



**UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA**

MARIA DAS GRAÇAS FELIX DA CUNHA

**OS SIGNIFICADOS DO CUIDAR NA VISÃO DO CUIDADOR FAMILIAR DE
IDOSOS HOSPITALIZADOS**

Curitiba

2016

**UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA**

MARIA DAS GRAÇAS FELIX DA CUNHA

**OS SIGNIFICADOS DO CUIDAR NA VISÃO DO CUIDADOR FAMILIAR DE
IDOSOS HOSPITALIZADOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito necessário para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social Comunitária.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Claudia Nunes de Souza Wanderbroocke.

Curitiba

2016

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

C972 Cunha, Maria das Graças Felix da.
Os significados do cuidar na visão do cuidador familiar de
idosos hospitalizados/ Maria das Graças Felix da Cunha;
orientadora Prof^a. dr^a Ana Claudia Nunes de Souza
Wanderbroocke.
97f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná
Curitiba, 2016

1. Idoso. 2. Envelhecimento. 3. Cuidador familiar.
I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Psicologia/ Mestrado em Psicologia. II. Título.

CDD – 305.26

Nome: Maria das Graças Felix da Cunha

Título: Os significados do cuidar na visão do cuidador familiar de idosos hospitalizados

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná para obtenção do Título de Mestre em Psicologia Social Comunitária.

Aprovado (a) em:

Banca examinadora

Professora orientadora Doutora Ana Cláudia Nunes de Souza Wanderbroocke

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Assinatura _____

Professora Doutora Maria Cristina Antunes

Instituição: Membro Titular – UTP

Assinatura _____

Professora Doutora Regina Célia Veiga da Fonseca

Instituição: Membro Titular – UEPG

Assinatura _____

“Construímos o mundo a partir de laços afetivos. Esses laços tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. Preocupamo-nos com elas. Tomamos tempo para dedicarmos a elas. Sentimos responsabilidade pelo laço que cresceu entre nós e os outros. A categoria cuidado recolhe todo esse modo de ser. Mostra como funcionamos enquanto seres humanos.”

(Leonardo Boff)

AGRADECIMENTOS

Ao **Deus Eterno**, pela vida e por mais uma preciosa oportunidade e conquista.

À **minha família**, especialmente ao meu esposo **Robson** e aos meus filhos **Thiago** e **Talita**.

À **Profª. Drª. Ana Claudia N. S. Wanderbroocke**, pela atenção, apoio e competência durante o processo de definição e orientação desta pesquisa.

Ao **Programa de Pós-Graduação** em Psicologia Social Comunitária, da UTP.

Às **chefias dos setores do hospital**, cenário da pesquisa, por disponibilizar os meios para realização deste estudo.

Aos **Membros da Banca Examinadora** de Defesa desta dissertação, **Profas. Dras. Maria Cristina Antunes e Regina Célia V. da Fonseca**, pelas pertinentes contribuições.

Às amigas de mestrado, **Cleonice** e **Clotilde** que compartilharam comigo esses momentos de aprendizado.

Aos **amigos de trabalho** pela ajuda e companheirismo durante toda trajetória da pesquisa.

Ao Comitê de Ética do Hospital cenário desta pesquisa, na pessoa da **Maria José**, por sua preciosa ajuda.

À **todos cuidadores familiares** que gentilmente e com toda presteza aceitaram participar deste estudo, contribuindo com informações preciosas para a concretização do mesmo; sem eles a realização deste trabalho não seria possível.

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de compreender os significados do cuidar na visão do cuidador familiar de idosos hospitalizados. O embasamento teórico metodológico foi pautado nas contribuições do Constucionismo Social, tendo como base norteadora a perspectiva da Psicologia Social Comunitária. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio e com base em um roteiro de perguntas previamente formuladas. Participaram da pesquisa 15 cuidadores familiares primários e secundários de idosos com idades superiores a 60 anos, internados em um hospital público da cidade de Curitiba. Na análise dos dados foi utilizado o método das Práticas discursivas, proposto por Jane Mary Spink. Foram elaboradas quatro categorias: “Cuidados prestados”, “Fatores relacionados ao cuidar do idoso”, “Aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento ao idoso hospitalizado e Condições oferecidas pelo hospital”, seguidas de suas respectivas subcategorias. A análise dos dados mostrou que entre os entrevistados se destacou a figura feminina, sendo na maioria, filhas. Nos discursos dos participantes pôde-se observar que aos significados do cuidar na visão do cuidador familiar, foram atribuídas algumas características tidas como difíceis e cansativas, como o auxílio nas necessidades pessoais do idoso dependente, demandando muita responsabilidade, dedicação, paciência e força de vontade e embora essa tarefa seja realizada com atenção, carinho e prazer, traz também o envolvimento de sentimentos de obrigação, dever e retribuição, relacionados aos bons momentos vivenciados junto ao idoso, além de sentimentos negativos como raiva, humilhação e tristeza. Os dados coletados mostram a complexidade do processo de cuidar de um idoso dependente hospitalizado e a sobrecarga procedida ao cuidador familiar, apontando à necessidade de estratégias de apoio e construção de novas possibilidades de atenção a esse grupo social nas instituições públicas hospitalares, que possibilitem acolhimento e acomodação durante o período dedicado ao cuidado, bem como, o engajamento da equipe multidisciplinar envolvida no processo saúde/doença. Assim, conhecer os significados de cuidar por meio do cuidador familiar, permite analisar as responsabilidades assumidas e detectar a necessidade de apoio social que possa contribuir para uma melhor assistência e qualidade de vida do cuidador, do idoso e da família.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Envelhecimento, Cuidador familiar.

ABSTRACT

This study was developed in order to understand the meanings of caring, in the vision of family caregivers, of hospitalized elderly. The theoretical-methodological basis was guided on the contributions of Social Constructionism, based on the guiding perspective of Community Social Psychology. It's about a qualitative research, descriptive and exploratory. Data collection was made by semi-structured interviews, recorded on audio and based on a script with pre-formulated questions. Participants in the research were 15 primary and secondary family caregivers of elderly people over 65 years, hospitalized at a public hospital in Curitiba. On analysis it was used the method of discursive practices, proposed by Jane Mary Spink. The following categories were set: "Provided care", "Caring the elderly related factors", "Emotional aspects involved in accompanying the hospitalized elderly" and "Conditions provided by the hospital", followed by their respective subcategories. Data analysis showed that among those interviewed, the female figure stands out, those being mostly daughters. In the speeches of the participants, we could observe that in between the meanings of taking care, in the vision of family caregivers, they assigned some characteristics regarded as difficult and exhausting, like the aid of personal needs of the dependent elderly, requiring a lot of responsibility, dedication, patience and willpower and although this task is carried out with attention, fondness and pleasure, it carries the involvement of obligation feelings, duty and reward related to the good times experienced with the elderly, as well as negative feelings, such as anger, humiliation and sadness. The data shows the complexity of the process of taking care of a dependent elderly and the burden to the family caregiver, pointing out the need to supportive strategies and building new possibilities of attention to this social group in public hospital institutions, as well as the involvement of the multidisciplinary team included in the health/disease process. So, knowing the meaning of caring through the caregiver allows analyzing the responsibilities and detect the need for social support, witch contributes to a better caring and life quality of the caregiver, the elderly and his family.

KEYWORDS: Aged, Aging, Family caregiver .

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa	33
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

HC – UFPR – Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CATEGORIA: Cuidados prestados	38
TABELA 2 – CATEGORIA: Fatores relacionados ao cuidar do idoso	43
TABELA 3 – CATEGORIA: Aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento ao idoso hospitalizado	49
TABELA 4 – CATEGORIA: Condições oferecidas pelo hospital	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS DA PESQUISA	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 O Envelhecimento bem sucedido e o envelhecer com dependência	15
3.2 O cuidador familiar do idoso	19
3.3 Apoio social e institucional aos cuidadores de idosos	23
4 MÉTODO	27
4.1 FUNDAMENTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS	27
4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO	30
4.3 LOCAL	32
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	33
4.5 INSTRUMENTO	34
4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	36
4.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 Cuidados prestados	38
5.2 Fatores relacionados ao cuidar do idoso	42
5.3 Aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento ao idoso hospitalizado	49
5.4 Condições oferecidas pelo hospital	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	66

APENDICES	74
APENDICE A – Roteiro das entrevistas	75
APENDICE B – Tabela dialógica primeira categoria	76
APENDICE C – Tabela dialógica segunda categoria	77
APENDICE D – Tabela dialógica terceira categoria	78
APENDICE E – Tabela dialógica quarta categoria	79
ANEXOS	81
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	82
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84

INTRODUÇÃO

A vida humana tem se prolongado ao longo das últimas décadas, como resultado dos avanços da medicina, aprimoramento dos cuidados de saúde, mais higiene e uma melhor forma de se alimentar, bem como às transformações socioeconômicas e tecnológicas que surgiram para favorecer uma melhoria geral no bem-estar das pessoas, do mesmo modo que maior longevidade (Figueiredo, 2012).

Associado ao avanço da expectativa de vida que vem ocorrendo no Brasil, há um aumento da prevalência das doenças crônicas relacionadas ao envelhecimento, o que acarreta a elevação do número de idosos dependentes, como também o índice de internações hospitalares (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2013). Como consequência, o cuidador familiar do idoso passa a ser um elemento chave na promoção da qualidade de vida da pessoa em situação de dependência, inclusive, quando há necessidade de hospitalização.

As definições de cuidador familiar apresentadas pela literatura são múltiplas, no entanto as mais aceitas definem os tipos: cuidador principal, aquele que tem maior responsabilidade nos cuidados diários ao idoso dependente, ainda que este se encontre no ambiente hospitalar e o cuidador secundário, que serve de aporte ao cuidador principal (Rocha & Pacheco, 2013; Gil & Bertuzzi, 2007).

Nesse pensamento, Ramos (2012) refere que o cuidador principal é aquele sob quem é confiada a responsabilidade plena de cuidar, supervisionar e acompanhar a pessoa idosa que necessita de cuidados, já o cuidador secundário é alguém que ajuda na prestação de cuidados em cooperação com o cuidador principal. Esta cooperação pode passar pela prestação direta de cuidados ou por apoio financeiro, em atividades de lazer e atividades de âmbito social.

Figueiredo (2012) destaca que apesar das alterações, tanto estruturais como funcionais

que a família tem passado nos últimos tempos, ainda se verifica que na maioria dos casos de cuidadores familiares, se destaca a presença do sexo feminino, mostrando que são as mulheres que geralmente apoiam e cuidam do idoso dependente, assumindo assim, o papel de cuidadoras informais. O autor mencionado, também sinaliza que o cuidar é fato comum em todas as culturas, mesmo que suas formas de expressão variem, no entanto, continua sendo a família a cumpridora desse papel, predominando a mulher como autora desse ato.

Segundo Vieira (2011), cuidar envolve prazer e contentamento, quando o cuidador familiar desenvolve de forma bem sucedida suas tarefas e consegue bons resultados. Nesse sentido, cuidar de um familiar idoso hospitalizado é uma tarefa complexa e única a cada indivíduo, devido a incerteza de sentimentos e as diversas formas de compreensão do cuidado.

Grelha (2009) observa que em consequência do tempo prolongado que o cuidador familiar é exposto à situações que podem causar perturbações na sua saúde, a tarefa de cuidar do idoso hospitalizado e de si próprio, fica comprometida, não conseguindo atingir em sua plenitude as necessidades de ambos: do ser cuidado, bem como do que cuida.

Várias pesquisas como as de Ferreira, Alexandre e Lemos (2011) e Pereira e Carvalho (2012), entre outros, têm se voltado a pesquisar a qualidade de vida dos cuidadores de idosos e os efeitos adversos que esta atividade tem sobre a vida destes. Entre estes efeitos pode-se citar: cansaço físico, esgotamento físico e mental, dor, diminuição da força e resistência, nervosismo, irritabilidade, insônia, humor depressivo, ansiedade, entre outros. Assim, o cuidador familiar de idosos, principal ou secundário, podem ver-se, então, expostos a uma elevada carga física e psicológica diante do processo do cuidar.

Nesse contexto, é provável que o cuidador familiar apresente uma resposta reconhecida como estresse do prestador de cuidados e na verdade esse estresse não é um evento, mas uma combinação de situações, vivências, respostas e saídas que variam de forma considerável entre cuidadores familiares e como consequência, diferem no seu impacto na

saúde e comportamento de quem desempenha o papel de cuidador familiar (Pereira, 2011).

Quando se trata de cuidar do idoso hospitalizado, Mendes, Miranda e Borges (2010), apontam para o fato de ser uma tarefa cansativa, pois na maioria das vezes essa condição é conferida a uma pessoa que geralmente atua fora do contexto hospitalar e que termina por conciliar com os demais trabalhos. Além do que, uma porcentagem significativa desses cuidadores não recebem um preparo ou orientação para desempenhar essa tarefa, e desprovidos disto, a qualidade de vida tende a sofrer um impacto, aumentando a probabilidade da ocorrência de doenças.

Diante desse contexto, Anjos, Boery e Pereira (2014) assinalam que muitos cuidadores familiares, ao assumirem a responsabilidade de cuidar do idoso dependente hospitalizado, reconhecem de fato, essa tarefa como exaustiva e estressante, uma vez que o cotidiano desses cuidadores passa por mudanças drásticas, fazendo com que os mesmos passem a ter restrições relacionadas às suas próprias vidas. Nesse pressuposto, Gil e Bertuzi (2007), afirmam que muitos cuidadores familiares renunciam às suas próprias necessidades e afazeres, para acompanhar o idoso no caso de internação. Situação que pode desencadear uma sobrecarga entre os familiares, contribuindo para o aparecimento do sofrimento psíquico, prejudicando a capacidade de resposta dos que cuidam.

Em relação ao exposto acima, Figueiredo (2012) ressalta, que normalmente a sobrecarga vivida pelo cuidador familiar que assume a responsabilidade na prestação de cuidados e que muitas vezes, esse acontecimento vem de forma súbita e inesperada, não tendo esse indivíduo, tempo de se preparar para assumir um papel tão importante, essa sobrecarga torna-se esquecida. Mesmo quando este, ao assumir a responsabilidade de cuidar passa a valorizar em primeiro lugar, as necessidades da pessoa cuidada, deixando para um segundo plano as suas próprias necessidades.

Nas perspectivas de Mistura, Schenkel, Rosa e Girardon-Perlini (2014), a presença

contínua de um membro da família acompanhando o idoso no período da hospitalização, pode potencializar sentimentos de insegurança e sofrimento, podendo ocasionar implicações à saúde, se igualmente não existir o acompanhamento desses familiares, que também precisam ser vistos. Com relação a isso, Cabral e Nunes (2015), concordam que o cuidador familiar apresenta necessidades que precisam ser observadas pela equipe multidisciplinar da saúde, bem como pelas políticas públicas, isto, associado à percepção deste sobre o cuidado ao idoso, são fundamentais para a efetivação de estratégias de cuidados durante o período da internação do idoso, uma vez que o familiar colabora para o reconhecimento de necessidades de atenção da pessoa que está sendo cuidada.

Nas concepções de Dahdah, Carvalho, Delsim, Gomes e Miguel (2013), mesmo sendo considerada uma necessidade a presença do cuidador familiar durante a hospitalização do idoso, esse evento envolve o lidar com sentimentos que ultrapassam os limites humanos, em virtude desse indivíduo se deparar com cenários que envolvem a vida, o sofrimento e a morte. Desse modo, o familiar que cuida, muitas vezes apresenta-se fragilizado e geralmente é privado de cuidar de si (Perez, Silva & Couto, 2009). Por este motivo, os cuidadores familiares são indivíduos que merecem muita atenção, uma vez que “apresentam um número significativo no processo do cuidar e assumem o papel, normalmente, por períodos mais longos, exercendo as mais variadas tarefas” (Ramos, 2012).

Assim, na perspectiva de entender a problemática do familiar do idoso no contexto hospitalar, esta pesquisa tem como objetivo principal compreender os significados do cuidar na visão do cuidador familiar de idosos hospitalizados.

O interesse no tema surgiu a partir da minha experiência profissional no exercício da enfermagem assistencial em um hospital público de Curitiba. Tenho convivido diariamente com familiares cuidadores de idosos durante os 13 últimos anos, observando as condições enfrentadas por estes durante o período de hospitalização do seu familiar idoso. Esta

proximidade me forneceu subsídios para a compreensão da abrangência e da importância desse tema, principalmente da relevância da presença do familiar cuidador junto ao idoso, que pode cooperar na manutenção do elo entre o idoso hospitalizado e seu cotidiano como cidadão. Porém, me fez perceber que este cuidador também apresenta carências de cuidados, uma vez que ao acompanhar o idoso é destituído das posições que ocupa no seio familiar, passando a ocupar, mesmo que temporariamente, um espaço limitado onde suas atividades diárias são definidas de acordo com as rotinas da instituição hospitalar.

O presente estudo utiliza a perspectiva da Psicologia Social Comunitária como base norteadora para essa reflexão, uma vez que esta se propõe a entender, como o ser humano constitui suas relações cotidianas de acordo com o contexto sócio histórico em que está inserido e dessa forma, tenta compreender e intervir nos fenômenos psicossociais, tendo como pressuposto, estimular uma consciência crítica e, assim, cooperar para a formação da identidade individual e social dos sujeitos, quando estes se apresentarem em situação de vulnerabilidades pessoais ou sociais, se preocupando também com a valorização dos potenciais e posturas saudáveis presentes nos sujeitos, nas famílias e na comunidade (Pereira e Diogo 2009). Neste sentido, vemos essa perspectiva buscando entender o homem como um ser ativo, histórico e social, que vive em constantes transformações a partir de suas interações como meio em que vive.

No campo da Psicologia Social Comunitária pode-se compreender que o adoecimento de um membro da família e conseqüentemente a posição assumida de cuidador familiar, pode afetar a estrutura que esses sujeitos constituíram na trajetória das suas vidas, e esse evento pode comprometer o bem-estar físico e psicológico dos atores envolvidos na tarefa de cuidar do familiar em situação de vulnerabilidade, o que pode trazer maior exposição à doenças físicas e a estados emocionais negativos, dessa forma, deve-se entender que o ato de acompanhar indivíduos idosos dependentes, mesmo num ambiente hospitalar, pode gerar

situações de estresse que se não forem elaboradas adequadamente, poderão prejudicar a dinâmica familiar e influenciar negativamente na recuperação do idoso e na saúde do cuidador. Dessa forma entendemos que a Psicologia Social Comunitária, nos orienta à preocupação com esses atores sociais, a saber, cuidadores familiares, proporcionando atenção, juntamente com a equipe multidisciplinar, institucional e políticas públicas, compreendendo o contexto social em que eles ora se inserem, conhecendo suas histórias e, além disso, vivenciando o dia-a-dia dos mesmos no ambiente hospitalar, observando o seu fazer, suas consequências, suas angústias e anseios, procurado assim, criar um vínculo maior entre os idosos, os cuidadores e a equipe hospitalar da saúde e acima de tudo, possibilitando maior autonomia em suas vivências junto aos seus familiares hospitalizados, percebendo-se como reais sujeitos de sua própria história, tornando-se ativos na busca de soluções para os problemas enfrentados (Dalbosco, 2009). "Problemas" que de acordo com o Construcionismo Social, passa a ser entendido como uma construção social, induzindo à análise de suas implicações no convívio familiar. Com base nas intenções construcionistas, somos levados a refletir sobre como nossas definições acerca dos "problemas" edificam a família, o próprio cuidador, os idosos dependentes hospitalizados e também os profissionais de saúde, lembrando que a "família" na visão construcionista, é definida como tal, a partir das descrições que ela apresenta e que também nós, integrantes de uma equipe interdisciplinar da saúde, apresentamos sobre ela (Guanaes & Mattos, 2011). Dessa forma, a busca de compreender os significados do cuidar na visão do cuidador familiar, se constitui uma tarefa desafiadora, e que através da proposta construcionista, nos permite avançar na descrição das famílias e seus modos de vida, no desenvolvimento do cuidar dentro do contexto hospitalar, sabendo-se que isso envolve muitos desafios, que só podem ser superados se a equipe multidisciplinar de saúde bem como as instituições e políticas públicas voltadas à saúde, possibilitem estratégias de educação em saúde que possam ser implementadas no cenário

hospitalar com vistas à inclusão e participação do acompanhante no cuidado ao idoso hospitalizado, bem como a criação de grupos de apoio que permitam suporte e atenção aos cuidadores familiares, considerando a integração de saberes e práticas dos atores envolvidos no processo de cuidar do idoso dependente no contexto hospitalar.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender os significados do cuidar na visão do cuidador familiar de idosos hospitalizados.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os cuidados prestados pelo cuidador;
- Analisar os fatores relacionados ao cuidar do idoso;
- Identificar os aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento ao idoso hospitalizado a partir da perspectiva do cuidador familiar
- Considerar as condições oferecidas pela instituição para a permanência do cuidador familiar do idoso.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Envelhecimento bem sucedido e o envelhecer com dependência

O envelhecimento é uma característica que por enquanto não pode ser evitada e que acomete todas as formas de vida, e em razão disso, as suas consequências naturais foram em todo tempo motivo de preocupação do homem.

No Brasil contemporâneo bem como no mundo globalizado com as inovações científicas em constante desenvolvimento, a expectativa de vida humana tem aumentado significativamente. E assim, o número de brasileiros acima de 65 anos deve praticamente quadruplicar até 2060, confirmando a tendência de envelhecimento acelerado da população (IBGE, 2013).

No entendimento de Romão (2013), o envelhecer é um fenômeno complexo, induzido por aspectos socioculturais, políticos e econômicos, em relação dinâmica e constante com a perspectiva biológica e subjetiva dos indivíduos, desta forma a experiência do envelhecimento pode constituir realidades largamente distintas, que vão da saúde à doença, ou da gratificação ao desamparo, sobretudo quando se depara com extremas desigualdades sociais que caracterizam o Brasil contemporâneo. Nessa percepção, Tavares, Scalco, Vieira, Silva e Basto (2012) consideram que o advento da velhice é uma fase, repleta de desafios e descobertas que sucedem de uma forma heterogênea entre a população idosa. As transformações fisiológicas ficam cada vez mais perceptíveis e a pessoa passa a conviver com uma nova realidade, marcada por mudanças que exercem forte influência na habilidade funcional do idoso, podendo ocasionar a inabilidade parcial ou total do indivíduo, suscitando importantes consequências para a família, à comunidade e o sistema de saúde.

Nesse contexto, Lourenço (2011) afirma que o envelhecimento humano pode seguir

dois eixos que determinam seu grau de dependência, ou não dependência, e dessa forma o envelhecimento fisiológico pode ser analisado como bem sucedido ou usual, que traz consigo características positivas desse processo, apresentando progressões com perda fisiológica mínima e mesmo que surjam danos expressivos não se qualificam como doentes. Entretanto, Nardi (2012) ressalta que o crescente número de idosos portadores de inabilidade parcial ou total, decorrente também do aumento da longevidade atual dos brasileiros e da alta ocorrência das doenças crônicas e degenerativas, incita a uma reflexão que compreende o próprio idoso, a família, os profissionais e os serviços de saúde específicos, pois lamentavelmente muitos idosos apresentam o envelhecimento considerado patológico, ou seja, associado às doenças incapacitantes. Essa condição causa maior vulnerabilidade e dependência, podendo cooperar para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida.

Do ponto de vista de Tavares et al (2012), o processo de adoecer na velhice faz com que muitos idosos conheçam algum tipo de fragilidade, exacerbando os sentimentos de dependência. Muitas vezes isso pode fazer com que o indivíduo se sinta desamparado, fracassado, impotente para tomar suas próprias decisões e para enfrentar seus problemas diários, e afirmam também que a experiência mais percebida é a limitação da sua capacidade física, biológica e cognitiva, o que leva por vezes a pessoa necessitar de cuidados de terceiros, ou seja, de cuidadores.

Para Chernicharo e Ferreira (2015), fragilidade e dependência, são considerações importantes quando se trata do processo do envelhecimento. A fragilidade se define como uma vulnerabilidade que o sujeito manifesta aos desafios do próprio ambiente, acontecendo de acordo com doenças ou limitações funcionais que restringem a habilidade do sujeito a lidar com o estresse decorrente de doenças agudas ou crônicas, hospitalizações ou outras situações e a dependência, nas palavras de Duarte, Nunes, Corona e Lebrão (2010), é definida como uma condição em que o indivíduo não consegue existir satisfatoriamente sem a ajuda de outro

indivíduo. As dependências observadas nos idosos resultam tanto das alterações biológicas quanto das mudanças nas exigências sociais e frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras. Para Bergman, et al (2009), a característica principal da fragilidade é aumentar a vulnerabilidade ao estresse, em consequência das deficiências em vários sistemas, inter-relacionados que levam o declínio das reservas homeostáticas e resiliência, tendo como principal resultado, o aumento do risco para vários desfechos adversos, relacionados à saúde além da incapacidade funcional, para o desempenho das atividades básicas da vida diária.

De acordo com Beuter, Brondani, Szareski, Cordeiro e Roso (2012), a situação de dependência num dos membros da família, associada à hospitalização, faz com que os sentimentos vivenciados sejam potencializados, uma vez que a internação significa particularmente um desafio e uma ameaça, que podem ser vividos de diferentes formas, compreendendo fatores distintos como, a capacidade de adaptação, as experiências anteriores e os conceitos de saúde e de doença, podendo gerar desequilíbrio e insegurança, o que faz com que os outros membros da família tenham necessidade de se adaptarem à nova situação.

Lourenço (2011) reconhece que a hospitalização pode levar à dependência funcional, por se tratar de um acontecimento complexo e peculiar, que ocorre no momento de fragilidade e desequilíbrio, quando o idoso é privado do seu ambiente familiar e transposto para um lugar diferente do seu cotidiano. Dessa forma, Kuznier e Lenard (2011), indicam que frente ao aumento do número de idosos que se encontram em processo de hospitalização, cabe aos profissionais da saúde aprender a lidar com esta população em que a condição de internação pode em muitas situações, absorver influências negativas sobre a percepção do processo de envelhecimento pelo paciente idoso, uma vez que o adoecimento humano por si só institui um episódio que suscita ansiedade e insegurança, induzindo, por vezes, a alterações comportamentais expressivas. No decurso da internação, o idoso fica submetido a ocorrências estressantes, além das ocasionadas pela doença, o que torna a inserção no ambiente hospitalar

uma ruptura drástica com o seu cotidiano, com as suas relações familiares e sociais, o que acaba afetando sua identidade. Ante a esses sentimentos, dessa nova rotina de vida, o paciente idoso poderá viver um momento de conflito diante da hospitalização, uma vez que o cenário hospitalar tem a representação objetiva da doença, dores, medos, procedimentos invasivos e a espera pelo diagnóstico, que são alguns dos muitos fatores que podem desencadear a crise no paciente e em sua família. Assim, esse conflito atribuído a internação, bem como os sentimentos que podem gerar no idoso dependente e no cuidador familiar, necessita receber a atenção de toda a equipe de saúde (Henriques & Cabana, 2013). Nesse contexto, Higgins e Edwards (2008), reforçam que a qualidade de tal ambiente pode alterar gradualmente a resposta para os fatores relacionados com a doença, e, conseqüentemente, proporcionar impacto no funcionamento social, econômico e interpessoal, entre os idosos dependentes e seus cuidadores familiares.

Apesar desta pesquisa voltar-se para o idoso com algum tipo de dependência por se encontrar hospitalizado, vale frisar que esta etapa da vida nem sempre é vivida nestas condições. Porém, quando isto ocorre e o idoso passa a depender de cuidados, torna-se imprescindível conhecer também as condições em que este cuidado é oferecido. Portanto, seguiremos buscando dados de pesquisa sobre o cuidador familiar do idoso.

3.2 O cuidador familiar do idoso

No Brasil, tradicionalmente o cuidado de um familiar doente ou com limitações físicas próprias da velhice deve ser desenvolvido pela própria família. Autenticando essa afirmação, a Constituição da República Federativa do Brasil em seu artigo 230, dispõe 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 e garantindo-lhes o direito à vida” (Brasil, 1988).

Cunha (2012) confirma a importância do apoio e do alento da família, que socialmente se apresenta como principal prestadora de cuidados informais e é onde os idosos encontram ajuda quando necessitam, principalmente quando estes ficam doentes e tornam-se dependentes de cuidados.

Para Peres e Lopes (2012), a hospitalização de um dos membros da família é um processo que produz alterações na composição da rotina familiar. Essa situação exige da família novas formas de organização de suas atividades diárias, sendo portanto, a forma de enfrentamento da hospitalização do idoso, singular para cada família e é nesse processo que entra em cena a figura do cuidador.

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (2008), o cuidador é:

Alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (p. 8).

Na perspectiva de cuidar de um idoso, o papel do cuidador familiar ultrapassa o simples acompanhamento durante a hospitalização, pois de acordo com o Guia Prático do Cuidador (2008), a função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, realizando as atividades que ela não consiga executar sozinha. Dessa forma, entende-se que o cuidador familiar tem que lidar não só com as dificuldades do paciente com a mobilidade,

autocuidado e comunicação, como também com as situações inesperadas que podem surgir durante o período do cuidar no ambiente hospitalar (Fonseca, Penna & Soares, 2008).

Bohr e Carlos (2010) partilham a ideia de que no momento em que o cuidador familiar precisar cuidar do seu idoso dependente, esse momento ou mesmo a notícia desse evento chega da forma súbita e a decisão de tornar-se um cuidador é quase instintiva, não havendo uma preparação formal para assumir tal posição. Metaforicamente, pode-se colocar que o cuidador primário ou mesmo o secundário, resvala para dentro deste universo, ficando envolvido de forma plena com esta situação, enquanto que os outros elementos da família ficam como coadjuvantes desta relação intensa. Os autores ainda apontam que esse cuidador, primário ou secundário, é a pessoa que termina tendo que renunciar a aspectos significantes de sua vida para dedicar-se à pessoa que precisa de cuidados.

Nas considerações de Cunha (2012), existem alguns fatores que são importantes na escolha do cuidador familiar, seja o primário ou mesmo o secundário, entre eles estão: a relação familiar, a relação de convivência e o gênero do cuidador, onde se constata o predomínio da figura feminina na prestação de cuidados, esse fato se deve a uma cultura que imputa à mulher o papel de cuidar, seja ela filha, neta ou esposa. As autoras afirmam ainda, que a divisão do trabalho baseado no sexo, atribui às mulheres uma série de papéis e regras que lhes impõem um perfil de cuidadoras, uma vez que o cuidar de um familiar é para muitas mulheres uma extensão do seu papel de esposa, mãe e dona de casa.

E dessa forma a ordem culturalmente estabelecida para desempenhar o papel de cuidador nas palavras de Altafim, Toyoda e Garros (2015), é:

[...] preferentemente a esposa. Na ausência da esposa e, em segundo lugar na hierarquia do compromisso, vêm os descendentes da segunda geração. Neste caso, a candidata mais provável é a filha mais velha [...] Em seguida na hierarquia vem à filha

viúva, depois a solteira, também de meia idade, com ou sem filhos, depois as netas e as noras. Raramente o cuidador é outro parente ou uma pessoa mais jovem, e mais raramente ainda é um homem (p. 362).

Mas, o que incita uma pessoa a ser cuidador? Essa pergunta nos leva a ter uma reflexão pela sua complexidade e nos impulsiona a imaginar que o processo de cuidar de um familiar idoso dependente no ambiente hospitalar, é um evento que desperta a ideia de reciprocidade na qual tem como mecanismo central a solidariedade nas relações entre familiares que cuidam e dos sujeitos cuidados. Dessa forma, é importante ressaltar que a consciência de que numa relação com o outro é necessária, a capacidade de ser sensível e lidar com situações adversas, são atitudes de solidariedade e ainda que haja o peso da designação de quem será o cuidador principal ou mesmo secundário na família, várias são as razões que motivam o familiar a assumir esse papel (Flores, Borges, Budó & Silva, 2011).

De acordo com Harvis e Rabins (2009), cuidadores familiares podem ser motivados para prestar cuidados por várias razões: um sentimento de amor ou de reciprocidade, a realização espiritual, senso de obrigação, culpa, pressões sociais ou, em casos raros, ambição

Os mesmos autores apontam que os cuidadores que são motivados por um senso de obrigação, culpa ou normas sociais e culturais apresentam maior disposição a se ressentir do seu papel e apresentam maior probabilidade ao sofrimento psicológico do que cuidadores com motivações mais positivas.

Nas palavras de Guimarães e Lipp (2012), quando o cuidador familiar assume o compromisso, onde transcende a troca e nasce o desafio de cuidar, esse indivíduo passa a sofrer ao mesmo tempo uma carga emocional intensa, em que sentimentos ambivalentes e contraditórios aparecem, testando limites e desafiando posturas de enfrentamento da realidade, pois muitas vezes esse ato de cuidar é imposto pelas circunstâncias da vida, e não

por opção. Tal circunstância torna-se complexa, uma vez que numa relação pessoal entre o cuidador familiar e o idoso há uma turbulência de sentimentos: amor, impotência, alívio, culpa e até mesmo revolta. Dessa forma, o cuidado passa a ser permeado por sentimentos que se contrapõem, que em determinados momentos são definidos como agradáveis e em outros como desagradáveis, ocasionando diversos tipos de reações, com possíveis alterações psicológicas.

O desenvolvimento dos sintomas psicológicos e comportamentais é um dos problemas que emerge com frequência durante a evolução da doença. Assim, a vida do cuidador familiar passa a ser influenciada pelos aspectos cognitivos, funcionais e comportamentais da doença que leva ao adoecimento e conseqüentemente à hospitalização do familiar idoso (Arakaki, Tsubaki, Caramelo, Negrini & Novelli, 2012). Diante dessa situação, Vieira (2010) considera que o cuidador pode não ter a capacidade de lidar com as mudanças referidas de forma eficaz, ficando sobrecarregado e passando a não atender as necessidades do idoso internado, podendo desencadear uma situação de estresse, que conforme o autor, é definida como a resposta do organismo a qualquer demanda feita sobre ele, sendo que tem o potencial de se tornar em crise quando o cuidador ou a família não pode enfrentá-lo de modo construtivo e os métodos habituais de solucionar problemas são inadequados para resolver a situação. Portanto, os familiares que assumem o papel de cuidadores informais podem apresentar-se em situação de crise, cujos principais sintomas são: tensão, fadiga, frustração, depressão, alteração da autoestima, entre outros.

Conforme Vieira (2011), as dificuldades na convivência entre as partes e o desgaste familiar estão frequentemente relacionadas ao tempo de cuidados solicitados ao cuidador principal como também o secundário que por apresentarem-se sobrecarregados, não conseguem dar atenção aos outros familiares, dessa forma, quanto maior a dependência do idoso, maior é a falta de tempo do cuidador familiar para com os outros membros da família e

para harmonizar sua saúde mental a partir de uma convivência social externa. E concordando com essa percepção, Pereira, Santos, Fhon, Marques e Rodrigues (2012), afirmam que diante dessas situações desfavoráveis e na carência de estruturas de resolução de problemas imediatos, o cuidador familiar fica dependente de uma situação problemática, que pode acarretar um estado de desorganização psicossocial, habitualmente seguido de sentimentos negativos, como a culpa, medo e ansiedade. Este estado de mal-estar e tensão, quando não é suportado durante um longo período, o cuidador familiar tende a assumir novas formas de resposta para superar a crise, que poderão acarretar uma adaptação não saudável com repercussões emocionais negativas. Assim, para compreender as necessidades dos cuidadores familiares, que diante do inevitável, passa a ser impactado pela hospitalização do seu familiar, é importante a percepção de suas necessidades e a efetivação de estratégias de proteção para o enfrentamento da situação que este ator social se encontra.

3.3 Apoio social e institucional aos cuidadores de idosos

Considerando os impactos da dependência do idoso e da tarefa do cuidado já mencionados, e o fato da qualidade de vida do cuidador familiar estar em grande parte associada ao fato deste encontrar-se diretamente ligado a essa função, torna-se pertinente “olhar para estes cuidadores familiares”, no sentido de zelar pelo seu bem-estar estando atento aos indicativos de sobrecargas físicas e emocionais que o mesmo apresenta durante a rotina da prestação de cuidados.

Para Lai e Chung (2007), ser familiar cuidador de idosos é um grande desafio para a família e não abordar adequadamente o cuidado que se deve ter com a pessoa que cuida, pode trazer um resultado negativo para esse indivíduo, como a perturbação da saúde física do mesmo o que pode trazer consequências para as famílias e à sociedade.

Estudos como de Fonseca (2014); Pavin e Carlos (2013) e Lenardt, Silva, Willig e Seima (2010), confirmam as palavras de Lai e Chung (2007), e assinalam que de fato no caso dos cuidadores familiares em situação de “internação” junto ao idoso, há sim, uma interferência expressiva na vida destes indivíduos, já que essa situação modifica a execução de atividades diárias desse familiar cuidador, podendo desencadear problemas intrínsecos negativos a esse prestador de cuidados, que embora seja dever do Estado à garantia de atenção à saúde do idoso, este se apresenta um parceiro pontual e com responsabilidades reduzidas e dessa forma, atribui à família o compromisso maior com os cuidados ao idoso em situação de adoecimento e dependência.

No Brasil os cuidadores informais não tem apoio institucional para desempenhar a tarefa de cuidar do familiar dependente. Isto, de certa forma, reflete a concepção social difusa sobre a responsabilidade da família, a qual é atribuída a obrigação de prestar cuidados, independentemente de sua efetiva capacidade em relação ao idoso em situação de fragilidade (Fonseca, 2009). Consequentemente, os cuidadores familiares brasileiros assumem a função de cuidar, sem assistência, proteção ou apoio de programas governamentais, que deveriam dar subsídios para a prática do cuidado, mesmo quando o idoso se encontra no contexto hospitalar. E pensando no apoio ao cuidador familiar, Campos (2011) assinala ser necessário que o esse familiar tenha suporte tanto de ordem emocional, bem como social, não voltado apenas quanto ao saber específico do cuidar do idoso hospitalizado, mas para auxiliá-lo a conservar sua própria saúde e cuidado de si mesmo, impedindo prováveis riscos de adoecimento, em consequência da sobrecarga a que são infligidos, uma vez que sem suporte social, nas palavras de Seima (2010), esses atores do cuidar se obrigam muitas vezes a renunciar ao emprego, às relações sociais e em determinadas situações, às relações familiares. Esse evento, portanto, nas considerações de Marques, Landim, Collares e Mesquita (2011), revelam que o cuidador familiar que não tem um suporte tanto emocional como social, pode

se tornar o futuro paciente.

Nesse pressuposto, em virtude do aumento do número de cuidadores familiares de idosos dependentes, a assistência a esse grupo deveria ser uma preocupação das políticas públicas brasileiras, de forma que as ações fossem elaboradas a fim de detectar precocemente o perfil da família e em especial dos cuidadores principal/secundário, bem como, levantar a existência de um suporte familiar, com objetivo de intervir com ações focalizadas. Pode-se ainda acrescentar que a ajuda emocional e financeira que cada um consegue adquirir da sua rede social de apoio, pode ser definida como suporte social (Soares & Pereira, 2014).

Na concepção de Nardi (2007), o suporte social é qualquer conhecimento que resulte em implicações emocionais e/ou condutas positivas. Visando a qualidade das interações, através de um processo recíproco, deve gerar efeitos positivos tanto para quem recebe como também para quem oferece o apoio. No que diz respeito a redes de suporte social a autora afirma que são conjuntos hierarquizados de pessoas, de relacionamentos, que mantêm entre si laços característicos das relações sociais, notadamente entre os membros da família, cooperando para o bem estar das pessoas e tornando mais forte o uso de estratégias para enfrentar a situação de adoecimento de um membro da família.

Com relação aos pressupostos de Marques et al (2011), Mendes, Miranda e Borges (2010), sinalizam que ainda há muito que se conhecer sobre o que é ser cuidador familiar, identificar suas necessidades e despertar o cuidado a esses indivíduos por parte dos serviços de saúde e da sociedade. Dessa forma, conforme Chagas e Monteiro (2004), a família terá mecanismos de enfrentamento adequados, passando a atuar de maneira ativa e positiva no processo de reabilitação do paciente. Essas ações fortalecerão essa família, capacitando-a para atender às necessidades de cuidado do idoso, bem como administrar a situação vivenciada por todos os familiares com um menor grau de sofrimento e desajustes.

Nessa perspectiva, a necessidade de se estudar a figura do cuidador familiar do idoso

hospitalizado, precisa de uma abordagem frente a esse cuidador para estudos futuros, visando, além da obtenção de dados sobre a prestação desse serviço, mas também para prestar uma assistência aos familiares responsáveis pelos cuidados (Tavares, Scalco, Vieira, Silva & Bastos, 2013). Neste contexto, podemos pensar em estratégias que venham ao encontro da reestruturação da dinâmica familiar, bem como o estabelecimento de nova rede social capaz de reintegrar o familiar cuidador à comunidade, onde esse possa ter acesso a suporte emocional e físico para o enfrentamento na tarefa do cuidar (Azevedo, 2011).

4 MÉTODO

A metodologia desenvolvida envolve: o fundamento do método, o local e os participantes do estudo, as técnicas para a coleta, registro e análise dos dados, bem como os aspectos éticos respeitados na pesquisa.

Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Nada de absolutamente original, portanto, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais (Duarte, 2010, p.115).

4.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS

A experiência de cuidar diariamente de um familiar idoso dependente hospitalizado, coloca o familiar cuidador em condições estressantes, seja pelo envolvimento emocional e físico, seja pelas relações afetivas anteriores à hospitalização. Dessa forma, compreender como o cuidador familiar entende o significado de cuidar de um idoso dependente no ambiente hospitalar, possibilita a identificação de algumas necessidades apresentadas por esse indivíduo, às quais os profissionais e os serviços de saúde devem estar atentos, seja através das percepções ou dos discursos que podem desvelar a importância da comunicação entre esses familiares cuidadores e a equipe multiprofissional.

Neste estudo, o embasamento teórico-metodológico foi pautado nas contribuições do Construcionismo Social. Historicamente os termos com os quais compreendemos o mundo são construções sociais, estabelecidas por intercâmbios entre as pessoas. No ponto de vista

construcionista, o processo de compreensão não é mecanicamente conduzido pelas forças da natureza, é sim, o resultado de uma iniciativa ativa, cooperativa, de relacionamentos entre pessoas. Nessa perspectiva a linguagem assume um papel central, uma vez que as práticas discursivas são responsáveis pela interação social e pela construção da realidade, ou seja, pela produção de sentidos sobre o mundo. Dessa forma, a linguagem não é apenas uma representação da sociedade, mas sua constituição.

Dessa forma, quando produzimos conhecimento nas nossas relações e negociações dos sentidos estamos construindo uma determinada realidade, sendo necessário que esse conhecimento produzido, busque desvelar o porquê da existência de determinadas práticas sociais, seja como: originam, continuam, se transformam e se legitimam, gerando o senso de verdade (Sanches-Justo, Ferreira, Vasconcelos & Justo, 2010).

Ligadas ao contexto, à época e à cultura em que são elaboradas, as práticas discursivas nos levam aos momentos de ressignificações. Isso, podemos confirmar ao observarmos a concepção de Rozendo (2013), ao afirmar que:

[...] as pessoas não constroem suas materialidades e compreensões do mundo no vazio, mas na concretude da vida cotidiana, por onde um fluxo contínuo e dinâmico de atos de fala em tensões, conflitos, negociações, solidariedades, contradições, vão configurando sentidos em contínua produção e reprodução (p.26).

A escolha da perspectiva construcionista também se deu pela sua contribuição na Psicologia, onde apresenta uma transdisciplinaridade, o encontro de conhecimentos, de narrativas e a produção de conhecimento em áreas distintas, permitindo que o pesquisador tenha um olhar diferente sobre o sujeito e o objeto de estudo, buscando encontrar nas narrativas, respostas ao viés da sua pesquisa.

Nesse contexto, na procura de respostas aos significados do cuidar na visão do cuidador do idoso hospitalizado, pareceu-nos mais apropriado seguir a visão construcionista, pois a

mesma ocupa-se principalmente de explicar os processos pelos quais as pessoas apresentam, esclarecem, ou, de alguma forma, dão conta do mundo em que vivem (inserindo-se a si mesmas), articulando formas compartilhadas de entendimento (Gergen, 2009). Para os construcionistas os significados do mundo não guardam correlação com uma realidade constituída, mas são elas próprias, modos de construção desta realidade, respeitando a subjetividade e a interação social dos indivíduos. Nesse pressuposto, o Construcionismo Social é uma direção possível, na qual a realidade é vivida como estabelecida pelos sujeitos a partir de suas relações sociais (Marra & Brito, 2011).

Nesse pensamento, a escolha da perspectiva construcionista ocorre ainda, em virtude de ser uma proposta reflexiva em que os envolvidos na pesquisa têm voz, podendo revelar o próprio entendimento do processo de construção de sentido nas relações humanas, no caso específico do estudo exposto, as relações entre cuidadores familiares, equipe multiprofissional de saúde e uma instituição hospitalar. Uma vez, que nas considerações de Spink (2010), o discurso construcionista, revela que o conhecimento é mantido por processos sociais e são as pessoas que dão sentido ao mundo em que vivem, construindo em conjunto, tudo que será considerado como realidade e como verdade no ambiente que compartilham.

Diante desse pressuposto, trabalhar num hospital público, voltado ao cuidado com o idoso hospitalizado e seu familiar cuidador, nos permite entender as relações que se estabelecem entre os sujeitos envolvidos dentro de um contexto social e nesse sentido, é importante a construção de um contexto dialógico na equipe interdisciplinar de saúde, para a prática de entender “os significados do cuidar na visão do cuidador familiar de idosos hospitalizados”, onde os profissionais de saúde possam se perceber como participantes ativos no processo de significação sobre os cuidadores familiares e seus problemas relacionados à tarefa de cuidar, desenvolvendo uma postura respeitosa às diferenças e valorização dos recursos e potencialidades desses familiares cuidadores. Pressupondo que o encontro dos

conhecimentos, das narrativas e a produção de informação em diferentes áreas, possibilitem ao pesquisador um olhar diferente sobre o sujeito e o objeto de estudo, buscando encontrar nas narrativas, respostas ao viés da sua pesquisa.

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para melhor compreender os significados do cuidar na visão do cuidador familiar de idosos hospitalizados, optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva exploratória. A escolha pela abordagem qualitativa deu-se pela necessidade de estudar o fenômeno, objeto da pesquisa de forma compreensiva, indo além de seu significado manifesto. Nesse sentido, tornou-se necessário a utilização de um método que permitisse que os aspectos subjetivos, como os sentimentos e necessidades dos participantes fossem alcançados e percebidos em sua particularidade e significação.

Dias e Nuernberg (2010) definem a pesquisa qualitativa como sendo aquela que não se preocupa com o número de vezes que uma variável aparece, mas se preocupa sim com a qualidade que a variável apresenta. Através desta pesquisa, tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam; isto é, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e aspirações. Isso acontece na pesquisa qualitativa, uma vez que essa metodologia se preocupa pelo estudo da história das relações, compreensão, conceitos e representações, que os sujeitos fazem em relação ao seu jeito de viver. A metodologia qualitativa ainda permite a investigação das singularidades dos indivíduos e dos grupos sociais, não havendo preocupação com a mensuração, universalização e representatividade dos dados, e sim com a forma particular do fenômeno analisado pelo pesquisador (Bonato, 2011).

No conceito de Minayo (2009), a pesquisa qualitativa é a forma utilizada para responder questões particulares, compreendendo o ser humano como parte da realidade social, onde este é livre para pensar, interpretar suas ações e agir a partir da realidade vivida e conseguindo dividir com os seus semelhantes. Dessa forma, ao assegurar que a realidade é dinâmica e construída, a pesquisa qualitativa postula a impossibilidade da objetividade e assim, faz-se necessário pensar sobre a representação da subjetividade nessa pesquisa, ao admitir que, tanto do pesquisador quanto dos participantes sejam escutadas (Ress, 2008).

A pesquisa descritiva de acordo com Szarecki, Beuter & Brondani (2010), tem por objetivo descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência. Esse tipo de pesquisa estabelece relação entre as variáveis no objeto de estudo analisado. Variáveis relacionadas à classificação, medida e/ou quantidade que podem se alterar mediante o processo realizado, podendo assumir diversas formas, entre as quais o estudo exploratório que permite ao investigador aumentar a experiência sobre determinado problema, criando maior familiaridade para explorar e aproximar-se do tema.

Para Oliveira (2011), a pesquisa exploratória busca descobrir ideias e intuições, na tentativa de adquirir maior familiaridade com o fenômeno pesquisado. Nesta situação, o planejamento da pesquisa precisa ser flexível o bastante para possibilitar a análise dos diversos aspectos relacionados com o fenômeno.

Oliveira, ainda assinala que este tipo de pesquisa costuma compreender uma abordagem qualitativa, assim como o uso de grupos de discussão; geralmente, caracteriza-se pela ausência de hipóteses, ou hipóteses pouco definidas. Desse modo, a pesquisa do tipo descritiva e exploratória permitiu um melhor aprofundamento e detalhamento dos dados coletados nas falas dos entrevistados.

4.3 LOCAL

O estudo teve como campo de pesquisa um hospital de grande porte na cidade de Curitiba, Paraná. Este hospital desenvolve atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão, dispõe de 63 mil m² de área construída por onde circulam diariamente próximo de 11 mil pessoas, sendo mensalmente atendidos em média 61 mil pacientes, com 1.500 internações e 850 cirurgias (Ministério da Educação, 2014).

A pesquisa foi realizada nas unidades de internação Urgência e Emergência, Neurologia e Unidade Cirúrgica; Serviço de Neurocirurgia, Urologia e Cirurgia Geral. As unidades escolhidas para a pesquisa foram as que admitiam pacientes adultos em tratamento clínico ou cirúrgico e que concentravam maior número de idosos internados. Os cuidadores participantes da pesquisa encontravam-se em enfermarias de 1 ou 6 leitos (em todas unidades existem pacientes internados em situação de isolamento clínico) o que justifica a enfermaria com apenas 1 leito. Todas as unidades do hospital que atendem idosos seguem o que preconiza o artigo 16 do Estatuto do Idoso, “Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico” (Brasil, 2003). Assim, as unidades permitem a permanência de seus acompanhantes em período integral, dando o direito ao revezamento, fornecendo refeições ao cuidador que permaneça durante todo período em companhia do idoso hospitalizado, bem como uma poltrona (quando disponível) para descanso do mesmo, não disponibilizando local para banho ou vestuário para guarda de pertences.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Optou-se por utilizar como população alvo, os cuidadores familiares que prestam cuidados aos idosos dependentes no contexto hospitalar. Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: ser cuidador familiar principal ou secundário, em tempo integral ou parcial, em qualquer turno (manhã, tarde ou noite), de ambos os sexos e que participam de forma passiva ou ativa do cuidado, responsável há mais de 15 dias pela prestação de cuidados do idoso hospitalizado admitido para tratamento clínico ou cirúrgico. A caracterização dos participantes de nossa pesquisa, serão apresentadas no quadro com as informações gerais sobre os entrevistados.

Quadro 1

Caracterização dos participantes da pesquisa

Categorização	Idade	Sexo	Parentesco	Principal/ Secundário	Escolaridade	Profissão
Entrevistado 1	71	F	Sogra	Secundária	1º grau	Aposentada
Entrevistado 2	28	F	Neta	Secundária	2º grau	Desempregada
Entrevistado 3	46	F	Filha	Principal	1º grau	Artesã
Entrevistado 4	29	F	Filha	Principal	2º grau	Do lar
Entrevistado 5	42	F	Esposa	Principal	2º grau	Cuidadora
Entrevistado 6	48	M	Filho	Principal	2º grau	Téc. Enf.
Entrevistado 7	48	M	Filho	Principal	1º grau	Autônomo
Entrevistado 8	66	M	Irmão	Secundário	Não alfabetizado	Aposentado
Entrevistado 9	30	M	Filho	Secundário	1º grau	Desempregado
Entrevistado 10	46	F	Nora	Principal	2º grau	Do lar
Entrevistado 11	56	F	Filha	Principal	1º grau	E. doméstica
Entrevistado 12	54	F	Filha	Principal	2º grau	Autônoma
Entrevistado 13	65	F	Irmã	Secundária	1º grau	Aposentada
Entrevistado 14	65	F	Irmã	Secundária	1º grau	Aposentada
Entrevistado 15	49	F	Filha	Principal	2º grau	Do lar

Foram entrevistados 15 cuidadores familiares, sendo 11 do sexo feminino e 4 do sexo masculino, das 11 cuidadoras, 5 estavam representadas por filhas, 2 por cônjuges, 1 por irmã,

1 por nora, 1 por sogra e 1 por neta. Dos cuidadores, 3 foram representados por filhos e 1 por irmão. Quanto à idade, a mínima foi de 29 anos e a máxima, 71 sendo a média de 50 anos. Três cuidadores (as) estavam aposentados (as), 2 desempregados (as), 3 não trabalhavam, 4 eram autônomos, 1 cuidadora, 1 empregada doméstica e 1 técnico em Enfermagem. A maior parte dos cuidadores (as) possuía filhos adultos, apenas 1 tinha 2 filhos menores de 10 anos. Quanto ao grau de escolaridade, 7 estudaram até o curso primário, 8 concluíram o ensino médio e um não era alfabetizado.

4.5 INSTRUMENTO

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, que conforme Brandt (2012) utiliza a linguagem, imprescindível no processo de constituição do homem, modificando as vivências em símbolos, conferindo-lhe significado e produzindo sentido para si mesmo e sua ligação com o outro. Dessa forma, a entrevista semiestruturada suscita a expressão do sujeito, que manifesta seu pensamento permitindo ao pesquisador a compreensão, da construção dos significados e das construções coletivas do mundo que atuam sobre a realidade de forma dinâmica. A técnica de entrevista semiestruturada também é favorável para este tipo de pesquisa, devido à natureza delicada da abordagem do tema, que envolve aspectos subjetivos dos atores envolvidos e fatores estruturais do ambiente hospitalar uma vez que nesse tipo de entrevista, o pesquisador tem a possibilidade de voltar o foco ao objeto de estudo quando o entrevistado desviar-se do mesmo.

O registro das falas foi realizado por meio da gravação, uma vez que as colocações poderiam beneficiar a busca pelo entendimento do cotidiano do familiar cuidador. A opção por este recurso se deu por se compreender que, não havendo a preocupação por parte do pesquisador no registro imediato dos discursos, ou na memorização destes, seria permitida

uma maior liberdade de observação das expressões e gestos do entrevistado, que muitas vezes completavam o discurso, sem os quais poderia incorrer a perda de algum detalhe significativo.

Durante o processo de pesquisa, as gravações em áudio foram feitas, baseado em um roteiro de perguntas (Apêndice A) que abordou as seguintes temáticas: cuidados prestados ao idoso, fatores relacionados ao cuidar do idoso durante a hospitalização, aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento ao idoso hospitalizado e as condições oferecidas pela instituição para a permanência do cuidador familiar do idoso.

4.6 PROCEDIMENTOS

Esta pesquisa seguiu as normas regulamentadoras da pesquisa em seres humanos, conforme a Resolução Nº 466, (BRASIL, 2012). Para a realização do estudo nas referidas unidades de internamento, foi solicitado autorização à Direção do Hospital de Ensino, bem como à supervisão das unidades envolvidas na realização do estudo.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do referido hospital, após sua aprovação, sob o número CAAE 38384014.8.0000.0103. Registro CEP: 1162168. Deu-se início a coleta dos dados (ANEXO A).

A primeira aproximação com os participantes se deu na companhia das chefias dos setores que apresentou a pesquisadora aos familiares, em seguida a mesma expôs a proposta da pesquisa e fez o convite para participarem como colaboradores. A ideia inicial era entrevistar todos os participantes nas clínicas pertencentes à Unidade de Urgência e Emergência, no entanto, devido à diminuição do número de internamentos, a mesma precisou ser ampliada para outras unidades do mesmo hospital, onde em acordo com as chefias dos setores, decidimos realizar as entrevistas no local onde os participantes se sentissem melhor e

isso aconteceu dentro das unidades de internamento, em salas reservadas, distantes dos leitos ocupados pelos familiares hospitalizados, com a finalidade de preservação a privacidade dos sujeitos envolvidos.

Antes de começarem as entrevistas, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual continha, inicialmente, informações sobre a pesquisa e seus objetivos. Após a leitura do TCLE (ANEXO B) pelos participantes e esclarecidas as dúvidas individualmente relativas à pesquisa, foram entregues duas vias do TCLE para assinarem e oficializarem a sua participação. Tendo então a preservação do anonimato dos entrevistados, optou-se por classificá-los como: (Entrevistado 1, Entrevistado 2...) (Brasil, 2012).

Durante o tempo das entrevistas, os cuidados aos familiares idosos, ficavam sob a responsabilidade da equipe de Enfermagem, conforme escala de rotina do setor. Cada entrevista teve uma duração média de 45 minutos. É importante ressaltar que o roteiro de entrevista serviu como um instrumento norteador. Assim, na medida em que o diálogo ia se estendendo, as perguntas davam liberdade para expressão dos pensamentos, buscando atender o objetivo principal da entrevista, que intenta, compreender os significados construídos pelos participantes para os temas abordados. Após a realização, todas as entrevistas foram transcritas na íntegra.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi inspirada nas Práticas Discursivas proposta por Spink (2013), formulada a partir da perspectiva do Construcionismo Social. Adotamos a ideia da perspectiva construcionista social por acreditarmos que os entrevistados constroem de forma ativa a pesquisa, juntamente com a pesquisadora. No nosso entendimento, a pesquisa revela a

intencionalidade da entrevistadora na sugestão dos temas procurando a obtenção dos objetivos da pesquisa, da mesma forma que os entrevistados, na aceitação e participação ativa do diálogo proposto. Assim, de acordo com essa proposta, os passos da análise consistiram de:

- Transcrição de todas as entrevistas realizadas;
- Leitura flutuante, curiosa e reflexiva das transcrições visando à construção de categorias que nortearam a análise de todo o material;
- Identificação dos repertórios interpretativos, os quais foram construídos através do reconhecimento e agrupamento das imagens, adjetivos e produzidas pelos entrevistados;
- Análise dos repertórios identificados, buscando compreender os posicionamentos adotados pelos participantes, durante as entrevistas e as implicações morais pertinentes ao emprego destes repertórios.

Nessa análise, buscou-se compreender os posicionamentos adotados pelos participantes, durante as entrevistas e as implicações pertinentes ao emprego destes repertórios, e ainda procurou-se entender esses posicionamentos assumidos e como as funções do uso de cada repertório em contextos conversacionais específicos podem promover o desenvolver das possíveis categorias.

A estruturação inicial das categorias de análise foi surgindo de uma primeira leitura das transcrições das entrevistas. Destaca-se que, durante o procedimento da análise das informações, teve-se sempre em consideração a questão de investigação para a qual se esperava respostas e os próprios objetivos da pesquisa. Dessa forma, a análise das entrevistas selecionadas possibilitou a elaboração de quatro categorias temáticas: cuidados prestados, fatores relacionados ao cuidar do idoso, aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento ao idoso hospitalizado e condições oferecidas pelo hospital.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Categorias extraídas da análise dos dados:

5.1 Primeira categoria - Cuidados prestados

Essa categoria aborda a relação de atividades realizadas pelos cuidadores aos idosos dependentes hospitalizados. Por meio dos relatos dos participantes foi possível identificar diferentes formas de prestação de cuidados aos familiares idosos durante o período de hospitalização. Os cuidados mais comumente oferecidos foram: higiene, alimentação, mobilização, companhia e elo entre cuidadores e equipe. (Tabela 1).

Tabela 1

Cuidados prestados

Categoria	Subcategoria
Cuidados prestados	Cuidados de higiene Alimentação Mobilização Companhia Elo entre cuidadores e equipe

Os cuidados prestados ao idoso dependente sofrem variações que se modificam conforme grau de dependência deste e podem ser diversos, envolvendo desde atividades mais simples como alimentar, auxiliar na locomoção, vestir, cuidar da higiene até às mais complexas (Martins, 2015).

Nardi (2007) pontua que para compreender qualquer tipo de cuidado é necessário identificar antes de tudo o seu fundamento, pois o cuidado está posto em um único contexto e prestar cuidado, tomar conta, cuidar é um ato de vida.

Cuidados de companhia, alimentação, higiene e conforto são entregues a familiares que também apresentam fragilidades que embora não sejam incapacitantes quanto as dos idosos dependentes, são passíveis de desencadear situações prejudiciais para estes e também para os cuidadores que dependendo do tempo expostos a essa situação, estão sujeitos à elevada sobrecarga física, psicológica e social que caracteriza os cuidados a outrem.

Isso foi observado no decorrer dos discursos onde se observou que os cuidadores sentiam-se sobrecarregados pela demanda de cuidados, como será discutido mais adiante neste trabalho, e também por terem que realizar tarefas que até então eram atividades pessoais do idoso, como dar ou auxiliar no banho, levar ao banheiro, dar a comida e que agora, com a dependência do idoso, tem de ser executada pelo cuidador.

As narrativas a seguir exemplificam os diferentes tipos de cuidados oferecidos pelos acompanhantes ao familiar idoso hospitalizado:

*“Olha na verdade a gente tá aqui pra auxiliar ele em tudo, [...] **é comida, é agua** [...] **levar ele até o banheiro (né), botar na cadeira (né) porque não é fácil né?**” E13*

*“[...] é pra ajudar ele a levantar da cama, **ajudar a tomar um banho**, na hora da **alimentação**, então eu tenho que estar sempre acompanhando e ajudando, auxiliando ele.” E3*

*“Ah, eu fico com ele, apesar de que as enfermeiras cuidam muito bem, mas eu fico **pra conversar com ele, reanimar ele**, sabe? Pra passar os dias, mais fácil, as horas assim, alegrar ele.” E7*

*“[...] **de companhia pra ela**, pra não deixar ela só, não é? Pra ela não se sentir sozinha.” E1*

A **companhia** indicada na fala dos entrevistados foi apresentada como a necessidade de ficar com, de estar com o idoso, e denota uma relação de afetividade, de compartilhar alguma coisa com o outro, denotando uma interação entre os acompanhantes e os familiares hospitalizados, como pode ser vista nas falas dos E1, E3 e E7.

Assim, percebe-se nos discursos, que o ato de cuidar é descrito pelos cuidadores como difícil, “**não é fácil**”, pois é uma atividade diária, e na maioria das vezes é realizado muitas vezes de forma solitária exigindo paciência, carinho e dedicação especial ao idoso em seu cotidiano.

Nos repertórios que seguem, podemos notar que os cuidados oferecidos não são meramente instrumentais, mais do que isto, cumprem diferentes funções junto ao idoso, equipe hospitalar e família como podemos observar na fala do E13, quando nota-se que o cuidador estabelece uma ligação entre a equipe de enfermagem e o paciente, facilitando assim, a prestação de cuidados.

*“Ah, dando apoio assim, no que ele precisa, no que ele chama, de repente eu vejo que ele acorda na madrugada, ou **alcançar o papagaio pra ele e a manobra da cama, do inclinamento (né) e na medida do possível – ah, o que a gente puder ajudar os enfermeiros (né)?**” E13*

*“[...] Daí eu venho, entro no quarto, **eu vou ajudar eles até a dar banho nela, até colocar o oxigênio nela eu ajudo [...].**” E10*

Outro aspecto a ser salientado na participação do cuidador E9 é o elo que estabelece entre a equipe e a família, no sentido de manter a comunicação entre os envolvidos, pois ao acompanhar seu familiar direta e continuamente, o acompanhante procura manter o vínculo familiar quando no acompanhamento diário com o paciente, se habilitando a observar e comunicar alterações sobre o estado de saúde do idoso que poderiam passar despercebidas e nesse sentido, faz-se necessário que os profissionais vejam os familiares como um agente participativo do cuidado ao idoso, permitindo o compartilhamento de informações e um cuidado congruente às necessidades do idoso e do familiar cuidador.

*“[...] verifico o banheiro, o estado que tá pra ela tomar banho, ajudo na troca deroupas, e fico de acompanhante aqui ajudando, conversando, não deixando ela sozinha. **Vendo também o que os médicos todos os dias vem com a notícia pra passar para os filhos dela.**” E9*

A presença do cuidador familiar também se mostra fundamental no hospital junto ao

idoso, pois este pode auxiliar a estabelecer certa continuidade entre o ambiente hospitalar e o doméstico com a sua presença, trazendo informações ou mantendo hábitos familiares.

Com base nos dados ora apresentados, entende-se que a permanência do cuidador junto ao idoso no contexto hospitalar não deve ser entendida como secundária, tendo em vista a importância da tarefa executada, que além de prática cumpre funções de elo e de apoio entre os diferentes atores envolvidos.

Assim, entende-se que cuidado diário faz com que haja uma relação muito próxima entre cuidador e o idoso hospitalizado e em se tratando de um familiar, o vínculo torna-se maior e a relação de solidariedade faz com que o cuidador esteja sujeito a um misto de sentimentos que se constituem em fatores importantes para a execução desses cuidados.

Nesse contexto, Monteiro (2010) reforça que é na situação de dependência num dos membros da família quando ocorre a hospitalização, esse acontecimento contribui para que os sentimentos vivenciados sejam aumentados, uma vez que a internação significa particularmente uma ameaça e um desafio, que podem ser vivenciados de diferentes formas, conforme diferentes fatores, seja como a capacidade de adaptação, as experiências anteriores, as representações de saúde e de doença, entre outros.

É sabido que o impacto causado pela prestação de cuidados compõem os itens que se referem à sobrecarga, relacionada com a execução dessa tarefa, em que se sobressaem alterações no estado de saúde, o alto número de cuidados, a modificação das relações familiares e sociais, o desgaste físico e mental (Couto, 2013).

Dessa forma, quando analisamos os discursos dos cuidadores familiares acerca dos cuidados prestados, podemos notar que alguns participantes ao se dedicarem a tarefa do cuidar, de alguma maneira esperam uma recompensa por terem contribuído no cuidado prestado, o que permite inferir uma intencionalidade do ato por trás do fazer, ainda que as vezes isso seja de forma inconsciente, fato que não impede que esse cuidador possa sentir

sofrimentos que podem interferir em sua qualidade de vida e ainda na qualidade do cuidado prestado.

E assim, quando se fala nas repercussões advindas do cuidado, destaca-se, em meio aos repertórios, que o cuidado prestado é exaustivo, trazendo cansaço físico e emocional, ao cuidador, diminuindo ou evitando os momentos de descanso e lazer. Ver-se também que na ação de cuidar há uma mistura de sentimentos ambíguos, que acaba norteando esse cuidado, como vimos nos relatos, o mesmo é orientado por obrigação, pela crença de ser uma designação divina, por solidariedade, entre outros e dessa forma pode-se acreditar que essa combinação de sentimentos, principalmente nos casos em que imperam as percepções negativas, pode levar os cuidadores familiares ao adoecimento, devido ao estresse e sobrecarga a que são expostos durante o processo de cuidar, independentemente dos fatores que os levem a exercer essa tarefa e sobre os fatores relacionados ao cuidar do idoso, apresentaremos a categoria a seguir.

5.2 Segunda categoria – Fatores relacionados ao cuidar do idoso

Cada família possui um modo singular de viver, com aspirações, emoções e formas próprias de se expressar. Fato que se evidencia quando um familiar necessita de cuidados, pois as relações constituídas durante a vida se consolidam com o surgimento de uma doença ou necessidade de cuidados. A doença tende a aproximar a família do processo de cuidar, devido aos sentimentos de reciprocidade, gratidão e solicitude presentes nesse momento. O vínculo afetivo (constituído durante a trajetória familiar) pode ser observado como um estímulo para a permanência do familiar no acompanhamento de seu ente hospitalizado. Esta categoria retrata os fatores mencionados para a construção da figura dos cuidadores

familiares, denotados nas subcategorias: gênero, obrigação, reciprocidade, fragilidade e qualidade dos vínculos anteriores formados entre os atores envolvidos (Tabela 2).

Tabela 2

Fatores relacionados ao cuidar do idoso

Categoria	Subcategoria
Fatores relacionados ao cuidar do idoso	Gênero Obrigação Reciprocidade Fragilidade Qualidade dos vínculos anteriores

No cuidado do idoso dependente a sociedade tradicionalmente institui que este seja realizado por um familiar, ainda que esse cuidar seja no ambiente hospitalar. Fato que foi observado nesta pesquisa, na qual a autora pôde observar que na vigência de um agravo à saúde, a figura feminina, no caso filhas e as cônjuges, por serem as pessoas mais próximas ao doente, geralmente é quem desempenham esse papel, sequenciada hierarquicamente, e ainda quando o paciente idoso era mulher, o cuidado também era desenvolvido por outra mulher.

Sobre o papel da mulher no contexto do cuidado, Beuter et al (2009) assinalam que esta ainda é considerada a principal cuidadora quando um membro da família adoece, e afirma ainda que essa ação de cuidar transpõe o âmbito domiciliar, expandindo-se ao espaço hospitalar, entendendo-se assim que a construção da identidade de gênero é socialmente determinada, cabendo à mulher o cuidado com a casa, com os filhos e com o cônjuge.

Além do gênero, são vários os fatores que contribuem para que a pessoa se torne cuidadora. Evangelista (2009), ao citar Wanderbroocke (2002), assinala os que se destacam: a obrigação moral fortalecida por aspectos culturais e religiosos, na condição da fidelidade

conjugal, a ausência de outras pessoas para a realização do cuidado, caso em que o cuidador assume esse encargo, na maioria das vezes, devido às circunstâncias que lhes são impostas.

Nos repertórios que serão apresentados, pode-se perceber que cada família é única, da mesma forma que são os indivíduos, reagindo de diversas maneiras diante do processo de adoecimento, mostrando assim, que estas peculiaridades são expressões da sua própria cultura.

*“Ah, eu acho muito importante, porque a **necessidade de ter alguém da família** [...] o **fato de ter alguém, eu, no caso, sou filha**, tá junto, eu acho, assim, muito importante. Porque ele já tá num lugar estranho, no hospital, pessoas estranhas toda hora chegando. Então, o **fato de ter alguém da família** eu acho, assim, muitíssimo importante.” E2*

Observa-se, pelo relato da cuidadora E2, que o cuidado entre os membros de uma família é algo considerado como “natural”, um movimento entre dar, receber e retribuir, pressupondo um processo de continuidade do cuidado na família. Assim o cuidado realizado pela filha, além da questão de gênero, também é uma norma socialmente construída e aceita, uma vez que tradicionalmente a mulher está inserida no contexto do cuidado de forma tão enraizada que talvez leve ainda algum tempo para a “quebra” deste paradigma que foi historicamente construído.

*“Ah, é pai, né? **É pai!** Não, pra mim sem problema, **uma gratificação**, o pai, o **cuidado** do pai tem que ter, pela idade e tudo.” E14*

Esse, “cuidado” nas palavras de Queiroz, Ponte, Souza & Rodrigues, (2013), tem o sentido de dever e reciprocidade no campo das relações intrafamiliares, por ter sido o cuidador familiar favorecido com o cuidado em algum momento da vida, correspondente as ações passadas praticadas pelo idoso das quais foram testemunhas, significando a possibilidade de proporcionar retribuição afetiva no adoecimento do seu idoso. O fato de terem sido alvo de cuidados no passado parece ser um fator determinante para que esse cuidador se comprometa com o cuidado, no presente ou em um futuro próximo.

Para Augusto, Silva e Ventura (2009), a responsabilidade dos cuidados é transferida para os filhos quando na impossibilidade do cônjuge no desempenho deste papel. Neste caso, também existe uma relação de obrigação, procedente de valores infligidos pela cultura familiar, ou seja, o cuidar é uma obrigação moral: na infância, os pais cuidaram dos filhos e agora quando os pais estão dependentes, os filhos cuidam dos pais, e esse sentimento persiste através das gerações.

Observa-se assim, na conduta do familiar cuidador através dos valores que compõem os elos de cada família, da obrigação e do dever do cuidado necessário e importante na condução da atividade de cuidar. Tal evento pode ser evidenciado nas falas das cuidadoras, como podemos ver nos discursos a seguir:

*“Ah, pra mim, que **sou esposa, eu acho que é minha obrigação**, e apesar da minha obrigação, eu faço com o maior carinho [...]” E3*

*“[...] porque ele é **meu esposo**, não é? E eu **tenho que dar o melhor que eu posso pra ele. Eu tenho que dar** [...] porque **eu o amo**, é meu marido!” E4*

O relato de E4 direciona para uma interpretação de que o fator relacionado para assumir o cuidado ao marido está ligado ao afeto constituído entre eles, antes da situação de doença e dependência se instalar, ou seja, é um caso típico vínculos formados pelo que antes foi compartilhado entres ambos. Dessa maneira, mesmo com a sobrecarga de atividades (domésticas e o próprio cuidado), junto à sua idade, ela enfrentava essa situação com naturalidade. Nota-se assim, que quando o cuidado é prestado por um cônjuge, o acordo de um cuidar do outro, realizado no momento em que começaram a conviver juntos, ganha força na fala dessa cuidadora, não sendo necessário, motivos extras para desempenhar o cuidado, este é prestado porque já estava “implícito” que um cuidaria do outro.

Nos repertórios de E3 e E4 ainda nota-se que um dos fatores relacionados com o cuidar do esposo, é uma obrigação, essa é percebida, como um compromisso assumido e anunciado pelos cônjuges e que parece estar ligado a aliança feita por ocasião do casamento.

Tendo em vista no que diz respeito à idade destes atores sociais e os costumes da época, esse compromisso assinado era compreendido como sendo para toda uma vida, e o ato de cuidar passa a ser visto como uma reciprocidade e uma consequência normal, inerente ao próprio matrimônio, consistindo assim um elo formado entre cuidador e sujeito cuidado, ligado a vínculos anteriores ao adoecimento.

“[...] Não espero nada em troca, sabe? Então, porque eu tenho certeza, porque Deus [pausa] virá a recompensa pra mim, não é?” E3

Ver-se também que para essa cuidadora, o cuidar envolve fazer algo sem esperar recompensa terrena, esperando a recompensa vinda de Deus. Dessa forma, fazem-se presentes sentimentos como o amor, o zelo e a dedicação. O cuidar passa a ser incorporado como parte da vida dessa mulher, sendo que ela não observa nenhum sacrifício em tal ato. No entanto, a mesma cuidadora se contradiz quando relata não esperar nada em troca, ao citar que a recompensa virá de Deus, observamos que os fatores envolvidos no cuidar de um familiar em situação de dependência não são desprovidos do desejo de recompensa, pois mesmo que seja manifestada a religiosidade, através da fé, na prestação de cuidados sempre se espera algo em troca.

“[...] É um sentimento de querer fazer mais, querer fazer a pessoa, sabe? Agir, reagir, conseguir andar, que é tão difícil. Então um sentimento assim de você querer ajudar e não conseguir.” E5

Outro motivo identificado na fala da cuidadora E3, onde os fatores envolvidos no cuidado foram também manifestados como um sentimento de conformidade com a situação de dependência do idoso e a constante busca de forças para o enfrentamento da situação na religiosidade, fato intimamente ligado a fatores culturais, valores e crenças adquiridas durante a trajetória de vida desta cuidadora. Assim, podemos perceber nos discursos desta categoria que no processo da vida, os laços de afetividade desenvolvidos, além dos de consanguinidade

existentes, produzem atitudes racionais, movimentadas pela compaixão e pela fragilidade que o familiar dependente apresenta. Dessa forma, mesmo no enfrentamento de situações desconfortáveis, ou até mesmo desfavoráveis, os indivíduos buscam amparar os familiares, mesmo que em detrimento de sua qualidade de vida.

“Eu posso dizer é que a gente ama, porque é da família, então a gente cuida.” E6

*“Porque a gente tem aquela responsabilidade, não é? **Se não forem os filhos**, quem é que vai fazer? Não é? Então eu acho que é maior a responsabilidade.” E5*

*“[...] **família é tudo na vida**, então a gente cuida. Não tô perdendo nada, eu tô aqui ... do lado dele, ele não tá sozinho, não é?” E6*

Quando os filhos são cuidadores dos pais, muitas vezes o sentimento de obrigação confunde-se com uma retribuição de cuidados, somando-se também ao afeto.

Entre as respostas, destaca-se, também, o vínculo afetivo, formado durante a vivência familiar, isso foi mencionado pelos sujeitos entrevistados, através dos substantivos observados: como o carinho e o amor presentes na relação com o idoso. E assim, percebe-se que a permanência próxima ao mesmo, no decorrer da hospitalização, quando envolvida por esses fatores, facilita a participação no cuidado, principalmente, quando a relação entre o familiar e o idoso é permeada por sentimentos positivos e relação de apego.

Assim, nota-se que os laços familiares são conduzidos por direitos e obrigações morais que dificilmente não são correspondidos, uma vez que estas normas morais são modeladas pelas forças culturais, sociais e econômicas, nas quais os sujeitos se inserem. E é nesse contexto que Monteiro (2010), confirma ser “natural”, a partir dessa perspectiva familiar, encontrarmos razões que motivaram os cuidadores familiares a cuidarem do idoso dependente, referindo um sentimento de obrigação. Mas o que é natural? Seria o ato de cuidar algo próprio da natureza? Ou seria algo criado dentro de um contexto construído, através de normas socialmente aceitas?

Sobre a construção do lugar do cuidador, Rios (2009) assinala que esse fator:

[...] diz respeito ao imaginário cultural, aqui definido como conjunto de representações forjadas historicamente que compõem a identidade cultural do cuidador para o paciente e para o próprio profissional dentro de uma mesma época e lugar (p.49).

Quando analisamos a categoria “fatores relacionados ao cuidar do idoso”, através dos discursos apresentados, esta, parece-nos estar relacionada à motivação intrínseca, à ligação afetiva através dos vínculos formados anteriormente ao evento do adoecimento e a natureza da atividade.

Entre alguns fatores relacionados ao cuidar, surge o cuidado como obrigação, diante da fragilidade do familiar idoso dependente, bem como da responsabilidade e o carinho, que se constituem por laços familiares de reciprocidade, estabelecidos ao longo das trajetórias de vida desses autores envolvidos no processo do cuidar. E nesse cenário os cuidadores vão construindo seu cotidiano como corresponsáveis pelo ser cuidado em situações adversas e imprevisíveis, permeadas por sentimentos construídos antes do evento do adoecimento, dependência e internação do idoso, tudo isso, induzido pelos laços afetivos, que se destacam nos momentos de permanência próxima da pessoa idosa no decorrer da hospitalização, fatores que facilitam a participação no cuidado, principalmente quando essa relação ocorre num momento de fragilidade que envolve todos os indivíduos, o familiar acompanhante, a pessoa doente e os demais membros da família.

Os sentimentos, no pensamento de Monteiro (2010), são definidos como mensagens que seres humanos são capazes de sentir nas circunstâncias que vivenciam, tal como ocorre no processo de prestação de cuidados entre o indivíduo afetado pela dependência e o cuidador familiar, desencadeando-se um conjunto de sentimentos e de emoções que, muitas vezes, podem dificultar a prestação dos cuidados.

Esses sentimentos foram expressos nos discursos que emergiram durante a realização

das entrevistas, sendo evidenciado que o cuidador é um familiar que vivencia diversos tipos de sentimentos e emoções e é nesse contexto que a próxima categoria traz por meios dos repertórios analisados, os aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento ao idoso hospitalizado.

5.3 Aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento ao idoso hospitalizado

No cotidiano dos cuidadores familiares coexistem os sentimentos e emoções ambíguas relacionadas à atividade do cuidar. Quem cuida está constantemente preocupado com o bem-estar do idoso que está sob os seus cuidados, mesmo este estando no ambiente hospitalar. Para analisar os aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento ao idoso hospitalizado presentes nos discursos dos cuidadores familiares, foram evidenciadas dez subcategorias como: nervosismo, preocupação, estresse, medo, cansaço, dor, raiva, choro, humilhação e esperança. Esta categoria visa abarcar os aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento ao idoso hospitalizado. (Tabela 3).

Tabela 3

Aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento ao idoso hospitalizado

Categoria	Subcategoria
Aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento ao idoso hospitalizado	Nervosismo Preocupação Estresse Medo Cansaço Dor Raiva Choro Humilhação Esperança

É Sabido que o cuidar é considerado como parte da cultura brasileira e que a maioria dos cuidadores familiares vê o cuidado como algo natural da vida, uma obrigação a ser cumprida e não como uma escolha, e como consequência desse fator, o cuidador pode tender a não falar de seus sentimentos que são ambíguos quando se trata de acompanhar um familiar dependente e em situação de fragilidade, e são esses sentimentos que acabam norteando todo o processo da prestação dos cuidados, podendo ser favorável ou não ao desenvolvimento dessa tarefa e que ainda podem desencadear sofrimentos e sensação de sobrecarga (Cabral & Nunes, 2015).

Esta categoria visa analisar os aspectos que permeiam o ato de cuidar, apontados pelos próprios cuidadores. Chega o momento de lidar mais profundamente com suas emoções, sensações e aspirações. Diversos sentimentos foram apontados nos relatos dos entrevistados, a exemplo da tristeza de ver o familiar doente tão fragilizado.

As respostas relacionadas à categoria "aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento do idoso hospitalizado" foram as mais verbalizadas, em relação às categorias analisadas nesta pesquisa. Ao se referirem as situações que envolvem os cuidados muitas emoções se fizeram presentes nas narrativas.

“Eu fico muito emocionada, eu fico nervosa, e daí às vezes o que aconteceu com ela eu fico pensando, sei lá, como que vai ser cuidada depois, mais com ela, assim, ela precisa muito da nossa ajuda, daí toda hora a gente se emociona com isso, né?” E1

No discurso da E1 há o relato de **nervosismo** como um estado que por vezes se fez presente, vindo acompanhado do sentimento de **preocupação** de como será o cuidado com a idosa após a hospitalização. Esse sentimento é recorrente, mas tende a ser contornado pela necessidade que a acompanhante tem de ofertar a atenção e cuidado no momento da hospitalização da sua mãe.

“[...] bastante estresse, muito [...] muito estresse, muito [...] hoje, eu tenho o sistema abalado, assim, que antes eu não tinha, antes eu era mais tranquila. Hoje, eu vejo que eu tô assim, eu choro com mais facilidade, eu tô bem abalada [...] assim, sinto medo. Então, assim, gera estresse, sem dúvida [...] eu tenho medo de ser assaltada, de sair

na rua.” E2

A sobrecarga emocional é visível nos relatos de E2, pois denota o estresse gerado pelo desgaste emocional ao qual essa cuidadora é exposta diariamente, envolvida em sentimentos que subjetivamente lhe causam dor e tristeza, como relata sobre o medo que sente.

O medo é uma constância na vida de alguns cuidadores, a exemplo da cuidadora E2 o sentimento de medo é experimentado pela mesma, pelo fato de ser uma cuidadora também idosa, que cuida do cônjuge hospitalizado. O medo ainda pode estar relacionado com a piora do estado de saúde, ao sofrimento físico e emocional e até a iminência da morte do familiar idoso. Ao observar tudo isso, o cuidador por se identificar com a pessoa que sofre, passando a sofrer junto com ela, gerando ainda mais sofrimento e angústia.

“Olha, eu estou muito preocupada [...] Eu, se eu pudesse sofrer pelas pessoas, eu sofria, sabe? Isso pra mim é uma preocupação muito grande [...] a minha esperança é de que aconteça o melhor, não é? [...] mas eu tô confiante que tudo vai dar certo. A gente tem que ter esperança, não é?” E3

“[...] ontem a noite eu fui pra casa, mas eu não consegui dormir. Eu tava preocupada com ele [...] eu pego um ônibus pra mim vir pra cá, pego ônibus pra voltar, né? Mas como a gente mora muito longe, é cansativo.” E4

Entre os entrevistados ver-se claramente sentimentos de cansaço físico e emocional, denotando uma sobrecarga psíquica instalada, associada a situação de impotência diante da exposição a estressores relacionados ao ambiente hospitalar, a dependência e cuidados com o idoso.

“A gente cansa um pouquinho de ficar parado [...] fico meio nervosa, mas tudo bem.” E6

“É cansativo, muito cansativo, mas a gente vai levando, não é? Conforme dá.” E7

“Um sentimento grande de medo de, de, de ao mesmo, ao mesmo tempo uma esperança enorme, o cansaço nessa hora a gente já não, não penso muito nisso né? Mas é isso, no momento é isso [...] a gente tá ciente da situação que é difícil e tal mas a esperança sempre é a última que morre (né) [...]” E8

A entrevistada E8 revela medo, cansaço, preocupação e também esperança na recuperação da sua avó. Esses sentimentos emergiram pelo fato de ela ter conhecimento em relação ao que poderia acontecer com sua familiar, por se tratar de uma idosa de 92 anos e em situação de grande fragilidade.

*“No momento me considero forte, acredito que tô ali dando força principalmente pra ela, pra minha mãe também (é), a nossa família não é muito grande, mas sempre, sempre tão juntos ali (né) [...] **a esperança é grande, grande, dela ficar conosco aqui [...] a gente tá ciente da situação que é difícil e tal mas a esperança sempre é a última que morre (né) [...]**” E8*

*“Olha, eu tô no pico. Que eu acho que se eu parar, acho que desmancho. **Mas eu sei que eu tenho que chorar quietinha e tenho que pensar que tenho criança em casa e tem os meus velhinhos que precisam de mim.**” E11*

O repertório de E11 ilustra a situação de preocupação/inquietação, que pode dificultar o enfrentamento pessoal, pois a cuidadora não consegue se desligar da situação em que se encontra e nem se dedicar a outras atividades, observamos uma possível sobrecarga emocional, em virtude de estar afastada do seu lar, do seu trabalho e da sua família. Ela procura organizar sua vida, de modo a atender o seu familiar hospitalizado, mas com a preocupação com os demais membros da família e dos “seus **velhinhos**” uma vez que a mesma ainda trabalha como cuidadora de idosos. Dessa forma, é prudente afirmar que a sobrecarga ocorre, quando os cuidadores familiares relegam suas próprias necessidades a um segundo plano e reorganizam suas vidas em função do familiar idoso hospitalizado.

Sobre isso, Fernandes e Garcia(2009) adverte que quando o cuidado envolve, em maior grau a vida do cuidador, quando ele se vê e é visto apenas como o familiar que cuida, e não mais como um indivíduo com identidade e aspirações próprias, sua tentativa é dar conta de preservar os vínculos formados anteriormente no seio familiar, o que lhe gera muito conflitos. Além disso, quando cuidadores se veem sobrecarregados, tendem a se sentirem mais tensos, logo, a exercerem suas funções abaixo de suas capacidades, o que resulta numa situação de cuidado ineficiente, normalmente acompanhada por resultados insatisfatórios.

“Olha, eu cheguei num ponto assim que parece que eu não ia conseguir ver ela daquele jeito, ali naquele estado, não é? Daí eu... nossa, eu... A gente ficou meio balançado, né? Nisso, né? De ver ela naquela situação, né? Chegou um ponto de dizer: ah, eu não quero mais ver ela! Eu não quero mais ir, cheguei a falar para os meus irmãos: arrumem uma outra pessoa pra ficar ali porque eu não aguento mais ver ela daquele jeito.” E10

Observa-se que os sentimentos gerados nos cuidadores familiares também decorrem da convivência com as limitações impostas pela própria fragilidade do idoso hospitalizado, isso proporciona efeitos diversos no cuidador, podendo desencadear situações conflitantes carregadas de tensão e dilemas no cuidar, como podemos ver relatos de cansaço, choro, preocupação, ente outros. Assim, levando em consideração que na maioria das vezes o cuidador ao assumir o cuidado de um familiar idoso, encontra-se sozinho, esse acaba tendo que lidar com uma diversidade de sentimentos e agrega novas atividades a sua rotina de vida.

Dessa forma destaca-se a importância do suporte social e de uma rede de apoio, para que este indivíduo possa diminuir sua exposição aos estressores desencadeadores de estresse imposta pela tarefa de cuidar.

“[...] a gente se dividindo assim, né? Ajuda, dá pra minimizar, amenizar o cansaço, né? Que a gente fica aqui, que imagina ficar três dias trancada aqui é complicado, né? A gente não descansa bem aqui [...]” E10

Observa-se na fala de E10, o desconforto da “internação” e a revelação da importância do suporte familiar nesses momentos de acompanhamento e prestação de cuidados, no repertório observa-se que quando existe a colaboração de outros familiares envolvidos no cuidado ao idoso, a atividade de cuidar pode diminuir a sobrecarga e o esgotamento do cuidador que tem sobre si a maior responsabilidade com o cuidado do familiar idoso.

“[...] O emocional? O físico? Ah, é o cansaço mesmo, que, às vezes, dá vontade de sentar no meio-fio e ficar! Epa! Pera lá! Tenho que continuar [...]” E11

“[...] vai sair e vai passar mais uma, e aí depois a gente chora, depois a gente lamenta, mas por enquanto tem que ser forte de qualquer forma.” E12

Conforme expresso, as cuidadoras E11 e E12, apesar de estarem disponíveis para servirem seus familiares dependentes, se encontravam cansadas pelo tempo dedicado ao

cuidado e pela falta de tempo para si. Nota-se que o conflito entre papéis experimentado pelas cuidadoras é visto como fonte contínua de tensão, mostrando que quando estas cuidadoras se deparam com o acúmulo das demandas de cuidado com senso de sobrecarga subjacente, isso resulta em crescente prejuízo para seu bem-estar subjetivo.

Ainda foi percebido que a resignação foi a forma encontrada por estas cuidadoras, para enfrentarem a realidade. Ao se encontrarem diante de uma situação considerada imutável, na qual qualquer atitude, que as levem ao desespero, não mudará suas condições de cuidadoras e nem a dependência dos indivíduos cuidados, essas pessoas procuram aceitar e lidar com essa situação da melhor forma possível.

Nos discursos a seguir, observamos outra repercussão significativa nos aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento ao idoso, que se configura nas falas do cuidadores, essa, diz respeito aos sentimentos unânimes vivenciados no dia a dia desses acompanhantes. Sentimentos que se alternam e se pareiam frente às situações vivenciadas como, raiva, cansaço, medo, preocupação, dor e humilhação. Muitos desses conflitos intrínsecos são decorrentes da exposição diária a estes estressores, que devem ser vistos e trabalhados juntamente com essas famílias para que essa sobrecarga diária possa ser diminuída, contribuindo para a recuperação ou manutenção do bem-estar tanto do cuidador, do idoso e da família. Observa-se assim, a perspectiva negativa com relação aos aspectos emocionais, na leitura dos discursos decorridos.

“Sentimento de (pausa), sentimento de dor, sentimento de raiva, de humilhação e sentimento por ser um usuário (né), a gente depende dessa droga que é o sistema de saúde [...] É tenso (pausa), a gente fica ansioso, a gente fica cego diante da ação, de mãos atadas diante de tudo e de todo o sistema [...]” E13

Nos repertórios de E13 nota-se que este culpa o governo, deixando transparecer em sua fala, decepção e descrédito em relação aos governantes, quanto ao não comprometimento com aqueles que ainda sofrem em nosso país de contradições e desigualdades sociais gritantes.

Esse entrevistado mostrava indignação pela falta de diagnósticos precisos e da falta de estrutura hospitalar que na concepção do mesmo, atrasava a melhora do seu pai hospitalizado.

Por meio do discursado entrevistado E13, o hospital, embora se estabeleça como um espaço de cuidado, pode incorrer em práticas de des(cuido), a exemplo das situações vivenciadas pelo participante que viu-se envolvido por sentimentos negativos, suscitando um desgaste emocional para o mesmo. E nessa situação cabe lembrar que embora a *Constituição Federal* (Brasil, 1988), a *Política Nacional do Idoso* (Brasil, 1994) e a *Política Nacional de Saúde do Idoso* (Brasil, 1999) apontem à família como responsável pelo o atendimento às suas necessidades, na prática não vemos um delineamento de um sistema de apoio às essas famílias e nem a definição das responsabilidades das instâncias de cuidados informais. Vemos sim, que o sistema de saúde público não está preparado para atender nem a demanda de idosos, crescente em nosso país e nem a de seus familiares deixando, portanto, esses cuidadores expostos a situações que podem desencadear o adoecimento.

“[...] mas a preocupação minha é que ele saia bom, não é? Não é [...] Que nem ele tá aí faz 15 dias já, 15 pra 20 dias já, a minha preocupação é que ele saia bom. É só isso, de resto não envolve nada, não.” E14

Pelos relatos dos entrevistados, podemos perceber que os fatos vivenciados e os significados do cuidar dos idosos hospitalizados levam a família a manifestar vários sentimentos e ações que refletem a dificuldade para lidar com tal situação, tais como: nervosismo, choro, preocupação, dor, raiva e outras alterações comportamentais de seus membros.

Sobre isto Fratezi e Gutierrez (2011), afirmam que os sentimentos negativos relatados, se assemelham a sensação de impotência, diante do quadro estabelecido entre cuidador, a fragilidade do familiar cuidado e o ambiente onde decorrem as narrativas, denotando com isso a importância de um suporte externo adequado e equilíbrio emocional, uma vez que estas alterações podem causar problemas psicológicos, necessitando de cuidados especiais.

Dessa forma, observa-se que o cuidador familiar precisa estar fortalecido para assumir a função de cuidar do seu familiar idoso, pois esse cuidado vai lhe exigir muita atenção e dedicação. Desse modo, torna-se essencial que o acompanhante esteja bem física e psicologicamente para enfrentar o período de hospitalização, uma vez que o ambiente hospitalar durante a internação do idoso, passa a se constituir um cenário de permanência para todos os envolvidos, no processo de cuidados e é sobre essa perspectiva que a última categoria extraída na análise (condições oferecidas pelo hospital), passa a discorrer.

5.4 Quarta categoria - Condições oferecidas pelo hospital

Nos diferentes cenários hospitalares, o cuidador familiar é visto como aquela pessoa que se conserva ao lado do doente, cooperando nas atividades relacionadas aos cuidados desenvolvidos, e ao mesmo tempo fornecendo apoio emocional ao indivíduo cuidado. O Estatuto do idoso, no capítulo IV, artigo 16, diz que: "Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo critério médico". nesse contexto será abordada a quarta categoria e suas subcategorias, que trará a partir dos repertórios expostos pelos cuidadores familiares, as condições oferecidas pela instituição de saúde como: acolhimento, acomodação, espaço físico e estrutura hospitalar. (Tabela 4).

Tabela 4

Condições oferecidas pelo hospital

Categoria	Subcategoria
Condições oferecidas pelo hospital	Acolhimento Acomodação Espaço físico Estrutura hospitalar

Ambiência hospitalar significa o tratamento dado ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, que está diretamente envolvido com a assistência à saúde, dessa forma, precisa oferecer atenção acolhedora, resolutiva e humana (Peres & Lopes, 2012).

Concordando com isso, Costa, Fernandes e Nascimento (2013) afirmam que o hospital, por ser o lugar cuja função precípua é zelar pelo bem estar, conforto, confiança e segurança ao doente internado, enquanto receptor dos serviços prestados, tem por dever elaborar estratégias que sejam capazes de responder positivamente aos anseios dos que se encontram em situação de fragilidade e adoecimento. Tais estratégias devem ocorrer dentro dos parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania, considerando que o acesso e acolhimento são elementos essenciais, para que se possa incidir sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade, beneficiando a reorganização dos serviços e a qualidade da assistência prestada avaliando para que se possa incidir sobre a saúde do indivíduo.

Através dos repertórios surgidos nesta categoria, pôde ser visto que a forma de acolhimento, acomodação, o ambiente e a estrutura hospitalar, tiveram grande importância na fala dos cuidadores familiares. Os discursos na sua grande maioria remetem à presença de um ambiente carente de condições para o acolhimento ao cuidador familiar, fato que se confirma nos relatos que seguem.

“Assim, eu sei que não sou eu que tô internada, eles cuidam do meu pai, dão remédio toda hora e coisa, mas, assim, eu sou apenas como se eu fosse uma pessoa a mais ali, um móvel, uma coisa assim [...] não me sinto acolhida, digamos. É mais uma chegando apenas, não me sinto acolhida.”E2

O discurso da E2 nos faz pensar que existe uma distância entre a equipe de saúde e o cuidador, isso é revelado quando a cuidadora se compara a um **móvel**, denotado assim, a invisibilidade do ser que cuida, que na maioria das vezes não é percebido como parte integrante do cuidado do idoso hospitalizado.

A narrativa de E2 nos permite analisar o quão distante está à realidade do cuidador familiar no contexto hospitalar, se considerarmos a conceituação sobre o acolhimento de

acordo com Henrique e Cabanas (2013), que ao se referirem ao acolhimento, assinalam que esse, serve de apoio, uma forma de escuta mais atenta às necessidades e anseios de quem recebe a assistência em saúde e isso deve ser cumprido, na visão dos autores, com a finalidade de facilitar o vínculo entre profissionais, pacientes, cuidadores e à sua família, trazendo para esses um sentimento de maior quietude no processo de hospitalização.

*“[...] eu cheguei aqui próximo de umas 4 horas, **ninguém veio perguntar se já jantou, tem janta e tal. Daí, quando foi um pouquinho mais tarde, umas 7 horas, 7 horas e 30, perguntei pra uma enfermeira: “Não tem uma bolachinha, um chazinho pra tomar”?**ela falou: não, a janta foi 5 horas, 6 horas, por aí. Eu: “Mas ninguém me falou nada.” E2*

Pelo relato de E2, ratifica-se a deficiência de diálogo entre a cuidadora e equipe hospitalar, fazendo-se interpretar que a comunicação é uma ferramenta a ser usada como uma troca de mensagens e quando não utilizada pode contribuir para percepções negativas no inter-relacionamento entre os autores envolvidos no processo do cuidar, desta forma, reitera-se que a interação entre cuidador familiar e equipe hospitalar é fundamental na prestação do cuidado ao idoso hospitalizado.

A comunicação interpessoal, nas considerações de Costa, Fernandes e Nascimento (2013), se dá na relação face a face, acontece na tentativa de entender o outro e também fazer-se entender.

*“Ela entrou no quarto algumas vezes, viu eu fazendo a minha bolsa de travesseiro, ela não se importou: não quer um travesseiro ou alguma coisa pra colocar como travesseiro? Eu fiquei com o pescoço doído de pôr a bolsa como travesseiro, que eu não consigo deitar [...] me dá dor de cabeça, tem que ficar meio inclinada. **Então, algumas pessoas, algumas enfermeiras, ninguém se preocupou disso.” E2***

*“O hospital em si, o espaço físico é o que eu poderia dizer 90% é ótimo sabe! Mas em relação ao cuidador é precário (né) [...] é, por exemplo: **você tem que descansar 12 horas do dia numa cadeira e às 12 horas noturna numa cadeira, ou seja, na mesma cadeira no período todo (né) [...] num tem, num oferece nada, nem banheiro não tem. Entendeu?**” E1*

Na fala de E13, refere-se a acomodação dos acompanhantes, fato que surge nos relatos da maioria dos entrevistados, todos relatam a existência de uma poltrona acolchoada,

semireclinável em algumas enfermarias, em outras, alguns acompanhantes permanecem na cadeira normal. Sabe-se que a questão do ambiente adequado para permanência do cuidador familiar é fundamental para facilitar na prestação dos cuidados. Quando inadequado uma dificuldade adicional é imposta ao familiar cuidador que necessita fazer ajustes e/ou improvisações que podem causar desconforto e desgaste adicional de energia e naturalmente, sobrecarga e riscos à saúde. Quando observamos esses relatos, lembramos que tal situação vai ao encontro ao Estatuto do Idoso, em seu artigo 16, citado no referencial teórico.

“Então, igual a maca, não sei como chama aquilo ali que eu tava deitada, no meio tinha um buraco. “O travesseiro que eu trouxe eu coloquei ele num buraco, no meio, assim, dessa maca que eu tava.”E2

“Aqui a gente fica sentado nessa cadeira aqui, ela dobra, né? Quando você tá cansado você deita, não é? [...] Ah, eu considero favorável, porque a gente não tá pagando nada, não é? Se tivesse, não tinha dinheiro pra pagar hospital, não é? Aqui eles dão remédio, dão tudo, eles tratam bem, a gente só pode ficar agradecido, não é?” E6

“No momento (é) como vou dizer, se falar da pessoa do acompanhante não vou dizer que é uma maravilha né? É [...] Assim [...] Peço muitas vezes quando eu tô dormindo aqui; a gente pede uma água, não tem água, a gente pede um travesseiro, não tem um travesseiro, é [...] dormimos numa poltrona, a poltrona hoje no quarto que a gente tá, ela tá quebrada, é, é você vai se encostar ela cai pra trás, então assim é um pouco difícil (né).” E8

“O banho também eu ficaria bem constrangida de tomar banho no mesmo banheiro ali que os pacientes estão tomando, até porque ali não tem uma chave na porta, a porta fica o tempo todo sem uma chave, sem nada. Como eu já fui no banheiro, e de repente abriram a porta, e nisso eu acho bem constrangedor [...]” E9

Na fala da participante E9 pode-se perceber a insatisfação com o fato das unidades, cenário deste estudo, não apresentarem banheiros destinados exclusivamente aos acompanhantes, é algo que torna estressante a permanência dos mesmos na tarefa do cuidar.

“Eu tenho a poltrona [...] É [...] dá pra relaxar um pouquinho, né? Apesar de que às vezes a gente levanta com muita dor no pescoço, né? Mas dá pra dormir um pouquinho, né, pra não dizer que passou a noite em claro.”E10

“Aí falta, aí falta [...] você não tem, às vezes, um lugar pra sentar, você não tem um lugar pra descansar. Aí falta bastante nessa questão.” E11

As enunciações dialógicas das participantes 10 e E11 fica claro a falta de estrutura

adequada por parte da instituição, que não dispõe de condições que garantam o conforto e a segurança, como poltronas e cadeiras confortáveis. E nesse sentido faz-se necessário voltar ao que diz o Estatuto do Idoso, O Estatuto elucida claramente que o idoso tem o direito a um acompanhante quando em situação de hospitalização e que o hospital deve oferecer condições adequadas para a permanência deste acompanhante, porém infelizmente esta nem sempre é a realidade dos hospitais públicos brasileiros.

A falta de estrutura física da maioria das enfermarias pode contribuir para o ressentimento do cuidador familiar com relação à falta de conforto, assim como condições inadequadas de repouso e higiene que podem potencializar o cansaço a que estes são expostos diariamente.

Da análise das quatro subcategorias supracitadas verificamos que os cuidadores revelam unanimemente quanto carece de acolhimento, o indivíduo que se dedica à tarefa de cuidar no ambiente hospitalar e neste sentido, reforça-se a importância de uma boa comunicação entre a equipe multidisciplinar, paciente e família para que juntos possam encontrar mecanismos de ajuda e apoio mútuos para uma melhoria na prestação dos cuidados ao idoso hospitalizado.

Diante das falas dos familiares, depreende-se que para que haja um atendimento amplo e humanizado tanto para o paciente dependente, bem como ao familiar que cuida, é necessário que melhorias sejam realizadas na infraestrutura hospitalar, assim como na forma de acolher os cuidadores familiares uma vez que o acolhimento deve ser visto como uma vertente que poder ser incorporada no princípio da humanização hospitalar por profissionais e gestores da saúde. Assim, ressalta-se a importância de desenvolvimento de estratégias que capacitem o cuidador para o cuidado do idoso hospitalizado, bem como, melhoria nas condições físicas e estruturais do ambiente hospitalar, que contribua para melhor qualidade da permanência dos cuidadores familiares durante o período de hospitalização do seu familiar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão acerca dos significados do cuidar do idoso hospitalizado na visão do cuidador familiar, que assume a responsabilidade pelo cuidado durante o período de hospitalização do idoso, foi a problemática que norteou esta pesquisa.

A análise das histórias compartilhadas por quinze cuidadores familiares no interior de uma instituição hospitalar pública, onde os cuidados prestados, fatores relacionados com o cuidar, aspectos emocionais envolvidos nesse processo e condições oferecidas pela instituição foram questões, que constituíram essa complexa trama reflexiva, onde pôde-se perceber a extensão das dificuldades e implicações tanto positivas, como negativas, que tal tarefa impõe à vida dessas pessoas.

Nesse caminho, foram presenciadas explosões de sentimentos, como amor, afeto, preocupação e companheirismo, seguidos de choros, raiva, sofrimentos e de esperanças, sentimentos esses, expressados por cuidadores familiares com características diversas, mas que no cenário em que se encontravam, essas características tornavam-se semelhantes, com posturas, condutas, tradições, crenças e experiências que mesmo diferenciadas se deparavam frente às normas e rotinas hospitalares.

Foi possível identificar que na compreensão dos sujeitos, às suas experiências do cuidar no contexto hospitalar mesmo se assemelhando em características, se apresentaram de formas diferentes, tendo para uns aspectos positivos e para outros, aspectos negativos, que concomitantemente minimizam e maximizam o estado emocional desses cuidadores familiares. Nas vivências positivas enfatizaram os sentimentos na relação com o familiar dependente, como afetividade, solidariedade e a esperança. Na percepção das vivências negativas, sintomas como cansaço e dores no corpo foram comumente relatados, sendo o sentimento mais externado, o da tristeza, seguido de pena e nervosismo. Assim, observou-se,

o quanto a tarefa de cuidar de um familiar dependente hospitalizado pode ser solitária e desgastante física e emocionalmente.

Nesta pesquisa, observou-se o predomínio das mulheres exercendo a função de cuidadoras, tendo maior destaque as esposas e filhas, a maioria era casada, com idade que variou entre 28 e 71 anos, a maior parte tinha ensino médio, em seguida vinham os filhos como cuidadores, prosseguidos de irmãos e outros consanguíneos. Cabendo lembrar que o cuidador familiar emerge das relações interpessoais e se constrói no cotidiano familiar e social, onde esse indivíduo se dispõe ou é eleito pela família e normalmente com pouca ou nenhuma experiência de cuidar de pessoas doentes.

Outro fato que nos chamou a atenção foi à presença de idosos cuidando de outros idosos durante o período de hospitalização, esse dado tem sua relevância, porque esses idosos também postulam uma atenção especial à própria saúde uma vez que a exposição desses cuidadores aos efeitos negativos da hospitalização, pode trazer em grande proporção, a soma de incapacidades físicas e motoras além de problemas emocionais, com a sobrecarga que lhes é imposta, gerando estresse, tendo esse, como consequência, cada vez mais dificuldade de cuidar de si e do seu familiar.

Na análise dos repertórios, várias questões foram observadas e um fator importante identificado no decurso da primeira categoria foi a falta de comunicação e relacionamento interpessoal adequados entre equipe multidisciplinar e acompanhantes, fator que faz aumentar as dificuldades no cuidado do idoso durante o período de internação, pois pela falta de interação entre equipe e cuidadores, fica evidente a perda de informações que podem contribuir positivamente na realização do acompanhamento e cuidado do idoso hospitalizado, e nesse sentido, é relevante ressaltar o quanto é importante que as equipes interdisciplinares tenham uma visão mais abrangente, que o uso da linguagem seja eficiente e que alcance além

do paciente também o familiar, vendo este como parte ativa e necessária no cuidado ao idoso hospitalizado.

Os cuidadores familiares também sinalizaram a deficiência da estrutura hospitalar que ainda não atende às necessidades dos acompanhantes que se encontram nas suas dependências, sendo a dificuldade mais citada à situação do descanso durante a noite, pois apesar da maioria das enfermarias possuírem uma poltrona semi-reclinável, outras apenas dispunham de uma cadeira comum.

Nos discursos femininos, uma cuidadora revelou o constrangimento em utilizar os banheiros compartilhados das enfermarias; vale ressaltar que os banheiros para cuidadores e acompanhantes ficam fora das enfermarias, nos corredores das unidades de internamento e não dispõem de chuveiros ou duchas higiênicas; já para os indivíduos hospitalizados, existem enfermarias equipadas com banheiros conjugados, com chuveiros elétricos, vaso sanitário, lavatório e cesto de lixo que servem para duas enfermarias, e apenas os leitos de isolamento dispõem de banheiro único. Com relação a essa estrutura, a pesquisadora pôde perceber o quão distante está o cumprimento do Estatuto do Idoso no contexto do hospital cenário da pesquisa, pois o Estatuto elucida que todos idosos em situação de internação tem direito a acompanhante, e que as instituições ofereçam condições adequadas para a permanência deste, segundo critérios médico, e nesse é nesse tópico que a pesquisadora questiona: qual seria o “critério médico”? Uma vez que a instituição hospitalar é composta de uma equipe multidisciplinar e no tratamento do idoso hospitalizado, bem como na recepção do seu cuidador familiar, é essa equipe que se faz presente, observando de forma holística o indivíduo hospitalizado, portanto, assim como as instituições devem se moldar ao Estatuto do Idoso, a pesquisadora acredita que o mesmo deveria ser feito ao que está preconizado nesse documento, atentando para a prerrogativa no artigo 16. Salientando que na percepção da autora da pesquisa, existe o entendimento de que em algumas situações, o acompanhamento

ao idoso não é possível, fato que não é citado nem esclarecido na lei, e dessa forma é delegado ao médico à identificação dos casos que não permitem o acompanhamento, nesse entendimento torna-se indispensável, a exceção dos fatos, havendo portanto a necessidade de justificativa médica, que no entender da pesquisadora, na generalização das situações de internamento do idoso, cabe a equipe de saúde que permanece por maior tempo junto ao idoso, definir a permanência do cuidador familiar, enfatizando que o “trabalhar” em equipe traz um resultado mais efetivo na tarefa de cuidar.

Outra observação que a pesquisadora faz, é com relação a data da elaboração do Estatuto do Idoso que é instituída em 2003 e que a maioria dos hospitais públicos, contam com a estrutura física moldada nos padrões de atendimento à saúde, anterior ao que preconiza o Estatuto, tornando-se difícil para as instituições de saúde a observância e adequação para o cumprimento do mesmo.

Durante a trajetória da pesquisa e ao acessar os significados dos acompanhantes acerca do cuidado ao idoso, foi possível compreender as necessidades e demandas daqueles que darão continuidade ao cuidado do idoso dependente e nessa perspectiva, é importante que a instituição hospitalar inclua o acompanhante familiar nos seus planos de cuidado, que os profissionais da saúde, venham a ter condições proporcionadas através de grupos de apoio dentro das instituições e também junto a comunidade, bem como o envolvimento efetivo das políticas públicas, no sentido de promover a capacitação dos sujeitos envolvidos no acompanhamento e cuidado do seu familiar, visando a minimização dos conflitos emocionais e da sobrecarga na vida desse cuidador que precisa ser visto e também cuidado, para que tenha condições de exercer com um grau minimizado de sofrimento a tarefa que lhe foi confiada.

Portanto, verificou-se a necessidade de se reconhecer o papel do cuidador familiar, visto que esse indivíduo é essencial para a execução das diretrizes propostas pelas políticas

públicas voltadas para o idoso e nesse sentido, é fundamental a formulação de políticas sociais específicas para o envelhecimento com dependência e para os cuidadores familiares. Além do cumprimento, na prática, das funções e atribuições do Estado, da sociedade, da comunidade e inclusive da própria família.

Salientamos que esta pesquisa tem suas limitações, pois está relacionada a realidade de um hospital público e nos cuidadores participantes. Contudo, a partir dela pode-se avaliar que há muito ainda a ser debatido e explorado, para que se possa compreender e apoiar os cuidadores familiares que participam ativamente do cuidado durante a hospitalização de um parente idoso dependente e dessa forma, a pesquisadora entende que este estudo poderá contribuir com a ampliação dos conhecimentos acerca do entendimento da família como unidade básica de cuidado, responsável pelo cuidar do doente idoso hospitalizado, bem como colaborar nas discussões acerca da importância da inclusão dos familiares acompanhantes e suas necessidades no cuidado ao idoso dependente.

Espera-se ainda, que este estudo possa contribuir para dar visibilidade à atenção ao cuidador familiar no contexto hospitalar, no âmbito das políticas públicas e que a equipe multidisciplinar ao estarem cientes das dificuldades e demandas para se realizar o cuidado ao idoso dependente possam repensar a organização do processo de trabalho, criando ou valorizando grupos de apoio que atendam as necessidades individuais de cada cuidador, contribuindo para diminuir a tensão vivenciada em seus cotidianos e conseqüentemente minimizar as possíveis implicações que podem advir na sua vida e na vida do idoso de quem cuida, cabendo aqui ressaltar que esses acompanhantes serão, em sua maioria, os cuidadores em domicílio, sendo, portanto, imprescindível a elaboração de estratégias, visando o autocuidado e a manutenção da qualidade de vida tanto do idoso quanto do acompanhante.

Sugere-se que novas investigações sejam empreendidas, quanto ao sentido atribuído ao cuidador familiar do idoso, ressaltando-se a necessidade de programar ações junto às

famílias para que estas possam ser protetoras e não as responsáveis pelo descumprimento do Estado que deveriam proteger esse grupo social carente de atenção e cuidados.

REFERÊNCIAS

- Altafim, L. Z. M., Toyoda, C. Y. & Garros, D. S. C. (2015). As atividades e a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com doenças crônicas. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 23, n. 2, p. 357-369, 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/1327/616>
- Anjos, K. F., Boery, R. N. S. O. & Pereira, R. (2014). Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00600.pdf.
- Arakaki, B. K., Tsubaki, J. N. S., Caramelli, P. Nitrini, R., Novelli, M. M. P. C. (2012). Análise do desgaste e da sobrecarga de cuidadores/familiares de idosos com doença de Alzheimer causado pelos sintomas psicológicos e comportamentais. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 23, n. 2, p. 113-121, maio/ago. 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/49062>.
- Augusto, F. M. F., Silva I. P. & Ventura, M. M. (2009). Filhos cuidadores: escolha, mudanças e desafios. *Revista Kairós Gerontologia, São Paulo*, v12 (2), novembro 2009: 103-18. Disponível em: http://www.crinorte.org.br/_arquivo/pdf_artigo/22.pdf.
- Azevedo, D. M. (2011). O idoso altamente dependente e o cuidador familiar: um estudo de caso sobre as repercussões na qualidade de vida de quem cuida. Disponível em: <http://www.firval.com.br/ftmateria/1348684738.pdf>.
- Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D. B., Hummel, S. Karunanathan, S. & Wolfson, C. (2009). Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm – Issues and Controversies. *Journal List HHS Author Manuscripts PMC 2645660*. available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645660>
- Beuter, M., Brondani, C. M., Szareski, C., Cordeiro, F. R. & Roso C. C. (2012). Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. *Esc. Anna Nery vol.16 no.1 Rio de Janeiro Mar. 2012* Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100018.
- Beuter, M., Brondani, C. M., Szareski, C., Lana, D. & Alvim, N. A. T. (2009). Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/159/v13n1a05.pdf>.
- Boff, L. (2005). Saber cuidar. Adaptação do Capítulo VII do livro Saber cuidar – ética do humano – compaixão pela Terra p.50. Disponível em: <http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Ambiental/sabercuidaboff.pdf>.
- Bohm, V. & Carlos S. A., (2010). Ser cuidador de idosos: sentimentos desencadeados por esta relação. *Revista Kairós Gerontologia, 13(1), São Paulo, junho 2010: 211-20*. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4870>

- Bonato, M. (2011). A micro-história e a metodologia qualitativa de pesquisa. Disponível em: <http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/pdf8/ST3/001%20-%20Massimo%20Bonato.pdf>.
- Cabral, B. P. A. L. & Nunes C. M. P. (2015). Percepções do cuidador familiar sobre o cuidado prestado ao idoso hospitalizado – *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo* v. 26, n. 1 (2015) Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/79939>.
- Chagas, N. R. & Monteiro, A. R. M. (2004). Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1663/1073>
- Chernicharo, I. M. & Ferreira, M. A. (2015). Sentidos do cuidado com o idoso hospitalizado na perspectiva dos acompanhantes cuidadores. *Esc. Anna Nery* vol.19 n°. 1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2015 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100080.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988) Brasília. (Texto compilado até a Emenda Constitucional nº 88 de 07/05/2015). Título VIII - Da Ordem Social Capítulo VII. Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso. Disponível em: http://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/CON1988_07.05.2015/art_230_.asp
- Costa, N. C. D., Fernandes, P. F. & Nascimento T. S. M. (2013). Serviço Hospitalar Humanização dos cuidados de Enfermagem. Disponível em: <http://www.portaldoconhecimento.gov.br/bitstream/10961/2556/1/Costa,%20Fernandes,%20Nascimento%202013.%20Servi%C3%A7o%20Hospitalar..pdf>.
- Couto, A. M. (2013). Cuidador familiar de idoso dependente: vivências de cuidar em contexto domiciliar e implicações para a enfermagem. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Dissertacao-Alcimar-Marcelo-do-Couto.pdf>.
- Cunha, M. J. M. P. (2012). O impacto do cuidado informal na qualidade de vida do cuidador. Disponível em: http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1900/3/DM_MariaCunha_2012.pdf.
- Dahdah, D. F., Carvalho, A. M. P., Delsim, J. C., Gomes, B. R. & Miguel, V. S. (2013). Grupo de familiares acompanhantes de pacientes hospitalizados: estratégia de intervenção da Terapia Ocupacional em um hospital geral. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/826>
- Dalbosco, S. N. P. (2009). O idoso hospitalizado: perspectiva do próprio sujeito a respeito de si mesmo, dos familiares e dos profissionais cuidadores. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18267/000727764.pdf?sequence=1>
- Dias, C. A. & Nuernberg, D. (2010). Doença na família: uma discussão sobre o cuidado psicológico do familiar cuidador. *Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, Volume 44, Número 2, p. 465-483, Outubro de 2010*. Disponível em: <http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/000044/00004401.pdf>.
- Duarte, R. (2002). Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n. 115, p. 139-154, mar. 2002*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742002000100005>. Acesso em: 06 mar. 2012.

- Duarte, Y. A. O., Nunes, D. P., Corona, L. P. & Lebrão, M. L. (2010). Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo sabe (saúde, bem-estar e envelhecimento). Disponível em: http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2010_Livro_AnaAmelia.pdf
- Estatuto do idoso* (2003). Capítulo 4 Do Direito à Saúde Art. 16. (p.4.) Direito do Idoso. Disponível em: <http://www.direitodoidoso.com.br/>
- Evangelista, V. (2009). As implicações do “ato de cuidar” conforme relatos de cuidadores de pessoas com a doença de Alzheimer. Disponível em: <http://docplayer.com.br/4406866-As-implicacoes-do-ato-de-cuidar-conforme-relatos-de-cuidadores-de-pessoas-com-a-doenca-de-alzheimer.html>.
- Fernandes, P. M. (2014). O idoso e a assistência familiar: uma abordagem da família cuidadora economicamente dependente do idoso. Disponível em: <http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoco/files/07/14.pdf>.
- Ferreira, C. G., Alexandre, T. S. & Lemos, N. D. (2011). Fatores Associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.2, p.398-409, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/12.pdf>.
- Figueiredo, C. G. (2012). Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais/familiares. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1799/1/FIGUEIREDO%20Carla%20Gon%C3%A7alves%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado%20EMBARGO%2029%20junho%202014.pdf>.
- Flores, G. C., Borges, Z. N., Budó, M. L. D. & Silva, F. M. (2011). A dívida do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/11683/pdf>
- Fonseca, N. R., Penna, A. F. G. & Soares, M. P. G. (2008). Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. vol.18 no.4 Rio de Janeiro 2008. *On-line version* ISSN 1809-4481. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400007.
- Fonseca, A. P. (2009). Qualidade de vida e rede de apoio e proteção ao idoso dependente do município de Chapecó-SC. Disponível em: <http://fleming.unochapeco.edu.br:8080/pergamumweb/vinculos/0000c4/0000C44E.PDF>.
- Fonseca, J. G. (2014). Representações sociais da família sobre o cuidado de idosos dependentes. Disponível em: <http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma5/Jamile-Guerra-Fonseca.pdf>.
- Fratezzi, F. R. & Gutierrez, B. A. O. (2011). Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n7/23.pdf>.
- Gergen, K. J. (2009). O movimento do construcionismo social na psicologia moderna *Revista Internacional Interdisciplinar* v. 6, n. 1 (2009) >Gergen. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2009v6n1p299>
- Gil, M. E. & Bertuzi, L. D. (2007). Desafios para a psicologia no cuidado com o cuidador. *Revista Bioética* v. 14, n.1 Disponível em:

- http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/6
- Grelha, P. A. S. S. (2009). Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário - Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida. Disponível em:
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf.
- Guanaes, C. & Mattos, A. T. R. (2011). Contribuições do Movimento Construcionista Social para o Trabalho com Famílias na Estratégia Saúde da Família. *Saude soc. vol.20 no.4 SãoPaulo Oct./Dec. 2011*. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400017.
- Guedes, O. S. & Daros, M. A. (2009). O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. *Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 12, n.1, p. 122-134, jul/dez. 2009* Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10053>.
- Guia Prático do Cuidador - Série A. Normas e Manuais Técnicos - Secretaria de Atenção à Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da Saúde - Brasília – DF – 2008* Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
- Guimarães, C. A. & Lipp, M. E. N. (2012). Os possíveis porquês do cuidar. *Rev.SBPH vol.15 no.1 Rio de Janeiro jun. 2012*. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582012000100014&script=sci_arttext
- Harvis, K. A. and Rabins, P. V., (2009). Dementia. Helping family caregivers cope. *Dialogues ClinNeurosci. 2009 Jun; 11(2): 217–228*. Available in:
<http://www.healio.com/psychiatry/journals/jpn/1989-5-27-5/%7B364220bd-ee73-455c-acbf-fe07850499d9%7D/dementia-helping-family-caregivers-cope>
- Henriques, T. M. & Cabana, C. (2013). O acompanhante no processo de hospitalização. *Revista Hum@nae v7n1* <http://humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/69>.
- Higgins, D. and Edwards, B. (2008). The nature and impact of caring for family members with a disability in Australia. *Literaturereview. Research Report No. 16 – June 2008*. Available in:
<https://aifs.gov.au/publications/nature-and-impact-caring-family-members-di/5-literature-review>.
- IBGE (2013). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Home, estatística, população, estimativa. Disponível em <Http://www.ibge.gov.br>
- Kuznier, T. P, Lenardt, M. H. (2011). O idoso hospitalizado e o significado do envelhecimento. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/29/76>.
- Lai, C. K. & Chung, J. C. (2007). Caregivers' informational need son dementia and dementia care. *Asian J GerontolGeriatr 2007; 2: 78–87*. Disponível em:
<http://www.hkag.org/publications/ajgg/v2n2/p78-oa200728.pdf>
- Lenardt, M. H., Silva, S. C., Willig, M. H. & Seima M. D. (2010). O idoso portador da doença de alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. Disponível em:
http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4d3079563e899.pdf.
- Lourenço, T. M. (2011). Capacidade funcional do idoso longo vivo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba. Disponível

- em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/DISSERTACAOTANIALOUREN%C3%87O.pdf>.
- Marra, A. V. & Brito, V. G. P. (2011). Construcionismo Social e Análise do Discurso: Uma Possibilidade Teórico-Metodológica. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EPQ380.pdf>.
- Marques, A. K. M. C., Landim, F. L. P., Collares, P. M. & Mesquita, R. B. (2011). Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Ciênc. saúde coletiva vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700026.
- Martins, O. S. P. (2015). A família do idoso dependente – análise das necessidades/dificuldades no cuidar no domicílio. Disponível em: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1291/1/Orlanda_Martins.pdf.
- Mendes, G. D., Miranda, S. M. & Borges, M. M. M. C. (2010). Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/04-saude-cuidador-idosos-desafio.pdf>.
- Minayo, M. C. & Coimbra, C. E. A. (2010 p.16). Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento – Base de dados: LILACS <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=318630&indexSearch=ID>.
- Minayo, M. C. S. & Coimbra, J. C. E. A. (2011). Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 209 p. ISBN: 85-7541-008-3. Available from SciELO Books . 1ª edição: 2002 | 1ª reimpressão: 2004 | 2ª reimpressão: 2011. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>
- Ministério da Educação (2014). Plano de reestruturação: Hospital de clínicas e Maternidade Victor Ferreira do Amaral Universidade Federal do Paraná. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/plano_de_reestruturacao_ufpr.pdf/fda0236c-20b3-4664-8a53-2e04fae7b9d9.
- Ministério da Saúde - Portaria nº 280, de 07 de abril de 1999, (BRASIL, 1999). Acompanhante Hospitalar de Pacientes. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/acomp/GM_P280_99acomp.doc.
- Mistura, C., Schenkel, F. W., Rosa, B. V. C. & Girardon-Perlini, N. M. O. (2014). A experiência em acompanhar um membro da família internado por câncer. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2867/pdf_1046
- Monteiro, M. C. D. (2010). Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar: o início da dependência. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26357/2/Maria%20Clara%20Duarte%20Monteiro.pdf>.
- Nardi, E. F. R. (2012). Rede e apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-14012013-165306/>.
- Nardi, E. F. R. & Oliveira, M. L. F. (2009). Significado de cuidar de idosos dependentes na

- perspectiva do cuidador familiar. Disponível em:
<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/9025>.
- Oliveira, M. F. (2011). Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em administração. Disponível em:
https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf.
- Pavin, R. S. & Carlos S. A. (2013). A qualidade de vida de cuidadores informais de idosos hospitalizados. Disponível em:
<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/3247/pdf>
- Pereira, M. F. C. (2011). Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7152/2/Cuidadores%20Informais%20de%20Doentes%20de%20Alzheimer%20Sobrecarga%20Fis.pdf>
- Pereira, M. G. & Carvalho, H. (2012). Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia – 2012, Vol. 20, no 2, 369 – 383 DOI: 10.9788/TP2012.2-07* Disponível em: http://www.temasempsicologia.org/arquivo/download?ID_ARQUIVO=7.
- Pereira, E. & Diogo N. M. F. (2009). Interfaces entre psicologia social comunitária e psicodrama. *Psicologia: Teoria e Prática – 2009, 11(2): 145-160*. Disponível em:
<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/download/1666/1228>
- Pereira, R. A. E. B., Santos, Fhon, J. R. S., Marques, S. & Rodrigues, R. A. P. (2013). Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral *Rev. esc. enferm. USP vol.47 no.1 São Paulo Fev. 2013*
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100023.
- Peres, G. M. & Lopes, A. M. P. (2012). Acompanhamento de pacientes internados e processos de humanização em hospitais gerais. *Psicol. hosp. (São Paulo) vol.10 no.1 São Paulo jan. 2012*. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092012000100003&script=sci_arttext.
- Perez, M. P., Silva, D. P. G. & Couto, T. V. (2013). Percepções de um familiar de idoso hospitalizado na iminência de morte: um relato de caso - *Arq. ciênc. saúde;16(1):34-39, Jan.-Mar. 2009*. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=535611&indexSearch=ID>
- Política Nacional do Idoso – Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006: Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Recuperado em 10 setembro, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf.
- Queiroz, G. A. (2010). A qualidade de vida em instituições de longapermanência para idosos: considerações a partir de um modelo alternativo de assistência. Disponível em:
http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/mestradosicologia/2010/Dissertacoes/Dissertacao_Gleicimara%20.pdf.
- Queiroz, H. A. B., Pontes, R. J. S., Souza, A. M. A. & Rodrigues, T. B. (2013). Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção

- primária à saúde. *Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2013*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900016>
- Ramos, C. P. (2012). Dificuldades e Necessidades de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Beira Interior. Disponível em: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=a31b071c3c62c062>.
- Rocha, B. M. P. & Pacheco, J. E. P. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal *Acta paul. enferm. vol.26 no.1 São Paulo 2013*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000100009&script=sci_arttext.
- Resolução CNS 466/12*. Ministério da Saúde. Dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm.
- Ress, D. K. (2008). Considerações sobre a pesquisa qualitativa - *Revista Signótica v.20, n.2(2008)*. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/sig/article/view/6095>.
- Romão, B. (2013). Relação com idosos gera impacto emocional em cuidadores. (Publicado em 23/setembro/2013). Disponível em: <http://www.usp.br/agen/?p=153625>.
- Rozendo, A. S. (2013). Protagonismo político e social na velhice. Disponível em: http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/105620/rozendo_as_dr_assis_parcial.pdf?sequence=1
- Rios, I. C. (2009). *Caminhos da Humanização da Saúde - Prática e Reflexão. Capítulo III - O Realce à Subjetividade: assim começa a Humanização na atenção à Saúde p49*. São Paulo: Áurea Editora, 2009. Disponível em: http://pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/CAMINHOS_DA_HUMANIZACAO_NA_SAUDE.pdf.
- Sanches-Justo, J., Ferreira, S. L., Vasconcelos, M.S. & Justo, J. S. (2010). O construcionismo social na pesquisa em psicologia. *Revista de Psicologia da UNESP 9(1), 2010*. 24. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/268411891_O_construcionismo_social_na_pesquisa_em_psicologia
- Seima, M. D. (2010). Relação/participação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer *Rev. bras. enferm. vol.67 no.2 Brasília Mar./Apr. 2014* http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200233
- Soares, A. J., Pereira, M. G. (2014). Suporte social em cuidadores informais de dependentes de substâncias *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology – 2014, Vol, 48, No. 1, pp. 82-97* Disponível em: <http://journals.fcla.edu/ijp/article/view/82260>.
- Spink, M. J. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. 72 p. ISBN: 978-85-7982-046-5. Available from SciELO Books. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>.
- Spink, M. J., Medrado, B., Passarelli, C., Lima, H., Mirim, L., Pinheiro, O. Spink, P., Frezza, R. & Menegon, V. M. (2013 p. 55). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. A primeira versão foi editada pela Cortez, em 1999. Versão virtual do livro em 2 de novembro

de 2013. Disponível em: <http://maryjanespink.blogspot.com/2013/11/versaovirtual-do-livro-praticas.html>.

Szareski, C., Beuter, M. & Brondani, C. M. (2010). O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2010Dez; 31(4): 715-22*. Disponível em Http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400015

Tavares, K. O., Scalco, J. C., Vieira, Silva J. R. & Bastos, C.C.C.B. (2013). Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: a visão do idoso. *Revista Kairós Gerontologia, 15(3)*. Online ISSN 2176-901X - Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil, 2013, Jun.: 105-118 Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/8979/10186>

Vieira, C. P. B. (2010). Sobrecargas do cuidador familiar do idoso com acidente vascular cerebral isquêmico e o cuidado clínico de enfermagem Disponível em: http://www.uece.br/cmacclis/index.php/arquivos/doc_download/303-chrystianyplacido.

Vieira, C. P. B., Fialho A. V. M., Freitas C. H. A. e Jorge M. S. B. (2011). Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Rev. bras. enferm. vol.64 no.3 Brasília May/June 2011* Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300023.

APENDICES

APENDICE A**ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**

Nome:

Idade:

Profissão:

Grau de parentesco:

Tempo semanal de dedicação aos cuidados:

Tipo de cuidador: principal/secundário:

1. Como o cuidador realiza o processo de cuidar do idoso hospitalizado.
2. Como o cuidador familiar classifica os cuidados prestados.
3. Quais os sentimentos que acompanham o cuidador no período de hospitalização.
4. Quais as mudanças na rotina diária que acontecem na vida do cuidador no período de hospitalização.
5. Como o cuidador descreve seu estado emocional durante esse processo.
6. Em que condições o cuidador/familiar chega ao hospital (meios de transporte).
7. Como o cuidador se sente recebido pelos funcionários do hospital.
8. Quais as condições físicas estruturais que o hospital oferece a esse cuidador.
9. Com quem o cuidador familiar divide a tarefa do cuidar do idoso.
10. Quais as perspectivas que esse cuidador tem, frente a essa situação.

APENDICE B

TABELA DIALÓGICA – PRIMEIRA CATEGORIA

ÁREA TEMÁTICA – CUIDADOS PRESTADOS

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTROS
Cuidados prestados	Cuidados de higiene	“[...] é pra ajudar ele a levantar da cama, ajudar a tomar um banho [...] então eu tenho que estar sempre acompanhando, e ajudando, auxiliando ele” E3
		“[...] Daí eu venho, entro no quarto, eu vou ajudar eles até a dar banho nela , até colocar o oxigênio nela eu ajudo[...]” E1
	Alimentação	“ele levanta de manhã, eu vou com ele até o banheiro, ele toma banho, eu ajudo ele a se secar , às vezes ele vem e deita aí eu ajudo ele a deitar, cubro ele [...]” E4
		“Olha na verdade a gente tá aqui pra auxiliar ela em tudo, tudo que ela precisa, ela tá numa situação que depende muito de nós (né), do acompanhamento de alguém e o processo é ali, é comida, é água ” E8
	Mobilização	“[...] Ajudando a levantar, chega o almoço e a gente ajudava ele ali ” E6
		“Eu tenho que ficar toda hora cuidando a pressão dela, virando ela pra não cansar ” E1
	Companhia	“Tem que ajudar, porque as enfermeiras, tem pouca enfermeira, daí tem que ajudar, porque por enquanto ela não move, não movimentar a mão, e tudo, ajudo fazendo fisioterapia [...]” E5
		“[...] aqui no hospital o pai não dá trabalho, o negócio é dar um banho, ajuda a levantar pra ele dar uma caminhada [...]” E15
Elo entre cuidadores e equipe	“Ah, eu fico com ele, apesar que as enfermeiras cuidam muito bem, mas eu fico pra conversar com ele, reanimar ele, sabe? Pra passar os dias mais fácil, as horas assim, alegrar ele” E7	
	“[...] de companhia pra ela, pra não deixar ela só, não é? Pra ela não se sentir sozinha” E1	
		“[...] verifico o banheiro, o estado que tá pra ela tomar banho, ajudo na troca de roupas, e fico de acompanhante aqui ajudando, conversando, não deixando ela sozinha. Vendo também o que os médicos todos os dias vem com a notícia pra passar para os filhos dela ” E9
		“Ah, dando apoio assim... no que ele precisa, no que ele chama, de repente e u vejo que ele acorda na madrugada, ou alcançar o papagaio pra ele e a manobra da cama, do inclinamento (né) e na medida do possível – ah, o que a gente puder ajudar os enfermeiros (né) , (pausa) levar ele até o banheiro (né), botar na cadeira (né) porque não é fácil né?” E13

APÊNDICE - C

TABELA DIALÓGICA – SEGUNDA CATEGORIA

ÁREA TEMÁTICA – FATORES RELACIONADOS AO CUIDAR DO IDOSO

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTROS
Fatores relacionados ao cuidar do idoso	Gênero	“Ah, eu acho muito importante, porque a necessidade de ter alguém da família [...] o fato de ter alguém, eu, no caso, sou filha, tá junto, eu acho, assim, muito importante. Porque ele já tá num lugar estranho, no hospital, pessoas estranhas toda hora chegando. Então, o fato de ter alguém da família eu acho, assim, muitíssimo importante.” E2
	Obrigaçã	“Ah, é pai, né? É pai! Não, pra mim sem problema, uma gratificação , o pai, o cuidado do pai tem que ter, pela idade e tudo.” E14
		“Ah, pra mim, que sou esposa, eu acho que é minha obrigação , e apesar da minha obrigação, eu faço com o maior carinho [...] E3
	Reciprocidade	“[...] porque ele é meu esposo, não é? E eu tenho que dar o melhor que eu posso pra ele. Eu tenho que dar [...] porque eu o amo, é meu marido! (E4)
		“[...] Não espero nada em troca, sabe? Então, porque eu tenho certeza, porque Deus [pausa] virá a recompensa pra mim, não é?” E3
	Fragilidade	“[...] É um sentimento de querer fazer mais, querer fazer a pessoa, sabe? Agir, reagir, conseguir andar, que é tão difícil. Então um sentimento assim de você querer ajudar e não conseguir” E5
	Qualidade dos vínculos anteriores	“Eu posso dizer é que a gente ama, porque é da família, então a gente cuida” E5
		“[...] família é tudo na vida, então a gente cuida. Não tô perdendo nada, eu tô aqui [...] do lado dele, ele não tá sozinho, não é?” E6

APENDICE D

TABELA DIALÓGICA – TERCEIRA CATEGORIA

ÁREA TEMÁTICA – ASPECTOS EMOCIONAIS ENVOLVIDOS NO ACOMPANHAMENTO AO IDOSO HOSPITALIZADO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTROS
Aspectos emocionais envolvidos no acompanhamento ao idoso hospitalizado	Nervosismo	<i>“A gente cansa um pouquinho de ficar parado, não faz nada [...] fico meio nervosa, mas tudo bem” E6</i>
	Preocupação	<i>“Olha, eu estou muito preocupada [...] Eu, se eu pudesse sofrer pelas pessoas, eu sofria, sabe? Isso pra mim é uma preocupação muito grande [...] a minha esperança é de que aconteça o melhor, não é?” E3</i>
	Estresse	<i>“[...] bastante estresse, muito [...] muito estresse, muito [...] eu tenho o sistema abalado, assim, que antes eu não tinha, antes eu era mais tranquila. [...] eu choro com mais facilidade, eu tô bem abalada” E2</i>
	Medo	<i>“[...] assim, sinto medo. Então, assim, gera estresse, sem dúvida [...] eu tenho medo de ser assaltada, de sair na rua” E2</i>
	Cansaço	<i>“[...] a gente se dividindo assim, né? Ajuda, dá pra minimizar, amenizar o cansaço, né? Que a gente fica aqui, que imagina ficar três dias trancada aqui é complicado, né? A gente não descansa bem aqui [...]” E10</i>
		<i>“[...] O emocional? O físico? Ah, é o cansaço mesmo, que, às vezes, dá vontade de sentar no meio-fio e ficar [...] Epa! Pera lá! Tenho que continuar [...]” E11</i>
	Dor	<i>“Sentimento de (pausa), sentimento de dor, sentimento de raiva, de humilhação e sentimento por ser um usuário (né), a gente depende dessa droga que é o sistema de saúde” E13</i>
	Raiva	
	Humilhação	<i>“Olha, eu tô no pico. Que eu acho que se eu parar, acho que desmancho. Mas eu sei que eu tenho que chorar quietinha e tenho que pensar que tenho criança em casa e tem os meus velhinhos que precisam de mim” E11</i>
	Choro	<i>“[...] vai sair e vai passar mais uma, e aí depois a gente chora, depois a gente lamenta, mas por enquanto tem que ser forte de qualquer forma” E12</i>
Esperança	<i>“Um sentimento grande de medo de, de, de ao mesmo, ao mesmo tempo uma esperança enorme, o cansaço nessa hora a gente já não, não penso muito nisso né? Mas é isso, no momento é isso” E8</i>	
	<i>“No momento me considero forte, acredito que tô ali dando força principalmente pra ela, pra minha mãe também (é) [...] a esperança é grande, grande, dela ficar conosco aqui [...] a gente tá ciente da situação que é difícil e tal mas a esperança sempre é a última que morre (né) [...]” E8</i>	

APENDICE E

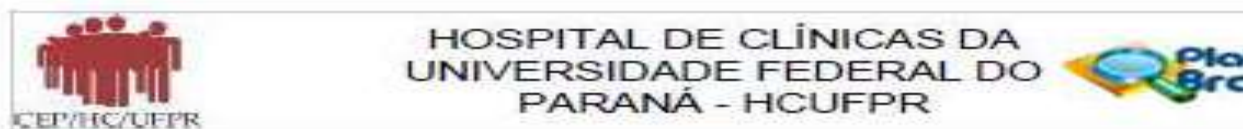
TABELA DIALÓGICA – QUARTA CATEGORIA

ÁREA TEMÁTICA – CONDIÇÕES OFERECIDAS PELO HOSPITAL

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTROS	
Condições oferecidas pelo hospital	Acolhimento	<p><i>“Assim, eu sei que não sou eu que tô internada, eles cuidam do meu pai, dão remédio toda hora e coisa, mas, assim, eu sou apenas como se eu fosse uma pessoa a mais ali, um móvel, uma coisa assim [...] não me sinto acolhida, digamos. É mais uma chegando apenas, não me sinto acolhida”. E2</i></p> <p><i>“No momento (é) como vou dizer, se falar da pessoa do acompanhante não vou dizer que é uma maravilha né? É [...] Assim [...] Peço muitas vezes quando eu tô dormindo aqui; a gente pede uma água, não tem água, a gente pede um travesseiro, não tem um travesseiro, é [...] dormimos numa poltrona, a poltrona hoje no quarto que a gente tá, ela tá quebrada, é, é você vai se encostar ela cai pra trás, então assim é um pouco difícil (né)” E8</i></p> <p><i>“[...] eu cheguei aqui próximo de umas 4h, ninguém veio perguntar se já jantou, tem janta e tal. Daí, quando foi um pouquinho mais tarde, umas 7h, 7h30, perguntei pra uma enfermeira: “Não tem uma bolachinha, um chazinho pra tomar”? ela falou: “Não, a janta foi 5h, 6h, por aí”. Eu: “Mas ninguém me falou nada” E2</i></p>	
	Acomodação	<p><i>“Eu tenho a poltrona [...] É [...] dá pra relaxar um pouquinho, né? Apesar de que às vezes a gente levanta com muita dor no pescoço, né? Mas dá pra dormir um pouquinho, né, pra não dizer que passou a noite em claro” E10</i></p> <p><i>“Então, igual a maca, não sei como chama aquilo ali que eu tava deitada, no meio tinha um buraco. “O travesseiro que eu trouxe eu coloquei ele num buraco, no meio, assim, dessa maca que eu tava” E2</i></p> <p><i>“Aqui a gente fica sentado nessa cadeira aqui, ela dobra, né? É uma cama. Quando você tá cansado você deita, não é?” E6</i></p>	
	Estrutura hospitalar	<p><i>“O hospital em si, o espaço físico é o que eu poderia dizer 90% é ótimo sabe! Mas em relação ao cuidador é precário (né) [...] é, por exemplo: você tem que descansar 12 horas do dia numa cadeira e às 12 horas noturna numa cadeira, ou seja, na mesma cadeira no período todo (né) [...] num tem, num oferece nada, nem banheiro não tem. Entendeu?” E13</i></p> <p><i>“O banho também eu ficaria bem constrangida de tomar banho no mesmo banheiro ali que os pacientes estão tomando, até porque ali não tem uma chave na porta, a porta fica o tempo todo sem uma chave, sem nada. Como eu já fui no banheiro, e de repente abriram a porta, e nisso eu acho bem constrangedor [...]” E9</i></p> <p><i>“Aí falta, aí falta [...] você não tem, às vezes, um lugar pra sentar, você não tem um lugar pra descansar” E11</i></p>	
		Espaço físico	

ANEXOS

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: VISÃO DOS CUIDADORES DE IDOSOS SOBRE O ACOMPANHAMENTO
O PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO

Pesquisador: MARIA DAS GRAÇAS FELIX DA CUNHA

Área Temática:
Versão: 2

CAAE: 38384014.8.3001.0096

Instituição Proponente: SOCIEDADE CIVIL EDUCACIONAL TUIUTI LIMITADA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 1.238.748

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado ao CEP da Sociedade Evangélica e aprovado, trata-se de um estudo pesquisadora Maria das Graças Felix da Cunha para obtenção de título de mestrado junto Tuiuti. A pesquisa será realizada através de entrevista com 20 cuidadores de pacientes idosos. Unidade de Emergência há mais de 15 dias, a emenda apresentada pede a inclusão de Neurologia e Neurocirurgia.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa são: Descrever a visão dos cuidadores sobre o acompanhamento durante o período de hospitalização. Compreender a história dos cuidados oferecidos ao idoso. Levantar o significado do cuidado oferecido pelo cuidador durante hospitalização. Avaliar psicossociais envolvidos no cuidar durante a hospitalização. Analisar as condições de permanência do cuidador no hospital.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora avalia riscos mas não prevê encaminhamentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se dará dentro das dependências do HC nas enfermarias masculina e feminina Atendimento Adulto Observação, no Serviço Semi-Intensivo Adulto e Centro de Terapias.

Endereço: Rua Gal. Camello, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

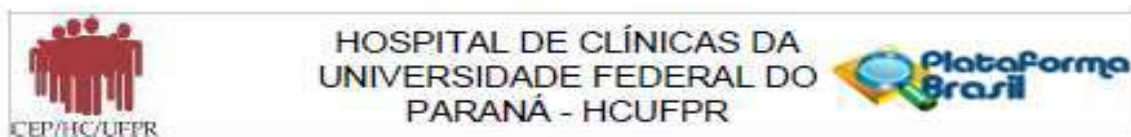
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 1.238.748

Intensivo Adulto na Unidade de Urgência e Emergência em horário de permanência do familiar/cuidador. As entrevistas serão gravadas em áudio para posterior transcrição e análise. A pesquisa conta com aprovação da Gerência da Unidade de Emergência de Adultos.

As questões referidas no projeto são: 1. Como o cuidador realiza o processo de cuidar do idoso hospitalizado. 2. Como o cuidador/familiar classifica os cuidados prestados. 3. Quais os sentimentos que acompanham o cuidador no período de hospitalização. 4. Quais as mudanças na rotina diária que acontecem na vida do cuidador no período de hospitalização. 5. Como o cuidador descreve seu estado emocional durante esse processo. 6. Em que condições o cuidador/familiar chega ao hospital (meios de transporte). 7. Como o cuidador se sente recebido pelos funcionários do hospital. 8. Quais as condições físicas estruturais que o hospital oferece a esse cuidador. 9. Com quem o cuidador/familiar divide a tarefa do cuidar do idoso. 10. Quais as perspectivas que esse cuidador tem, frente a essa situação. O material será analisado por análise de conteúdo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está adequado, refere que a pesquisadora entrevistara os participantes durante 30 minutos. Caso a pesquisadora grave as entrevistas isto deve explícito no TCLE.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

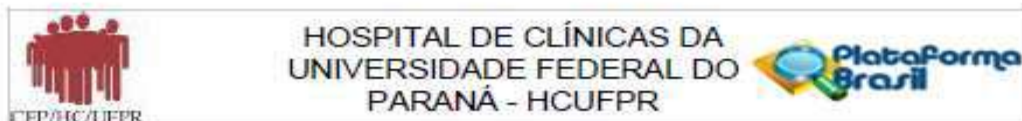
Justificativa da Emenda:

A necessidade da Emenda se dá porque que a Unidade de Urgência e Emergência (HC -UFPR), não oferece o número de sujeitos suficiente para realização da pesquisa. Foram acrescentadas novas unidades dentro do HC-UFPR com as devidas autorizações (anexas), descritas na "Apresentação do Projeto".

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta -se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 1.238.748

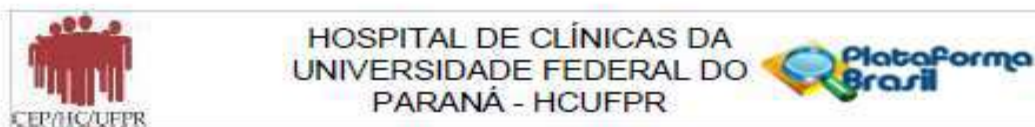
pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_405767.pdf	30/10/2014 17:28:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO.docx Plataforma.pdf	05/11/2014 02:22:20		Aceito
Outros	Declaração Instituição Coparticipante.pdf	05/11/2014 02:45:55		Aceito
Outros	Gerência da UE do HC.pdf	05/11/2014 02:46:17		Aceito
Outros	Carta de autorização para pesquisa.pdf	05/11/2014 02:46:50		Aceito
Outros	Declaração Orientador do aluno.pdf	05/11/2014 02:47:17		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto detalhado.pdf	07/11/2014 16:38:45		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_405767.pdf	07/11/2014 16:51:00		Aceito
Outros	Declaração Co-participante.pdf	22/04/2015 09:26:08		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	23/04/2015 13:57:06		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_440497 E1.pdf	23/04/2015 14:03:38		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_440497 E1.pdf	11/05/2015 11:35:57		Aceito
Outros	Solicitação de Emenda.pdf	23/06/2015 23:01:51		Aceito
Outros	Unidade de Neurologia.pdf	23/06/2015 23:02:30		Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 161
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.050-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 1.238.748

Outros	Unidade de Neurocirurgia.pdf	23/06/2015 23:03:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO.pdf	23/06/2015 23:06:48		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_543597_E2.pdf	01/07/2015 10:45:11		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 22 de Setembro de 2015

Assinado por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VISÃO DOS CUIDADORES DE IDOSOS SOBRE O ACOMPANHAMENTO DURANTE O PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO

Pesquisador: MARIA DAS GRAÇAS FELIX DA CUNHA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38384014.8.0000.0103

Instituição Proponente: SOCIEDADE CIVIL EDUCACIONAL TUIUTI LIMITADA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.162.168

Data da Relatoria: 28/07/2015

Apresentação do Projeto:

Farão parte da pesquisa 20 cuidadores/familiares de idosos, internados no Setor de Urgência e Emergência, de ambos os sexos, que convivam no cotidiano com o seu idoso e que estejam a mais de 15 dias cuidando do familiar. Fazem parte da Unidade de Urgência e Emergência as seguintes Unidades: Pronto Atendimento Adulto Observação, Serviço Semi-Intensivo Adulto e Centro de Terapia Intensivo Adulto do Hospital de Clínicas da

Universidade Federal do Paraná. As informações serão coletadas por meio de entrevista semiestruturada, com base em um roteiro de perguntas que abordará as seguintes temáticas: Como o cuidador/familiar classifica os cuidados prestados ao idoso, os sentimentos expressados, mudanças das rotinas diárias, receptividade da equipe hospitalar e rede de apoio dentro da família. Após assinatura da Carta de Autorização pela Direção de

Enfermagem, e aprovação deste projeto no CEP, a pesquisadora irá até a Unidade de Urgência e Emergência do referido hospital e convidará os cuidadores/familiares a participarem da pesquisa. Nesse momento será explicado o objetivo da mesma e agendado horário e local de maior conveniência para o participante, com duração média de 30 minutos, as mesmas serão gravadas em áudio para posterior transcrição e análise.

Àqueles que concordarem em participar será apresentado o Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorrilho **CEP:** 80.730-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR



Continuação do Parecer: 1.162.168

Esclarecido para lerem e assinarem antes do início das entrevistas. Será reforçada a questão pertinente ao sigilo de sua identidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a visão dos cuidadores sobre o acompanhamento de idosos durante o período de hospitalização.

Objetivo Secundário:

- Compreender a história dos cuidados oferecidos pelo cuidador ao idoso.
- Levantar o significado do cuidado oferecido pelo cuidador durante hospitalização.
- Avaliar os impactos psicossociais envolvidos no cuidar durante a hospitalização.
- Analisar as condições oferecidas para a permanência do cuidador no hospital.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Caso o cuidador sinta-se incomodado ou com algum constrangimento durante a entrevista, esta será imediatamente interrompida e o mesmo receberá todo o apoio da pesquisadora.

Benefícios:

Pretende-se com esta pesquisa, detectar possíveis dificuldades e elaborar argumentos que contribuam para amenizá-las, visando ao maior respeito ao idoso e seu cuidador/familiar no ambiente hospitalar, promovendo maior integração e prevenindo o estresse e angústias do seu cuidador familiar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificativa da Emenda:

A necessidade da Emenda se dá porque que a Unidade de Urgência e Emergência (HC -UFPR), não oferece o número de sujeitos suficiente para realização da pesquisa. Foram acrescentadas novas unidades dentro do HC-UFPR com as devidas autorizações (anexas), descritas na "Apresentação do Projeto".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorrinho CEP: 80.730-000
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 Fax: (41)3240-5584 E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR



Continuação do Parecer: 1.182.188

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba, de acordo com as atribuições definidas na Resolução 466/12 CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da pesquisa.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento do projeto, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

CURITIBA, 29 de Julho de 2015

Assinado por:

Carmen Australia Paredes Marcondes Ribas
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorrinho CEP: 80.730-000
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 Fax: (41)3240-5584 E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) para participar de um estudo intitulado: **Os significados do cuidar na visão do cuidador familiar de idosos hospitalizados.**

É através das pesquisas que é possível obter, a percepção de diagnósticos de possíveis problemas ou situações críticas, auxiliando assim na busca de soluções para os mesmos.

O presente estudo visa analisar os aspectos emocionais nos cuidadores/familiares desencadeados pelo processo de hospitalização do seu familiar idoso, no Pronto Atendimento Adulto que faz parte da Unidade de Urgência e Emergência, Na Unidade de Neurologia e Unidade Cirúrgica – Serviço de Neurocirurgia, Urologia e Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas do Paraná.

Caso você decida participar da pesquisa, deverá responder a perguntas abertas sobre o tema, com duração média de 30 minutos, em seu ambiente de trabalho.

A sua participação neste estudo é voluntária, você tem a liberdade de recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Caso sinta que qualquer questão lhe cause desconforto ou se mudar de ideia por outro motivo, poderá recusar-se a responder a pergunta, ou até mesmo, retirar seu consentimento de participação quando desejar, sem apresentar justificativa.

Esta pesquisa não oferece risco, serão observados os princípios éticos de participação voluntária e consentida de cada sujeito, conforme as recomendações contidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora e pela sua participação na pesquisa você não receberá qualquer valor em dinheiro.

As informações existentes neste documento são para que vossa senhoria entenda perfeitamente os objetivos desta pesquisa, e saiba que a sua participação é espontânea.

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida pessoalmente pela pesquisadora.

Pesquisadora responsável: Maria das Graças Felix da Cunha

Telefone para contato: (41) 9885-5561

Professora Orientadora: Dr^a Ana Claudia Wanderbroocke.

Telefone para contato: (41) 99532166

Agradecemos a sua participação.

Eu, _____, li o texto acima e compreendi o objetivo da pesquisa da qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão. Concordo voluntariamente em participar da pesquisa.

Nome do sujeito da pesquisa

Assinatura

Local e data

Nome do pesquisador

Assinatura Local e data
