

ação ergonômica, volume5, número2

Cuidado com o cuidador! Uma análise da tarefa.

EISHIMA, Raquel Sumie

Bacharel em Design

Universidade Estadual de Maringá

sumie_raquel@hotmail.com

ANDRADE NETO, Mariano Lopes de

Mestrando em Design

PPGD - FAAC/UNESP

marianouem@yahoo.com.br

LANDIM, Paula da Cruz

Doutora em Arquitetura e Urbanismo

PPGD - FAAC/UNESP

paula@faac.unesp.br

Resumo: O atendimento domiciliar é uma atividade crescente em lares de todo o mundo. Muitos benefícios são relacionados à prática, porém o tema desta análise são os riscos de saúde que envolvem o cuidador. Por meio de pesquisa de campo e análise in loco foi levantado um escopo prévio dessa peculiar e complexa tarefa.

Palavras chave: cuidador, ergonomia, análise da tarefa.

Abstract: *The home care is a growing activity in homes around the world. Many benefits are related to the practice, but the health risks involving the caregiver is the issue of this analysis. Through field interviews and in loco evaluation is raised a previous scope of this peculiar and complex task.*

Keywords: *caregiver, ergonomics, task analysis.*



1. Introdução

O atendimento domiciliar, do inglês *home care*, é uma categoria crescente de acompanhamento no qual processos de diagnósticos até a fase de reabilitação são realizados na residência do paciente. Essa popularização deve-se em parte aos custos elevados das internações hospitalares, mas também está relacionada à humanização do tratamento, o estímulo e a participação da família, a redução no risco de infecção hospitalar, e, em especial, a manutenção e o aumento da qualidade de vida do paciente (BISPO et al., 2003; FLORIANO; SCHRAMM, 2004).

O grande responsável por essas atribuições é o cuidador, responsável pela prática das recomendações médicas. Leigos na atividade, são em sua maioria amigos, vizinhos, voluntários e principalmente familiares. Estudos como o de Queiroz (2000, apud LAHAM, 2003) apontam esses cuidadores informais como alternativa mais comum, chegando à marca de 80 a 90% dos atendimentos a idosos no Brasil.

Com o aumento da expectativa de vida da população e das doenças crônicas, a tendência é que o número de pessoas que precisem atuar como cuidadores também cresça. Segundo Schramm et al (2004), estima-se que acidentes de trânsito, depressão, doenças cardíacas, cerebrovasculares, osteo-musculares-articulares e respiratórias crônicas sejam as principais

causas de e limitações, com importante gastos da saúde, previdência além de grande influência na qualidade de vida do paciente e seus familiares.

Porém, como citam Floriani e Schramm (2004), o atendimento doméstico não é um "satélite das instituições hospitalares", mas uma mudança de filosofia nos tratamentos e não somente a transferência do local de cuidados. Assim, o "cuidar" mostra-se uma tarefa complexa, que deve atender as fragilidades do paciente e possibilitar a dinâmica e o conforto do lar, dando suporte especialmente ao cuidador.

Laham (2003) revela que 78% dos cuidadores possui algum tipo de doença, sendo a maioria de ordem osteomuscular. Já Mantonvani (2008) alerta sobre o risco do "*caregiver stress*", o estresse do cuidador, e a possibilidade de adoecimento do mesmo, com a sobrecarga exposta. O tempo de cuidado e o grau de dependência são fatores determinantes para a ocorrência dessas patologias aos cuidadores.

O fenômeno leva ao questionamento das atividades do cuidador e à rotina do domicílio, em quanto e como as residências que recebem o *home care* têm os hábitos afetados, criando demanda para o estudo de possibilidades projetuais que melhorem a qualidade de vida dos envolvidos. Assim, o presente trabalho apresenta resultados de uma análise prévia da tarefa do cuidador, que objetivaram a identificação de



características do “cuidar” com base no confronto de dados levantados sobre o paciente, mas principalmente no que se refere ao seu responsável, com aspectos da análise da tarefa e outras informações pertinentes a serem contemplados em projetos futuros.

2. Metodologia

A coleta das informações contou com duas abordagens qualitativas: a aplicação de questionários e a análise *in loco*. O questionário foi realizado entre os dias 25 de abril e 5 de maio de 2008 nas cidades de Campo Mourão e Maringá, localizadas na região noroeste do Paraná.

Por meio de questionários com 15 perguntas, fechadas e abertas, procurou-se conhecer o cuidador sobre dados gerais (sexo, idade, escolaridade, etc.) e da atividade (tarefas, sobre o paciente, entre outros), além de problemas de saúde. Foi com base no diagrama de Corlett e Manenica (1984 apud IIDA, 2005), que os cuidadores destacaram as principais áreas do corpo doloridas após um dia de trabalho.

Foram entrevistados 16 cuidadores, com idades entre 32 e 78 anos, cuja média foi de 46,5 anos (desvio padrão 16,2 anos) e de ambos os sexos (15 mulheres e 1 homem) escolhidos por prestarem ou terem prestado cuidado a pacientes em ambiente doméstico. Vale salientar que a pesquisa não se baseou em parâmetros

estatísticos para a amostra, focando, a priori, em um conhecimento menos abrangente, mas que proporcionasse subsídios para uma avaliação inicial.

Durante a pesquisa deparou-se com situações distintas e imprevistas: a existência do cuidador único, de vários cuidadores para o mesmo paciente, ou mesmo os cuidadores de dois enfermos. Assim, para a tabulação dos dados, algumas informações que estavam duplicadas foram separadas para análise, evitando dados repetidos.

A análise *in loco* por sua vez, foi realizada no dia 20 de maio de 2008 entre as 14 e 17 horas na cidade de Campo Mourão, na residência dos pacientes. Participaram da observação a cuidadora 01, 41 anos nora dos pacientes, a cuidadora 02, 37 anos, empregada da família, e os pacientes vítimas de AVC: paciente 01, 80 anos, gênero masculino, e paciente 02, 77 anos, gênero feminino.

Durante o período da avaliação, observou-se parte da rotina dos envolvidos em meio a relatos na qual a cuidadora 01 expunha tarefas, progressos e as dificuldades. Foi utilizado apenas anotações descritivas, incluindo desenhos esquemáticos para o registro das informações. Ainda para a verificação das posturas incorporadas pelo cuidador baseou-se no sistema OWAS (Ovako Working Posture Analysing System). O modelo abrange 72



posturas típicas de combinações entre posições do dorso, de braços e pernas que podem ser classificadas em diferentes categorias: classe 1 (dispensa cuidados); classe 2 (merece verificação); classe 3 (atenção em curto prazo); e classe 4 (atenção imediata).

Essas classes dependem ainda do tempo de duração da tarefa e da combinação entre as posturas. A escolha do método deveu-se principalmente à rapidez e à simplicidade dos registros e da avaliação das posturas.

Ambas abordagens tiveram a autorização e o consentimento dos participantes, marcado pela concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, baseado na resolução 196/96 - CNS/MS (ABERGO, 2003).

3. Resultados e Discussão

3.1 Abordagem de campo

Os resultados da pesquisa comprovaram informações encontradas na literatura. A predominância de cuidadores informais por exemplo, é confirmada na pesquisa. São em sua maioria casados e parentes próximos do paciente. Dentre os entrevistados, 56% são casados, contra 44% que compreendem solteiros (31%) e viúvos (13%). Abrange principalmente filhas (50%) e noras (19%), seguido de parentes como pais, irmãos e cônjuge (6% de cada) além de pessoas sem nenhum grau de parentesco

(13%). Destes, uma era a funcionária da família, responsável pela manutenção da casa, e outra, a enfermeira contratada pelos familiares para auxiliar no cuidado. Verifica-se que a maioria dos cuidadores tem o auxílio de terceiros na atividade. Entre estes, encontram-se em maior número parentes próximos como filhos e genro/nora do paciente, e funcionários como empregadas domésticas ou enfermeiras.

Essa posição de informalidade nos tratamentos domésticos é majoritária, mas não significa falta de instrução. Entre os cuidadores, grande parte possuía curso superior (56% superior completo e 25% superior incompleto), ou mesmo o ensino médio (6%), contrapondo 13% dos entrevistados que estudaram até a quarta série. Alguns dos cuidadores graduados, embora não formados em áreas da saúde, contam com cursos afins, relacionados ao conhecimento em saúde, como biólogos, professores e educadores físicos.

Outra característica apresentada é a ocupação dos cuidadores. A maior parte dos cuidadores é aposentado (18,75%) e donas-de-casa (37,5%) sendo que 37,5% destes já apresentavam tal atividade antes de iniciar os cuidados. Observa-se que a ocupação anterior à chegada da doença ou a disponibilidade de mudá-la pode ser um dos requisitos para o tornar-se cuidador.

A experiência, inexistente entre os cuidadores, é um dos fatores citados por Iida (2005) contribuintes para o desempenho na atividade, influenciando no grau de exposição a



movimentos mais bruscos, suscetíveis a fadiga e erros. Esses pontos somados ao tempo de cuidado e o grau de dependência são determinantes para o estresse do cuidador.

Desta maneira, procurando verificar a saúde dos cuidadores, perguntou-se o acometimento por algum tipo de doença. Embora 50% dos participantes tenha relatado não possuir doença alguma, os outros 50% possuem, há uma média de 7 anos, doenças como hipertensão, colesterol, epicondilite, problema cardíaco e ocular, além de dores musculares.

Segundo Iida (2005), mudanças comportamentais como a perda de auto-estima, e da auto-confiança, alterações no sono e aumento da agressividade podem ser desencadeadas pelo estresse. Num segundo momento, as disfunções fisiológicas tornam-se evidentes: com a redução da atividade do sistema imunológico o corpo torna-se propenso a doenças como dores musculares e doenças de ordem cardiovascular e gastro-intestinal.

Com o auxílio do diagrama de Corlett e Manenica (1984 apud IIDA, 2005), pediu-se para marcar as áreas afetadas ao término do dia, sem atribuição de notas a cada ponto. Houve uma maior incidência de dor nas costas-inferior, mãos e braços. Ombros e pernas, seguido por pescoço e costas-superior também obtiveram ocorrência de dores. Ainda foram citadas dores no cotovelo e nas articulações dessa área.

Os cuidadores já exercem a atividade há um tempo médio de 30,5 meses, com cuidadores recentes (6 meses) a cuidadores de longa data (10 anos). Entre seus pacientes, a presença feminina é maior, 53% dos 15 pacientes, o que pode ser atribuído a maior expectativa de vida desse grupo. São em sua maioria, idosos com idade média de 76,7 anos e desvio padrão de 14,2 anos¹. As principais patologias são as de origem neurológicas, como pode ser observado na tabela 01, destacando-se o AVC e o Mal de Alzheimer. Devido à existência de portadores de múltiplas patologias, observa-se soma superior ao número de participantes da pesquisa.

Grupo de Doença	Frequência
Endocrinológica	2
Renal	1
Oftalmológica	1
Cardiológica	1
Oncológica	2
Osteomuscular	2
Neurológica	8
Total	17

Tabela 1: Relação das doenças tratadas segundo grupo de doenças.

No que diz respeito às atividades, listou-se as consideradas de maior dificuldade, expostas na tabela 02. Tarefas de exigência muscular obtiveram resultados representativos, o que possivelmente tem considerável

¹ Devido a maior presença de idosos, para a média de idade dos pacientes, foi retirado o dado da única paciente infantil.

responsabilidade pelas dores musculares do cuidador. A combinação do esforço muscular, o perigo iminente do piso molhado e a situação embaraçosa talvez sejam os fatores para destacar o banho como atividade mais custosa.

Atividade	Frequência
Levantar/pousar na cama	7
Levantar/pousar na cadeira	3
Banho	9
Higiene íntima	6
Troca de vestes/calçados	7
Locomoção e atividades apoiadas	7
Alimentação	5
Tratamentos recomendados	6
Nenhum	2
Total	52

Tabela 2: Tarefas de maior dificuldade encontradas pelo cuidador

3.2 Análise in loco

A análise in loco permitiu uma vivência da atividade, possibilitando a extração de novas relações e interpretações. Alguns pontos da análise de observação merecem destaque: a ociosidade do paciente, posturas impróprias assumidas pelo cuidador e a nova função dada a objetos da casa a fim de facilitar a tarefa.

1- falta de atividade do paciente

Pôde-se observar durante a abordagem a manutenção de mesma postura durante longos períodos de tempo, sendo alterada apenas com a

realização de atividades como a refeição e o banho. A limitação motora dos pacientes representa a maior contribuinte para esse quadro. Expressões de carência e quietude demonstrados pelos pacientes caracterizam traços de depressão, o que pode ser influenciado pelo raro acesso ao lazer.

A satisfação dos pacientes em receber a notícia da refeição, um dos poucos momento de maior interação social, e a constante utilização de um apito, instrumento encontrado para chamar as cuidadoras quando necessário, revela a necessidade de atividades de entretenimento para os pacientes.

2- Posturas assumidas pelo cuidador

A responsável pelas tarefas de maiores exigências musculares durante a observação foi a cuidadora 02. Observou-se diferentes situações para o levantar e o locomover dos pacientes.

Utilizando-se do pé direito para apoiar a perna paralisada do cuidador 01, a cuidadora 02 levantou-o da poltrona pela axila, como ilustrado pela figura 01.

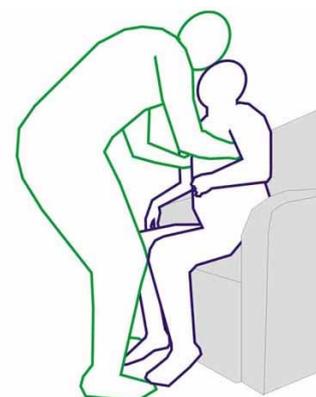




Figura 01: Paciente 01 (azul) levantado pela cuidadora 02 (verde).

Após levá-lo e posicionar-se atrás do paciente, segurando-o pelo lado esquerdo, o paciente sustentou-se com o auxílio de uma muleta (figura 02). Porém, o fato da cuidadora ter que auxiliar a passada do paciente forçava-a a incorporar posições de desequilíbrio e de leve torção do tronco.

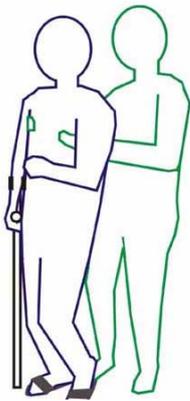


Figura 02: Paciente 01 (azul) auxiliado pela cuidadora 02 (verde).

A paciente 02 por sua vez, como estava deitada no sofá, exigiu a inclinação da cuidadora para conseguir levá-la (figura 03). Observou-se que a altura do sofá é demasiadamente baixa para esta tarefa. Assim, sem flexionar os joelhos, a cuidadora posicionou a mão esquerda na nuca da paciente e a mão direita na perna da mesma. Elevando a cabeça da paciente e deslocando-a para a direita, enquanto as pernas eram direcionadas em sentido oposto, forçou a posição sentada da paciente.

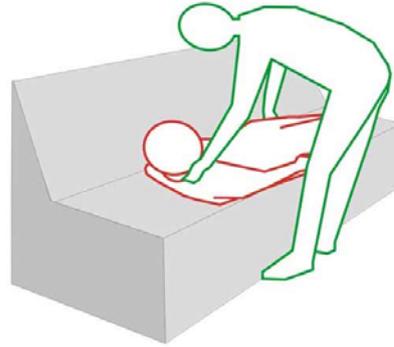


Figura 03: A paciente 02 (vermelha) levantada pela cuidadora 02 (verde).

De maneira similar ao paciente 01, a cuidadora levantou a paciente 02 pela parte posterior do braço. Porém, quando levantada, a cuidadora manteve-se à direita da paciente, segurando-a pelo ombro e pelo braço direito, sem a necessidade de auxiliar no caminhar da mesma.

O banho, relatado pela cuidadora 01, conta com o auxílio da cuidadora 02 para despir e vestir o paciente, assim como na locomoção do mesmo no banheiro. Os pacientes são encaminhados e/ou carregados ao boxe e são lavados com o auxílio do chuveirinho. Embora o banheiro apresente tamanho suficiente, para as atividades de maior complexidade como o banho, o espaço torna-se bastante restrito. Além disso, há ainda dificuldades em relação à elevada diferença de nível entre o banheiro e o boxe, o que demanda mais esforço e posturas inadequadas das cuidadoras para colocar e tirar o paciente do local.

3- O papel dos objetos

Durante a análise observou-se também a interação dos objetos com a dinâmica da casa. Percebeu-se o auxílio da tarefa com objetos diversos, inclusive aqueles não projetados para tal fim. A poltrona em que o paciente 01 encontrava-se sentado, por permitir uma variação de posição, representa melhora na atividade do cuidador, assim como do cuidado, com a alteração de posição concebida mais facilmente.

A alça da saboneteira do boxe e a pia, por sua localização, tornaram-se apoios imprescindíveis para o paciente durante a execução de atividades de higienização realizadas pelo cuidador no banheiro (figura 04). A cadeira de plástico também tem importante papel, configurando-se, por sua leveza e outras características, considerável instrumento, não representando mero assento, mas também um instrumento para banho.



Figura 04: Banheiro e detalhe da saboneteira do boxe, que possui uma espécie de alça.

4. Considerações finais

Com o aumento da expectativa de vida da população e de doenças crônicas, um crescente número de pacientes se vê em tratamento residencial. Porém, além das necessidades dos pacientes, deve-se considerar os aspectos físicos e psicológicos do cuidador, que já apresentam sintomas de estresse e desenvolvimento de doenças osteomusculares.

Os resultados revelam um quadro bastante oneroso para o cuidador: média de dois anos e meio de cuidado, com pacientes crônicos, idosos e portadores de multipatologias. O encontro de cuidadores em situações diferentes possibilitou conhecer os vários pontos de vista, além de mostrar que muitas vezes o cuidador esporádico ou de menor data tem uma visão menos resignada da atividade.

A exigência muscular e postural das atividades do cuidador é apontada na incorporação de posturas de atenção a curto e longo prazo, e em tarefas consideradas de maior dificuldade, como o dar banho, ajudar a levantar e pousar, apoio na locomoção e a troca de vestes. Além de demandarem a aplicação de força, possivelmente são os principais vilões das dores musculares relatadas pelos cuidadores.

As dificuldades posturais talvez representem, num primeiro momento, o principal fator pertinente à tarefa do cuidador, no entanto, questões relativas ao estresse (do paciente e do cuidador), assim como a promoção de atividades



para o paciente também são pontos a serem considerados. Uma vez que vislumbrar que autonomia e o bem estar do paciente geram uma melhora na qualidade de vida do cuidador, que será menos requisitado física e psicologicamente.

A responsabilidade dos designers em estabelecer relações que facilite a tarefa do cuidador se torna evidente, em produtos planejados para todas as funções a fim de promover a qualidade de vida associada ao atendimento domiciliar.

5. Referências Bibliográficas

ABERGO – Código de Deontologia do Ergonomista Certificado. Norma ERG BR 1002, 2003 Disponível em:

<<http://www.abergo.org.br>>. Acesso em: 10 abr. 2008.

BISPO, A. P., et al. Sistema de apoio para repouso e acomodação de enfermos em residências. In: Congresso Internacional de Pesquisa em Design Brasil, 2., 2003, Rio de Janeiro. *Anais do 2º AnpeDesign*. Rio de Janeiro: [s.n.] 2003.

FLORIANO, C. A.; SCHRAMM, F. R.

Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p.986-984, jul./ago. 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/13.pdf>>.

Acesso em: 27 fev. 2008.

IIDA, I. *Ergonomia*: projeto e produção. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Edgard Blücher, 2005.

LAHAM, C. F. *Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. 2003. Disponível em:

<[http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-10082005-](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-10082005-151808/publico/claudiaFernandesLaham.pdf)

[151808/publico/claudiaFernandesLaham.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-10082005-151808/publico/claudiaFernandesLaham.pdf)>.

Acesso em: 29 mar. 2008.

MANTOVANI, F. Com todo cuidado. In: *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 fev. 2008. Equilíbrio, p. 6-9.

SCHRAMM, J. M. de A. et. al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*. Out./dez. 2004, vol. 9, n. 4. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011&Ing=pt&nrm-iso)

[81232004000400011&Ing=pt&nrm-iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011&Ing=pt&nrm-iso)>.

Acesso em: 18 mar. 2008.