

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

ANDREZA APARECIDA DE LIMA

Posso ajudar?

*Cuidador Formal e Relação de Ajuda: a
percepção do idoso acerca do apoio oferecido por
um serviço socioassistencial de um município
do interior de São Paulo*



BOTUCATU-SP
2012

ANDREZA APARECIDA DE LIMA

Posso ajudar?

*Cuidador Formal e Relação de Ajuda: a
percepção do idoso acerca do apoio oferecido por
um serviço socioassistencial de um município
do interior de São Paulo*

ANDREZA APARECIDA DE LIMA

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu,
para a obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.

ORIENTADOR:

Prof. Dr. Ivan Amaral Guerrini

CO-ORIENTADORA:

Prof. Dra. Regina Stella Spagnuolo

BOTUCATU-SP

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Lima, Andreza Aparecida de.

Posso ajudar? Cuidador formal e relação de ajuda: a percepção do idoso acerca do apoio oferecido por um serviço socioassistencial / Andreza Aparecida de Lima. – Botucatu : [s.n.], 2012

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Ivan Amaral Guerrini

Co-orientador: Regina Stella Spagnuolo

Capes: 40602001

1. Fenomenologia – Aspectos sociais. 2. Idosos – Assistência domiciliar. 3. Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Apoio social; Assistência domiciliar; Dinâmica não linear; Fenomenologia; Pesquisa qualitativa.

Folha de aprovação

NOME: Andreza Aparecida de Lima

TÍTULO: Posso ajudar? Cuidador formal e relação de ajuda: a percepção do idoso acerca do apoio oferecido por um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: ____ / ____ / ____.

Banca Examinadora

Professora Dra. Regina Stella Spagnuolo
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Professora Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Professor Dr. Gilberto Luppi dos Anjos
Faculdade de Medicina de Jundiaí – FMJ



Aos meus pais, Francisco e Leninha, meus maiores fãs, por tudo o que representam para mim: minha base, minha maior riqueza!

Às minhas queridas e saudosas avós, Joana Ribeiro Rojas e Francisca Fernandes de Lima, pelo modelo positivo de envelhecimento que me deixaram de herança...

Aos idosos participantes deste estudo, responsáveis pelo brilho dos meus olhos ao falar do meu trabalho.

Agradecimentos

Ao meu orientador Professor Ivan Amaral Guerrini, por acreditar em mim.

À minha co-orientadora Professora Regina Stella Spagnuolo pela dedicação e paciência, pelas oportunidades e generosidade sem fim... E até mesmo pelos puxões de orelha que me amadureceram e me estimularam à busca incessante pelo conhecimento.

À Professora Wilza Spiri, que me apresentou à Fenomenologia e que não mediu esforços para que me fizesse compreendê-la. Você foi parte fundamental desta conquista!

Ao pessoal da Seção da Pós Graduação, em especial à Regina Spadin, pelo apoio e paciência durante todo o meu percurso.

À Lucilene Cabral, do Departamento de Saúde Pública, pela eficiência em atender minhas dúvidas.

À todos os professores da Pós Graduação em Saúde Coletiva e em especial à Coordenadora e Professora Elen Rose Lodeiro Castanheira pelo acolhimento e compreensão.

Aos colegas de Mestrado pelos momentos agradáveis e sofridos que compartilhamos juntos.

À SEBES e ao Setor de Projetos Sociais do IASCIJ por autorizar este estudo e acreditar em meu potencial.

Aos meus queridos idosos, protagonistas deste estudo, pelo meu brilho nos olhos ao falar de meu trabalho e da minha profissão – Psicologia – ciência que escolhi como minha verdade.

Aos meus amigos pessoais e colegas de trabalho, “aqueles” que sempre estiveram dispostos a ouvir minhas lamúrias e que se espelharam em mim para seguir em frente.

À minha família, pela torcida e energia positiva... Ser admirada por vocês me faz crer cada vez mais nos meus sonhos e mostrar que quando quero realmente, tudo é possível.

*Enfim, aos meus amados pais, que sempre estiveram de braços abertos me apoiando na conquista deste sonho. Me desculpa o mau humor, a cara amarrada, as intermináveis horas trancadas no quarto exercitando o meu pensamento indutivo. Me desculpa a ausência nas festas de família e a solidão dos finais de semana... Sem vocês nada valeria a pena... É por vocês que aprendi a **JAMAIS** desistir!*

Agradecimento Especial

Agradecer... como é bonito o sentimento da gratidão. Para mim um dos mais admiráveis!

Agradecer neste momento é o mínimo que devo fazer em reconhecimento ao apoio das pessoas que estiveram comigo nesta jornada e que compreenderam minha ausência, nervosismo e ansiedade, me estimulando a alcançar meu tão sonhado objetivo. Como estou orgulhosa!

Agradeço especialmente à DEUS, que sempre atende aos meus pedidos, fazendo com que as pessoas me considerem uma “menina de sorte”, embora eu prefira dizer que sou uma “menina de fé”.

Meu Deus, sou grata por fazer parte desta pequena parcela da população que conseguiu chegar até aqui... E te peço perdão pelas inúmeras vezes que meus medos foram maiores do que a minha fé!

Te louvo em verdade, amém!



*Ando devagar porque já tive pressa
É levo esse sorriso porque já chorei demais
Hoje me sinto mais forte, mais feliz, quem sabe,
Eu só levo a certeza de que muito pouco sei,
Ou nada sei...*

*Conhecer as manhas e as manhãs
O sabor das massas e das maçãs
É preciso amor pra poder pulsar
É preciso paz pra poder seguir
É preciso chuva para florir*

*Sinto que seguir a vida seja simplesmente
Compreender a marcha e ir tocando em frente
Como um velho boiadeiro levando a boiada
Eu vou tocando os dias pela longa estrada, eu vou
Estrada eu sou...*

*Cada um de nós compõe a sua própria história
E cada ser em si carrega o dom de ser capaz
De ser feliz!*

*Todo mundo ama um dia, todo mundo chora
Um dia a gente chega e no outro vai embora...*

Tocando em frente - Renato Teixeira

LIMA, ANDREZA APARECIDA DE. **Posso ajudar? Cuidador formal e relação de ajuda:** a percepção do idoso acerca do apoio oferecido por um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo. 2012. 163 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

RESUMO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com objetivo de perceber o significado da relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais oferecida por um serviço socioassistencial desenvolvido em um município do interior do estado de São Paulo na perspectiva do idoso. Teve como referencial metodológico e teórico, respectivamente, a Fenomenologia e a Teoria do Caos. Os dados foram coletados por meio de entrevista não diretiva, gravada e transcrita na íntegra, com onze idosos, no período entre maio e junho de 2011 guiados pela questão: “Como o idoso atendido pelo SAD percebe a relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais?”. Da análise dos dados emergiram vinte e nove unidades temáticas que convergiram para seis grandes categorias, a saber: apoio, companhia e acolhimento do idoso; atividades de vida diária e prática; autoestima; autonomia e autocuidado; mudança de conduta e segurança pessoal; resgate de identidade e pertencimento social. Essas categorias desvelaram que os idosos encontram-se mais seguros e fortalecidos para vivenciar o processo de envelhecer e que esta condição está relacionada ao fato de terem a relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais possibilitando mais preparo para vivenciar as flutuações psicoemocionais, as suas experiências e, conseqüentemente, a sua vivência individual e social. A construção desse estudo possibilitou vislumbrar novos caminhos no assistir/cuidar do idoso, além de direcionar nosso olhar para uma nova forma de compreender o ser humano em sua totalidade, como preconiza a Nova Ciência.

Palavras-chave: assistência domiciliar; apoio social; fenomenologia; dinâmica não linear; pesquisa qualitativa.

LIMA, ANDREZA APARECIDA DE. **Can I help? Formal caretakers and the help relationship: elders' perception of the support provided by a social and care provision service in a city in São Paulo state**. 2012. 163 p. Thesis (Master's Program in Public Health) - Botucatu School of Medicine, Univ Estadual Paulista, Botucatu.

ABSTRACT

This is a qualitative study aiming at perceiving the meaning of the help relationship of formal home caretakers provided by a social and care provision service in a city in São Paulo state in the perspective of elders. Its methodological and theoretical frameworks were Phenomenology and the Chaos Theory, respectively. Data were collected by non-directive interviews with elders from May to June 2011. The interviews were taped and fully transcribed, and the participants were guided by the following question: "How do the elders attended to by SAD perceive the help relationship of formal home caretakers?". Twenty-nine thematic units emerged from data analysis, and they converged to six large categories, namely: support, elders' company and reception; activities of daily living and practice; self-esteem; autonomy and self-care; behavioral change and personal safety; identity recovery and social belonging. These categories unveiled that the elders were more secure and strengthened to experience the ageing process and that such condition was related to the fact that they had the help relationship of formal home caretakers, which provided them with a better preparation to undergo psycho-emotional shifts, live their experiences and their individual and social lives. This study's design allowed for considering new paths in care provision to elders in addition to directing our look to a way of understanding human beings in their totality, as preconized by the New Science.

Key words: home care; social support; phenomenology; non-linear dynamics; qualitative research.

Lista de Tabelas

- Tabela 1** - Distribuição referente a publicações sobre Assistência Domiciliar e Idoso no período entre 2001 a 2011, segundo frequência 23
- Tabela 2** - Distribuição referente à publicações sobre Cuidar e Idoso no período entre 2001 a 2011, segundo frequência..... 24
- Tabela 3** - Distribuição referente a publicações sobre Cuidador e Idoso no período entre 2001 a 2011, segundo frequência..... 24
- Tabela 4** - Distribuição da frequência e percentagem referentes à percepção dos idosos acerca da relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais de um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo, identificadas em publicações indexadas nas bases de dados da LILACS e MEDLINE no período entre Setembro a Dezembro de 2011 27
- Tabela 5** - Distribuição da frequência e percentagem referentes à percepção dos idosos acerca da relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais de um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo, identificadas em publicações indexadas nas bases de dados da LILACS e MEDLINE no período entre Setembro a Dezembro de 2011, segundo o nome do periódico 27
- Tabela 6** - Distribuição da frequência e percentagem referentes à percepção dos idosos acerca da relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais de um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo, identificadas em publicações indexadas nas bases de dados da LILACS e MEDLINE no período entre Setembro a Dezembro de 2011, segundo idioma de publicação 28
- Tabela 7** - Distribuição da frequência e percentagem referentes à percepção dos idosos acerca da relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais de um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo, identificadas em publicações indexadas nas bases de dados da LILACS e MEDLINE no período entre Setembro a Dezembro de 2011, segundo local 28
- Tabela 8** - Distribuição da frequência e percentagem referentes à percepção dos idosos acerca da relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais de um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo, identificadas em publicações indexadas nas bases de dados da LILACS e MEDLINE no período

entre Setembro a Dezembro de 2011, segundo o método de
pesquisa aplicado 29

Tabela 9 - Distribuição da frequência e percentagem referentes à percepção dos idosos acerca da relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais de um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo, identificadas em publicações indexadas nas bases de dados da LILACS e MEDLINE no período entre Setembro a Dezembro de 2011, segundo a profissão do primeiro autor 29

Lista de Figuras

Figura 1 - Organograma do Serviço Socioassistencial SEID/SAD	53
Figura 2 - Organograma do Setor de Projetos Sociais/IASCJ	54
Figura 3 - Quadro de profissionais envolvidos e carga horária de atuação no SAD.....	55
Figura 4 - Perfil dos participantes do estudo conforme variável sexo, idade, motivo e tempo de inserção no SAD	59
Figura 5 - Temas (categorias) emergidas a partir das tematizações	98
Figura 6 - Diagrama dos fenômenos desvelados na percepção dos idosos do SAD acerca da relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal	98

Lista de Abreviaturas e Siglas

SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar a Idosos e Pessoas com Deficiência
IASCJ	Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus
SEBES	Secretaria do Bem Estar Social
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literature Analysis and Retrieval System Online
UK	United Kingdom (Reino Unido)
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
PSF	Programa Saúde da Família
USC	Universidade do Sagrado Coração
PAI	Plano de Atendimento Individual
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
CNAS	Conselho Nacional da Assistência Social
SEID	Serviço de Proteção Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias
TO	Terapeuta Ocupacional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
OMS	Organização Mundial da Saúde

Sumário

Resumo

Abstract

Palavras iniciais

O que o leitor vai encontrar?

Capítulo 1 - Introdução 1

Capítulo 2 – Teorizando o estudo 5

2.1 Assistência domiciliar: o que é? 5

2.2 O cuidar e suas faces..... 10

2.2.1 O cuidar e a relação de ajuda 10

2.2.2 Competências psicossociais do cuidar..... 12

2.2.3 O cuidador: quem é? 14

2.2.3.1 O cuidador familiar 15

2.2.3.2 O cuidador formal 17

Capítulo 3 – Revisão integrativa da literatura..... 20

3.1 Estabelecimento do problema 22

3.2 Seleção da amostra 22

3.3 Caracterização dos estudos 25

3.4 Análise dos resultados 25

3.5 Caracterização do corpus da análise 26

3.5.1 Dados referentes às publicações 26

3.6 Síntese do conhecimento produzido à luz dos descritores..... 29

Capítulo 4 – Delineamento do problema e objetivo da pesquisa..... 41

Capítulo 5 – Trajetória metodológica 42

5.1 Tipo do estudo..... 42

5.2 Optando pela metodologia qualitativa 42

5.3 Descrevendo os fundamentos metodológicos e teóricos 43

5.3.1 A Fenomenologia 43

5.3.2 A Teoria do Caos 45

5.4 Local da pesquisa 47

5.5 Participantes da pesquisa 55

5.6 Considerações éticas 56

5.7 Estratégias para a coleta de dados 56

5.8 Momentos de análise	57
Capítulo 6 – Apresentando os resultados.....	59
6.1 Análise idiográfica	59
6.2 Análise nomotética	85
6.3 Quadro temático	98
6.4 Diagrama.....	98
6.5 Análise das categorias e fenômenos desvelados.....	101
Capítulo 7 – Discussão à luz da Teoria do Caos	114
Capítulo 8 – Considerações finais	125
 Referências	 130
 Anexos	 137
Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido	138
Anexo 2 – Autorização da SEBES para realização da pesquisa.....	139
Anexo 3 – Autorização do IASCJ para realização da pesquisa.....	140
Anexo 4 – Aprovação do comitê de ética em pesquisa.....	141
Anexo 5 – Alteração do título da pesquisa	142

Palavras iniciais

Desde pequena sempre me interessei por idosos: as rugas no rosto, a postura encurvada, as histórias antigas me remetiam a algo misterioso e desafiador a desvendar.

Na adolescência, logo nas primeiras tentativas de escolha profissional, me lembro de minha aproximação com as áreas humanas. Queria que, de alguma forma, aqueles que estavam nesta fase de desenvolvimento humano pudessem ser alvo do que eu ainda estava por descobrir.

Como o modelo que temos de envelhecimento parte primeiro daquele que temos em nosso convívio, para mim uma pessoa idosa era aquela que se parecia com as minhas avós, já que meu avô materno não cheguei a conhecer e o paterno faleceu quando eu era bem pequena, me trazendo pouquíssimas lembranças de como foi o seu envelhecer.

Assim, idosos teriam que ser iguais as minhas avós: pessoas felizes, ativas e vaidosas!

Lembro-me do blush rosado nas bochechas, das bolachinhas de nata decoradas, dos passeios animados, das danças nas festas em família.

Adulta, decidi cursar Psicologia e apaixonei-me ainda mais por esta fase da vida, cheia de peculiaridades.

Quando terminei a graduação, comecei a trabalhar nos Projetos Sociais do Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus, atuando até hoje, há sete anos.

Minha primeira experiência profissional como Psicóloga foi justamente o trabalho com idosos, mas, para minha surpresa, esses idosos eram diferentes dos quais eu aprendi a conhecer... Eram, em sua maioria solitários, acamados, negligenciados pela família, abandonados no quatinho dos fundos.

As bochechas rosadas deram lugar a um rosto sofrido, com rugas marcando o sofrimento de uma vida inteira.

As bolachinhas de nata decoradas deram lugar a um estômago muitas vezes vazio e, quando cheio, era de alimentos sem sabor, sem o prazer de apreciar uma comida caseira feita com carinho.

Os passeios animados deram lugar a umas horinhas ao sol, como se a calçada de casa e o espiar a rua fosse algo mirabolante e encantador.

As danças nas festas em família deram lugar a passos esquisitos, forçando um caminhar não natural, querendo alçar vôos que ficavam apenas na vontade, já que o máximo que atingiam era o percurso cama-banheiro.

Nesses anos de caminhada, sempre me veio à tona algumas inquietações:

- ✓ Será que a ajuda que minhas avós tiveram contribuíram para que elas percebessem o envelhecimento como mais uma das fases do desenvolvimento humano, feita de alegrias e sofrimentos como qualquer outra fase?
- ✓ Será que, para esses idosos que eu atendia agora, a partir da relação de ajuda de uma cuidadora domiciliar formal, o envelhecimento poderia ser percebido de outra forma?

Assim, desenvolveu-se minha capacidade crítica e reflexiva sobre as necessidades dos idosos e dos serviços oferecidos aos mesmos, pois à medida que levantava essas necessidades a cada visita domiciliar, mais observava que os problemas pelos quais passavam eram complexos, não sendo contemplados pelas políticas públicas vigentes, prevalecendo uma lacuna de ações para aqueles idosos negligenciados pela família, abandonados, cujas condições não demonstravam o perfil de um idoso que deveria ser recolhido, hospitalizado e/ou institucionalizado, mas que deveria ser cuidado, informado e orientado sobre a importância de permanecer em sua residência, bem como ter sua família como aliada.

Eis minhas dúvidas...

Dessa forma, fui impulsionada a buscar respostas sobre os “porquês” que circundam a vida do idoso e de seu cuidar, justificando minha escolha em se trabalhar esta temática no Mestrado em Saúde Coletiva e procurando alertar que há outras formas de promover a saúde e a qualidade de vida dos mesmos sem que o foco esteja somente na doença ou nos aspectos pejorativos do envelhecimento.

Na intenção de responder às indagações aqui apresentadas, inicio este estudo perguntando: **Como o idoso atendido pelo SAD percebe a relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais?**

O que o leitor vai encontrar?

Com o objetivo de compreender o significado da relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais oferecida por um serviço socioassistencial desenvolvido no município de Bauru, achei necessária uma incursão ao tema da assistência domiciliar no mundo e no Brasil, explicitando um pouco sobre sua história, seus objetivos e as semelhanças com a assistência domiciliar oferecida pelo Serviço de Atendimento Domiciliar a Idosos e Pessoas com Deficiência (SAD), desenvolvido em parceria com os projetos sociais do Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus (IASCJ) e a Secretaria do Bem Estar Social (SEBES).

A proposta do estudo, visto que os temas assistência domiciliar, cuidar e cuidador estão diretamente ligados à questão da saúde, é mostrar o diferencial que este novo serviço socioassistencial proporciona com a ajuda dessas cuidadoras domiciliares formais, enfatizando o aspecto social sem deixar de lado as experiências e contribuições advindas da política da saúde, bem como a percepção do idoso atendido por este serviço acerca da relação de ajuda oferecida.

No capítulo 1, introduzo o estudo fazendo um panorama entre o processo de envelhecimento e suas perdas.

Em consequência dessas perdas é elucidada a questão do apoio social onde procuro conceituar o apoio oferecido pelas cuidadoras domiciliares formais deste serviço, caracterizado como relação de ajuda.

Teorizo o estudo no capítulo 2 e apresento o conceito da assistência domiciliar, sua história desde os primórdios, tipos e objetivos.

A incursão pelo mundo da assistência domiciliar nos permite adentrar ao mundo dos cuidados realizados no lar, conhecendo seus benefícios e também os casos que não se encaixam nesta modalidade de cuidados.

As “faces do cuidar” abordam a questão da relação de ajuda propriamente dita, explicitando quem é o cuidador familiar e o cuidador formal, como esses conceitos surgiram e porque a mulher é a principal escolhida para esta tarefa.

Adentro o mundo da revisão integrativa da literatura no capítulo 3, com o objetivo de conhecer a assistência domiciliar em relação ao aspecto social e

aprofundar meus conhecimentos acerca das produções no âmbito nacional e internacional sobre esta temática envolvendo, também, o cuidar e o cuidador.

Através do estado da arte busquei pautar meu trabalho aliando-o às referências e aos estudos já realizados sobre o tema, garantindo a relevância e a importância desta pesquisa.

No capítulo 4 é delineado o problema e o objetivo da pesquisa, enfocando a questão “Como o idoso atendido pelo SAD percebe a relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais?”. Este capítulo é o responsável por embasar todo o estudo, já que espero buscar respostas a esta pergunta ao concluí-lo.

Abordo o método no capítulo 5, onde escolho como tipo de estudo a abordagem qualitativa, por conseguir adentrar aos aspectos subjetivos do sujeito e compreender e interpretar as relações humanas que o configuram.

As fundamentações metodológica e teórica – Fenomenologia e Teoria do Caos – também aparecem neste capítulo, como forma de captar a percepção do sujeito e analisá-la segundo a Nova Ciência.

Para tanto, apresento o local da pesquisa, os participantes, as considerações éticas, bem como o procedimento da coleta de dados para captar os relatos protagonistas.

Estes relatos foram analisados idiograficamente e nomoteticamente, nos remetendo ao capítulo 6 e a construção dos resultados.

Os resultados da pesquisa foram obtidos a partir da análise de onze depoimentos, passando pelas seguintes fases: redução fenomenológica, extração das unidades de significados e a construção de vinte e nove tematizações. Dessas tematizações emergiram seis grandes categorias:

1. O cuidador domiciliar formal e o apoio, companhia e acolhimento aos usuários;
2. O cuidador domiciliar formal e as atividades de vida diária e prática dos usuários;
3. O cuidador domiciliar formal e a autoestima dos usuários;
4. O cuidador domiciliar formal e a autonomia e o autocuidado dos usuários;
5. O cuidador domiciliar formal e a mudança de conduta e a segurança pessoal dos usuários;

6. O cuidador domiciliar formal e o resgate da identidade e do pertencimento social dos usuários.

Para um melhor entendimento das categorias surgidas para a discussão, construí um diagrama onde aparecem os depoimentos mais elucidativos com relação aos fenômenos desvelados. Esses significados desvelados embasam a discussão.

No capítulo 6, estas categorias encontradas são discutidas à luz da Teoria do Caos, enxergando a relação de ajuda como uma nova nuance capaz de valorizar os aspectos positivos do envelhecimento, buscando na Nova Ciência, um olhar mais criativo e positivo para este processo.

Concluo o estudo no capítulo 7 encaminhando propostas para a continuidade do mesmo.

Na vida é assim... Cada escolha reflete uma determinada ação que causa outra reação. Que minha ação-intenção ao escolher estudar esta temática possa causar reações significativas e contribuir para que surjam outros estudos na área, bem como e, principalmente, a quem esse estudo quiser saborear!

1 Introdução

Muitas são as alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento no campo psíquico, social, biológico e físico do indivíduo.

Apesar de existirem dificuldades em mensurar as questões físicas e biológicas do envelhecimento, visto que ocorrem desde o início da vida, elas surgem e são essas modificações corporais que originam a problemática e a discriminação com os idosos (DOLL, 2006).

Com o crescimento da população, as idades ainda são percebidas como parte do passar do tempo, que é expresso no corpo. No imaginário social, o envelhecer é um processo marcado por desgaste, limitações, perdas físicas e de papéis sociais. As perdas, muitas vezes, vistas como problemas de saúde e que se manifestam, em grande parte, na aparência do corpo.

Nessa etapa, o ser humano fica mais sujeito às perdas evolutivas em vários domínios, em virtude de sua programação genética, de eventos biológicos, psicológicos e sociais característicos de sua história individual e daqueles que ocorrem ao longo do curso da história de cada sociedade (NERI, 1999).

No entanto, dizer que na velhice ocorrem mais perdas do que ganho evolutivo não significa dizer que velhice é sinônimo de doença, e nem que as pessoas ficam impedidas de funcionar. Viver significa adaptação ou possibilidade de constante autorregulação, tanto em termos biológicos, quanto em termos psicológicos e sociais (NERI, 1999).

Todas as modificações que surgem com o envelhecimento podem desencadear no indivíduo a necessidade de transformações, que estarão relacionadas à aceitação ou não deste processo por parte de cada um, e, também, aos valores e interesses assimilados ao longo da vida.

Para este autor, envelhecer bem depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, para enfrentar as perdas ocorridas com o envelhecimento.

Alguns pesquisadores abordam as modificações anatômicas, fisiológicas e psicossociais ocorridas com o indivíduo nesta etapa da vida

(RAMOS, 2006; GUIMARÃES, 2004). Sob esses aspectos, o envelhecer constitui-se de vivências singulares que repercutem no cotidiano dos idosos.

Mesmo sabendo que envelhecer e adoecer não sejam sinônimos, não se pode deixar de lado que algumas doenças são próprias desta fase, e que, com o decorrer do tempo, elas provocam mudanças corporais.

Assim sendo, quando se fala em transformações do corpo na velhice, observa-se que os cabelos e pelos embranquecem e tornam-se mais ralos. A pele se enrugua. As orelhas alongadas estão entre as manifestações mais óbvias da perda de elasticidade do tecido no corpo. A espessura dos sulcos da pele é significativamente reduzida no antebraço e dorso das mãos (ELIOPOULOS, 2005).

Essas perdas, associadas a eventos de vida indesejados e a experiências desagradáveis, podem transformar o envelhecer em uma experiência difícil para muitos indivíduos.

Existe grande variação entre as pessoas, nas formas e estilos de ajustamento às pressões e às perdas e é importante que o idoso esteja consciente destas e saiba lidar com esses fatos de uma forma que lhes permita evitar a depressão e manter a autoestima elevada.

Com o avanço da idade, o idoso experimenta vários estados emocionais como, por exemplo, a proximidade da morte, causando-lhe medo e desconforto, embora nunca se saiba quando uma pessoa morrerá. Outros estados emocionais também interferem no envelhecer, sendo mais comuns a solidão, aflição e dependência.

A solidão leva muitas vezes os idosos a ter pouco contato com as pessoas, a aflição ou angústia da perda de parentes próximos ou de amigos, seja por morte, seja por mudanças de local e por perdas de órgãos em decorrência de doenças. Também, a dependência física ou psicossocial afeta sua saúde causando doenças, isolamento, falta de companhia para desenvolver atividades básicas como se alimentar, higiene pessoal, atividades práticas e diárias, entre outras.

Neste contexto, muitos idosos necessitam de apoio. Chamado de apoio social, este apoio provém da ajuda familiar, de amigos, da comunidade onde o idoso está inserido e da própria sociedade em que vive.

Nos últimos anos e particularmente nas sociedades ocidentais, esta temática tem adquirido crescente relevância, porém, foi a partir dos anos 70 que o apoio social passou a constituir um quadro teórico integrado e consistente.

Marcos fundamentais no campo do apoio social foram também as investigações de Siqueira et al. (2002) cujo interesse deriva não só do fato de abrir caminho ao desenvolvimento e conceitualização deste construto, mas porque a partir destas investigações foi possível conhecer os efeitos sobre a saúde e bem estar de diferentes tipos de relações, passando pelo estudo das redes sociais nos seus aspectos estruturais e funcionais.

As diferentes terminologias utilizadas nos diferentes estudos estão associadas a uma grande diversidade de conceitos e pontos de vista, que, como refere Nunes (1999), vão desde apoio instrumental e emocional, *feedback*, aconselhamento, interação positiva, orientação, confiança, socialização, sentimento de pertença, informação, assistência, entre outros.

Apontado por Barrón (1996), o apoio social é um conceito interativo que se refere às transações que se estabelecem entre indivíduos. É genericamente definido como a utilidade das pessoas (que nos amam, nos dão valor e se preocupam conosco) e nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância (CRUZ, 2001).

Nesta perspectiva, o apoio social assume-se como um processo promotor de assistência e ajuda através de fatores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos.

Visão análoga apresenta Vaz Serra (1999), ao definir apoio social como a quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico uma pessoa. Trata-se de um conceito interativo referente a transações entre os indivíduos, no sentido de promover o bem estar físico

e psicológico, um processo dinâmico e transacional de influência mútua entre o indivíduo e a sua rede de apoio.

As necessidades sociais defendidas por Thoits (1995) e reforçadas por Matos e Ferreira (2000) são afiliação, afeto, pertença, identidade, segurança e aprovação e podem satisfazer-se mediante a provisão de ajuda a dois níveis: socioemocional (que engloba afeto, simpatia, compreensão, aceitação e estima de pessoas significativas) e instrumental (que compreende conselho, informação, ajuda com a família ou com o trabalho e ajuda econômica).

Verifica-se deste modo que o apoio social refere-se a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas em determinadas situações da vida, mas a subjetividade e individualidade do apoio social dependem da percepção pessoal de cada um.

Esta percepção assenta na comunicação dos sujeitos de que são estimados e traduz-se, pela crença generalizada que os indivíduos desenvolveram de que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando eles precisam, e isto suscita satisfação quanto às relações que têm.

É no contexto da subjetividade que aparece a figura do cuidador formal representado neste estudo pelas cuidadoras domiciliares do SAD e a relação de ajuda (apoio social) por elas oferecida.

Cuidar do idoso significa entrar em contato com o seu próprio processo de envelhecimento, sentir a dimensão do tempo, da realidade se constituindo como ser, e estar consciente dos movimentos do ciclo da vida.

Neste sentido, há que se ter muito cuidado! É no caminho de nosso próprio envelhecimento que se encontram forças para todos os que partilham da mesma condição humana.

Sendo assim, cuidar de uma população como tal, sendo a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e, ainda, portadores de uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, tornar-se-á um dos maiores e principais desafios dos próximos anos.

2 Teorizando o estudo

2.1 Assistência domiciliar: o que é?

O modelo domiciliar ressurgiu em função das diversas alterações que a sociedade sofreu no decorrer dos anos como as mudanças sociais e o contexto da saúde.

Quantas pessoas não são capazes de lembrar-se do médico de família atendendo em casa aqueles que não podiam ir ao consultório? Ou da enfermeira e do farmacêutico do bairro que ia até a casa dos que precisavam utilizar medicações injetáveis?

Desde tempos imemoriais, a assistência à saúde apresenta tanto aspectos domiciliares quanto hospitalares. Imhotep talvez seja um dos primeiros médicos famosos, na época da terceira dinastia do antigo Egito, século XIII antes de Cristo (NASSIF, 1995). Além de possuir um local próprio para atender os clientes (um misto de consultório e hospital) também fazia visitas domiciliares, sendo o responsável pelo atendimento à família do faraó Zoser dentro do palácio.

Na Grécia antiga, o lendário médico Asklépios também atendia os doentes in loco, praticando curas tão maravilhosas que foi chamado a viver com os deuses e seus sacerdotes eram pessoas que possuíam amplos conhecimentos médicos.

Eles recebiam os doentes nos templos, que tinham materiais e medicamentos específicos para a cura. Eram os primórdios dos primeiros hospitais (BRUNINI, 1998).

Sarton (1998) aponta que Samuel Hanneman, fundador da Homeopatia no final do século XVII, largou seu trabalho em um hospital universitário, pois acreditava que o médico era o homem que ia atrás dos enfermos, sem descanso, buscando e lutando contra a enfermidade.

Para uma breve incursão na história da assistência domiciliar nos tempos atuais, uma referência básica são os trabalhos de Ramallo e Tamayo (1998) que abrangem os âmbitos da América do Norte e Europa.

Como relatam os autores, a assistência domiciliar como forma organizada de cuidado, surgiu nos Estados Unidos em 1947 e teve como motivação inicial descongestionar o hospital e proporcionar aos pacientes e familiares um ambiente psicológico mais favorável.

No Canadá, os serviços de assistência domiciliar, orientados para a alta precoce de pacientes cirúrgicos, funcionam desde os anos 60.

Na Europa, como informam Ramallo e Tamayo (1998), a primeira experiência formal aconteceu em Paris, França, onde, em 1957 criou-se o *Santé Service*, que prestava assistência socio sanitária a pacientes crônicos terminais. Outro programa francês de destaque é o *Antadir*, que oferecia apoio a pacientes com doenças respiratórias dependentes de oxigênio.

Na Espanha, a primeira unidade de assistência domiciliar foi criada em 1981, e nos anos seguintes surgiram iniciativas similares em diversos hospitais do país.

O crescimento do atendimento domiciliar no Brasil é recente, datando da última década do século XX (MENDES, 2001).

A primeira experiência de abordagem domiciliar teria sido a desenvolvida pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (Samdu), criado em 1949, ligado inicialmente ao Ministério do Trabalho, tendo sido incorporado pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1967 (MENDES JÚNIOR, 2000).

Outra experiência relatada por Silva (2001) refere-se à Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), criada em 1960 e extinta em 1990.

A implantação da assistência domiciliar como uma atividade planejada teve início há quase quarenta anos, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. O objetivo deste trabalho era desospitalizar doentes crônicos estáveis para desocupar uma parte dos leitos do hospital, superlotados à época.

A difusão desta modalidade de prestação de serviços ocorre tanto no setor privado quanto no setor público, fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde que, pressionadas pelos altos custos

das internações hospitalares, buscam saídas para uma melhor utilização dos recursos financeiros (GORDILHO, 2000).

Por se tratar de um modelo recente no Brasil, há muitos termos utilizados para sua designação, como *home health care*, *domiciliary care*, atendimento domiciliar, visita domiciliária, *nursing home*, *nursing care*, *home care nursing*, enfermagem residencial, cuidado domiciliar, internação domiciliar, cuidados médicos domiciliares, cuidados de saúde no domicílio, atendimentos médicos domiciliares e outros tantos (LACERDA, 2006).

Apesar de não haver definições formais a respeito dos termos assistência, atendimento e internação domiciliar, eles são diferentes, mas se complementam:

- ✓ Assistência Domiciliar é um termo amplo, genérico, que diz respeito a qualquer ação de saúde realizada a domicílio, independente de seu grau de complexidade ou objetivo, podendo englobar tanto uma orientação de enfermagem quanto o atendimento de um paciente em ventilação mecânica invasiva domiciliar.
- ✓ Internação domiciliar refere-se ao cuidado mais intensivo e multiprofissional realizado em casa, envolvendo as ações de saúde que requerem o deslocamento de parte da estrutura hospitalar ao domicílio de doentes.
- ✓ Atendimento domiciliar envolve ações menos complexas, multiprofissionais ou não, que podem ser comparadas a um consultório em casa, podendo ser desenvolvidas ações preventivas ou terapêuticas.

Cada modalidade possui peculiaridades e características que as distinguem e devem ser estabelecidas de maneira clara pelos profissionais de saúde, não apenas por questões de operacionalização dos serviços de saúde, mas para sua orientação na execução das práticas profissionais (LACERDA, 2006).

Segundo Collopy et al. (1990), o termo assistência domiciliar é empregado no sentido amplo de *home care*, compreendendo uma gama

de serviços realizados no domicílio e destinados ao suporte terapêutico do paciente.

Estes serviços vão desde cuidados pessoais de atividades diárias (higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário), cuidados com medicação e realização de curativos, cuidados com escaras e ostomias, até o uso de alta tecnologia hospitalar como nutrição enteral/parental, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, com serviço médico e de enfermagem 24 horas por dia, e uma rede de apoio para diagnóstico e para outras medidas terapêuticas.

Neste conceito também estão incluídos o suporte comunitário (voluntários, serviços de associações comunitárias, transporte) e a realização de tarefas externas, como ida a um banco, supermercado ou a uma farmácia (COLLOPY et al., 1990).

Conforme recomenda Tavolari (2000), existem quatro grandes clientes das instituições que prestam assistência domiciliar: os pacientes e seus familiares, os médicos, os financiadores da saúde e os hospitais.

Os objetivos da assistência domiciliar segundo (OSMO; CASTELLANOS, 2000) são:

- ✓ Contribuir para a otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, visando a redução de custos;
- ✓ Reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio;
- ✓ Proporcionar assistência humana e integral, por meio de uma maior aproximação da equipe de saúde com a família no tratamento proposto;
- ✓ Promover educação em saúde;
- ✓ Ser um campo de ensino e pesquisa.

A principal meta da assistência domiciliar deve ser o de reinserir o idoso na comunidade, preservando ao máximo sua autonomia, buscando a recuperação de sua independência funcional e procurando mantê-lo um cidadão ativo, participativo, produtivo e afetivo (SAYEG, 1998).

Com isso, haveria benefícios como:

- ✓ Diminuição de reinternações e dos custos hospitalares;
- ✓ Redução do risco de infecção hospitalar;

- ✓ Manutenção do paciente em seu núcleo familiar;
- ✓ Aumento da qualidade de vida deste e de seus familiares.

Enquanto internados no hospital, os doentes vivenciam a doença e também o afastamento do seu lar, do círculo social e do trabalho. Experimenta sentimentos de medo, insegurança, receio pelo futuro e pela doença, que são exacerbados pelo fato de estarem em um ambiente alheio, onde são feitas ações de saúde que não têm o seu controle.

Os autores Duarte e Diogo (2000) ressaltam que o domicílio oferece um lugar seguro ao idoso, protegendo-o do meio, evitando com isso sua institucionalização, tanto em nível hospitalar quanto asilar.

Em casa, os horários são determinados em conjunto com a família sendo que a equipe e o tratamento se adaptam ao estilo de vida, hábitos e costumes do paciente.

É importante ressaltar que os cuidados no domicílio suscitam importantes questões bioéticas, visto que dizem respeito a ações que podem ter efeitos irreversíveis indesejáveis sobre os destinatários dos atos da assistência domiciliar (POUSADA, 1995).

Dessa forma, explicita o autor, é preciso ter um olhar crítico sobre a assistência domiciliar, ponderando seus aspectos positivos e negativos do ponto de vista da efetiva proteção dos usuários, tendo consciência de que, na pauta das definições e nos processos decisórios de sua implantação, os princípios éticos e bioéticos sejam de fato considerados.

Para isso é primordial que o profissional inserido nos domicílios se pergunte com que objetivo está entrando na residência de alguém que precisa de sua ajuda, sendo que seu olhar deve estar voltado para o entendimento das reais necessidades do idoso e daquela família.

No Brasil, os grupos mais experientes em assistência domiciliar possuem programas de cuidado seguros e avançados, como poucos similares no mundo. Prestam atendimento a doentes muitas vezes graves e instáveis em casa, sem deixar de lado a excelência técnica, a segurança e a qualidade encontrada nos melhores hospitais do país.

2.2 O cuidar e suas faces

2.2.1 O cuidar e a relação de ajuda

Já dizia Boff (1999): cuidar é muito mais que um ato, é uma atitude!

O cuidar abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro.

Conforme recomenda Elia (2004), o cuidar deve ser destacado como uma atitude de responsabilização e responsabilizar-se é ser capaz de responder, é trazer para si a função da resposta por determinada situação ou ato. É assumir um ato como seu.

Cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. É o compromisso com o cuidado existencial, que envolve também o autocuidado, a autoestima, a autovalorização, a cidadania do outro e da própria pessoa que cuida (STEVENSON, 1997).

Caponi (1997) afirma que o homem é o único animal que vive existindo e que age para viver. Mas, para existir, precisa cuidar de seu corpo, alimentar-se, higienizar-se, atender às demandas de sua animalidade. Por isso há uma dimensão necessária da ação, da existência, que está orientada para a preservação da vida, a dimensão do cuidado.

No entanto, há momentos em que nossa existência entra em colapso e essa dimensão tão básica e simples, se torna problemática e cobra uma dramática importância em nosso existir. Um exemplo disto é a doença. Muitas vezes ao adoecer, perde-se a capacidade individual do cuidar tornando-se dependentes uns dos outros.

A relação de ajuda é definida por Berger e Poiriér (1995) como uma ligação profunda e significativa entre profissional e usuário que ultrapassa as simples trocas funcionais, mantendo um prisma de crescimento e evolução.

Algumas capacidades são essenciais para que a relação de ajuda possa ser efetiva: capacidade de ser empático, de escuta ativa, de aceitação incondicional e de ser autêntico e congruente.

Mais do que uma técnica, a empatia é uma atitude na qual quem ajuda procura entender o mundo interior do ajudado, suas emoções, seus sentimentos e os significados de suas experiências. Para tanto, é necessário desenvolver a capacidade de colocar-se no lugar do outro.

Aceitação incondicional significa aceitar a pessoa a que se pretende ajudar, com todo seu presente, passado e futuro, sem reservas e sem juízos de valor.

A capacidade de ser autêntico e congruente implica em o profissional ser ele mesmo na relação, sem máscaras. A autenticidade requer um bom conhecimento de si mesmo, demanda coerência entre o que se pensa, sente, faz e o modo como se vive. Para tanto, algum instrumento de autoconhecimento é sugerido ao cuidador.

Dentre as características essenciais para que a relação de ajuda seja efetiva percebe-se, no que diz respeito aos idosos, a acentuada importância da capacidade da escuta ativa.

Através desta escuta percebe-se que o estabelecimento do vínculo e confiança, características essenciais para que haja resultados positivos no SAD, são promovidos de maneira mais segura e fortalecida.

A escuta ativa e empática é uma das melhores maneiras de desenvolver a confiança em outro ser humano. O encontro entre dois sujeitos envolve processos subjetivos e, nesse campo, a palavra ou silêncio representa um meio possível de troca, pela qual poderá se estabelecer um canal de comunicação.

Assumindo tal conduta há possibilidade de proporcionar, em cada visita domiciliar e em cada atendimento do cuidador domiciliar formal, a reflexão, a conscientização e a transformação, favorecendo a busca de melhores condições de vida.

Outro fator a ser valorizado na relação de ajuda refere-se à história de vida, à situação social e à experiência, onde o idoso atribui significado a um conteúdo e o reconhece como seu.

As histórias de vida, resgatadas pela memória, podem ser elaborativas e promover uma valorização narcísica, reconhecendo o valor que o idoso pode dar ou não a si mesmo. Também exercem um poder terapêutico, onde o resgate tem o poder de transformar o sofrimento em maturidade e sabedoria.

O que é lembrado e o como se lembra são construídos no movimento da demanda social e interna do sujeito. Na maior parte das vezes, lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar, com imagens e ideias de hoje, as experiências do passado (SOUZA, 1999).

A atividade da reminiscência coloca no presente as situações passadas, oferecendo a oportunidade para a reflexão sobre quem e o que somos a fim de se considerar os diferentes meios pelos quais possam preparar e encarar o futuro. Ignorar o que passou é ignorar a própria história.

2.2.2 Competências psicossociais do cuidar

O modelo atual de assistência, baseado no modelo clínico e hospitalar, continua a privilegiar o atendimento ao corpo doente, fracionado pelos diferentes profissionais que prestam um atendimento pontual e procedimental, limitando a construção de uma prática com enfoque multiprofissional.

Püschel (2002) salienta que para cuidar de um indivíduo é necessário desenvolver a competência psicossocial, voltada para o reconhecimento do contexto domiciliar e da dinâmica familiar do assistido. Essa nova abordagem teórico instrumental abre um novo sentido a um modelo assistencial ainda em validação.

No modelo clínico ou modelo biomédico, o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado (CAPRA, 1997).

Propor um modelo psicossocial para a assistência domiciliar pressupõe acreditar que o ser humano tende a ser concebido como imerso em uma teia de significados que ele mesmo constroi no intercâmbio social e que os significados das ações de um indivíduo não podem ser controlados pela própria ação à medida que dependem também do contexto das ações dos outros (GRANDESSO, 2000).

O modelo psicossocial consiste em considerar a pessoa na sua multidimensionalidade, portanto, amplia o sentido de saúde como uma experiência subjetiva.

Como recomenda Capra (1997), é uma experiência de bem estar resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como suas interações com o meio ambiente natural e social.

Considerando que o profissional na prática domiciliar se insere no contexto do indivíduo e da família, há necessidade de desenvolver competências ampliadas (além da técnica), para além das clínicas, que já são de seu domínio.

Ampliar o olhar sobre a dinâmica do indivíduo e da família, utilizando-se da relação empática e da construção de vínculos como condição que possibilita a participação conjunta na escolha dos problemas a serem trabalhados auxilia a proporcionar uma melhor recuperação possível.

Quando a confiança é estabelecida, informações são proporcionadas, e a pessoa é encorajada a tomar parte ativa na maximização de sua capacidade de funcionamento; você a autoriza a atingir a saúde ideal e abre a porta à satisfação da pessoa e à eficácia do cuidado à saúde (ALFARO-LEFREVE, 2000).

Caminhar rumo a uma assistência complexa depende, fundamentalmente, de uma reforma de pensamento. Uma reforma do pensamento simplificado e linear para um pensar complexo e multidimensional, onde o outro também é copartícipe nas decisões que o envolvem.

Creutzberg (2000) chama a atenção para o fato de que uma atitude interdisciplinar é fundamental para prover atenção integral à família do paciente. Leme (2000) reforça que cada profissional precisa perceber suas próprias limitações e ser capaz de dividir decisões com os outros. Para isso é necessário observar com mais atenção à realidade dos cuidadores, principalmente no que se refere a pacientes idosos.

2.2.3 O cuidador: quem é?

Segundo a classificação de Wanderley (1998), existem vários tipos de cuidadores com suas especificidades.

Esses tipos são complementares, podendo o cuidador apresentar mais de uma classificação:

- ✓ Cuidador familiar: tem algum parentesco com a pessoa cuidada;
- ✓ Cuidador terceiro ou terciário: não possui qualquer grau de parentesco com a pessoa cuidada;
- ✓ Cuidador informal ou principal: tem a responsabilidade permanente da pessoa sob seu cuidado;
- ✓ Cuidador formal ou secundário: divide de alguma forma a responsabilidade do cuidado com um cuidador informal, auxiliando-o, substituindo-o;
- ✓ Cuidador profissional: possui qualificação específica para o exercício da atividade (enfermeiro, terapeuta, etc.);
- ✓ Cuidador remunerado: recebe um rendimento pelo exercício da atividade de cuidar;
- ✓ Cuidador voluntário: não é remunerado;
- ✓ Cuidador leigo: não recebeu qualificação para o exercício profissional da atividade de cuidar.

No Brasil a transição demográfica e a transição epidemiológica apresentam, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idosos na dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades diárias.

Neste sentido, o idoso pode contar com o apoio de um cuidador familiar ou de um cuidador domiciliar formal, cujas especificidades são diferentes, mas não excludentes. A saber:

2.2.3.1 O cuidador familiar

A família é a esfera íntima da existência que une laços consanguíneos ou por afetividades os seres humanos.

Como unidade básica de relacionamentos, é fonte primária de suporte social, onde se almeja uma atmosfera afetiva comum, de aquisição de competência e de interação entre seus membros (PELZER; FERNANDES, 1997).

Leme e Silva (1996) destacam que é na família que o idoso tem o seu mais efetivo meio de sustentação e pertencimento, em que o apoio afetivo e de saúde se faz necessário e pertinente.

Em um estudo comparativo sobre o cuidado familiar do idoso em diversos países, Kosberg (1992) aponta várias razões para que a família tenha se tornado a principal fonte de cuidados para os idosos.

Conforme salienta Kinsella e Taeuber (1992) estas pessoas são familiares dos idosos, especialmente, mulheres, que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos.

A reflexão sobre as práticas do cuidar traça uma historiografia que o considera próprio à natureza das mulheres, como se fosse algo determinado pelo orgânico. Uma concepção que encontra registro, desde os relatos das sociedades consideradas primitivas, até os dias de hoje.

Esse quadro não acontece somente no Brasil. Em vários dados coletados pelo mundo, as mulheres são consideradas as grandes cuidadoras dos idosos incapacitados, salvo por razões culturais muito específicas, a mulher é a cuidadora tradicional (KINSELLA; TAEUBER, 1992).

Neri (1993) compartilha da mesma ideia, destacando que as causas predominantemente culturais reforçam a mulher como cuidadora, cujo papel no Brasil é uma atribuição esperada pela sociedade.

Em todas as épocas e, na maioria das sociedades, cabe às mulheres cuidar dos doentes, das ações relacionadas à facilitação do crescimento e desenvolvimento das crianças, dos velhos, assim como viabilizar as condições para que os homens mantenham suas forças para o trabalho (MELO, 1986).

Até meados do século XVIII, a medicina não tinha interesse nas mulheres e crianças. As práticas de cuidados exercidas no âmbito doméstico não mereciam atenção e eram exercidas pelas comadres, pelas domésticas e pelas nutrizes que compartilhavam seu saber e sua prática (DONZELOT, 1986).

A medicina doméstica surge colocando-se a serviço dos ideais higienistas e converte as práticas do cuidar, exercidas no âmbito privado das famílias, em uma nova estratégia de controle.

As mulheres foram convocadas a assumir o status de guardiãs completas das crianças e dos doentes, exercendo a arte da enfermagem doméstica, tornando-se parceiras dos médicos.

Essa promoção da mulher ao status de educadora e auxiliar médica lhe conferiu um novo poder na esfera doméstica. Esse movimento se deu, obviamente, no seio das famílias abastadas (DONZELOT, 1986).

O exercício dessa prática, num certo momento da história ocidental, foi considerado perigoso e pecaminoso pela Igreja, que tomou para si essa responsabilidade – regulado pelo poder religioso institucionalizado – mas ainda sob o domínio das mulheres, as irmãs de caridade.

No contexto doméstico a mulher permanecia responsável pelos cuidados onde, até então, esses cuidados eram feitos de maneira intuitiva, sem uma aprendizagem formal.

Havia uma atitude complacente com a velhice, a doença e a morte, que lhes permitia transitar no espaço doméstico com naturalidade e propriedade (PITTA, 1999).

Para o autor, a partir da metade do século XIX, como consequência do desenvolvimento das sociedades industriais, a dor, a doença, a morte e a velhice, foram proibidas de transitar no espaço doméstico por um

pacto de costumes, aprisionadas e privatizadas no espaço hospitalar sob novos códigos e formas de relação.

Conforme evidencia Miranda (1996), no final do século XIX, um novo embate se inicia: a concepção científica do cuidar versus a religião. Dessa forma, a enfermagem científica é criada e regida por um saber técnico e um controle moral.

Eticamente as enfermeiras deveriam se inspirar nos valores morais das irmãs de caridade – devoção, dedicação, obediência – além de se subordinar ao saber médico e ao conhecimento científico e seu comportamento deveria ser pautado pelo rigor moral, que incluía a contenção emocional e sexual (SILVA, 1998).

A família, nos moldes atuais de cuidadora, apresenta necessidades que vão desde aspectos materiais até emocionais, passando também pela necessidade de informações (CALDAS, 2000; HARVIS; RABINS, 1989).

O aspecto material inclui recursos financeiros, questões de moradia, transporte e acesso a serviços de saúde. Além disso, essa família cuidadora necessita de informação de como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente ao idoso.

Entre outras necessidades, estão inclusos o suporte emocional, uma rede de cuidados que ligue a família aos serviços de apoio e meios que garantam qualidade de vida aos cuidadores principais.

Conforme Caldas (1995), a sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado de um familiar é imensa. Assim, não se deve esperar que os cuidados sejam entendidos e executados corretamente sem que os responsáveis pelo dependente sejam orientados.

2.2.3.2 O cuidador formal

A mudança no exercício de papéis, a diminuição do tempo de relacionamento com amigos e vizinhanças, a solidão, a sobrecarga e a frustração, fazem parte das perturbações que em determinados momentos saturam o cuidador de tal forma que este se volte em busca de

alternativas como a contratação de alguém que possa prestar assistência ao idoso.

Esses indivíduos são denominados cuidadores formais que não raramente assumem sozinhos a assistência ao idoso, sem ter uma equipe para dividir as responsabilidades da tarefa.

De acordo com Neri (1993), há escassa literatura científica publicada sobre essa questão, no entanto a oferta de serviços dessas pessoas vem crescendo visivelmente na imprensa escrita, principalmente nos jornais de grande circulação e em revistas não científicas.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada no ano de 2001 (IBGE, 2002), estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa.

Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar as tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas (MEDINA, 1998).

Em países mais desenvolvidos, em que o envelhecimento populacional foi mais lento e recebeu mais atenção durante décadas, foi construída uma rede de organizações maiores e menores, que se define como *community care* e, cujo grande objetivo é manter o idoso em sua casa oferecendo suporte para a família e o cuidador familiar.

Foi a partir do modelo dessa rede, mais precisamente do exemplo de Portugal, que se constituiu o SAD, oferecendo suporte para o idoso e sua família em casa, saindo do enfoque somente da saúde e ampliando o atendimento em outros âmbitos e políticas públicas.

Nesse serviço socioassistencial os cuidados são executados pelo cuidador formal, porém há uma equipe formada por vários profissionais de diversas áreas que realizam visitas periódicas estendendo esse atendimento a toda a família, orientando, treinando e supervisionando as ações e atividades necessárias ao cotidiano do idoso até que a família se sinta segura para assumi-las sozinha.

Além disso, a família também é preparada para lidar com sentimentos de frustração, culpa, raiva, depressão e outros sentimentos que acompanham essa responsabilidade.

3 Revisão integrativa de literatura

Com o objetivo de pesquisar a assistência domiciliar no âmbito social, realizei uma revisão integrativa da literatura a fim de aprofundar meus conhecimentos acerca das produções nacionais e internacionais sobre a assistência domiciliar, o cuidar e o cuidador.

Optei pela revisão integrativa por ser um método de trabalho que busca a análise de pesquisas que se mostram relevantes para o aperfeiçoamento do conhecimento teórico e prático, na possibilidade da síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto.

A revisão integrativa segundo Whitemore e Knafl (2005) é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado.

Os autores Mendes et al. (2008) ressaltam que esta abordagem combina dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos, como a definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular, diferenciando-se da revisão narrativa por permitir uma síntese de múltiplos estudos publicados e possibilitar conclusões gerais acerca de uma área de estudo específica.

Esta síntese viabiliza a contextualização do pesquisador acerca da temática, além de sinalizar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com novos estudos, contribuindo para discussões a respeito dos métodos e resultados de pesquisas anteriores (POLIT; BECK, 2006).

Como referencial metodológico para esta revisão, optei pelo estudo de Ganong (1987). Segundo o autor, a revisão integrativa da literatura compreende seis etapas, conforme descritas:

1ª fase: Elaboração da pergunta norteadora

A definição da pergunta norteadora é a fase mais importante da revisão, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo

selecionado. Inclui a definição dos participantes, as intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem mensurados.

Desta forma, esta pergunta deve ser elaborada de forma clara e específica, e relacionada a um raciocínio teórico, incluindo teorias e raciocínios já aprendidos pelo pesquisador.

2ª fase: Busca ou amostragem na literatura

Intrinsecamente relacionada à fase anterior, a busca em base de dados deve ser ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas, busca manual em periódicos, as referências descritas nos estudos selecionados, o contato com pesquisadores e a utilização de material não-publicado.

Os critérios de amostragem precisam garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados.

A conduta ideal é incluir todos os estudos encontrados ou a sua seleção randomizada; porém, se as duas possibilidades forem inviáveis pela quantidade de trabalhos, deve-se expor e discutir claramente os critérios de inclusão e exclusão de artigos.

Assim, a determinação dos critérios deve ser realizada em concordância com a pergunta norteadora, considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse.

3ª fase: Coleta de dados

Para extrair os dados dos artigos selecionados, faz-se necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro.

Os dados devem incluir a definição dos sujeitos, metodologia, tamanho da amostra, mensuração de variáveis, método de análise e conceitos embasadores empregados.

4ª fase: Análise crítica dos estudos incluídos

Análoga à análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo.

A experiência clínica do pesquisador contribui na apuração da validade dos métodos e dos resultados, além de auxiliar na determinação de sua utilidade na prática.

5ª fase: Discussão dos resultados

Nesta etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico.

Além de identificar lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros.

Contudo, para proteger a validade da revisão integrativa, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar os vieses.

6ª fase: Apresentação da revisão integrativa

A apresentação da revisão deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada.

3.1 Estabelecimento do problema

A presente revisão pretende responder a seguinte questão: Como o idoso atendido pelo SAD percebe a relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais?

3.2 Seleção da amostra

A amostra é um indicador crítico de generalização de conclusões amplas e da confiança produzida. Quando o procedimento de

amostragem é omitido a validade da revisão é ameaçada.

O melhor seria incluir a totalidade dos estudos encontrados, porém se for inviável pela grande quantidade de trabalhos, devem ser apresentados todos os critérios de inclusão e exclusão para seleção da amostra.

Desta forma o método utilizado envolveu buscas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). A escolha por essas bases de dados deve-se ao fato de englobarem publicações nacionais e internacionais.

Para selecionar as produções científicas, os critérios de inclusão foram: artigos completos acerca da temática e publicados no período entre 2001 a 2011, nos idiomas português e inglês.

Os critérios de exclusão foram monografias, dissertações, teses, livros, capítulos e resenhas de livros, manuais, relatórios técnicos e científicos, artigos de revisão e artigos incompletos ou não disponíveis *on line*.

Utilizando inicialmente a combinação dos descritores “*home care*” and “*elderly*”, encontrei 206 artigos, apresentados na tabela 1, segundo a maior frequência encontrada.

Tabela 1 - Distribuição referente a publicações sobre Assistência Domiciliar e Idoso no período entre 2001 a 2011, segundo frequência. Bauru, 2012.

Base de dados	Nº. de artigos	Periódico	Idioma	Ano de publicação
MEDLINE	199	Home Health Care Service Quarterly = 14	Inglês = 151	2003 = 14
LILACS	7	Revista Brasileira de Enfermagem = 2	Português = 5	1 artigo por ano (2001-2011)
TOTAL	206			

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em uma segunda busca, utilizando a combinação “*elderly*” com os descritores “*care*” e “*caregiver*” encontrei 145 e 67 artigos, respectivamente, representados nas tabela 2 e 3, conforme maior frequência.

Tabela 2 - Distribuição referente a publicações sobre Cuidar e Idoso no período entre 2001 a 2011, segundo frequência. Bauru, 2012.

Base de dados	Nº. de artigos	Periódico	Idioma	Ano de publicação
MEDLINE	127	Psychiatric Services = 2	Inglês = 18	2003 e 2005 = 5 artigos cada
LILACS	18	2 artigos em cada um dos periódicos ⁽¹⁾	Português	2005 = 5
TOTAL	145			

Fonte: Elaborado pelo autor.

(1) Revista da Escola de Enfermagem da USP; Revista de Saúde Pública; Cadernos de Saúde Pública; Revista Brasileira de Enfermagem; Revista de Enfermagem da UERJ e Mundo da Saúde Publicações.

Tabela 3 - Distribuição referente a publicações sobre Cuidador e Idoso no período entre 2001 a 2011, segundo frequência. Bauru, 2012.

Base de dados	Nº. de artigos	Periódico	Idioma	Ano de publicação
MEDLINE	50	Archives of Gerontology and Geriatrics = 6	Inglês = 38	2009 = 7
LILACS	17	Revista Escola de Enfermagem da USP = 3	Português = 17	2007 = 5
TOTAL	67			

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em uma terceira tentativa de busca, utilizei a combinação “*chaos theory*” com os descritores “*elderly*”, “*home care*”, “*care*” e “*caregiver*”. Encontrei apenas quatro artigos com a combinação “*chaos theory* e

care”, cujas publicações são dos anos 90, onde apenas um deles foca o estudo em seres humanos não idosos.

A amostra do estudo foi composta pelos artigos que preencheram os critérios pré-estabelecidos e que tratavam da assistência domiciliar em seu formato recente, envolvendo a condição social do tema, presentes no último quadrimestre do ano de 2011.

Para tanto, a amostra final desta revisão constituiu-se de 9 artigos, 5 pertencendo a base de dados MEDLINE e 4 a LILACS.

3.3 Caracterização dos estudos

Nesta etapa Ganong (1987) recomenda que sejam definidas as características ou informações a serem coletadas dos estudos, por meio de critérios claros, norteados por instrumento.

Recomenda-se para este tipo de pesquisa que, a representação das características, seja feita por meio de tabelas, para melhor visualização de uma quantidade expressiva de dados, facilitando a avaliação, discussão dos resultados e conclusões.

3.4 Análise dos resultados

A análise dos dados deve ser realizada de forma sistemática, expressando-se com clareza as regras adotadas. Proporciona ao leitor informações sobre os estudos revisados, sem focalizar apenas os resultados, apresentando o máximo de informações possíveis.

Desta forma, o processo de análise dos estudos deu-se nas dimensões quantitativa e qualitativa. A vertente quantitativa encontra-se apresentada em tabelas, extraídas do banco de dados já descrito, enquanto na qualitativa foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temática, vertente representacional, conforme proposto por Bardin (1977), para organizar o conhecimento produzido em categorias temáticas.

Partindo da premissa de que tudo o que é dito ou escrito é passível de ser submetido à análise de conteúdo, escolheu-se, dentre as

técnicas propostas, a análise temática, para instrumentalizar e operacionalizar a análise do conteúdo dos artigos que compõem a amostra deste trabalho.

A análise de conteúdo, segundo Bardin (1977) é conceituada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Buscando atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo, têm sido desenvolvidas como técnicas de análise de conteúdo a análise de expressão, a análise de relações, a análise temática e a análise da enunciação (MINAYO, 2005).

No entanto, não existe nada pronto para aqueles que pretendem utilizar a análise de conteúdo como método em suas investigações. O que existe são algumas regras básicas que permitem ao investigador adequá-las ao domínio e objetivos pretendidos, reinventando a cada momento uma maneira de analisar.

A análise de conteúdo, basicamente, desdobra-se em três fases (BARDIN, 1977): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

3.5 Caracterização do corpus da análise

3.5.1 Dados referentes às publicações

A amostra das publicações (8) foi obtida a partir de pesquisa realizada no período de Setembro a Dezembro de 2011, sendo (4) indexadas na MEDLINE e (4) na LILACS.

A tabela 4 mostra a representação das informações acerca das publicações indexadas que integraram a amostra.

Em relação ao mês em que foram publicados, não houve discrepância significativa entre os períodos. Apesar da escassez da

literatura sobre o tema, os dados permitem verificar que há certa preocupação científica com a realidade do idoso no contexto domiciliar.

Tabela 4 – Distribuição da frequência e percentagem referentes à percepção dos idosos acerca da relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais de um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo, identificadas em publicações indexadas nas bases de dados da LILACS e MEDLINE, no período de Setembro a Dezembro de 2011. Bauru, 2012.

Ano de publicação	Artigos indexados		Base de Dados	
	f	%	LILACS	MEDLINE
Setembro/2011	3	37.5	1	2
Outubro/2011	2	25.0	1	1
Novembro/2011	2	25.0	1	1
Dezembro/2011	1	12.5	1	0
Total	8	100	4	4

Fonte: Dados coletados pelo autor (2012).

A tabela 5 mostra a distribuição dos artigos que foram publicados em oito periódicos. A caracterização da análise aponta uma produção majoritária de publicações em revistas internacionais (87.5%).

Tabela 5 – Distribuição da frequência e percentagem referente à percepção dos idosos acerca da relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais de um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo, identificadas nos periódicos nacionais e internacionais, indexados nas bases de dados LILACS e MEDLINE, no período de Setembro a Dezembro de 2011, segundo o nome do periódico. Bauru, 2012.

NOME DO PERIÓDICO	f	
Annals of African Medicine	1	
Archives of Gerontology and Geriatrics	1	
Health Policy	1	
Journal of Women and Aging	1	
Neurourology and Urodynamics	1	
Nursing Older People Magazine	1	
Revista Latino Americana de Enfermagem	1	
Revista Nursing SP	1	
Total	8	

Fonte: Dados coletados pelo autor (2012).

Quanto ao idioma, o predominante foi o inglês (75%), sendo apenas dois artigos na língua portuguesa, demonstrados na tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição da frequência e percentagem referente à percepção dos idosos acerca da relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais de um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo, nos artigos indexados na Lilacs e Medline, no período de Setembro a Dezembro de 2011, segundo o idioma de publicação. Bauru, 2012.

IDIOMA	f	
Inglês	6	
Português	2	
Total	8	

Fonte: Dados coletados pelo autor (2012).

Quanto ao local de publicação dos artigos da amostra, verificou-se que a maior parte das publicações é oriunda do Brasil, correspondendo a 37.5% da amostra. A tabela 7 mostra esta representatividade.

Tabela 7 - Distribuição da frequência e percentagem referente à percepção dos idosos acerca da relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais de um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo, nos artigos indexados na Lilacs e Medline, no período de Setembro a Dezembro de 2011, segundo o local. Bauru, 2012.

LOCAL	f	
Brasil	3	
Canadá	1	
Escócia	1	
França	1	
Japão	1	
Nigéria	1	
Total	8	

Fonte: Dados coletados pelo autor (2012).

O método quantitativo foi predominante em 62.5% das publicações. Sabe-se que o método qualitativo é importante para estudos deste tipo, por possibilitar relatos significativos e ricos, além de interpretações individuais, ocorrendo em 37.5% dos dados publicados, representando um dado significativo para a produção deste estudo,

conforme tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição da frequência e percentagem referente à percepção dos idosos acerca da relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais de um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo, nos artigos indexados na base de dados Lilacs e Medline, no período de Setembro a Dezembro de 2011, segundo o método de pesquisa aplicado. Bauru, 2012.

MÉTODO APLICADO	f	
Qualitativo	3	
Quantitativo	5	
Total	8	

Fonte: Dados coletados pelo autor (2012).

Dentre os autores que mais publicaram estão os médicos (37.5%) e enfermeiros (37.5%), sendo a totalidade dos profissionais vinculada a universidades e instituições de ensino e pesquisa com titulação mínima de doutor. Os dados mostram que o corpo acadêmico tem contribuído cada vez mais com o avanço da produção científica.

A tabela 9 evidencia estes dados.

Tabela 9 - Distribuição da frequência e percentagem referente à percepção dos idosos acerca da relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais de um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo, nos artigos indexados nas bases de dados Lilacs e Medline, no período de Setembro a Dezembro de 2011, segundo a profissão do primeiro autor. Bauru, 2012.

PROFISSÃO (1º autor)	f	
Dentista	1	
Enfermeiro	3	
Médico	3	
Psicólogo	1	
Total	8	

Fonte: Dados coletados pelo autor (2012).

3.6 Síntese do conhecimento produzido à luz dos descritores

A leitura do corpus de análise, constituído de oito artigos, envolvidos com a temática da assistência domiciliar, cuidar e cuidador, me permitiu sistematizar o conhecimento produzido, em três temas:

Tema 1. Vantagens e desvantagens da assistência domiciliar;
 Tema 2. O acesso e a escassez de serviços de saúde para idosos;
 Tema 3. Falta de tempo e despreparo dos cuidadores familiares: vivenciando a sobrecarga.

Tema 1

Vantagens e desvantagens da assistência domiciliar:

Dos oito artigos encontrados, três deles se referiam a esta temática:

- Chronic psychotropic drug use among frail elderly women receiving home care services (PÉRODEAU et al., 2011);
- Place of death for the elderly in need of end-of-life home care: a study in Japan (HAYASHI et al. 2011);
- A comparison of elderly care nursing in the UK and Japan (BRADBURY-JONES et al., 2011).

A análise desses artigos evidencia que tem havido um desenvolvimento desigual da assistência domiciliar ao longo do tempo em diferentes países e existem vários modelos deste tipo de atenção à saúde, cada um com vantagens e desvantagens próprias.

A prática de atender doentes em domicílio já é citada no Velho e no Novo Testamento, e no século XIX começou uma sistematização das atividades relacionadas à enfermagem.

As organizações de *home care* eram formadas, em sua grande parte, pelas associações ou sociedades de enfermeiras visitadoras, fundadas por mulheres vinculadas a movimentos filantrópicos.

Sempre ligados às missões sociais, esses programas eram focados, na sua maioria, em saúde pública e prevenção de doenças.

O modelo continuou no século XX, quando a norma regente era a visita domiciliar feita por médicos, porém com limitação de tecnologia e tratamentos.

Na atualidade, a assistência domiciliar agrega a participação sistemática de profissionais, em domicílio, nos cuidados oferecidos. É

um trabalho que visa beneficiar pessoas acometidas por todo o tipo de doenças que impossibilitem ou dificultem sua locomoção para o tratamento em hospitais ou clínicas.

O mais indicado é que o trabalho seja executado por uma equipe de saúde multiprofissional e, se possível, interdisciplinar, para prover um melhor atendimento ao paciente e/ou usuário.

Os artigos sobressaltam que a satisfação do paciente tem sido um assunto amplamente investigado em pesquisas de saúde. A qualidade dos cuidados a partir da perspectiva do paciente, especialmente nos cuidados de saúde em casa, no entanto, tem sido investigada apenas muito recentemente.

No artigo *“Chronic psychotropic drug use among frail elderly women receiving home care services”*, os autores Pérodeau et al. (2011) atentam para os cuidados domiciliares à idosas usuárias de substâncias psicotrópicas, principalmente com sintomas de ansiedade e insônia, no Canadá.

O estudo qualitativo, utilizou-se da entrevista em profundidade para analisar e descrever o benefício dos cuidados em domicílio após tratamento específico e a correlação desta assistência com a melhora da autoimagem das idosas.

Os resultados do estudo trouxeram à tona os efeitos psicossociais que a assistência domiciliar pode trazer, aliando não somente os benefícios ao usuário que realiza seu tratamento em sua residência, como quanto ao fato de proporcionar mais segurança para o mesmo e ao seu cuidador, que lança mão de novas estratégias de cuidado e conta com outras fontes de apoio social.

Em um outro estudo *“Place of death for the elderly in need of end-of-life home care: a study in Japan”*, que analisa a mesma temática, Hayashi et al. (2011) investigou os fatores associados ao local de morte de pacientes que recebem serviços de assistência domiciliar.

O estudo quantitativo teve como amostra 252 pacientes idosos japoneses, analisados por três anos. Após este período, 40 pacientes morreram em casa e 59 pacientes morreram em hospitais, incluindo o

perfil dos pacientes, suas características demográficas, comorbidades e os níveis de cuidados formais e informais.

Os pacientes que morreram em casa receberam um prazo mais curto de atendimento domiciliar, sofreram neoplasias mais frequentemente e receberam serviços de enfermagem com mais frequência do que os que morreram nos hospitais.

Aqueles que morreram em casa apresentaram uma maior probabilidade de sofrer com doença maligna em comparação com os idosos que morreram em hospitais.

Segundo a pesquisa, morrer em casa pode estar associado com casos de malignidade em comparação a outras doenças, no Japão, e pode ser associada a uma maior necessidade de enfermeiros para visitas no lar.

Foi sugerido pelos autores mais estudos nesta temática, visto que há poucas pesquisas relacionadas aos estágios finais de vida, tendo a residência como local de morte. Também concluem que a natureza da doença do paciente e a presença de enfermeiras podem influenciar a decisão sobre o local de morte do paciente.

Em um terceiro artigo *“A comparison of elderly care nursing in the UK and Japan”* foram analisadas as experiências de enfermeiros que cuidam de pessoas idosas no Reino Unido e no Japão (BRADBURY-JONES et al., 2011)

Os dados foram analisados por meio de uma análise temática contando com o recurso de autorrelatos coletados no ano de 2010.

A análise revelou semelhanças nas experiências de enfermeiros de ambos os países e, assim, quatro grandes temas emergiram: os desafios de um ambiente de trabalho complexo; os desafios de resolver os conflitos éticos; as recompensas de estabelecer relacionamentos significativos e as recompensas de alcançar a excelência no atendimento ao paciente individual.

Em todos os autorrelatos, fornecidos por enfermeiros de dois países diferentes que, embora existam alguns desafios, apareceu a questão de que são muitas as recompensas encontradas ao se trabalhar

com pessoas mais velhas.

A natureza multidisciplinar dos cuidados domiciliares em saúde apresentam desafios para a medição da qualidade que diferem daqueles encontrados em um ambiente hospitalar mais tradicional.

Isso porque, como se percebe nestes três estudos, a assistência domiciliar pode ser benéfica tanto para os pacientes como para os profissionais que com ela atuam. Porém, em determinados casos de patologias mais severas, que apresentam a necessidade de um cuidado mais integral e especializado, a assistência domiciliar sofre com a falta de estrutura adequada e com o auxílio de uma gama diversificada de profissionais da saúde.

Dentre os artigos analisados segundo esta temática, não foi encontrado qualquer estudo sobre a assistência domiciliar sem estar vinculada e/ou relacionada a área da saúde.

Esta questão evidencia o fato de a visão mecanicista estar ainda muito presente, principalmente com relação ao idoso, que está intimamente atrelado à questão da doença e dos aspectos negativos do envelhecimento, como se a sua permanência em casa, longe do ambiente hospitalar, asilar e outros, não possa trazer benefícios para o mesmo, como a questão da autonomia, autoestima e autoimagem.

Tema 2

O acesso e a escassez de serviços de saúde para idosos:

Dos oito artigos encontrados e analisados, três deles correspondem a esta temática:

- Density of dental practitioners and access to dental care for the elderly: a multilevel analysis with a view on socio-economic inequality (LUPI-PEGURIER et al., 2011);
- Profile and causes of mortality among elderly patients seen in a tertiary care hospital in Nigeria (SANYA et al. 2011);
- Clinical evolution of adult, elderly and very elderly patients admitted in Intensive Care Units (OLIVEIRA et al. 2011).

O primeiro estudo citado foi realizado na França e examinou as relações entre a procura por serviços odontológicos e os fatores socioeconômicos e demográficos para facilitar esse acesso aos idosos (LUPI-PEGURIER et al., 2011).

Os dados foram extraídos de um estudo quantitativo transversal realizado em 2008 que abrangia a saúde e a deficiência. A amostra aleatória representativa da população francesa abrangeu 9.233 indivíduos com 60 anos ou mais que vivem em seus próprios domicílios.

Os idosos de baixa renda e sem plano de saúde complementar foram associados a maior chance de nunca ter visitado um dentista, revelando a falta de acesso à assistência odontológica.

O plano de saúde complementar apareceu como um fator significativo para o acesso aos serviços odontológicos nesse país.

Assim, Lupi-Pegurier et al. (2011) salienta que um plano de saúde complementar, incluindo serviços odontológicos, parece favorecer a procura pelos cuidados dentários.

O segundo artigo *“Profile and causes of mortality among elderly patients seen in a tertiary care hospital in Nigeria”*, de natureza quantitativa, apresentou como objetivo examinar as causas e padrão de morte em idosos, relacionado ao acesso dos mesmos aos serviços de saúde.

Os autores Sanya et al. (2011) pesquisaram pacientes com idade acima de 60 anos gerenciados em um hospital terciário na Nigéria, com escassos registros de mortalidade, entre janeiro de 2005 a junho de 2007.

As informações incluíram dados demográficos, duração da admissão e diagnóstico. As causas de morte foram determinadas a partir de notas de evolução clínica e diagnóstico.

Um total de 1.298 mortes ocorreram durante o período do estudo, dos quais 297 ocorreram em pessoas com mais de 60 anos de idade, cuja taxa de mortalidade representou 22.8%.

Os homens foram os que mais morreram. As mulheres morreram mais velhas, com aproximadamente 69.7 anos. Os diagnósticos mais

comuns nas mortes foram acidente vascular cerebral, doenças infecciosas e doenças do trato respiratório.

A mortalidade hospitalar é alta em idosos. Os esforços, segundo Sanya et al. (2011) revelam em seu estudo, que devem ser orientados para a redução do risco de doenças cardiovasculares e melhoria no nível de higiene pessoal e comunitária, ou seja, que se evidencie o papel da prevenção.

Ao estudar a esperança média de vida e a mudança demográfica sofrida pela população mundial, percebe-se também a pouca procura aos serviços de prevenção.

Outro fator importante é a questão nutricional. A alimentação muitas vezes precária, com falta de nutrientes e consumo exagerado de gordura e açúcares, podem aumentar o risco de doenças crônicas como a pressão arterial elevada e a diabetes.

Por um grande número de idosos pertencerem à camada de baixa renda da população, muitos vivem em locais inadequados, com infraestrutura insuficiente, permitindo que a higiene tanto pessoal quanto coletiva seja precária. Falta de informação, hábitos culturais indesejáveis e a falta de recursos financeiros podem contribuir para que esses riscos sejam aumentados, dificultando a prevenção e o prognóstico de doenças que acometem essa faixa etária da população.

Com relação a quem morre mais: adultos, idosos ou muito idosos, os autores Oliveira et al. (2011) realizaram um estudo quantitativo retrospectivo longitudinal comparativo denominado *“Clinical evolution of adult, elderly and very elderly patients admitted in Intensive Care Units”*, comparando a evolução clínica dessas faixas etárias em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), localizadas na cidade de São Paulo/Brasil.

O estudo foi realizado com 279 adultos (de 18 até 60 anos de idade), 216 idosos (de 61 a 80 anos) e 105 muito idosos (maiores de 80 anos).

Como resultado obtido foi percebido que o encaminhamento dos adultos para as unidades de internação foi mais prevalente, porém, os

idosos e muito idosos, sobreviventes à internação na unidade crítica, apresentaram melhora acentuada antes da alta.

Entre adultos e idosos ocorreu diferença em relação à mortalidade, com maior taxa no grupo mais velho. Entretanto, a mortalidade dos muito idosos e adultos foi similar. Em geral, os resultados indicaram que a idade mais avançada não foi fator associado aos desfechos indesejáveis da assistência intensiva.

De acordo com Oliveira et al. (2011), o envelhecimento da população mundial oferece desafios médicos e socioeconômicos aos órgãos governamentais e à sociedade.

À medida que se apresenta a mudança demográfica, com aumento expressivo da expectativa de vida, observa-se aumento da população idosa, inclusive das UTIs.

Isto significa que, qualquer que seja o indicador de saúde analisado, os resultados mostram maior proporção de agravos aos indivíduos com mais de 60 anos, decorrentes de doenças crônicas, que devem ser precocemente identificadas, tratadas e monitoradas, visando reduzir a mortalidade e os gastos com a saúde.

Quanto mais efetivo o trabalho de prevenção, mais idosos poderão ser cuidados em seu lar, diminuindo os gastos, mantendo-os em um ambiente confortável e seguro, reduzindo as internações e reinternações hospitalares.

Tema 3

Falta de tempo e despreparo dos cuidadores familiares: vivenciando a sobrecarga:

Nesta revisão foram encontrados dois artigos com a temática dos cuidadores:

- Discurso de acompanhantes hospitalares sobre o cuidar de idosos: subsídio para uma orientação aos cuidados domiciliares pós-alta (MEDEIROS et al. 2011);
- Association between urinary incontinence in elderly patients and

caregiver burden in the city of Sao Paulo/Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study (TAMANINI et al. 2011).

Estes estudos retratam o “perfil” dos cuidadores mais encontrados quando o assunto é a assistência domiciliar. Em geral a cuidadora é a esposa e, em segundo lugar, numa hierarquia de compromisso, a filha mais velha.

As mulheres costumam assumir os cuidados mesmo em famílias com filhos homens, participando, estes, com ajuda material e tarefas externas, como deslocar o paciente para outros ambientes ou custear medicamentos e intervenções laboratoriais e hospitalares.

Ainda segundo os artigos, é comum que a mulher assuma os cuidados mesmo que trabalhe fora, o que acaba tendo como consequência para si uma diminuição das atividades de lazer e vida social.

A literatura internacional aponta quatro fatores que geralmente estão presentes quando se fala de cuidadores de idosos: parentesco (cônjuges); gênero (mulheres, principalmente); proximidade física (pacientes e cuidadores vivem juntos) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos).

Quando não se pode contar com familiares, há o apoio de cuidadores formais, porém, a influência do contexto histórico cultural sobre a forma como ocorrem os cuidados aponta que menos de 3% dos cuidadores não tem nenhum vínculo de parentesco com o paciente.

O estudo “Discurso de acompanhantes hospitalares sobre o cuidar de idosos: subsídio para uma orientação aos cuidados domiciliares pós-alta” realizado por enfermeiras do estado da Paraíba (pesquisa descritiva de natureza qualitativa) analisou o discurso de acompanhantes com relação ao idoso hospitalizado buscando meios para facilitar o processo de cuidados tanto no período de internação como após a alta hospitalar.

Conforme Medeiros et al. (2011), foram entrevistados 40 acompanhantes em dois hospitais públicos do município de Campina Grande, na Paraíba/Brasil.

Os resultados apontam que há uma necessidade de preparação

da equipe hospitalar que atende ao idoso, no que se refere a um olhar direcionado e diferenciado aos cuidadores, para a garantia da continuidade da assistência no período pós-alta hospitalar.

Como dificilmente o cuidador familiar conta com recursos financeiros disponíveis para contratar um cuidador domiciliar formal, muitas vezes após a alta do idoso, este cuidador se vê perdido a dar continuidade ao tratamento oferecido no hospital, tanto com relação à falta de informação, quanto com os sentimentos de insegurança e medo.

Isso faz com que o cuidador da família nem perceba o quanto é significativo para o idoso estar em sua casa e se restabelecer neste ambiente que lhe é mais seguro, conhecido e confortável.

A equipe de saúde dos hospitais, devido à demanda, a falta de recursos, a formação mecanicista, sem levar em conta a pessoa em sua totalidade, além da desmotivação por conta dos baixos salários, acaba não realizando um atendimento mais humanizado.

Por conseguinte, os cuidadores familiares, muitas vezes sem preparo e conhecimento ou mesmo iniciativa, acabam endeusando esta equipe de saúde, ficando receosos ao fazer perguntas que pareçam tolas para esclarecer suas dúvidas antes da alta hospitalar de seus entes.

A Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) realizou um estudo, através de médicos do Departamento de Medicina denominado *“Association between urinary incontinence in elderly patients and caregiver burden in the city of Sao Paulo/Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study”*, com o objetivo de identificar os fatores independentes para a sobrecarga do cuidador na cidade de São Paulo/Brasil.

Segundo os autores Tamanini et al. (2011), alguns doentes idosos com incontinência urinária requerem cuidado de terceiros. Tal cuidado pode ocorrer diariamente, deixando poucas oportunidades para o cuidador cuidar de si mesmo.

A prevalência geral de incontinência urinária foi maior entre as mulheres.

Houve associação significativa positiva entre sobrecarga do

cuidador e pacientes incontinentes, demonstrando que a incontinência urinária e a disfunção cognitiva em pacientes idosos produz maior sobrecarga do cuidador.

A questão da assistência domiciliar foi estudada sob a óptica da pós-alta, da diminuição das reinternações e do fim da vida (ou morrer em casa), bem como os benefícios proporcionados pela mesma e as dificuldades também encontradas em casos onde sejam necessários cuidados integrais de saúde, além de uma equipe multiprofissional qualificada e recursos mais completos para tratar de doenças mais graves.

O “cuidar e suas faces” apareceu relacionado à reinternações hospitalares, doenças crônicas, uso de drogas, incontinência urinária, ressaltando a importância dos cuidados paliativos e da melhoria do acesso aos serviços de saúde pelos idosos, bem como ao aumento dos mesmos.

Com relação ao cuidador, tanto familiar quanto formal, os estudos se preocuparam em analisar a satisfação de vida e estresse, sempre voltados à sobrecarga de cuidados sofrida pelos mesmos.

Mediante análise da amostra levantada, nota-se que pesquisas nesta temática são relevantes ao abordar as questões do idoso e do cuidar, foco principal de nosso estudo.

Como a temática da assistência domiciliar voltada para o aspecto social é um assunto relativamente novo, os estudos encontrados foram majoritariamente no âmbito da saúde, o que não deixou de enriquecer o estudo sobre esta prática.

A maioria dos estudos encontrados estava conectada a questão da saúde, embora, ao se falar do cuidador, tanto familiar quanto formal, questões voltadas ao aspecto psicológico, aos relacionamentos intra e interpessoais e a qualidade de vida, estresse e sobrecarga (sob outras nuances) estiveram presentes.

Nenhum estudo encontrado relatou os temas da assistência domiciliar e do idoso relacionados ao referencial teórico da Teoria do Caos. Dos estudos encontrados com esta combinação, apenas um

envolvia seres humanos não idosos, nos anos 90.

A escolha da Teoria do Caos como referencial teórico favorece as discussões e reflexões a respeito desta fase de desenvolvimento humano tão peculiar, diversa e complexa e enriquece o presente trabalho, visto que não foram encontrados estudos envolvendo essas vertentes.

No mais, também alia a questão do atendimento domiciliar a outros enfoques, como o exemplo do SAD, que encontrou na assistência domiciliar voltada para o aspecto social, uma forma de beneficiar idosos sozinhos, negligenciados, desmotivados e desesperançosos com relação a esta fase complexa da vida, construindo novas histórias e, assim, novos modelos de assistência domiciliar.

A revisão da literatura aponta uma lacuna importante da assistência domiciliar, visto que em estudos recentes não foi encontrado nenhum documento que fundamentasse a vertente social desta nova modalidade de cuidar.

4 Delineamento do problema e objetivo da pesquisa

Minha vivência no trabalho com idosos e a relação de ajuda proporcionada pelo serviço socioassistencial em que estão inseridos, aliados a literatura referente à assistência domiciliar, ao cuidar e suas faces, ao envelhecimento e as diferentes formas de compreensão desta fase do desenvolvimento humano me inquietam e me levam a questionar:

- ✓ Como o idoso atendido pelo SAD percebe a relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais?

Para tanto, o **objetivo** da pesquisa é:

- ✓ Perceber o significado da relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais oferecida por um serviço socioassistencial desenvolvido em um município do interior do estado de São Paulo na perspectiva do idoso.

5 Trajetória Metodológica

5.1 Tipo do estudo

Considerando o ser humano como objeto principal de investigação deste estudo, busquei uma metodologia que permitiu considerar os aspectos subjetivos deste e sua relação com o mundo.

Dessa forma, este estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a Fenomenologia e como referencial teórico a Teoria do Caos sob a visão dos autores Briggs e Peat, baseada no livro “A sabedoria do caos: sete lições que vão mudar sua vida” (2000).

5.2 Optando pela metodologia qualitativa

A metodologia, segundo Demo (1989), é o conhecimento crítico dos caminhos do processo científico, indagando e questionando acerca de seus limites e possibilidades. A metodologia é, pois, uma disciplina instrumental a serviço da pesquisa, onde toda questão técnica implica em uma discussão teórica.

Para Field e Morse (1985), as abordagens qualitativas são indutivas. Isto significa que hipóteses e teorias emergem durante o procedimento de coleta e análise dos dados, quando o pesquisador examina os dados buscando descrições, padrões e relações hipotizadas do fenômeno e então retorna ao campo para obter mais dados e testar a hipótese.

Minayo (1998) afirma que a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com o universo de significações, das ações, motivos, crenças, aspirações, valores, atitudes e relações humanas, captadas a partir do olhar do pesquisador, ou seja, preocupa-se principalmente em compreender e interpretar a dinâmica das relações sociais.

A pesquisa qualitativa, mesmo trabalhando aspectos subjetivos, amplos, com riqueza e profundidade dos detalhes, pode levar a

resultados objetivos, claros e concisos, desde que o pesquisador procure, ao interpretar os dados, dar o sentido real que foi transmitido pelos sujeitos pesquisados, limitando a sua visão pessoal sobre o tema investigado.

5.3 Descrevendo os fundamentos metodológicos e teóricos

5.3.1 A Fenomenologia

Por considerar que a percepção de significados dos sujeitos que vivenciam determinada situação pode ser mais bem apreendida em abordagem qualitativa de pesquisa, este estudo recorreu à fenomenologia como vertente metodológica.

Neste estudo, a fenomenologia surge como uma possibilidade de melhor compreender o objeto de estudo, uma vez que busca conhecer um fenômeno, o sentido da experiência e os elementos que o constituem.

Conforme esclarece Minayo (1993), a fenomenologia é considerada dentro das ciências sociais, a sociologia da vida cotidiana.

A pesquisa fenomenológica busca seu nome e metodologia na filosofia de Husserl, sofrendo influência também do sociólogo Max Weber.

Precursor do movimento das ideias sobre fenomenologia, Husserl foi discípulo de Franz Brentano no século XIX na Áustria e Alemanha.

Ambos consideram que o método de pesquisa em ciências humanas deve ser fundado não na busca de uma realidade objetiva do objeto a ser investigado, mas na representação desse objeto tal qual se mostra à consciência, ou seja, deve buscar a compreensão do fenômeno psíquico e assim, já sugere que a experiência consciente seja estudada pelo método descritivo, compreensivo e argumentativo.

A fenomenologia focaliza a experiência consciente e a define como uma experiência absoluta, na qual o interior e o exterior apresentam-se imbrincados um com o outro. A experiência consciente esclarece-se a partir da significação dos acontecimentos que a constitui (GOMES, 1998).

Esses elementos se organizam na forma de uma estrutura que serve de base, de matriz social para sua expressão. Para Minayo (1993),

essa matriz é o mundo onde a vida cotidiana se desenvolve, um lugar onde se apresentam nossas metas e objetivos, o chamado mundo da vida.

Para se compreender essa experiência consciente, é necessário aproximar-se do aspecto da experiência vivida pelo sujeito, fazendo o exercício de deixar em suspenso todas as nossas concepções teóricas, crenças ou valores, buscando-se reduzir a compreensão ao fenômeno como se apresenta à consciência.

Não há como lidar com o ser humano sem afetar e ser afetado. Cada um de nós – pesquisador ou pesquisado – tem o seu olhar, olhar este que é próprio, singular, carregado de história, de sentimentos, de projeções. E é dessa forma que o fenômeno surge, como algo carregado de sentido e ligado ao mundo interior dos sujeitos.

Conforme ressalta Soares (2004), a fenomenologia procura compreender o homem segundo a realidade vivenciada por ele, segundo aquilo que se mostra por si mesmo, o manifesto. Possibilita, também, desvendar os valores, as percepções e emoções dos sujeitos envolvidos.

A fenomenologia é uma filosofia que repõe as essências na existência e não compreende o homem e o mundo de outra maneira senão a partir da sua facticidade, ou seja, segundo sua maneira de ser no mundo, sujeito às contingências como um ser que é lançado ao mundo, mundo no qual o homem, ao ver-se como tal precisa lutar para encontrar-se (MERLEAU-PONTY, 2006).

Para a fenomenologia, o vivido é um importante caminho para se ter acesso ao conhecimento da experiência no momento em que ela se apresenta enquanto fonte para um posicionamento, uma ação no mundo.

O caminho a ser utilizado nesta pesquisa foi constituído de três momentos: a descrição, a redução e a compreensão fenomenológica.

- ✓ Descrição fenomenológica é a primeira fase do estudo, onde a percepção do sujeito da pesquisa mostra o modo como ele interage com a situação questionada nas entrevistas.
- ✓ Redução fenomenológica é a segunda fase do estudo e onde é feita a seleção dos discursos que são essenciais para evidenciar o

fenômeno, experiências que são verdadeiramente parte da consciência do sujeito para chegar à essência.

- ✓ A Compreensão fenomenológica, terceira e última etapa do estudo, é uma tentativa de investigar as experiências, uma forma de interpretação. Ocorre uma síntese das unidades significativas encontradas e a relação com o referencial teórico.

5.3.2 A Teoria do Caos

O referencial teórico acerca da teoria do caos alicerçou a análise desse trabalho sustentada pelos autores Briggs e Peat (2000).

Vez por outra, a vida escapa ao nosso controle e rumo para o caos.

Os autores Briggs e Peat (2000) ressaltam que a nossa vida já se encontra nesse caos ordenado e criativo – e não apenas ocasionalmente, mas o tempo todo.

A chamada “Nova Ciência”, que agrega incertezas e imprevisibilidades, indica que uma compreensão individual e coletiva do caos pode alterar radicalmente nosso olhar para a natureza e para nossas vidas.

Caos era uma palavra usada pelos gregos que significava vasto abismo, fenda ou, em seu sentido mais usual: desordem, confusão (BRIGGS; PEAT, 2000).

Confundida erroneamente como uma teoria que trata exclusivamente de desordens, a teoria do caos fala de um “caos criativo” e busca no aparente acaso ou desordem uma ordem intrínseca determinada por leis que podem, paradoxalmente, levar a resultados inesperados.

Refere-se a uma interconectividade subjacente entre fatos aparentemente aleatórios existentes em sistemas complexos.

Assim, cada um de nós é um indivíduo interconectado com os sistemas da natureza, da sociedade e do pensamento, que nos cercam e nos permeiam e esse novo olhar nos força a aprender a lidar com cenários possíveis ao invés de certezas e previsibilidades.

Há, por exemplo, principalmente entre os ocidentais, uma crença de que o processo de envelhecimento remeta a uma ideia de finitude e de vários lutos que são vivenciados à medida que se passam os anos, ou seja, acredita-se que a proximidade dos 60 anos ou mais de idade seja como uma sentença de morte, onde oportunidades são cessadas e o investimento em ações prazerosas seja considerado tempo perdido.

Além da constatação de que a expectativa de vida está aumentando em nossos tempos, a teoria do caos permite alterar essa visão negativa para algo mais dinâmico e otimista, trazendo a ideia de que fatos supervalorizados e enraizadas crenças familiares ou culturais podem acabar desempenhando papel importante no modo como as coisas se constituem e se desenrolam (BRIGGS; PEAT, 2000).

Populações mais ligadas ao capitalismo, modernidade e avanços tecnológicos, acabam deixando de investir em idosos, justamente pela pouca capacidade de produção e contribuição nos lucros. De forma diferente, alguns países orientais demonstram profundo respeito por seus idosos, uma vez que estes representam os guardiões da tradição, cultura e sabedoria do país.

Esse processo, aparentemente desorganizado e entrópico (desordenado e repleto de nuances) do envelhecimento, com cicatrizes psicológicas e sensação de finitude, apresenta-se complexo, imprevisível e aleatório, podendo também trazer as características do caos criativo, permitindo uma ressignificação mais integrativa e otimista.

É através destas características que discutiremos este estudo.

Na visão de Briggs e Peat (2000), o caos criativo tal qual o envelhecimento é:

Complexo como todas as fases do desenvolvimento do ser humano. O envelhecimento em suas peculiaridades é, de fato, dolorido devido as suas grandes perdas, ou seja, perda do corpo saudável, perda do poder de trabalho, limitação de contatos sociais, menor influência e menor poder social, perda do status e papel social, do papel de provedor familiar, além da rotulagem e discriminação.

O envelhecimento também é **imprevisível** porque não se sabe qual será o prognóstico de cada indivíduo que envelhecerá, se será uma pessoa saudável ou qual doença poderá lhe acometer, se terá uma família presente em seus cuidados ou terá que se autogovernar.

E, ao mesmo tempo, o envelhecimento é **aleatório** porque não se sabe a ordem dos acontecimentos e até mesmo se determinados eventos comuns ao processo de envelhecimento realmente acontecerão, ou seja, evidencia a nossa incapacidade de prever e controlar.

Quando se consegue provocar mudanças de tomada de consciência, de visão plena e holística de mundo, de comportamentos arraigados e de realimentação de inverdades, mesmo que em nossos micromundos, o indivíduo torna-se criativo e encontra seu verdadeiro eu. Esse é o caos criativo em ação.

Conforme recomenda Briggs e Peat (2000), a teoria do caos ensina que, quando muda a nossa perspectiva, nossos graus de liberdade se expandem e vivenciamos o ser e a verdade intrínseca de cada um.

5.4 Local da pesquisa

Bauru é um município de médio porte localizado na região centro-oeste do estado de São Paulo.

Segundo o último censo populacional, os moradores de Bauru com mais de 60 anos chegam a 44.941 pessoas, significando 13% da população, sinalizado pelo envelhecimento de bauruenses, com número expressivo de idosos, na razão inversa ao número de crianças (IBGE, 2010).

A longevidade é cada vez mais expressiva em Bauru, sendo que homens e mulheres com mais de 60 anos representam quase o dobro de crianças até os quatro anos de idade.

Segundo o IBGE (2010), esta realidade já era esperada, já que se trata de um processo que vem se desenrolando ao longo das últimas décadas num ritmo mais lento.

A longevidade dos bauruenses que nas últimas duas décadas, contou com a ampliação do acesso aos equipamentos de saúde, o

desenvolvimento da Medicina e a maior preocupação em adotar tratamentos fez com que a vida das pessoas fosse prolongada e melhorada.

A cidade, na razão inversa do alongamento da vida dos idosos, assiste à redução drástica da taxa de natalidade, já que os bauruenses estão tendo menos filhos e cada vez mais tarde.

Independente das tradições estruturais, sociais, culturais e econômicas, a família tem sido em vários graus, responsável pela manutenção e cuidado de seus membros idosos.

Alguns fatores reforçam esta tendência: mobilidade social; sobrecarga da mulher que trabalha fora de casa, reduzindo suas disponibilidades em fornecer ampla assistência; membros de famílias com pouco preparo para as tarefas do cuidar, principalmente se o idoso for dependente; divórcio; grande número de pais solteiros; decréscimo nas taxas de natalidade.

Todos esses são fenômenos visíveis da frágil solidariedade familiar, fatores que podem aumentar a tendência à institucionalização.

O SAD em Bauru

No ano de 2005 foi criado no município de Bauru um serviço socioassistencial denominado Serviço de Atendimento Domiciliar a Idosos e Pessoas com Deficiência (SAD).

Esse serviço teve suas origens importadas de Portugal, cujo objetivo é o de cumprir um dos princípios da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 04 de Janeiro de 1994), estabelecendo ações setoriais integradas de apoio à pessoa idosa, visando sua permanência em seu grupo familiar, mantendo-o em sua própria comunidade, fora do ambiente institucionalizado.

O atendimento é destinado às famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, que requerem acompanhamento individual e maior flexibilidade nas soluções protetivas.

Inédito no município de Bauru e na Política de Assistência Social do país até o ano de 2010, este serviço é desenvolvido através de uma parceria entre a SEBES e o IASCJ.

Foi criado para suprir a deficiência de investimentos no segmento e ampliar a rede de atendimento a idosos e pessoas com deficiência, regulando e assegurando os direitos instituídos no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003).

Dessa forma, quando idosos e pessoas com deficiência, apresentando algum grau de dependência necessitam de cuidados especiais e são privados da ajuda dos familiares, podem contar com uma organização formal e profissional para suprir suas dificuldades que englobam uma gama de serviços, dos mais simples como a limpeza da casa ao mais especializado como uma reabilitação cognitiva.

Diante desta realidade, a assistência domiciliar representa um importante papel no campo da organização do atendimento ao idoso e pessoas com algum grau de dependência, não só porque os mantém em sua própria residência e comunidade, mas também porque diminui os efeitos iatrogênicos de hospitalização em longo prazo, ou institucionalização, que além de trazer consequências negativas em seu processo de recuperação, também implica em um gasto maior.

Sendo assim, o serviço socioassistencial foi implantado para:

- ✓ Realizar tarefas no lar, tais como higiene pessoal e do ambiente familiar, quando os usuários estiverem impossibilitados de realizar as atividades básicas de vida diária e as atividades instrumentais de vida prática;
- ✓ Aumentar a segurança pessoal e estimular a autonomia do idoso e da pessoa com deficiência para que possam permanecer em casa, resgatando sua identidade e o pertencimento social;
- ✓ Estimular mudanças de conduta e autocuidado para melhorar sua qualidade de vida;
- ✓ Fomentar o desenvolvimento de hábitos saudáveis (alimentação, higiene, exercícios físicos, etc.);

- ✓ Potencializar o desenvolvimento de atividades na própria residência e no meio comunitário, dentro das possibilidades dos usuários;
- ✓ Favorecer a prevalência de sentimentos positivos para melhoria da autoestima;
- ✓ Capacitar e estimular a família no exercício de sua responsabilidade quanto aos cuidados;
- ✓ Potencializar as relações sociais estimulando a comunicação com o meio exterior, reforçando vínculos com a vizinhança e familiares a fim de evitar o isolamento social.

O SAD atende atualmente 60 usuários em todo o município de Bauru. Entre esses idosos e pessoas com deficiência, a maioria apresenta quadros de saúde bastante complexos – doenças crônicas degenerativas, sequelas de acidente vascular cerebral, fratura de fêmur, transtornos mentais, úlceras de decúbito, doença pulmonar obstrutiva crônica, hepatite, cardiopatias, diabetes, hipertensão, etc. – e não são pessoas ativas em seus cuidados. Geralmente são indivíduos de condição socioeconômica baixa, acamados, sozinhos e sem condições de realizar suas atividades cotidianas.

Os encaminhamentos para o serviço são feitos pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Programa Saúde da Família (PSF) e demais órgãos ou entidades que atendem a estes segmentos no município.

A equipe técnica do programa é constituída por uma Assistente Social e uma Psicóloga, que são as profissionais responsáveis pelas visitas domiciliares, tanto de inserção como de acompanhamento, que sistematizam e operacionalizam o andamento do serviço.

Nas visitas domiciliares de inserção de um cuidador domiciliar formal, essas profissionais realizam o diagnóstico do usuário e planejam as ações a serem desenvolvidas, verificando o perfil e as maiores necessidades apresentadas pelo mesmo.

Nesta primeira visita é captado o perfil do cuidador domiciliar formal a ser inserido na residência, levando em consideração as características do usuário e as especialidades do cuidador.

Nas visitas domiciliares de acompanhamento é realizada a intervenção psicossocial e a supervisão dos serviços prestados pelo cuidador domiciliar formal.

Não há um prazo determinado para a duração dos atendimentos aos assistidos pelo serviço. O desligamento é feito quando há a superação da queixa inicial, emancipação total ou parcial da família, necessidade relacionada a cuidados de saúde em período integral, solicitação do próprio usuário, mudança de município ou óbito.

Os cuidadores domiciliares formais, em número de três profissionais do sexo feminino, são colaboradores do IASCJ, contratados e capacitados periodicamente, através de parceria com profissionais da saúde da Universidade do Sagrado Coração de Jesus (USC) além de outros profissionais, órgãos e entidades, com temáticas levantadas a partir das necessidades vivenciadas no cotidiano laboral.

Esses profissionais são inseridos na residência dos usuários de uma a três vezes por semana, por meio período, matutino ou vespertino, de acordo com as necessidades levantadas no diagnóstico, no planejamento das ações ou no plano de atendimento individual (PAI).

Os cuidadores são designados para todo o município, exercendo suas atividades através de uma escala sistematizada por localidades ou regiões, para facilitar o acesso e o percurso dos mesmos.

Todo esse trabalho é acompanhado sistematicamente através das visitas domiciliares de acompanhamento aliado aos atendimentos psicossociais semanais, constituído de supervisão do trabalho e acompanhamento psicológico, que trabalha tolerância à frustração, estresse laboral, relação vincular, ética no trabalho e influência dos valores e princípios nas ações.

Na Resolução nº. 109 de 11 de Novembro de 2009, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) aprova, através do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), a tipificação nacional

dos serviços socioassistenciais, alterando o nome e o primeiro formato do serviço e aumentando o número de entidades que o executam, passando de apenas uma para sete, cada qual com sua meta de atendimento específica, respeitando a especialidade de cada uma.

No ano de 2010, toda a equipe do SAD apresentou ao MDS a vivência adquirida nestes cinco anos de atuação exclusiva, servindo como modelo para a construção prática do que será executado em todos os municípios num futuro breve, através da Política de Assistência Social, por conta da padronização dos serviços socioassistenciais.

O serviço atende de modo geral pelo nome de Serviço de Proteção Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias (SEID), porém, cada entidade criou sua própria denominação para que fosse mais facilmente lembrado e identificado por seus usuários.

O único diferencial que o modifica do antigo SAD, nome este que optou-se manter por conta de ser conhecido em todo o município, foi a intensificação do trabalho com as famílias, resgatando a responsabilidade das mesmas nas tarefas do cuidar e a atuação com os grupos de usuários e cuidadores familiares, discutindo temas comuns e dividindo expectativas, frustrações, informações e trocas de experiências.

Na equipe técnica, houve a contratação de uma Terapeuta Ocupacional (TO) e uma de nossas cuidadoras domiciliares passou a exercer o papel de Educadora Social.

A primeira atua na residência dos usuários realizando um trabalho individualizado voltado para a reabilitação e a segunda, um trabalho coletivo, através de atividades grupais, cujo foco são as informações e orientações.

Para melhor visualização do cenário envolvido na pesquisa, seguem os organogramas correspondentes:

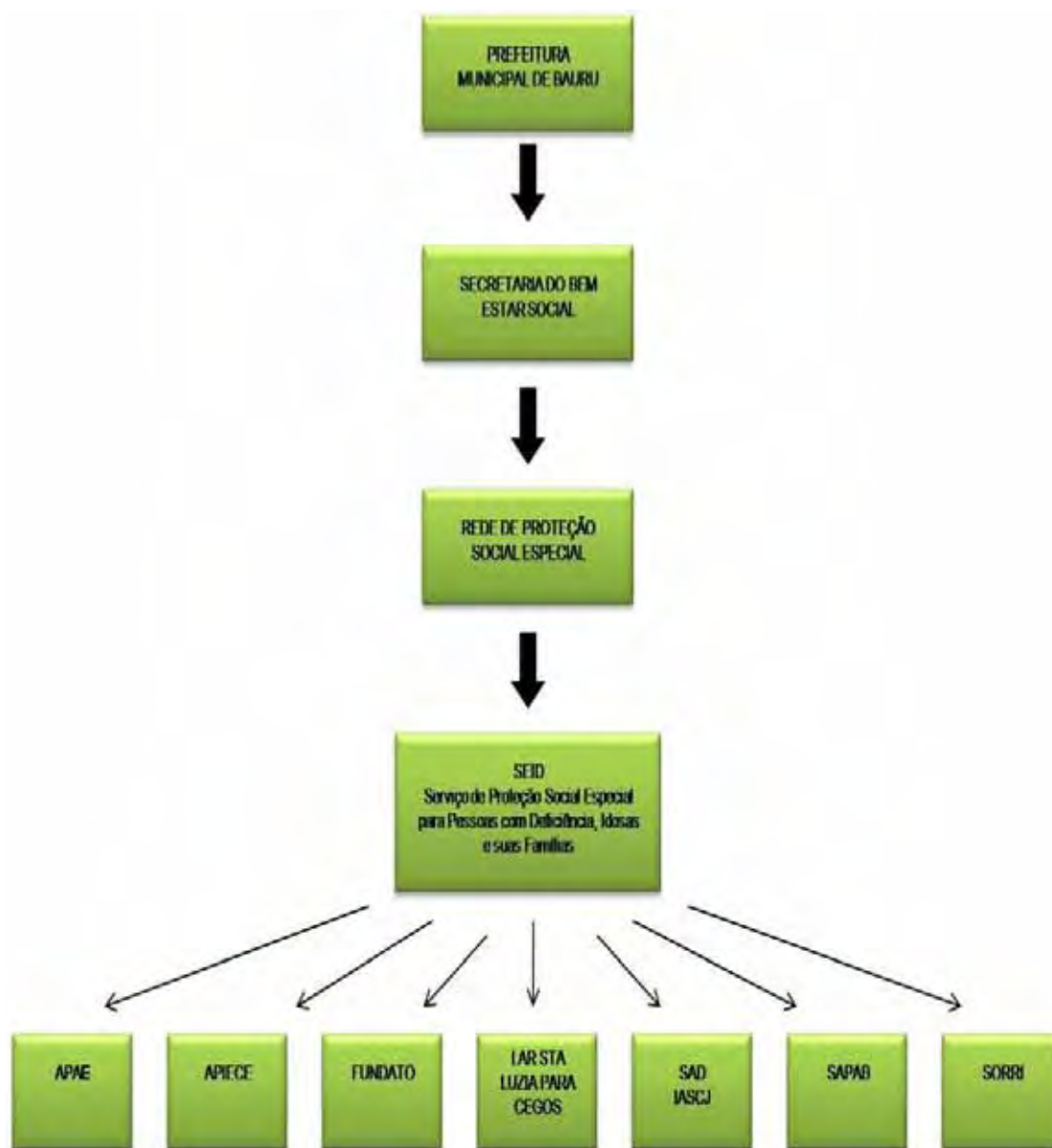
Secretaria do Bem Estar Social – SEBES

Figura 1 – Organograma do Serviço Socioassistencial SEID/SAD.
Fonte: Elaborado pelo autor.

A SEBES, uma das secretarias da Prefeitura Municipal de Bauru, presta atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social e supervisiona as entidades que executam os serviços socioassistenciais financiados pela prefeitura através de convênio de repasse de verbas, sendo parceira e realizando o trabalho em rede com todos os órgãos e entidades ligados à causa.

Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus – IASCJ

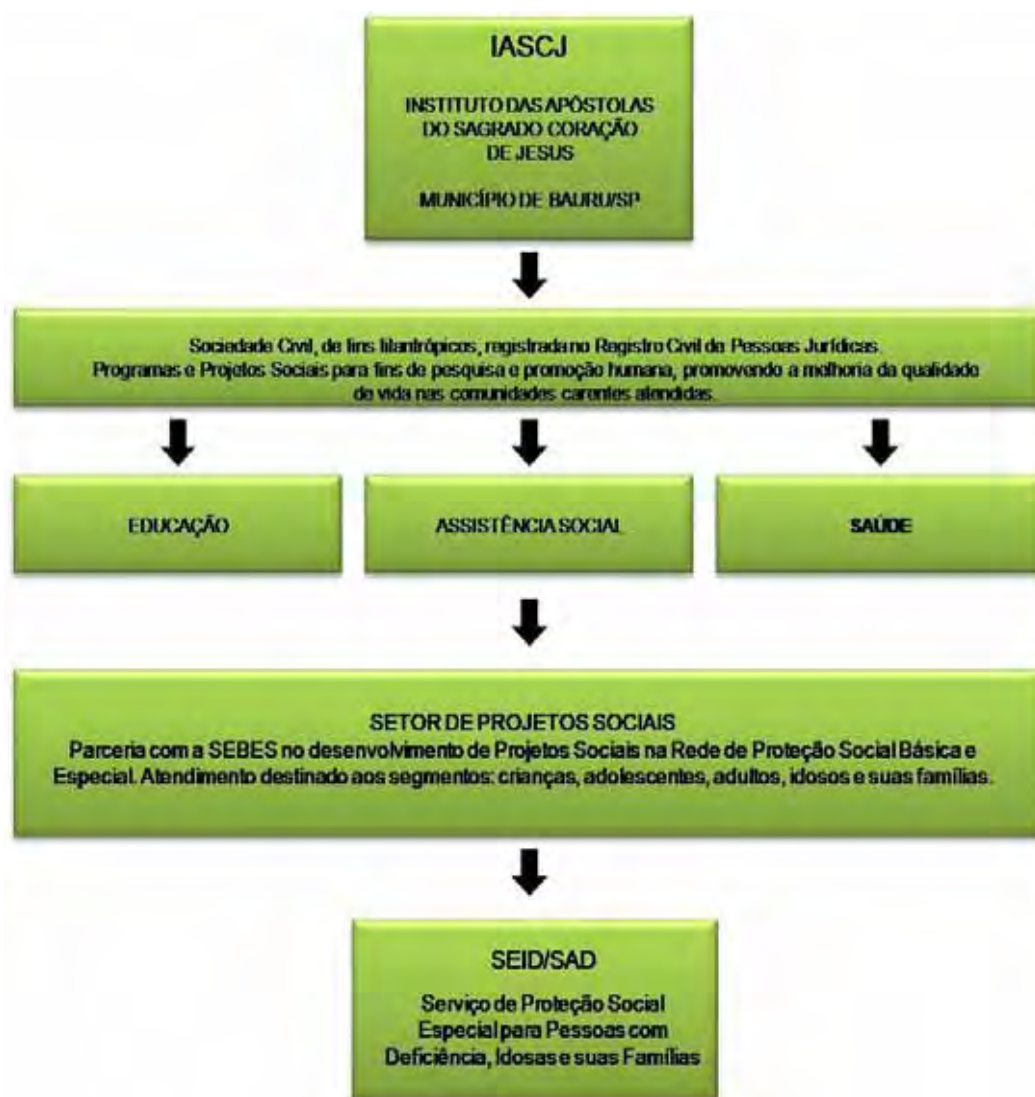


Figura 2 – Organograma do Setor de Projetos Sociais (IASCJ).
Fonte: Elaborado pelo autor.

O IASCJ foi fundado em Viareggio (Lucca-Itália) em 1894, por Madre Clélia Merloni (1861-1930).

De acordo com seus Estatutos é uma Sociedade Civil, sem fins lucrativos e está registrado no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, Anexo ao 4º Cartório de Títulos e Documentos da cidade de São Paulo, sob nº. 128, livro "A", folha 1, em 18/09/1942.

Entidade de fins filantrópicos destina-se ao ensino em seus vários graus (educação), à assistência social e à saúde, fundando, mantendo e dirigindo escolas e hospitais em todo o território nacional.

No Setor de Projetos Sociais são elaborados e desenvolvidos programas e projetos sociais que mobilizam profissionais para trabalhar com comunidades carentes, pesquisa e promoção humano-social, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das comunidades atendidas.

Este setor encontra-se normalizado e estruturado para desenvolver programas de impacto de curto, médio e longo prazo, todos traçados de acordo com as necessidades dos projetos elaborados e suas ações planejadas.

Quantidade	Profissionais envolvidos	Carga horária /semana
1	Assistente Social	30h
1	Psicóloga	20h
1	Terapeuta Ocupacional	20h
1	Educadora Social	20h
2	Cuidadoras Domiciliares Formais	40h
1	Motorista	40h

Figura 3 – Quadro de profissionais envolvidos e carga horária de atuação no SAD.
Fonte: Elaborado pelo autor.

5.5 Participantes da pesquisa

O SAD atende 60 usuários: idosos, idosos com deficiência, apenas deficientes com idade inferior a 60 anos e indivíduos considerados em estado de envelhecimento precoce acometidos por algumas características de dependência típicas do processo de envelhecimento, porém, antes de completar 60 anos de idade.

Foi considerado critério de inclusão o sujeito idoso, idoso com deficiência e em estado de envelhecimento precoce com, no mínimo, mais de um ano de inserção no serviço socioassistencial.

Como critério de exclusão foram desconsiderados os usuários apenas deficientes com idade inferior a 60 anos, os idosos em fase de desligamento do serviço e os idosos cujo grau de dependência os impossibilitava de responder e colaborar com a pesquisa.

Dessa forma, a amostra da pesquisa foi constituída por onze idosos e idosos com deficiência com 60 anos ou mais de idade, sendo que destes, dois usuários foram incluídos por serem considerados em estado de envelhecimento precoce, possuindo menos de 60 anos.

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os participantes (anexo 1).

5.6 Considerações éticas

Antes de construir os dados, o presente estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da USC, Protocolo Nº. 154/10, atendendo os preceitos éticos da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (anexo 2).

O projeto de pesquisa também foi encaminhado a SEBES e ao Setor de Projetos Sociais do IASCJ para aprovação (anexos 3 e 4).

A fim de preservar o anonimato dos sujeitos os depoimentos foram numerados sequencialmente de acordo com os 11 participantes em AI e assim sucessivamente até o AXI.

5.7 Estratégias para a coleta de dados

Conforme recomenda Minayo (2005), as entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se classificam de acordo com sua organização.

A entrevista aberta ou em profundidade é aquela em que o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do pesquisador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões (MINAYO, 2005).

O objetivo de tais entrevistas não é o de identificar a verdade objetiva ou testar hipóteses de forma conclusiva, mas ajudar o pesquisador a compreender as experiências dos entrevistados e suas conclusões a partir deles.

As principais vantagens das entrevistas qualitativas são a flexibilidade que oferecem e a riqueza dos dados detalhados que podem proporcionar (SOKLARIDIS, 2009).

Segundo Soklaridis (2009), há duas principais desvantagens associadas com entrevistas qualitativas:

Primeiro, a grande quantidade de tempo e esforço que implicam aos entrevistadores qualitativos, que normalmente não podem estudar

uma amostra muito grande de pessoas e, portanto, os achados não devem ser generalizados para outras populações semelhantes.

Em segundo lugar, uma vez que o pesquisador em uma entrevista qualitativa assume um papel muito ativo recolhendo os dados, há uma maior probabilidade de que haja um viés inadvertido nos resultados do estudo.

Seguindo a abordagem qualitativa-interpretativa, a noção de que o pesquisador deve ser separado do sujeito da pesquisa não é desejável nem possível.

As entrevistas deste estudo foram audiogravadas por meio digital durante o período de maio a junho de 2011.

Antecipadamente foi garantida a segurança do sigilo, informando o propósito do estudo, a dinâmica da entrevista, a garantia do anonimato e a destruição dos arquivos após a transcrição das falas.

Considerando-se o interesse dos usuários do serviço, os mesmos aceitaram a participação na pesquisa e assinaram o TCLE.

Conforme a disponibilidade dos participantes e das visitas domiciliares, devido a esta atividade ser parte do trabalho já realizado pela pesquisadora, foi colhido o depoimento de cada indivíduo na residência dos mesmos, com a finalidade de facilitar a coleta dos dados.

Foi adotada a seguinte questão norteadora: **Como você percebe a relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal?**

A partir dos relatos (depoimentos) obtidos, foi realizada a análise dos discursos, tendo como base os pressupostos da fenomenologia.

5.8 Momentos de análise

Os depoimentos foram numerados de AI a AXI, analisados individualmente (análise idiográfica) e, posteriormente, analisados globalmente (análise nomotética).

Nos discursos as unidades de significado foram destacadas em negrito e numeradas em numeral arábico, na sequência em que apareciam.

Posteriormente, estas unidades foram reduzidas fenomenologicamente e interpretadas para estruturar o fenômeno resgatando, assim, sua essência.

Análise Idiográfica

Consistiu na análise de cada depoimento para a busca da compreensão individual da fala dos participantes.

A análise individual dos depoimentos visou extrair as unidades de significado que emergiram da própria descrição e foram identificadas nos depoimentos, destacando-as em negrito e numeradas uma a uma em algarismo arábico, entre parênteses, seguindo uma sequência.

Análise Nomotética

Após análise idiográfica de cada depoimento, foram realizadas as convergências, divergências e idiossincrasias para apreender os aspectos mais comuns de todos os depoimentos.

6 Apresentando os resultados

6.1 Análise Idiográfica

Atores	Sexo	Idade	Motivo	Tempo
AI	M	58	Sequela de AVC	11/10/2007 – 4 anos
AII	F	55	Transtorno Mental Leve	11/10/2007 – 4 anos
AIII	F	77	Consequências do envelhecimento	10/04/2008 – 3 anos
AIV	F	84	Consequências do envelhecimento	26/08/2008 – 3 anos
AV	F	77	Consequências do envelhecimento	01/12/2006 – 5 anos
AVI	F	69	Fratura de Fêmur	16/02/2009 – 2 anos
AVII	M	78	Sequela de AVC	05/10/2009 – 2 anos
AVIII	F	66	Sequela de AVC	10/10/2007 – 4 anos
AIX	F	72	Fratura de Fêmur	24/08/2005 – 6 anos
AX	M	73	Consequências do envelhecimento	24/10/2010 – 1 ano
AXI	M	72	Sequela da Diabetes	02/02/2006 – 5 anos

Figura 4 – Perfil dos participantes do estudo conforme variável sexo, idade, motivo e tempo de inserção no SAD/Bauru – 2011.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A análise idiográfica consiste da análise individual dos depoimentos. Seguem os depoimentos na íntegra:

Participante 1 – AI

Entrevistadora: Como você compreende a relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal?

Participante 1: Olha... **foi muito bom porque eu já me sentia dependente e sempre é muito bom ter uma pessoa acompanhando (1)** a gente, **principalmente pra fazer amizade (2)**. É muito bom! Ah... (silêncio) **eu senti até um certo benefício**, por exemplo, a D. é (nome da primeira cuidadora domiciliar que o auxiliou) **muito boa cozinheira (3)**. Ela preparava almoço para nós... Você se lembra que a minha irmã não tem muita prática de cozinhar... Ela melhorou bastante, mas antes era só sopa. Você lembra, não lembra? Aqui em casa era só sopa: sopa de macarrão... ela não sabia fazer outra coisa. A D. cozinhava. Ela fazia até doce, pudim, essas coisas. A E. (nome da segunda cuidadora domiciliar que o auxiliou) não faz não! A E. fazia só arroz, feijão. Ah... A D. dava banho, a E. não! Mas a E. (silêncio), que eu posso dizer da E.? O que ela podia fazer da parte dela, ela fazia. Tanto que pra se despedir, há dois domingos passado, ela ainda estava no SAD, ela me fez um... eu tava com vontade de comer um pato... você sabe que não é fácil... só frango, frango, frango! Eu falei que tava com vontade de comer um pato e ela arrumou esse pato e ela fez o pato... Eu passei um aperto, um apuro... tanto que eu pedi ajuda da psicóloga da SORRI (entidade pela qual o usuário também é atendido em seu processo de reabilitação). É... foi logo depois da minha biópsia. Eu fiz a biópsia em dezembro. Em fevereiro me deu uma espécie de depressão. Eu só falava em morrer, morrer, morrer... **Eu fiquei debilitado, parecia que morrer seria a solução, mas, se eu não tivesse ajuda da cuidadora e de pessoas me incentivando eu não teria me superado. (4)** Eu já me superei! Hum... Ah! Como eu vou falar? A Nutricionista da SORRI, a L., também não sei se você conhece? Ela me passou um suplemente alimentar, ela achava que o problema meu era perda de suplementos. E esse suplemento me ajudou bastante. **A cuidadora me ajudou incentivando... (4)** Todas elas me davam comida na boca, como a minha irmã... (silêncio). É... o grande problema meu era o banho... A E. não

dava mais a D. dava... e, que mais? Olha, quando eu tive o AVC eu achava que era o fim da minha vida. Agora eu não vou servir pra mais nada... A minha locomoção, tô começando a melhorar agora! Com a fisioterapia... a fisioterapia leva tempo. Tenho três anos de fisioterapia na SORRI... (silêncio). Agora que eu tô começando sentir que com a idade de 58 anos, mas agora eu tenho mais a intenção de chegar nos 60 pra conseguir a aposentadoria por invalidez. No momento eu não tenho aposentadoria. Eu só recebo um auxílio doença. Eu não vejo a velhice como o fim, ela é uma consequência natural do tempo. Percebi que estava envelhecendo quando eu fiz 58 anos. Só a idade, só pela idade. De resto não! Não sinto tanto assim o envelhecimento. Eu veja, por exemplo, eu sou uma pessoa normal... eu gosto de música, gosto de esporte, só não gosto de cinema porque eu não posso enxergar, mais eu gostava de cinema. Eu gosto de esporte, eu já falei... e eu não vejo que isso tudo se afaste de mim. Quer dizer, pra saber das coisas que eu gostava, a única coisa que eu não consegui e eu tentava e tentava é tirar carta mas, depois que eu tive AVC, fui obrigado a desistir! Foi uma rasteira da vida. A minha irmã não é uma pessoa totalmente madura. Como eu falei pra você, ela tem uma certa dificuldade na cozinha. Ela é esforçada e muito dedicada, mas não tem tanta experiência. **O SAD tem sido muito importante...** (5) Eu tenho muita vontade de voltar a andar, já falei isso! Eu até não queria perder a visão. A visão é meu maior obstáculo porque eu até consigo andar com ajuda... Eu tenho andador, tenho duas cadeiras e tenho a Fisioterapeuta que me atende em casa. Em todos os sentidos, tanto dificuldade na parte de locomoção... Agora na parte da visão é mais difícil. Eu tentei entrar no Lar Escola Santa Luzia para Cegos, mas eles não me aceitaram porque eu sou cadeirante. Eles não aceitam cadeirante. Não aceitam por causa disso mesmo, não tem cuidadora pra cadeirante... então o cego se vira sozinho... é o que eles ensinam... Mas alguma coisa ainda dá pra pensar sim, por exemplo, a comer sozinho... minha irmã tem que me preparar a comida numa vasilha fechada, uma espécie de tigela pra evitar que se esparrame... mas aí dá pra comer sozinho.

Redução fenomenológica

Unidades de Significado	Redução
1- [...] foi muito bom porque eu já me sentia dependente e sempre é bom ter uma pessoa acompanhando.	O sujeito refere que por ser dependente a presença da cuidadora domiciliar é algo considerado bom (AI, 1) .
2- [...] principalmente pra fazer amizade.	O sujeito refere que a cuidadora passou a ser uma amiga (AI, 2) .
3- [...] eu senti até um certo benefício, a D. é muito boa cozinheira.	O sujeito refere que por ser uma boa cozinheira, sua ajuda é um benefício (AI, 3) .
4- Eu fiquei debilitado, parecia que morrer seria a solução, mas, se eu não tivesse ajuda da cuidadora e de pessoas me incentivando eu não teria me superado.	O sujeito refere que a cuidadora lhe ajudou através do incentivo a superar a situação de estar debilitado (AI, 4) .
4- A cuidadora me ajudou incentivando.	(AI, 4) .
5- O SAD tem sido muito importante.	O sujeito refere que a ajuda do serviço, como um todo, tem sido muito importante para sua vida (AI, 5) .

Compreensão dos resultados	
Redução	Tematização
O sujeito refere que por ser dependente a presença da cuidadora domiciliar é algo considerado bom (AI, 1).	A presença da cuidadora domiciliar é positiva
O sujeito refere que a cuidadora passou a ser uma amiga (AI, 2).	A cuidadora domiciliar é uma amiga.
O sujeito refere que por ser uma boa cozinheira, sua ajuda é um benefício (AI, 3).	A cuidadora domiciliar auxilia no preparo das refeições e é uma boa cozinheira.
O sujeito refere que a cuidadora lhe ajudou através do incentivo a superar a situação de estar debilitado (AI, 4).	A cuidadora domiciliar ajuda, através do incentivo, a superar obstáculos.
O sujeito refere que a ajuda do serviço, como um todo, tem sido muito importante para a sua vida (AI, 5).	A presença do serviço SAD como um todo é muito importante para a vida do usuário.

Participante 2 – All

Entrevistadora: Como você compreende a relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal?

Participante 2: Entrei no SAD junto com o T. (*irmão*). Ah! Foi a R., assistente social da SORRI, que indicou. Ela sabia que nós precisava, perdi a mãe há pouco tempo, **tava cuidando da casa sozinha, era tudo por conta minha e eu tava apurada (6)**, aí ela falou vou mandar uma lá pra te ajudar, e mandou a D. (*cuidadora domiciliar do SAD*). É... (*silêncio*). Sobre a ajuda eu não sei, viu? No momento eu não sei explicar! **Ela ajudava na cozinha (3)**, por exemplo. A E. que **fazia prato diferente (3)**. Ela fez pato pro T., ela fez polenta... eu não sei fazer pato, eu não sei fazer polenta, não sabia. Fazia mais ou menos, cru mas eu faço. A E. começou cozinhando feijão pra mim e eu não sabia cozinhar feijão, arroz. Arroz eu fazia, mas o feijão eu não sabia cozinhar. Ela que me ajudou um pouco. A panela tava a ponto de explodir. Essa daí é nova, essa panela é nova. Ela que mexia nas panelas, ela tinha mais experiência. A frigideira minha, por exemplo, a E. que me indicou. O cabo tava mole, ela falou “oh, você faz assim, assim, assim, o cabo endurece, fica mais firme”. Aí agora o cabo tá mais firme por causa da orientação. Ela é mais experiente assim nisso. A D. cuidava muito da minha mãe que ficava no sofá, não andava. **Ela pintava a unha da minha mãe, minha mãe ficava contente, alegre. O batom que minha mãe usava era vermelhão, ela alegrava a minha mãe (7)**. Dizia que era bom, bonito. **Dava mais ânimo de vida, sabe? (8)** Depois ela começou a falar da família dela, até que ela começou a pegar serviço e não dar conta. Eu não sabia cozinhar carne, agora eu já cozinho pelo menos o frango. Eu sei cozinhar músculo, fazer carne de panela com batata. Tem que ficar mais tempo na pressão. Se a pressão não estiver pra explodir, né? (*risos*). Se tiver eu não sei mexer! A E. não ajudou muito não! Inclusive agora ultimamente eu precisei sair na cidade por causa de umas contas pra mim e eu ia de quinta-feira porque ela tava aqui e ficava com meu irmão, eu ia com a Dona M. (*antiga amiga da família que auxilia a dupla de irmãos*). Aí, eu cheguei tarde da SORRI e não deu tempo de almoçar, aí eu fui sem almoço pra SORRI. O T. ela queria trocar o T. e eu não quis porque ela nunca trocou ele. Ele falou “eu não quero”, ele foi franco. Aí eu cheguei e ele falou “troca eu C.”, aí eu troquei ele e não deu tempo de almoçar. A E. falou “mas ela tem que almoçar”, aí ele não quis mais. Aí ela já tava no fim da estrada...

Redução fenomenológica

Unidades de Significado	Redução
6- [...] tava cuidando da casa sozinha, era tudo por conta minha e eu tava apurada.	O sujeito refere que a presença da cuidadora no serviço da casa lhe trouxe mais comodidade (AII, 6) .
3- Ela ajudava na cozinha... fazia prato diferente.	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar fazia prato diferente na cozinha (AII, 3) .
7- Ela pintava a unha da minha mãe, minha mãe ficava contente, alegre. O batom que minha mãe usava era vermelhão, ela alegrava a minha mãe.	O sujeito refere que a presença da cuidadora domiciliar influenciava na autoestima da mãe (AII, 7) .
8- Dava mais ânimo de vida, sabe?	O sujeito refere que ter a cuidadora domiciliar por perto lhe dava mais ânimo para viver (AII, 8) .

Compreensão dos resultados	
Redução	Tematização
O sujeito refere que a presença da cuidadora no serviço da casa lhe trouxe mais comodidade (AII, 6) .	Auxílio efetivo na limpeza e organização da casa.
O sujeito refere que a presença da cuidadora domiciliar influenciava na autoestima da mãe (AII, 7) .	A cuidadora domiciliar auxilia no preparo das refeições e é uma boa cozinheira.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar fazia prato diferente na cozinha (AII, 3) .	Influência positiva na autoestima dos usuários.
O sujeito refere que ter a cuidadora domiciliar por perto lhe dava mais ânimo para viver (AII, 8) .	Presença da cuidadora domiciliar proporciona mais ânimo aos usuários para viver.

Participante 3 – AIII

Entrevistadora: Como você compreende a relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal?

Participante 3: **Ah é uma maravilha, minha filha (1).** Como que eu devo de falar? Sabe o que eu prefiro? Te juro de coração, **eu prefiro que ela faça a comida pra mim. Porque ela faz uma comida gostosa demais. E o dia que ela vem eu como bem, viu? (3)** Nossa mãe... De semana é muito difícil. A comida minha é ressecada, não vai, não vai... a minha comida! A turma às vezes até me dá comida pra mim. O normal é isso mas a C. **é a coisa mais linda que Deus me deu! (9) Ah ela faz, de tudo ela faz! Ela limpa a casa pra mim, passa pano, limpa o banheiro, limpa, tira pó dos móveis. Ah, às vezes ela lava a área pra mim (6),** não é todo dia porque a gente, né? Mas é isso! Juro por Deus, eu não tô mentindo, ela é a coisa mais linda que Deus me deu! Olha... tem vez que eu fico aqui sozinha "será que aquela pessoa que tá me ajudando, tá me ajudando de coração?". Tem hora que eu tenho medo que eles tão fazendo... ai nem sei explicar coração, nem sei explicar! Num sei. Às vezes eu tenho medo dessa pessoa ficar duvidando. Porque tem gente que tá duvidando das minhas perna. Acham que eu não tenho essa dor que eu tenho! Você pergunta pra H. (vizinha). É ela que me socorre bem. Ela e a Dona C. escura (vizinha). É duas C. que eu tenho companhia, uma senhora escura... A semana toda

bem dizer eu fui comer na casa da Dona C. Porque parente nem lembra de mim. Meus filho fala que não vem aqui porque eles não tem tempo. Você acha que não tem tempo pra vim ver a mãe? Aqui são tudo revoltado com o que eles faz comigo! Ah, não sei se é a minha cabeça, viu? Não sei se é porque eu tô ficando caduca, tem horas que eu fico aqui sozinha, eu tenho a impressão que eles acham que eu tô mentindo... dessa dor que eu tenho filha... Eh Nena (*forma carinhosa de chamar as pessoas*), de noite que eu fico aqui sozinha eu falo “meu Deus do céu, como aquele meu véio me faz farta, eu fico pensando... (*silêncio*). Ah, mudou tudo! Mudou tudo! Cê sabe o que é ficar... dele falecer já vai fazer 6 anos... você já pensou que faz 4 anos que eu não sei o que é passear? Sabe onde que é meu passeio? No posto de saúde e quando é pra mim ir no banco assinar pra poder receber. É a única coisa... Não é ruim a minha vida. O meu problema agora é essas dor que eu tenho demais. Mas também eu não amolo ninguém. A única às vezes que eu amolo é a H. que **ela me traz remédio, me compra comprimido...** (10) Ontem eu tava com essa dor, essa semana eu tava sem comprimido e ela... com o meu dinheiro ela compra, né? Mas, de vez em quando, ela dá com o dinheiro dela. Agora com esse negócio, porque eu tirei 4 mil na Caixa, como que fala? Empréstimo, de cento e cinqüenta. Pra quem ganha só o salarinho. Nossa! Esses tempo atrás me sobrava bastante dinheiro, mas porque? Por causa do dinheiro que tirou, agora não sobra não. De eu não poder passear e não poder fazer nada! Olha que sou eu sozinha bem, na marra. Única coisa que eu fui sempre trabalhadeira. Trabalhei mais de 15 anos de empregada doméstica. Única coisa... Ah coisinha, o negócio era feio, né? A gente morava lá longe e ia trabalhar lá, como que fala, no alto da cidade. Como que chama lá? No centro da cidade, lá no alto mesmo, né? Saia quase 6h30 pra chegar 7hs. Antigamente entrava às 7hs, né? Ooh, o negócio era feio! Era debaixo de chuva, era debaixo de sol, eu sempre fui. Agora depois que o meu véio foi embora acabou tudo! Porque o meu ordenado dá pra mim sozinha, né? Como dói fia, como dói. Como faz farta. Quem tem seu marido fia, estima, estima... (*silêncio*). Que a solidão dói (*suspiro*). Ah, é tristeza. A gente acha aquela farta que aperta aqui fia, mas aperta mesmo. Pois outro dia me deu aquele pensamento de morrer... de me matar. E teve uma fulana que ofereceu revólver e veneno pra mim beber. Mas não vou falar quem é! De ficar sozinha... Tem vez que eu fico semanas sozinha sem ter com quem conversar. A minha amiga é a cachorra e a minha televisão. Mas deu um desespero tão grande, mas acho que Deus tá do meu lado e na mesma hora eu pedi pra que ele me tire esse pensamento... Tive mesmo esse pensamento! Sim, mas só que eu não vou falar o nome dessa pessoa porque ela é da família. Não fia, depois que eu fiquei sozinha modificou bastante. Não coisa assim, coisa ruim... de ficar sozinha, de não ter ninguém pra conversar... É isso! É duro, é duro... Ter vontade, ter vontade de passear e não ter ninguém pra passear comigo... Eu tenho medo de sair e me perder. Eu não tô tão véia, vou falar pro cê neguinha. Eu não tô véia, mas minha cabeça, a minha cabeça... Se pensa eu tô conversando e vou saber o que é que eu falei? É isso... Esqueço! Ai a bengala... vou saber aonde que eu pus a minha bengala fia? Olha aqui ó? A minha salvação (*mostrando o cabo de vassoura*). Eu não era assim bem... Nossa, eu brincava com todo mundo, todo mundo tinha amizade aqui, Nossa Senhora! Agora até os vizinho... depressão, isso dói minha fia. Eu tenho impressão que eles tem vergonha de mim. Eu não sei conversar filhinha. Eu não sei conversar... Elas, eu vou abrir a boca pra conversar... (*silêncio e choro*). Não converso, não converso! Elas sentam aí mas eu não converso! Não tenho assunto! Até os outros fala, cê tá conversando T.! Eu falo que eu tô conversando mas eu não tenho esses assunto que nem nós duas aqui falando assim... Não! Não é vergonha, sei lá... de não passear, de andar desse jeito, o meu problema é esse só! Juro por Deus! Ai... até dos meus filhos eu penso... Será que os meus filhos, porque eu não sei ler, né? Eu já falei pra vocês. Será que é porque eu não sei conversar, será porque eu não tenho roupa bonita? Te juro! Não tenho vergonha porque você tá perguntando. É isso! O meu problema é esse! Uma vontade de passear (*suspiro*). A nora aí me levava mas agora como nós acabou... agora eu não vou mais em lugar nenhum. Ah! Sabe... você vai dar risada! Sabe minha vontade? Pegar o ônibus e dar uma volta de ônibus... porque vai fazer 5 anos que eu não pego mais (*choro*). Porque a gente tava acostumada, né? Ia trabalhar, voltava, passeava... agora nada mais! Sabe também, o marido da M. (*vizinha*), que conversa com a H. aí... Passa a casa da F., casa da Dona N., aquela casa que é bonita e é fechada tudo... é ela que me leva em médico. No ônibus não dá pra mim subir por causa dessa coisa aqui ó... O marido dela me leva. E também

não vou esconder... eu tenho um sobrinho que me ajuda. Mas ele não mora aqui, mora perto de Campinas. Ele me traz a cada 15 em 15 dias fruta, agora começou a me dar coisa de comida, deixa eu te mostrar coração. Olha eu compro carne, leite, ó aqui. Cê pode ver Nininha ó. No meu pedidinho eu compro carne, leite. A carne tá tudo lá na geladeira. Não sei o que tá acontecendo comigo pra comer fia. Nossa Senhora! É a coisa mais rica! Mais eu tava num desespero, ainda até pedi pro Sagrado Coração de Jesus não me levar a C. (*cuidadora*) e deixar ela comigo. **A C. é boa pra mim. Ela conversa...** (11) às vezes eu não tô muito de conversar, ela fica fazendo o servicinho dela e não atrapalho. Ai não me tira! Eu falo pra turma lá “não me tira a C.” Coitadinha, **eu dou o dinheiro e ela me compra pão pra mim (12), porque eu não tenho mais ninguém., eu não tenho mais ninguém...** (13) Ah, faz uma semana que eu não como, meu sobrinho só vem a cada 15 dias. Ele que às vezes me traz pão. A semana passada eu tava comendo só bolacha, bolacha, bolacha... Já tô enjoando também. E é assim... A C. é a coisa mais linda que Deus deu, que o Coração de Jesus me deu. É a vida da gente, né? Não é verdade? Eu não sou bonita, não sou isso, não sou aquilo... Não filhinha, não! Eu tinha medo de ficar... nunca... eu comecei a ficar doente desse jeito com cinquenta e poucos anos, depois que o meu véio foi embora, mas não tenho não! Fui bonitinha, fui bonitinha, fui muito bonitinha mas, de ficar véia, não. Não tenho medo de envelhecer não! Agora eu tô meio cismada desse negócio de ficar doente na cama e não ter ninguém. Já me jogaram umas indireta. Única coisa que... mas Deus é bom pra mim, Jesus tá bom sendo pra mim e não tá me abandonando. É esse negócio de ficar véia e não ter ninguém, ficar sozinha... porque eu vou falar a verdade pra você fia, pra me lavar eu me lavo muito bem. **Todo dia eu tomo o meu banhinho. Eu levantei minha blusa e falei pra ela se as minhas costa não tá encardida.** (14) Não, tá limpinha suas costa a C. disse. Não tive vergonha fia. Porque não dá mais do que isso e o braço não alcança. Eu tô aqui com você e você não sabe o desespero de dor que eu tô. Dor no ombro. O negócio aqui é tudo no ombro. Mas é terrível, terrível. Mas nem os remédio não tá fazendo mais efeito de tanto que a gente toma... depois eu vou te mostrar o remédio que ela me trouxe ontem. Pergunta pra mim se meus filho me dá remédio? Me dá remédio pra mim? Não dão não! Ainda mais essa aqui (*nora*) que agora tá de mar de mim. Faz festa aí, faz almoço de domingo e não me chama... Não me convida e também não vou, né? Ah, pra mim tanto faz, tanto fez. Que nem no dia das mães eu tava aqui sozinha! A vizinha que depois veio me buscar. Ela fez aniversário, eu almocei lá, teve festa e eu fiquei lá... Mas não ligo não fia. A única que vem aqui é a C. e a H. (*vizinhas*). Agora nem a F. não vem mais, que é a vizinha do lado aí. Nem meus parente Nina... Da minha parte eu não tenho mais ninguém. Só tenho meus 3 filho e minhas 3 neta e as nora querida do coração mas, parente do meu marido, nossa tudo cheio ó (*fazendo sinal de dinheiro*). Ah, mas não tô nem aí... quer vim, o portão tá aberto, recebo contente como eu recebo vocês mas, eu só sinto o porque que eles não vem , né? Eu fui mãe boa, não dei estudo... o problema é meu e do meu véio. Meu véio também não esquentava e eles também não era muito chegado em estudo. Eu não sei... Não sei o que aconteceu que virou. Não vem na minha casa. O mais velho que mora lá no Parque Roosevelt diz que não tem tempo... Ô filhinha, num tem tempo pra ver a mãe? Uma meia hora pra vim ver a mãe? Não precisa ficar muito! Eu reclamo pras turma aí, eu reclamo mesmo, não tô fingindo. Reclamo da minha situação... Tem um que, o R. veio quando eu recebi o dinheiro da casa. Eu era obrigada a dar 4 mil pra cada um? Ah, não deu nem pra mim forrar minha casa... pode ver. O meu banheiro num tem. Se eu tivesse ficado com aqueles 12 mil reais que eu tirei pra eles, pra cada um, eu tinha a minha casa arrumadinha e forrada. Mas eu dei, a gente deve de ser boa! O meu compadre vai forrar a casa pra mim de presente. Dei a casa pra essa daí e agora eu tô ganhando o quê? Ah fia, num sei... é pro meu filho, tai do lado, mas eu tenho tanta dó do meu filho porque ela não é flor que se cheire, também ela é preta e meu filho adora essa muié e eu tenho tanta dó dele... a gente vê cada coisa e não poder falar nada! Pra começar, eles casaram tudo cedo... Eu não sei o que é que eu tenho filha, mas me deixam tudo na mão. Olha que eu não fui mãe ruim não. Gosto dos 3 filhos mas esse daí (*mais novo, da foto no quadro na parede*), acho que porque ele foi doente quando era pequenininho... ah meu Deus, olha agora! Dia das mães ele só veio aqui pegar um negócio da cama. Não ficou nem 2 minutos. Pra mim ganhar um beijo eu precisei pedir “dá um beijo e um abraço na mãe bem forte?”. E ele só me deu um abraço... Aí eu falei assim “você não vai me dar um beijo?”. Aí ele deu! Os outros tão bem, graças à Deus!

São evangélicos... (*choro compulsivo*). Virô, viu? Virô. Antes eu tivesse deixado minha casa como tava... eu acho que eu era mais feliz! Eu tô contente na casinha, tô contente mas, sofri naquela casa mas, Deus sabe o que faz né? Agora ficou bonita... agora depois que forrar...A pequeninha não tinha essas buraqueiras, a véinha... Mas tô contente!

Redução fenomenológica

Unidades de Significado	Redução
1- Ah é uma maravilha, minha filha.	O sujeito refere que a ajuda da cuidadora domiciliar é algo considerado bom (AIII, 1).
3- [...] eu prefiro que ela faça a comida pra mim. Porque ela faz uma comida gostosa demais. E o dia que ela vem eu como bem, viu?	O sujeito refere que por ser uma boa cozinheira, o dia que a cuidadora domiciliar está em sua residência ele se alimenta melhor (AIII, 3).
9- [...] é a coisa mais linda que Deus me deu!	O sujeito refere a ajuda da cuidadora domiciliar como uma atribuição de Deus (AIII, 9).
6- Ah, ela faz, de tudo ela faz! Ela limpa a casa pra mim, passa pano, limpa o banheiro, limpa, tira o pó dos móveis. Ah, às vezes ela lava a área pra mim...	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar lhe ajuda na organização da casa como um todo (AIII, 6).
10- [...] ela me traz remédio, me compra comprimido [...]	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar lhe ajuda a comprar seus medicamentos e a administrá-los quando necessário (AIII, 10).
11- A C. é boa pra mim. Ela conversa [...]	O sujeito refere que a cuidadora é uma boa companhia para que possa conversar (AIII, 11).
12- Eu dou o dinheiro e ela me compra pão pra mim [...]	O sujeito refere que a cuidadora lhe ajuda nas compras domésticas (AIII, 12).
13- [...] porque eu não tenho mais ninguém, eu não tenho mais ninguém [...]	O sujeito refere que por ser sozinho, a cuidadora domiciliar é uma companhia positiva (AIII, 13).
14- Todo dia eu tomo o meu banhinho. Eu levantei minha blusa e falei pra ela ver se as minhas costas não tá encardida.	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar é uma referência e um apoio (AIII, 14).

Compreensão dos resultados	
Redução	Tematização
O sujeito refere que a ajuda da cuidadora domiciliar é algo considerado bom (AIII, 1).	A presença da cuidadora domiciliar é positiva.
O sujeito refere que por ser uma boa cozinheira, o dia que a cuidadora domiciliar está em sua residência ele se alimenta melhor (AIII, 3).	A cuidadora domiciliar auxilia no preparo das refeições e é uma boa cozinheira.

O sujeito refere a ajuda da cuidadora domiciliar como uma atribuição de Deus (AIII, 9).	Apoio da cuidadora domiciliar é considerado uma atribuição de Deus.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar lhe ajuda na organização da casa como um todo (AIII, 6).	Auxílio efetivo na limpeza e organização da casa.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar lhe ajuda a comprar seus medicamentos e a administrá-los quando necessário (AIII, 10).	O auxílio da cuidadora domiciliar na compra e administração de medicamentos é considerado algo necessário.
O sujeito refere que a cuidadora é uma boa companhia para que possa conversar (AIII, 11).	A cuidadora domiciliar é considerada uma companhia agradável para conversar.
O sujeito refere que a cuidadora lhe ajuda nas compras domésticas (AIII, 12).	A ajuda da cuidadora domiciliar nas compras domésticas e atividades da vida diária é algo considerado bom.
O sujeito refere que por ser sozinho, a cuidadora domiciliar é uma companhia positiva (AIII, 13).	A companhia da cuidadora domiciliar é uma forma de esquecer a solidão.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar é uma referência e um apoio (AIII, 14).	A presença da cuidadora domiciliar significa apoio e referência na vida do usuário.

Participante 4 – AIV

Entrevistadora: Como você compreende a relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal?

Participante 4: **Olha... pra mim é a melhor coisa do mundo!(1) Eu não tenho filho (13).** Eu criei um que não deu certo não adianta falar, né? Não deu certo... Ele arranhou uma mulher, arranhou uma criança, uma menina... Foi eu que cuidei da menina desde o enxovalzinho... Carrinho, bercinho, tudo eu comprei! Cuidei, mas ele não deu valor. Ele não deu valor, era lá no Rio de Janeiro... eu não conheço aquelas porcariadas de cheiro de maconha e de coisa, eu não entendo, não sei... mas ele chegava fora do comum em casa, quebrava as coisas, querendo dinheiro, tirando dinheiro... eu tô falando porque é verdade, né? Então... e o que acontece? Ele me aborreceu demais! É por isso que eu saí do Rio onde eu tinha meu cantinho, tive que vender por qualquer preço e vir pra cá! Agora chega aqui eu não tenho ninguém... Tem bastante irmãs, mas cada uma vive a sua vida, tem seu modo de viver. Graças a Deus uma família maravilhosa! Graças a Deus não tenho... A T. o marido dela largou dela com sete crianças pequenas. Ela cuidou tudo, nunca pôs homem na vida porque ela pensava nas filhinha dela. A B. que mora aqui, ela é quem me socorre em tudo. Porque eu não posso subir ali pra ir na B., eu chego lá de língua de fora! Se eu vou sair... eu já saí duas vezes escondida aqui perto pra ir na cidade fazer umas comprinha... A gente precisa sair também, andar... Aí eu chego lá e tive que entrar em qualquer casa lá, eles queriam chamar médico, queriam chamar o SAMU, queriam chamar e eu não, deixa, vai passar, vai passar! Até que eu peguei um taxi e vim pra casa. Quer dizer, se eu tivesse uma pessoa, um filho, um neto, seria jóia né? Mas eu tenho que me conformar! **Olha... A L. eu adoro ela, ela é fora de série, só que ela falta! Ela tem problema com o pé dela... (28)** Aí ela é jóia, adoro ela! Olha... A L. quando ela vem aqui, agora ainda tem a menina que faz, mas teve uns tempos em que ela vinha justamente no tempo em que eu não posso pagar uma empregada direto, tem que ser um dia sim e outro dia não. **Um dia faz limpeza, deixa a comida que fica pronta pro outro**

dia, né? (6) É o que eu posso fazer, porque eu não posso pagar direto... então coincidia da L. vim pra cá e não tinha empregada e ela fazia até a comida pra mim... colocava a roupa na máquina... agora que ela tá mais assim porque a garota coincide de estar sempre junto, né? Mas a L. pra mim... eu adoro ela! Sabe... quando ela ajuda, limpa tudo... agora com a moça aí ela já deixa tudo limpo. Quando ela sai cedinho já deixa ele limpinho (*esposo acamado e em estado vegetativo, vítima de AVC*). Mas **quando a L. vem, põe ele na cadeira, desse jeito aí todo doido, põe ele na cadeira... Ele tá barbudo. Amanhã ela já vem pra fazer a barba dele. Eu tenho o aparelhinho ali. Ela faz a barba, ela limpa (15) e conversa com ele (11) como se fosse um ente querido dela, sabe? (16)** Eu gosto muito dela. O que eu acho ruim é dela faltar, só isso! Só! Eu falo pra ela que xingo ela baixinho, mas xingo! Sobre envelhecer eu não tenho medo não! Eu ainda tenho vinte anos pra frente! Tô com oitenta e três e vou fazer oitenta e quatro, ainda tenho vinte anos pra frente, então eu vou levando... Agora eu tô muito preocupada com as minhas pernas, minhas perna é muito mole, sabe? Eu tenho muita tontura! Esses dias eu passei mal pra caramba. Não era dia da menina vim, a L. não veio que era sexta-feira (*dia das reuniões semanais do serviço*) e sempre me dá que quando eu fico nervosa, quando eu vou ao médico cedo, eu não quero deixar ele sozinho, eu marco com a empregada pra vim cedo, né? Mas pra empregada sair de madrugada o ônibus daqui pra ir lá no Estadual (*Hospital de Bauru*) eu tenho que pegar das seis e pouco, né? As seis eu já tenho que tá no ponto e tá de noite ainda e às vezes não vem eu fico naquela ansiedade, naquele mal estar e eu tenho que arrotar. Desculpa falar, né? Soltar aquilo pra desabafar, eu fico agoniada! E aí sexta-feira a moça que ajuda teve médico e ela não veio o dia inteiro porque também não é o dia dela, ela vem de bondade... ela tá aí mas de bondade, isso é uma jóia, uma Santa que eu tô com ela, sabe? Porque eu pago pra noite e ela tá aí. Aí eu fico agoniada e sexta-feira me deu um mal estar, eu já tinha feito a mamadeira dele pra água e pra leite, mas aí ele faz assim e solta a mamadeira e derrama leite no cobertor, fica fedendo... Eu falo pra ele... e com aquilo eu quis dar pra ele tomar e ele não deixou e foi me nervando, sabe? Me deixando nervosa e eu sozinha, né? Foi me deixando nervosa eu peguei a mamadeira e taquei lá no fundo... fui lá pra fora tomar aquele ventinho, dando aquele mal estar, aquela coisa ruim, sozinha... A B. é bem ali, é só telefonar ela vem, mas justamente esse dia ela tem pedra no rim, tinha né? E ela foi ao médico e internou... Eu podia chamar ela? Nem que pudesse, né? Não podia e eu fiquei sozinha me pegando com tudo o quanto é Santo. Graças a Deus eu sou religiosa, tenho fé em Nossa Senhora... Melhorou um pouquinho. O cara que eu faço uns pedido veio trazer as coisas... Sabe que eu mandei ele pegar o dinheiro e tirar da minha bolsa que eu tava com a cabeça zonzá, sabe? Aí passou, daqui a pouco vem outra vez! Aí eu dei água pra ele, dei as coisas pra ele e ele tira muito o Urupen e deitei aqui outra vez e começou de novo... Aí eu comecei pensar que eu estava sozinha aqui. A B. fala que quando a pressão tá baixa é pra mim por uma azeitona na boca, né? Aí eu quis por, mas ela pediu pra olhar a minha pressão primeiro... e ela veio devagarinho! Tudo é sacrifício pra mim, né? **Ela me ajuda demais... não tem sol, não tem chuva, não tem calor, não tem frio, ela me ajuda mesmo! (1)** Mas a gente não pode abusar, né? Ela veio... Minha pressão tava normal, eu passando mal... O médico do PROMAI já me orientou pra não ficar sozinha com ele porque me dá nervoso interno... Ele saiu do hospital pra vim morrer em casa... não morreu, tá aí vivendo e o que eu vou fazer? Aplicar a atanásia (*se referindo a Eutanásia*) eu não vou matar ele, então tem que agüentar, ter paciência, até quando Deus quiser! Ela começou a falar comigo e foi me ajudando... E eu fui sentindo que é isso mesmo! É o nervoso interno, eu tava sozinha. Eu peço a Deus que eu tenho que ficar boa e ter saúde pra cuidar dele até o fim... Eu converso com Nossa Senhora que ela tem que me ajudar a cuidar dele porque ele tá doente, em cima da cama... É o jeito, né? Lógico! Eu tô sozinha, eu quero sair, eu fico nesse portão aí parece que eu tô na cadeia! Eu acabo de almoçar eu fico rodeando a casa porque eu não vou almoçar e deitar, né? Não pode, né? Então eu fico muito presa! Eu lá no Rio na esquina da minha casa o ônibus passava e eu dava volta... eu queria andar. Eu ia nas lojas, comprava as coisas... eu gosto de comprar, eu gosto de ver! Isso eu gosto mas agora eu não ando. Antes dele dar isso aí que eu parei mais eu dava volta aqui nas quadras, sabe? Mais ultimamente já não tô, eu canso à toa. Eu tomo remédio daqui a pouco eu tô cansada! Eu tenho vinte anos pra frente, mas doente eu não quero não! Eu quero andar, quero bater perna! Até ir na Vovó ali eu quero ir (*nome de um forró pra terceira idade*). Eu gostava muito de brincar, de

dançar, essas coisas... Ontem, domingo, veio esse cara (*referindo-se ao filho de criação*)... ele sempre vem pra cá. Ele veio uma vez e fez um barulho danado, sabe? Cuidou dele, passava a noite com ele, mas ele só tinha que ter alguma coisa escondido que ele se transformava de uma hora pra outra e ele se transformou e fez as grosserias com a B. Correu atrás dela dizendo que queria matar, quer dizer, perturbar é caso de polícia e ainda ameaçar, né? O que acontece comigo? Eu criei, eu fiz tudo, não tem jeito... me dói mais eu tive que assinar que foi verdade. A B. estava apavorada com ele. Quando foi sábado ele falou que já tava na estrada... ele não tem dinheiro! Ele disse que vinha pra cá mais que vinha na paz e que só queria ver o pai, que não ia incomodar com nada e eu falei pra ele que eu tava sozinha e que não podia estar fazendo as coisas. Ele disse que vinha com a patroa dele (*esposa*)! Já é outra mulher que ele arranjou! Disse que vinha com a patroa e com a C. que é a filha dele que praticamente eu criei até os sete anos. Eu que dava roupa, eu que dava tudo pra ela, né? E veio mas aquilo tão sem graça... A criança veio e parecia um robô, dominada por ele, né? Não era pra comer nada, pra não pegar nada, não mexer em nada... veio só ver o vô. Ah, a gente fica numa situação besta, né? Uma coisa sem graça, né? Eu não gostei não... Ele saiu e eu pedi pra C. ficar comigo... ela nem respondeu, quer dizer, tava dominada por ele, não tava? Ela não disse nada mas você sente, né? Aquilo me doeu afinal das contas... mas deixa pra lá! Eles querem assim, assim seja!

Redução fenomenológica

Unidades de Significado	Redução
1- Olha pra mim é a melhor coisa do mundo!	O sujeito refere que a ajuda da cuidadora domiciliar é algo considerado bom (AIV, 1) .
13- Eu não tenho filho.	O sujeito refere que por não ter filho e se considerar só, a cuidadora domiciliar é uma ótima companhia (AIV, 13) .
28- Olha... a L. eu adoro ela, ela é fora de série, só que ela falta! Ela tem problema com o pé dela [...]	O sujeito refere que gosta da cuidadora domiciliar, porém, seus problemas de saúde fazem com que ela falte do trabalho (AIV, 28) .
6- [...] um dia faz a limpeza, deixa a comida que fica pronta pro outro dia.	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar lhe ajuda nas tarefas domésticas e nas refeições (AIV, 6) .
15- [...] põe ele na cadeira, desse jeito aí todo doido, põe ele na cadeira... Ele tá barbudo. Amanhã ela já vem pra fazer a barba dele. Eu tenho um aparelhinho ali. Ela faz a barba, ela limpa [...]	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia na higiene pessoal dos usuários (AIV, 15) .
11- [...] conversa com ele.	O sujeito refere a cuidadora domiciliar é uma boa companhia para conversar (AIV, 11) .
16- [...] como se fosse um ente querido dela [...]	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar considera seus usuários como se fossem de sua família (AIV, 16) .
1- Ela me ajuda demais... não tem sol, não tem chuva, não tem calor, não tem frio, ela ajuda mesmo!	O sujeito refere que, independente das condições, a ajuda da cuidadora é sempre favorável (AIV, 1) .

Compreensão dos resultados	
Redução	Tematização
O sujeito refere que a ajuda da cuidadora domiciliar é algo considerado bom (AIV, 1).	A presença da cuidadora domiciliar é positiva.
O sujeito refere que por não ter filho e se considerar só, a cuidadora domiciliar é uma ótima companhia (AIV, 13).	A companhia da cuidadora domiciliar é uma forma de esquecer a solidão.
O sujeito refere que gosta da cuidadora domiciliar, porém, seus problemas de saúde fazem com que ela falte do trabalho (AIV, 28).	As faltas da cuidadora domiciliar são consideradas negativas.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar lhe ajuda nas tarefas domésticas e nas refeições (AIV, 6).	Auxílio efetivo na limpeza e organização da casa.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia na higiene pessoal dos usuários (AIV, 15).	Auxílio positivo na higiene pessoal dos usuários.
O sujeito refere a cuidadora domiciliar é uma boa companhia para conversar (AIV, 11).	A cuidadora domiciliar é uma companhia agradável para conversar.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar considera seus usuários como se fossem de sua família (AIV, 16).	Usuários considerados membros familiares pela cuidadora domiciliar.
O sujeito refere que, independente das condições, a ajuda da cuidadora é sempre favorável (AIV, 1).	A presença da cuidadora domiciliar é positiva.

Participante 5 – AV

Entrevistadora: Como você compreende a relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal?

Participante 5: Ah, ela ajuda em tudo o que precisa (1). Se precisar arrumar uma cozinha, ela arruma. Até lavar roupa ela já lavou os dias em que eu não estava aqui. Ela estende a roupa pra mim (6). Sexta mesmo ela chegou, estendeu toda a roupa. No que precisa... só no mercado que ela nunca foi mais aqui o que é preciso ela faz! Nós mudamos aqui em 2006 e logo ela entrou. Aí vieram apresentar ela. Quem foi? Eu não lembro quem que era não a primeira Assistente Social. Nós pagava uma pessoa pra ajudar. A S. (nome da cuidadora que atende a família) só vem duas vezes na semana e precisava de alguém pra cuidar do meu marido mais vezes. Às vezes a S. chegava e a moça já estava dando banho e a S. ficava cuidando do meu esposo até o meio dia. Ajudava a dar banho, ajudava a trocar, colocar na cama, ajudava até dar comida, né? Tudo ela ajudava! (15) A R. (filha com Síndrome de Down) às vezes está amuada e eu falo pra S. não dar bola pra ela não. Segunda mesmo ela estava amuada porque só tinha um remédio e ela tem que tomar dois Tegretol, mas eu falei “deixa ela”. Mas ela dá muito amor pra gente (17), a S. Eu tô com osteoporose nas costas, no pé, mas isso dá até em jovem, né? Eu já vou fazer setenta e nove... é que no meu documento tá errado. No documento eu tô mais nova... eu tenho a idade do meu esposo no documento mas eu sou dois anos mais velha do que ele. Eu vou fazer em Julho agora setenta e nove. É que eu não conto mentira. Eu falo que no meu documento tá errado! Quando vai fazer as

coisas tem que colocar a idade que tá no documento, né? Mas minha idade mesmo eu sou de trinta e dois. Vinte e quatro de Julho de trinta e dois. Então eu vou fazer setenta e nove. Acho que envelhecer dá trabalho pros outros... Eu não tenho medo de ficar velha. Agora eu não faço muito serviço porque eu operei da hérnia, eu tenho osteoporose nas costas... mas assim, de serviço não, eu tenho medo é de dar muito trabalho como deu o L. (esposo), né? E nas casas das minhas filhas os banheiros são pequenos, não tem muito conforto. A F. (uma das filhas) está aposentando agora. Eu penso isso... em não dar trabalho pros filhos. Eu falei brincando outro dia pro meu filho (risos), “acho que eu vou dar a R. pra Fátima e eu vou pro asilo (risos)”. Eu prefiro não ter a ajuda. Tem vez que estou no ônibus e a pessoa pede minha mão pra ajudar a descer... Mas a S. me ajuda porque a gente conversa, né? **Ela conversa sobre assuntos de casa, dela... que nem quando o L. faleceu que vieram pedir pra ela ajudar, só de conversar, de sair, já é bom, né? (11) Se eu perder ela e quando eu ficar velha, como que faz se eu precisar dela, né? Aí é difícil de eu pegar gente depois, né? (18) E só de conversar já tá bom! Distrai a gente quando tá meio nervoso... Eu gosto de conversar com ela. Eu me sinto muito bem, eu gosto da S. Ela fala dela, da família dela... (11) Ela fala da dela e eu falo da minha, né? Eu sou uma pessoa assim dada com todo mundo, não sei se a S. fala que eu sou dada com todo mundo, com os vizinhos... mas a hora que eu enfizei eu sou meio queimada mas, levando tudo bem comigo... Dificuldade? De andar? O que eu acho mais difícil é se me der um derrame, paralisar e não poder tomar conta da casa, né? Meu medo é disso! Que nem o derrame que deu no L., né?**

Redução fenomenológica

Unidades de Significado	Redução
1- Ah, ela ajuda em tudo o que precisa.	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar ajuda em vários aspectos (AV, 1).
6- Se precisar arrumar uma cozinha, ela arruma. Até lavar roupa ela já lavou os dias em que eu não estava aqui. Ela estende a roupa pra mim.	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia em diversas funções e tarefas da casa (AV, 6).
15- Ajudava a dar banho, ajudava a trocar, colocar na cama, ajudava até dar comida, né? Tudo ela ajudava!	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia na higiene pessoal do usuário (AV, 15).
17- [...] ela dá muito amor pra gente.	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar trata seus usuários com carinho (AV, 17).
11- Ela conversa sobre assuntos de casa, dela [...] que nem quando o L. faleceu que vieram pedir pra ela ajudar, só de conversar, de sair, já é bom [...]	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar é uma companhia agradável para conversar (AV, 11).
11- [...] e só de conversar já tá bom! Distrai a gente quando tá meio nervoso... Eu gosto de conversar com ela. Eu me sinto muito bem, eu gosto da S. Ela fala dela, da família dela [...]	O sujeito refere que conversar com a cuidadora domiciliar o distrai quando está nervoso (AV, 11).
18- Se eu perder ela e quando eu ficar velha, como que faz se eu precisar dela? Aí é difícil de eu pegar gente depois, né?	O sujeito refere que se perder a ajuda da cuidadora domiciliar será mais difícil encontrar uma pessoa para lhe ajudar quando envelhecer mais (AV, 18).

Compreensão dos resultados	
Redução	Tematização
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar ajuda em vários aspectos (AV, 1).	A presença da cuidadora domiciliar é positiva.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia em diversas funções e tarefas da casa (AV, 6).	Auxílio efetivo na limpeza e organização da casa.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia na higiene pessoal do usuário (AV, 15).	Auxílio positivo na higiene pessoal dos usuários.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar trata seus usuários com carinho (AV, 17).	Tratamento diferenciado e amoroso aos usuários.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar é uma companhia agradável para conversar (AV, 11).	A cuidadora domiciliar é uma companhia agradável para conversar.
O sujeito refere que conversar com a cuidadora domiciliar o distrai quando está nervoso (AV, 11).	A presença da cuidadora domiciliar distrai e deixa os usuários menos nervosos.
O sujeito refere que se perder a ajuda da cuidadora domiciliar será mais difícil encontrar uma pessoa para lhe ajudar quando envelhecer mais (AV, 18).	Apreensão dos usuários com a possibilidade da perda da ajuda da cuidadora domiciliar.

Participante 6 – AVI

Entrevistadora: Como você compreende a relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal?

Participante 6: Eu dependo de uma companhia, de alguém que me auxilie... Dependendo de pessoas, dependendo até agora. Não só do auxílio de pessoas pra me acompanhar como também pra me ajudar financeiramente em tudo. (19) Eu ganho pouco e tenho que manter uma situação bastante grande. Além da gente ter o apoio pessoal de vocês, a gente sente que vem um pouco de amor também junto com essas coisas... coisas que tem certas pessoas que embora a gente tenha muita convivência, não conseguem dar (17). Às vezes vem fazer visita pra gente até sem otimismo, parece que fica contando casos pior ainda pra gente ter confiança, que tem gente pior... Eu sei que tem gente pior, né? Mas eu acho que tem um ditado assim "Diz Deus, ajuda que eu te ajudarei". Não é ficar esperando também que os outros venham fazer pra gente, não é verdade? Agora quanto a isso é uma grande satisfação porque a gente sente que não tá sozinho porque inclusive nessas fases, principalmente na velhice, eu acho que as pessoas ficam muito só, mesmo tendo família às vezes são colocados no quartinho do fundo, atrapalha, dá despesa, um não quer e o outro também não quer... (20) quer dizer, comigo não acontece isso atualmente, né? Graças a Deus, Deus me deu um filho especial que na época eu não aceitei e hoje eu achava que o companheiro meu de vida seria um homem, um marido, uma coisa... e ao contrário, é esse filho com deficiência porque senão eu estaria no asilo agora! É dele que eu tenho tudo! Ele me ajuda, ele até faz comida, ele ajuda a me trocar, faz tudo... minha higiene pessoal, eu não vou em banheiro e ele é tudo o que eu tenho e o que eu preciso senão eu estaria num asilo porque eu não teria condições de pagar uma pessoa pra ficar ou ter alguém conhecido ou mesmo parente, pra ficar comigo. Eu seria um estorvo! Então... O que eu posso dizer pra vocês é que o trabalho seus, quer dizer, vem lá das Irmãs, né? Só poderia ser mesmo, né? Das Irmãs da USC... É uma coisa muito linda, é uma benção

de Deus! (9) Eu acho muito importante... (1) pena que eu sei que vocês são muito poucas e o atendimento poderia ser bem maior porque tem muita gente nessa fase, pior que eu (20). Eu só tenho a agradecer... eu recebo muito carinho de vocês. O meu filho que é especial também, inclusive nós não temos família, só eu e ele, temos apenas parentes que são primos longe, não querem saber de problema... Inclusive essa semana mesmo eu liguei pra uma prima minha que quando moça usava minhas roupas, usava minhas jóias... hoje ela é casada com um promotor e nem deu retorno! Ficou com medo que eu ia pedir alguma coisa! E assim são certas pessoas, que antes era amiga da gente! Vocês não, vocês estão aí, dentro não do luxo, mas dentro da medida do possível, faz o necessário pra amparar a gente... vocês estão presentes... (21) Ela me ajudou a tomar banho (15), ela saía comigo pra consultas médicas... Os meus dentes que precisou arrancar tudo ela que acompanhou no Pronto Socorro (22). Ela ajudou até a olhar a fase do meu filho em que eu não tava bem e pra não me incomodar ela ficava na sala com ele pra eu poder dormir, descansar... (23) Ela é uma pessoa muito presente na minha vida (24). De envelhecer eu não tenho medo porque também eu já estou com sessenta e oito anos... Eu só penso assim... de ter que depender das pessoas, quer dizer, a hora que eu sei que... eu só não tomei essa atitude porque eu tenho o meu filho e não tenho um lugar especial pra ele ficar. Se tivesse eu inclusive já teria tomado essa atitude... De deixar ele num lugar melhor porque ele sofre vendo o meu sofrimento (*choro*). Eu não posso chorar... ele vê essas coisas de luta, ele fica assim muito preocupado... Inclusive ele já teve até doença devido relativo a essas coisas dele ficar presenciando isso... que nem, isso daí veio causar também muito transtorno na nossa vida porque ele é especial e ele não pode andar sozinho... então a companhia era eu... então foi cortado assim diversas coisas que a gente era acostumado a fazer, um passeio, uma visita... hoje a gente é privado de tudo isso! Que nem às vezes eu deixo ele ir em determinado lugar e fico sozinha porque eu acho que ele também tem o direito de sair de vez em quando, tem necessidades, não é só ficar aqui dentro de casa fechado comigo! Vendo só eu pedir “dá isso, dá aquilo, vou mijar, vem me limpar”. Às vezes eu cago ele vem limpar eu senão eu fico cagada, esses lances... Mas a velhice eu não tenho medo não... Tenho medo assim que eu acho que vou procurar um lugar que seja ideal pra mim como um asilo, uma casa que me queira pra que a gente possa ficar. Não que eu tenha medo, nem da morte eu não tenho medo... eu só peço assim que se isso tivesse que acontecer que fosse meu filho primeiro e depois eu porque eu não queria ir e deixar ele porque ele não vai ter ninguém... Só vai contar com a boa vontade e auxílio de alguma entidade que vai privar ele de muitas coisas porque como ele é criado aqui em casa com um certo conforto que ele gosta, ele não vai poder ter essas coisas lá. A vida é diferente... É isso o que eu tenho a dizer pra você!

Redução fenomenológica

Unidades de Significado	Redução
19- [...] eu dependo de uma companhia, de alguém que me auxilie... Dependo de pessoas, dependo até agora. Não só do auxílio de pessoas pra me acompanhar como também pra me ajudar financeiramente em tudo.	O sujeito refere que com a ajuda da cuidadora domiciliar este se torna menos dependente (AVI, 19).
17- Além da gente ter o apoio pessoal de vocês, a gente sente que vem um pouco de amor também junto com essas coisas... coisas que tem certas pessoas que embora a gente tenha muita convivência não conseguem dar.	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar oferece muito amor nos atendimentos, sentimento que não recebe das pessoas com as quais convive (AVI, 17).
13- [...] é uma grande satisfação porque a gente sente que não tá sozinho porque	O sujeito refere que a presença da cuidadora é uma satisfação fazendo com

inclusive nessas fases, principalmente na velhice, eu acho que as pessoas ficam muito só, mesmo tendo família às vezes são colocadas no quatinho do fundo, atrapalha, dá despesa, um não quer e o outro também não quer!

que não se sintam sozinho **(AVI, 13)**.

9- É uma coisa muito linda, é uma benção de Deus!

O sujeito refere que a ajuda da cuidadora domiciliar é uma atribuição de Deus **(AVI, 9)**.

1- Eu acho muito importante.

O sujeito refere que a presença da cuidadora domiciliar é algo considerado importante **(AVI, 1)**.

20- [...] pena que vocês são poucas e o atendimento poderia ser bem maior porque tem muita gente nessa fase, pior que eu.

O sujeito refere que o número de cuidadoras domiciliares que realizam este trabalho é insuficiente e que, portanto, não abrange todos aqueles que necessitam **(AVI, 20)**.

21- Vocês não, vocês estão aí, dentro não do luxo, mas dentro da medida do possível, faz o necessário para amparar a gente [...] vocês estão presentes [...]

O sujeito refere que, dentro da simplicidade, o atendimento da cuidadora domiciliar traz amparo e acolhimento **(AVI, 21)**.

15- Ela me ajudou a tomar banho.

O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia na higiene pessoal dos usuários **(AVI, 15)**.

22- [...] ela saía comigo para consultas médicas... Os meus dentes que precisou arrancar tudo ela que acompanhou no Pronto Socorro.

O sujeito refere que a cuidadora domiciliar realiza o acompanhamento dos usuários a recursos socioassistenciais disponíveis na comunidade, como a ida ao Dentista e ao Pronto Socorro **(AVI, 22)**.

23- Ela ajudou a olhar até a fase do meu filho em que eu não tava bem e pra não me incomodar ela ficava na sala com ele pra eu poder dormir, descansar [...]

O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia no bem estar dos usuários mesmo quando o atendimento não é especificamente dele **(AVI, 23)**.

24- Ela é uma pessoa muito presente na minha vida.

O sujeito refere que a cuidadora domiciliar está sempre presente em sua vida **(AVI, 24)**.

Compreensão dos resultados

Redução

Tematização

O sujeito refere que com a ajuda da cuidadora domiciliar este se torna menos dependente **(VI, 19)**.

A presença da cuidadora domiciliar torna seus usuários menos dependentes.

O sujeito refere que a cuidadora domiciliar oferece muito amor nos atendimentos, sentimento que não recebe das pessoas com as quais convive **(VI, 17)**.

Tratamento diferenciado e amoroso aos usuários.

O sujeito refere que a presença da

A companhia da cuidadora domiciliar é

cuidadora é uma satisfação fazendo com que não se sintam sozinho (VI, 13).	uma forma de esquecer a solidão.
O sujeito refere que a ajuda da cuidadora domiciliar é uma atribuição de Deus (VI, 9).	Apoio da cuidadora domiciliar é considerado uma atribuição de Deus.
O sujeito refere que a presença da cuidadora domiciliar é algo considerado importante (VI, 1).	A presença da cuidadora domiciliar é positiva.
O sujeito refere que o número de cuidadoras domiciliares que realizam este trabalho é insuficiente e que, portanto, não abrange todos aqueles que necessitam (VI, 20).	O número de cuidadoras domiciliares é insuficiente para atender a demanda.
O sujeito refere que, dentro da simplicidade, o atendimento da cuidadora domiciliar traz amparo e acolhimento (VI, 21).	Atendimento simples de amparo, conselho e acolhimento.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia na higiene pessoal dos usuários (VI, 15).	Auxílio positivo na higiene pessoal dos usuários.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar realiza o acompanhamento dos usuários a recursos socioassistenciais disponíveis na comunidade, como a ida ao Dentista e ao Pronto Socorro (VI, 22).	Acompanhamento dos usuários a recursos socioassistenciais da comunidade é considerado fundamental.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia no bem estar dos usuários mesmo quando o atendimento não é especificamente dele (VI, 23).	Auxílio no bem estar dos usuários estendendo o atendimento a outros membros familiares.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar está sempre presente em sua vida (VI, 24).	Companhia da cuidadora domiciliar como presença constante na vida do usuário.

Participante 7 – A7

Entrevistadora: Como você compreende a relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal?

Participante 7: É difícil eu ter que tomar conta de mim... (19) A roupa eu mesmo lavava... A E. me levava na SORRI pra fazer a ginástica lá. Ela me acompanhava lá. (22) Agora esse negócio de roupa, comida, eu faço. Limpo a casa, lavo roupa, passo. Minha dificuldade é só a perna mesmo. Faltou a perna, né? Aconteceu que tampo as veias e teve que amputar. Aí eu fui internado, esperei vaga lá no Pronto Socorro e fiquei internado no Estadual, né? Aí eu pra não deixar minha esposa sozinha, porque eu moro mesmo, a minha casa mesmo é lá no Jardim Eldorado II... Aí eu fiz esse comodinho aqui e vim morar com a minha enteada e passaram poucos dias que vim pra cá e minha esposa morreu. Morreu dia 07 de Setembro do ano retrasado. Ah, envelhecer é muito ruim... Bom, no meu pensar, é muito desgosto que a gente passa... (silêncio). Porque tem gente que tem a vida boa e o outro não tem, né? Eu tenho desgosto com família, passo muita dificuldade com família, que dá trabalho pra gente. Então a gente vai colocando na cabeça, colocando na cabeça e envelhece! Eu tô com 77 anos e daqui a uns dias já vou pra 78 e sempre preocupado! Acontece uma coisa, acontece outra, é assim... Falta apoio

da família em casa... morre... É... (*silêncio*). Porque fiquei sem a minha mãe, sem pai, sem nada e eu era novo ainda. O pai era cabo da guarda civil e morreu com 51 anos. A minha mãe com 72, né? Agora quando a gente calha de não ficar tão sadio como eu era... já pra começar da saúde, né? Eu era sadio, sadio mesmo... Eu trabalhava dia e noite. Emendava o dia com a noite. Eu trabalhava na CESP e era operador de máquina. Só trabalhava com maquinário, né? E com tudo isso a gente vai enfraquecendo, né? A gente quer ganhar um dinheiro pra pagar o que não pode, né? E isso obriga a gente trabalhar desse jeito! Tinha dia que eu pegava às seis horas da manhã e ia largar às seis horas do outro dia trabalhando... e o serviço de máquina é pesado e muito perigoso... A gente não dorme, passa sono, trabalha sozinho à noite e passa muito medo também! Mas eu tinha preparo que não acontecia nada, né? Então tudo o que a gente põe na cabeça envelhece. É o fim de todo mundo ficar velho, né? Antes a gente era novo, agora tá velho, né? E cada vez mais a gente alcança a velhice, né? Tem muitos que desde que nasce já morre... Tem bastante assim! Tem gente que morre novo, aqui mesmo no Nova Esperança (*bairro de Bauru*), tem tantos que morre novo, novo... Esse negócio de má companhia deles, fuma as droga, né? E depois vão ficando doente até morrer. Ah, tinha serviços pra mim fazer que sozinho eu não faço. Colocar aquela perna que eu tenho aí, precisa de duas pessoas pra por a perna... uma pra enfaixar... essa perna foi feita errada porque ela não era pra ser feita de faixa e de válvula, era pra ser de amarrar. O médico chegou e falou baixo assim pra eu não ouvir muito, né? Ele disse que quando tirou a minha perna vermelhou, recheou e me proibiu de usar ela. Ele disse que ia mandar fazer outra, mas até hoje não fez. Se eu não achar por aqui eu vou pra outro canto, né?

Redução fenomenológica

Unidades de Significado	Redução
19- É difícil eu ter que tomar conta de mim [...]	O sujeito refere que, por ser sozinho, torna-se muito difícil cuidar de si mesmo (VII, 19).
22- A E. me levava na SORRI pra fazer a ginástica lá. Ela me acompanhava lá [...]	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar o acompanhava a recursos socioassistenciais disponíveis na comunidade, como a Fisioterapia (VII, 23).

Compreensão dos resultados	
Redução	Tematização
O sujeito refere que, por ser sozinho, torna-se muito difícil cuidar de si mesmo (VII, 19).	A presença da cuidadora domiciliar torna seus usuários menos dependentes.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar o acompanhava a recursos socioassistenciais disponíveis na comunidade, como a Fisioterapia (VII, 22).	Acompanhamento dos usuários a recursos socioassistenciais da comunidade é considerado fundamental.

Participante 8 – A8

Entrevistadora: Como você compreende a relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal?

Participante 8: Pra mim está sendo ótimo porque a cuidadora é muito prestativa (25), ela me ajuda muito tanto assim no lado material como pessoal, como conversar, me ajudar a não ficar nervosa, porque eu tenho muito problema, né? (11) Eu tenho problema familiar, os filhos que poderiam estar aqui me ajudando nem

vem ver eu... (26) Se eu preciso de um copo de água, eles vem lá vez ou outra, nem parece que eu sou mãe... Então **eu tenho ela não como cuidadora e ela mora no meu coração mesmo... como se fosse uma irmã, uma mãe, porque ela é muito boazinha mesmo** (16). Lá na APAE (*entidade que a usuária faz tratamento de reabilitação*) também ela fica comigo... (22) só que ela fica lá fora porque só o paciente que entra. Ela nunca me deixa sozinha (13), mas, volta e meia ela está ali, do meu lado. Quando eu tô precisando de água, café, então... **eu não tenho nada a reclamar dela...** (1) se eu tiver eu tô mentindo pra mim mesma, né? Ela tem sido boa mesmo. A S. (*cuidadora que atendia a usuária anteriormente*) também era boazinha. Eu fiquei até triste quando ela saiu, mas não era tão dedicada como a C. Ela ajuda além de levar eu na APAE ela às vezes chega e, **de repente, não tem comida pronta... aí ela corre e vai lá e faz a comidinha pra mim... espera eu comer porque eu tô com problema de engasgar, tanto que eu tô tratando com a Fono, né? E ela dá água, faz o café e ela procura fazer o mais rápido possível pra ir embora, né?** (3) **Mas pra mim ela é uma benção que Deus pôs no meu caminho** (9) **porque quando a S. entrou eu tava tensa, muito nervosa...** Ela via a situação deles tratar eu aqui, dos que ficam comigo em casa que seria o filho e o neto e... mas ela não falava nada... aí quando eles saíam **ela aconselhava eu, como uma mãe sabe? Uma mãe que se dedica à filha, que dá conselho pra eu não ficar nervosa desse jeito...** (22) **Eu chorava de desgosto e ela falava que eu ia acabar ficando mais doente ainda e eles não estão nem aí, eles estão forte, vão pra onde quer passear e voltam parecendo que não aconteceu nada. E de fato o que ela falava era verdade...** (26) No dia seguinte que eu ia ver... ficava sentindo mal, sentindo depressão, por causa da tristeza que tenho dessa insatisfação e não ter o carinho e o apoio dos filhos... não ter o apoio de quem eu criei com tanto amor, com tanto carinho... aí eu começava a chorar, chorar, chorar! Aí quando tinha alguma pessoa eles me davam água com açúcar e aí a ambulância vinha me buscar... Aí começou assim, antes quando eu tinha que ir na APAE era o neto que levava, me xingando, maltratando eu... eu me fazia de forte sabe, pra nenhum enfermeiro escutar... mas uma vez o enfermeiro escutou... O enfermeiro não falou nada com ele, mas quando ele foi buscar a cadeira o enfermeiro falou pra eu procurar a Assistente Social pra tomar providências e arrumar uma cuidadora porque o que esse menino tá fazendo não está certo... Se ele for denunciado contra o idoso ele tá perdido... ele não pode fazer isso com a Senhora! Foi onde eu pedi ajuda porque estava sofrendo... **Ela vem dois dias, mas pra mim já é uma semana inteira** (25). **Eu me sinto tão bem! O dia que aconteceu dela não vim por causa de reunião, eu sinto aquela falta dela sabe? E é assim filha... Às vezes eu sinto solidão, principalmente quando ela vai embora.** (28) Agora que eu acho que vai dar um pouquinho de melhora porque a namorada do meu filho chega as seis, sete horas... Aí à noite eu já não me sinto tão sozinha, né? Mas de dia eu já sinto... que nem ele (*referindo-se ao filho*) já chegou do serviço. Trabalhou à noite e tem que dormir, né? Então eu vou ficar praticamente sozinha... Aí eu ligo a televisão pra não passar nervoso nenhum... porque esse problema meu é isso aí, tem que esperar em Deus e nos médicos, né? Então aí eu vou bem! Agora de vez em quando a E. (*outra filha*) vem ver eu... mas agora ela arrumou um serviço... então agora é Deus e eu mesmo! Mas aí volta e meia também o R. (*neto*) tá vindo aqui. Ele trabalha no mercado e ao invés dele ir pra casa, ele vem me ver! Aí quando dá o horário da mulher dele sair do mercado, ele vai embora uns dez minutos antes... aí ele começa a fazer o almocinho deles lá e ela também porque tem horário também, né? Eu sei que eu tô na terceira idade que fala, né? Mas não me sinto velha! Eu sinto que meu espírito é uma criança! Não me sinto velha, sinceramente... Todo mundo fala, que nem ele mesmo às vezes, vai brigar comigo e fala “essa velha”. E eu falo “velha não, eu não me sinto velha”. O meu corpo pode estar ficando velho, mas o meu espírito e minha alma tá forte como se fosse uma criança. É quando aparece todas as dores, reumatismo, rugas, né? E já não tem mais aquela força que uma moça tem... vai perdendo a força, né? Eu acho que é isso aí. Mas eu não me preocupo muito não! Eu me preocupo é de voltar a andar. Eu queria que o médico falasse que eu vou voltar a andar. Não tem importância andar devagar... Eu ainda falei isso pra ele “o Senhor tá falando isso, mas Deus tem mais poder e eu vou andar devagar, mas vou andar normal”. Falei bastante em Deus pra ele. Aí o médico falou pra meu filho que eu tinha razão de ficar desse jeito, nervosa como eu sempre fico, porque dez anos não é dez dias. É na cama, na cadeira de rodas! Não tenho lazer... se a cada quinze dias eles me

levassem... eu gosto muito de bicho, papagaio, no zoológico. Eu já pedi até pro meu neto, mas ele não fala que não vai levar, mas nunca leva... O filho também... como trabalha de palhaço, faz evento, festa, ele quase não tem tempo... Então eu fico só dentro de casa e, de vez em quando, eu peço pra alguém me levar lá fora... mas não é mesma coisa que sair e ver gente! A própria médica que atende eu aqui falou pro meu filho pra levar eu pra poder ter um... do tipo de um piquenique... passar umas horas pra tomar aquele ar... mas ninguém leva. Tudo isso já não ajuda eu, né, no tratamento. Eu só sei que ela falou meia brava... Ele só diz que nunca tem tempo, sabe? É impossível que nunca, né? Pelo menos uma vez por mês... mas aí eu não falei nada e fiquei quieta. E ela perguntou o porquê deles não poderem dar nenhuma assistência pra mim. A médica falou que eles tem que ter tempo sim e perguntou se eles não param pra comer, pra tomar banho, pra sair e ir passear... e porque pra mãe eles não tem direito. Ela falou "você estão pensando que vocês nasceram já formados?". Aí eles ficaram quietinhos... Ela falou da boca dela, né? Ela achou um horror o tratamento dos filhos comigo! No meu prontuário tá lá: paciente desprezada pela família. Ela falou que se acontecer alguma coisa, isso tá lá no prontuário e já faz dez anos que ela cuida de mim... Ela sabe da minha vida e dá todo o apoio.

Redução fenomenológica

Unidades de Significado	Redução
25- Pra mim está sendo ótimo porque a cuidadora é muito prestativa.	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar é muito prestativa nos cuidados com ele (VIII, 25).
11- Ela me ajuda muito tanto assim no lado material como pessoal, como conversar, me ajudar a não ficar nervosa, porque eu tenho muito problema [...]	O sujeito refere que a cuidadora lhe ajuda a não ficar nervosa frente aos seus problemas (VIII, 11).
26- Eu tenho problema familiar, os filhos que poderiam estar aqui me ajudando nem vem ver eu [...]	O sujeito refere ao fato de ser abandonada e negligenciada pelos familiares (VIII, 26).
16- [...] eu tenho ela não como cuidadora e ela mora no meu coração mesmo... como se fosse uma irmã, uma mãe, porque ela é muito boazinha mesmo.	O sujeito refere a cuidadora domiciliar como se fosse alguém de sua família (VIII, 16).
22- Lá na APAE também ela fica comigo [...] só que ela fica lá fora porque só o paciente que entra.	O sujeito refere ao acompanhamento a recursos socioassistenciais da comunidade realizado pela cuidadora domiciliar, como ao tratamento de reabilitação na APAE (VIII, 22).
13- Ela nunca me deixa sozinha [...]	O sujeito se refere ao fato da cuidadora domiciliar ser presença constante em sua vida (VIII, 13).
1- Quando eu tô precisando de água, café, então [...] eu não tenho nada a reclamar dela.	O sujeito refere que a presença da cuidadora domiciliar é algo positivo em sua vida (VIII, 1).
6- [...] de repente não tem comida pronta [...] aí ela corre e vai lá e faz a comidinha pra mim... espera eu comer porque eu tô com problema de engasgar...	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia no preparo das refeições e na forma como o usuário se alimenta (VIII, 3).

9- Mas pra mim ela é uma benção que Deus pôs no meu caminho[...]	O sujeito refere que a ajuda da cuidadora domiciliar é algo provindo de Deus (VIII, 9) .
21- [...] ela aconselhava eu como uma mãe, sabe? Uma mãe que se dedica à filha, que dá conselho pra eu não ficar nervosa desse jeito... Eu chorava de desgosto e ela falava que eu ia acabar ficando mais doente ainda [...]	O sujeito refere que, como um membro familiar, a cuidadora domiciliar lhe ajuda a não ficar nervosa com seus problemas, através de conselhos (VIII, 21) .
26- Eu chorava de desgosto e ela falava que eu ia acabar ficando mais doente ainda e eles não estão nem aí, eles estão forte, vão pra onde quer passear e voltam parecendo que não aconteceu nada. E de fato o que ela falava era verdade [...]	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar ajuda na elaboração de estratégias para driblar o abandono e a negligência dos familiares, evitando o sofrimento (VIII, 26) .
24- Ela vem dois dias, mas pra mim já é uma semana inteira [...]	O sujeito refere que os momentos produtivos em que a cuidadora domiciliar está com ele valem pela semana toda (VIII, 24) .
27- Eu me sinto tão bem! O dia que acontece dela não vim por causa de reunião eu sinto aquela falta, sabe? Às vezes eu sinto solidão, principalmente quando ela vai embora.	O sujeito refere que os dias em que a cuidadora domiciliar não está presente ou quando esta vai embora sua solidão é acentuada (VIII, 26) .

Compreensão dos resultados	
Redução	Tematização
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar é muito prestativa nos cuidados com ele (VIII, 25) .	A cuidadora domiciliar é muito prestativa nos cuidados realizados com os usuários.
O sujeito refere que a cuidadora lhe ajuda a não ficar nervosa frente aos seus problemas (VIII, 11) .	A cuidadora domiciliar é considerada uma companhia agradável para conversar.
O sujeito refere ao fato de ser abandonada e negligenciada pelos familiares (VIII, 26) .	A presença da cuidadora domiciliar diminui os efeitos negativos do abandono e da negligência causada pelos familiares.
O sujeito refere a cuidadora domiciliar como se fosse alguém de sua família (VIII, 16) .	Usuários considerados membros familiares pela cuidadora domiciliar.
O sujeito refere ao acompanhamento a recursos socioassistenciais da comunidade realizado pela cuidadora domiciliar, como ao tratamento de reabilitação na APAE (VIII, 22) .	Acompanhamento dos usuários a recursos socioassistenciais da comunidade é considerado fundamental.
O sujeito se refere ao fato da cuidadora domiciliar ser presença constante em sua vida (VIII, 13) .	A companhia da cuidadora domiciliar é uma forma de esquecer a solidão.
O sujeito refere que a presença da cuidadora domiciliar é algo positivo em sua vida (VIII, 1) .	A presença da cuidadora domiciliar é positiva.

O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia no preparo das refeições e na forma como o usuário se alimenta (VIII, 3).	A cuidadora domiciliar é boa cozinheira.
O sujeito refere que a ajuda da cuidadora domiciliar é algo provindo de Deus (VIII, 9).	Apoio da cuidadora domiciliar é considerado uma atribuição de Deus.
O sujeito refere que, como um membro familiar, a cuidadora domiciliar lhe ajuda a não ficar nervosa com seus problemas, através de conselhos (VIII, 21).	Atendimento simples de amparo, conselho e acolhimento.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar ajuda na elaboração de estratégias para driblar o abandono e a negligência dos familiares, evitando o sofrimento (VIII, 26).	A presença da cuidadora domiciliar diminui os efeitos do abandono e da negligência causados pelos familiares.
O sujeito refere que os momentos produtivos em que a cuidadora domiciliar está com ele valem pela semana toda (VIII, 24).	Companhia da cuidadora domiciliar como presença constante na vida do usuário.
O sujeito refere que os dias em que a cuidadora domiciliar não está presente ou quando esta vai embora sua solidão é acentuada (VIII, 26).	A presença da cuidadora domiciliar diminui os efeitos do abandono e da negligência causados pelos familiares.

Participante 9 – A9

Entrevistadora: Como você compreende a relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal?

Participante 9: Ela faz comida (3) e limpa a casa (6)... Ela pergunta pra mim se tem algo pra fazer... (1) Roupa ela não lava... Ela vem em casa só um pouquinho... É isso o que ela faz, ela não faz muita coisa aqui não! Ela foi comigo no dentista... (22) O J. (esposo) que ia levar né? Mas aí ela foi comigo e meu marido ficou aqui... Eu arrumei até um carro pra levar. Ela foi e depois ficou aqui. Ela me ajuda! De vez em quando ela aparece com uns trezinhos aqui (referindo-se a algumas verduras que a cuidadora doa). De vez em quando ela aparece com uma frutinha. (27) Ela é muito boazinha! (17) Ela combina muito com o J. Ela gosta de conversar com o J., nunca vi desse tanto! (23) Quando ela entrou aqui, ela não sabia nem telefonar direito. Agora ela ficou mais sabidinha, né? Ela telefona, atende o telefone agora... Ela vem em casa só na Terça, um pouquinho... Eu gosto que ela vem aqui porque ela sabe do que eu preciso. (21) Um dia o J. tava trabalhando lá embaixo, eu fiquei ruim, o J. não tava, ela que me levou! Mas eu passei mal, achei que ia morrer e o R. (enfermeiro do PSF) não quis me dar o Dozegan (modo de falar Diazepan). O J. achou ruim... Ele não pode mais trabalhar de empregado, ele não pode mais não! Ele não tava dando mais nada pra mim... Eu tava enfraquecendo a cabeça, parecia que ia morrer... Eu tenho medo de envelhecer... Minha idade já tá... eu tenho 72, eu já tô velha, né? Agora eu tenho medo de ficar de cama. Eu não ocupo o banco mais, a cadeira tá ali... Eu tenho um gato, tenho a cachorra e não fico sozinha. Não tem mulher que fica velha e os outros ficam perguntando o que é? Eu tenho medo de ficar bem velhinha... Minha sogra morreu com 105 anos... Não, não, 91. Não é cento não! Ela morreu com 91. Ela morreu com 91, ficou parálitica, né? Eu tenho medo de ficar velha e não dar conta de nada... Eu não tive filhos... É muito difícil uma pessoa sem filhos! Filho dá um pouco de ajuda pra gente! Eu sinto falta dessa ajuda!

Redução fenomenológica

Unidades de Significado	Redução
3- Ela faz comida.	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia no preparo das refeições (IX, 3) .
6- [...] e limpa a casa [...]	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia nas tarefas domésticas e organização da casa (IX, 6) .
1- Ela pergunta pra mim se tem algo pra fazer [...]	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia nas tarefas domésticas e organização da casa (IX, 6) .
22- Ela foi comigo no dentista [...]	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar acompanha o usuário aos recursos disponíveis na comunidade, como o Dentista (IX, 22) .
27- De vez em quando ela aparece com uns trezininhos aqui. De vez em quando ela aparece com uma frutinha [...]	O sujeito refere que a cuidadora leva frutas e outros mimos para o usuário (IX, 27) .
17- Ela é muito boazinha!	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar desempenha um tratamento carinhoso ao usuário (IX, 17) .
23- Ela combina muito com o J. Ela gosta de conversar com o J., nunca vi desse tanto!	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar tem um bom vínculo com o seu esposo (IX, 23) .
21- Eu gosto que ela vem aqui porque ela sabe do que eu preciso.	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar tem iniciativa e se antecipa às necessidades do usuário (IX, 21) .

Compreensão dos resultados	
Redução	Tematização
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia no preparo das refeições (IX, 3) .	A cuidadora domiciliar auxilia no preparo das refeições e é uma boa cozinheira.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia nas tarefas domésticas e organização da casa (IX, 6) .	Auxílio efetivo na limpeza e organização da casa.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar acompanha o usuário aos recursos disponíveis na comunidade, como o Dentista (IX, 22) .	Acompanhamento dos usuários a recursos socioassistenciais da comunidade é considerado fundamental.
O sujeito refere que a cuidadora leva frutas e outros mimos para o usuário (IX, 27) .	A cuidadora domiciliar oferece alimentos e outros mimos para os usuários.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar desempenha um tratamento carinhoso ao usuário (IX, 17) .	Tratamento diferenciado e amoroso aos usuários.

O sujeito refere que a cuidadora domiciliar tem um bom vínculo com o seu esposo (IX, 23).

O sujeito refere que a cuidadora domiciliar tem iniciativa e se antecipa às necessidades do usuário (IX, 21).

Auxílio no bem estar dos usuários estendendo o atendimento a outros membros familiares.

Atendimento simples de amparo, conselho e acolhimento.

Participante 10 – A10

Entrevistadora: Como você compreende a relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal?

Participante 10: Ela ajuda bastante! (1) Ajuda a por em ordem a casa, que deixar tudo por conta da G. (esposa) ela não tem condição, né? (6) Então a C. (nome da cuidadora) tem servido bastante! Ela cuida da casa, faz o almoço (3), tudo que é necessário pra casa a C. faz. Ela está com a gente desde que a mulher deu problema... eu não me lembro bem a data... eu tive que tomar providências pra arrumar alguém que cuidasse da casa e da G. E antes ela vinha cedo e à tarde, né? Agora ela vem uma vez por semana, mas já tá bom, né? Eu tenho meus afazeres, né? Eu tenho cinco afazeres, né? Cuidar da casa, cuidar da mulher, cuidar da manutenção da casa, comprar, pagar... então é minha obrigação, né? Nem posso trabalhar pra ninguém pra cuidar da casa, né? Não é difícil pra mim fazer essas atividades, absolutamente não... Nunca foi porque sempre eu, desde que eu andava no mundo eu sempre cuidei dos afazeres, né? Nunca achei difícil. É um costume né que eu tenho... de cuidar da casa. É de todos nós nessa vida, né? É pensar no bem... Eu sinceramente tenho uma doutrina que, graças a Deus, eu me sinto bem. Eu não me sinto velho... A pessoa quando se sente velha, ela está desanimada da vida, né? Porque ela não tem uma coisa muito certa com ela... Eu não me sinto porque eu tenho disposição pra tudo, né? Isso é quando a pessoa não pode fazer nada, mas eu sinceramente não me sinto velho porque eu tenho disposição pra tudo, né? E eu sou uma pessoa que tenho acanhamento de se humilhar, né? Nunca gostei de me humilhar não... Não é que eu tenho dificuldade de pedir ajuda... é receio, né? Porque muitas vezes a pessoa não faz do jeito que a gente quer... Eu tenho o meu sistema, né?

Redução fenomenológica

Unidades de Significado	Redução
1- Ela ajuda bastante!	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia em tudo o que é necessário (X, 1).
6- Ajuda a por ordem em casa, que deixar tudo por conta da G. ela não tem condição, né?	O sujeito refere que, por sua esposa não apresentar condições de realizar todas as tarefas domésticas, a cuidadora domiciliar auxiliar a colocar a casa em ordem (X, 6).
3- [...] faz o almoço [...]	O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia no preparo das refeições (X, 3).
1- [...] tudo o que é necessário a pra casa a C. faz.	O sujeito refere que tudo o que é necessário ser feito em casa a cuidadora domiciliar ajuda (X, 1).

Compreensão dos resultados	
Redução	Tematização
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia em tudo o que é necessário (X, 1).	A presença da cuidadora domiciliar é positiva.
O sujeito refere que, por sua esposa não apresentar condições de realizar todas as tarefas domésticas, a cuidadora domiciliar auxiliar a colocar a casa em ordem (X, 6).	Auxílio efetivo na limpeza e organização da casa.
O sujeito refere que a cuidadora domiciliar auxilia no preparo das refeições (X, 3).	A cuidadora domiciliar auxilia no preparo das refeições e é uma boa cozinheira.
O sujeito refere que tudo o que é necessário ser feito em casa a cuidadora domiciliar ajuda (X, 1).	A presença da cuidadora domiciliar é positiva.

Participante 11 – A11

Entrevistadora: Como você compreende a relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal?

Participante 11: Ajuda a limpar a casa, lavar roupa (6), porque se não tivesse ela seria muito ruim pra mim (19) porque tem dia que, agora depois do piso, que eu mandei colocar o piso, fica mais fácil pra limpar, mas de primeiro não tinha como limpar... e agora roupa não tem jeito, eu não consigo lavar roupa! Então ela lava a roupa, passa, quando tem... Tem dia que quase não tem roupa pra passar! Aí ela varre, só dá uma limpada no chão (6). Ela me acompanha também (22). Ela já foi às vezes que precisou, umas duas ou três vezes, não me lembro bem, ela vai comigo. Dia de fazer Endoscopia eu não posso ir sozinho (22). Essa ajuda é importante porque eu não posso contar com parente (26). Os parentes que eu podia contar se morassem aqui era meus filhos, mas com os parentes que mora aqui eu não posso contar. Até se eu ficar ruim aqui e ir pro Pronto Socorro ou precisar chamar o SAMU não posso contar não porque a que mora mais perto, que é essa minha irmã aqui do lado, eu não posso contar com ela não. Tem dia que quando bate a depressão está sendo difícil pra mim... (29) Desde os anos 70 eu tomo calmante, eu tomo Diazepan. E o posto que atende sabe do meu caso, mas não para médico aí. Fica um mês um já sai e vem outro... E como eles não sabem do caso meu eles não querem me dar o Diazepan, sendo que eu não posso ficar sem tomar. Eu me sinto sozinho por tudo, né? Por causa da doença... Porque se eu tivesse saúde... Depois que eu perdi a minha saúde, quando eu fui morar sozinho, no começo da minha separação. Eu separei e já estava doente, né? Aí não tinha mais condições de ficar nós dois juntos, eu e minha mulher, aí eu saí de casa, né? Aí eu aluguei um cômodo e fui morar sozinho... morei em pensão, morei em quartinho, morei com a minha irmã que é casada de novo... Aí quando eu não tava na casa de parente eu tava no hospital. A minha vida foi mais dentro de hospital psiquiátrico... eu tive em Tupã duas vezes nos anos 70, depois das operações que eu fiz, a primeira foi aqui em Bauru e as outras três em Jau. Na terceira operação em Jau o médico já tinha tirado o estômago, feito a aderência e o médico me orientou a procurar um hospital psiquiátrico porque se não você não arriba, pois a sua úlcera foi operada errada. Ele já sabia da minha história, né? Eu tinha trauma de família por causa da separação... quando eu mais precisei da minha mulher, eu não achei apoio de ninguém... pai e mãe eu já não tinha naquela época, as crianças eram pequenas... a gente não combinava mais, ela tinha gênio muito forte, sempre teve gênio forte... eu sofri muito, vivi dez anos de casado com sofrimento... Ela saiu de casa e eu morava no sítio ainda... Ela saiu de casa e levou a menina mais nova e ficou três meses sem a gente saber onde ela estava... aí eu ainda tinha meus pais. Então a minha vida começou assim, né? Depois ainda que a gente ficou sabendo onde ela estava, minha sogra veio comigo buscar ela, perguntar o que aconteceu, ela veio com desculpa, pedir

desculpa que ela sempre foi assim, né? Aí eles queriam que a gente voltasse... voltou e ficamos mais dois anos no sítio e mudamos aqui pra Bauru. No início, uns dois, três anos foi bem... depois começou tudo de novo! Eu trabalhava, eu não era doente ainda... Aí começou tudo de novo, ela me xingava muito e eu passava muito nervoso. Eu no serviço tava bem, quando eu chegava em casa me dava um nó na garganta assim... E era assim, cheguei a ser despejado... O dono me pediu a casa e disse que era por causa da minha mulher, dizendo que acontecia isso, isso e isso... Ele era policial, né? Minha mulher pegava o mesmo ônibus que ele e não por mim, mas por causa da minha mulher... as crianças eram pequenas, né? Quer dizer que eu passei por tudo isso... Aí nesse meio tempo eu fiquei doente no serviço. Eu tava trabalhando, eu trabalhei até as 11 horas, fui almoçar e aí eu fiquei doente. Comecei a vomitar e vim pra casa... parei várias vezes no caminho vomitando até as 5 horas, hora dela chegar. Quando ela chegou me levaram pro Hospital de Base e os médicos me perguntaram o que eu tinha comido, quem fez a comida, o setor que eu trabalhava, o que eu fazia, onde eu trabalhava... Naquele tempo a Medicina estava lá embaixo então eles disseram que foi um tipo de intoxicação. E veio vindo, né? Isso foi logo no início quando eu fiquei doente... Em 1970 eu internei no hospital psiquiátrico, a primeira internação minha... Eu sentia aquela queimação, aí vinha leite gelado pra mim. O doutor pediu a chapa do estômago e o médico falou que eu tinha uma úlcera e ele disse que eu tinha que operar se não eu teria que comer sopinha toda a vida... O psiquiatra me deu alta do hospital e o outro médico marcou a operação. Antes de operar passei por outros médicos e eles falaram que não era causa de operação porque era úlcera nervosa porque você está muito abalado, está com esgotamento e não é causa de operação não... Quando voltei no meu médico ele falou que eu tinha que operar sim e se você não operar vai ficar toda a vida assim... Aí eu operei, né? Fazer o quê? Eu era novo aqui em Bauru. Depois que eu operei eu fiquei pior... Depois da operação eu não conseguia mais ficar sozinho em casa... era só ficar sozinho que me dava crise! Eu começava a tremer, disparava o coração, a vista embarçava... até hoje se eu ficar sem o meu remédio a vista embarça assim e eu começo tremer e aquela ansiedade, sabe? Eu não posso é ficar sem dormir... eu preciso tomar calmante. Ficar sozinho não... eu sinto solidão. Solidão eu sinto! Mesmo com calmante eu sinto aquela tristeza, sabe? São muitos anos nessa vida, muitos anos sozinho... e outra, pai e mãe faleceram já há muitos anos, né? E quando aconteceu isso, eles já tinham falecido... eu tive apoio de uma cunhada que foi uma segunda mãe naquela hora, no começo da minha doença, nas operações eu fiquei na casa dela muito tempo. Essa que mora próximo eu tive apoio agora quando eu tive hepatite porque eu saía do hospital e não tinha condições, né? Nem falar eu falava... Depois eu fiquei dois meses e meio no hospital porque eu não comia, não dormia, eu fiquei que nem um... sei lá... eu nem gosto de lembrar! Sei lá... não tem muito tempo mais pra mim aqui não. Eu tô fazendo hora extra já. Ficar velho pra mim é doença, né? É ficar dando trabalho pros outros. E eu já dei muito trabalho! Pra você ver, eu fiquei doente em 69 e daí pra cá... eu fui aposentado depois da operação e eu não tinha 30 anos... Todo esse tempo sem trabalhar, sozinho, sempre precisando dos outros, dando trabalho para parente e mais da metade da minha vida, que eu vivi até agora, eu não aproveitei... e tem outra coisa, um trauma que eu tenho... porque eu não queria casar, eu casei forçado, sabe? E isso aí, desde que eu casei que começou o problema na minha vida. Entendeu? (*silêncio*)... Eu não tive juventude... eu tive infância, mas juventude eu não tive! Eu tinha uma vida maravilhosa com os meus pais... Então quando foi pra me casar e obrigaram a me casar, eu falei pros meus pais que eu não queria... E mesmo assim me forçaram porque naquele tempo a gente tinha que obedecer os pais. E não foi meus pais que me obrigaram a casar, só que eles não me deram força... Os pais dela fizeram aquela pressão, sabe quando uma pessoa não tem conhecimento de nada? Nasci no sítio, nunca estudei, nunca participei de nada... eu tava começando a minha juventude naquele tempo, tinha dezessete anos! Sabe... as coisas que eu não tive quando eu era novo, na mocidade, eu procuro preencher hoje. Às vezes é um relógio, uma roupa, entendeu? Eu acho uma roupa bonita, eu compro! Se eu puder comprar, eu compro. Tem coisas que eu vejo na cidade, que eu gosto, eu já tenho 70 anos... acredita que eu vou em tal lugar, na igreja com essa roupa, às vezes uma pulseira, um relógio, uma cinta e... sei lá... tem muitas coisas que eu procuro preencher agora daquilo que faltou em mim!

Redução fenomenológica

Unidades de Significado	Redução
6- Ajuda a limpar a casa, lavar a roupa [...]	Sujeito refere ao auxílio da cuidadora nas tarefas domésticas (XI, 6) .
19- [...] porque se não tivesse ela seria muito ruim pra mim.	Sujeito refere a dificuldade de ser sozinho e não ter ajuda de ninguém (XI, 19) .
6- e agora roupa não tem jeito! Eu não consigo lavar roupa! [...] então ela lava roupa, passa, quando tem [...] Tem dia que quase não tem roupa pra passar! Aí ela varre, só dá uma limpada no chão.	Sujeito refere a dificuldade que possui de organizar a casa e realizar as atividades domésticas (XI, 6) .
22- Ela me acompanha também [...] Dia de fazer Endoscopia eu não posso ir sozinho.	Sujeito refere ao acompanhamento realizado pela cuidadora domiciliar aos recursos socioassistenciais, como o exame de Endoscopia (XI, 22) .
26- Essa ajuda é importante porque eu não posso contar com parente.	Sujeito refere ao fato da negligência dos parentes em suas necessidades (XI, 26) .
29- Tem dia que quando bate a depressão está sendo difícil pra mim [...]	Sujeito refere a presença da cuidadora como um alívio para os sintomas da depressão (XI, 28) .

Compreensão dos resultados	
Redução	Tematização
Sujeito refere ao auxílio da cuidadora nas tarefas domésticas (XI, 6) .	Auxílio efetivo na limpeza e organização da casa.
Sujeito refere a dificuldade de ser sozinho e não ter ajuda de ninguém (XI, 19) .	A presença da cuidadora domiciliar torna seus usuários menos dependentes.
Sujeito refere a dificuldade que possui de organizar a casa e realizar as atividades domésticas (XI, 6) .	Auxílio efetivo na limpeza e organização da casa.
Sujeito refere ao acompanhamento realizado pela cuidadora domiciliar aos recursos socioassistenciais, como o exame de Endoscopia (XI, 22) .	Acompanhamento dos usuários a recursos socioassistenciais da comunidade é considerado fundamental.
Sujeito refere ao fato da negligência dos parentes em suas necessidades (XI, 26) .	A presença da cuidadora domiciliar diminui os efeitos negativos do abandono e da negligência causados pelos familiares.
Sujeito refere a presença da cuidadora como um alívio para os sintomas da depressão (XI, 29) .	Apoio da cuidadora domiciliar como alívio para os sintomas da depressão.

6.2 Análise Nomotética

Foram extraídas as seguintes tematizações dos depoimentos:

1. A presença da cuidadora domiciliar é positiva.
2. A cuidadora domiciliar é uma amiga.
3. A cuidadora domiciliar auxilia no preparo das refeições e é uma boa cozinheira.
4. A cuidadora domiciliar ajuda, através do incentivo, a superar obstáculos.
5. A presença do serviço SAD como um todo é muito importante para a vida do usuário.
6. Auxílio efetivo na limpeza e organização da casa.
7. Influência positiva na autoestima dos usuários.
8. Presença da cuidadora domiciliar proporciona aos usuários mais ânimo para viver.
9. Apoio da cuidadora domiciliar é considerado uma atribuição de Deus.
10. O auxílio da cuidadora domiciliar na compra e administração de medicamentos é considerado algo necessário.
11. A cuidadora domiciliar é considerada uma companhia agradável para conversar.
12. A ajuda da cuidadora domiciliar nas compras domésticas e atividades de vida diária e prática é algo muito bom.
13. A companhia da cuidadora domiciliar é uma forma de esquecer a solidão.
14. A presença da cuidadora domiciliar significa apoio e referência na vida do usuário.
15. Auxílio positivo na higiene pessoal dos usuários.
16. Usuários considerados membros familiares pela cuidadora domiciliar.
17. Tratamento diferenciado e amoroso aos usuários.
18. Apreensão dos usuários com a possibilidade da perda da ajuda da cuidadora domiciliar.

- 19.A presença da cuidadora domiciliar torna seus usuários menos dependentes.
- 20.O número de cuidadoras domiciliares é insuficiente para atender a demanda.
- 21.Atendimento simples de amparo, conselho e acolhimento.
- 22.Acompanhamento dos usuários a recursos socioassistenciais da comunidade é considerado fundamental.
- 23.Auxílio no bem estar dos usuários estendendo o atendimento a outros membros familiares.
- 24.Companhia da cuidadora domiciliar como presença constante na vida dos usuários.
- 25.A cuidadora domiciliar é muito prestativa nos cuidados realizados com os usuários.
- 26.A presença da cuidadora domiciliar diminui os efeitos negativos do abandono e da negligência causada pelos familiares.
- 27.A cuidadora domiciliar oferece alimentos e outros mimos aos usuários.
- 28.As faltas das cuidadoras domiciliares são consideradas negativas.
- 29.Apoio da cuidadora domiciliar como alívio para os sintomas da depressão.

Categorias	Depoimentos
CATEGORIA 1: O cuidador domiciliar formal e o apoio, companhia e acolhimento aos usuários	[...] foi muito bom porque eu já me sentia dependente e sempre é bom ter uma pessoa acompanhando (AI,1). [...] principalmente pra fazer amizade (AI,2). O SAD tem sido muito importante (AI,5). Dava mais ânimo de vida, sabe? (AII,8). Ah é uma maravilha, minha filha (AIII,1). [...] é a coisa mais linda que Deus me deu! (AIII,9). A C. é boa pra mim. Ela conversa [...] (AIII,11). [...] porque eu não tenho mais ninguém, eu não tenho mais ninguém [...] (AIII,12). Todo dia eu tomo o meu banhinho. Eu levantei minha blusa e falei pra ela ver se as minhas costas não tá encardida

(AIII,14).

Olha pra mim é a melhor coisa do mundo! (AIV,1).

Eu não tenho filho (AIV,13).

Olha [...] a L. eu adoro ela, ela é fora de série, só que ela falta! Ela tem problema com o pé dela [...] (AIV,28).

[...] conversa com ele (AIV,11).

[...] como se fosse um ente querido dela [...] (AIV,16).

Ela me ajuda demais [...] não tem sol, não tem chuva, não tem calor, não tem frio, ela ajuda mesmo! (AIV,1).

Ah, ela ajuda em tudo o que precisa (AV,1).

[...] ela dá muito amor pra gente (AV,17).

Ela conversa sobre assuntos de casa, dela... que nem quando o L. faleceu que vieram pedir pra ela ajudar, só de conversar, de sair, já é bom [...] (AV,11).

[...] e só de conversar já tá bom! Distrai a gente quando tá meio nervoso [...] Eu gosto de conversar com ela. Eu me sinto muito bem, eu gosto da S. Ela fala dela, da família dela [...] (AV,11).

Se eu perder ela e quando eu ficar velha, como que faz se eu precisar dela? Aí é difícil de eu pegar gente depois, né? (AV,18).

[...] eu dependo de uma companhia, de alguém que me auxilie [...] Dependo de pessoas, dependo até agora. Não só do auxílio de pessoas pra me acompanhar como também pra me ajudar financeiramente em tudo (AVI,19).

Além da gente ter o apoio pessoal de vocês, a gente sente que vem um pouco de amor também junto com essas coisas [...] coisas que tem certas pessoas que embora a gente tenha muita convivência não conseguem dar (AVI,17).

[...] é uma grande satisfação porque a gente sente que não tá sozinho porque inclusive nessas fases, principalmente na velhice, eu acho que as pessoas ficam muito só, mesmo tendo família às vezes são colocadas no quatinho do fundo, atrapalha, dá despesa, um não quer e o outro também não quer! (AVI,13).

É uma coisa muito linda, é uma benção de Deus! (AVI,9).

Eu acho muito importante (AVI,1).

[...] pena que vocês são poucas e o atendimento poderia ser bem maior porque tem muita gente nessa fase, pior que eu (AVI,20).

Vocês não, vocês estão aí, dentro não do luxo, mas dentro da medida do possível, faz o necessário para amparar a

gente[...] vocês estão presentes [...] (AVI,21).

[...] ela saía comigo para consultas médicas [...] Os meus dentes que precisou arrancar tudo ela que acompanhou no Pronto Socorro (AVI,22).

Ela ajudou a olhar até a fase do meu filho em que eu não tava bem e pra não me incomodar ela ficava na sala com ele pra eu poder dormir, descansar [...] (AVI,23).

Ela é uma pessoa muito presente na minha vida (AVI,24).

É difícil eu ter que tomar conta de mim [...] (AVII,19).

A E. me levava na SORRI pra fazer a ginástica lá. Ela me acompanhava lá [...] (AVII,23).

Pra mim está sendo ótimo porque a cuidadora é muito prestativa (AVIII,25).

Ela me ajuda muito tanto assim no lado material como pessoal, como conversar, me ajudar a não ficar nervosa, porque eu tenho muito problema [...] (AVIII,21).

Eu tenho problema familiar, os filhos que poderiam estar aqui me ajudando nem vem ver eu [...] (AVIII,26).

[...] eu tenho ela não como cuidadora e ela mora no meu coração mesmo [...] como se fosse uma irmã, uma mãe, porque ela é muito boazinha mesmo (AVIII,16).

Lá na APAE também ela fica comigo [...] só que ela fica lá fora porque só o paciente que entra (AVIII,22).

Ela nunca me deixa sozinha... (AVIII,13).

Mas pra mim ela é uma benção que Deus pôs no meu caminho [...] (AVIII,9).

ela aconselhava eu como uma mãe, sabe? Uma mãe que se dedica à filha, que dá conselho pra eu não ficar nervosa desse jeito [...] Eu chorava de desgosto e ela falava que eu ia acabar ficando mais doente ainda [...] (AVIII,21).

Eu chorava de desgosto e ela falava que eu ia acabar ficando mais doente ainda e eles não estão nem aí, eles estão forte, vão pra onde quer passear e voltam parecendo que não aconteceu nada. E de fato o que ela falava era verdade... (AVIII,26).

Ela vem dois dias, mas pra mim já é uma semana inteira [...] (AVIII,24).

Eu me sinto tão bem! O dia que acontece dela não vim por causa de reunião eu sinto aquela falta, sabe? Às vezes eu sinto solidão, principalmente quando ela vai embora (AVIII,27).

Ela pergunta pra mim se tem algo pra fazer [...] (AIX,6).

Ela foi comigo no dentista [...] (AIX,22).

De vez em quando ela aparece com uns trezininhos aqui. De vez em quando ela aparece com uma frutinha [...] (AIX,27).

Ela é muito boazinha! (AIX,17).

Ela combina muito com o J. Ela gosta de conversar com o J., nunca vi desse tanto! (AIX,23).

Eu gosto que ela vem aqui porque ela sabe do que eu preciso (AIX,21).

Ela ajuda bastante! (AX,1).

[...] porque se não tivesse ela seria muito ruim pra mim (AXI,19).

Ela me acompanha também [...] Dia de fazer Endoscopia eu não posso ir sozinho (AXI,22).

Essa ajuda é importante porque eu não posso contar com parente (AXI,26).

Tem dia que quando bate a depressão está sendo difícil pra mim [...] (AXI,28).

**CATEGORIA 2:
O cuidador domiciliar
formal e as atividades de
vida diária e prática
dos usuários**

[...] foi muito bom porque eu já me sentia dependente e sempre é bom ter uma pessoa acompanhando (AI,1).

[...] eu senti até um certo benefício, a D. é muito boa cozinheira (AI,3).

O SAD tem sido muito importante (AI,5).

[...] tava cuidando da casa sozinha, era tudo por conta minha e eu tava apurada (AII,6).

Ela ajudava na cozinha [...] fazia prato diferente (AII,3).

Ah é uma maravilha, minha filha (AIII,1).

[...] eu prefiro que ela faça a comida pra mim. Porque ela faz uma comida gostosa demais. E o dia que ela vem eu como bem, viu? (AIII,3).

Ah, ela faz, de tudo ela faz! Ela limpa a casa pra mim, passa pano, limpa o banheiro, limpa, tira o pó dos móveis. Ah, às vezes ela lava a área pra mim [...] (AIII,6).

[...] ela me traz remédio, me compra comprimido [...] (AIII,10).

Eu dou o dinheiro e ela me compra pão pra mim [...] (AIII,12).

Todo dia eu tomo o meu banhinho. Eu levantei minha blusa e falei pra ela ver se as minhas costas não tá encardida

(AIII,14).

Olha pra mim é a melhor coisa do mundo! (AIV,1).

Olha [...] a L. eu adoro ela, ela é fora de série, só que ela falta! Ela tem problema com o pé dela [...] (AIV,28).

[...] um dia faz a limpeza, deixa a comida que fica pronta pro outro dia (AIV,6).

[...] põe ele na cadeira, desse jeito aí todo doido, põe ele na cadeira [...] Ele tá barbudo. Amanhã ela já vem pra fazer a barba dele. Eu tenho um aparelhinho ali. Ela faz a barba, ela limpa [...] (AIV,15).

Ela me ajuda demais [...] não tem sol, não tem chuva, não tem calor, não tem frio, ela ajuda mesmo! (AIV,1).

Ah, ela ajuda em tudo o que precisa (AV,1).

Se precisar arrumar uma cozinha, ela arruma. Até lavar roupa ela já lavou os dias em que eu não estava aqui. Ela estende a roupa pra mim (AV,6).

Ajudava a dar banho, ajudava a trocar, colocar na cama, ajudava até dar comida, a E? Tudo ela ajudava! (AV,15).

Se eu perder ela e quando eu ficar velha, como que faz se eu precisar dela? Aí é difícil de eu pegar gente depois, E? (AV,18).

[...] eu dependo de uma companhia, de alguém que me auxilie [...] Dependo de pessoas, dependo até agora. Não só do auxílio de pessoas pra me acompanhar como também pra me ajudar financeiramente em tudo (AVI,19).

Eu acho muito importante (AVI,1).

[...] pena que vocês são poucas e o atendimento poderia ser bem maior porque tem muita gente nessa fase, pior que eu (AVI,20).

Ela me ajudou a tomar banho (AVI,15).

[...] ela saía comigo para consultas médicas [...] Os meus dentes que precisou arrancar tudo ela que acompanhou no Pronto Socorro (AVI,22).

Ela ajudou a olhar até a fase do meu filho em que eu não tava bem e pra não me incomodar ela ficava na sala com ele pra eu poder dormir, descansar [...] (AVI,23).

É difícil eu ter que tomar conta de mim [...] (AVII,19).

A E. me levava na SORRI pra fazer a ginástica lá. Ela me acompanhava lá [...] (AVII,23).

Lá na APAE também ela fica comigo [...] só que ela fica lá fora porque só o paciente que entra (AVIII,22).

Quando eu E precisando de água, café, então [...] eu não tenho nada a reclamar dela (AVIII,1).

[...] de repente não tem comida pronta [...] aí ela corre e vai lá e faz a comidinha pra mim [...] espera eu comer porque eu tenho problema de engasgar [...] (AVIII,3).

Ela faz comida (AIX,3).

[...] e limpa a casa [...] (AIX,6).

Ela foi comigo no dentista [...] (AIX,22).

Ela ajuda bastante! (AX,1).

Ajuda a por ordem em casa, que deixar tudo por conta da G. ela não tem condição, E? (AX,6).

[...] faz o almoço [...] (AX,3).

[...] tudo o que é necessário a pra casa a C. faz (AX,1).

Ajuda a limpar a casa, lavar a roupa... (AXI,6).

E agora roupa não tem jeito! Eu não consigo lavar roupa! [...] então ela lava roupa, passa, quando tem [...] Tem dia que quase não tem roupa pra passar! Aí ela varre, só dá uma limpada no chão (AXI,6).

Ela me acompanha também [...] Dia de fazer Endoscopia eu não posso ir sozinho (AXI,22).

**CATEGORIA 3:
O cuidador domiciliar
formal e a autoestima dos
usuários**

[...]foi muito bom porque eu já me sentia dependente e sempre é bom ter uma pessoa acompanhando (AI,1).

[...] principalmente pra fazer amizade (AI,2).

O SAD tem sido muito importante (AI,5).

Ela pintava a unha da minha mãe, minha mãe ficava contente, alegre. O batom que minha mãe usava era vermelhão, ela alegrava a minha mãe (AII,7).

Dava mais ânimo de vida, sabe? (AII,8).

Ah é uma maravilha, minha filha (AIII,1).

A C. é boa pra mim. Ela conversa [...] (AIII,11).

[...] porque eu não tenho mais ninguém, eu não tenho mais ninguém [...] (AIII,12).

Todo dia eu tomo o meu banhinho. Eu levantei minha blusa e falei pra ela ver se as minhas costas não tá encardida (AIII,14).

Olha pra mim é a melhor coisa do mundo! (AIV,1).

Olha [...] a L. eu adoro ela, ela é fora de série, só que ela falta! Ela tem problema com o pé dela [...] (AIV,28).

[...] põe ele na cadeira, desse jeito aí todo doido, põe ele na cadeira [...] Ele tá barbudo. Amanhã ela já vem pra fazer a barba dele. Eu tenho um aparelhinho ali. Ela faz a barba, ela limpa [...] (AIV,15).

[...] conversa com ele (AIV,11).

[...] como se fosse um ente querido dela [...] (AIV,16).

Ela me ajuda demais [...] não tem sol, não tem chuva, não tem calor, não tem frio, ela ajuda mesmo! (AIV,1).

Ah, ela ajuda em tudo o que precisa (AV,1).

Ajudava a dar banho, ajudava a trocar, colocar na cama, ajudava até dar comida, né? Tudo ela ajudava! (AV,15).

[...] ela dá muito amor pra gente (AV,17).

Ela conversa sobre assuntos de casa, dela [...] que nem quando o L. faleceu que vieram pedir pra ela ajudar, só de conversar, de sair, já é bom [...] (AV,11).

[...] e só de conversar já tá bom! Distrai a gente quando tá meio nervoso [...] Eu gosto de conversar com ela. Eu me sinto muito bem, eu gosto da S. Ela fala dela, da família dela [...] (AV,11).

Se eu perder ela e quando eu ficar velha, como que faz se eu precisar dela? Aí é difícil de eu pegar gente depois, né? (AV,18).

[...] eu dependo de uma companhia, de alguém que me auxilie [...] Dependo de pessoas, dependo até agora. Não só do auxílio de pessoas pra me acompanhar como também pra me ajudar financeiramente em tudo (AVI,19).

Além da gente ter o apoio pessoal de vocês, a gente sente que vem um pouco de amor também junto com essas coisas [...] coisas que tem certas pessoas que embora a gente tenha muita convivência não conseguem dar (AVI,17).

[...] é uma grande satisfação porque a gente sente que não tá sozinho porque inclusive nessas fases, principalmente na velhice, eu acho que as pessoas ficam muito só, mesmo tendo família às vezes são colocadas no quartinho do fundo, atrapalha, dá despesa, um não quer e o outro também não quer! (AVI,13).

Eu acho muito importante (AVI,1).

[...] pena que vocês são poucas e o atendimento poderia ser bem maior porque tem muita gente nessa fase, pior que eu (AVI,20).

Ela me ajudou a tomar banho (AVI,15).

É difícil eu ter que tomar conta de mim [...] (AVII,19).

Ela me ajuda muito tanto assim no lado material como pessoal, como conversar, me ajudar a não ficar nervosa, porque eu tenho muito problema... (AVIII,21).

Ela nunca me deixa sozinha [...] (AVIII,13).

ela aconselhava eu como uma mãe, sabe? Uma mãe que se dedica à filha, que dá conselho pra eu não ficar nervosa desse jeito [...] Eu chorava de desgosto e ela falava que eu ia acabar ficando mais doente ainda [...] (AVIII,21).

Eu chorava de desgosto e ela falava que eu ia acabar ficando mais doente ainda e eles não estão nem aí, eles estão forte, vão pra onde quer passear e voltam parecendo que não aconteceu nada. E de fato o que ela falava era verdade [...] (AVIII,26).

Eu me sinto tão bem! O dia que acontece dela não vim por causa de reunião eu sinto aquela falta, sabe? Às vezes eu sinto solidão, principalmente quando ela vai embora (AVIII,27).

Ela combina muito com o J. Ela gosta de conversar com o J., nunca vi desse tanto! (AIX,23).

Eu gosto que ela vem aqui porque ela sabe do que eu preciso (AIX,21).

Ela ajuda bastante! (AX,1).

[...] porque se não tivesse ela seria muito ruim pra mim (AXI,19).

Tem dia que quando bate a depressão está sendo difícil pra mim [...] (AXI,28).

**CATEGORIA 4:
O cuidador domiciliar
formal e a autonomia e o
autocuidado dos usuários**

[...] foi muito bom porque eu já me sentia dependente e sempre é bom ter uma pessoa acompanhando (AI,1).

O SAD tem sido muito importante (AI,5).

Ela pintava a unha da minha mãe, minha mãe ficava contente, alegre. O batom que minha mãe usava era vermelho, ela alegrava a minha mãe (AII,7).

Dava mais ânimo de vida, sabe? (AII,8).

Ah é uma maravilha, minha filha (AIII,1).

Todo dia eu tomo o meu banhinho. Eu levantei minha blusa e falei pra ela ver se as minhas costas não tá encardida (AIII,14).

Olha pra mim é a melhor coisa do mundo! (AIV,1).

Eu não tenho filho (AIV,13).

Olha [...] a L. eu adoro ela, ela é fora de série, só que ela falta! Ela tem problema com o pé dela [...] (AIV,28).

[...] põe ele na cadeira, desse jeito aí todo doido, põe ele na cadeira [...] Ele tá barbudo. Amanhã ela já vem pra fazer a barba dele. Eu tenho um aparelhinho ali. Ela faz a barba, ela limpa [...] (AIV,15).

Ela me ajuda demais... não tem sol, não tem chuva, não tem calor, não tem frio, ela ajuda mesmo! (AIV,1).

Ah, ela ajuda em tudo o que precisa (AV,1).

Ajudava a dar banho, ajudava a trocar, colocar na cama, ajudava até dar comida, o? Tudo ela ajudava! (AV,15).

Se eu perder ela e quando eu ficar velha, como que faz se eu precisar dela? Aí é difícil de eu pegar gente depois, o? (AV,18).

[...] eu dependo de uma companhia, de alguém que me auxilie [...] Dependo de pessoas, dependo até agora. Não só do auxílio de pessoas pra me acompanhar como também pra me ajudar financeiramente em tudo (AVI,19).

Eu acho muito importante (AVI,1).

[...] pena que vocês são poucas e o atendimento poderia ser bem maior porque tem muita gente nessa fase, pior que eu (AVI,20).

Ela me ajudou a tomar banho (AVI,15).

[...] ela saía comigo para consultas médicas [...] Os meus dentes que precisou arrancar tudo ela que acompanhou no Pronto Socorro (AVI,22).

[...] ela saía comigo para consultas médicas [...] Os meus dentes que precisou arrancar tudo ela que acompanhou no Pronto Socorro (AVI,22).

É difícil eu ter que tomar conta de mim [...] (AVII,19).

Quando eu o precisando de água, café, então... eu não tenho nada a reclamar dela (AVIII,1).

Ela ajuda bastante! (AX,1).

Essa ajuda é importante porque eu não posso contar com parente (AXI,26).

Tem dia que quando bate a depressão está sendo difícil pra mim [...] (AXI,28).

**CATEGORIA 5:
O cuidador domiciliar
formal e a mudança de
conduta e segurança
pessoal dos usuários**

[...] foi muito bom porque eu já me sentia dependente e sempre é bom ter uma pessoa acompanhando (AI,1).

Eu fiquei debilitado, parecia que morrer seria a solução, mas, se eu não tivesse ajuda da cuidadora e de pessoas me incentivando eu não teria me superado (AI,4).

A cuidadora me ajudou incentivando (AI,4).

O SAD tem sido muito importante (AI,5).

Dava mais ânimo de vida, sabe? (AII,8).

Ah é uma maravilha, minha filha (AIII,1).

Olha pra mim é a melhor coisa do mundo! (AIV,1).

Olha [...] a L. eu adoro ela, ela é fora de série, só que ela falta! Ela tem problema com o pé dela [...] (AIV,28).

Ela me ajuda demais... não tem sol, não tem chuva, não tem calor, não tem frio, ela ajuda mesmo! (AIV,1).

Ah, ela ajuda em tudo o que precisa (AV,1).

Se eu perder ela e quando eu ficar velha, como que faz se eu precisar dela? Aí é difícil de eu pegar gente depois, né? (AV,18).

[...] eu dependo de uma companhia, de alguém que me auxilie [...] Dependo de pessoas, dependo até agora. Não só do auxílio de pessoas pra me acompanhar como também pra me ajudar financeiramente em tudo (AVI,19).

Eu acho muito importante (AVI,1).

[...] pena que vocês são poucas e o atendimento poderia ser bem maior porque tem muita gente nessa fase, pior que eu (AVI,20).

[...] ela saía comigo para consultas médicas [...] Os meus dentes que precisou arrancar tudo ela que acompanhou no Pronto Socorro (AVI,22).

É difícil eu ter que tomar conta de mim [...] (AVII,19).

Ela nunca me deixa sozinha [...] (AVIII,13).

ela aconselhava eu como uma mãe, sabe? Uma mãe que se dedica à filha, que dá conselho pra eu não ficar nervosa desse jeito [...] Eu chorava de desgosto e ela falava que eu ia acabar ficando mais doente ainda [...] (AVIII,21).

Eu chorava de desgosto e ela falava que eu ia acabar ficando mais doente ainda e eles não estão nem aí, eles estão forte, vão pra onde quer passear e voltam parecendo que não aconteceu nada. E de fato o que ela falava era verdade...

(AVIII,26).

Ela vem dois dias, mas pra mim já é uma semana inteira [...] (AVIII,24).

Eu me sinto tão bem! O dia que acontece dela não vim por causa de reunião eu sinto aquela falta, sabe? Às vezes eu sinto solidão, principalmente quando ela vai embora (AVIII,27).

Eu gosto que ela vem aqui porque ela sabe do que eu preciso (AIX,21).

Ela ajuda bastante! (AX,1).

[...] porque se não tivesse ela seria muito ruim pra mim (AXI,19).

Essa ajuda é importante porque eu não posso contar com parente (AXI,26).

Tem dia que quando bate a depressão está sendo difícil pra mim [...] (AXI,28).

**CATEGORIA 6:
O cuidador domiciliar
formal e o resgate da
identidade e do
pertencimento social
dos usuários**

[...] foi muito bom porque eu já me sentia dependente e sempre é bom ter uma pessoa acompanhando (AI,1).

[...] principalmente pra fazer amizade (AI,2).

O SAD tem sido muito importante (AI,5).

Ah é uma maravilha, minha filha (AIII,1).

A C. é boa pra mim. Ela conversa [...] (AIII,11).

[...] porque eu não tenho mais ninguém, eu não tenho mais ninguém [...] (AIII,12).

Olha pra mim é a melhor coisa do mundo! (AIV,1).

Eu não tenho filho (AIV,13).

Olha [...] a L. eu adoro ela, ela é fora de série, só que ela falta! Ela tem problema com o pé dela [...] (AIV,28).

[...] conversa com ele (AIV,11).

[...] como se fosse um ente querido dela [...] (AIV,16).

Ela me ajuda demais... não tem sol, não tem chuva, não tem calor, não tem frio, ela ajuda mesmo! (AIV,1).

Ah, ela ajuda em tudo o que precisa (AV,1).

[...] ela dá muito amor pra gente (AV,17).

Ela conversa sobre assuntos de casa, dela [...] que nem

quando o L. faleceu que vieram pedir pra ela ajudar, só de conversar, de sair, já é bom [...] (AV,11).

[...] e só de conversar já tá bom! Distrai a gente quando tá meio nervoso [...] Eu gosto de conversar com ela. Eu me sinto muito bem, eu gosto da S. Ela fala dela, da família dela... (AV,11).

Se eu perder ela e quando eu ficar velha, como que faz se eu precisar dela? Aí é difícil de eu pegar gente depois, né? (AV,18).

[...] eu dependo de uma companhia, de alguém que me auxilie [...] Dependo de pessoas, dependo até agora. Não só do auxílio de pessoas pra me acompanhar como também pra me ajudar financeiramente em tudo (AVI,19).

Além da gente ter o apoio pessoal de vocês, a gente sente que vem um pouco de amor também junto com essas coisas [...] coisas que tem certas pessoas que embora a gente tenha muita convivência não conseguem dar (AVI,17).

[...] é uma grande satisfação porque a gente sente que não tá sozinho porque inclusive nessas fases, principalmente na velhice, eu acho que as pessoas ficam muito só, mesmo tendo família às vezes são colocadas no quartinho do fundo, atrapalha, dá despesa, um não quer e o outro também não quer! (AVI,13).

Eu acho muito importante (AVI,1).

[...] pena que vocês são poucas e o atendimento poderia ser bem maior porque tem muita gente nessa fase, pior que eu (AVI,20).

É difícil eu ter que tomar conta de mim [...] (AVII,19).

Ela ajuda bastante! (AX,1).

Essa ajuda é importante porque eu não posso contar com parente (AXI,26).

6.3 Quadro temático

Para demonstrar de forma sintética o agrupamento dos temas e os depoimentos pertencentes a cada tema, segue quadro descritivo:

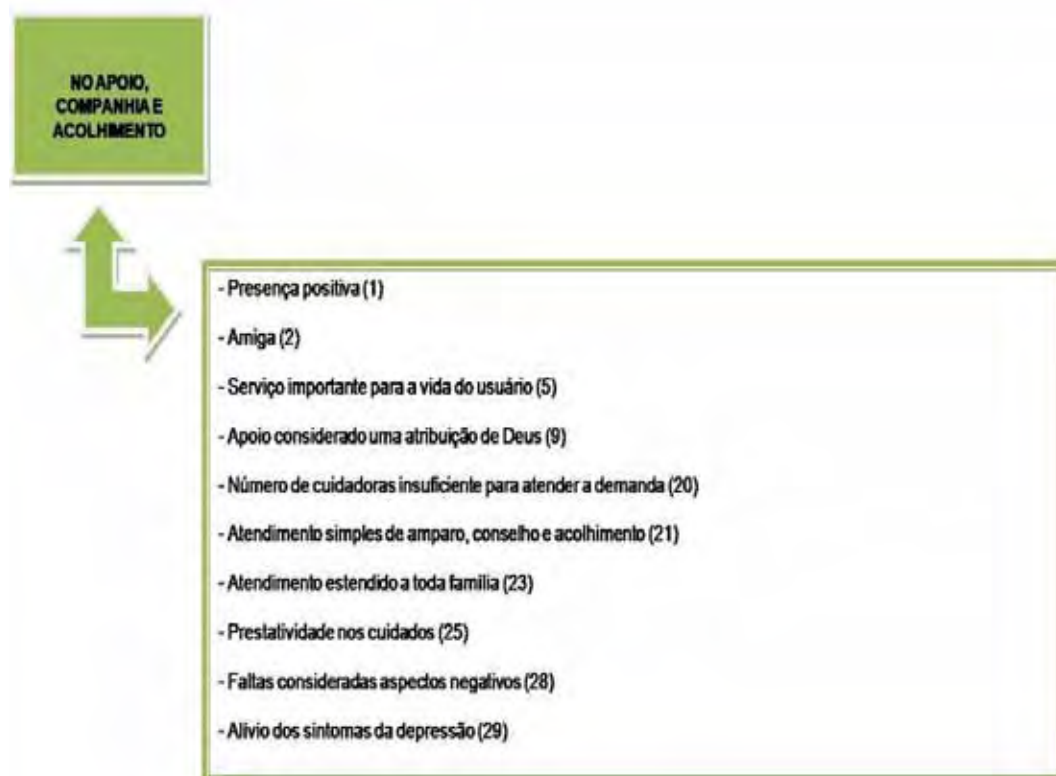
Temas	Tematizações
O cuidador domiciliar no apoio, companhia e acolhimento	1, 2, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
O cuidador domiciliar nas atividades de vida diária e prática	1, 3, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 28
O cuidador domiciliar na autoestima	1, 2, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 26, 27, 28
O cuidador domiciliar na autonomia e autocuidado	1, 5, 7, 8, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 26, 28
O cuidador domiciliar na mudança de conduta e segurança pessoal	1, 4, 5, 8, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28
O cuidador domiciliar no resgate da identidade e pertencimento social	1, 2, 5, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 26, 28

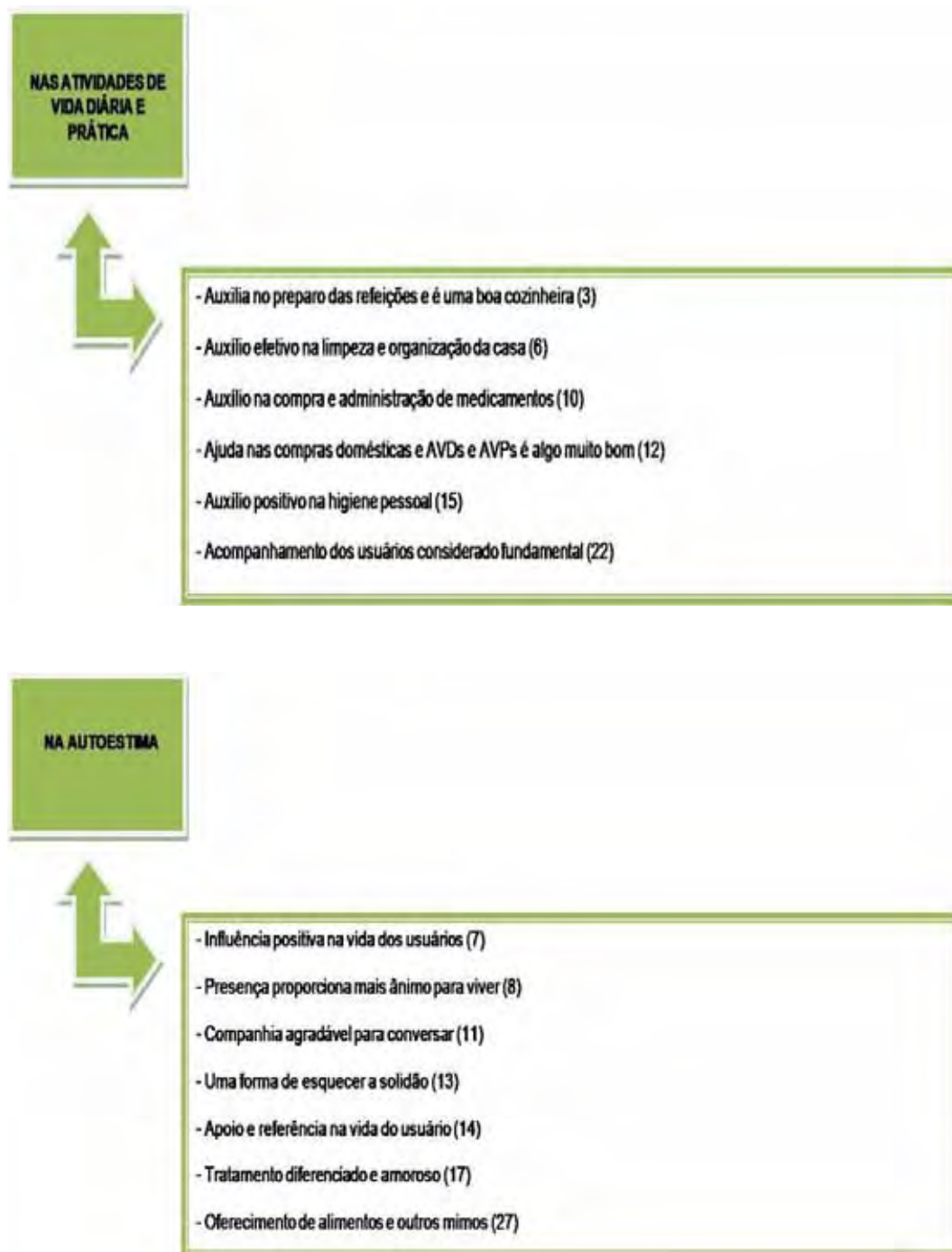
Figura 5 – Temas (categorias) emergidas a partir das tematizações.

Fonte: Elaborado pelo autor.

6.4 Diagrama

Percepção dos idosos do SAD acerca da relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal:





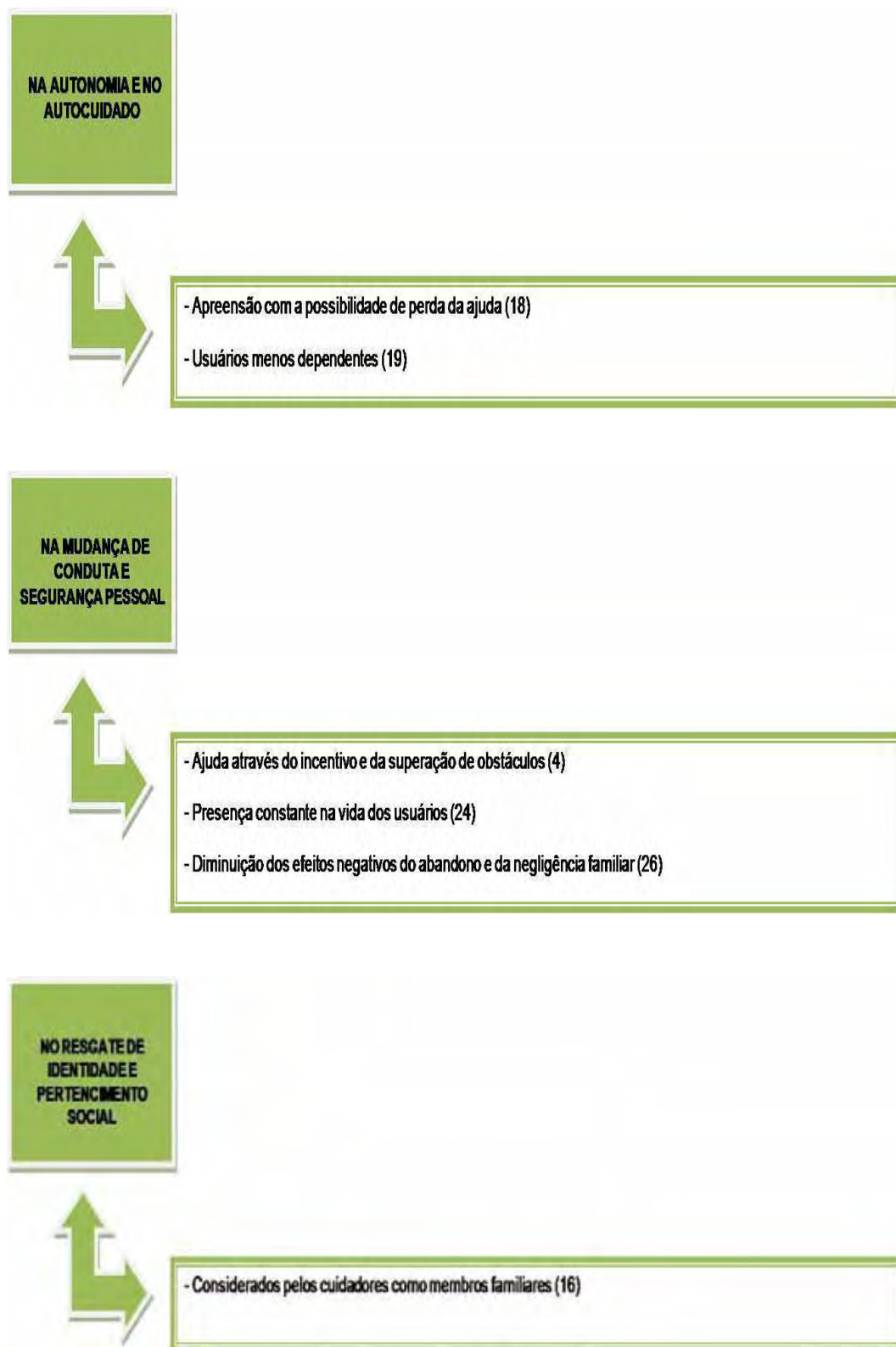


Figura 6 – Diagrama dos fenômenos desvelados na percepção dos idosos do SAD acerca da relação de ajuda de um cuidador domiciliar formal.
Fonte: Elaborado pelo autor.

6.5 Análise das categorias e fenômenos desvelados

Visando a compreensão do fenômeno “percepção da relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais do SAD na perspectiva do idoso”, analisei as categorias reveladas de forma reflexiva.

Neste momento o objetivo foi a análise geral sem a pretensão de torná-la universal, pois os significados foram desvelados a partir da minha práxis no contexto específico e circunscrito das experiências dos participantes.

Dessa forma emergiram das descrições as categorias: o cuidador domiciliar formal e o apoio, companhia e acolhimento dos idosos; o cuidador domiciliar formal e as atividades de vida diária e prática dos idosos; o cuidador domiciliar formal e a autoestima dos idosos; o cuidador domiciliar formal e a autonomia e o autocuidado dos idosos; o cuidador domiciliar formal e a mudança de conduta e segurança pessoal dos idosos e o cuidador domiciliar formal e o resgate de identidade e do pertencimento social dos idosos.

A categoria **o cuidador domiciliar formal e o apoio, companhia e acolhimento**, desvela a percepção do idoso enquanto ser que verbaliza o seu próprio vivenciar da solidão. As unidades significativas resgatadas nos discursos permitiram a proposição deste tema.

Os participantes do estudo concebem o apoio, a companhia e o acolhimento como um tema muito presente na vida deles e, principalmente, no mundo dos serviços assistenciais que atendem ao segmento idoso.

Acreditam que, mais do que buscar recursos para uma saúde adequada ou para condições de vida satisfatórias, buscam apoio e acolhimento nos atendimentos, uma palavra amiga, bem como a capacidade da escuta ativa e da empatia, onde sejam compreendidos e enxergados em sua totalidade, não somente como um número de prontuário ou como uma patologia.

As relações sociais têm um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental dos idosos. Essas relações são capazes de moderar o estresse em pessoas que experienciam problemas

de saúde, a morte do companheiro ou mesmo crises financeiras (MARTINS, 2005).

Os relatos dos idosos evidenciam os efeitos positivos deste tipo de suporte emocional ou funcional. A relação de ajuda neste enfoque fez com que os idosos se sentissem amados e seguros para lidar com seus problemas de saúde e de solidão. As falas revelam:

“... além de ter o apoio pessoal de vocês, a gente sente que vem um pouco de amor também junto com essas coisas... coisas que tem certas pessoas que embora a gente tenha muita convivência não conseguem dar...” (AVI,17).

“... é uma grande satisfação porque a gente sente que não tá sozinho porque inclusive nessas fases, principalmente na velhice, eu acho que as pessoas ficam muito só, mesmo tendo família às vezes são colocadas no quatinho do fundo, atrapalha, dá despesa, um não quer e o outro também não quer!...” (AVI,13).

Estes fragmentos de discurso ressaltam que, muitas vezes sozinhos, negligenciados pela própria família e à mercê da própria sorte, não tem com quem contar. As falas salientam a importância de se ter alguém para apoiá-los quando se vêem totalmente dependentes:

“... foi bom porque eu já me sentia dependente e sempre é bom ter uma pessoa acompanhando...” (AI,1).

“... porque eu não tenho mais ninguém, eu não tenho mais ninguém...” (AIII,12).

“... ela nunca me deixa sozinha... (AVIII,13).

“... vocês não, vocês estão aí, dentro não do luxo, mas dentro da medida do possível, faz o necessário para amparar a gente... vocês estão presentes...” (AVI,21).

Percebe-se que os efeitos do estresse foram diminuídos à medida que as cuidadoras domiciliares formais ofereciam amor, afeição, preocupação e assistência, sentimentos estes que foram construídos através de um relacionamento vincular e da interação entre essas pessoas.

O aspecto do acolhimento, considerado como um processo (MARTINS, 2005), deve ser realizado por todas as pessoas que atendem

ao outro. Esse processo não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de cuidar.

Apresenta-se recorrente nos depoimentos, as necessidades sociais da afiliação, afeto, pertença, identidade, segurança e aprovação:

“... como se eu fosse um ente querido dela...” (AIV,16).

“... eu tenho ela não como cuidadora e ela mora no meu coração mesmo... como se fosse uma irmã, uma mãe, porque ela é muito boazinha mesmo...” (AVIII,16).

“... ela aconselhava eu como uma mãe sabe? Uma mãe que se dedica à filha, que dá conselho pra eu não ficar nervosa desse jeito... eu chorava de desgosto e ela falava que eu ia acabar ficando mais doente ainda...” (AVIII,21).

A percepção dos idosos a cerca da relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais salienta que estas manifestam o apoio de diferentes maneiras: emocional, material, instrumental e de informação.

No apoio emocional mostram-se como aquelas pessoas com quem o idoso pode falar, trazendo aos mesmos um sentimento de bem estar afetivo.

Percebe-se que o idoso atendido sente-se querido, amado, respeitado, através das demonstrações de amor, afeto, carinho, simpatia, empatia e estima nas falas:

“... ela me ajuda muito tanto assim no lado material como pessoal, como conversar, me ajudar a não ficar nervosa, porque eu tenho muito problema...” (AVIII,21).

“... eu me sinto tão bem! O dia que acontece dela não vim por causa de reunião eu sinto aquela falta, sabe? Às vezes eu sinto solidão, principalmente quando ela vai embora...” (AVIII,27).

Com relação ao apoio material e instrumental, evidenciam as ações proporcionadas pelas cuidadoras através do auxílio na resolução dos problemas práticos, facilitando a realização das tarefas cotidianas.

Esse apoio mostrou que a sobrecarga das tarefas diminuiu, deixando tempo livre para as atividades de lazer.

“... De vez em quando ela aparece com uns trequinhos aqui. De vez em quando ela aparece com uma frutinha...” (AIX,27).

Em relação ao apoio de informação, relataram que as orientações sempre foram relevantes, ajudando-os a compreender o mundo a sua volta e se ajustar às alterações que nele existem.

A análise desta categoria me fez repensar o processo de envelhecimento e suas repercussões.

Nos últimos anos, observa-se um aumento significativo de estudos abordando o envelhecer e as consequências na saúde do idoso, comprovando a relevância e o movimento crescente de conscientização acerca da necessidade de um maior conhecimento das especialidades do idoso, nos aspectos biológico, social, cultural e econômico.

A análise das falas ressalta que a sociedade ainda enxerga o velho através de estereótipos e preconceitos, isolando-os e excluindo-os de sua comunidade e até mesmo de sua vida em família.

Apoiar, acompanhar e acolher eram ações cada vez mais distantes do mundo real do idoso do SAD.

Através da relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais, esses idosos passaram a se reaproximar de um mundo onde são parte e, onde mergulhados a tanto sofrimento e vontade de desistir, encontraram uma luz no fim do túnel que fizesse reacender a chama da esperança.

Na categoria **o cuidador domiciliar formal e as atividades de vida diária e prática dos idosos**, é desvelada a imagem que cada um deles faz de si enquanto um ser dependente em suas atividades cotidianas, uma vez que, em sua maioria, os idosos do serviço necessitam de apoio para a higiene pessoal, se alimentar, fazer compras e utilizar a medicação de forma correta.

Existem variações significativas relacionadas ao estado de saúde, autonomia e níveis de independência entre pessoas idosas que possuem a mesma idade. São vários os determinantes de um envelhecimento ativo, que podem levar uma pessoa idosa à independência e a autonomia, bem como podem tornar também este idoso, uma pessoa dependente (KALACHE; KICKBUSCH, 1997).

Segundo estes autores, o termo envelhecimento ativo foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no final dos anos 90 e procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que envelhecimento saudável, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem.

No cotidiano do trabalho com idosos, profissionais envolvidos percebem o quanto é dolorido para os mesmos deixar de realizar as atividades que antes eram comuns em seu cotidiano. Deixar de preparar a refeição, estar impossibilitado de sair de casa para realizar suas compras ou até mesmo depender de outro para auxiliar em sua higiene pessoal e íntima mobiliza diversos sentimentos negativos.

Para Kalache e Kickbusch (1997), dependência é um estado no qual um indivíduo confia em outro (ou em outros) para ajudá-lo a alcançar necessidades previamente reconhecidas.

A dependência, ao contrário do que muitas vezes se possa pensar, não é um atributo exclusivo da velhice, podendo ser constatada ao longo do processo evolutivo do ser humano.

Ao nascer, o bebê mantém uma relação de dependência com a mãe e as demais pessoas que o cercam, relação que vai diminuindo, gradativamente à medida que cresce, dando lugar à competência.

Na idade adulta esse mesmo ser, agindo por vontade própria, de forma independente, na grande maioria de seus atos ou realizações, apresenta um grau de dependência muito pequeno em relação aos outros adultos.

Na velhice, esse processo de dependência reaparece, por conta do processo fisiológico do envelhecimento, e se manifesta, com maior intensidade e frequência, pela ocorrência de doenças e condições adversas, tais como pobreza, fome, maus tratos e abandono familiar e social.

Os depoimentos permitiram mostrar o efetivo apoio da relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais, principalmente com relação a higiene pessoal e doméstica, preparo das refeições, administração de

medicamentos, compras e acompanhamento a recursos socioassistenciais, apresentadas nas falas:

“... tava cuidando da casa sozinha era tudo por minha conta e eu tava apurada...” (AII,6).

“... eu prefiro que ela faça a comida pra mim. Porque ela faz uma comida gostosa demais. E o dia que ela vem eu como bem, viu?” (AIII,3).

“... ah, ela faz, de tudo ela faz! Ela limpa a casa pra mim, passa pano, limpa o banheiro, limpa, tira o pó dos móveis. Ah, às vezes ela lava a área pra mim...” (AIII,6).

“... ela me traz remédio, me compra comprimido...” (AIII,10).

“...eu dou dinheiro e ela compra pão pra mim...” (AIII,12).

“... ela saía comigo para consultas médicas... os meus dentes que precisou arrancar tudo ela que acompanhou no Pronto Socorro...” (AVI,22).

Em praticamente todos os relatos no decorrer da pesquisa fica evidente o quanto se torna menos dolorido ter alguém que auxilie o idoso nessas atividades antes realizadas comumente no dia a dia.

Mesmo que, de forma prática e concreta, as atividades estão sendo realizadas por outra pessoa (cuidadora formal), manter esses idosos no comando, administração e gerenciamento dessas atividades (como limpar a sua casa, a forma mais prazerosa para o banho, manter o tempero utilizado, o que comprar, qual marca, etc.) é uma forma de fazer com que estes se sintam ainda ativos e responsáveis pela sua própria vida e sobrevivência.

A categoria **o cuidador formal e a autoestima dos idosos** ressalta a questão de como o idoso do SAD se vê e a relação com a aceitação que tem de si mesmo.

O envelhecimento, segundo Meurer et al. (2009), manifesta uma diversidade de perdas, revelando a tendência da diminuição da satisfação com o próprio corpo, fato que pode estar relacionado às perdas físicas, funcionais e sociais, influenciando negativamente a percepção da autoimagem e da autoestima.

Perdas psicológicas e afetivas são implicações comuns na velhice, as quais aparecem, muitas vezes, em associação com perdas motoras e manifestações somáticas, caracterizadas pela redução da capacidade funcional, calvícies, envelhecimento cutâneo intrínseco, entre outras (CHAIM et al. 2009).

As alterações físicas próprias do envelhecimento defrontam-se com uma sociedade que claramente discrimina indivíduos tidos como não atraentes, em uma série de situações cotidianas.

Conforme Chaim et al. (2009), tais indivíduos estão mais sujeitos a encontrar ambientes sociais que variam do não responsivo ao rejeitador, desencorajando o desenvolvimento de habilidades sociais e de um autoconceito favorável.

Pode-se notar que, a relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais consegue desmistificar a questão da autoestima com idosos, trazendo relatos favoráveis com relação a aceitação destes, tal como são agora.

Manter uma autoestima elevada mobiliza sentimentos de humor, alegria e aceitação de si mesmo. Sentir-se belo, refletido no espelho atual, mesmo com rugas, manchas senis, postura encurvada, cabelos embranquecidos, torna os idosos mais confiantes e seguros de si mesmos.

No relato abaixo se pode perceber o quanto é importante e necessário manter a personalidade do indivíduo, criando assim uma imagem positiva frente ao processo de envelhecimento:

“... ela pintava a unha da minha mãe, minha mãe ficava contente, alegre. O batom que minha mãe usava era vermelhão, ela alegrava a minha mãe...” (All, 7).

Embora muitos idosos rejeitem o próprio envelhecimento, o apoio das cuidadoras possibilitou com que os idosos do SAD passassem a construir uma nova imagem de si mesmos, aprendendo a desenvolver o sentimento de autovalorização e estima.

A relação de ajuda é uma ferramenta que possibilita resgatar nos idosos o sentimento, o apreço e a consideração e, mais do que isso, perceber e compreender o quanto o gostar de si, altera a forma como este idoso se vê.

A competência e o valor pessoal adquiridos com a autoestima, acrescida de autorrespeito e autoconfiança, refletem o julgamento implícito da nossa capacidade de lidar com os desafios da vida, sejam eles na infância, adolescência, idade adulta ou velhice.

Assim, a compreensão dessa capacidade está atrelada ao significado de velhice dada pelos idosos onde devem ser consideradas as referências às mudanças do corpo e as imagens desse corpo, os contrastes sociais e culturais que caracterizam o curso de vida, se o passado foi marcado pela busca de sobrevivência, pelo trabalho com poucas garantias ou não, e se hoje na velhice, sobrevivem com a ajuda de familiares ou são independentes.

O envelhecimento onde há autoestima presente, não é um privilégio ou sorte, mas um objetivo a ser alcançado com quem planeja e trabalha para isso, sabendo lidar com as mudanças que efetivamente acompanham o processo de envelhecer.

A categoria **o cuidador domiciliar formal e a autonomia e autocuidado dos idosos** resgata a maneira como as pessoas idosas são tratadas e vistas na sociedade ocidental. Muitas vezes um comportamento paternalista que exacerba a dependência pode ser tão devastador para a saúde de um idoso quanto qualquer doença física.

A capacidade e a possibilidade de ajudar, de participar como sujeito ativo nas interações, pode promover resultados positivos na saúde e principalmente na saúde mental das pessoas idosas.

Assim, idosos devem ter preservada a garantia do reconhecimento à sua autonomia. As convicções pessoais do idoso merecem ser respeitadas. Mesmo em situações de incapacidade temporária ou até mesmo definitiva, o idoso pode se utilizar de inúmeras formas para preservar os seus desejos ou restrições.

Como a sua participação ativa no processo de tomada de decisões é restringida, muitas vezes pela própria família ou pelas instituições as quais pertencem, é fundamental reconhecer que o simples fato de ser velho não impede o indivíduo de tomar suas decisões e exercer a sua vontade pessoal, baseado em seus valores.

Tal como a autonomia, é imprescindível manter o idoso em seu próprio cuidado:

“... mesmo com dificuldade, todos os dias eu tomo o meu banhinho... depois eu levanto a minha blusa e falo para ela ver se as minhas costas não tá encardida...” (AIII,14).

A estratégia do autocuidado fundamenta-se na concepção do homem como um ser capaz de refletir sobre si mesmo e seus ambientes, simbolizar aquilo que experimenta, desenvolver e manter a motivação essencial para cuidar de si mesmo.

O autocuidado implica na execução de ações dirigidas pela e para a própria pessoa ou em direção ao ambiente com a finalidade de atender às necessidades próprias identificadas, de maneira a contribuir para a manutenção da vida, saúde e bem estar.

A relação de ajuda proposta pelas cuidadoras formais do SAD evidencia a necessidade do idoso manter a própria direção de sua vida e a responsabilidade por ela.

Os relatos ressaltam que essa ajuda possibilita que o idoso do SAD desenvolva a sua competência para o autocuidado, uma vez que as necessidades de saúde sofrem contínuas modificações, especialmente ao longo do processo de envelhecimento, requerendo práticas sempre renovadas.

Mesmo contando com a assistência das cuidadoras, estas atividades configuram-se como práticas de autocuidado porque há participação ativa, responsável e eficaz do idoso, assegurando sua autonomia e integração ao meio em que vive.

Assim, a relação de ajuda ofertada pelo SAD está tornando (porque se constitui como um processo) este idoso atendido um indivíduo corresponsável em seu processo de envelhecimento.

Na interpretação dos relatos nota-se que ocorreram benefícios com relação ao reconhecimento de seu potencial para os cuidados e para a manutenção de habilidades antes perdidas, estimulando a participação ativa no gerenciamento de sua própria vida e saúde.

A categoria **o cuidador domiciliar formal e a mudança de conduta e segurança pessoal dos idosos** salienta a questão da relação de ajuda da cuidadora domiciliar formal como uma possibilidade de estabelecimento de elos efetivos mais firmes, modificando comportamentos inadequados e oferecendo atitudes mais seguras.

Os discursos possibilitaram compreender que a presença da cuidadora formal faz com que o idoso se torne um indivíduo mais confiante, alterando suas percepções negativas acerca das dificuldades sofridas neste processo e ampliando sua visão de mundo e de possibilidades:

“... eu fiquei debilitado, parecia que morrer seria a solução, mas, se eu não tivesse ajuda da cuidadora e de pessoas me incentivando, eu não teria superado...” (AI,4).

“... a cuidadora me ajudou incentivando...” (AI,4).

“... ter ela por perto dava mais ânimo de vida, sabe?” (AII,8).

“... ela nunca me deixa sozinha...” (AVIII,13).

“... ela vem dois dias mas pra mim já é uma semana inteira...” (AVIII,24).

O ambiente acolhedor apresentado a esses idosos propicia a estimulação de outras características importantes para sua qualidade de vida.

Sentindo-se seguro, esse idoso constata que algumas mudanças de comportamento são necessárias para um envelhecimento saudável, permeado pela autoestima, que o faz repensar projetos de vida já arquivados, retomando a criatividade, a energia e a iniciativa, resgatando significados para a sua vida até então caída no vazio.

As cuidadoras domiciliares formais, através do estímulo, conselho, troca de experiência e relatos de história de vida de outros idosos por elas

atendidos, mobilizaram novos significados na vida destes idosos. Com isso, surgiram sentimentos estimulados pela criatividade, energia e iniciativa que estavam adormecidos, reciclando e recriando projetos de vida até então engavetados.

Mudar as prioridades, degustar outros sabores, fazer de um simples casaco de tricô um objetivo, construído ponto a ponto, faz o idoso sentir-se útil, produtivo, capaz. As cuidadoras domiciliares formais, através de suas atitudes de incentivo, de sugerir alternativas, de apresentar propostas, tornaram-se peças-chave para que esse objetivo fosse concretizado.

A última categoria, **o cuidador domiciliar formal e o resgate de identidade e pertencimento social dos idosos**, finaliza a análise dos significados desvelados.

A identidade de uma pessoa é formada pelas características próprias adquiridas desde o momento do nascimento e durante todo o ciclo de vida (GONÇALVES, 1999).

Na realidade, o indivíduo conserva a maior parte de sua identidade e realmente algumas características podem ser modificadas pela experiência de vida, e não por um determinante cronológico pessimista.

A manutenção da identidade para a pessoa é básica em todas as etapas da vida, por permitir certa continuidade no modo de agir.

Através da relação de ajuda, o idoso exercita o resgate de sua identidade, partindo de ações simples como a comemoração de seu aniversário ou de datas significativas, fazendo com que este novamente se sinta parte integrante do mundo que o rodeia, da comunidade em que vive e da sociedade de modo geral.

Essas ações parecem simplórias, porém, muitos benefícios são provindos das mesmas. A cada comemoração específica novos conteúdos são aflorados, trazendo à tona a importância que nós, seres humanos, atribuímos ao fato de pertencer.

Segundo Penna e Espírito Santo (2006), a forma como uma sociedade superprotege, venera ou marginaliza o idoso poderá determinar como ele vai se adaptar e assumir a velhice.

Pertencer socialmente possibilita ao idoso a vivência e a troca de experiências que movimenta a sua vida. Esse movimento, além de estar repleto de emoções, gera uma sensação de bem estar.

Cada passeio, cada nova descoberta do outro lado da rua, cada história contada por outro idoso, melhor ou pior que a sua própria história de vida, possibilita aprender com os exemplos e apreender os fatos que se deve repetir ou esquecer.

O mundo espera do “novo velho” que ele seja um ser humano seguro, que tenha uma qualidade de vida satisfatória, que seja digno de crédito, respeito e admiração, e que suas atitudes sejam coerentes com o processo de envelhecer moderno e atual. Mas o que o mundo está fazendo para que os idosos alcancem este objetivo?

Sabemos que a longevidade é uma conquista da humanidade. Porém, estamos preparados para lidar com este mundo de cabelos brancos que estamos conquistando?

O resgate e interpretação dos relatos deste estudo evidencia o quanto o idoso necessita de uma relação de ajuda positiva para que tenha um envelhecimento ativo e saudável.

Essa ajuda, partindo dos familiares ou de cuidadores formais, é primordial para que os conceitos de autoestima, autoconceito, autonomia, segurança pessoal, pertencimento, sejam fatores influenciadores na construção de um envelhecimento satisfatório nos anos futuros.

Ao desvelar a essência do fenômeno pesquisado, os depoimentos engendram convergências, divergências e idiossincrasias que permitem compreender a percepção da relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais do SAD na perspectiva do idoso.

O significado atribuído a essa ajuda pelos participantes, enquanto seres que verbalizam o seu próprio vivenciar da relação, evidencia a importância da interação com o outro.

Os depoimentos revelaram que o idoso como ser-no-mundo, é preocupado com sua qualidade de vida, com as relações positivas que mantém e que constroi ao longo de sua existência e como será a ajuda provinda dessa relação.

A compreensão dos discursos que embasaram as categorias me fez refletir sobre que tipo de relação de ajuda e apoio social está sendo oferecida a estas pessoas para que possam obter a imagem que se idealiza do novo velho. A percepção dos participantes distingue a teoria da prática do envelhecimento observada no cotidiano da vida.

Reflexiono acerca da distinção entre a teoria e a prática do cotidiano. Cotidiano este vivenciado por pessoas comuns, que sentem na própria pele a falta de serviços direcionados aos idosos, o pouco preparo das famílias no exercício do cuidar, a discriminação e o estereótipo dos menos abastados, o excesso de demanda e a pouca oferta de cuidadoras formais capacitadas para apresentar novas nuances sobre esta temática.

Os relatos enfatizam a diferença entre ser cuidado e ser esquecido, entre sentir parte e ser excluído, entre ser ouvido ou ignorado, entre ser compreendido ou simplesmente não ser importante.

Os depoimentos permitiram mostrar o comportamento atitudinal, aquele que demonstra um raio-X do mundo interno dos participantes da pesquisa. O idoso que cuida e é cuidado e que, como pessoa constroi sua própria percepção de como e quanto essa relação de ajuda lhe é benéfica ou não.

O ser que envelhece e é ajudado é desvelado como um indivíduo que traz essa relação de ajuda impregnada em si, evidenciada a cada vez que estabelece elos efetivos mais firmes, a cada momento em que observa aumentada a sua segurança pessoal, a cada vez que se sente integrado socialmente, que percebe seu reconhecimento, valor e competência e a cada vez que possibilita trocas, dando e recebendo conselhos, informações e orientações.

Dada à amplitude do fenômeno, outras perspectivas se contemplam e outros enfoques podem ser utilizados, uma vez que considero ilimitados os horizontes dos seres humanos!

7 Discussão à luz da Teoria do Caos

Os resultados apresentados neste estudo refletem a percepção que os idosos do SAD têm sobre a relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais deste serviço.

Dessa forma, no ponto de vista da teoria do caos, analiso e discuto os resultados e procuro, alicerçada pela visão de Briggs e Peat (2000), construir o meu próprio discurso.

Ao vivenciar esse processo de ser cuidado, o idoso parte de um modelo, de uma visão de mundo construída através de sua história, pelos fatos marcantes que compõe a sua vida e, mais do que isso, pela trajetória de cuidados obtidos ao longo de sua existência e dos modelos advindos dela.

Todo modelo é uma tentativa, uma proposta para se olhar para um determinado fenômeno ou sistema.

Um modelo é como se fosse um mapa do território, muitas vezes podendo ser apresentado como uma metáfora do sistema analisado, de onde se pode apreender um importante significado (GUERRINI; SPAGNUOLO, 2008).

É através de nossa visão de mundo que percebemos e interpretamos, compreendemos e transformamos. Nela encontram-se os nossos valores, crenças e princípios que modelam nossa percepção de realidade e também nossas ações, decisões e o nosso modo de ser e estar na vida.

Nossa visão de mundo é a responsável por formatar nossos modelos mentais, através dos quais observamos e somos observados, sistematizamos e vamos dando significado às nossas próprias experiências (SPAGNUOLO, 2010).

Orientados por uma visão de mundo que nos foi ensinada e que está fundamentada nas ideias do século XVII, limitando a maneira de conhecermos a vida, interagirmos e pensarmos (BRIGGS; PEAT, 2000) tende-se a enxergar o ser humano como máquina, evidenciando os

resquícios dos pensamentos de Descartes e Newton, os quais legitimaram o mecanicismo, a linearidade e o reducionismo.

Tendo como exemplo os idosos deste estudo, percebe-se o quanto os seres humanos ainda são vistos como máquinas, de forma equivocada, e o quanto esta fase da vida é vista como algo negativo, pejorativo e contrastante.

Pensar o ser humano, principalmente nesta fase de desenvolvimento, segundo a visão de mundo que nos foi ensinada, não responde aos novos desafios atuais.

Levando-se em consideração que os idosos desta pesquisa que recebem a relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais são em sua maioria indivíduos acamados, negligenciados pela família, abandonados no quatinho dos fundos, ainda não apresentados a uma maneira mais otimista de enxergar a vida e as possibilidades nela presentes, acredito que a teoria do caos, vem acrescentar riqueza a essa análise e discussão e, ainda, proporcionar novas compreensões da realidade.

Mas, para se compreender as nuances da relação de ajuda oferecida por essas cuidadoras, é preciso entender como a teoria do caos lança luz ao processo de envelhecimento, uma vez que os idosos são os protagonistas desta pesquisa.

A opção de analisar e discutir os resultados através do referencial da teoria do caos foi porque, através de seus conceitos, esta teoria permite alterar a visão negativa que temos do envelhecimento e de suas consequências para algo mais dinâmico, permitindo uma ressignificação integrativa e otimista desta fase da vida.

Acredito que é justamente esse o papel das cuidadoras domiciliares formais na vida de cada idoso atendido pelas mesmas: possibilitar, através de suas ações, ressignificar algo que havia perdido a cor e que não tinha mais sabor. Ressignificar a vida!

Enxergamos o envelhecimento como um processo aparentemente desorganizado e eutrópico, com cicatrizes psicológicas e sensação de

finitude. Na teoria do caos, este processo é visto como complexo, imprevisível e aleatório (BRIGGS; PEAT, 2000):

Complexo como todas as fases do desenvolvimento, o envelhecimento em suas peculiaridades é, de fato, dolorido devido a suas perdas (perda do corpo saudável, perda do poder de trabalho, limitação dos contatos sociais, menor influência e menor poder social, perda do status e do papel de provedor familiar), além da rotulagem, estigma e discriminação.

Em relação aos idosos deste estudo, alguns fatores psicossociais acabam interferindo na qualidade de vida dos mesmos como a pobreza que dificulta as condições mínimas de sobrevivência e, conseqüentemente, limita a participação dos idosos em eventos sociais e a solidão, pois, muitas vezes há pouco contato com outras pessoas devido à dificuldade de transporte adequado, problemas financeiros, incapacidade física e falta de companhia associada ao medo e a perda de parentes e amigos.

Além dos fatores psicossociais, existe ainda a relação do indivíduo com a sociedade. Muitas vezes estes sentem-se inferiorizados pela sociedade, principalmente após a aposentadoria, quando tendem a ser considerados inúteis e improdutivos, pois, além de conviverem com uma série de mudanças orgânicas, sentem-se como um peso para seus familiares, gerando o isolamento do convívio social como forma de preservação.

O envelhecimento é considerado **imprevisível** porque não se sabe qual será o prognóstico de cada indivíduo que envelhecerá, se será uma pessoa saudável ou qual doença ou dificuldade poderá lhe acometer, se terá uma família presente em seus cuidados ou terá que se autogovernar.

E, ao mesmo tempo, o envelhecimento também é **aleatório** porque não se sabe a ordem dos acontecimentos e até mesmo se determinados eventos comuns ao processo de envelhecimento realmente acontecerão, evidenciando nossa incapacidade de prever e controlar.

Pensando neste processo, questiono algumas de minhas mais acalentadas suposições, permitindo novas indagações sobre a realidade que me cerca.

Como a relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais do SAD pode ser analisada e discutida sob o ponto de vista da teoria do caos?

E, mais ainda... Em que condições o caos se instala? Ele tem interferência em nosso cotidiano? Quais são as suas consequências?

Primeiramente é importante ressaltar que o caos não surge somente quando nosso comportamento regular foi temporariamente rompido. Ele irrompe sem ser convidado em nossa vida e pode resultar em renovação ou em transformação (BERGÉ et al., 1996).

Isso quer dizer que, a qualquer momento, podemos renovar ou transformar a nossa maneira de ver o mundo, de enxergar novas possibilidades, de treinarmos a reflexão e a busca por novos significados. As cuidadoras domiciliares formais do SAD tentam “provocar” essa turbulência na vida dos idosos atendidos pelo serviço socioassistencial.

Há alguns anos, afirmar que existia uma vinculação direta entre o estado emocional e a boa saúde era quase um contrassenso para a ciência, mas isso se devia em parte ao conceito que se dava à saúde e que em determinadas sociedades ainda é cultuado, a visão biologizada.

Atualmente sabe-se que uma grande parte de nosso bem estar está atrelado as relações sociais que construímos e aos sentimentos positivos que constituem nossas vidas.

As relações que vivenciamos são construídas por impulsos que nos encorajam a agir e lidar com as situações da vida, sofrendo influência das experiências vivenciadas e da cultura.

Em nossas relações existem centenas de emoções, juntamente com suas combinações, variações, mutações e matizes. O momento da emoção é o momento em que tocamos a nossa força vital, reencontramos a nossa origem, os ancestrais, a nossa história coletiva e pessoal.

Elementos como amor, humor, surpresa, curiosidade, paixão, perdão, alegria, esperança, entusiasmo, dar e partilhar atuam no sistema

imunológico ajudando nosso corpo a combater infecções e estimulando células naturais que afetam a forma com que cuidamos de nós mesmos e dos outros.

Por outro lado, quando raiva, ressentimento, ambivalência, culpa, tédio, solidão e medo são reprimidos durante muito tempo, podem suprimir nosso sistema natural de proteção e nos fazer sentir mal.

A vida humana necessita de certa dose de caos para que o sistema imunológico funcione corretamente (BRIGGS; PEAT, 2000). A relação de ajuda oferecida pelas cuidadoras domiciliares formais do SAD, ao ser inserida na vida desses idosos, mobiliza conceitos, crenças, valores. Instiga o exercício da reflexão e da percepção a respeito do cuidar de si, das dificuldades e das incertezas com relação a ser velho no mundo atual.

Permite, também, aos que convivem com os idosos, cuidadores familiares ou outros membros da família e da comunidade em que vivem, enxergá-los apenas como seres humanos, com limitações peculiares, mas não diferentes de outras limitações também existentes em outras fases do desenvolvimento humano nem mais ou menos importantes.

Modificar aquilo que está no imaginário social a respeito da velhice é tarefa difícil, porém, há possibilidade de levar o envelhescente a desenvolver o seu potencial de forma criativa, colocando em ação toda a energia estagnada, mal direcionada, resgatando a naturalidade e a essência da vida.

Sob essa forma de pensar a velhice, que deveria ser apenas mais uma fase da existência humana, diferente da juventude e da maturidade, mas dotada de um equilíbrio próprio, e que deixasse aberta ao indivíduo uma gama de possibilidades, surge outra pergunta sugerida pelos autores: A vida é simples ou complexa?

A teoria do caos diz que pode ser as duas coisas, e mais, pode ser ambas ao mesmo tempo.

O processo de envelhecimento também é assim. Simples se o enxergamos como mais uma das fases da vida, cheia de características próprias, ganhos e perdas. E complexo com relação à mudança e

transformação necessária para que esta fase seja vivenciada em plenitude. Há de haver uma interconexão com o que o indivíduo foi (passado), o que é agora (presente) e o que pode vir a ser (futuro).

É claro que, quanto mais o idoso contar com o apoio de familiares ou de profissionais para ajudá-lo a ultrapassar essas barreiras comuns ao envelhecimento, mais significativa e positiva poderá ser a evolução desta fase da vida. Para haver essa interconexão, proposta pelo caos, há de se enxergar o idoso em sua totalidade.

Essa interconexão é como um quebra-cabeça que vai se encaixando e formando o todo, assim como a relação de ajuda, que proporciona a interconectividade do idoso consigo mesmo e com o mundo a sua volta (BRIGGS; PEAT, 2000).

Uma analogia dos autores permite refletir essa interconectividade através do exemplo do movimento dos rios:

No calor do verão, o rio corre devagar... Sua superfície parece calma e serena. Ao encontrar uma pedra, as águas dividem-se e passam por ela suavemente. Porém, na primavera, após chuvas pesadas, o rio apresenta-se de maneira bem diversa. Nessas circunstâncias, uma parte do rio corre ligeiramente mais rápido que uma região vizinha e acelera a corrente ao redor que, por sua vez, retarda o fluxo mais veloz. Cada parte do rio causa uma perturbação sobre todas as demais. Por outro lado, seus efeitos são constantemente realimentados uns pelos outros. O resultado é a turbulência, um movimento caótico em que regiões diferentes movem-se em velocidades diversas. À medida em que se aproxima da pedra, a corrente rápida revolteia e gira em torno de si mesma (BRIGGS; PEAT, 2000).

Os rios, assim como o envelhecimento, apresentam todas as características do caos.

Acredita-se que todas as fases do desenvolvimento são bem mais calmas e serenas. Na analogia, o envelhecimento seria a pedra que faz com que o rio se apresente de maneira diversa. Suas peculiares características apresentam-se mais concretas. E, ao comparar a região vizinha, o outro rio, outro idoso, percebe-se que embora hajam nítidas diferenças, todos são movidos por uma certa turbulência, mesmo que com velocidades diversificadas.

O processo de envelhecimento do outro, realimenta o dos demais, fazendo com que aquele que se aproxima da “pedra”, da idade mais avançada ou da morte, viva uma revolução girando em torno de si mesmo.

Essa analogia mostra que somos compostos o tempo todo por uma forma, tal como a pedra do rio. Forma esta que é criada e sustentada pelo fluxo do qual fazemos parte. Somos o que comemos, o que respiramos e o que vivemos em nosso ambiente (BRIGGS; PEAT, 2000).

Fazemos parte de um fluxo sem controle, aliás, não há como controlar a natureza. Somos cercados pela incerteza e pela contingência.

Os sistemas caóticos encontram-se além de todas as nossas tentativas de previsão, manipulação e controle. O caos revela que, em vez de resistir às incertezas da vida, devemos aproveitá-las.

Devido à necessidade de controle, muitas vezes o indivíduo que está envelhecendo deixa de perceber os ganhos desta fase, supervalorizando as perdas e os aspectos pejorativos do envelhecimento.

Isso inclui desprezar a contribuição de anos de trabalho tendo como conquista a aposentadoria, o tempo mais livre para ficar com os netos e aproveitar o que não se teve tempo de exercer com os filhos, a possibilidade de aprender algo novo e descobrir prazer nas ações e atividades sem que haja uma cobrança mais efetiva, entre outras coisas.

Essa dificuldade em enxergar as possibilidades realmente efetivas muitas vezes se remete ao fato de que, ao lidar com o envelhecimento, o idoso se vê acoplado a uma crise de identidade.

Essa crise de identidade é comparável à experimentada pelo adolescente no momento de ingressar na idade adulta, com uma diferença, para este a vida está pela frente, para o idoso, ficou para trás. Uma crise que só pode ser resolvida aderindo-se de maneira franca a uma nova imagem da pessoa.

Na relação de ajuda, proposta pelas cuidadoras domiciliares, resgatar a identidade do idoso, promove o encontro deste com suas imagens passadas que certamente constituem muito do que o indivíduo é

hoje, construindo um novo ser que agregou à sua vida experiências e vivências repletas de significados.

As cuidadoras domiciliares, através da comemoração dos aniversários e de algumas datas comemorativas importantes, traz de volta no idoso o sentimento de que este continua dono de si, mesmo com progressos, retrocessos, qualidades e pontos a melhorar.

Esse re-construir proporciona ao idoso o re-pensar sobre sua autoimagem pois não há como escapar. Há um momento em que o ser humano, de maneira repentina, tem de reconhecer que está velho.

Perguntas como “como os outros me vêem?”, “o que a sociedade espera de mim?” são perguntas básicas que podem confirmar ou desestruturar o ego de uma pessoa, marginalizar um setor, um segmento populacional.

Qualquer discurso sobre envelhecimento saudável e ativo só pode começar pelo questionamento da imagem de velho que a sociedade tem hoje, no tecido cotidiano de nossa existência.

Compreender que o país está ficando velho exige mais. Somos o protótipo do país com envelhecimento populacional acelerado. São poucos os países no mundo que igualam ou ultrapassam nossos índices.

A relação de ajuda aparece como uma tentativa de mostrar que, apesar das diferentes maneiras de envelhecer, cada indivíduo tem o seu próprio tempo e a sua própria maneira de perceber e de colocar em prática a sua verdade.

Mas, qual a conexão que a teoria do caos faz entre relação de ajuda, envelhecer e a palavra verdade?

Para Briggs e Peat (2000) a palavra verdade está relacionada com algo vivido no momento, expressando a conexão de um indivíduo com o todo.

Essa verdade é a responsável por agregar todos nós, embora cada um tenha de encontrá-la individualmente, nos termos e nas condições de sua própria vida.

A verdade e o caos acham-se ligados. O caos ajuda o ser humano a descobrir a verdade que não pode ser medida em palavras, nas relações e no inatingível.

Na fase do envelhecimento pode-se perceber que muitas dessas nossas verdades são perdidas. O idoso se perde ao enxergar a sua vida através das lentes das restrições e dos limites impostos pelos pensamentos da sociedade e, por consequência, das pessoas.

As cuidadoras domiciliares formais procuram resgatar neste idoso a sua verdade que estava adormecida, ajudando-os a mudar a perspectiva que tem de si mesmos à procura de um novo eu.

Segundo Briggs e Peat (2000), a teoria do caos ensina que, quando muda essa perspectiva, os graus de liberdade se expandem. Com a história do padeiro, os autores nos ajudam a refletir sobre este pensamento:

Mês após mês, ano após ano, um padeiro levantava-se cedo para fazer pão. Um dia, um freguês comentou que, ao longo dos anos, as bisnagas que ele comprava sempre tinham a mesma aparência e o mesmo peso, mas o sabor era todas as vezes surpreendentemente quente e fresco. O padeiro respondeu: "Pode parecer que o pão é sempre o mesmo, mas a cada bisnaga que faço é nova, porque é aí que expresso a minha criatividade" (BRIGGS; PEAT, 2000).

A ideia do caos muda nossa maneira de pensar a respeito de diversos fatos do mundo e de nossas vidas individuais. Não somos uma ilha. Somos todos uma parte do todo. Cada elemento individual influencia a direção de todas as demais coisas do sistema.

Todos os dias, assim como o padeiro, o idoso pode optar por se abrir ao mundo a sua volta, à possibilidade que tem de dar frescor à sua vida ou simplesmente entregar-se às intempéries deste processo.

Nos relatos desta pesquisa, fica nítida a imagem negativa que o idoso tem de si e a valorização que o mesmo atribui aos aspectos pejorativos que constituem esta fase da vida.

Mergulhados na ajuda das cuidadoras, acabam atribuindo a estas a solução para os seus problemas e conflitos.

Desamparados pelos familiares encontram segurança na presença das mesmas, atribuem um papel familiar para elas, guardam as novidades e os assuntos para o dia da semana reservado ao cuidado deles. As cuidadoras passam a ser o ponto-chave para a conquista de um envelhecimento mais satisfatório, mas, infelizmente, elas não são heroínas.

São poucos os serviços no Brasil que se dedicam ao atendimento domiciliar na perspectiva social dos idosos. Alguns serviços oferecem diversos tipos de ajuda, porém, nos deparamos com a dificuldade de transporte, a falta de companhia para acompanhá-los, a demanda exacerbada fazendo com que o atendimento seja apenas paliativo.

Falamos do SAD sem poder generalizar. O serviço atua em um município de aproximadamente 350 mil habitantes e está longe de atender todos os idosos com este perfil na cidade.

Atualmente não há preparo para a revolução da longevidade, apesar de estar em construção. Mais do que buscar serviços que atendam aos idosos, é preciso reverter a maneira como o mundo ainda os enxergam.

Simplifica-se e estereotipa-se com uma descuidada facilidade. Um estereótipo, seja positivo ou negativo, é um exagero caricatural de traços ou comportamentos que pressupõe ser uma característica comum a todos do grupo, o que não é verdade.

Em um estereótipo, a sutileza e a individualidade se perdem. Essas simplificações levam a idealizar ou denegrir os demais, correndo o risco de se perder o contato com a realidade das verdadeiras conexões.

Essas simplificações podem gerar sentimentos de apreensão e de incerteza. Seduzidos por abstrações simples, pode-se rapidamente passar a ver o mundo através de categorias que deixam cegos para as sutilezas e riquezas que as pequenas coisas dão vida à individualidade (BRIGGS; PEAT, 2000).

A cada momento o ser humano tem a oportunidade de libertar-se de preconceitos, do isolamento, do pedantismo do ego, das imagens do eu e do mundo e das concepções que se tem do passado e do futuro.

A metáfora da teoria do caos ajuda a lidar com tais situações porque mostra como coisas aparentemente minúsculas e insignificantes podem acabar desempenhando papel importante no modo como os fatos e acontecimentos se desenrolam.

Assim, em se tratando do envelhecimento, aprende-se a enxergá-lo realmente como um processo, mas, que está ligado a grande teia da vida, interconectados a tudo e a todos.

O modelo de relação de ajuda descrito neste estudo possibilita a **força** para manter acesa a energia vital de cada um, **espelho** para refletir a contribuição de uma vida inteira através de experiências vividas, repetidas e repassadas, **momentos** para construir a história e **lembranças** para que não sejam esquecidos e abandonados.

Futuramente, todos poderemos envelhecer. Que a relação de ajuda esteja presente neste processo. Relação de ajuda oferecida pela família, por um amigo, por um vizinho, por um conhecido da comunidade ou por um profissional cuidador.

Que o caos possibilite refletir sobre a imagem do velho que queremos ser e/ou aprender a conviver já que envelhecer é viver em movimento contínuo, é caminhar pela vida, ultrapassar etapas, plantar, colher os frutos e saber que alguns desses frutos caíram da árvore antes da hora e não renderam o fruto esperado.

É a espera do que vem pela frente, como quem espera ver e acredita no futuro. É plano e expectativa do que está por vir.

Envelhecer, feliz ou infelizmente faz parte da grande teia da vida, onde estão inseridos não somente os idosos, mas também onde estamos eu e você!

8 Considerações Finais

Este é um momento muito importante para um pesquisador: chegar às considerações finais de uma pesquisa.

Quanto tempo debruçada sobre esta temática, quantas horas na frente do computador reservando apenas alguns minutos para as refeições, sem finais de semana, sem feriados prolongados, sem festas!

Deparar-me com este instante da pesquisa me conduz a um profundo encontro com as questões da natureza complexa e da pesquisa qualitativa.

Ao finalizar este estudo, ainda que não terminado, pois estamos em movimento e em transformações e renovações constantes, retorno às minhas palavras iniciais, onde volto às inquietações que me motivaram a aprofundar-me na principal questão da pesquisa: Como o idoso atendido pelo SAD percebe a relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais?

Embora essa questão seja ampla e referente a um grupo específico de idosos de um serviço socioassistencial, posso afirmar que a utilização do referencial metodológico da fenomenologia possibilitou-me responder a pergunta inicial e desvelar significados representativos sobre a percepção desses idosos sobre a relação de ajuda.

A análise e discussão à luz da teoria do caos possibilitou desvelar o movimento dinâmico do processo de envelhecimento e como ele é diferentemente construído na medida em que se somam as experiências da relação de ajuda.

Hoje, vejo a relação de ajuda e o processo de envelhecer por outro ângulo, em outro nível de realidade.

Hoje percebo o quanto somos interdependentes um do outro, sendo crianças, adultos ou velhos; o quanto precisamos de uma referência, de um ombro amigo, de alguém que nos permita perceber que ainda há tempo para muita coisa.

Este estudo possibilita trazer à tona que a longevidade está aí, batendo à nossa porta e que, analisando os significados construídos pelos próprios idosos participantes da pesquisa, ainda há muito por se fazer.

Assim sendo, posto aqui algumas contribuições no sentido de proporcionar novos *insights* aos órgãos que atendem ao segmento idoso, sejam eles em quaisquer das políticas públicas.

Começo sugerindo que os municípios, governanças e lideranças ofereçam maior oferta de serviço a este segmento, visto que há poucos serviços especializados e que, quando existem, não conseguem absorver a demanda reprimida.

Outra sugestão apresentada é a de que haja mais envolvimento entre as políticas públicas da saúde e da assistência social, pois no estudo fica explícito o quanto uma depende da outra para que os resultados sejam eficazes e significativos. Há a necessidade de se construir uma rede de cuidados ao idoso que já foi pensada, mas que ainda não saiu do papel.

A educação para o envelhecimento em todos os setores sociais é outra sugestão. A proposta de discutir nas várias políticas setoriais aspectos como preconceito, estigma, estereótipo, assunto castrador e presente na maioria dos depoimentos dos idosos aqui representados, é de extrema importância para a conscientização da população.

Sugiro, ainda, contribuições a respeito do preparo da família para o exercício do cuidar. Acredito que essas discussões podem estar presentes na política da educação, feita por professores dentro da escola, na sala de aula; na política da saúde, conduzida pelos próprios profissionais nas unidades básicas, pronto atendimentos, hospitais ou até mesmo nas visitas do PSF e, também, na política da assistência social, através de serviços socioassistenciais que atendem a este segmento.

Não pretendo aqui esgotar todas as possibilidades, pois são muitas. Por estar falando de uma população que cresce assustadoramente até mesmo nos países em desenvolvimento, essas possibilidades também são provocativas e desafiadoras.

Durante todo o processo da pesquisa, a principal limitação percebida para o estudo foi o fato de que o SAD ainda é um serviço atuante em apenas alguns municípios do Estado de São Paulo e, por consequência, incapaz de contemplar a vasta clientela de idosos cujo perfil é condizente com o do serviço, evidenciando a escassez da vertente social nessa nova modalidade do cuidar.

Temos um grande desafio pela frente: preencher a lacuna de ações existente para idosos negligenciados, abandonados e, cujas condições, não demonstram um idoso que deve ser recolhido, hospitalizado e/ou institucionalizado, mas sim cuidado, informado e orientado sobre a importância de permanecer em sua residência, dentro de sua própria comunidade, tendo sua família como companheira e principal aliada.

O caos trabalha com possibilidades, nada é fechado e esta não é a única verdade. Construimos e desconstruimos a realidade à medida que avançamos nela.

Acredito que a relação de ajuda aqui descrita é tão presente na vida dos idosos com os quais me envolvi, já que sou pesquisadora, mas não deixei de lado minha condição de ser humano que afeta e é afetada o tempo todo pelas pessoas, me acrescentou valores, possibilidades e novas formas de olhar para a vida.

Desde o início do estudo foi possível perceber o quanto é vasto e atraente o universo do apoio social, da relação de ajuda e das consequências positivas que esta pode proporcionar ao processo de envelhecer.

Mais do que buscar respostas para minhas inquietações, tive como retorno exemplos de pessoas que me ofereceram tanto enquanto percebo que a sociedade lhes oferece e retribui tão pouco.

Minha vida, neste período de pesquisa, esteve mergulhada nesta temática. Resolvi oferecer minha audição, minha visão e, principalmente, meu coração a um grupo de idosos que, rapidamente, sem pensar muito, não hesitou em me acolher com carinho e alegria.

As observações, a cada depoimento, possibilitaram uma aproximação maior com os idosos, podendo conhecê-los melhor. Nesses momentos eu me sentia emocionada ao ouvir as falas de cada um.

Histórias sofridas, alegres, difíceis, melancólicas ou tímidas eram contadas sem poupar emoção, sem colocar restrições. Eram momentos de encontro de almas, de se emocionar e compartilhar energia que proporcionavam uma sensação de bem estar, de acolhimento e de afeto.

Aprendi e reconheci o valor que as cuidadoras domiciliares formais do SAD representam a eles, uma vez que todas as categorias discutidas nos resultados – apoio, acolhimento, autoestima, autonomia, pertencimento, segurança pessoal, resgate da identidade – foram a mim apresentadas, em cada relato, através da emoção de cada um desses protagonistas. Emoção que emergia, transbordava e se lançava como arco-íris, pleno de cores diversas, após uma chuva de verão.

Quem me dera que os profissionais que lidam com idosos possam absorver de cada experiência aqui relatada, as lições que estes ensinam para que assim, ao envelhecer, saibam enfrentar melhor as mudanças, valorizando cada ruga no rosto e fio branco de cabelo como marcas de uma vida única.

E assim, no pêndulo das emoções que constituem o processo dinâmico de viver, vivendo, saibam lidar com as suas emoções para re-aprender a importância de que é cuidando de si que se compreende melhor a importância de sua presença e envolvimento no cuidado com o outro.

Passo a perceber o quanto sou importante na vida desses idosos que descrevo. Como psicóloga escuto suas lamúrias, esperanças, vontades, que hoje se renovam através de possibilidades infinitas.

A partir deste parágrafo, passo a ter uma nova visão de mundo. Passo a enxergar a importância que tenho como “futura” provedora do cuidado dos meus pais... o que pode vir ou não a acontecer, mas cujas possibilidades se reafirmam a cada dia, visto que estamos cada vez vivendo mais.

O dia está cinza. Faz frio e chove lá fora. Sinto o cheirinho do café fresco e da típica receita do bolinho de chuva deixado por minha avó Joana. Estou cansada. Trabalhei duro. Mas, feliz da vida, digito aqui o meu ponto final, mesmo sabendo que ele ainda é provisório.

Referências

- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. São Paulo: Artmed, 2000.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Persona, 1977.
- BARRÓN, A. I. **Apoyo social**: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo Veinteuno. España Editores, 1996.
- BERGÉ, P. et al. **Dos ritmos ao caos**. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.
- BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas idosas**: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta, 1995.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem Populacional. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF, 1994.
- BRADBURY-JONES, C. et al. A comparison of elderly care nursing in the UK and Japan. **Nursing Older People Magazine**. University of Dundee, p. 31-5, 2011.
- BRIGGS, J.; PEAT, F. D. **A sabedoria do caos**: sete lições que vão mudar sua vida. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- BRUNINI, C. R. D. **Aforismos de Hipócrates**. São Paulo: Typus, 1998.
- CALDAS, C. P. A abordagem do enfermeiro na assistência ao cliente portador de demência. **Revista Enfermagem UERJ**, 1995.
- CALDAS, C. P. O idoso em processo demencial: o impacto na família. In: **Antropologia, Saúde e Envelhecimento** (M. C. S. Minayo & C. Coimbra Jr., org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- CAPONI, G. Concepção do cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. In: Jornada de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, 1, 1996, Florianópolis. **Anais...** Texto e Contexto - Enfermagem UFSC, Florianópolis, v 6, n. 2, maio/ago. 1997, p.51-6.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1997.

CHAIM, J. et al. Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 33, n. 2, p. 175-181, 2009.

COLLOPY, B. DUBLER, N. ZUCKERMAN, C. The ethics of home care: autonomy and accommodation. **The Hastings Center Reporter**, 1990.

CREUTZBERG, M. Tratar mais a pessoa idosa, sobretudo a que está acamada: subsídios para o cuidado domiciliar. **O mundo da saúde**, v. 24, n. 4, p. 298-305, 2000.

CRUZ, E. B. L. **Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde e bem estar psicológico**: a satisfação com a vida e o apoio social. Coimbra: [s.n.], 2001. Dissertação de Mestrado em Sócio Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1989.

DOLL, J. O campo interdisciplinar da Gerontologia. In: PY, L. et al. (org). **Tempo de envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. São Paulo: Holambra, 2006.

DONZELOT, J. **A polícia da família**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. **Atendimento domiciliário**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

ELIA, L. Responsabilidade do sujeito e responsabilidade do cuidado no campo da saúde mental [texto na internet]. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2004. [citado 2004 out. 12]. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/responsabilidade_do_sujeito.pdf

Eliopoulos, C. Enfermagem gerontológica. In: Eliopoulos, C. **Modificações comuns do envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 74-94.

FIELD, P. A., MORSE, J. M. **Nursing research**: the application of qualitative approaches. Rockville: Aspen Publication, 1985.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**. v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GOMES, Willian B. (org.). **Fenomenologia e pesquisa em psicologia**. Porto Alegre: Universidade/UFRGS, 1998.

GONÇALVES, A. K. **Ser idoso no mundo:** o indivíduo idoso e a vivência de atividades físicas como meio de afirmação e identidade social. São Paulo, 1999. 214 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1999.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro: Universidade Aberta à Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

GRANDESSO, M. A. **Sobre a reconstrução do significado:** uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

GUERRINI, I. A.; SPAGNUOLO, R. S. Metáforas da nova ciência para educar em tempos de pós-humanidade. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**, Florianópolis, v.5, p.73-92 jul./dez. 2008.

GUIMARÃES, R. M.; CAMARGOS, E. F. A avaliação do velho doente. In: Guimarães, R. M.; Cunha, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria.** São Paulo: Atheneu; 2004. p.7-16.

HARVIS, K. A.; RABINS, P. V. Dementia. Helping family caregivers cope. **Journal of Psychosocial Nursing**, 1989.

HAYASHI, T. et al. Place of death for the elderly in need of end-of-life home care: a study in Japan. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. v. 2 , p. 242-244, sept. 2011.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. Dados sobre população do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2001).

KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. A global strategy for healthy ageing World Health, [s.l.:s.n.], 1997.

KINSELLA, K.; TAEUBER, C. M. **An Aging World II.** Washington, D.C.: US. Government Printing Office, 1992.

KOSBERG, J. I. **Family care of the elderly.** Thousand Oaks: Sage Publications, 1992.

LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente:** uma articulação de conceitos no campo da saúde pública. 2002. Dissertação – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LEME, L. E. G. A interprofissionalidade e o contexto familiar. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliary:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

LEME, L. E. G.; SILVA, P. S. C. P. O idoso e a família. In: PAPALÉO NETO, M., organizador. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

LUPI-PEGURIER, L. et al. Density of dental practitioners and access to dental care for the elderly: a multilevel analysis with a view on socio-economic inequality. **Health Policy**, p. 160-7, dec. 2011.

MARTINS, R. M. L. A relevância do apoio social na velhice. **Millenium revista do ISPV (on line)**. n. 31, maio/2005, semestral.

MATOS, A. P. ; FERREIRA, A. Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. **Psiquiatria clínica**, v. 21, n. 3, p. 243-253, 2000.

MEDEIROS, F. et al. Discurso de acompanhantes hospitalares sobre o cuidar de idosos: subsídio para uma orientação aos cuidados domiciliares pós-alta. **Nursing (SP)**. v. 14, p. 496-500, set. 2011.

MEDINA, C. et al. Das incapacidades e do acidente cérebro-vascular. In: **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. (U. Karsch, org.). São Paulo: EDUC, 1998.

MELO, C. **A divisão social do trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MENDES W. **Home care**: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta à Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto completo Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, out/dez 2008.

MENDES JÚNIOR, W. V. **Assistência domiciliar**: uma modalidade de assistência para o Brasil. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

MERLEAU-PONTY M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

MEURER, S. T. et al. Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. **Motriz**, Rio Claro, v. 15, p. 788-796, out/dez. 2009.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitative and qualitative methods: opposition or complementarity? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. S. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MIRANDA, C. M. L. **O risco e o bordado**: um estudo sobre formação de identidade profissional. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1996.

NASSIF, M. R. G. **Compêndio de Homeopatia**. São Paulo: Robe Editorial, 1995.

NERI, A. L. Bem estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência, In: Neri AL, organizadora. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papius, 1993.

NERI, A. L; CACHIONI, M. Velhice bem sucedida e educação. In: Neri, A. L; Debert, G. G. **Velhice e sociedade**. São Paulo: Papius, 1999.

NUNES, M. M. J. C. **Qualidade de vida e diabetes**: influência das variáveis psicossociais. Coimbra: [s.n.], 1999. Dissertação (Mestrado) - Instituto Superior de Altos Estudos Miguel Torga, 1999.

OLIVEIRA, V. C. R. et al. Clinical evolution of adult, elderly and very elderly patients admitted in Intensive Care Units. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 6, p. 1344-1351, nov/dec 2011.

OSMO, A. A.; CASTELLANOS, P. L. Os cuidados a domicilio: da decisão política à gestão de programas. [HTTP://www.ufrgs.br/pdgs/Cuidadomicilio.htm](http://www.ufrgs.br/pdgs/Cuidadomicilio.htm) (acessado em 03/Abr/2000).

PELZER, M. T.; FERNANDES, M. R. Apoiando a família que cuida de seu familiar idoso com demência. **Texto completo Enfer**, 1997.

PENNA, F. B.; SANTO, F. H. E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 17-24, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_02.htm

PÉRODEAU, G. et al. Chronic psychotropic drug use among frail elderly women receiving home care services. **Journal of Women & Aging**, v. 23, n. 4, p. 321-41, oct. 2011.

PITTA, A. M. F. **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1999.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Using research in evidence based nursing practice. In: POLIT, D. F.; BECK, C. T., editors. **Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 457-94, 2006.

POUSADA, L. High-tech home care for elderly persons: what, why and how much? In: ARRAS, J. (editor). **Bringing the hospital home**: ethical and social

implications of high-tech home care. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1995.

PÜSCHEL, V. A. A. **Assistência domiciliária no município de São Paulo: a dinâmica de trabalho desenvolvida pelas equipes**. 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem; 2002. Out 28-31; Águas de Lindóia, São Paulo (SP). São Paulo (SP): EEUSP, 2002.

RAMALLO V. J. G.; TAMAYO, M. I. P. Historia de La hospitalización a domicilio, PP. 13-22. In: MDD Glez (coord.). **Hospitalización a domicilio**. Espanha: Hoechst Marion Roussel, 1998.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. editors. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 72-8.

SANYA, E. O. et al. Profile and causes of mortality among elderly patients seen in a tertiary care hospital in Nigeria. **Annals of African Medicine**, v. 10, n. 4, p. 278-83, oct/dec 2011.

SAYEG, M. A. Envelhecimento bem sucedido e o autocuidado: algumas reflexões. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, 1998.

SARTON, G. Medicine in Old Egypt. In: **History of Science**. Hamed A. Ead., Heidelberg, 1998.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde no Projeto Qualis: agente institucional ou agente da comunidade?** 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, T. J. E. S. **O enfermeiro e a assistência: a necessidade não física do cliente: o significado do fazer**. 1998. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 1998.

SILVEIRA, R. C. C. P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências**. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

SIQUEIRA, R. L; BOTELHO, M. I. V; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2002.

SOARES M. A. L. **Compreendendo a ação do docente no processo educacional de um curso de graduação em enfermagem: o olhar dos sujeitos envolvidos**. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2004.

SOKLARIDIS, S. The process of conducting qualitative grounded theory research for a doctoral thesis: Experiences and reflections. **Qual. Rep.**, v.14, n.4, p.719-34, 2009.

SOUZA, E. M. Reminiscências: o papel social das lembranças. **Revista Gerontologia**. São Paulo, v. 7, n. 2, p. 28-31, 1999.

SPAGNUOLO, R. S. **Entre os processos de fortalecimento e fragilização do modelo ESF: gestão municipal - órgãos formadores como componentes intervenientes**. 2010. 235p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2010.

STEVENSON, J. S.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p 33-50, maio/ago. 1997.

TAMANINI, J. T. et al. Association between urinary incontinence in elderly patients and caregiver burden in the city of São Paulo/Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study. **Neurourology and Urodynamics**, v. 30, n. 7, p. 1281-5, sep. 2011.

TAVOLARI, C. E. L. et al. O desenvolvimento do ‘Home Health Care’ no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v.3, n.9, p.15-18, out.dez.2000.

THOITS, P. A. Social support as coping assistance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1995.

VAZ SERRA, A. **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra: [s.n.], 1999.

WANDERLEY, M. B. **Publicização do papel do cuidador domiciliar**. São Paulo: IEE/PUC-SP, Brasília, Secretaria de Assistência Social-MPAS, 1998.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005.

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de consentimento livre e esclarecido

(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 196/96 - CNS-MS)

Eu, _____, estou de acordo em participar da pesquisa intitulada **“Posso ajudar? Cuidador formal e relação de ajuda: a percepção do idoso acerca do apoio oferecido por um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo”** sob a responsabilidade da pesquisadora Andreza Aparecida de Lima.

Declaro que fui esclarecido (a) quanto ao(s):

- 1** – Objetivo do estudo que é Perceber o significado da relação de ajuda das cuidadoras domiciliares formais oferecida por um serviço socioassistencial desenvolvido em um município do interior do estado de São Paulo na perspectiva do idoso.
- 2** – Os conhecimentos obtidos por meio desta pesquisa poderão contribuir com o avanço dos estudos sobre o processo de envelhecimento populacional.
- 3** – A participação na pesquisa é voluntária e a recusa não implicará em nenhum prejuízo, tendo a garantia de que não haverá gastos de minha parte, nem qualquer tipo de pagamento pela minha entrevista;
- 4** – Ter a liberdade de não participar desta pesquisa, bem como desistir da mesma em qualquer momento, sem nenhum prejuízo a minha pessoa ou familiares;
- 5** – Os dados coletados são confidenciais e a pesquisa não apresenta risco, desconforto e inconveniências para os entrevistados;
- 6** – Fato das entrevistas serem gravadas, onde a pesquisadora se comprometerá a guardar o anonimato de minhas informações e destruir as fitas após o término da pesquisa;
- 7** – Fato de a pesquisadora estar disponível para esclarecimentos que julgar necessário e no caso de não me sentir atendido(a), poderei entrar em contato com a mesma no seguinte telefone (14) 32394537 ou com o Comitê de Ética da USC se tiver qualquer dúvida (14) 21077260.

Li a informação acima e me foi dada oportunidade para perguntas e minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Concordo em participar desta pesquisa e entendo que meus registros de pesquisa estarão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Recebi uma cópia deste termo de consentimento.

Bauru, ____ / ____ / ____.

Entrevistado

Eu certifico que expliquei a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

Andreza Aparecida de Lima*
Pesquisadora

* Alameda Manoel Figueiredo, 5-17. Parque São Geraldo, Bauru/SP. CEP: 17021-310.
E-mail: andreza_lima2003@yahoo.com.br. Contato: (14) 32394537 ou 97856168.

ANEXO 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

PRPPG
Pró-reitoria
de Pesquisa e
Pós-graduação

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Protocolo n.º 154/10

Título do Projeto:

RELAÇÃO DE AJUDA E ESCUTA ATIVA: O USO DA COMPLEXIDADE NO RESGATE DA IDENTIDADE DOS IDOSOS ATRAVÉS DA PESQUISAÇÃO

Pesquisador (a) Responsável: ANDREZA APARECIDA DE LIMA

Comitê de Ética:

O CEP analisou, baseado em parecer competente, o presente projeto e o considerou aprovado.

Data: 19/08/2010

Assinatura do Presidente:

**ANEXO 3 – Autorização da SEBES para a
realização da pesquisa**



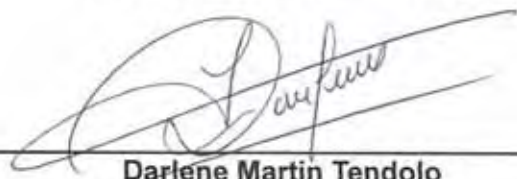
PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DO BEM ESTAR SOCIAL

D E C L A R A Ç Ã O

DECLARO que tenho **CIÊNCIA E AUTORIZO** o desenvolvimento da Pesquisa **"Relação de ajuda e escuta ativa: o uso da complexidade no resgate da identidade dos idosos através da pesquisa-ação"**, a ser conduzida pela aluna do Programa de Pós-graduação Mestrado em Saúde Coletiva (Faculdade de Medicina - UNESP Campus Botucatu) Andreza Aparecida de Lima, orientada pelo Professor Dr. Ivan Amaral Guerrini, junto aos usuários e cuidadoras domiciliares do Serviço de Atendimento Domiciliar a Idosos e Pessoas com Deficiência (SAD), desenvolvido pela Secretaria do Bem Estar Social (SEBES) em parceria com o Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus (IASCJ).

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e como este setor tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmamos a presente em **23/06/2010**.



Darlene Martin Tendolo
Prefeitura Municipal de Bauru
Secretária do Bem Estar Social

ANEXO 4 – Autorização do IASCJ para a realização da pesquisa



INSTITUTO DAS APÓSTOLAS DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS – IASCJ

Rua Cel. Melo de Oliveira, 221 Pompéia São Paulo/SP

CEP: 05011-040 Fone: (11) 32028700 Fax: (11) 32028705

CNPJ: 61.015.087.0001-65

D E C L A R A Ç Ã O

DECLARO que tenho CIÊNCIA E AUTORIZO o desenvolvimento da Pesquisa "Relação de ajuda e escuta ativa: o uso da complexidade no resgate da identidade dos idosos através da pesquisa-ação", a ser conduzida pela aluna do Programa de Pós-graduação Mestrado em Saúde Coletiva (Faculdade de Medicina - UNESP Campus Botucatu) Andreza Aparecida de Lima, orientada pelo Professor Dr. Ivan Amaral Guerrini, junto aos usuários e cuidadoras domiciliares do Serviço de Atendimento Domiciliar a Idosos e Pessoas com Deficiência (SAD), desenvolvido pela Secretaria do Bem Estar Social (SEBES) em parceria com o Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus (IASCJ).

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e como este setor tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmamos a presente em 23/06/2010.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "T. Bolzan", is written over a horizontal line.

Professora Dr. Teresa Cristina Bolzan Quaioti
Coordenadora Administrativa dos Projetos Sociais
IASCJ – Bauru/SP

ANEXO 5 – Alteração de título da pesquisa autorizada pelo CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa "Relação de ajuda e escuta ativa: o uso da complexidade no resgate da identidade dos idosos através da pesquisa-ação", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sagrado Coração em 19/08/2012 (Protocolo nº. 154/10), teve seu título alterado para "Posso ajudar? Cuidador formal e relação de ajuda: a percepção do idoso acerca do apoio oferecido por um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo", sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Dissertação de Mestrado.

Botucatu, 08 / 06 / 2012

Nome/Assinatura do(a) aluno(a):

Andressa Aparecida da Silva Lima

P/ Nome/Assinatura do(a) orientador (a):

Elen Rose Lodereiro Castanheira

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Elen Rose

Mônica Campos Veloso

Recebi em
08/06/2012