às condições de saúde do idoso, a impossibilidade da obtenção da medicação necessária e falta de uma outra pessoa para a divisão do cuidado ao idoso.

Estudos^(4,20,23-25) sobre as alterações na dinâmica familiar voltadas ao cuidado ao idosos evidenciaram que, durante o processo de cuidar, ocorrem mudanças no cotidiano, as quais abrangem os aspectos pessoais, sociais e profissionais. O cuidador acaba abdicando de suas metas em prol do cuidado. Com isso, há a redução do período de lazer. Aumento na sobrecarga de atividades do cuidador, o qual torna-se responsável pelo cuidado do idoso, dos filhos, da casa e por vezes, de atividades remuneradas. Ocorre, também, a progressão do nível de dependência do idoso, exigindo do cuidador cada vez mais intensidade e tempo para o cuidado^(20,24).

As dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos no domicílio encontravam-se vinculadas ao tempo dispensado para cuidar do outro, ao comprometimento das atividades domésticas, ao despreparo para suprir as necessidades do paciente acamado, à sobrecarga física, à falta de recursos materiais, à ausência de estrutura física dos domicílios, à renúncia de sua própria vida e à ineficácia do suporte formal de saúde⁽²⁶⁾.

Outros fatores críticos como a escassez de recursos financeiros para a manutenção do conforto e/ou tratamento do idoso e família^(20,23-24), pouco ou nenhum suporte familiar, falta de reconhecimento do seu trabalho junto ao idoso por parte dos demais membros da família e o desconhecimento sobre o apoio que pode ser fornecido pela rede de saúde pública⁽²³⁾. Para a amenização desse cenário, os cuidadores precisam de um tempo de descanso, o qual deve ser considerado como um período destinado para a realização de atividades para a sua satisfação, para relacionamento e socialização⁽²⁵⁾.

Conforme os dados analisados, observou-se que as relações sociais tanto dos idosos quanto dos cuidadores restringem-se principalmente aos membros das famílias e que apesar da maioria dos cuidadores inferirem receber ajuda para as atividades de cuidado dos idosos, essa ajuda geralmente ocorre em situações especiais, como, quando o idoso apresenta alguma enfermidade e requer ser transportado até os serviços de saúde, não configurando um auxílio diário ou contínuo dos familiares.

Investigação sobre a vivência dos cuidadores na prática do cuidado domiciliar verificou que mesmo que os cuidadores principais recebam auxílio diariamente de outros membros da família, estes têm sua vida pessoal e social anulada pelo tempo ininterrupto dispensado aos cuidados com o idoso e dificuldades para a mobilização de ajuda de outras pessoas em situações extremas⁽²⁷⁾.

Quanto às dificuldades junto ao sistema de saúde público arroladas à demora para agendar consultas, realizar exames, a inexistência de visitas domiciliares aos idosos residentes nas propriedades mais afastadas e de difícil acesso e ao estresse dos profissionais de saúde durante o atendimento de pacientes na madrugada nos postos da UESFs, estão relacionadas às sobrecargas de trabalho. Averiguação acerca das cargas dos profissionais de enfermagem da UESFs com análise sobre suas implicações nas efetividades do acesso universal encontrou déficits nas condições e na gestão de trabalho. Destacou o excesso da demanda, infraestrutura inadequada, sobrecarga de serviço. Todos esses fatores repercutem nos usuários dos serviços, diminuindo a resolubilidade da assistência⁽²⁸⁾.

Estudo realizado em Minas Gerais verificou que as acessibilidades dos usuários aos serviços das UESFs estão relacionadas aos insuficientes repasses financeiros e à baixa cobertura dos serviços, à alta rotatividades dos moradores, a barreiras geográficas, deficiência no sistema de referência e contra referência, assim como ocorre com os idosos domiciliados em zonas rurais, há dificuldade de acesso decorrente de longas distâncias⁽²⁹⁾.

Autores⁽²⁸⁾ consideram que existe a necessidade de maiores investimentos nos serviços de saúde. Isto reduziria as cargas de trabalho, propiciando alterações nas condições de afazeres e na gestão, contribuindo ao acesso universal e efetivo. Sabe-se que as famílias constituem a principal forma de apoio informal aos idosos, porém o Estado não pode transferir a totalidade das ações de cuidado às famílias, e sim, deve se responsabilizar nos três níveis de atenção pela proteção, promoção

e recuperação da saúde do idoso⁽²²⁾.

Limitações do estudo

Destaca-se como limitação deste estudo, a impossibilidade da ampliação dos participantes com a inserção dos demais idosos domiciliados nas zonas rurais do município. A cidade possui nove unidades de cobertura rural e, devido ao difícil acesso às residências dos idosos pela necessidade de os pesquisadores percorrerem longas distâncias em estradas de chão em péssimo estado, muitas vezes para efetuar apenas uma entrevista em um dia, associado à data limite para o término da pesquisa. Apesar deste estudo ter englobado 74% dos idosos dependentes domiciliados na região das duas UESFs, suas conclusões inviabilizam a generalização dos resultados.

Contribuições para a área da enfermagem

Os Enfermeiros para conceberem estratégias e ações de atenção em saúde, primeiramente necessitam conhecer o contexto de vida diária de cada família, sua estrutura, sua dinâmica, as particularidades de cada membro e a forma como ocorrem as relações intra familiares, respeitando sua cultura, seu poder econômico, além de suas relações sociais. Isto facilitará sua comunicação com os idosos e suas famílias, proporcionando uma relação de confiança e promovendo uma melhor adesão às orientações fornecidas, pois as diretrizes estarão em conformidade com os hábitos e rotinas dessas famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os aspectos que influenciam a fragilidade do cuidado informal aos idosos dependentes e residentes em zona rural são relacionadas às dificuldades encontradas para as atividades de cuidado diárias; aos sentimentos ambivalentes; ao pouco ou nenhum auxílio recebido para o desempenho do cuidado; as longas distâncias entre seus locais de moradia e a UESF. Estes se inter-relacionam e, dessa forma, podem melhorar ou agravar o suprimento das necessidades dos idosos. Nesta pesquisa, esses fatores em sua atual apresentação foram reconhecidos como prejudiciais pelos cuidadores de idosos dependentes em zonas rurais.

Aspecto importante consiste nas longas distâncias entre os domicílios dos idosos e a UESF e as precárias condições de trânsito nas estradas chão que associado a precária cobertura do sistema de saúde, devido a poucos recursos e/ou problemas na gestão, possuem um alcance mínimo sobre esses

moradores, conseqüentemente, refletem sobre as condições de saúde dos idosos e de seus cuidadores, pois os mesmos tornam-se desprovidos de orientações e de uma assistência adequada à saúde.

A superação das fragilidades encontradas relaciona-se com investimentos em estratégias e ações em saúde, para a melhoria da infraestrutura física, otimização da gestão, e assim, melhorar o atendimento, possibilitando a universalização da assistência com a abrangência dos usuários mais carentes de cuidados e domiciliados nas localidades mais distantes.

Dessa forma, torna-se imprescindível que os profissionais de Enfermagem conheçam os aspectos que influenciam no cuidado prestado pelos cuidadores informais aos idosos dependentes e residentes em zonas rurais, pois é somente por meio da obtenção dessas informações que poderá se desenvolver ações que facilitem o cuidado familiar nessas localidades.

REFERÊNCIAS

- 1 Teixeira SMO, Marinho FXS, Junior DFC, Martins CO. Reflexões acerca do estigma do envelhecer na contemporaneidade. *Estud. interdiscipl. envelhec.* 2015 Porto Alegre; 20(2):503-515.
- 2 Catapan NR, Brito RS, Cavalcanti PP, Pereira DP, Torres N. Compreendendo a senescência na ótica da sexualidade feminina. *Ciência et Praxis*. [Internet]. 2014; 7(14):19-24. Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2142/1134>
- 3 Silva A, Dal Prá KR. Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. *Argumentum*, [Internet]. 2014; 6(1):99-115. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/7382/5754%20/>
- 4 Schuck LM, De Antoni C. Resiliência e vulnerabilidade no cuidado com o idoso dependente: um estudo de caso. *Temas psicol.* [Internet]. 2014[citado em 27 março 2017];22(4):941-951. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n4/v22n04a20.pdf>
- 5 Anjos ACY, Zago MMF. Resignification of life of caregivers of elderly patients with cancer. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2014 Oct [cited 2017 Aug 04]; 67(5): 752-758. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670512>

- 6 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2010. [Internet]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>
- 7 Maia AG, Buaiainain AM. O novo mapa da população rural brasileira. Confins [Internet]. 2015;25, posto online no dia 19 Novembro 2015. Disponível em: <http://confins.revues.org/10548>.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510, de 07 de abril de 2016. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- 10 Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- 11 Von Bertalanffy, L. General system theory. New York: George Braziller; 1968.
- 12 Castro BG, Funguetto CI, Librelotto NL, Miller IN. O Envelhecimento e a Masculinização Rural: Revisão Bibliográfica. In: Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão. 2014;6(1). Disponível em: <http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/7856>
- 13 Tapia PC, Valdivia-Rojas Y, Varela VH, Carmona GA, Iturra MV, Jorquera CM. Indicadores de fragilidad en adultos mayores del sistema público de salud de la ciudad de Antofagasta. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 Abr [cited 2017 Aug 01]; 143(4): 459-466. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000400007>.
- 14 Araújo JS, Vidal GM, Brito FN, Gonçalves DCA, Leite DKM, Dutra CDT, Pires CAA. Profile of caregivers and difficulties in elderly care in the city of Ananindeua, State of Para, Brazil Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2013 Mar [cited 2017 Aug 02];16(1):149-158. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100015&lng=en.
- 15 Chibante CLP, Santo FHE, Aquino ACO. The reactions of the family companion of hospitalized elderly facing stressful situations. J. res.: fundam. care. online. [Internet]. 2015. jul./sep.;7(3):2961-

2973. Available from:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3899/pdf_1656

16 Bagne BM, Gasparino RC. Qualidade de vida do cuidador do portador de Doença de Alzheimer. Rev. enferm. UERJ. 2014;22(2):258-263.

17 Souza IC, Moreira LR, Neves MS, Quirino ACS, Silva AG. Profiles of dependent hospitalized patients and their family caregivers: knowledge and preparation for domiciliary care practices. Rev Min Enferm. 2014; 18(1): 173-180. DOI: 10.5935/1415-2762.20140013

18 Piratoba-Hernández BN, Rozo-Gutiérrez JN. Caracterización sociodemográfica del cuidador familiar de la persona mayor en una localidad de Bogotá-Colombia. MedUNAB [Internet]. 2015 Abril-Julio [cited 06 Apr 2017];18(1):51-57. Available from: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=2189&path%5B%5D=2057>

19 Guo, M., Chi, I, Silverstein, M. Sources of older parents' ambivalent feelings toward their adult children: the case of rural china. Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences [Internet]. 2013;68(3):420-430. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3627660/>

20 Fuhrmann AC, Bierhals CCBK, Santos NO, Paskulin LMG. Association between the functional capacity of dependant elderly people and the burden of family caregivers. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 Mar [cited 2017 Aug 05] ; 36(1): 14-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.49163>.

21 Reis LA, Bonfim LA. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. Revista Psicologia: Teoria e Prática. [Internet]. 2015;17(3):28-41. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/6992/5526>

22 Almeida L, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Care performed by family caregivers to dependent elderly, at home, within the context of the Family Health strategy.. Texto contexto –

enferm. [Internet]. 2012 Sep [cited 2017 Aug 02]; 21(3): 543-548. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300008>.

23 Oliveria APP, Caldana RHL. As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer. Saude soc. [Internet]. 2012 Sep [cited 2017 Aug 02]; 21(3): 675-685. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300013

24 Coelho GS, Alvim NAT. Family dynamics, stages of the elderly with Alzheimer disease, and stages experienced by the family in relation to home care. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2004 Oct [cited 2017 Aug 05]; 57(5): 541-544. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500005>

25 Briceño C, Vidal L, Pérez N, Álvarez E, Silva MI, Núñez N, Carvalho S. Percepciones de las personas que participan en el programa adulto mayor dependiente de la Fundación Cerro Navia Joven: una mirada desde la ocupación. Rev. chil. ter. ocup. 2015; 15(1):109-122.

26 Meneguín S, Ribeiro R Difficulties of caregivers providing palliative care to patients covered by the family health strategy. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 05]; 25(1):e3360014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003360014>

27 Carvalho DP, Toso BRGO, Vieira CS, Garanhan ML, Rodrigues RM, Ribeiro LFC. Caregivers and implications for home care. Texto Contexto Enferm. [Internet]. Florianópolis, 2015 June [cited 2017 Aug 04]; 24(2): 450-458. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000782014>

28 Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Nursing workloads in family health: implications for universal access. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 05]; 24:e2677. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>.

29 Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Factors associated to the access to health services from the point of view of professionals and users of basic reference unit. Saude soc. [Internet]. 2015 Mar

[cited 2017 Aug 05] ; 24(1): 100-112. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>.

7.3 ARTIGO 3

IDOSOS DEPENDENTES RURAIS: DIFICULDADES E PERCEPÇÕES DOS CUIDADORES PARA A MANUTENÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE

RESUMO

Objetivo: desvelar as dificuldades dos cuidadores informais acerca da manutenção da assistência de saúde de idosos dependentes e residentes em zona rural e suas percepções sobre possíveis melhorias para otimização da assistência aos idosos. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, descritivo e transversal. Os participantes foram 17 cuidadores principais de idosos dependentes. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, no período de junho a julho de 2017, sendo os dados organizados e analisados sob a ótica da Teoria dos Sistemas e da Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** encontraram-se idosos cuidando de idosos, com baixa renda, escolaridade e acometidos por comorbidades, cujas dificuldades familiares relatadas vinculavam-se a teimosia do idoso, falta de preparo físico, ausência de auxílio de outro familiar. As dificuldades referentes aos serviços públicos de saúde consistiram na demora de agendamento de consultas e exames, indisponibilidade de medicamentos e acolhimento na Unidade de Estratégia de Saúde da Família e a incompatibilidade entre os horários dos transportes públicos e a distribuição das fichas para atendimento. Destacaram serem necessárias ações para a diminuição do tempo de espera para as consultas e exames, melhorias na infraestrutura física da unidade, além do aumento em número dos trabalhadores e a inserção de um profissional Fisioterapeuta. **Conclusão:** recomendam-se mais estudos sobre esta temática para auxiliar os Enfermeiros com informações que possibilitem o planejamento de ações em saúde que favoreçam à assistência da população rural.

Descritores: População rural. Idoso fragilizado. Saúde do Idoso. Serviços de Saúde. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As comunidades rurais, até pouco tempo atrás, eram definidas como áreas com características opostas às urbanas⁽¹⁾, porém constituem-se por grupos de pessoas que além de viverem em zonas com baixa densidade demográfica e voltadas às atividades agrícolas, compartilham um sentimento de localidade, tradições, costumes, participando dos mesmos eventos. Esses indivíduos dividem relações de amizades, parentescos, vizinhanças e, ainda, mantêm relações com outras comunidades e cidades⁽²⁾.

Similarmente às demais regiões brasileiras, encontram-se em processo de modificação em suas estruturas familiares, com o aumento de famílias sem filhos e/ou com um número menor de filhos⁽³⁾, associado ao êxodo rural dos jovens que migram das zonas rurais para as urbanas, devido ao aumento do uso de tecnologias nas lavouras e redução da necessidade de mão de obra⁽⁴⁾, o que conseqüentemente, acarreta na diminuição da população economicamente ativa⁽⁵⁾ e no aumento de pessoas com 60 anos ou mais⁽⁶⁾.

O processo de envelhecimento ocasiona alterações cognitivas, motoras, visuais e/ou auditivas, que associado ao estilo de vida durante o seu percurso até a velhice pode vir a ocasionar situações de dependência⁽⁷⁾. Nessas circunstâncias, a responsabilidade do cuidado dos idosos dependentes recai sobre a família, a qual precisa se reorganizar para realizar as atividades de cuidado e assumir as responsabilidades que antes eram do idoso, dessa forma, se estabelecem novas formas de rotinas e condutas⁽⁸⁾.

A capacidade de autorregulação familiar, pode ser observada em suas relações, estrutura e dinâmica, quando qualquer alteração ocorrida com um de seus membros afeta os seus demais componentes e, estes iniciam um processo de readaptação em busca do equilíbrio, configurando a circularidade de suas relações internas e externas de forma global, assim como, um sistema⁽⁹⁾. Nesse contexto, o processo de cuidar de um idoso dependente exige de sua família e, principalmente do cuidador principal, dedicação, conhecimento e, às vezes, abdicar de algumas de suas relações pessoais⁽¹⁰⁾.

Os problemas relacionados aos cuidados de idosos dependentes em áreas rurais excedem as dificuldades referidas pelas famílias residentes em zonas urbanas, como alterações nas relações familiares e sociais, renúncia pelos cuidadores de suas atividades rotineiras e de seus anseios, e por conseguinte, o desenvolvimento de alterações desfavoráveis físicas, emocionais e sociais⁽¹¹⁾. As famílias rurais ainda precisam percorrer longas distâncias em estradas irregulares e por vezes intrafegáveis, para obterem acesso aos serviços de saúde⁽¹²⁾.

Nesse cenário, torna-se imprescindível que os Enfermeiros conheçam as dificuldades que as famílias rurais possuem para a manutenção das necessidades dos idosos dependentes, assim como, suas percepções sobre possíveis melhorias para a otimização de suas atividades de

cuidado. Somente embasados em informações empíricas sobre as dinâmicas de cuidado é que poder-se-á elaborar ações em saúde que promovam a interação entre as famílias rurais e os serviços de saúde.

Portanto, este estudo teve por objetivo desvelar as dificuldades dos cuidadores informais acerca da manutenção da assistência de saúde de idosos dependentes e residentes em zona rural e suas percepções sobre possíveis melhorias para otimização a assistência aos idosos.

MÉTODO

Estudo exploratório, transversal, descritivo e com abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevista semiestruturada, nos meses de junho e julho de 2017, em região rural de abrangência de duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF). As entrevistas foram transcritas na íntegra imediatamente após a sua realização, os dados passaram pelo processo de validação junto aos entrevistados, sendo analisados sob a ótica da Teoria dos Sistemas⁽⁸⁾ e as orientações da Análise de Conteúdo de Bardin⁽¹³⁾. A técnica compõe-se de três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e a inferência e a interpretação.

Primeiramente, foi realizada uma reunião com as equipes das UESFs, na qual foram efetuados esclarecimentos sobre o estudo e solicitado o auxílio para a identificação e apresentação aos cuidadores de idosos dependentes em zona rural. Nesta reunião foram identificadas 17 famílias com idosos dependentes.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e análise dos prontuários das famílias. As entrevistas foram únicas e gravadas digitalmente, sendo realizadas nos domicílios dos participantes. O roteiro foi submetido a um pré-teste, a fim de se verificar a eficácia quanto ao alcance dos objetivos, por meio de sua aplicação a um filho cuidador de idoso dependente no mesmo local de realização da pesquisa. As informações dos idosos foram identificadas pela letra I e dos cuidadores pela letra C seguido no número da entrevista.

O estudo foi autorizado pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC da Prefeitura Municipal do Rio Grande, sob o n. 006/2017 e pelo Centro de Ensino e Pesquisa da ACSCRG, sob o n, 005/2017, com a finalidade de atender às exigências da Resolução 466/2012 e o adendo 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

RESULTADOS

A informações sobre a idade, sexo, escolaridade, ocupação e comorbidades dos idosos do estudo são apresentadas no Quadro 1 e as informações acerca da idade, sexo, escolaridade, ocupação e comorbidades dos cuidadores no Quadro 2.

Quadro 1 – Apresenta as informações sobre a idade, sexo, escolaridade, ocupação e comorbidades dos idosos dependentes e residentes em zona rural. Rio Grande – RS – Brasil, 2017.

Idoso	Idade	Sexo	Escolaridade	Ocupação	Comorbidades
I 1	78	M	EFI	Aposentado	Hiperplasia de próstata, AVC
I 2	71	F	EFI	Aposentada	IRC, AVC, HAS, DM
I 3	86	F	EFI	Aposentada	ICC
I 4	86	F	EFI	Aposentada	Artrose, Osteoporose, DM, Hipotireoidismo, HAS, ↓ da acuidade visual
I 5	75	F	EFI	Aposentada	HAS, ICC
I 6	91	F	EFI	Aposentada	HAS, Bronquite, ICC, DM, Dislipidemia.
I 7	91	F	EFI	Aposentada	Reumatismo
I 8	83	F	EFI	Aposentada	Dislipidemia, HAS
I 9	82	M	EFI	Aposentado	Hiperplasia prostática, Hipertireoidismo, HAS, Alzheimer
I 10	78	M	EFI	Aposentado	HAS, AVC, Hiperplasia prostática
I 11	85	F	EFI	Aposentada	Alzheimer
I 12	78	F	EFI	Aposentada	DM, HAS, Labirintite
I 13	81	M	EFI	Aposentado	Enfisema pulmonar, HAS, Hiperplasia prostática
I 14	73	F	EFI	Aposentada	Parkinson, Esquizofrenia
I 15	63	F	EFI	Aposentada	DM, HAS e TU de ovário
I 16	75	F	EFI	Aposentada	DM
I 17	85	F	EFI	Aposentada	Artrose, DM, HAS, Sinusite

Legenda: AVC – acidente vascular cerebral; DM – diabetes mellitus; EFI – ensino fundamental incompleto; HAS – hipertensão arterial sistêmica; ICC – insuficiência cardíaca congestiva; IRC – insuficiência renal crônica.

Quadro 2 – Apresenta as informações sobre a idade, sexo, escolaridade, ocupação e comorbidades dos cuidadores de idosos dependentes e residentes em zona rural. Rio Grande – RS – Brasil, 2017.

Cuidador	Idade	Sexo	Escolaridade	Ocupação	Parentesco	Tempo de cooresidência com o idoso	Comorbidades
C1	74	F	EFI	Aposentada	Esposa	50 anos	Artrose Reumatismo
C2	20	F	Médio	Estudante	Neta	16 anos	-
C3	83	M	EFI	Aposentado	Esposo	60 anos	ICC Refluxo ↓ acuidade visual
C4	68	M	EFI	Aposentado	Filho	05 anos	Cálculo renal

C5	39	F	EFI	Do lar	Filha	39 anos	-
C6	54	F	EFI	Cozinheira	Filha	54 anos	Artrose Reumatismo
C7	69	F	EFI	Aposentada	Filha	69 anos	HAS DM Catarata
C8	53	F	EFI	Do lar	Filha	10 anos	-
C9	55	F	EFI	Desempr.	Filha	03 meses	-
C10	73	F	Analfabeta	Aposentada	Esposa	56 anos	DM HAS
C11	43	M	Graduação	Tec. Seg. Trabalho	Filho	08 anos	-
C12	79	M	EFI	Aposentado	Esposo	54 anos	Cegueira a esquerda
C13	70	F	EFI	Aposentada	Esposa	53 anos	HAS
C14	45	F	EFI	Do lar	Filha	05 anos	-
C15	23	F	Médio	Do lar	Neta	08 anos	ICC HAS
C16	52	M	EFI	Aposentado	Filho	52 anos	-
C17	64	F	EFI	Aposentada	Filha	16 anos	Artrose Reumatismo HAS ICC

Legenda: DM – diabetes mellitus; EFI – ensino fundamental incompleto; HAS – hipertensão arterial sistêmica; ICC – insuficiência cardíaca congestiva.

Dificuldades dos cuidadores relacionadas à manutenção da assistência de saúde dos idosos dependentes

Foram encontradas dificuldades referentes ao desempenho das atividades de cuidado aos idosos dependentes e outras que se referem ao acesso e à qualidade dos serviços públicos de saúde. Aqui, os cuidadores voltaram-se à UESF, pois consiste no serviço mais utilizado.

As dificuldades familiares compreenderam a teimosia dos idosos em acatarem o que o cuidador acredita ser melhor para o idoso, o despreparo físico para as atividades de cuidado como transferência e higiene e a indisponibilidade de outra pessoa para divisão das atribuições do cuidado ao idoso.

Em relação as dificuldades relacionadas ao serviço público de saúde, relataram a demora nos agendamentos das consultas e exames, as escassas visitas domiciliares das equipes da UESF, o acolhimento insatisfatório, a indisponibilidade de medicamentos para distribuição a população na farmácia da UESF e a incompatibilidade de horários dos transportes públicos e a distribuição das fichas de atendimento.

Possíveis melhorias voltadas para a melhoria dos cuidados dos idosos dependentes segundo os cuidadores

Ao serem inquiridos acerca de possíveis alterações direcionadas para a otimização da manutenção do cuidado do idoso dependente, os cuidadores voltaram-se para o serviço prestado pelo posto da UESF, sem menções a mudanças intrafamiliares. Entende-se que isto deve-se ao fato de ser o serviço mais próximo e o mais utilizado. Dessa forma, os entrevistados que residem próximos as UESF disseram estarem satisfeitos com os serviços e que seria desnecessária qualquer alteração. [...] *no momento não consigo pensar em nada, pois a ACS agenda as consultas e traz os pedidos de exames e as receitas renovadas, assim como solicita a visita da enfermeira e do médico quando necessário, fato que ajuda muito, por não ter que levá-lo ao posto* (C1, cônjuge, 74 anos). [...] *não sei, porque os profissionais do posto estão sempre aqui, semana passada mesmo o médico veio vê-la* (C2, neta, 20 anos). [...] *está tudo bom, até os médicos à noite atendem bem* (C7, filha, 69 anos). [...] *nada, quando nós precisamos, o ACS renova as receitas* (C15, neta, 23 anos).

Dentre os cuidadores, 8 solicitaram a diminuição do tempo de espera nos agendamentos das consultas e dos exames [...] *seria bom uma maior agilidade na entrega dos exames que demora muito* (C3, cônjuge, 83 anos). [...] *agilizar a marcação das consultas, dos exames e dos resultados, eu fiz os exames da mãe particular devido à demora* (C6, filha, 54 anos). [...] *o posto poderia agilizar as marcações de consultas e exames que são muito demorados* (C3, filha, 53 anos). [...] *o problema é a demora para o agendamento das fichas, fiz um agendamento e só consegui consulta para agosto* (C9, filha, 55 anos). [...] *precisa facilitar o agendamento das consultas e a locomoção para comparecer nas mesmas e realizar os exames* (C10, cônjuge, 73 anos). [...] *os exames são sempre muito cedo. O horário que liberam as fichas para atendimento é muito cedo o que dificulta para o idoso rural, devido ao deslocamento até o posto para pegar as fichas* (C13, cônjuge, 70 anos). [...] *liberação de um número maior de fichas, agora mesmo vou marcar dentista particular por que aqui no posto eu já desisti [...] esses tempos, a mãe ficou sem medicação porque não tinha quem renovasse a receita e mesmo solicitando os exames e dizendo que são os exigidos pelo Pan para a liberação das medicações, eles não fazem os pedidos* (C14, filha, 45 anos). [...] *facilitar a marcação de consultas para os idosos, pois a liberação em número é pequena e para a obtenção de uma ficha de atendimento no Posto precisa sair de casa muito cedo porque as fichas começam a ser liberadas a partir das 8 horas e o primeiro ônibus que passa para Quinta é as 9 horas* (C16, filho, 52 anos).

Outros requereram a melhoria da infraestrutura do posto para o atendimento dos idosos, assim como, a organização do serviço e a manutenção do estoque de medicamentos da farmácia. [...] *o que poderia melhorar a qualidade do Postinho em relação à comunidade seria melhorar*

o prédio, os equipamentos. Nada que fosse muito dispendioso, mas que desse um pouco mais de conforto aos usuários. Além da manutenção da distribuição dos medicamentos que muitas vezes se encontram em falta e não são todos que podem comprá-los (C4, filho, 68 anos). [...] falta no postinho um local de observação onde o idoso possa esperar a medicação fazer efeito de forma mais confortável (deitada), pois faltam acomodações para o atendimento da demanda (C5, filha, 39 anos). [...] acertar a falta de medicações (C6, filha, 54 anos). [...] precisa de um carro que chegue até aqui, antes vinham de ranger, a última vez vieram de van, caíram no barro, nem peludo tiraram, caíram e ficaram. Então, precisamos ir até o posto (C12, cônjuge, 79 anos).

Tiveram aqueles que mencionaram a necessidade de um número maior de profissionais, da mesma forma, a inserção de profissionais de fisioterapia para melhorar o suporte de saúde dos idosos. *[...] precisa de um fisioterapeuta que, pudesse atender os idosos em casa (C6, filha, 54 anos). [...] seria bom se tivesse um fisioterapeuta (C10, cônjuge, 73 anos). [...] precisa de mais agentes comunitários e fisioterapeutas para atendimento nas casas de quem não consegue ir ao posto (C11, filho, 43 anos).*

DISCUSSÃO

Os resultados quanto ao perfil dos idosos dependentes e seus cuidadores deste estudo corroboram com achados na literatura sobre o envelhecimento urbano, com o aumento da longevidade, a feminilização da população idosa, composta por pessoas católicas, com baixa escolaridade, baixa renda, viúvas e dispendo apenas dos serviços de saúde fornecidos pelo Sistema Único de Saúde por meio da atenção básica⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Assim como de seus cuidadores, os quais possuem algum grau de parentesco com o idoso, na maioria corresidentando com mesmos e compostas por mulheres, com baixa escolaridade, baixa renda, católicas, casadas, com filhos e utilizando os serviços público de saúde⁽¹⁸⁾. Esta realidade difere-se do processo de envelhecimento populacional rural brasileiro e o encontrado na China, os quais apresentam a masculinização tanto dos idosos quanto de seus cuidadores⁽¹⁹⁻²¹⁾.

A análise do perfil dos idosos dependentes rurais e de seus cuidadores possibilitou a visualização do número elevado de cuidadores com 60 anos ou mais, portadores de comorbidades, cuidando de idosos mais velhos. Fato que remete ao aumento das situações de vulnerabilidade, pois idosos pré-frágeis ou frágeis cuidando de idosos dependentes, eleva as

situações de risco para a saúde de ambos. Estudo verificou que devido ao aumento da longevidade, há um aumento crescente de idosos cuidando de idosos⁽²²⁾.

Os 17 idosos utilizam medicamentos com prescrições médicas, porém, 12 usam apenas o que foi prescrito pelo médico, três associam drogas analgésicas sem prescrição de um profissional qualificado - chegando à ingestão de treze substâncias químicas diariamente, seis adotam os chás medicinais junto ao tratamento medicamentoso e apenas um faz uso de acupuntura e massagem para o alívio das algias.

Dentre os cuidadores nove fazem uso de medicamentos, cinco utilizam medicamentos apenas com prescrições médicas, quatro faziam uso de medicações com prescrição médicas concomitantemente com analgésicos sem prescrição de um profissional qualificado - chegando à ingestão de cinco substâncias químicas diárias. Dos cuidadores que não possuem comorbidades, um utiliza medicação sem indicação ou acompanhamento médico e cinco fazem uso de chás medicinais como terapia alternativa.

Neste estudo, onze idosos dependentes fazem uso de cinco a treze medicamentos. Estudos sobre a polifarmácia em idosos demonstram percentuais inferiores a 23,5%⁽¹⁷⁾, 29%⁽²³⁾ e 10,30%⁽²⁴⁾. A alta prevalência da polifarmácia encontra-se associada ao sexo, plano privado de saúde e serem acometidos por quatro ou mais doenças⁽²³⁾, a coresidirem com outrem, a autorreferência de doenças dos aparelhos circulatório, endócrino, nutricional e metabólico, digestivo e à falta de recursos financeiros para a aquisição dos medicamentos⁽²⁴⁾.

Dentre as dificuldades para as atividades de cuidado pela família, atenta-se para a falta de preparo físico para as atividades de transferência e higiene do idoso. Como enunciado anteriormente, onze participantes também são idosos. Estudo com 40 cuidadores idosos de idosos desvelou que 10% eram frágeis, 50% pré-frágeis e 40% não frágeis, pontuando para perda de peso (52,5%), inatividade física (62,5%), fadiga (35,0%), baixa força de preensão palmar (57,5%) e lentidão da marcha (57,5%)⁽¹⁸⁾. Situação que pode repercutir no dia-a-dia das famílias, tornando-se ainda mais preocupante com a contínua tendência do aumento da longevidade.

Quanto às dificuldades relacionadas aos serviços públicos de saúde, no conjunto de cuidadores entrevistados, 16 disseram utilizar os serviços da ESF em alguma ocasião. Apenas um cuidador referiu que a família prefere utilizar os serviços de profissionais particulares para todo o tratamento da idosa, porém recebem a visita do agente comunitário de saúde regularmente. Nenhum cuidador nem idoso possuía plano de saúde privado.

As reclamações aqui apresentadas relacionam-se à demanda excessiva da procura dos usuários pelos serviços de saúde. Investigação sobre as cargas de trabalho do Enfermeiro nas

ESFs constatou reclamações semelhantes e atribuiu esses problemas aos déficits nas condições e gestão do serviço, os quais repercutem na assistência e na resolubilidade das queixas dos usuários⁽²⁵⁾. Em Minas Gerais, pesquisadores identificaram que os problemas relacionados à acessibilidade aos serviços de saúde são resultado de repasses financeiros insuficientes, déficit de cobertura dos serviços, deficiências no sistema de referência e contra referência, a barreiras geográficas e a dificuldade de acesso devido à necessidade dos usuários em percorrerem longas distâncias entre suas propriedades e os serviços de saúde⁽²⁶⁾.

Investigação de avaliação dos serviços de saúde com profissionais das ESF e sua coordenadoria atribuiu dentre as dimensões: coordenação do sistema de informação, integralidade do serviço, orientação comunitária e coordenação e integração dos cuidados, o maior índice de insatisfação para a acessibilidade⁽²⁴⁾.

Os usuários dos serviços de saúde em atenção básica de área rural identificaram a precariedade do acesso das pessoas com deficiências. Nesse estudo, os autores afirmam que as comunidades rurais sofrem com dupla disparidade quando comparadas com as zonas urbanas, pois além das diversidades geográficas, sociais, entre outras, ocorrem diferentes privilégios e opressões, o que inviabiliza a utilização apenas da vulnerabilidade como parâmetro comparativo, levando a necessidade de mais estudos sobre a temática⁽¹²⁾.

Neste estudo, observou-se a necessidade de melhorias no posto de saúde no que tange à infraestrutura, englobando equipamentos, organização e distribuição de medicamentos, disponibilização de uma sala de observação e a troca dos meios de transporte utilizados pelas equipes das ESFs por veículos adequados às estradas de chão. De acordo com as publicações científicas, usuários dos serviços de saúde do município de Serra - ES avaliaram os equipamentos disponibilizados como insatisfatórios⁽²⁷⁾. Quanto à infraestrutura das ESFs, em pesquisa efetuada em 63 municípios de Minas Gerais obteve-se a avaliação de 20% das equipes como insuficiente às adequações das unidades para o atendimento de pessoas com deficiências físicas e idosos, assim como de analfabetos. Tanto as equipes das zonas urbanas como as das zonas rurais classificaram a infraestrutura e os equipamentos como insatisfatórios⁽²⁸⁾.

Em relação a mecanismos de avaliação de satisfação dos usuários, 83% dos coordenadores das ESFs referiram que as unidades são desprovidas de qualquer mecanismo de avaliação e 17% afirmaram que essa função é cumprida pelo Conselho Local de Saúde⁽²⁹⁾.

As USFs rurais, nas quais foi realizada esta pesquisa, sofreram processo de redimensionamento. Dessa forma, houve uma nova divisão com a inclusão de mais microáreas, porém o concurso público para contratação dos ACS para suprir o atendimento dessas novas regiões não teve o seu edital publicado, ou seja, encontram-se com suas equipes incompletas.

Essa situação sobrecarregou os demais ACS, que além de atenderem a sua microárea, dividiram-se entre as zonas descobertas, atentando a universalização dos direitos dos usuários.

Em relação à inserção do profissional fisioterapeuta, em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁽³⁰⁾, formado por equipes multidisciplinares para atuarem no auxílio às ESFs, junto ao sistema de referência e contrarreferência. Dentre os profissionais que compõem essas equipes, encontram-se os fisioterapeutas, ou seja, o sistema único de saúde disponibiliza o atendimento da população pelo profissional de fisioterapia. No entanto, em Rio Grande, o NASF atende a nove unidades básicas de saúde rurais abrangendo em média 3.500 pessoas. Isto torna inviável a universalização do atendimento. Logo, seria interessante a inclusão do profissional Fisioterapeuta dentro das equipes ESFs, o que facilitaria o atendimento dos idosos com comprometimento de funcionalidade por meio de atendimentos a domicílio, principalmente no que se refere aos idosos dependentes das zonas rurais.

Como limitações, este estudo apresenta a inviabilidade de expansão com a inclusão das demais ESFs rurais deste município devido ao ezíguo período para a realização desta pesquisa, pois como os cuidadores foram entrevistados em seus domicílios, estes localizados nas propriedades rurais, houve dias em que devido à distância e ao mau estado de conservação das estradas de acesso, foi possível realizar apenas uma entrevista.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram apresentar as dificuldades dos cuidadores informais acerca da manutenção da assistência de saúde de idosos dependentes e residentes em zona rural e suas percepções sobre possíveis alterações para otimização dessa assistência.

Inicialmente, expôs-se a participantes do estudo, considerando-se os perfis sociodemográficos dos idosos e de seus cuidadores, o que viabilizou a visualização do elevado percentual de idosos cuidando de idosos mais velhos, aumentando assim a probabilidade de uma maior vulnerabilidade.

As dificuldades referidas pelos cuidadores foram divididas entre dificuldades familiares, dentro do ambiente domiciliar e dificuldades relacionadas aos sistemas de saúde. Dentre as dificuldades familiares para a manutenção da assistência do idoso dependente verificou-se a teimosia do idoso, falta de preparo físico e ausência de auxílio de outro familiar.

As dificuldades referentes aos sistemas de saúde compreendem a demora de agendamento de consultas/marcação de exames/liberação de resultados, falta de acolhimento e

falta de medicamentos para distribuição na farmácia do posto de saúde e a incompatibilidade entre os horários dos ônibus e a liberação das fichas.

Como possíveis melhorias para a otimização da assistência aos idosos dependentes, os cuidadores apontaram a necessidade de implantação de ações para a diminuição do tempo de espera para as consultas e exames, melhorias na infraestrutura do posto de saúde e o aumento em número dos profissionais com a inserção de um fisioterapeuta nas ESFs para atendimento da demanda.

Nesse cenário, recomenda-se que os profissionais de saúde, especialmente os Enfermeiros, atem para as particularidades dos idosos dependentes e residentes em zonas rurais no intuito do desenvolvimento de novas pesquisas, para o subsídio de planejamentos de ações em saúde que favoreçam a assistência e o acesso aos serviços de saúde dessa população tão singular.

REFERÊNCIAS

- 1 Bezerra ML, Bacelar T, Miranda C, Silva H. Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras. Brasília: IICA; 2013.
- 2 Silva JM, Hespanhol RAM. Discussão sobre comunidade e características das comunidades rurais no município de Catalão (GO). *Sociedade & Natureza*. 2016; 28(3):361-374. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-451320160303>
- 3 Bispo CLS, Mendes EPP. Rural/Urbano e Campo/Cidade: Características e diferenciações em debate. In: XXI Encontro nacional de geografia agraria, “Territórios em disputa: O desafio da geografia agraria nas contradições do desenvolvimento brasileiro”. Uberlândia-MG, 15 a 19 de outubro de 2012. Disponível em: http://www.lagea.ig.ufu.br/xx1enga/anais_enga_2012/eixos/1032_1.pdf
- 4 Maia AG, Buaiainain AM. O novo mapa da população rural brasileira, **Confins** [Internet], 2015; 25. Available from: <http://confins.revues.org/10548>.

5 Telles TS, Costa GV, Bacchi MD, Laurenti AC. Evolução da população rural ocupada nas Grandes Regiões do Brasil entre 2001 e 2009. *Interações (Campo Grande)*. 2017; 18(1):17-26. DOI: [https://dx.doi.org/10.20435/1984-042x-2017-v.18-n.1\(02\)](https://dx.doi.org/10.20435/1984-042x-2017-v.18-n.1(02))

6 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2010. [Internet]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>

7 World Health Organization (WHO). World report on ageing and health 2015, 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1

8 Schuck LM, De Antoni C. Resiliência e vulnerabilidade no cuidado com o idoso dependente: um estudo de caso. *Temas psicol.* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 27]; 22(4):941-951. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n4/v22n04a20.pdf>

9 Von Bertalanffy, L. General system theory. New York: George Braziller; 1968.

10 Fuhrmann AC, Bierhals CCBK, Santos NO, Paskulin LMG. Association between the functional capacity of dependant elderly people and the burden of family caregivers. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2015 Mar [cited 2017 Aug 05]; 36(1): 14-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.49163>.

11 Anjos ACY, Zago MMF. Resignification of life of caregivers of elderly patients with cancer. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2014 Oct [cited 2017 Aug 04]; 67(5): 752-758. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670512>

12 Ursine BL, Pereira EL, Carneiro FF. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica?. *Interface (Botucatu)* [Internet]. [cited 2017 Aug 10]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S1414-32832017005012101&Ing=en

13 Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

14 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

15 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510, de 07 de abril de 2016. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

16 Tapia PC, Valdivia-Rojas Y, Varela VH, Carmona GA, Iturra MV, Jorquera CM. Indicadores de fragilidad en adultos mayores del sistema público de salud de la ciudad de Antofagasta. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 Abr [cited 2017 Aug 01]; 143(4): 459-466. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000400007>.

17 Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Factors associated with negative self-rated health among non-institutionalized elderly in Montes Claros, Braz. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 Nov [cited 2017 Aug 07]; 21(11):3377-3386. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103377&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.18752015>

18 Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM et al. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. Esc. Anna Nery [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 07]; 21(1): e20170013. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170013>.

19 Gruijters, RJ. Family care-giving and living arrangements of functionally impaired elders in rural China. Ageing & Society. 2017; 37(3):633-655.

20 Guo M. Parental status and late-life well-being in rural China: the benefits of having multiple children. Aging Ment Health. [Internet]. 2014 [cited 2017 June 22]; 18(1):19-29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3841233/>

21 Guo, M., Chi, I, Silverstein, M. Sources of older parents' ambivalent feelings toward their adult children: the case of rural china. Journals of Gerontology, Series B: Psychological

Sciences and Social Sciences [Internet]. 2013; 68(3):420-430. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3627660/>

22 Pereira LSM, Soares SM. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 4]; 20(12):3839-51. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

[81232014000803429&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803429&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.13952013>.

23 Sales AS, Sales MGS, Casotti CA. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 Mar [cited 2017 Aug 07]; 26(1):121-132. Available from:

<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100013>.

24 Almeida NA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Silva AMC, Cardoso JDC, Souza LC. Prevalence of and factors associated with polypharmacy among elderly persons resident in the community. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2017 Feb [cited 2017 Aug 07]; 20(1): 138-148. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000100138&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160086>.

25 Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Nursing workloads in family health: implications for universal access. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 05]; 24:e2677. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>.

26 Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saude soc.* [Internet]. 2015 Mar [cited 2017 Aug 07]; 24(1):100-112. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>.

27 Lima EFA, Sousa AI, Leite FMC, Lima RCD, Souza MHN, Primo CC. Evaluation of the Family Healthcare Strategy from the Perspective of Health Professionals. *Esc. Anna Nery.* [Internet]. 2016 June [cited 2017 Aug 07]; 20(2):275-280. Available

from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160037>.

28 Cardoso AVL, Chain APN, Mendes RIP, Ferreira EF, Vargas AMD, Martins AMEBL et al. Assessment of the management of the Family Health Strategy via the tool Assessment for Quality Improvement in municipalities of Minas Gerais, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Apr [cited 2017 Aug 08]; 20(4):1267-1284. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.01832014>.

29 Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. [Internet]. 2013 Out-Dez; 8(29):285-93. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/832/589>

30 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 25 Jan 2008. Seção 1. Número 18.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da Análise de Conteúdo e da Teoria dos Sistemas possibilitaram compreender o processo de cuidado informal ao idoso dependente e residente em zona rural e, principalmente, identificar as alterações nos relacionamentos familiares decorrentes do processo do cuidado informal; conhecer os aspectos que influenciam a fragilidade do cuidado informal; desvelar as dificuldades dos cuidadores informais acerca da manutenção da assistência de saúde e suas percepções sobre possíveis melhorias para a otimização da assistência dos idosos.

O ambiente rural é o grande influenciador na assistência prestada aos idosos dependentes desta pesquisa. A estrutura arquitetônica e a utilização econômica dos espaços físicos – da terra – apresenta peculiaridades únicas e essas influenciam em suas dinâmicas familiares. Destacam-se as longas distâncias e a precariedade dos acessos que dificultam a manutenção da assistência em saúde dos idosos dependentes.

As famílias rurais apesar de serem compostas por muitos membros consanguíneos, o cuidado do idoso dependente, semelhante às localidades urbanas, é atribuído principalmente ao familiar que reside mais próximo geograficamente, aquele que compartilha ou a residência ou a propriedade com o idoso, independentemente de suas condições de saúde ou idade cronológica, em seguida ao que possui disponibilidade de tempo para acompanhá-lo nas 24 horas do dia.

Os participantes deste estudo, idosos e cuidadores, possuem perfil semelhante aos achados em outras pesquisas realizadas em zonas urbanas, diferencia-se dos estudos realizados em zonas rurais e encontrados na literatura somente no sexo de ambos. Aqui foram descobertas em maioria pessoas do sexo feminino enquanto em outros estudos rurais encontraram-se pessoas do sexo masculino.

Um fato preocupante constatado durante as entrevistas foi a verificação de idosos portadores de comorbidades com a responsabilidade do cuidado de outros idosos mais velhos e dependentes. Essa situação torna-se inquietante, não devido às comorbidades dos idosos mais jovens, e sim as suas situações de fragilidade, o que pode elevar as circunstâncias de vulnerabilidade tanto dos cuidadores, quanto dos idosos.

A polifarmácia foi outro contexto importante encontrado neste estudo. Verificou-se a utilização de mais de cinco substâncias químicas diariamente tanto pelos cuidadores quanto pelos idosos, os cuidadores chegando a cinco e os idosos a treze medicamentos. Destarte que uma grande parcela dos participantes ingere drogas prescritas por médicos e ao mesmo tempo pratica a automedicação, desconhecendo os riscos provenientes das interações medicamentosas, super dosagens, contraindicações e reações adversas.

Em relação aos níveis de dependência dos idosos identificado por meio da aplicação da escala de Katz, verificou-se que a maioria dos idosos investigados apresentam dependência para duas ou três funções. Neste estudo, optou-se por manter os idosos identificados pelo instrumento como sem dependências pelo fato de serem portadores de doenças neurológicas, o que requer que os cuidadores exerçam supervisão durante 24 horas por dia.

O Mapa Mínimo de Relações aplicado aos idosos e aos seus cuidadores identificou que ambos mantêm um número pequeno de relações interpessoais. Entende-se que, o resultado da aplicação do instrumento demonstrou essa aproximação, entre idosos e cuidadores, devido ao fato de termos descoberto muitos idosos jovens cuidando de idosos mais velhos. E, também, pela migração dos filhos das zonas rurais para as zonas urbanas, retornando para visitá-los em alguns finais de semana.

Conforme os cuidadores participantes o número pequeno de relações é consequência da migração dos filhos para as zonas urbanas, do envelhecimento de seus amigos, que como eles tornaram-se portadores de comorbidades. E, das dificuldades geográficas que dificultam o deslocamento de outros até seus domicílios e deles para atividades sociais e acesso aos serviços de saúde.

Como as famílias entendem que o ato de cuidar do idoso dependente é algo esperado e natural, poucas alterações nos relacionamentos entre idosos e cuidadores foram percebidas. Em famílias em que os filhos mudaram-se e por algum outro motivo, poucos entravam em contato com os pais, assim permanecem, mesmo após serem sabedores das condições de saúde dos idosos. Porém, em outras famílias a dependência do idoso acarretou em fortalecimento do relacionamento devido ao aumento do contato diário entre ambos.

A assistência de saúde dos idosos dependentes possui fragilidades. Os cuidadores precisam superar alguns obstáculos no desenvolvimento das atividades de cuidado. Mesmo afirmando que recebem a ajuda dos membros da família, enfatizam que é quando chamam em situações inesperadas de urgência com os idosos, não tendo auxílio para as atividades do dia-a-dia e, ainda, existem aqueles cuidadores que não têm a quem recorrer nessas situações.

Outras dificuldades mencionadas referem-se aos serviços público de saúde, enfatizam a

falta de medicamentos para a distribuição na farmácia da UESF, dificuldades para o agendamento de consultas e exames e o número reduzido de visitas domiciliares das equipes da EESF nas propriedades mais distantes e com difícil acesso.

As dificuldades dos cuidadores em relação às atividades diárias, talvez relacionadas as suas idades avançadas, estão arroladas ao despreparo físico para a realização das transferências dos idosos, a teimosia do idoso em acatar o que o cuidador acredita ser o melhor para o idoso, além da diminuição de suas atividades sociais e interações com outras pessoas, tornando seus círculos de relações idênticos aos dos idosos e compostos basicamente por parentes e poucos amigos que cada vez mais diminuem as frequências de suas visitas.

Ao identificarmos o contexto do cuidado familiar, prestado pelo cuidador principal, aos idosos dependentes e residentes em zonas rurais, concebeu-se circularidade dos fatores que envolvem as ações de cuidado em saúde a essas pessoas, na qual uma alteração em qualquer um dos fatores pode beneficiar ou prejudicar o atendimento desses idosos.

Para facilitar suas atividades, os cuidadores acreditam haver a necessidade da manutenção dos serviços de saúde, ou seja, que os gestores públicos mantenham o funcionamento e a disponibilidade dos programas de saúde já vigentes, com a eminência da inserção do profissional Fisioterapeuta nas equipes de Estratégia de Saúde da Família, para auxiliar na manutenção e recuperação dos idosos.

Enfatiza-se e confirma-se a Tese inicial que os idosos rurais apresentam maior vulnerabilidade e menores condições de acesso aos serviços de saúde quando comparados aos idosos residentes em zonas urbanas. Fato que, demanda maior atenção dos profissionais de saúde, principalmente dos Enfermeiros, para o alcance da universalidade da atenção em saúde.

Como limitações, este estudo apresenta a inviabilidade de expansão com a inclusão das demais ESFs rurais deste município devido ao eziúgo período para a realização desta pesquisa, pois como os cuidadores foram entrevistados em seus domicílios, estes localizados nas propriedades rurais, houve dias em que devido à distância e ao mau estado de conservação das estradas de acesso, foi possível realizar apenas uma entrevista.

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, Madalena. **Equilíbrios familiares**. Coimbra: Quarteto Editora. 2000.

ALMEIDA, Luciane Floriano et al. Care performed by family caregivers to dependent elderly, at home, within the context of the Family Health strategy. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 543-548, Sept. 2012.

ANJOS, Anna Cláudia Yokoyama dos; ZAGO, Márcia Maria Fontão. Ressignificação da vida do cuidador do paciente idoso com câncer. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 752-758, out. 2014.

ARAÚJO, Jeferson Santos et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 16, n. 1, p. 149-158, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100015&lng=en>. Acesso em: 19 mar. 2016.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2017.

AUSLOOS, Guy. **La crise: Accident ou occasion, une vision systémique**. 2007. Disponible en: <<http://www.sptf.pt/index.php?lg=1&idmenu=26>>. Accès en: 31 mars 2017.

AVILA, Janaina Amorim de. **Funcionalidade da pessoa idosa institucionalizada com riscos de quedas: proposta de cuidado de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012. P.172f.

BAGNE, Bruna Mantovani; GASPARINO, Renata Cristina. Qualidade de vida do cuidador do portador de Doença de Alzheimer. **Rev. enferm. UERJ**; v. 22, n. 2, p. 258-263, mar-abr. 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, Analía Soria; BANDEIRA, Lurdes. M. Trabalho de cuidado: um conceito situacional e multidimensional. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.** n.18, Brasília, set-dez 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220151803>>. Acesso em: 14 de jun. 2016.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice, realidade incômoda**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEJA, Maria João Gouveia Pereira. **Escola e família: a inevitabilidade da comunicação à construção de uma realidade relacional**. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade da Madeira, Funchal, Portugal, 2009. P. 308f.

BERTUZZI, Daiane; PASKULIN, Lisiane Girardi Manganelli; MORAIS, Eliane Pinheiro. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 1, p. 158-66, jan.-mar., 2012.

BORN, Tomiko (Org). **Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa** – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330 p.; 30 cm. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/pdf/manual-do-cuidadora-da-pessoa-idosa>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**., Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136, maio-ago. 2011. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out. 1988.

_____. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1. Número 18.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510, de 07 de abril de 2016: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 mai. 2016. N. 98, Seção 1, pág. 44-46.

BRICEÑO, Constanza et al. Percepciones de las personas que participan en el programa adulto mayor dependiente de la Fundación Cerro Navia Joven: una mirada desde la ocupación. **Rev. chil. ter. ocup**, v. 15, n. 1, p. 109-122, ago. 2015. Disponible en: <<http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/37135/38711>>. Accedido en: 14 ago. 2016.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; MACHADO, Carla Jorge; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Life expectancy among elderly Brazilians in 2003 according to different levels of functional disability. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 845-852, apr. 2008.

CARDOSO, Andreza Viana Lopes et al. Assessment of the management of the Family Health Strategy via the tool Assessment for Quality Improvement in municipalities of Minas Gerais, Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1267-1284, apr. 2015.

CARDOSO, Lucilene et al. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 513-7, 2012.

CARVALHO, Danielli Piatti et al. Caregivers and implications for home care. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 450-458, June 2015.

CASTRO, Bruna Godoi et al. O Envelhecimento e a Masculinização Rural: Revisão Bibliográfica. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 6, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/7856>>. Acesso em: 12 de mai. de 2016.

CATAPAN, Neusa Rocha et al. Compreendendo a senescência na ótica da sexualidade feminina. **Ciência et Praxis**, v. 7, n. 14, 2014.

CENTER FOR SYSTEMS RESEARCH. **Ludwig von Bertalanffy (1901-1972): A Pioneer of General Systems Theory**. University of Alberta. Canadá. Thaddus E. Weckowicz † 2000. Available from: <<http://www.richardjung.cz/bert1.pdf>>. Access on: 18 jan. 2017.

CERVENY, C. M. O. Pensando a família sistematicamente, In: CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 17-27.

CHIBANTE, Carla Lube Pinho; AQUINO, Alessandra Cristina de Oliveira; ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena. As reações do familiar acompanhante de idosos hospitalizados frente às situações de estresse. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 7, n. 3, p. 2961-2973, jul.-set 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3899/pdf_1656>. Acesso em: 24 mai. 2016.

CHODZKO-ZAJKO, Wojtek J. et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. **Med Sci Sports Exerc**, v. 41, n. 7, p. 1510-1530, 2009. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19516148>>. Access on: 12 apr. 2016.

COELHO, Gleani da Silva; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. A dinâmica familiar, as fases do idoso com alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço domiciliar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 541-544, oct. 2004.

CRUZ, Dídia Carolina Miranda et al. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. **Revista Enfermagem Referência**, v. 3, n. 2, p. 127-136, 2010.

CUELLAR, N. G. A comparison of African American & Caucasian American female caregivers of rural, post-stroke, bedbound older adults. **J Gerontol Nurs**, v. 28, n. 1, p. 36-45, jan. 2002.

DE MERA, Claudia Maria Prudêncio; NETTO, Carlos Guilherme Mielitz. Envelhecimento dos produtores no meio rural na região do Alto do Jacuí/RS e consequente migração para cidade. **Estud. interdiscipl. envelhec.** Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 759-774, 2014.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Eds.). **Handbook of qualitative research**. 2d ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000.

DOMINGUES, Marisa Accioly Rodrigues da Costa. **Mapa mínimo de relações: adaptação de um instrumento gráfico para a configuração da rede de suporte social do idoso**.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

DOMINGUES, Marisa Accioly Rodrigues da Costa. **Mapa mínimo de relações: validação de um instrumento gráfico para a configuração da rede de suporte social do idoso**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

DOMINGUES, Marisa Accioly Rodrigues et al. Mapa Mínimo de Relações do Idoso: análise de reprodutibilidade. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 16, p. 153-166, dez 2011.

DUARTE TORRES, Silvia Cristina. El turismo, una opción de ocupación humana en la vejez. **Rev. chil. ter. ocup**, v. 15, n. 1, p. 165-172, ago. 2015. Disponible en: <<http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/37139/38715>>. Accedido en: 25 mai. 2016.

EHRlich, Kethy et al. Family caregivers' assessments of caring for a relative with dementia: a comparison of urban and rural areas. **International Journal of older people nursing**, v. 10, n. 1, p. 27-37, mar 2015. Available from: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/opn.12044/full>>. Access on: 19 aug. 2015.

ELSEN, Ingrid et al. A família idosa numa área rural de Santa Catarina: seu significado e suas relações sociais. **Texto & contexto enferm**, v. 6, n. 2, p. 359-68, mai-ago 1997.

FABRIZZI, Antonio. Centro dia para idosos frágeis: recursos para a promoção de qualidade de vida. **Estud. interdiscip. envelhec**, v. 18, n. 2, p. 227-255, dez 2013.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, v. 01, n. 7, p. 106-132, 2012. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>>. Acesso em: 02 jan. 2016.

FHON, Jack Roberto Silva et al. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 4, p. 589-594, 2012.

FREITAS, Mónica Correia. **Efeito da idade e do gênero sobre os afetos em idosos: mediação da capacidade motora percebida ou da competência funcional percebida?** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Escola de ciências sociais, Universidade de Évora, 2014. 64f.

FROEHLICH, José Marcos et al. Êxodo seletivo, masculinização e envelhecimento da população rural na região central do RS. **Cienc. Rural**, Santa Maria, v. 41, n. 09, set. 2011.

FUHRMANN, Ana Cláudia et al. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. **Rev Gaucha Enferm**, v. 36, n. 1, p. 14-20, jan.-mar. 2015.

FUSTER, Enrique Gracia; MUSITU OCHOA, Gonzalo. **Psicologia social de la familia**. Barcelona: Paidós Ediciones. 2000.

GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira. **Cuidadores de idosos com Alzheimer: variáveis sociodemográficas e da saúde associada à resiliência**. Tese (Doutorado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2010. 105f.

GALLO ESTRADA, Júlia; MOLINA MULA, Jesús. Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas. **Gerokomos**, v. 26, n. 1, p. 3-9, mar. 2015.

GARCIA, Alex Ferreira. Rural e Urbano. Tentando entender as responsabilidades legais e definições. **Anais XVI Encontro Nacional dos Geógrafos. Crise, práxis e autonomia: espaços de resistência e desesperanças. Espaços de Diálogos e Práticas**. Realizado de 25 a 31 de julho de 2010. Porto Alegre - RS, 2010. Disponível em: <www.agb.org.br/evento/download.php?idTrabalho=3215>. Acesso em: 30 mar. 2017.

GIL, Ana Paula Martins. **Heróis do Quotidiano: Dinâmicas Familiares na Dependência**, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010a.

GIL, Ana Paula; FERNANDES, Ana Alexandre. “No trilho da negligência...” configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas, **Fórum Sociológico [Online]**, p. 111-120, 2011. Disponível em: <<http://sociologico.revues.org/471>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

GODOY, Cristiane Maria Tonetto et al. Juventude rural, envelhecimento e o papel da aposentadoria no meio rural: A realidade do município de Santa Rosa/RS. In: **48º Congresso SOBER: Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural**. Apresentação oral. Campo Grande, 2010. Disponível em: <<http://www.sober.org.br/palestra/15/714.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

GOLDFARB, Délia Catullo. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1998.

GÓMEZ MONTES, José Fernando; CURCIO BORRERO, Carmem Lucía. **Envejecimiento rural: el anciano en las zonas cafeteras colombianas**. 1 ed. Manizales, Columbia: Universidad de Caldas; 2004.

GRATÃO, Aline Cristina Martins et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 47, n. 1, p. 137-144, 2013.

GRUIJTERS, Rob J. Family care-giving and living arrangements of functionally impaired elders in rural China. **Ageing & Society.**, v. 37. n. 3, p. 633-655, 2017.

GUO, Man; CHI, Iris; SILVERSTEIN, Merrill. Sources of older parents' ambivalent feelings toward their adult children: the case of rural China. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.**, v. 68, n. 3, p. 420-30, mai 2013. Available from:
<<https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article-lookup/doi/10.1093/geronb/gbt022>>. Access on: 15 jun. 2016.

GUO, Man. Parental status and late-life well-being in rural China: the benefits of having multiple children. **Aging Ment Health.**, v. 18, n. 1, p. 19-29, 2014. Available from:
<<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2013.799117>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

GUSMÃO, Neusa Maria Mendes; ALCÂNTARA, Adriana de Oliviera. Velhice, mundo rural e sociedades modernas: tensos itinerários. **ruris**, v. 2, n. 1, mar 2008. Disponível em:
<http://www.ifch.unicamp.br/ceres/2008-neusa_gusmao.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2017.

HANSEN, Lissi; CARTWRIGHT, Juliana C.; CRAIG, Carol E. End-of-life care for rural-dwelling older adults and their primary family caregivers. **Res Gerontol Nurs.**, v. 5, n. 1, p. 6-15, jan. 2012.

HESPANHOL, Rosângela Aparecida de Medeiros. Campo e cidade, rural e urbano. **Mercator**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 103-112, set. 2013. Disponível em:
<<http://www.mercator.ufc.br/index.php/mercator/article/view/1177/499>>. Acesso em 12 nov. de 2016.

HILLER, Marilene; BELLATO, Rosenev; ARAUJO, Laura Filomena Santos. Cuidado familiar à idosa em condição crônica por sofrimento psíquico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 542-549, sept. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 19 ago. 2012.

_____. Censo demográfico 2010a. Rio Grande do Sul. Rio Grande. **Informações complementares**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431560&search=rio-grande-do>>. Acesso em 19 de ago. de 2012.

_____. **Pesquisa Nacional por Participantes de Domicílios, 2014**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40>. Acesso em: 22 nov. 2015.

_____. Noções Básicas de Cartografia. III – **Elementos de representação**. 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/manual_nocoos/elementos_representacao.html>. Acesso em 14 de dez de 2016.

_____. **Cidades/Rio Grande do Sul/Rio Grande, 2017**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431560&search=rio-grande-do-sul|rio-grande>>. Acesso em 05 de abril de 2017.

JEDE, Marina; SPULDARO, Mariana. Cuidado do Idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. **REBCH**, Passo Fundo, v. 6, n.3, p.413-421, set-dez 2009.

JOHNSON, Richard Arvid; KAST, Fremont Ellsworth Kast; ROSENZWEIG, James Erwin **The theory and management of systems**. McGraw-Hill, 1973. 539 p.

KATZ, Sidney et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **J Am Med Assoc.**, v. 185, n. 12, p. 914-9, 1963.

KATZ, Sidney; AKPOM, C. Ameshi. A measure of primary sociobiological functions. **International journal of health services**, v. 6, n. 3, p. 493-508, 1976.

KEELING, Sally. Relative distance: ageing in rural New Zealand. **Ageing and Society.**, v. 21, n.5. p. 605-619, set 2001. DOI: <<http://doi.org/10.1017/S0144686X01008443>>. Acesso em 13 de dez de 2016.

KNORST, Mara Regina et al. Qualidade de vida do idoso. In: Terra NL (Org.) **Envelhecendo com qualidade de vida: programa Geron da PUCRS**. 2ª reimpressão. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002. p. 29-32.

KSHETRI, Dan Bahadur Baidwar; SMITH, Cairns. S.; KHADKA, Mira. Social care and support for elderly men and women in an urban and a rural area of Nepal. **The Aging Male**, v. 15, n. 3, 2012.

LACERDA, Simone Magalhães et al. Qualidade de vida de idosos atendidos em programa de assistência domiciliária. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 14, n. 2, p. 329-342, abr-jun 2011.

LETVAK, S. Relational experiences of elderly women living alone in rural communities: a phenomenologic inquiry. **The Journal of the New York State Nurses' Association**, v. 28, n. 2, p. 20-25, 1997.

LINO, Valéria Teresa Saraiva et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, Jan. 2008.

LI, Shuzhuo; SONG, Lu; FELDMAN, Marcus W. Intergenerational support and subjective health of older people in rural China: a gender-based longitudinal study. **Australas J Ageing**, v. 28, n. 2, p. 81-86, Jun 2009.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 275-280, jun. 2016.

LOPES, Renata Francioni; LOPES, Maria Teresinha Francioni; CÂMARA, Vilma Duarte. Entendendo a solidão do idoso. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 373-381, set-dez 2009.

LOPES, Marize Amorim; KRUG, Rodrigo Rosso; BONETTI, Albertina; MAZO, Giovana Zarpellon. Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas. **Rev. bras. ciênc. esporte**, v. 38, n. 1, p. 76-83, jan-mar 2016.

MACEDO, João Paulo et al. Condições de vida, pobreza e consumo de álcool em assentamentos rurais: desafios para atuação e formação profissional. **Pesqui. prá. Psicossociais.**, v. 11, n. 3, p. 552-569, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2017.

MACÊDO, Virgílio César Dourado; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. 4, p. 585-592, 2004.

MAGILVY, Joan Kathy; CONGLON, Joann G.; MARTINEZ, Ruby. Circles of care: home care and community support for rural older adults. **ANS Adv Nurs Sci.**, v. 16, n. 3, p. 22-33, mar 1994.

MAIA, Alexandre Gori; BUAINAIN, Antonio Márcio. O novo mapa da população rural brasileira, **Confins**, 25, 2015, posto online no dia 19 Novembro 2015. Disponível em: <<http://confins.revues.org/10548>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

MARQUES, Marta Inês Medeiros. O conceito de espaço rural em questão. **Terra Livre**, São Paulo, ano 18, n. 19, p. 95-112, jul-dez 2002.

MATTOS, P.; LINCOLN, C. L.: A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Rev. adm. Publica**, v. 39, n. 4, p. 823-847, jul-ago 2005.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Teoria Geral Da Administração – Da Escola Científica à Competitividade na Economia Globalizada**. Editora Atlas S.A. São Paulo. 2000.

MEDEIROS, Sarah Magalhães et al. Factors associated with negative self-rated health among non-institutionalized elderly in Montes Claros, Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3377-3386, nov. 2016.

MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. **Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e contexto – enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid>. Acesso em: 30 de mar de 2017.

MENEGUIN, Silmara; RIBEIRO, Rafaela. Difficulties of caregivers providing palliative care to patients covered by the family health strategy. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e3360014, 2016. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100312&lng=en&nrm=iso>. Access on 11 Aug. 2017. Epub Mar 22, 2016.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINUCHIN, Salvador; FISHMAN, Charles. **Family therapy techniques**. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1981.

MIRANDA, Amanda Cristina de Carvalho et al. Evaluation of the presence of family caregivers of elderly with cognitive and functional deficits living in Belo Horizonte-MG, Brazil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141-150, Mar. 2015.

MIRANDA, Carolos; SILVA, Heithel. **Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras**. Brasília: IICA; 2013.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, June 2016.

MORAIS, Eliane Pinheiro; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Pronestino; GERHARDT, Tatiana Engel. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 374-83, 2008.

MOREIRA, Jessica Pronestino de Lima et al. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1698-1708, Aug. 2015.

MURATA, Chiyoe et al. Effects of social relationships on mortality among the elderly in a Japanese rural area: an 88-month follow-up study. **J Epidemiol.**, v. 15, n. 3, p. 78-84, May 2005.

NADEAU, Janice Winchester. **Families making sense of death**. California: Sage Publications; 1998.

NARDI, Edileuza de Fátima Rosina; SAWADA, Namie Okino; SANTOS, Jair Licio Ferreira. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v. 21, n. 5, p. 1093-1113, 2013.

NAVEGA, Marcelo Tavella; MIGUEL, Tais Pereira; DEL-MASSO, Maria Candida Soares. Comparação da flexibilidade, qualidade de vida e capacidade funcional entre idosos ativos e sedentários dos meios urbano e rural. **Ter Man.**, v. 9, n. 46, p. 712-721, 2016.

NERI, Anita Liberalesso; SOMMERHALDER, Cinara. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea, 2012.p. 11-68.

NICHOLS, Michael P.; SCHWARTZ, Richard C. **Family therapy: Concepts and methods**. 7ª ed. New York: Gardner Press. 2006.

NOGUEIRA, Silvana L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-9, jul./ago. 2010.

OLIVEIRA, Ana Paula Pessoa de; CALDANA, Regina Helena Lima. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 675-685, Sept. 2012.

OLIVEIRA, Daniel. Rio Grande – RS. **www.riogrande4x4.com.br**. Rio Grande, 01 de dezembro de 2009. Disponível em:
<http://www.riogrande4x4.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=141:riogrande&catid=13:materias&Itemid=33>. Acesso em: 15 jan. 2012.

OLIVEIRA, Maíra Caroline de et al. Percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. **Semina cienc. biol. saude**; v. 35, n. 2, p. 81-90, jul./dez. 2014.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Planificación y organización de los servicios geriátricos**. Informe de un comité de expertos. Ginebra: OMS; 1974 (Serie de Informes Técnicos, 548). Disponible en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38783/1/WHO_TRS_548_spa.pdf>. Accedido en: 15 ago. 2015.

_____. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em:
<<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS; 2011.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Autonomia e independência. P. 313-323. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

PASCULIN, Lsiane Manganelli Girardi et al. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 1, p. 101-7, 2010.

PEDREIRA, Larissa Chaves; OLIVEIRA, Amanda Maria Souza. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 730-6, set-out, 2002.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr-jun 2012.

PEREIRA, Lírica Salluz Mattos; SOARES, Sônia Maria. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3839-3851, dez. 2015.

PIGNATTI, Marta Gislene; BARSAGLINI, Reni Aparecida; SENNA, Giselle Dantas. Envelhecimento e rede de apoio social em território rural do Pantanal mato-grossense. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1469-1491, 2011.

PIRATOBA-HERNÁNDEZ, Blanca Nieves; ROZO-GUTIÉRREZ, Jeimy Nathaly. Caracterización sociodemográfica del cuidador familiar de la persona mayor en una localidad de Bogotá-Colombia. **MedUNAB.**, v. 18, n. 1, p. 51-57, abr-jul 2015. Disponible en: <<http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=2189&path%5B%5D=2057>>. Accedido en: 10 jul. 2017.

PIRES, Denise Elvira Pires de et al. Nursing workloads in family health: implications for universal access. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2682, 2016. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100313&lng=en&nrm=iso>. Access on 11 Aug. 2017. Epub Mar 28, 2016.

PORTELLA, Marilene Rodrigues. Atenção integral no cuidado familiar do idoso: desafios para a enfermagem gerontológica no contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2010.

REIS, Luciana Araújo dos; TRAD, Leny Alves Bonfim. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 28-41, dez. 2015.

REIS, Luciana A. et al. Quality of life and associated factors for caregivers of functionally impaired elderly people. **Braz J Phys Ther**, v. 17, n. 2, p. 146-51, mar-apr. 2013.

RELVAS, Ana Paula. **Por detrás do espelho: Da teoria à terapia com a família**. Coimbra: Quarteto Editora. 2000.

RELVAS, Ana Paula; ALARCÃO, Madalena. Era uma vez... quatro terapeutas e uma família: Narrativa de uma terapia familiar. p. 265-299. In: GONÇALVES, M. M.; GONÇALVES, Ó. F. (Eds.), **Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

ROCHA, Bruno Miguel Parrinha; PACHECO, José Eusébio Palma. Idoso em situação de dependência: estresse e *coping* do cuidador informal. **Acta paul. enferm**, v. 26, n. 1, p. 50-56, 2013.

ROCHA, M. P. S. A família cuidadora do idoso dependente e o olhar para o cuidador familiar. **REVISTA PORTAL de Divulgação**, n.47, ano VI. dez-jan-fev., 2015-2016. Disponível em: <www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova>. Acesso em: 05 abr. 2017.

RODRIGUES, Felipe. **Fotografia aérea da Vila da Quinta**, 2013. Disponível em: <http://3.bp.blogspot.com/-fOYBIW-22_E/Ufo7V-ftQvI/AAAAAAAAAL9A/RgKD0Z7iSI4/s1600/Aerea+Vila+da+Quinta+05-06-2013+.jpg>. Acesso em: 01 mai. 2017.

ROSALES, Rita Arim. **Idosos e filhos cuidadores em uma comunidade ao sul do Brasil: Perfil e Percepções de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012. P. 91f.

ROSEN, Elliott J. **Families facing death: a guide for healthcare professionals and volunteers**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1998.

ROSSETTO MAZZA, Márcia Maria Porto. **O cuidado em família sob o olhar do idoso.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2008. P. 178f.

SALES, Alessandra Santos; SALES, Marta Gabriele Santos; CASOTTI, Cezar Augusto. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 121-132, Mar. 2017.

SANTOS, Tatiane da Silva. Poema Anciã. **Mundo Jovem/PUCR.**, s/d. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/mj/poema-idoso-18.php>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogerátrica. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, 2010.

SANTOS-ORLANDI, Ariene Angelini dos et al. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170013, 2017. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100213&lng=en&nrm=iso>. Access on 12 Aug. 2017. Epub Jan 16, 2017.

SCALCO, Janaina Cristina et al. O dia a dia de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Rev. Kairós**; v. 16, n. 1, p. 191-208, mar 2013.

SCHUCK, Lara Montteiro; DE ANTONI, Clarissa. Resiliência e vulnerabilidade no cuidado com o idoso dependente: um estudo de caso. **Temas psicol.**; v. 22, n. 4, p. 941-951, dez. 2014.

SCHWARTZ, Morris S.; SCHWARTZ, Charlotte Green. Problems in participant observation. **American Journal of Sociology**, v. 60, p. 343-354, 1955.

SCORTEGAGNA, Helenice de Moura. **A educação gerontológica aplicada a escolares: o olhar da enfermeira.** In: PASQUALOTTI, A.; PORTELLA, M. R.; BETTINELLI, L. A.; (org.) Envelhecimento humano: desafios e perspectivas. Passo Fundo: UPF, p. 46-72, 2004.

SCORTEGAGNA, Paola Andressa; OLIVEIRA, Rita de Cássia Silva. Idoso: um novo ator social. **IX ANPED SUL.** Sociedade de Pesquisa em Educação da Região Sul. Disponível em: <<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1886/73>>. Acesso em: 17 out. 2016.

SCOTT, Jean Pearson. Family relationships of older, rural women: stability and change. **J Women Aging**, v. 10, n. 4, p. 67-80, 1998.

SELF, Sharmistha. "Does son preference pay-off for the ailing and elderly in rural India?". **International Journal of Social Economics**, v. 40, n. 12, p. 1077-1093, 2013. Available from: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/IJSE-07-2012-0128>>. Access on: 02 feb. 2017.

SILVA, Adriana; DAL PRÁ, Keli Regina. Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. **Argumentum**, v. 6, n. 1, p. 99-115, 2014.

SILVA, Doane Martins et al. Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2183-2191, jul. 2015.

SILVA, Juniele Martins; HESPANHOL, Rosangela Aparecida de Medeiros. Discussão sobre comunidade e características das comunidades rurais no município de Catalão (GO). **Soc. nat.**, Uberlândia, v. 28, n. 3, p. 361-374, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-45132016000300361&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 aug. 2017.

SILVA, Luípa Michele. **Envelhecimento e qualidade de vida para idosos**: um estudo de representações sociais. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011. 78f.

SILVA, Lucía; GALERA, Sueli Aparecida Frari; MORENO, Vânia. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 397-403, 2007.

SILVERSTEIN, Merril; CONG, Zhen; LI, Shuzhuo. Intergenerational transfers and living arrangements of older people in rural China: consequences for psychological well-being. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 61, n. 5, p. 256-66, Sep. 2006.

SOUZA, Elizabeth Moura Soares de. Fragilidade em idosos institucionalizados: A aplicação da *Edmonton Frail Scale* associada à independência funcional. Tese (Doutorado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. 154f.

SOUZA, Isabela Cata-Preta et al. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **REME - Rev Min Enferm**, v. 18, n. 1, p. 164-172, jan-mar 2014.

STILLWELL, Susan B. et al. Searching for the Evidence Strategies to help you conduct a successful search. **AJN.**, v. 110, n. 5, p. 41-47, may 2010.

STONE, Patricia W. Popping the (PICO) Question in Research and Evidence-Based Practice. **Applied Nursing Research.**, v. 16, n. 2, p. 197-198, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1053/apnr.2002.34181>>. Acesso em: 09 jul. 2015.

TALMELLI-RUY, Luana Flávia da Silva. **Incapacidade Funcional em idosos: análise do conceito.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. p. 186f.

TAPIA, Catalina et al. Indicadores de fragilidad en adultos mayores del sistema público de salud de la ciudad de Antofagasta. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 143, n. 4, p. 459-466, abr. 2015. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000400007&lng=es&nrm=iso>. Accedido en: 11 ago. 2017.

TAVARES, Keila Okuda et al. Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: a visão do idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 105-18, 2012.

TEIXEIRA, Selena Mesquita de Oliveira et al. Reflexões acerca do estigma do envelhecer na contemporaneidade. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 20, n. 2, p. 503-515, 2015.

TELLES, Tiago Santos et al. Evolução da população rural ocupada nas Grandes Regiões do Brasil entre 2001 e 2009. **Interações.**, v. 18, n. 1, p. 17-26, mar. 2017.

TRENTINI, Clarissa Marcelli; XAVIER, Flávio M. F.; FLECK, Marcelo P. A. Qualidade de vida em idosos. In: PARENTE, M. A. M. P. (Org.). **Cognição e envelhecimento.** Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 19-29..

TORRES, Carolina et al. Diálogo em torno dos significados do corpo no envelhecimento: um estudo com pessoas idosas inscritas num programa de atividade física. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 19. n. 1, p. 155-172, 2014.

URSINE, Bárbara Lyrio; PEREIRA, Éverton Luís; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005012101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 aug. 2017. Epub June 29, 2017.

VALENÇA, Tatiane Dias Casimiro; SILVA, Luzia Wilma Santana da. O olhar sistêmico à família do idoso fragilizado. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 31-46, 2011.

VALER, Daiane Borghetti et al. Adaptação e validação do Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso em cuidadores de idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 23, n. 1, p. 130-138, jan-fev, 2015.

VARELA, Francisco J. Reflections on the circulation of concepts between a biology of cognition and systemic family therapy. **Family Process**, v. 28, n. 1, p. 15-24, mar 1989.

VILHENA, Junia; NOVAES, Joana de Vilhena; ROSA, Carlos Mendes. A sombra de um corpo que se anuncia: corpo, imagem e envelhecimento. **Rev. latinoam. psicopatol. Fundam**; v. 17, n. 2, p. 251-264, 2014.

VITORIA, Angela Moreira et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó. **Rev Bras Med Fam Comunidade.**, v. 8, n. 29, p. 285-293, 2013.

VON BERTALANFFY, Ludwig. **General system theory**. New York: George Braziller; 1968.

WANDERBROOKE, Ana Claudia; MORÉ, Carmem. Significados de violência familiar para idosos no contexto da atenção primária. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 435-442, dez 2012.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet Helmick; JACKSON, Don. **Pragmática da comunicação humana**. 14ª ed. São Paulo: Editora Cultrix, 2004.

WEBSTER, Jeffrey Dean. Reminiscence Functions in Adulthood: Age, Race, and Family Dynamics Correlates. p. 142-51. In: **Critical advances in reminiscence work: from theory to application**. New York: Springer Publishing Company. 2002.

WEINER, Norbert. **Cybernetics**. New York: Wiley, 1948.

WHITBECK, Les B.; HOYT, Dan R.; TYLER, Kimberly A. Family history of relationship, intergenerational quality of relationship, and depressive affects among rural seniors. **The Journal of Applied Gerontology**, v. 20, n. 2, p. 214-229, 2009.

WHITEMORE, Robin; KNAFL, Katheen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, 2005, v.52, n.5, p. 546–553.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health 2015**, 2015.

Available from:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694881_eng.pdf?ua=1>. Access on: 24 jul. 2017.

WRIGHT, Lorraine; LEAHEY, Maureen. **Nurses and families: A guide to Family assessment and intervention**. 5 ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2009.

APÊNDICE A

Instrumento de coleta de dados para a Revisão Integrativa

Código do estudo: _____

Participantes da amostra: _____

Abordagem metodológica empregada: _____

Objetivos: _____

Resultados: _____

Limitações: _____

Conclusões: _____

Quais aspectos que abordam o processo de cuidado informal em ambiente domiciliar oferecido aos idosos dependentes domiciliados em áreas rurais? _____

Quais as alterações que acontecem nas relações familiares? _____

APENDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PESQUISA: “O cuidado informal ao idoso dependente em zona rural”

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Venho, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa que tem como objetivo geral: **entender o processo de cuidado informal prestado ao idoso dependente e residente em zona rural.**

PROCEDIMENTOS: Será realizada entrevista com a senhor(a), com o gravador, se houver seu consentimento. Os resultados serão usados para elaboração da tese de doutorado vinculada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da FURG e publicação em periódicos científicos, divulgação em eventos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos, porém, riscos mínimos relacionados a algum desconforto, referente as questões, poderá ser desencadeado. Nessas situações estou ciente de que poderei consultar com o psicólogo do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) Rural, caso acredite ser necessário.

BENEFÍCIOS: O benefício de sua participação no estudo é que as informações relatadas na entrevista sobre sua experiência no cuidado ao idoso dependente oportunizará ao investigador compreender a complexidade do tema. E ao mesmo tempo favorecerá a troca de conhecimentos, a reflexão e o diálogo entre o participante e o pesquisador.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária, não me gerando qualquer ônus e poderei interrompê-la a qualquer momento, se eu assim o desejar, sem que esta atitude me traga qualquer prejuízo.

GARANTIA DE ACESSO: em qualquer etapa do estudo, eu terei acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dda. Rita Rosales, que pode ser encontrada na Rua General Osório, s/n. Tel: (53) 3233-8855.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão

transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Estou ciente de que recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. A investigadora respondeu todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim, em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com a pesquisadora responsável pela pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “O cuidado informal ao idoso dependente em zona rural”.

Eu discuti com a Dda. Rita Rosales, sobre a minha decisão em participar do estudo, Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que que minha participação é isenta de despesas e que tenho acesso a tratamento psicológico quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinaturas:

Pesquisadora

Participante da Pesquisa

Data: ____/____/____

APÊNDICE C

Instrumento de Coleta de Dados – roteiro de entrevista

Caracterização familiar

Quantas pessoas compõem a família: _____

Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Est. Civil	Renda Aprox.	Local de moradia	Freq. de contato	Tipo de apoio

Informações adicionais: _____

Informações sobre o cuidador principal do idoso

Grau de parentesco: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Estado civil: _____ Ocupação: _____

Escolaridade: _____ Renda: _____

Religião: _____ Tipo de moradia: _____

Reside com o idoso? Há quanto tempo? _____

Diagnóstico médico: _____

Período da doença: _____

Presença de sequelas: _____

Se faz uso de tratamentos. Quais? _____

Se faz uso de medicações com prescrição médica. Quais? _____

Se faz uso de medicações sem prescrição médica. Quais? _____

Se faz uso de terapias integrativas/complementares. Quais? _____

Alguém da família o auxilia nas atividades de cuidado do idoso? _____

Quem? Como? _____

Essa ajuda é suficiente? _____

Você conta com o auxílio de profissionais de saúde nas atividades de cuidado do idoso?
Quem? Como? _____

Essa ajuda é suficiente? _____

Como era o relacionamento familiar antes do comprometimento do idoso? _____

Como está o relacionamento familiar depois do comprometimento do idoso? _____

Como você se sente cuidando de um idoso dependente? _____

Quais são as suas dificuldades para a realização do cuidado? _____

Na sua opinião, em relação aos serviços de saúde, o que poderia ser implementado na sua região que favoreceria e/ou facilitaria o cuidado prestado ao idoso dependente? _____

Inventário de Sobrecarga do Cuidador

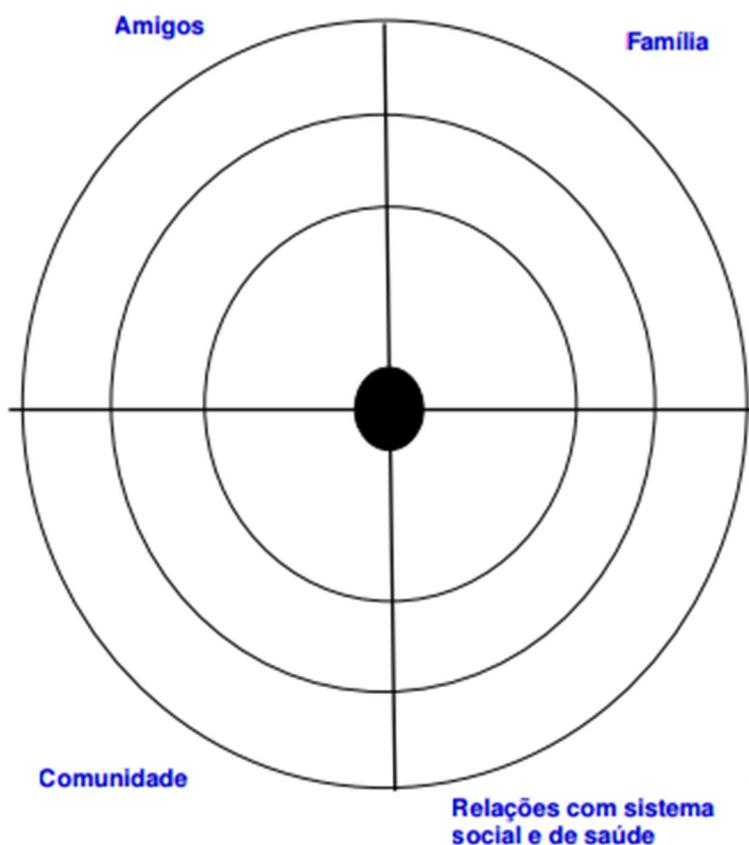
(0) Discordo totalmente; (1) discordo; (2) não concordo nem discordo; (3) concordo; (4) concordo totalmente

Domínio 1: Sobrecarga tempo dependente	
1. A pessoa que eu cuido precisa da minha ajuda para realizar muitas atividades diárias.	()
2. A pessoa que eu cuido é dependente de mim.	()
3. Eu tenho de estar constantemente atento(a) à pessoa que eu cuido.	()
4. Eu tenho de ajudar a pessoa que eu cuido em muitas funções físicas básicas (alimentação, eliminações, higiene e locomoção).	()
5. Eu não tenho um minuto de descanso no meu trabalho de cuidar.	()
Domínio 2: Sobrecarga à vida pessoal	
1. Eu sinto que estou deixando de viver a minha vida.	()
2. Eu gostaria de poder sair desta situação.	()
3. A minha vida social tem sido prejudicada.	()

4. Eu me sinto emocionalmente esgotado(a) por cuidar desta pessoa.	()
5. Eu esperava que as coisas fossem diferentes nesta etapa da minha vida.	()
Domínio 3: Sobrecarga física	
1. Eu não estou dormindo o suficiente.	()
2. A minha saúde tem sido prejudicada.	()
3. Cuidar desta pessoa tem me deixado fisicamente doente.	()
4. Eu estou fisicamente cansado(a).	()
Domínio 4: Sobrecarga social	
1. Eu não me dou com os outros familiares tão bem quanto eu costumava.	()
2. As minhas ações de cuidado não são valorizadas por outros familiares.	()
3. Eu tenho tido problemas no relacionamento com meu(minha) companheiro(a).	()
4. Eu não tenho trabalhado tão bem quanto eu costumava (trabalho fora ou em casa).	()
5. Eu fico ressentido(a) com outros parentes que poderiam ajudar, mas não ajudam.	()
Domínio 5: Sobrecarga emocional	
1. Eu me sinto constrangido(a)/ incomodado(a) com o comportamento da pessoa que eu cuido.	()
2. Eu sinto vergonha da pessoa que eu cuido.	()
3. Eu fico ressentido(a) com a pessoa que eu cuido.	()
4. Eu me sinto desconfortável quando recebo amigos.	()
5. Eu fico irritado(a) com a minha interação com a pessoa que eu cuido.	()

FONTE: VALER, 2015.

Mapa Mínimo de Relações



FONTE: DOMINGUES, 2004.

Informações sobre o idoso

Diagnóstico médico: _____

Período da doença: _____

Presença de sequelas: _____

Se faz uso de tratamentos. Quais? _____

Se faz uso de medicações com prescrição médica. Quais? _____

Se faz uso de medicações sem prescrição médica. Quais? _____

Se faz uso de terapias integrativas/complementares. Quais? _____

Ficha de avaliação de independência – Escala Katz

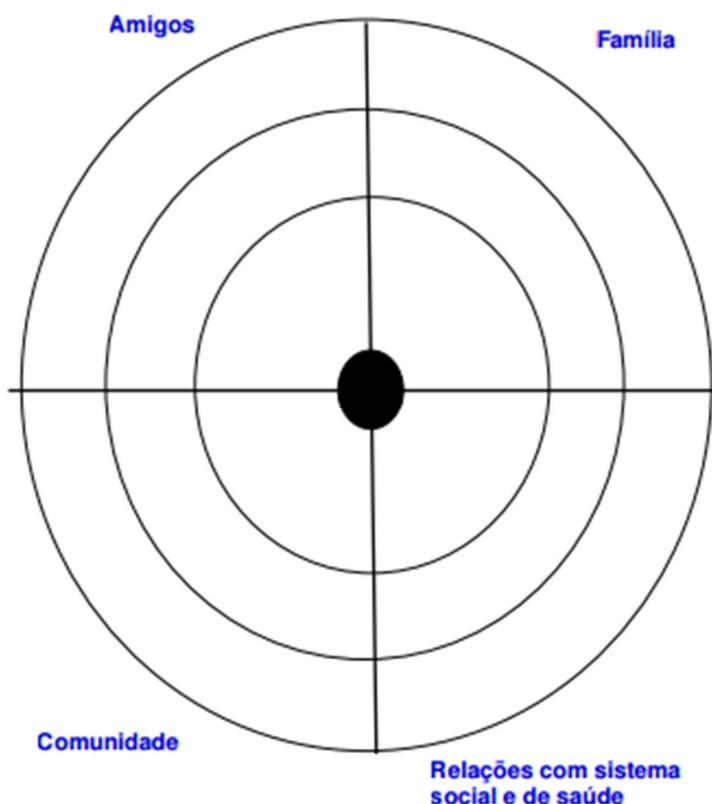
Ficha de avaliação para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que se aplica (a palavra “ajuda” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal)

Área de funcionamento	Independente/ Dependente
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)	
<input type="checkbox"/> não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho)	(I)
<input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como por exemplo, costas ou uma perna)	(I)
<input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	(D)
Vestir-se (pega roupas, inclusive roupas íntimas, nos armários e nas gavetas e manuseia fechos, inclusive os de órteses e prótese quando forem utilizadas)	
<input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se completamente sem ajuda.	(I)
<input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos	(I)
<input type="checkbox"/> recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupas	(D)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar ou urinar, higiene íntima ou arrumação das roupas)	
<input type="checkbox"/> vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o pela manhã)	(I)
<input type="checkbox"/> recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após a evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou o urinol à noite.	(D)
<input type="checkbox"/> não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(D)
Transferência	
<input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio como bengala e andador)	(I)
<input type="checkbox"/> deita-se ou sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda	(D)
<input type="checkbox"/> não sai da cama	(D)

Continências	
<input type="checkbox"/> controla inteiramente a micção e a evacuação	(I)
<input type="checkbox"/> tem “acidentes” ocasionais	(D)
<input type="checkbox"/> necessita de ajuda para manter o controle da micção e da evacuação, usa cateter ou é incontinente	(D)
Alimentação	
<input type="checkbox"/> alimenta-se sem ajuda	(I)
<input type="checkbox"/> alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar a carne ou passar manteiga no pão	(I)
<input type="checkbox"/> recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluídos intravenosos	(D)
<p>Interpretação (Katz & Apkom²⁶) 0: independente em todas as seis funções; 1: independente em cinco funções e dependente em uma função; 2: independente em quatro funções e dependente em duas; 3: independente em três funções e dependente em três; 4: independente em duas funções e dependente em quatro; 5: independente em uma função e dependente em cinco funções; 6: dependente em todas as seis funções</p>	

FONTE: LINO, PEREIRA, CAMACHO, FILHO, BUSKMAN, 2008.

Mapa Mínimo de Relações do Idoso



FONTE: DOMINGUES, 2004.

ABREVIACOES UTILIZADAS PARA O REGISTRO DAS RESPOSTAS

Amigos Sistema de	Família	Comunidade
	eo – esposo ea – esposa fa – filha fo – filho ia – irmã io – irmão na – neta no – neto o - outros	cc – membros do centro de convivência cl – membros de clubes de lazer ou serviço gr- membros de grupos religiosos gt – membros de grupos de terceira idade ed – empregada doméstica ps – prestadores de serviços vi – vizinhos o – outros

FONTE: DOMINGUES, 2004.

PERGUNTAS A SEREM FORMULADAS PARA O REGISTRO NO MMRI

1) Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

1.1) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que o visitam pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

1.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionadas, quais as outras pessoas que o visitam pelo menos uma vez por ano (pouco frequentemente)?

2) Com quem o(a) senhor(a) pode contar, se desejar ou precisar, para lhe fazer companhia, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

2.1) Além da(s) pessoa(s) já mencionadas, quais as outras pessoas que lhe fazem companhia pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

2.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionadas, quais as outras pessoas que lhe fazem companhia pelo menos uma vez por ano (pouco frequentemente)?

3) A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

3.1) Além da(s) pessoa(s) já mencionadas, a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

3.2) Além da(s) pessoa(s), já mencionadas, a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por ano (pouco frequentemente)?

4) A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar ou se deitar, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

4.1) Além da(s) pessoa(s) já mencionadas, a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar ou se deitar, pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

4.2) Além da(s) pessoa(s), já mencionadas, a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar ou se deitar, pelo menos uma vez por ano (pouco frequentemente)?

5) Quem ajuda ou ajudaria o(a) senhor(a) financeiramente se precisar de auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédios, comida etc, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

5.1) Além da(s) pessoa(s) já mencionadas, quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédios, comida etc, pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

5.2) Além da(s) pessoa(s), já mencionadas, quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédios, comida etc., pelo menos uma vez por ano (pouco frequentemente)?

ANEXO A

Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NUMESC

Parecer 006/2017
maio de 2017.

Rio Grande, 16 de

Projeto: O CUIDADO INFORMAL AO IDOSO DEPENDENTE EM ZONA RURAL

Autor: RITA ARIM ROSALES

Parecer:

Perante a análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde - NUMESC, decidiu-se pelo DEFERIMENTO do projeto de pesquisa apresentado.

Ressalta-se que após a conclusão do projeto, os resultados sejam enviados para o NUMESC.



Tarso Pereira Teixeira
CRM 26330
Coordenador do NUMESC

Núcleo Municipal de Educação
em Saúde Coletiva
Numesc - Rio Grande-RS

Doar órgãos, doar sangue: Salve vidas!

ANEXO B**ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER

Protocolo: Nº. 005/2017

Título do Projeto: “O cuidado informal ao idoso dependente em zona rural”.

Objetivo Geral:

- Entender o processo de cuidado informal prestado ao idoso dependente e residente em zona rural.

Objetivos Específicos:

- Identificar as alterações nos relacionamentos familiares decorrentes do processo do cuidado informal prestado ao idoso dependente e residente em zona rural;
- Elaborar ações em saúde, juntamente com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, voltadas ao atendimento ao idoso dependente em zona rural que favoreçam a integridade da assistência.

Pesquisador (a) responsável: Rita Arim Rosales

Parecer CEPAS: O CEPAS / A.C. Santa Casa do Rio Grande **APROVA** o desenvolvimento do projeto acima citado, ressalva que os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa; e que é necessário apresentar um **relatório** ao final do estudo para este CEPAS.

Rio Grande, 08 de junho de 2017.

Prof.ª. Dr.ª. Priscila Aikawa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da ACSCRG