



Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa

Suporte Familiar e Social ao Idoso

Unidade 03 | Suporte ao Idoso



Prezado aluno,

Bem vindo à Unidade – Suporte ao Idoso.

Nesta unidade você é convidado a identificar os tipos de cuidadores e os principais fatores de estresse por parte destes.

Será apresentado também o SUS e SUAS como forma de apoio e suporte a pessoa idosa.

Bons Estudos!

Os objetivos dessa unidade são:

- Compreender a rede de suporte ao idoso no SUS e SUAS;
- Identificar alguns os tipos de cuidadores e diversas formas de conviver em harmonia com os idosos;
- Apresentar as características dos SUS e SUAS e como estes são necessários para promover a qualidade de vida dos idosos.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) compõem uma rede nacional de cuidados continuados a população brasileira, nem sempre integrados ou capazes de atender de forma adequada os diferentes grupos de pessoas em suas distintas demandas.



Em especial no atendimento do idoso estes sistemas devem ser capazes de avaliar e adequar às intervenções necessárias junto a este público, respeitando as situações de dependência e as circunstâncias de evolução das enfermidades além de observar os riscos e vulnerabilidades familiares e sociais existentes.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, reconhecendo a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos, aponta que essa parceria deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e isolamento (CALDAS, 2003).

Evitar o asilamento e hospitalização, mantendo a capacidade funcional do idoso e seu vínculo com a família são aspectos em comum entre as políticas públicas vinculadas ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e ao Sistema Único de Saúde no que diz respeito ao idoso. Conhecer as atribuições de cada um destes sistemas é o primeiro passo para o desenvolvimento de parcerias efetivas entre o idoso, seu cuidador e os serviços de assistenciais e de saúde no país tantas demandas.

O que é o SUAS?

O Sistema Único de Assistência Social - SUAS é regido pela Lei Orgânica de Assistência Social, que no seu Artigo 1º afirma que a Assistência Social é direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 2005). A Política de Seguridade Social no país é realizada através de um conjunto integrado de ações da iniciativa pública e da sociedade que garantam o atendimento às necessidades básicas da sua população. Em 2005, a partir da NOB foram implementadas várias mudanças no campo das atribuições do governo federal, dos Estados e municípios. A proteção social sob responsabilidade da

Assistência Social passou a se organizar em dois níveis de complexidade, confira abaixo:

Proteção Social Básica (PSB)	Tem por objetivo a prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, ausência de renda e/ou fragilização de vínculos afetivos-relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).
------------------------------	--

Os serviços da Proteção Social Básica são executados pelos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS, por outras unidades de Assistência Social e de forma indireta, através de entidades e organizações de assistência conveniadas aos municípios.

Em especial no que se refere ao idoso são atribuições do sistema de proteção social básica: incluí-lo e a sua família no cadastro único; identificar na família e no idoso, situações de risco e vulnerabilidade; encaminhar o idoso e/ou seu cuidador quando necessário a centros e entidades de cuidado do idoso; apoiar e fortalecer a família do idoso através de entrevistas, trabalhos de grupos e centros de convivência; investigar e intervir frente a situações de violência e maus-tratos do idoso; fortalecer os vínculos do idoso com sua família e comunidade; promover o acesso dos familiares e do idoso aos seus direitos constitucionais, incentivando a participação social.

Para os idosos, os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) devem ofertar espaços de convívio, com garantia de acessibilidade, e o objetivo de promoção de autoconhecimento quanto à condição de vida, à relação familiar e de vizinhança, favorecendo um processo de envelhecimento ativo, saudável, a motivação para novos projetos de vida e a prevenção ao isolamento e ao asilamento (BATISTA et al, 2008, p. 124-5).



Proteção Social Especial (PSE)	Destina-se a proteção de famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros aspectos. Divide-se em serviços de proteção de média e alta-complexidade).
--------------------------------	--

Os serviços da Proteção Social Especializada são executados pelos Centros de Referência Especializados da Assistência Social – CREAS, por outras unidades de Assistência Social e, de forma indireta, através de entidades e organizações de assistência conveniadas aos municípios. A rede de proteção social especial (PSE) oferta serviços de alta e média complexidade.

Verifique o quadro abaixo sobre a Proteção Social Especial (PSE).

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE	PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE
Oferta serviços de atendimentos às famílias e idosos com direitos violados, mas que mantém os vínculos familiares e comunitários.	Oferta serviços que garantam a proteção integral, moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e idosos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário.

São atividades desenvolvidas pelo PSE junto ao idoso: serviço de orientação e apoio sócio familiar do idoso; plantão social; abordagem de rua; cuidado no domicílio; serviço de habilitação/reabilitação de pessoas com deficiências; medidas socioeducativas em meio aberto; atendimento integral institucional; casa lar; república; casa de passagem; família substituta.

Existem diferenças entre os objetivos, atribuições e metodologias adotadas nos CRAS e CREAS.

São atividades desenvolvidas pelo PSE junto ao idoso: serviço de orientação e apoio sócio familiar do idoso; plantão social; abordagem de rua; cuidado no domicílio; serviço de habilitação/reabilitação de pessoas com deficiências; medidas socioeducativas em meio aberto; atendimento integral institucional; casa lar; república; casa de passagem; família substituta.

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

O que é?

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

Porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Unidade pública estatal, que atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e fortalecimento do convívio sócio-familiar-programa de atenção integral às famílias (PAIF). Tem a função de gestão territorial da rede de assistência social básica, promovendo a organização e a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos.

CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social

É a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de violação de direitos, em nível pessoal e social, por abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras.

O que faz?

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

Oferta serviços proteção básica e de Proteção e Atendimento Integral a Família (PAIF); Provê proteção à vida, reduzir danos, monitorar populações em risco e prevenir a incidência de agravos à vida em face das situações de vulnerabilidade; Contribui para a produção de condições de aquisições materiais, sociais, sócio-educativas ao cidadão e cidadã e suas famílias para suprir suas necessidades de reprodução social de vida individual e familiar; Desenvolve as capacidades e talentos dos usuários para a convivência social e autonomia. Realiza referência e contra-referências do usuário no SUAS. Atende o usuário nos programas de transferência de renda: Bolsa Família, Renda Cidadã, Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa de Capacitação para o Trabalho.

CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social

Acolhe vítimas de violência; Acompanha as ocorrências de risco a vida, o seu agravamento e a possível recorrência; Desenvolve ações para diminuir o desrespeito aos direitos humanos e sociais. Trabalha na reconstrução dos vínculos sociais.

Diferenças em relação ao CREAS

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

O CRAS busca prevenir a ocorrência de situações de risco, antes que estas aconteçam.

CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social

O CREAS trabalha com usuário que já teve os seus direitos violados: vítimas de violência física, psíquica e sexual, negligência, abandono, ameaças, maus tratos e discriminação.

As ações em assistência social no Brasil têm, portanto, um caráter preventivo (preparar, chegar antes, etc.), protetiva (amparar, apoiar, resguardar, etc.) e proativo (reconhecimento da tomada de responsabilidade frente às situações e problemas) e não clínico ou terapêutico (Batista et all, 2008). Isto implica em dizer que os serviços públicos em assistência social devem tomar a iniciativa, ou seja, planejar e executar atividades continuadas e que visem a melhoria da vida da população (necessidades básicas e de apoio a família). Referenciando o usuário a rede de apoio social existente no seu entorno. E desenvolvendo parcerias com os sistemas de saúde.

De acordo Batista et all (2008) apesar da ampliação do número de CRAS e CREAS em todo Brasil, efetivamente o número de serviços especializados de acolhimento ao idoso é insuficiente e pouco eficiente. Os asilos e abrigos permanecem como estruturas de acolhimento mais presentes, encontrados em 26,8% e 20,5% das cidades brasileiras; apenas 13% dos municípios contam com o atendimento do idoso em centros-dia e casa-lar. Sendo que menos de 5% do território brasileiro contam com os dispositivos como república e família acolhedora.



A seguir resume as redes de encaminhamentos conforme as necessidades da pessoa idosa.

Atividades desenvolvidas

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

- Inclusão nos programas de transferência de renda;
- Inclusão de famílias na rede sócio-assistencial conveniada;
- Concessão de benefícios eventuais (ex.: auxílio funeral);
- Concessão de carteira do idoso para transporte interestadual;
- Orientação e encaminhamento para inclusão de pessoas com Deficiência e pessoas idosas no BPC (Benefício da Prestação Continuada);
- Orientação e encaminhamento à rede de serviços municipais e estaduais.
- Grupos de convivência, informação, escuta e intervenção junto a família e ao idoso.

CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social

- Atendimento especializado do idoso nas situações das violações dos direitos.

Quem encaminha o idoso

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

- SUS (atenção básica; secundária e terciária)
- CREAS, Promotoria do idoso
- Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS)
- Demanda espontânea
- Outros

CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social

- SUS (atenção básica; secundária e terciária)
- CRAS
- Promotoria do idoso
- Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado (Sejus)
- Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS)
- Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência à Pessoa Idosa (CIAPREV)
- Outros

Rede de apoio

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

- Defensoria Pública do Estado – Núcleo do Idoso
- Postos de saúde; CAPSI; clínicas escolas; CREAS; centros comunitários; ONGs;
- Parceiros vinculados a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS)
- Outros

CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social

- Defensoria Pública do Estado – Núcleo do Idoso
- Postos de saúde; CAPSI; clínicas escolas; CRAS; centros comunitários; etc.
- Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência à Pessoa Idosa (CIAPREV)
- Outros

Sistema Único de Saúde (SUS)

Todo profissional da saúde é um cuidador e tem por uma de suas principais funções acolher quem lhe procura. Ao pensar especificamente o cuidado em saúde do idoso, compreende-se que este não se reduz a um nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios são a universalidade, a integralidade e a equidade ou a um conjunto de procedimentos e regras a serem veiculadas entre os profissionais da saúde e o usuário do serviço.

Cuidar do idoso implica em: reconhecer o direito singular deste de ter as suas necessidades de saúde atendidas; garantir-lhe acessibilidade, que ele e a sua família consigam chegar ao serviço, e que este tenha acesso aos serviços de saúde, ou seja, que consiga usá-los de forma a alcançar o melhor resultado possível, cabendo a este cuidador o planejamento cuidadoso da assistência a ser prestada ao idoso:

- Focado na integralidade deste e em suas múltiplas dimensões (biopsicossociais) e não apenas em suas deficiências e patologias;
- Que respeite e aceite as diferenças de etnia, raça e gênero;
- Fundamentado numa relação de confiança (serviço-idoso), estabelecida a partir de orientações e acompanhamentos eficazes da equipe de saúde e da gestão;
- Que priorize a autonomia do idoso e coparticipação deste e de sua família nas decisões sobre que procedimentos e tecnologias mais adequadas ao seu caso;
- Que garanta a privacidade e a confidencialidade das informações prestadas pelo idoso e sua família.

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira nos últimos anos tem levado os serviços em saúde a se depararem com um aumento das condições crônicas dos usuários, que por sua vez estão associados a estilos de vida pouco saudáveis (tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada).

Este aumento gera por sua vez a necessidade de um diálogo efetivo entre os três níveis de complexidade e seus serviços, que perpassam: o acolhimento, os cuidados ambulatoriais, os cuidados domiciliares, as instâncias intermediárias de apoio e a estrutura hospitalar. Mas não se deve esquecer que os idosos não constituem uma população homogênea e que um percentual significativo de idosos está bem com a sua saúde (Mendes, 2010). Entenda as etapas do acolhimento na atenção básica.

Recebe o idoso: a assistência a saúde do idoso deve ser realizada prioritariamente pela atenção básica, sendo o acolhimento (figura 1) a primeira porta para o acesso do idoso aos serviços em saúde.

Atende o idoso: levanta junto ao idoso e seu familiar as demandas/queixas que o levaram a buscar o serviço. Nesta etapa o profissional da saúde sonda informações gerais; identifica riscos e vulnerabilidades, fatores de proteção do usuário e de sua rede de apoio.

Analisa o tipo de atenção que requer o idoso: o profissional da saúde faz a orientação, a prevenção e

o diagnóstico precoce. Informa sobre os tipos de atividades desenvolvidas no serviço, procura agilizar o atendimento do idoso e facilitar a formação vincular deste com o serviço. Realiza o atendimento imediato dos casos agudos: consultas (médico, enfermeira, dentista, etc.) e procedimento (aferição de pressão, imunização, etc.)

Decide a partir do tipo de atenção a ser prestação, se a demanda é coberta pela área de abrangência do serviço ou não: a) sim. Realiza a inscrição e a matrícula do idoso, bem como os seus agendamentos. B) não. Encaminha para o serviço de forma supervisionada.

Fonte: Adaptado de BRASIL (s/d).

Para a realização da segunda etapa do acolhimento é importante conseguir identificar os tipos de dependência e riscos mais comuns na velhice. Confira na tabela abaixo os Tipos de dependência mais comuns na velhice.

Dependência Estruturada	Dependência Físico-Funcional	Dependência Comportamental
Indica o afastamento do indivíduo da vida social e do processo produtivo.	Refere-se à incapacidade física ou cognitiva para realizar atividades da vida diária, dentro de um contexto social. Oriunda dos processos de envelhecimento secundário ou fatores não normativos.	É socialmente induzida, independente do nível de competência do indivíduo, e, comumente explicada pelo paradigma do “desamparo aprendido”, onde a pessoa aprende num ambiente não responsivo e negligente que o comportamento é ineficaz para gerar consequências o que gera desamparo/dependência.
Desemprego, guerras, intolerância racial, prisão, hospitalização prolongada, asilamento, maus-tratos, pobreza (fome/violência, etc.)	Imobilidade devido à fratura; dificuldade na fala e na motricidade devido a AVC; etc.	Muito comum em idosos asilados.

Fonte: Baltes et al, (2002)

De acordo com o Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar são consideradas situações de risco na velhice os seguintes casos: “(a) idosos com 80 anos ou mais; (b) idosos com mais de 60 anos apresentando uma ou mais das seguintes características: polipatologias (≥3 diagnósticos), polifarmácia (≥5 drogas/dia), imobilidade parcial ou total, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural (quedas de repetição), ou incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium). Também são situações de risco os idosos com história de internações frequentes e/ou pós-alta hospitalar, os idosos dependentes nas atividades básicas

de vida diária básica (ABVDs), ou aqueles sem suporte familiar e em situação de vulnerabilidade social, tanto nas famílias como institucionalizados” (BRASIL, s/d, p.44). Confira na figura o acolhimento.



Fonte: Portal da Saúde, (2014)

No que diz respeito às ações de apoio aos cuidadores formais e informais, a atenção básica pode através das equipes de saúde da família (Pimentel, 2010):

- Desenvolver parcerias com a rede de assistência social e de forma conjunta criarem uma rede de informação, educação, comunicação e capacitação ao cuidador.
- Capacitar o cuidador no que se refere: aos processos de envelhecimento; papel do cuidador; doenças mais comuns na velhice; uso de medicamentos; definição das atividades de vida diária; instabilidade e quedas; transferências e adaptações ambientais; violência com o idoso; etc.
- Orientar o cuidador quando este identificar alterações comportamentais, sobre a melhor forma de lidar com estas mudanças.
- Incentivar o cuidador a criar rotinas de cuidado, adotando precauções de segurança e de adaptação do ambiente.
- Desenvolver em conjunto com o cuidador um programa de exercícios de estimulação relacionadas às AVDs (tais com a higiene, a alimentação, a mobilidade, etc.); a unidade 3, reflita através do vídeo e continuei em seu aprendizado.
- Orientar o cuidador sobre a importância de reforçar a autoestima do idoso através de reforços positivos e da preservação da sua dignidade.
- Refletir junto ao cuidador sobre a necessidade deste promover o autocuidado pessoal.

Chegamos ao final do tópico 1 da unidade 3, reflita através do vídeo (disponível na biblioteca de vídeo) e continue em seu aprendizado.

Tópico 02 **Cuidado ao cuidador: identificando variáveis de estresse**

Todos os seres humanos já experimentaram algum nível de estresse durante a sua vida. O como e o porquê de experimentarmos o estresse podem mudar durante o desenvolvimento, como por exemplo, ouvir uma música alta pode ser avaliado como atividade prazerosa e relaxante na adolescência e, na velhice, como evento estressor. Observa-se, então, que não apenas o evento, mas a avaliação que se faz deste incide na vivência de estresse do indivíduo. O termo “estresse” foi empregado, em 1936, pelo fisiologista francês Hans Selye, para designar uma síndrome de adaptação (General Adaptation Syndrome - GAS), com forte influência biológica e constituída por três fases: reação de alarme, adaptação e exaustão. Confira os conceitos de estresse abaixo.

ESTRESSE é uma resposta não específica do corpo, a qualquer demanda feita sobre o mesmo.

ESTRESSE é o estado de uma criatura que resulta da interação do organismo com os estímulos ou circunstâncias nocivas.

ESTRESSE é uma resposta neuro-endócrina do organismo, a estímulos que ameaçam romper o seu equilíbrio dinâmico.

ESTRESSE é um conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a circunstâncias que exigem esforço de adaptação.

Fonte: Adaptado Mendes (2002).

O estresse é uma defesa natural que nos ajuda a sobreviver, mas a cronicidade do estímulo estressante acarreta consequências danosas ao nosso organismo. Embora a tendência do indivíduo seja elaborar estratégias para resolvê-las, muitas vezes, ele vai se adaptando às exigências do chefe intransigente, à situação econômica difícil, aos revezes do dia a dia. Se não conseguir criar essas estratégias, seu organismo não irá reagir convenientemente diante dos problemas e dará sinais de cansaço que podem afetar os sistemas imunológico, endócrino, nervoso e o comportamento do dia a dia. A continuidade dessa situação afeta a pessoa, exaurindo suas forças e ela cai num estado de exaustão, de estresse propriamente dito. Caso não consiga reverter o processo, as consequências não tardarão a surgir: aumento da pressão arterial, crises de angina que podem levar ao infarto, dores musculares, nas costas, na região cervical, alterações de pele, etc. Daí a importância de a pessoa estar alerta para os sinais que o corpo registra (DRAUZIO, 2014).

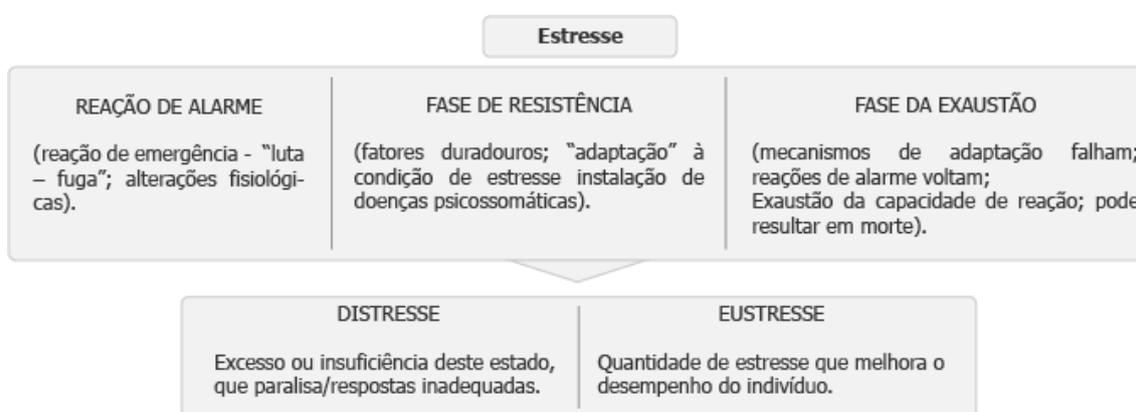
Hipócrates (apud Straub, 2005) já fazia uma distinção entre os sintomas de desconforto específicos causados por uma doença (pathos) e o desconforto geral, estresse, causado enquanto o corpo resiste à doença (ponos). Na modernidade esta distinção deu origem a diferentes teorias: de que o corpo acelera mediante ao estressor; que o estresse é um agente de proteção do organismo; uma forma de adaptação, não apenas relacionada ao trabalho, mas também a vida da pessoa. Surgindo os conceitos de distresse e eustresse.

Distresse

O distresse, também denominado de estresse negativo ocorre quando o estímulo estressor desencadeia uma resposta adaptativa inadequada na pessoa. O esforço de adaptação não traz realização pessoal, bem-estar e nem satisfação desencadeando sentimentos negativo como os de derrota, medo, angústia, insegurança.

Eustresse

No eustresse ou estresse positivo, o estímulo estressor desencadeia respostas adaptativas adequadas. O esforço de adaptação, neste caso, gera sensação de realização pessoal, bem-estar, satisfação das necessidades, mesmo que decorrente de esforços inesperados; pois é um esforço sadio em prol da garantia da sobrevivência. Há o predomínio de sentimentos positivos como a alegria, vitalização, prazer, confiança e o aumento da capacidade de atenção, concentração e agilidade mental (França e Rodrigues, 1997). Esquema do modelo de Selye.



As pesquisas de Lazarus (1990), Holmes e Rahe (1979), Hygge (1997) indicam que são múltiplas as fontes de estresse e que perpassam desde eventos marcantes da vida, aos problemas do dia-a-dia até os agentes ambientais e o trabalho.

Fonte do estresse	Característica	Exemplo
Eventos importantes da vida	Homes e Rahe (1970) verificaram que o número de unidades de mudança de vida acumulados podem afetar a probabilidade de a pessoa ficar doente. O estresse causado por múltiplas mudanças incidentes pode tornar o indivíduo mais vulnerável a doenças.	Unidade de mudança de vida: mudar de emprego; ficar grávida; perder um filho; casamento; morte de um ente querido; doenças (câncer, HIV); divórcio; estupro; terminar um relacionamento estável; dificuldades financeiras; ficar desempregado; falta de sono; etc.

Problemas cotidianos	São as pequenas incomodações diárias e que podem estar associadas às motivações emocionais (experiências que elevam o humor tais como: a aprovação, a avaliação positiva por outrem, aceitação, etc.), os níveis de ansiedade da pessoa e interagem com os estressores de background duradouros tais como: insatisfação no trabalho, deslocamento do trabalho e para casa, condições desfavoráveis de moradia, etc.	São exemplos de problemas: inflação, manutenção do lar, preocupação com a aparência física, não pegar o ônibus, chegar atrasado, discutir com um filho, coisas demais para fazer, esquecimento, perder objetos, etc. São exemplos de motivações emocionais: completar uma tarefa, realização pessoal, sentir-se saudável, ter uma rede social de apoio eficiente, fazer atividades prazerosas rotineiramente (jantar fora, passear, passar tempo com a família e amigos, visitar, telefonar ou escrever para alguém importante, etc.
Estresse ambiental	Diz respeito ao ambiente físico. Situações que o indivíduo se submete por anos, muitas vezes, sem consciência e que rotineiramente não controlamos.	Ambientes lotados (lojas, estádios, ônibus, hospitais, postos de saúde), ambientes ruidosos, poluição, congestionamentos, desastres naturais (terremotos, tornados, enchentes, maremotos, seca, etc.) e não naturais (acidentes nucleares, guerras, contaminação do solo) são exemplos de fatores ambientais que podem causar estresse.
Estresse relacionado ao trabalho	Diz respeito aos fatores relacionados ao exercício de uma atividade profissional ou ocupacional e que incidem sobre a saúde da pessoa.	São exemplos de fatores relacionados ao trabalho e geradores de estresse: sobrecarga da atividade e de papéis, esgotamento físico e psicológico, falta de controle sobre o ambiente profissional, assédio no trabalho, desemprego.

Fonte: Adaptado de Straub (2005, p. 132-137).

Lazarus (1993 apud STRAUB, 2005) propõe um modelo transacional do estresse com três importantes contribuições: • As situações e eventos não são inerentemente estressantes ou não estressantes. Qualquer situação ou evento pode ser avaliada e experimentada como estressante por uma pessoa, mas não por outra. Por exemplo, ir ao posto de saúde uma vez ao mês pode ser considerado por algumas pessoas um evento agradável, onde se encontra pessoas, compartilha histórias, se recebe cuidados para a manutenção da vida, enquanto que para outra pode ser percebido como evento desagradável em que esta se defronta com a sua incapacidade, proximidade com a morte, dependência, dor, etc.

- As avaliações cognitivas (primárias/ secundárias e as reavaliações) dizem respeito ao como: a pessoa avalia o evento estressor (1. Desafio potencial; 2) perigo ou ameaça ao bem-estar futuro); identifica se os recursos disponíveis para lidar com a situação são suficientes; e, se as estratégias usadas são eficazes. Estas avaliações são suscetíveis a alteração de humor, saúde e estado motivacional da pessoa. Assim, se tem que um mesmo evento pode ser interpretado de maneira diferente em ocasiões diferentes. Como por exemplo, um idoso caminhar até a farmácia num dia de sol pode ser uma atividade prazerosa, e esta mesma caminhada num dia de chuva acompanhada de fortes dores na coluna, pode tornar-se um obstáculo intransponível.
- As respostas de estresse no corpo se assemelham tanto nos casos em que o agente estressor está presente como na ausência deste. A atividade fantasia e a capacidade de recordação da pessoa podem produzir resposta de estresse. “Psicólogos clínicos pensam que certas pessoas podem ser cronicamente deprimidas porque repassam os eventos estressante em suas mentes, situação que pode ser funcionalmente equivalente a encontrar o evento estressante de forma repetida” (STRAUB, 2005).

O que é, o que é?

ESTRESSE. Processo pelo qual percebemos e respondemos a eventos, chamados de estressores que são percebidos como danosos, ameaçadores, ou desafiadores.

ESTRESSOR. Qualquer evento ou situação que desencadeia adaptações nos modos de enfrentamento. **TENSÃO.** Reação de cansaço e esgotamento de um indivíduo que tenta enfrentar um estressor.

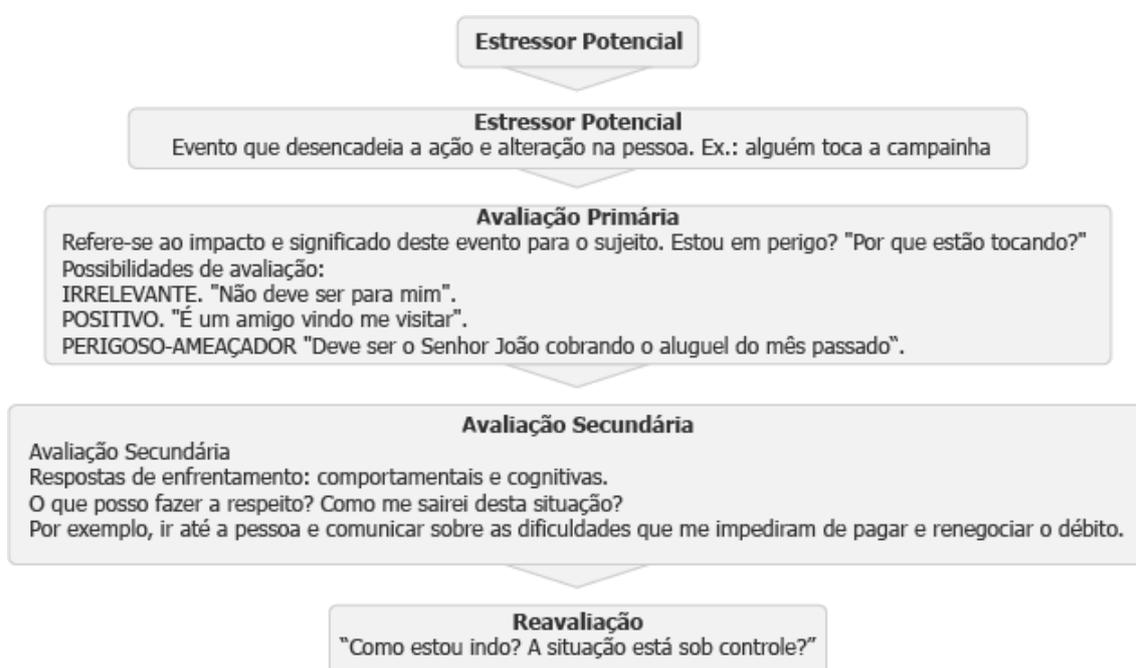
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA. Determinação inicial que alguém faz do significado de um evento como irrelevante, benigno-positivo ou ameaçador.

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA. Determinação inicial que alguém faz de seus próprios recursos e capacidades, verificando se são suficientes para cumprir com suas demandas de um evento avaliado como potencialmente ameaçador ou desafiador.

REAVALIAÇÃO COGNITIVA. Processo pelo qual os eventos potencialmente estressantes são reavaliados de forma constante.

Fonte: (STRAUB, 2005, p. 116-117)

Sistema de avaliação e evento estressor.



Fonte: Ad

Tem-se a partir deste modelo que o estresse é um fenômeno processual, relacional e multidimensional, onde os eventos ambientais não podem ser dissociados das características pessoais e vice-versa. "O processo de estresse é desencadeado sempre que os estressores excedem os recursos pessoais e sociais que o indivíduo é capaz de mobilizar frente ao estresse" (STRAUB, 2005, p. 117).

Trabalho e estresse: o cuidador de idosos

Os processos de desgaste do homem entre eles o estresse não ocorrem em decorrência apenas do envelhecimento ou do aparecimento de doenças, mas são ocasionados e influenciados pelas relações pessoais e de trabalho, pela rotina, pela impossibilidade de criar, pela falta de autonomia que acumuladas tendem a gerar sofrimento físico e psíquico.

"A preocupação com o trabalho é tão velha quanto à preocupação com o homem, porque é pelo trabalho que o homem se constrói" (Codo e Jacques, 2002). Por outro lado o trabalho remete a um paradoxo, ao mesmo tempo em que a atividade produtiva é estruturante ontológica do ser (o modo como os homens vivem e trabalham determinam a sua subjetividade, a maneira como estes pensam, sentem e agem), os contextos onde esta é desenvolvida, sua precariedade, a falta de oportunidade e de significação podem fraturar o desenvolvimento da pessoa.

Dimensões do trabalho.

Trabalho é fonte de gratificação	Trabalho é sofrimento
Direta: permite descarga pulsional. Indireta: quando o trabalhador ajusta a realidade do trabalho as suas necessidades. Elaborando e resignificando o sofrimento e transformando as situações de trabalho.	Quando o desprazer é tão frequente e intenso, originado na frustração recorrente do desejo, que enfatiza o sentimento de fracasso e inadequação. Padronização, restrição e homogeneização.

A importância do trabalho na vida do indivíduo reside na possibilidade deste de reconhecer a si próprio como alguém que existe e que é importante para a existência de outrem (identidade pessoal e social), num contexto que possibilite a realização profissional, liberdade para criar; com o qual ele possa se orgulhar e se identificar; que possibilite alcançar novas aspirações e manter o seu funcionamento físico e psíquico integrado. Confira no quadro Forças restritivas e facilitadoras a saúde do trabalhador.

Forças facilitadoras	Forças restritivas
Condições em que a tarefa é realizada; Atitude em relação a tarefa; Compatibilidade entre as exigências e capacidades do indivíduo; Vivência da realização da liberdade (experiências simbólicas de reconhecimento); Exercício da criatividade e da capacidade de se tornar agente de mudança	Estado emocional negativo; Uso inadequado dos processos mentais; Experiências de trabalho negativas; Condições externas e internas ao trabalho aversivas; Rigidez de crenças, valores e atitudes. Impossibilidade de trabalhar: desgaste e insegurança, etc. Depressão (grau em que o trabalhador se sente miserável, humor deprimido, triste, melancólico) ou de ansiedade (tensos, amedrontado, pensamentos catastróficos, recorrentes e antecipatórios).

Fonte: Adaptado de Tamayo (2004); Mendes (2002); Codo (2002).

Na presença constante de forças restritivas e na ausência de força facilitadoras, o trabalho passa a ser agente de sofrimento psíquico na vida do trabalhador. Nos Estados Unidos, o sofrimento psíquico é a segunda causa de afastamento do trabalho. Sendo o maior percentual de distúrbios mentais associados ao trabalho encontrados entre os profissionais da saúde e cuidadores de idosos (CODO & JACQUES, 2002).

O trabalho pode colaborar tanto para a formação e consolidação da identidade como corroborar com o adoecimento ou desencadear descompensação psíquica e outras doenças. Veja no quadro abaixo a lista de doenças relacionadas ao trabalho.

Síndrome do estresse pós traumático;
Síndrome do esgotamento profissional "Burn-out";
Neurose profissional;
Neurastenia;
Transtornos psicossomáticos;
Doenças cardiovasculares.
(Grupo V - CID 10)

O que é o Burn-out?

Síndrome psicológica decorrente da tensão crônica oriunda do trabalho.

Conceito

Estar esgotado ou "queimado". Processo de exaustão gradual marcado pelo cinismo e pelo descomprometimento.

Principais características

Exaustão emocional. Oriundo da relação entre a hiper exigência (interna e externa) associada à redução gradativa dos recursos físicos e emocionais; Despersonalização. Não reconhecimento de si mesmo e do outro marcado pelo distanciamento, pelo cinismo (sentimentos de negativismo, dureza e afastamento do trabalho) e pela insensibilidade (o outro passa a ser um objeto, o foco são nos procedimentos rápidos e objetivos e não na compreensão); Ineficácia. Presente nos sentimento de incompetência, falta de realização e produtividade no trabalho.

Sintomas

Desesperança, intolerância, hostilidade, agressividade, baixa concentração e atenção, dores psicossomáticas (dor de cabeça, dor de estomago), fadiga, insensibilidade, nervosismo, dificuldade para recordar eventos, isolamento, etc.

Profissões mais comuns

Que envolvem contato direto e intenso com pessoas que precisam de cuidado e assistência como os profissionais de saúde, os cuidadores formais e informais de idosos, etc.

De acordo com Caldas (1995), a sobrecarga física, emocional e socioeconômica, informacional e de suporte decorrente do cuidado as pessoas idosas com alto comprometimento tendem a gerar estresse no cuidador.

São fatores que entreveem no nível de estresse experimentado pelo cuidador de idosos:

Perfil do cuidador - força física, flexibilidade, capacitação técnica, vigor e pro-atividade para buscar soluções; se o cuidador tem recursos pessoais suficientes para lidar com a demanda do idoso; maneira como este percebe os eventos estressores; maior número de forças facilitadoras em detrimento as forças restritivas.

Natureza da tarefa - dedicação interrompida (disponibilidade física e de tempo para promover o cuidado ao idoso); atuação em três turnos (exige revezamento, através de plantão ou folguistas); sobrecarga do trabalho (muitos procedimentos a serem realizados em geral por uma única pessoa); não reconhecimento do esforço do trabalhador e de críticas por parte da família; o exercício contínuo da tarefa pode levar ao gradativo isolamento social daquele que cuida.

Natureza das relações – existência ou não de uma rede de suporte social e familiar de apoio, de forma a minimizar e controlar o afloramento de conflitos familiares, vinculados ao trabalho solitário do cuidador.

Cuidador Formal:

- Sentir-se coagido a equilibrar atividades profissionais, familiares e o cuidado com o idoso dependente o que tende a gerar o sentimento de sobrecarga.
- O trabalho solitário e a falta de apoio do restante da família é fator que dificulta o cuidado domiciliar e o auto cuidado do cuidador;
- A impossibilidade de o cuidador familiar trabalhar fora e de estabelecer outros laços afetivos;
- A inexistência de atividades de lazer, espaços de socialização e momentos dedicados para o autocuidado (fazer as unhas, tomar banho e escovar os dentes com tranquilidade, assistir um filme, ir a uma festa, etc).
- Carência de infraestrutura e de equipamentos sociais.
- A dependência do idoso no que se refere à higiene, alimentação e mobilidade.
- A pouca capacitação do cuidador, que tende a gerar sentimentos de ansiedade e estresse, até que este aprenda a maneira certa, o que geralmente acontece depois de inúmeras tentativas e erros.
- A falta de estrutura física nos domicílios.
- A falta de recursos financeiros ou as disputas familiares por estes recursos tendem a afetar a sua atividade junto ao idoso.

Cuidador Informal

- Saber que cuidar de idoso é uma prática complexa que não pode ser pensada como um ato que envolve somente o domínio de técnicas e tecnologias, mas como uma ação que abrange a complexidade do lidar com o outro ser humano.
- As múltiplas tarefas: administrar remédios, assegurar uma dieta alimentar, efetuar a higiene pessoal, pentear o cabelo, escovar os dentes, cortar as unhas, dar banho, fazer a toalete, vestir, despir, locomover de um lugar para o outro (quarto/sala, quarto/banheiro), subir escada, sentar, levantar, deitar e realizar exercícios motores complementares à

fisioterapia.

- A impossibilidade de o cuidador familiar trabalhar fora e de estabelecer outros laços afetivos;
- Quando a pessoa contratada pela família não está cientificamente e nem tecnicamente capacitada. Necessidade de tomar iniciativa e de assumir responsabilidade diante de situações profissionais com as quais se depara.
- Entendimento prático de situações que se apoia em conhecimentos adquiridos e os transforma na medida em que aumenta a diversidade das situações.
- Faculdade de mobilizar redes de atores em torno das mesmas situações, de fazer com que esses atores compartilhem as implicações de suas ações, e fazê-los assumir áreas de corresponsabilidade.

Fonte: GONÇALVES (2009); SENA et all (2006); MENDES & MIRANDA et all (2010); KARSCH (2003); CALDAS (2003); MENDES (1998); LACERDA (2008); ZARIFIAN (2008).

Recordando tópicos anteriores, em geral o perfil tanto do cuidador doméstico como do formal é constituído em sua maioria por mulheres, de meia-idade ou idosas jovens, sem capacitação ao exercício da função. Desempenham as atividades de cuidado por afeto, por se sentirem obrigadas ou por dinheiro. A grande maioria apresenta quadros crônicos de fadiga e cansaço, problemas de saúde como diabetes, dores na coluna, hipertensão, etc. Muitas delas trazem queixas em relação à depressão e estresse.

Este quadro em comum, aponta para a necessidade de se promover uma rede de apoio ao autocuidado daquele que cuida, de forma a minimiza os riscos de violência ao idoso e a saúde do cuidador, através de programas de atendimento domiciliar, dos serviços de cuidador substituto, bem como dos serviços de informação, orientação, encaminhamento e apoio dos profissionais da área de saúde.

No que se refere à atenção básica é possível promover o cuidado ao cuidador:

- a) Identificar habilidades e competências, riscos e vulnerabilidades do cuidador, no acolhimento.** De forma a potencializar recursos existentes ou fomentar novos recursos na resolução das demandas pessoais e profissionais, bem como nas situações de estresse vividas pelo cuidador. Sugestão: utilizar o modelo de Barbosa (2009) veja o quadro abaixo.

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes	Valores	Experiência
Saber - saber	Saber - fazer	Iniciativa do fazer	Princípio do fazer	Repetições do fazer
O que o cuidador precisa buscar de informação; Conhecimentos Explícitos.	O que ele sabe fazer (diz respeito ao conhecimento colocado em prática - conhecimento tácito).	Qual o posicionamento pessoal do cuidador? Como ele age? Quais são as suas principais necessidades? Comportamento (Motivação).	O que norteia o seu fazer? Crenças, valores, juízos, preconceitos, etc.	Quantas vezes determinada ação deve ser realizada até ser assimilada e acomodada pelo cuidador (o que ele pode fazer sozinho ou com acompanhamento eventual).

b) Desenvolver grupos psicoeducativos. Focados no desenvolvimento pessoal e profissional do cuidador. Com temas que podem versar sobre: doenças e medicamentos comuns a velhice; como lidar com as AVDs (higiene, alimentação e deslocamento do idoso), delírios, alucinações e atividade fantasia do idoso; relações interpessoais; espaço para expressar os sentimentos em relação à tarefa de cuidar; espaço para compartilhar experiências com os demais cuidadores; etc.

c) Atenção domiciliar ou institucional (ILPs). Orientação individualizada e multiprofissional ao cuidador informal e formal, durante visita ao domicílio ou instituição de abrigo, que leve em conta as informações fornecidas pelos ACSs e planejada a partir da compreensão de uma gestão de cuidados.

Leia 10 dicas que podem ajudar o cuidador a manter o estresse sob controle:

Dica 1: Coloque as suas necessidades físicas em primeiro lugar. Comer refeições nutritivas. Não se entregar ao abuso de comidas, como doces, ou abusar do álcool. Priorize seu sono, se você tem problemas para dormir à noite, tente dormir durante o dia. Agende exames médicos regulares. Encontre tempo para se exercitar, mesmo que isso signifique que você tenha que pedir a alguém para prestar cuidados enquanto você faz exercício. Se você tiver sintomas de depressão – extrema tristeza, dificuldade de concentração, apatia, desesperança, pensamentos sobre a morte – converse com um médico.

Dica 2: Conecte-se com amigos. Isolamento aumenta o estresse. Reunindo-se regularmente com os amigos e parentes, você conversa sobre seus problemas, mas também se diverte.

Dica 3: Peça ajuda. Faça uma lista de coisas que você tem que fazer e recrute outras pessoas para dividir as tarefas com você. Mesmo os parentes distantes e amigos podem gerenciar e ajudar com determinadas tarefas.

Dica 4: Procure recursos na sua comunidade. Considere procurar prestadores de serviços para ajudar em tarefas como o reparo da casa e outras tarefas que não estejam relacionadas com a prestação de cuidados.

Dica 5: Faça uma pausa. Você merece. Além disso, o membro da família doente pode se beneficiar

da companhia de outras pessoas durante seu descanso. Centros-dia para adultos pode ser uma solução para seu descanso. Normalmente, esses centros operam cinco dias por semana, prestam cuidados em um ambiente de grupo para as pessoas idosas que necessitam de supervisão.

Dica 6: Lide com seus sentimentos. Seus sentimentos interferem até no seu bem-estar físico. Compartilhe seus sentimentos de frustração com a família e com amigos. Buscar o apoio dos colegas que estão em situação similar a sua. Procure grupos de terapia ou um profissional de Psicologia para que você faça terapia individual.

Dica 7: Encontre tempo para relaxar. Fazer algo que você goste, como ler, caminhar ou ouvir música, pode recarregar suas baterias. Alguns cuidadores usam técnicas de relaxamento, como respiração profunda ou visualizar um lugar ou algo positivo. Se você é religioso, pode achar na oração uma ferramenta poderosa.

Dica 8: Organize-se. Ferramentas simples, como calendários e listas de afazeres pode ajudá-lo a priorizar suas responsabilidades. Sempre enfrentar as tarefas mais importantes em primeiro lugar, e não se preocupe se você não conseguir dar conta de tudo.

Dica 9: Aprenda a dizer “não”. Aceite o fato de que você não pode fazer tudo! Resista à tentação de se envolver em mais atividades, projetos ou obrigações que você não consegue dar com honestamente porque você não pode – e não se sinta culpado. Não se preocupe. Se alguém lhe pedir para fazer algo que vai lhe custar tempo e bem-estar, explique.

Dica 10: Permaneça positivo. Faça o seu melhor para evitar a negatividade. Realizar uma reunião de família ou qualquer outra coisa que lhe faça bem. Concentre-se sempre nas recompensas de cuidar de alguém que você ama.

Fonte: (LEITE, 2013).

Para saber mais, acesse o Guia Prático do Cuidador (disponível na biblioteca complementar).



Chegamos ao final do módulo Suporte Familiar e Social ao idoso.

Esperamos que você agora possa identificar com mais clareza como os idosos, podem viver socialmente, podem ter apoio da familiar e de seus cuidados bem como o apoio por parte da politica como é o caso do SUS e SUAS podem auxiliar esses idosos em sua qualidade de vida.

Agradecemos o seu empenho nesta unidade, continue os seus estudos nos módulos seguintes.

1. Com base nos conhecimentos adquiridos ao longo desta unidade, complete cada item com o conceito correto.

Centros de Referência da Assistência Social – CRAS
Política de Seguridade Social
Proteção Social Especial (PSE)
Proteção Social Básica (PSB)
Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

- a) O _____ é regido pela Lei Orgânica de Assistência Social, que no seu Artigo 1º afirma que a Assistência Social é direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 2005).
- b) A _____ no país é realizada através de um conjunto integrado de ações da iniciativa pública e da sociedade que garantam o atendimento às necessidades básicas da sua população.
- c) A _____ tem por objetivo à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em

situação de vulnerabilidade social.

- d) Os serviços da Proteção Social Básica são executados pelos _____, por outras unidades de Assistência Social e de forma indireta, através de entidades e organizações de assistência conveniadas aos municípios.
- e) _____ destina-se a proteção de famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados.

Tópico 04 | **Atividade II**

2. Com relação aos tipos de dependência mais comuns na velhice, segundo Baltes, associe corretamente.

(1) Dependência comportamental

(2) Dependência físico funcional

(3) Dependência estruturada.

() Indica o afastamento do indivíduo da vida social e do processo produtivo. Exemplo: Desemprego, guerras, intolerância racial, prisão, hospitalização prolongada, asilamento, maus-tratos, pobreza (fome/violência, etc.)

() Refere-se à incapacidade física ou cognitiva para realizar atividades da vida diária, dentro de um contexto social.

() Oriunda dos processos de envelhecimento secundário ou fatores não normativos. Exemplo: Imobilidade devido à fratura; dificuldade na fala e na motricidade devido a AVC; etc

() É socialmente induzida, independente do nível de competência do indivíduo, e, comumente explicada pelo paradigma do “desamparo aprendido”, onde a pessoa aprende num ambiente não responsivo e negligente que o comportamento é ineficaz para gerar consequências o que gera desamparo/dependência. Exemplo: Muito comum em idosos asilados.

Tópico 04 | **Atividade III**

3. Baseado nos fatores específicos geradores de estresse em relação ao cuidador formal e informal. Associe corretamente.

(1) Cuidador Formal

(2) Cuidador Informal

- () Saber que cuidar de idoso é uma prática complexa que não pode ser pensada como um ato que envolve somente o domínio de técnicas e tecnologias, mas como uma ação que abrange a complexidade do lidar com o outro ser humano.
- () A impossibilidade de o cuidador familiar trabalhar fora e de estabelecer outros laços afetivos.
- () A dependência do idoso no que se refere à higiene, alimentação e mobilidade.
- () Quando a pessoa contratada pela família não está cientificamente e nem tecnicamente capacitada.
- () A falta de estrutura física nos domicílios.

Referências

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. D. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores e pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Rev. Texto e Contexto**. Florianópolis, v.17, n. 2, abr./jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do cuidador**. Brasília: Ministério da saúde. 2008.

BARBOSA, Ana Pimentel. **Quem é o Cuidador Social e qual é o seu papel?**. Monografia. Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 2009.

BRASIL. **CREAS-Institucional**. MDS.gov.br. 2014a Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protECAo-social-especial/creas-centro-de-referencia-especializado-de-assistencia-social/creas-institucional/>>. Acesso em: 02 jan. 2014.

BRASIL. **Centro de Referência de Assistência Social**. MDS.gov.br., 2014b. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protECAobasica/cras>>. Acesso em: 02 jan. 2014.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 733-781, 2003.

DRAUZIO. **Estresse**, 2014. Disponível em: <<http://drauzioarella.com.br/entrevistas-2/estresse/>>. Acesso em: 02 jan. 2014.

CODO, W.; JACQUES, M.G. Introdução. In: **SAÚDE mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GONÇALVES L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SENA, E. L. S.; SANTANA, L. W. S.; VICENTE, F.R. Perfil da família cuidadora de idosos doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Rev. Texto e Contexto**. Florianópolis, v. 15, n. 4, out./dez., 2006.

HORTA, M. L. Envelhecimento cerebral. In: FREITAS E, V, et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

YAMADA, N. K.; DELLAROZA, M. S. G.; SIQUEIRA, J. E. Aspectos éticos envolvidos na assistência a idosos dependentes e seus cuidadores. **Rev. O mundo da saúde**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 667/ 672. out./dez, 2006.

KARSCH, U.M.S. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 861-866, 2003.

LAZARUS, R. S. Theory-based stress measurement. In: **Psychological Inquiry**, v.90, p. 3-13, 1990.